

Київський університет імені Бориса Грінченка

# СПЕЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА

*Навчальний посібник для студентів  
вищих навчальних закладів*

Київ — 2017

Рекомендовано до друку Вченою радою  
Київського університету імені Бориса Грінченка  
(протокол № 12 від 27.12.2016 р.)

За загальною редакцією **Мартинчук О.В.**

**Авторський колектив:**

**Мартинчук О.В.**, кандидат педагогічних наук, доцент (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, розділ VII, 8.1, 8.2, 8.3, 9.1, 9.2, 9.3, 10.1, 10.2);

**Маруненко І.М.**, кандидат біологічних наук, доцент (2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 8.1, 8.2, 8.3, 9.1, 9.2, 9.3, розділ XI);

**Луцько К.В.**, кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник (3.1, 3.3);

**Таран О.П.**, кандидат психологічних наук, доцент (3.2, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5);

**Мельніченко Т.В.**, кандидат педагогічних наук (4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3);

**Єжова Т.Є.**, кандидат педагогічних наук (1.5)

**Рецензенти:**

**Зубкова Л.П.**, професор Одеського медичного університету, академік Міжнародної академії культури безпеки, екології та здоров'я, доктор медичних наук; **Кульбіда С.В.**, головний науковий співробітник лабораторії жестової мови Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, доктор педагогічних наук; **Сергєєнкова О.П.**, завідувач кафедри загальної, вікової та педагогічної психології Інституту людини Київського університету імені Бориса Грінченка, доктор психологічних наук, професор.

С71 Спеціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько та ін. — К. : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2017. — 364 с.

ISBN 978-617-658-036-2

Навчальний посібник побудований з урахуванням завдань навчальної дисципліни «Спеціальна педагогіка», передбачених програмою для студентів вищих навчальних закладів і спрямованих на формування їх професійної компетентності, активізації аналітичного мислення, глибокого розуміння проблем фізичного та інтелектуального розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

У навчальному посібнику розкрито основні питання спеціальної педагогіки, зокрема подається загальна характеристика різних категорій дітей з особливими освітніми потребами, визначаються причини виникнення порушень та умови їх попередження; розкривається поняття терагенів як чинників ускладнення перебігу вагітності та народження здорової дитини; висвітлюється роль спадковості та довкілля у генезі хвороб. Велику увагу приділено корекційно-розвивальній складовій у системі виховання й навчання дітей різних нозологій, зміст та технології якої орієнтовані на потенційні можливості дитини, на врахування сильних сторін особистості та забезпечення її інтеграції в соціальний простір.

Навчальний посібник рекомендований для студентів вищих навчальних закладів.

**УДК 37.013.42**

ISBN 978-617-658-036-2

© О.В. Мартинчук, І.М. Маруненко, К.В. Луцько,  
О.П. Таран, Т.В. Мельніченко, Т.Є. Єжова, 2017

© Київський університет імені Бориса Грінченка, 2017

# ПЕРЕДМОВА

Почуєте слухом — і не зрозумієте,  
дивитися будете оком — і не побачите.  
Зачерствіло бо серце людей цих...

*Євангеліє від Матвія*

На даному етапі розвитку українського суспільства активізувався пошук шляхів, умов, засобів включення у соціальне середовище дітей з особливими освітніми потребами.

Роль таких дітей у суспільстві не до кінця усвідомлена і поцінована. А можливо, саме ці діти, разом із своїми батьками, які віддають своє життя, свої сили, матеріальні ресурси на їхній розвиток, підтримку, подолання існуючих у суспільстві стереотипів, — це ті, які «були останніми, а стануть першими» у вічності, і саме вони проситимуть Творця помилувати нас — тих, хто вважає себе досконалими.

Зміст даної книги формувалася і реалізовувався на основі сучасних світоглядних уявлень про дітей з особливими освітніми потребами, сучасного термінологічного апарату, а також теорії, яка народжена у нашій, традиційно гуманістичній країні та за її межами. У роботі значне місце посідають виклади авторських бачень проблем забезпечення комфортності розвитку дітей з особливими освітніми потребами, а також матеріали, добуті у процесі багаторічних досліджень у галузі спеціальної педагогіки, психології щодо можливостей розвитку таких дітей, необхідності глибшого вивчення їхніх досягнень і на цій основі — переосмислення і використання реального потенціалу дитини.

Автори книги прагнули того, щоб кожен, хто її читає, попри медичні діагнози і припущення щодо встановлення причини тієї чи іншої індивідуальної «особливості» дитини, задумався над тим, чому народжуються такі діти, про що їхня поява попереджає і від чого застерігає нас. Можливо, на народжуваність таких дітей впливають вчинки дорослих, суспільства в цілому? Можливо, сукупність колективних несправедливих вчинків, думок спокутують саме ці діти? І якщо припустити, що це так, то наше суспільство повинне нарешті зрозуміти, що саме на ньому лежить відповідальність за таких дітей,

а отже, його обов'язок — підтримати їх, їхні родини, зрозуміти проблеми і допомогти. Та навіть якщо причина в іншому, саме в історичних традиціях нашого народу — гуманне ставлення до дітей і дорослих з ознаками, які виділяють їх серед широкого суспільного загалу.

Народжуваність дітей з особливими освітніми потребами можна розглядати і в контексті зовнішнього оточення людини: розмаїття флори та фауни людей радує, тішить, викликає зацікавленість тощо. Кожна рослинка неповторна і потрібна: однією милуються, вона зачаровує, а інша — спонукає до праці. «Особливі» діти вчать нас цінувати таке «розмаїття» і серед людей, поважати їх як особистостей неповторних і цікавих, допомагають розгледіти у їхніх душах доброту, чуйність, людяність. Долі цих дітей не дають черствіти людським душам. Ці діти вчать кожного цінувати, як дарунок долі, вартісність зору, слуху, фізичного і психічного здоров'я.

У навчальному посібнику розкрито основи спеціальної психології, педагогіки, окремі дані медицини, інших суміжних наук, важливих для розуміння проблем розвитку дитини, подається загальна характеристика основних категорій дітей з особливостями розвитку, визначається сучасне бачення причин виникнення тих чи інших відхилень у розвитку та ефективних технологій їх нормалізації або забезпечення максимально можливого наближення до так званої норми. Особлива увага приділяється питанням профілактики ускладнень протягом розвитку дитини у донатальний, натальний періоди та після народження, профілактики захворювань під час навчально-виховного процесу у навчальних закладах, які надають освітні послуги дітям з особливими освітніми потребами.

За структурою навчальний посібник побудований як курс лекцій. Після викладу навчального матеріалу вміщено питання для самоконтролю знань студентів, списки літератури, які допоможуть їм зорієнтуватись у виборі змісту самоосвіти, задоволенні власних професійних інтересів.

Посібник написаний його авторами з любов'ю та повагою до кожної особистості з особливими освітніми потребами для тих, кому викладений матеріал буде потрібний і цікавий для фахового, особистісного зростання (студентів, батьків дітей та дорослих з особливими освітніми потребами, викладачів, медичних та соціальних працівників, широкого загалу небайдужих людей). А тому весь авторський колектив сподівається, що посібник читатимуть з почуттям доброзичливості, висловлюючи корисні зауваження та поради, спрямовані на його удосконалення.

## РОЗДІЛ I

# СПЕЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА ЯК ГАЛУЗЬ НАУКОВОГО ЗНАННЯ

**Основні поняття:** спеціальна педагогіка, спеціальна психологія, корекційна педагогіка, дефектологія, сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, олігофренопедагогіка, корекційна психопедагогіка, ортопедагогіка, логопедія, комплексна диференціальна діагностика, аутизмпедагогіка, діти з особливими освітніми потребами, діти з порушеннями психофізичного розвитку, дизонтогенез, нозологія, онтогенез, діагностика, конвергенція, дивергенція, корекція, компенсація, абілітація, реабілітація, соціалізація, методологічні принципи спеціальної педагогіки, теоретико-методологічна база спеціальної педагогіки і психології.

### 1.1. Спеціальна педагогіка як наука: об'єкт, предмет, завдання

Протягом багатьох років питання навчання і виховання дітей з порушеннями в розвитку інтегрувались у межох дефектології. Порушення психофізичного розвитку в дефектологічних дослідженнях вивчалися з клінічних, психологічних і педагогічних позицій.

У XX — на початку XXI ст. **дефектологія** (від. латин. defectus — вада і грец. logos — наука) розглядалась як інтегрована галузь наукового знання про закономірності та особливості розвитку, виховання, навчання і соціалізації осіб з психофізичними порушеннями.

Наприкінці XX — на початку XXI століття виникла термінологічна невизначеність у використанні титульної назви педагогічної галузі «Дефектологія», оскільки в цей період переглядалась назва науки про виховання особистості при порушеннях процесів розвитку і соціалізації. Це було зумовлено вивченням зарубіжної педагогічної теорії та практики і розширенням контактів зі світовим науковим співтовариством, яке вбачає «діагнозу», в контексті гуманістичної парадигми

освіти, сутність терміна «дефектологія» і демонструє неприйняття і негативне до нього ставлення. Під впливом цього в Україні та інших країнах пострадянського періоду відбувся перехід від «дефектології» до «педагогіки». На зміну терміна «дефектологія» прийшли терміни «спеціальна педагогіка» і «корекційна педагогіка».

У міжнародній педагогічній теорії і практиці загальноприйнятими є поняття «спеціальна педагогіка» та «спеціальна освіта» (*англ.* special education, *франц.* éducation spéciale).

Термін «спеціальна педагогіка» використовується як загальноприйнятий міжнародний педагогічний термін, який співвідноситься із сучасними гуманістичними орієнтирами світової системи освіти: коректність, відсутність принизливого для людини ярлика.

Англійський корінь назви — *special* (особливий, індивідуальний) — підкреслює особистісну зорієнтованість цієї галузі педагогіки, її здатність вирішувати складні індивідуальні освітні проблеми конкретної людини.

На відміну від європейських країн, у США поняття «*special education*» охоплює проблеми освіти усіх дітей, які відрізняються від загальноприйнятої норми, в тому числі й обдарованих. Однак більшість спеціалістів (зокрема спеціалісти Західної Європи) розуміє під спеціальною педагогікою, спеціальною освітою тільки сферу освіти осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Термін «корекційна педагогіка», який за роки незалежності України фактично став титульною назвою педагогічної галузі країни, не є загальноприйнятим і широкоживаним серед зарубіжних спеціалістів. Так само, як і термін «дефектологія», термін «корекційна педагогіка», на думку російських вчених, зокрема Н.М. Назарової, залишає фахівців у діагностичному термінологічному полі, тому що об'єкт (дефект) лише замінили на дію (корекцію), яка його стосується.

Наразі спостерігається така ситуація, коли більшість науковців щодо педагогіки виховання осіб з порушеннями процесів розвитку і соціалізації вживає терміни «корекційна» і «спеціальна» як синоніми, інші — наполягають на їх принциповому розведенні.

**Спеціальна педагогіка** — це наука про закономірності та особливості виховання, розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Спеціальна педагогіка є теоретичною дисципліною і складовою частиною педагогіки або галуззю педагогічного знання. При цьому спеціальна педагогіка є самостійною галуззю науково-педагогічного знання у структурі педагогіки. Загальна педагогіка є базовою для спеціальної педагогіки науково-теоретичною дисципліною.

**Об'єктом спеціальної педагогіки** є освіта осіб з порушеннями психофізичного розвитку як соціокультурний, педагогічний феномен; гармонізація їх життя та діяльності в соціумі в найвищих межах можливих досягнень.

**Предметом спеціальної педагогіки** є закономірності та особливості розвитку, навчання, виховання і соціалізації осіб з психофізичними порушеннями з використанням корекційно-компенсаторних засобів, спрямованих на подолання або послаблення відхилень у розвитку дітей з метою їх соціальної адаптації та інтеграції в суспільство.

Загальною **метою спеціальної педагогіки** є визначення шляхів підвищення рівня життєдіяльності дітей через корекцію і компенсацію порушень психічного і/або фізичного розвитку; вивчення і визначення шляхів абілітації та реабілітації дітей з психофізичними порушеннями.

Для досягнення цієї мети спеціальна педагогіка вирішує широке коло завдань, зокрема:

- розроблення методологічних, теоретичних і методичних засад ефективних систем спеціального, інтегрованого та інклюзивного навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку, спрямованих на досягнення кожною дитиною максимально можливого рівня особистісного розвитку, освіти, життєвої компетентності, інтеграції в соціум;

- вивчення закономірностей і особливостей психічного розвитку дітей і дорослих з психофізичними порушеннями;

- розроблення методик і засобів психолого-педагогічної діагностики і корекції відхилень у розвитку дітей;

- вивчення і визначення принципів, методів, змісту, педагогічних закономірностей розвитку, навчання і виховання особистості в умовах обмежених можливостей життєдіяльності;

- психолого-педагогічна оцінка ефективності змісту й методів навчання дітей з особливими освітніми потребами;

- розроблення питань організації педагогічного процесу в різних типах спеціальних навчальних закладів, а також у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах з інклюзивною формою навчання;

- розроблення спеціальних педагогічних технологій;

- створення освітніх і корекційно-розвивальних програм розвитку, навчання і виховання для дітей різних вікових категорій та нозологій;

- вивчення існуючих педагогічних систем освіти осіб з особливими освітніми потребами; узагальнення передового педагогічного досвіду;

— розроблення і реалізація концепції інтеграції в освіті та соціокультурній сфері спільно із загальною педагогікою, здійснення психолого-педагогічної підготовки батьків, які мають дітей з особливими освітніми потребами.

**Спеціальна психологія** — наука про загальні закономірності та особливості психічного розвитку різних категорій дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Спеціальна психологія вивчає причини, сутність і закономірності порушення психічного розвитку особистості, психічні особливості дітей з недоліками в розвитку пізнавальної діяльності і емоційно-вольової сфери. Спеціальна психологія виділилась в окрему галузь психології у зв'язку із запитам практиці навчання й виховання дітей з особливими потребами, що зумовило поступовий розвиток теоретичної бази навчально-виховного процесу дітей у спеціальних школах та дошкільних закладах.

Спеціальна педагогіка і спеціальна психологія належать до сфери соціально-гуманітарного знання і складаються з низки предметних галузей, кожна з яких вивчає особливості психічного розвитку та закономірності навчання і виховання конкретних категорій дітей з порушеним розвитком.

**Сурдопедагогіка** (від латин. *surdus* — глухий) — наука про закономірності навчання, виховання, корекцію розвитку дітей з порушеннями слуху: глухих, зі зниженим слухом, пізнооглухлих; **сурдопсихологія** — наука, що вивчає своєрідність психічного розвитку цієї категорії дітей, методи психокорекції, процеси компенсаторно-корекційного характеру.

**Тифлопедагогіка** (від грец. *typhlos* — сліпий) — наука про закономірності навчання, виховання, корекцію розвитку дітей з порушеннями зору: сліпих та зі зниженим зором; **тифлопсихологія** — наука, що вивчає своєрідність психічного розвитку, систему психологічної допомоги та підтримки цієї категорії дітей.

**Олігофренопедагогіка** (від грец. *olygos* — малий і *phen* — розум) — традиційна назва галузі наукового знання про умови освіти, особливості навчання, виховання, корекцію розвитку осіб з вираженими стійкими порушеннями інтелекту, тобто розумовою відсталістю; **олігофренопсихологія** — наука, що вивчає своєрідність психічного розвитку цієї категорії дітей.

**Психокорекційна педагогіка** — наука про закономірності навчання й виховання дітей з ментальними порушеннями, порушеннями емоційно-вольової сфери, а також порушеннями соціальної поведінки, що



виникають на цій основі. Цей термін запропоновано вживати разом із терміном «олігофренопедагогіка», проте він є набагато ширшим, оскільки психокорекційна педагогіка «корегує психічну діяльність у разі її порушень у особистості та з урахуванням саме психічної патології будує процес навчання і виховання відповідних категорій людей. <...> вади психічної діяльності проявляються не тільки у знижених пізнавальних можливостях, а й у невротичних, психопатичних та ін. емоційно-вольових поведінкових варіантах при збереженому інтелекті» (Синьов В.М.).

**Ортопедагогіка** (від грец. орθος — прямий) — наука про закономірності навчання, виховання, корекції розвитку дітей з порушеннями опорно-рухового апарату; **ортопсихологія** — наука, що вивчає своєрідність психічного розвитку цієї категорії дітей.

**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. До проблемного поля логопедії належать: **логопедагогіка** — наука про закономірності навчання й виховання дітей з порушеннями мовленнєвої діяльності та **логопсихологія** — наука, яка вивчає особливості психічного розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення, методи діагностики та психологічної допомоги (корекції, терапії), механізми психічної адаптації.

**Аутизмпедагогіка** (від грец. autos — сам) — наука про організацію навчально-виховного процесу дітей з розладами аутистичного спектра, що охоплює відповідні освітні умови та навчальні технології з науково доведеною ефективністю; **аутизмпсихологія** — наука, що вивчає своєрідність психічного розвитку дітей з аутизмом, компенсаторні та психокорекційні методи впливу на їхній розвиток, послідовну роботу з родинними аутичними дітьми.

Окреме місце займає **комплексна диференціальна діагностика** як галузь, яка передбачає всебічне обстеження та оцінювання особливостей розвитку дитини з метою визначення (уточнення, розмежування) наявних порушень у психічному розвитку дитини. Основними завданнями диференціальної психодіагностики є встановлення первинного дефекту, що став причиною аномального розвитку дитини, передбачення перспектив розвитку. Особливістю сучасного розвитку диференціальної психодіагностики є не просто розробка уні-

фікованих діагностичних комплексів, а науково-теоретичне обґрунтування тих психічних властивостей, які найкраще можуть репрезентувати порушення розвитку, а також пошук діагностико-диференціальних критеріїв оцінювання інтелектуальної недостатності.

Кожна з указаних вище предметних галузей педагогічного спрямування так само структурно організована, як і загальна педагогіка, тобто педагогіка певної предметної галузі (наприклад, сурдопедагогіка, тифлопедагогіка тощо), містить її історію, дидактику, теорію і практику виховання, спеціальні методики. Кожна предметна галузь диференційована за віковими періодами; достатньо добре розробленими вважаються дошкільний і шкільний періоди стосовно спеціальної освіти. Потребують наукових розвідок проблеми ранньої допомоги, спеціальної освіти молоді з особливими освітніми потребами, освіти дорослих, інтегрованого та інклюзивного навчання.

Спеціальна психологія охоплює аспекти загальної, вікової та педагогічної психології. У кожній галузі спеціальної психології (олігофренопсихології, сурдопсихології, психології сліпоглухих, аутизмопсихології, логопсихології тощо) розглядаються чинники та закономірності дизонтогенезу, методи діагностики, корекції та психологічного супроводу навчання, виховання, соціальної адаптації осіб з порушеннями психофізичного розвитку певної категорії.

Реформування і модернізація вітчизняної освіти, які відбуваються наразі в умовах суспільних трансформацій, вимагають її відповідності цивілізаційним викликам, одним із яких є забезпечення доступу до загальноосвітнього простору дітям з обмеженими можливостями життєдіяльності шляхом впровадження інклюзивної освіти. Стрімкий розвиток в Україні нової форми отримання освіти дітьми з психофізичними порушеннями — інклюзивної — вимагає нової педагогічної галузі, що обслуговуватиме її потреби. Тому сьогодні активно розвивається **інклюзивна педагогіка** — наука про навчання і виховання осіб з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього простору із забезпеченням ефективного психолого-педагогічного і соціального супроводу міждисциплінарною командою фахівців.

## 1.2. Понятійно-категоріальний апарат спеціальної педагогіки

Кожна наукова галузь, зокрема й спеціальна педагогіка, має свій понятійно-категоріальний апарат і власну термінологію. Із філософської точки зору, поняття є формою мислення, яка відображає істотні властивості, зв'язки і відношення предметів і явищ. Також поняття трактується як слово/слова, в яке/які вкладено певний зміст. Найважливіші, ключові, фундаментальні поняття науки називаються категоріями.

Понятійно-категоріальний апарат спеціальної педагогіки охоплює поняття як власне дефектологічного змісту, так й інших, особливо близьких наукових дисциплін: педагогіки, психології, медицини. Разом із тим, використовуючи поняття інших наукових дисциплін, спеціальна педагогіка (як і будь-яка інша наука) надає їм своєрідності, певної специфіки відповідно до змісту свого об'єкта і предмета вивчення.

На даному етапі розвитку науки провідні фахівці здійснюють науковий аналіз тієї понятійно-термінологічної спадщини, яку отримала спеціальна педагогіка від дефектології. Зокрема, увага приділяється визначенню відповідності понятійно-категоріального апарату спеціальної педагогіки тим сучасним концептуальним підходам, на яких ця галузь педагогічного знання буде розвиватися у XXI столітті; активізується пошук шляхів подолання існуючого бар'єру між вітчизняною понятійною мовою і понятійною мовою світового педагогічного співтовариства, враховуючи факт включення України у міжнародні інтеграційні процеси в галузі освіти.

Оскільки спеціальна педагогіка є спадкоємницею дефектології, яка охоплює клініко-фізіологічний, педагогічний і психологічний напрями, то цілком закономірним є той факт, що вона користується більшістю загальнопедагогічних, психологічних та медичних термінів, але має і власний понятійний апарат, свою термінологію, яка відображає її специфіку як наукової дисципліни.

Понятійно-категоріальний апарат дефектології / спеціальної педагогіки формувався протягом розвитку практики навчання і виховання дітей, які мають різні фізичні і/або психічні порушення. Н.М. Назарова, здійснюючи аналіз термінологічної спадщини дефектології, зазначає, що спочатку, за відсутності власної педагогічної термінології, використовувалась загальноприйнята медична термінологія, яка розкривала патологічні анатомо-фізіологічні відмінності осіб з відхиленнями у розвитку.

Існує багато медичних термінів, які використовувались дефектологією: етіологія, симптоматика, діагностика, корекція, аномалія, дефект, слабоумний, глухий, туговухий, сліпий тощо.

Із розвитком психології в дефектологію приходять психологічні поняття і терміни, які також, по суті, є діагностичними, наприклад, діти із затримкою психічного розвитку. «За браком власне педагогічних назв того чи іншого педагогічного феномену медичні й психологічні терміни приживались у понятійному полі дефектології; для педагогів втрачався їх діагностичний, негативний у соціокультурному контексті смисл» (Н.М. Назарова).

У перше десятиліття незалежності України термінологія в галузі дефектології переживала такий період, коли мало місце невпорядковане використання термінів із суміжних наук, а також термінів, які, на думку педагогічної спільноти, вже не відображали повністю сутності позначених предметів і явищ (наприклад, терміни «дефектологія», «аномальні діти»).

Ставлення до осіб з порушеннями психофізичного розвитку, залучення їх до суспільного життя, інноваційні підходи до здобуття ними освіти, які чітко окреслились наприкінці ХХ — на початку ХХІ ст., насамперед виявляються у ствердженні нових понятійно-термінологічних визначень щодо дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Ці питання вирізняються багатоаспектністю та різноманітністю підходів, що зумовлено суспільно-історичним підґрунтям. Нові концептуальні засади суспільного облаштування, поступ світової педагогічної науки у напрямі гуманізації та освітньої демократизації зумовили появу нової понятійної термінології, яка поступово стає загальноновживаною та зрозумілою.

Тривалий час у дефектології використовувались терміни «аномальний розвиток», «аномальна дитина», «дефективна дитина», «інваліди», «діти з вадами». Ці терміни в нашій країні донедавна були законодавчо закріпленими і загальноновживаними.

Понятійна основа цих термінологічних визначень — фіксація порушень, вад, відносної аномальності. Утім, ще у 1927 році Л.С. Виготський, обґрунтовуючи теорію надкомпенсації, передбачав: «...доведеться відмовитися і від поняття, і від терміна «дефективні діти».

Сучасна термінологія вирізняється гуманним, коректним і тактовним словником, співвідноситься з термінологією, прийнятою в міжнародному науковому співтоваристві. Медичні терміни, які мають діагностичний характер (*аномальні діти, діти з патологією розвитку,*

з вадами розвитку, з дефектами розвитку, з відхиленнями у розвитку), не відображають особливих потреб цих осіб в освіті.

Сучасні міжнародні тенденції в галузі міжнародних правових норм, соціальної політики, освіти засвідчують найбільш прийнятне використання терміна *«особа з обмеженими можливостями»*, оскільки основна увага концентрується на особі, а обмежені можливості є вже другорядною характеристикою.

Складність та суперечливість визначення поняття інвалідності, які виявляються при аналізі як міжнародних нормативно-правових документів, так і українських нормативних документів, дають змогу співвідносити та використовувати цей термін, орієнтуючись, передусім, на показники та результати суто медичного обстеження, при цьому коректним є вживання терміна *«особа з інвалідністю»*.

Більшість країн у міжнародних правових документах, державних законодавчо-нормативних актах соціального спрямування почала використовувати загальнозживаний термін *«діти (особи) з особливими освітніми потребами»*, запропонований англійськими спеціалістами в кінці 70-х років минулого століття.

Застосування терміна *«діти з особливими потребами»* зніціювала Саламанська декларація, опублікована у 1994 р., де і подано його основне визначення — *«особливі потреби»* стосуються всіх дітей і молодих людей, чиї потреби залежать від різної фізичної чи розумової недостатності або труднощів, пов'язаних з навчанням. Багато дітей мають труднощі у навчанні, а отже, мають спеціальні освітні потреби на певних етапах свого навчання у школі.

На думку відомих європейських учених (G. Lefrancois, W. Lerofsky, K. Raiswaik та ін.), дитяча вікова група населення, незважаючи на своє розмаїття, в основному має нормальні або так звані середні показники розвитку, в тому числі, й навчальні здібності. Однак певна кількість дітей має показники відмінні від середніх, і, відповідно, з педагогічної, соціальної або медичної точки зору ці діти характеризуються як такі, що мають особливі потреби. До цих осіб належать як діти, які мають виняткові здібності або таланти, так і діти з фізичними, психічними, соціальними відмінностями.

Найбільш поширене та прийнятне стандартне визначення *«особливих потреб»*, зокрема у країнах Європейської спільноти, подано в Міжнародній класифікації стандартів освіти: *«Особливі навчальні потреби мають особи, навчання яких потребує додаткових ресурсів. Додатковими ресурсами можуть бути: персонал (для надання допо-*

моги у процесі навчання); матеріали (різноманітні засоби навчання, в тому числі допоміжні та корекційні); фінанси (бюджетні асигнування для одержання додаткових спеціальних послуг)».

В Україні термінологія *«діти з особливими потребами»*, *«діти з особливими освітніми потребами»* досить вживана, однак понятійність цієї термінології поширюється лише на дітей, у яких визначаються порушення психофізичного розвитку, оскільки передусім саме вони ідентифікуються з дітьми з особливими потребами.

В освітніх Законах та нормативно-правових документах України використовується визначення: *«діти-інваліди та діти з вадами розумового або фізичного розвитку»*, *«діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку»*, *«діти з обмеженими можливостями здоров'я»*, *«діти з особливостями психофізичного розвитку»* тощо. Проте наразі у соціальному контексті некоректними є терміни *«діти-інваліди»*, *«діти з вадами розвитку»*.

Загалом у психолого-педагогічній спеціальній літературі також використовується декілька понять, які визначають контингент дітей системи спеціальної та інклюзивної освіти. Це такі поняття, як *«діти з порушеннями психофізичного розвитку»*, *«діти з вадами психофізичного розвитку»*, *«діти з відхиленнями у психофізичному розвитку»*, *«діти з порушеннями в розвитку»*, *«діти з обмеженими можливостями життєдіяльності»*, *«діти з особливостями психофізичного розвитку»*, *«діти з особливими освітніми потребами»*. Усі ці терміни мають специфічну галузь застосування. У країнах найближчого зарубіжжя найуживанішими є терміни: *«діти з обмеженими можливостями здоров'я»* (Росія); *«діти з особливостями психофізичного розвитку»* (Республіка Білорусь). В Україні фахівці в галузі спеціальної освіти у професійному спілкуванні найчастіше вживають термін *«діти з порушеннями психофізичного розвитку»*.

Вочевидь уніфікованість термінології стосовно дітей з особливими освітніми потребами, як на тому наполягають громадські організації, спираючись на міжнародні документи з дотримання прав людини, на сьогодні в нашій країні є неприйнятною, оскільки, не заперечуючи неприпустимість використання дискримінаційної термінології, не можна повністю уникнути професійної термінологічної лексики. Тому, зважаючи на вищевикладене та з метою уникнення тавтології, у посібнику словосполучення *«діти з особливостями психофізичного розвитку»*, *«діти з порушеннями психофізичного розвитку»*, *«діти з психофізичними порушеннями»*, *«діти з обмеженими можливостями життє-*

діяльності», «*діти з особливими освітніми потребами*» (особливими навчальними потребами, оскільки йдеться саме про потреби в навчанні) використовуються як синонімічні.

Підтвердженням логічності вживання саме цих визначень є думка Л.С. Виготського, який у своїй праці «Принципи виховання фізично дефективних дітей» наголошує: «Тим часом зрозуміло будь-якому педагогу, що сліпа чи глухоніма дитина насамперед є дитина, і вже потім — дитина особлива, сліпа чи глухоніма».

Наводимо визначення термінів на означення контингенту дітей, що подані у спеціальній літературі.

***Діти з особливостями психофізичного розвитку*** — діти, які мають суттєві відхилення від нормального фізичного або психічного розвитку і потребують спеціальних умов навчання й виховання, що забезпечують корекцію і компенсацію наявних порушень.

***Діти з порушеннями психофізичного розвитку*** — діти, що мають фізичні й (або) психічні порушення, які відображаються на усьому психофізичному розвитку дитини і перешкоджають засвоєнню нею соціокультурного досвіду без спеціально створених умов.

***Діти з порушеннями в психофізичному розвитку*** — це діти, які відстають у психофізичному розвитку внаслідок порушення діяльності одного або декількох аналізаторів (зорового, слухового, рухового, мовленнєвого), а також внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Термін використовується у психолого-педагогічній літературі для широкого визначення категорії дітей, які потребують спеціальної освіти.

***Діти з відхиленнями у психофізичному розвитку*** — це діти, які мають перераховані вище відхилення, але ступінь їх прояву не обмежує їхніх можливостей такою мірою, як у дітей з порушеннями у психофізичному розвитку. У психолого-педагогічній літературі це поняття використовується стосовно дітей переважно з порушеннями у психофізичному розвитку функціонального характеру.

***Діти з особливими освітніми потребами*** — поняття, яке широко охоплює всіх учнів, чії освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей з порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі дітей з інвалідністю, обдарованих дітей, дітей із соціально вразливих груп. Діти з особливими освітніми потребами — це діти, які потребують спеціальної корекційної підтримки, яка може надаватися як в умовах дошкільного і загальноосвітнього навчального закладу, так і у спеціальних загальноосвітніх навчальних

закладах, реабілітаційних центрах тощо. Цей термін широко використовується в галузі спеціальної освіти.

У будь-якому випадку мова йде про такий варіант розвитку, який відхиляється від нормотипової програми розвитку і характеризується специфічними закономірностями і порушеннями у формуванні пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери, у зв'язку з чим виникає потреба у спеціальних педагогічних умовах навчання і виховання, які забезпечує спеціальна освіта, та необхідності подолання бар'єрів на шляху навчання й повноцінної участі в навчально-виховному процесі.

Термін «спеціальна освіта» в освітологічному контексті розуміється широко, окреслюється різними контекстами, які можна узагальнити таким чином:

- система різноманітних навчальних закладів і освітніх установ;
- соціокультурний феномен;
- особливий процес;
- різнорівневий результат;
- соціальний інститут, що впливає на стан свідомості суспільства;
- освіта — цінність (державна, суспільна, особистісна).

Спеціальна освіта, її зміст та технології мають свою специфіку, яка залежить від характеру та глибини порушення. Особливість спеціальної освіти полягає, насамперед, в ефективному використанні повноцінного інтелекту осіб з особливостями слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату та представників інших нозологій, розумова діяльність яких неущкоджена, у забезпеченні педагогічних умов для реалізації їхніх потенційних можливостей, у запобіганні відхилень психічного розвитку, зумовлених, з одного боку, сенсорним чи іншим порушенням, а з другого — несвоечасним і недостатньо ефективним фаховим компенсаторно-корекційним втручанням. Спрямування компенсаторно-корекційних технологій на запобігання виникненню вторинних і подальших відхилень у психічному, в тому числі і в інтелектуальному, розвитку значно ефективніше, ніж подолання уже допущених відхилень, оскільки потребує менших зусиль з боку дорослого й дитини та скорочує час спеціальної педагогічної опіки над особою.

Сучасна спеціальна освіта потребує досліджень, спрямованих на доцільність використання окремих технологій компенсації, ефективних для дітей певної нозології, в освіті дітей інших нозологій. Наприклад, дотикові відчуття, технології обстеження предметів, мікропростору, характерних для навчання сліпих дітей, доцільно використовувати при навчанні дітей із порушеннями слуху, мовлення, затримкою психічно-



го розвитку (труднощами у навчанні) та інших нозологій. Спеціальна освіта дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, як показали дослідження, може використовувати методику розвитку мовленнєвої пам'яті, запозичену з технологій навчання дітей з порушеннями слуху, зору, оснований на запам'ятовуванні словесного матеріалу із залученням тактильно-вібраційних, дотикових відчуттів.

Термін «спеціальна освіта» не використовується для визначення освіти як результату закінченого навчання, засвоєння систематизованих знань, умінь і навиків, оскільки діти дошкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку отримують не спеціальну, а дошкільну освіту. Аналогічно діти шкільного віку з психофізичними порушеннями, які навчаються в різних типах освітніх закладів (у спеціальних загальноосвітніх школах / школах-інтернатах, навчально-реабілітаційних центрах), отримують початкову, базову, загальну середню освіту (залежно від нозології та рівня психофізичних можливостей).

Наведемо визначення найважливіших понять і категорій понятійно-категоріального апарату спеціальної педагогіки. Ключовими поняттями — категоріями — є дизонтогенез, діагностика, корекція, компенсація, абілітація, реабілітація, адаптація, соціалізація.

**Порушення (дефект) розвитку** (від латин. defectus — недолік) — психічне чи фізичне порушення, що викликає відхилення від нормативного розвитку дитини.

**Нозологія** (від грец. vogos — хвороба, logos — вчення) — розділ патології, що містить загальне вчення про хворобу (загальна нозологія), вивчення причин виникнення хвороби (етіологія), механізмів розвитку хвороби (патогенез) і клінічних особливостей окремих хвороб (часткова нозологія), класифікацію і номенклатуру хвороб. У сучасній медичній літературі зазвичай вживається поняття «нозологічний підхід», який полягає в описі нозологічної форми, для якої характерними є певна причина, патогенез, типові зовнішні прояви і специфічні структурні зміни в органах і тканинах.

**Онтогенез** (від грец. ontos — ество і genesis — походження) — процес індивідуального розвитку організму або сукупність морфологічних, фізіологічних і біологічних перетворень, яких зазнає організм від зародження до кінця життя. Основний зміст онтогенезу становлять, насамперед, сумісна предметна діяльність і спілкування з дорослим.

Одним із ключових понять спеціальної психології є поняття дизонтогенезу. **Дизонтогенез** (від грец. dis — розлад і ontogenesis — індивіду-

альний розвиток) — порушення індивідуального розвитку, формування вищих психічних функцій, тобто різні відхилення від нормотипового фізичного і психічного розвитку в дитячому віці, в результаті впливу як генетичних, так і травматичних, хімічних та інших чинників.

В основі дизонтогенетичного розвитку лежать органічні або функціональні порушення діяльності нервової системи, периферичні порушення певного аналізатора. Результатом дизонтогенезу є вади розвитку тканин і органів, у тому числі мозку, відставання в розвитку (ретардація), прискорений розвиток (акселерація), асинхронії розвитку (нерівномірність дозрівання різних систем), що породжують різноманітні дизонтогенетичні симптоми і синдроми: затримка і недорозвинення психіки або окремих функцій, аутизм тощо.

Поняття **діагностики, корекції і компенсації** є центральними у спеціальній педагогіці та психології. Це пов'язано з тим, що правильна діагностика (особливо на ранніх етапах розвитку дитини) забезпечує адекватність вибору корекційно-компенсаторних заходів, які сприяють поліпшенню психофізичного розвитку дитини.

**Діагностика** (від *грец.* *diagnostikos* — здатний розпізнавати) як поняття має декілька значень:

- розділ педагогіки і психології, метою якого є постановка педагогічного або психологічного діагнозу;
- кінцева або проміжна (у консультуванні чи корекції) обов'язкова діяльність психолога для встановлення психологічного діагнозу;
- обстеження дитини для визначення рівня розвитку й індивідуальних особливостей її психіки та поведінки, виявлення можливих відхилень у психічному розвитку.

Діагностичне обстеження спрямоване на опис виявлення суті індивідуально-психологічних особливостей особистості з психофізичними порушеннями з метою оцінки, прогнозу подальшого розвитку й розробки рекомендацій. Специфіка психолого-педагогічного обстеження особистості з психофізичними порушеннями полягає в системному аналізі явищ дитячого розвитку: вивчається соціальна ситуація розвитку дитини, розглядається ієрархія діяльності й психологічних новоутворень у сфері свідомості й особистості дитини.

У 70-х роках ХХ століття у зв'язку з розгортанням мережі закладів для дітей із затримкою психічного розвитку та мережі спеціальних дошкільних закладів постала проблема відбору дітей у ці заклади.

Поняття **«корекція»** (від *латин.* *correctio* — поліпшення, виправлення) у спеціальній педагогіці та психології є основним і вживається

у двох значеннях. По-перше, це сукупність психолого-педагогічних та лікувальних заходів, спрямованих на поліпшення розвитку або послаблення недоліків психофізичного розвитку та відхилень у поведінці дітей; по-друге — виправлення окремих порушень у дітей із психофізичними недоліками. Перше з тлумачень корекції є широко дефектологічним, друге — пов'язане з використанням терміна «корекція» у вузькому значенні (корекція вимови — виправлення недоліків вимови завдяки логопедичним засобам; корекція зору — застосування оптичних засобів для поліпшення зорової функції).

Корекція є комплексним впливом на різні аспекти розвитку дитини з психофізичними порушеннями у процесі навчально-виховної роботи в освітньому середовищі, який спрямовується на усунення недоліків та розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, фізичних, моторно-рухових якостей, мовлення, особистості дитини в цілому. Розрізняють традиційні і нетрадиційні засоби корекції. До традиційних належать: гра, навчання, праця, позакласна робота, суспільно-корисна діяльність, режим, лікувально-профілактичні засоби. Більшість традиційних засобів має широке значення і передбачає корекцію особистості в цілому. Нетрадиційними (альтернативними) засобами корекції є: сенсорний і психомоторний тренінги, леготека (лего — ігри конструктивного змісту), ароматерапія, іпотерапія, арттерапія, музикотерапія, казкотерапія, кінезотерапія тощо. Альтернативні засоби зазвичай спрямовані на розвиток і корекцію окремих функцій і застосовуються в комплексі з іншими заходами.

Правильно організована рання корекція здатна попередити появу вторинних і подальших відхилень у розвитку, забезпечити максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу, забезпечити можливість включення в загальний освітній потік (інклюзивне навчання) значної частини дітей.

**Корекційна робота** — це діяльність, спрямована на поліпшення процесів розвитку і соціалізації дитини, послаблення або подолання її психофізичних порушень у процесі навчання і виховання з метою максимально можливого розвитку її особистості та підготовки до самостійного життя.

Проведення корекційної роботи здійснюється у двох напрямках: а) виправлення недоліків у тій чи іншій сфері розвитку дитини; б) сприяння подальшому розвитку дитини як особистості.

Ефективність корекційної роботи пов'язана із знаннями типологічних особливостей розвитку різних категорій дітей з психофізичними

порушеннями та індивідуальної специфіки розвитку кожної особистості, і з врахуванням цих, а також вікових особливостей розвитку дітей у доборі змістового матеріалу, визначення методів та прийомів корекційного навчання та виховання.

За підрахунками, мозок людини може вмістити приблизно  $10^{20}$  одиниць інформації; це означає, що кожний із нас в змозі запам'ятати усю інформацію, що міститься у мільйонах томів бібліотеки. Із 15 млрд клітин мозку людина використовує лише 4 %. Про потенційні можливості мозку можна судити за незвичайним розвитком певної функції у талановитих людей і можливостями компенсації порушеної функції за рахунок інших функціональних систем.

Історія знає велику кількість людей з феноменальною пам'яттю. Великий полководець Олександр Македонський знав по імені всіх своїх солдат, яких у його армії налічувалось декілька десятків тисяч. Таку пам'ять мав і О.В. Суворов. Вражав своєю пам'яттю головний зберігач бібліотеки у Ватикані Джузеппе Меццофанті. Він володів 57 мовами. Український сходознавець Агатангел Кримський знав понад 60 мов. Моцарт мав унікальну музичну пам'ять. У 14 років у соборі Святого Петра він почув твір церковної музики. Ноти цього твору склали таємницю папського двору. Моцарт по пам'яті написав партитуру і виконував цей твір. Виняткову зорову пам'ять мали художники Левітан та Айвазовський.

У своїй книзі «От мечты к открытию» Г. Сельє пише про те, що в корі мозку людини міститься стільки енергії думок, скільки фізичної енергії міститься в атомному ядрі.

Значний резерв можливостей нервової системи використовується спеціальною педагогікою і психологією у процесі реабілітації людей з тими чи іншими відхиленнями у розвитку. Наприклад, у випадку вродженої глухоти або туговухості дитину можна навчити зорового сприймання мовлення, тобто зчитування з губ. Тимчасово замінити словесне мовлення можна за допомогою використання дактильного мовлення. При ураженні скроневої зони кори великих півкуль людина втрачає здатність сприймати мовлення інших людей. Ця здатність може бути поступово відновлена за рахунок зорового, тактильного та інших видів сприймання компонентів мовлення.

Корекційні зусилля спрямовуються на усунення недоліків і розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, фізичних, моторно-рухових якостей, мовлення, особистості дитини загалом. Засоби корекції ґрунтуються на максимальному використанні збережених

можливостей дитини, що поступово дає змогу активізувати порушені чи недорозвинені функції. Головний акцент потрібно робити на формуванні у дітей вищих психічних процесів (аналізуючого цілеспрямованого сприймання, логічного мислення, усвідомлених інтересів, відтворюючої та творчої уваги, довільного запам'ятовування тощо), оскільки вони відіграють провідну роль у загальному психічному розвитку людини.

**Корекційне виховання** — це цілеспрямоване виховання, яке послідовно поліпшує розвиток і соціалізацію особистості у єдиному процесі її абілітації шляхом виправлення недоліків психолого-педагогічними засобами, попередження негативних новоутворень, формування максимальних можливих позитивних властивостей дитини.

**Компенсація** (від *латин.* *compensatio* — урівноважування, зрівнювання, відшкодування) — відновлення недорозвинених чи порушених психічних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій. У результаті розвитку процесів компенсації функціональне порушення, зумовлене ушкодженнями, в певній мірі долається. Основою компенсаторного процесу з фізіологічного погляду є мобілізація значних резервних можливостей вищої нервової діяльності. Проте слід зазначити, що створені компенсаторні процеси при несприятливих умовах (погіршення стану організму при хворобах тощо) можуть розпадатися, оскільки компенсаторні пристосування мають відносну, а не абсолютну стійкість. У випадку їх розпаду говорять про *декомпенсацію*, тобто про рецидиви функціональних порушень, які раніше були створені. При проявах декомпенсації спостерігають порушення розумової діяльності, зниження темпу розвитку, зміну ставлення до діяльності.

Існує два типи компенсації психічних функцій: *внутрішньо-системна* — що здійснюється за рахунок залучення збережених нервових елементів уражених структур, і *міжсистемна* — пов'язана з перебудовою функціональної системи і включенням у роботу нових нервових елементів з інших нервових структур. У людини спостерігається обидва типи компенсації психічних функцій. Вони мають велике значення у випадку подолання вроджених чи ранніх порушень розвитку. Наприклад, компенсація психічних функцій зорового аналізатора у сліпонародженої дитини відбувається, головним чином, шляхом тактильного розвитку.

**Абілітація** (від *латин.* *habilitato* — вплив, діяння) — система лікувальних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попереджен-

ня, лікування, розвиток і корекцію патологічних станів і психологічних порушень, що призводять до стійкої втрати можливості навчатися у дітей, які ще не адаптовані до соціального середовища (на відміну від *реабілітації* — відновлення життєвого і трудового досвіду). Про абілітацію доречно говорити у тих випадках, коли психічні порушення виникають у ранньому віці. У дитини ще не сформовані нормальний руховий стереотип, гностико-практичні й мовленнєві функції. Вона ще не має навичок самообслуговування і досвіду суспільного життя. Абілітація передбачає якомога ранню лікувально-педагогічну корекцію рухової, сенсорної, психічної та мовленнєвої сфер дітей раннього, дошкільного й молодшого шкільного віку.

Застосування методів абілітації в ранньому віці полегшує адаптацію дитини до умов довкілля. На сьогодні серйозною проблемою є погіршення стану здоров'я дітей. 80 % новонароджених є фізіологічно незрілими, біля 70 % мають діагностоване перинатальне ураження центральної нервової системи. Підвищився процент недоношених дітей з критично низькою масою тіла при народженні (від 700 до 1100 г), які складають групу високого ризику за слуховою і зоровою патологією, дитячим церебральним паралічем, інтелектуальною недостатністю, сліпоглухотою і складним порушенням в розвитку.

У наш час стоїть завдання створення системи раннього втручання, що забезпечить максимально раннє виявлення, діагностику порушення в розвитку, скорочення розриву між моментом визначення первинного порушення в розвитку і початком цілеспрямованої корекційно-компенсаторної допомоги, зниження часових меж початку спеціальної освіти (з перших місяців життя).

**Реабілітація** (латин. rehabilitation: re — проти, habilitac — здатність) у медико-педагогічному значенні — повернення хворого до нормального життя і праці в межах психофізіологічних можливостей. Це комплексна, багатоетапна система медичних, соціально-психологічних, педагогічних заходів, спрямованих на усунення чи пом'якшення порушень розвитку дітей з інвалідністю та дітей з психофізичними порушеннями, інтеграцію їх у соціальне середовище, залучення до громадського життя і праці. Завдання реабілітації розв'язуються в системі спеціальних освітніх закладів для різних категорій дітей з психофізичними порушеннями, у яких особливості навчального процесу визначаються специфікою розвитку. Нині можливості реабілітації значно розширені у зв'язку з розвитком в Україні мережі реабілітаційних центрів, які забезпечують лікувально-відновлювальну, навчально-ви-

ховну та корекційно-розвивальну роботу з дітьми різного віку, різних нозологій.

**Соціалізація** (від латин. *socialis* — суспільний) — процес і результат входження індивіда в соціальне середовище й становлення його як соціальної істоти, людини під впливом всієї сукупності соціальних факторів, соціального середовища в цілому, куди входять: виховання, навчання, соціальне спілкування, підготовка до соціальних відносин, придбання знань, умінь, навичок практичної діяльності, оволодіння нормами, поняттями, цінностями, цілями, культурою в цілому, формування самосвідомості, придбання здатності управляти своєю поведінкою, формування активного суб'єкта соціальних відносин, перетворення самої людини, її різносторонній і гармонійний розвиток.

Соціалізація — процес двосторонній, який включає засвоєння індивідом соціального досвіду та становлення внутрішнього духовного світу особистості. Тому при дослідженні проблеми соціалізації звертають увагу на соціальну адаптацію та інтеріоризацію моральних норм і правил, підкреслюючи цим як неповторну індивідуальність кожного індивіда, так і активний характер самого процесу.

Соціалізація, як зазначає В.М. Синьов, відбувається у трьох основних сферах функціонування людини як особистості (діяльність, спілкування, самосвідомість), інтегровано реалізуючись у багатоаспектній соціальній поведінці людини. Детермінанти порушень процесу соціалізації можуть бути пов'язані або з біологічними факторами (різні форми дизонтогенезу — недорозвиток, затриманий, дефіцитарний, викривлений, дисгармонійний розвиток тощо), або з соціальними (педагогічна занедбаність, негативний вплив мікросередовища, дидактогенні ускладнення поведінки, які викликають реакцію протесту, депривація потреб у самореалізації, схваленні тощо), що призводить до явища відчуження особистості від соціуму.

**Соціальна адаптація** (від латин. *adaptatio* — пристосування, *socialis* — суспільний) — процес пристосування людини до нового для неї соціального середовища, а також наслідки цього процесу; це формування в індивіда у процесі онтогенезу соціальної поведінки, яка за смыслом, що їй надає суб'єкт, співвіднесена з поведінкою інших людей і спрямована на встановлення соціальних стосунків — достатньо стійких і самостійних зв'язків між індивідами та соціальними групами.

Соціальна адаптація передбачає дотримання особою соціальних норм (історично зумовлених суспільним буттям вимог до діяльності та взаємин індивідів) та охоплює соціалізацію і соціальну реабілітацію.

Змістом процесу соціальної адаптації і показником її успішності є засвоєння людиною норм, правил, традицій, культури, моралі, духовності свого народу та знаходження власного місця в суспільстві. У дітей із невротичними та психічними розладами, захворюваннями опорно-рухового апарату, порушеннями поведінки процес соціальної адаптації викликає труднощі.

Забезпечення здатності особи з психофізичними порушеннями до адаптації у змінюваних умовах соціального життя є найважливішою метою корекційного виховання. Для цього корекційне виховання має забезпечувати так звану конвергенцію.

**Конвергенція** (від. латин. converge — зближення, сходження) — це уподібнення, узгодженість двох процесів абілітації — онтогенезу і соціалізації. У процесі розвитку особистості з порушенням психофізичного розвитку це явище спостерігається не завжди, зазвичай виникає протилежне явище — **дивергенція** — протиріччя між біологічно заданими можливостями людини на даний момент і конкретними соціальними впливами на неї. Як зазначає В.М. Синьов, «...психологічний закон конвергенції порушується, і дивергенція, що виникла, суттєво негативно відбивається як на психофізичному (біологічному) розвитку людини, так і на її особистісному (соціальному) становленні».

**Спеціальні умови для отримання освіти (спеціальні освітні умови)** — умови навчання (виховання), в тому числі спеціальні освітні програми і методи навчання, індивідуальні технічні навчальні засоби, підручники, навчальні посібники, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші послуги, без яких є неможливим або ускладненим засвоєння загальноосвітніх і професійних навчальних програм особами з порушеннями психофізичного розвитку.

**Спеціальний (загальноосвітній) навчальний заклад** — навчальний заклад, створений для дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

### 1.3. Зв'язки спеціальної педагогіки з іншими науками

Спеціальна педагогіка пов'язана з багатьма іншими науками. Характер зв'язків різний залежно від предмета науки та її місця в загальній системі наукових знань.

Спеціальна педагогіка тісно пов'язана із:

- *суспільними науками* (філософія, етика, естетика, соціологія);
- *психологічними науками* (загальна, вікова, педагогічна та спеціальна психологія). Спеціальна педагогіка, визначаючи шляхи педа-



гогічного впливу на формування особистості дитини з порушеннями в розвитку, спирається на знання загальних закономірностей і вікових особливостей розвитку психіки дитини з нормотиповим розвитком. Особливо тісний зв'язок зі спеціальною психологією: вивчення результатів наукових досліджень у цій галузі є необхідною умовою для розвитку таких галузей, як сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, олігофренопедагогіка, логопедія, корекційна психопедагогіка, ортопедагогіка, аутизмпедагогіка;

— *природничими та медичними науками*. Природничо-наукову основу спеціальної педагогіки становлять дані фізіології, вчення про вищу нервову систему, аналізатори, пластичність кори головного мозку, дані про анатомо-фізіологічні особливості організму дитини. Дані медичних наук (оториноларингології, офтальмології, аудіології, патофізіології, неврології, невропатології, психопатології тощо) дають можливість правильно пов'язувати причини й механізми виникнення різних порушень розвитку, види порушень розвитку, науково обґрунтувати систему роботи з абілітації, визначити особливості педагогічної роботи з дітьми, які мають особливі освітні потреби. Знання гігієни допомагають обґрунтувати режим дня, праці, відпочинку, необхідні санітарно-гігієнічні умови для організації педагогічного процесу в дошкільному і загальноосвітньому навчальних закладах;

— *педагогічними науками* (загальна педагогіка — дошкільна, шкільна та педагогіка дорослих). Цей зв'язок обумовлюється не механічним перенесенням теоретичних положень із загальної педагогіки в спеціальну педагогіку, а врахуванням їх при визначенні змісту, принципів, форм, методів навчання і виховання дітей з порушеннями в розвитку;

— *історією педагогіки*. Знання історії педагогіки допомагає відібрати все прогресивне, що було в минулому й творчо використати його;

— *спеціальними методиками навчання* (особливий зв'язок спеціальна педагогіка має зі спеціальною методикою формування і розвитку мовлення дітей з порушеннями слуху, зору, мовлення, інтелекту, опорно-рухового апарату, спеціальною методикою формування звуковимови, розвитку слухового сприймання у нечуючих дітей, зорового сприймання у дітей з порушеннями зору тощо);

— *технічними науками*, які розробляють технічні засоби навчання та реабілітації дітей з різними порушеннями (наразі особлива увага приділяється використанню програмного забезпечення та інформаційних технологій для підвищення ефективності корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають особливі освітні потреби).

## 1.4. Теоретичні основи спеціальної педагогіки

Ефективність наукових досліджень у галузі спеціальної педагогіки, досягнення в розробленні педагогічних технологій навчання і виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку, впровадження інноваційних процесів у сучасну освітню практику можливі при здійсненні міжнаукового системного підходу до предмета вивчення. Одним з основних джерел розвитку педагогічної науки і практики є філософія, що слугує своєрідною ефективною і продуктивною рушійною силою цього розвитку і одночасно фундаментальною базовою складовою спеціальної педагогіки, адже філософські базові знання та сучасні ідеї сприяють появі педагогічних теорій стосовно навчання, виховання і розвитку дітей з особливими освітніми потребами, визначають напрями педагогічних досліджень і є методологічною основою спеціальної педагогіки.

На сучасному етапі розвитку науки методологія спеціальної педагогіки пропонує нові підходи до організації життя і діяльності дітей, їхнього ставлення до довкілля. Чим складнішими є соціокультурні зміни, які відбуваються навколо, тим глибшим є переосмислення теоретичних уявлень про навчання, виховання та розвиток дітей з психофізичними порушеннями, які поповнюються новими теоретичними концепціями, що визначають нові підходи до виховання й освіти цих дітей.

Наприкінці ХХ століття вітчизняна педагогіка, в тому числі й спеціальна педагогіка, звільнялась від марксистської методології як єдиної наукової основи, звертаючи свої погляди до різних філософських напрямів: екзистенціалізму, постмодернізму, прагматизму, персоналізму, філософської антропології тощо. Подібна тенденція спостерігалась і на початку ХХ століття в молодій радянській педагогіці, яка стверджувалась, критикуючи російську класичну педагогіку і активно запозичуючи західні ідеї. Нинішній «методологічний релятивізм» пояснюється важливими сучасними причинами, які впливають на світовий цивілізаційний розвиток: інформаційна революція, процеси глобалізації в культурі, економіці і політиці призводять до стрімкої зміни наукової картини світу і наукового розуміння місця людини в цьому світі.

Вітчизняна спеціальна педагогіка на початку ХХІ століття демонструє орієнтації на гуманістичні цінності і вводить до свого понятійно-категоріального апарату нові характеристики освіти: «особистісно орієнтований освітній процес», «індивідуалізація навчання», «дифе-

ренційоване викладання», «ціннісні відношення», «інтеріоризація культурних цінностей», «самовизначення особистості» тощо.

Українська спеціальна педагогіка розвивається згідно зі сталими закономірностями і прийнятою академічною наукою системою наукових концепцій і теоретичних положень, сформульованих у руслі діалектико-матеріалістичної філософії, яка пояснює специфіку людського буття на основі концепції суспільно-практичної, діяльнісної сутності людини.

Значний внесок у розроблення проблеми навчання осіб з порушеннями розвитку зробив М. Тарасевич, завідувач Одеського лікарсько-педагогічного кабінету. Так, у 1921 р. професором М. Тарасевичем було запропоновано одну з перших наукових класифікацій дітей з порушеннями психофізичного розвитку, створену на основі його «концепції психофізичного розвитку аномальної дитини», розробленої, що принципово важливо, ще до концепції Л. Виготського. Вона ґрунтувалася на вивченні особистості у широкому біологічному розумінні як єдиного психофізичного організму, усі властивості та прояви якого розвиваються за загальними біологічними законами. Фізичний і психічний недорозвиток науковець вважав не лише біологічним, а й соціальним явищем, оскільки порушення позначається на особистості дитини в цілому. Під час визначення змісту та методів навчання М. Тарасевич вважав за необхідне відмежовувати вторинні порушення, зумовлені несприятливим впливом середовища чи виховання, від первинного недорозвитку, спричиненого органічним ураженням, наголошуючи на цілісному підході у дослідженні особистості дитини. Утім, як зазначає дослідниця вітчизняної дефектології О.М. Таранченко, склалося так, що висхідною у молодій дефектологічній галузі стала не концепція М. Тарасевича, а наукові праці Л. Виготського.

Відтоді на сучасному етапі розвитку спеціальної педагогіки в Україні в якості методологічної і теоретичної бази наукових розвідок продовжують використовувати такі загальноновизнані теоретичні концепції і положення, розроблені і представлені Л.С. Виготським, як концепція про культурно-історичне походження психіки; теорія діяльності; концепція єдності закономірностей розвитку в умовах онтогенезу та дизонтогенезу; теоретичні положення про системність будови психіки людини; первинні і вторинні відхилення в розвитку дитини з порушеним розвитком; актуальну і найближчу зони розвитку дитини; основні напрями корекційно-педагогічної роботи з дітьми, які мають психофізичні порушення; важливість ранньої діагностики і раннього

корекційно-педагогічного впливу на дитину з особливостями психофізичного розвитку; провідну роль навчання у розвитку дитини.

Однак кардинальні зміни в ідеології, суспільному житті в цілому і, зокрема, в освіті вплинули на розвиток дефектології, яка наприкінці ХХ століття переживала методологічну кризу, втрачаючи звичну матеріалістичну методологію і відчуваючи вплив зарубіжної науки.

Наразі можна говорити про те, що сучасна спеціальна педагогіка, орієнтуючись на соціально-економічні, культурні й ціннісні перетворення, які відбуваються в нашому суспільстві, зокрема поширення інтеграційних процесів, починає відмовлятися від розгляду проблем розвитку, навчання, виховання і соціалізації дітей різних нозологій з моноідеологічних позицій. Нові умови економічного і соціального життя передбачають кардинальну переоцінку багатьох аспектів світоглядного і теоретико-пізнавального розгляду проблеми формування особистості з порушеннями психофізичного розвитку, її підготовки до життя в багатовимірному суспільстві. Відмова від монометодологічних установок у наш час є умовою розвитку спеціальної педагогіки як науки. Необхідність переоцінки вітчизняною спеціальною педагогікою власних методологічних і теоретичних основ обумовлена підсилюванням тенденції входження України в ідеологічно багатовимірний світ розвинених країн, що визначає паралельний розвиток різних концепцій навчання і виховання дітей з психофізичними порушеннями.

Одна з них — концепція розвивального навчання, яка утвердилась у ХХ столітті завдяки працям радянських учених: Л.С. Виготського, О.М. Леонтьєва, С.Л. Рубінштейна, Д.Б. Ельконіна, П.Я. Гальперіна, Л.В. Занкова, В.В. Давидова та ін. Згідно з цією концепцією навчання повинно йти попереду розвитку, максимально використовуючи генетичні вікові передумови, вносячи в них істотні корективи, що забезпечується спеціальними педагогічними технологіями у процесі спеціально організованого навчання.

У 70-х роках ХХ століття сформувалася концепція нормалізації з нових уявлень, що відкрили «...широкі перспективи про дитину з особливостями розвитку та ґрунтувалися на вихованні її відповідно до ustalених культурних норм суспільства, в якому вона проживала. Саме в цей період окреслювався злам у суспільній свідомості стосовно дітей з особливостями психофізичного розвитку і почався процес їхньої інтеграції в середовище однолітків».

Інтегративний підхід, коли одночасно розвиваються концептуально різні підходи до навчання, виховання, освіти і розвитку дітей з психо-

фізичними порушеннями, є принципово новим смисловим простором як для фахівців (корекційних/спеціальних педагогів, психологів, соціальних педагогів, педагогів), так і для дітей, які потребують освітніх послуг від цих спеціалістів. Наразі, поруч із традиційною спеціальною освітою, активного розвитку і впровадження набуває інноваційна освітня система — інклюзивна освіта, яка передбачає спільне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку та дітей, які не мають таких порушень, в загальноосвітньому навчальному закладі.

Значний вплив на розвиток інтеграційних процесів у світі мала науково-теоретична спадщина Л. Виготського. Так, на думку багатьох європейських учених (J. Jonson, W. Mills, W. Muller), концепція «нормалізації» співзвучна вченню Л. Виготського, що сприяло усвідомленню природи компенсаторних можливостей людини, її соціальної спрямованості і слугувало підґрунтям для визначення теорії соціальної співвіднесеності.

Ще в 30-х роках ХХ ст. Л. Виготський зазначав, що загальні уявлення про «дитячу дефективність» у науковій літературі й на практиці передусім пов'язуються з біологічними причинами, а соціальні моменти вважаються другорядними, хоча саме вони є першочерговими, головними. Він вважав необхідним створення такої системи навчання, в якій дитина з обмеженими можливостями не вилучалася б із суспільства дітей з нормальним розвитком. Він указував на те, що, маючи багато позитивного, спеціальна школа вирізняється таким основним недоліком: вона замикає свого вихованця — сліпу, глуху або розумово відсталу дитину — у вузьке коло шкільного колективу, створює замкнутий світ, у якому все пристосовано до дефекту дитини, все фіксує її увагу на власному недоліку і не вводить дитину у справжнє життя. Спеціальна школа замість того, щоб виводити дитину з ізольованого світу, розвиває у неї навички, які ведуть до ще більшої ізоляції.

Тому Л. Виготський вважав, що завданнями виховання дитини з порушеним розвитком є її інтеграція у життя і здійснення компенсації її недоліку якимось іншим шляхом. Причому компенсацію науковець розглядав не в біологічному, а в соціальному аспекті, бо вважав, що вихователю в роботі з дитиною, яка має дефекти розвитку, доводиться мати справу не стільки з біологічними фактами, скільки з їх соціальними наслідками. Отже, Л. Виготський одним із перших обґрунтував ідею інтегрованого навчання.

На сучасному етапі методологічна база досліджень у галузі інклюзивної освіти стає більш вільною у виборі засобів теоретичної пре-

зентації педагогічної реальності, про що свідчать різні методологічні та науково-теоретичні позиції, на які спираються вчені країн пострадянського простору та зарубіжні вчені під час вивчення феномену освітньої інтеграції та шляхів її впровадження.

Так, дослідження з питань теорії і практики інтегрованого та інклюзивного навчання, які здійснюються на території колишнього Радянського Союзу, безумовно ґрунтуються на наукових концепціях, розроблених видатними представниками радянської дефектології та психології (М. Тарасевич, Л. Виготський, П. Блонський, Р. Боскіс, Т. Власова, С. Зиков, О. Леонт'єв, В. Лубовський, О. Лурія, С. Рубінштейн, В. Синьов, Ж. Шиф, М. Ярмаченко та ін.), методологічною основою яких завжди була діалектико-матеріалістична марксистська філософія, що пояснює специфіку людського буття на основі концепції суспільно-практичної, діяльнісної сутності людини.

На аналогічні наукові розвідки зарубіжних вчених, на теорію і практику спільного навчання і виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку з їхніми однолітками, які мають нормотиповий розвиток, мають вплив філософські ідеї екзистенціалізму, прагматизму, постмодернізму, персоналізму, філософської антропології тощо.

*Філософія екзистенціалізму* запропонувала новий погляд на людину з обмеженими можливостями, її індивідуальне і соціальне буття, висунувши центральну ідею — екзистенцію — центральне ядро людського буття, завдяки якому кожна людина є єдиною у своєму роді, неповторною і вільною особистістю, яка «обирає» і «будує» себе сама, своє життя, відповідальна за свої дії стосовно себе і довкілля.

Екзистенціалізм не створив цілісної педагогічної доктрини, яка б мала втілення у шкільній практиці, проте ця філософська течія має значний вплив на розвиток зарубіжної педагогічної думки. Згідно з нею виховання розчиняється у процесі життя та інтерпретується як «антропологічне явище» — деякий допоміжний засіб людського буття. Такий підхід неминуче призводить до зниження значущості в реальному житті організованих освітніх процесів.

Екзистенціальна педагогіка зводить цілі освіти до формування навичок самосвідомості і осмислення свого становища в найближчому людському оточенні в ім'я подолання протиріч і труднощів, які виникають на життєвому шляху. Отже, вплив ідей екзистенціалізму на проблему виховання і навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку в зарубіжних країнах сприяв зміщенню пріоритетів і цінностей освіти дітей, які мають порушення розвитку, з результату на

особистість дитини. В умовах спільного навчання зі здоровими однолітками можливим є забезпечення екзистенціального розвитку дітей з особливими потребами, який полягає у знаходженні дитиною своєї самості, самобудівництві себе, основними параметрами якого є знання і розуміння себе, усвідомлення своєї унікальності, прийняття себе і набуття смислу свого існування.

*Прагматизм* у сучасній інтерпретації розглядається як сукупність дій, спрямованих на досягнення реальних результатів, на виховання активної діяльнійшої людини. Отже, прагматична педагогіка сьогодні — це опора в освіті на інтереси та здібності учнів, орієнтація на їх цілі та цінності. Прагматичні ідеї яскравого представника цієї філософської течії Джона Дьюї знайшли своє втілення в сучасній практиці інклюзивного навчання. Насамперед це цілеспрямована організація навчання і виховання відповідно до індивідуальних особливостей дитини, визнання її унікальності як необхідної умови цілісного формування особистості; практична спрямованість навчання; опора на життєвий досвід; активність дитини, формуванню якої сприяють застосування дослідницького методу, проблемний підхід до навчання, проектна діяльність.

*Постмодернізм* як філософський напрям в останнє десятиріччя привернув до себе увагу педагогів, які віднайшли в ньому джерело конструктивних і практичних ідей. Педагогіку «постмодернізму» називають «критичною педагогікою», її представники різко критикують сучасну школу, в тому числі й спеціальну, існуючі традиційні методи навчання і виховання. Критична педагогіка примушує будь-яку іншу педагогіку, зокрема й спеціальну, задуматися над питанням, чи не потрапила вона в полон власних упереджень?

Серед ідей постмодернізму, які мають вплив на розвиток інклюзивної освіти, можна виокремити такі: відмова від критеріїв загальнообов'язковості і об'єктивності; звернення до антропології і до усвідомлення ролі комунікації (спілкування) в житті людини; врахування усіх існуючих точок зору, по суті, розширення освітнього простору, збільшення його насиченості і багатоманітності. У постмодерному суспільстві освіта виступає найважливішим інструментом його перетворення, передумовою виходу з цивілізаційної кризи і умовою попередження антропологічної катастрофи.

Зміна парадигми освіти під впливом культури постмодерну виявилась в активному розробленні нових фундаментальних ідей в галузі освіти, в тому числі й у спеціальній освіті, нових моделей освіти і нових

освітніх стратегій, в плюралізації шкіл, педагогічної практики, у збільшенні освітніх методик і технологій. Разом із тим існують й інші фактори, які вимагають зміни парадигми освіти: необхідність інтеграції пострадянського суспільства у світову цивілізацію і культуру; відновлення національної школи, що пов'язане з осмисленням національної автентичності, пошуком власного неповторного національного шляху в освіті й вихованні; а також необхідність інтегрувати позитивний досвід радянської спеціальної школи в сучасний освітній простір, трансформувати в нову модель інклюзивної освіти ті позитивні теоретичні і методичні напрацювання, які сконцентровані у дослідженнях радянської дефектології, вітчизняної спеціальної педагогіки і спеціальної психології, педагогічному досвіді найталановитіших представників спеціальних навчальних закладів.

*Персоналізм* як одна з провідних філософських течій сучасності, де особистість та її духовні цінності визнаються найвищою суттю цивілізації, також має значний вплив на розвиток освіти дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Завдяки напрацюванням французького персоналізму (Е. Мунье), християнського екзистенціалізму (Г. Марсель), феноменологічної етики (Е. Левінас) проблема «іншого» стала однією з центральних проблем сучасної філософії.

Персоналісти наголошують на виховній функції особистісної філософії, вбачаючи в ній можливість пробудження особистісних засад у людині. Велике значення у зв'язку з цим приділяється проблемі особистісного спілкування, в якому прихильники персоналізму вбачають мету і призначення людського існування. Крім того, вони розуміють людину як автономну систему, яка сама обирає, що в ній відбуватиметься під впливом соціальних зв'язків. Тезис про жорстку детермінацію психічного через матеріальний світ втрачає свою значущість. Процес самореалізації особистості не є повністю детермінованим ззовні. Особистість сама обирає, які впливи зовні сприяють активізації її внутрішніх дій, спонукань, задумів. Вираженням персональності дитини, яка має порушення в розвитку, є її прагнення бути оціненою нарівні з іншими людьми, прагнення незалежної від порушення оцінки. Отже, персоналістські ідеї набувають особливої значущості у процесі впливу на розвиток інтеграційних процесів у світі завдяки поняттю особистості, яке наразі стало символом гуманізму.

З позицій *філософської антропології* — напряму філософії, завданням якого є системне вивчення й обґрунтування сутності людського буття та людської індивідуальності, проблема сутності людини роз-



глядається як центральна (М. Шелер, А. Гелен, Г. Плеснер, Л. Портман). На відміну від екзистенціалізму, для філософської антропології дані природничих і медичних наук, соціології і психології виступають як необхідна умова для філософської відповіді на питання про сутність людини. Таким чином, в рамках цього філософського напрямку дослідники мають можливість проводити узагальнення наукових даних про людину з порушеннями психофізичного розвитку, що стимулює поглиблене пізнання її якостей, станів, внутрішнього світу, своєрідності життєдіяльності і соціалізації.

Дефектологія, яка почала виокремлюватися в окрему галузь наукового знання під керівництвом Л.С. Виготського, на той час взяла на себе багато функцій педагогічної антропології, адже його дослідження спиралась на педагогічні принципи, основані на глибокому знанні людської природи. Антропологічні підходи до розуміння сутності людини, окреслені ще К. Ушинським, по-новому знайшли втілення в культурно-історичній теорії Л. Виготського про психічний розвиток дитини, що мала міждисциплінарний характер і формувалась у роки розквіту педології — науки про цілісне вивчення розвитку і виховання дитини.

Філософська антропологія звертається до людини як до єдиного цілого — єдності тілесного, духовного і душевного розвитку, і ця цілісна єдність втілюється у баченні людини як особистості. У цій філософській течії людина розглядається як жива система, що становить єдність природного і соціального, тілесного і духовного, спадкоємного, уродженого і прижиттєвого, придбаного. З-поміж ідей філософської антропології (незалежно від її варіантів), які відкривають можливості до вивчення антропологічних аспектів проблеми навчання, виховання і розвитку дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах інклюзивного навчання, виокремлюються такі:

— ідея про принципову потребу людини у вихованні та освіті; при цьому дитина з психофізичними порушеннями більшою мірою, ніж будь-яка інша людська істота, потребує освіти, яка створює для неї умови для саморозвитку і самореалізації як єдності тілесного, духовного і душевного розвитку (в межах філософської антропології існують різні точки зору на цю проблему: для одних представників філософської антропології важливим моментом є біологічна недостатність людини, яка компенсується вихованням та освітою з раннього дитинства; для інших — ця ідея обґрунтовується тим, що людина первісно є соціокультурною істотою, яка гуманізує себе у вихованні та освіті; для третіх —

особи з психофізичними порушеннями є істотами, які створюють свій символічний світ і живуть у ньому, потребуючи виховання та освіти для того, щоб бути творцем нових символічних форм);

— ідея про єдність тіла, душі та духу; на протипагу натуралістичному розчленуванню душі і тіла та пошуку психофізичного паралелізму, філософська антропологія спирається на єдність тіла, душі та духу, підкреслюючи тим самим, що виховання і освіта мають бути спрямовані на формування і розвиток цієї єдності;

— ідея розуміння людини в цілісності її характеристик, де раціональність повинна відійти на другий план, адже людина не може розглядатися лише як раціональна і раціонально діюча істота; процес становлення індивіда обумовлений такими ірраціональними прагненнями, як страх, радість, надія, сумніви, прихильність;

— ідея про те, що дитина реалізує свої внутрішні можливості, включаючись у суспільні культурні відносини;

— ідея індивідуальності та соціальності людини; з одного боку, необхідним є процес формування індивідуальності людини, що сприяє її самосвідомості і самодіяльності, з іншого — соціалізації особистості і формуванню людини, яка вміє і бажає жити з іншими людьми.

Отже, концепція загальноосвітньої інтеграції дітей з порушеннями психофізичного розвитку базується на визнанні важливості антропологічних аспектів у педагогічній діяльності. Відхилення в розвитку, що розглядаються через структуру дефекту, не виступають як особливий спосіб існування дитини. Однак значна увага у процесі організації педагогічної підтримки приділяється соціальному оточенню та індивідуальній ситуації життя особливої дитини.

Методологічною основою для розвитку будь-якої науки, в тому числі й спеціальної педагогіки, є методологічні принципи — теоретичні положення, які узагальнюють досягнення науки в певній галузі і слугують основою для подальших досліджень. Методологічними принципами спеціальної педагогіки і психології є загально-філософські твердження, що конкретизуючись визначають предмет, стратегію і методи досліджень у галузі спеціальної педагогіки і психології, а також вихідну позицію для інтерпретації одержаних результатів. Принципи, на яких ґрунтується методологія сучасної спеціальної педагогіки і психології, поступово викристалізувалися в дослідженнях Л. Виготського, Б. Ананьєва, С. Рубінштейна, Г. Костюка, О. Леонтьєва та ін.

Розглянемо основні **методологічні принципи** спеціальної педагогіки і психології.

**Принцип детермінізму** (принцип загальної причинної зумовленості явищ). Психічний розвиток дитини обумовлений взаємовпливом біологічних і соціальних факторів. Біологічними причинами, що зумовлюють відхилення в розвитку, є або органічне ураження центральної нервової системи, або її функціональна незрілість. Причинами також можуть бути несприятливі мікросоціальні умови, особливо якщо в таких умовах дитина перебуває у період немовляти і раннього дитинства, коли потенціал психічного розвитку є особливо значущим, але не реалізується повністю через вплив несприятливих факторів.

**Принцип єдності свідомості, особистості і діяльності.** Особистістю людина не народжується, а стає на певному етапі розвитку, коли досягає певного рівня свідомості й стає здатною до усвідомленої цілеспрямованої діяльності. Свідомість також не існує ізольовано, а входить у структуру особистості і формується у процесі діяльності. Спеціальна педагогіка розглядає педагогічний процес як процес формування особистості проблемної дитини, її різнобічного розвитку в умовах спеціально організованої діяльності.

**Принцип розвитку.** Психіка людини є пластичною і постійно перебуває в динамічному розвитку. Знання історії розвитку дитини, аналіз рівнів її актуального і потенційного розвитку допомагають побудувати психолого-педагогічний прогноз і визначити освітній маршрут дитини.

Л.С. Виготський заклав теоретико-методологічну базу дефектології, що забезпечило її перехід з емпіричних, описових позицій на істинно наукові основи. Його наукові концепції, створені у 1920–1930-ті роки, не втратили своєї актуальності й у наш час. Найважливішими для спеціальної педагогіки є такі концепції і теорії Л.С. Виготського:

- концепція про культурно-історичне походження психіки і формування вищих психічних функцій (ВПФ);
- концепція про закономірності психічного розвитку в нормі та патології;
- теорія про провідну роль навчання в розвитку дитини;
- теорія компенсації психофізичних порушень особистості.

Велике значення для теорії і практики спеціальної освіти мають ідеї Л.С. Виготського про системну структуру будь-якого дефекту і про наявність компенсаторних можливостей при різних відхиленнях у розвитку, про значення колективних форм діяльності (навчальної, ігрової, трудової) для становлення особистості дитини, про співвідношення інтелекту й афекту, про розвиток мислення і мовлення тощо.

*Концепція про культурно-історичне походження психіки* у наш час є найбільш глобальною і перспективною для розвитку спеціальної педагогіки. Згідно з цією концепцією шлях формування особистості проходить через засвоєння і привласнення суспільно-історичного досвіду, заснованого на вживанні знаків і закріпленого у мові. На думку Л.С. Виготського, знак із зовнішньої практичної діяльності поступово «вростається» у психічну функцію, за рахунок чого вона набуває усвідомленого і довільного характеру.

У зв'язку з цим Л.С. Виготський виділяє два рівні розвитку психіки: рівень натурального розвитку (зумовлений біологічно) і рівень культурного розвитку (зумовлений соціально), пов'язаний з розвитком мовлення і знаково-символічною діяльністю дитини, у результаті чого відбувається якісна перебудова психіки і формуються вищі психічні функції (ВПФ).

ВПФ характеризуються тим, що формуються при житті в умовах спілкування з іншими людьми і опанування різних видів діяльності, опосередковані мовленням і вживанням знаків, мають усвідомлений і довільний характер.

До знаків, що забезпечують ВПФ людини, можна зарахувати засоби, які дитина використовує у грі й продуктивній діяльності (предмети-замінники, образні знаки), а також букви, цифри, символи з галузі різних наук. Мова також є системою знаків. Знаки і символи в людській діяльності об'єднуються в моделі (схеми, формули тощо), що відображають реальні відношення предметів і явищ.

До ВПФ можна віднести довільну пам'ять, логічну пам'ять, словесно-логічне мислення, аналізуюче сприймання, осмислене мовлення, творчу яву, писемне мовлення. Отже, ВПФ не надані людині від народження, а є, з одного боку, продуктом її соціалізації, а з іншого — забезпечують її входження в соціум і повноцінне життя в суспільстві.

Отже, згідно з теорією культурно-історичного походження психіки, її розвиток визначається взаємодією двох факторів: біологічного і соціального, причому соціальний фактор є визначальним. Для того, щоб дитина розвивалась нормально, її організм має бути біологічно повноцінним, повинні бути збереженими всі органи і системи, насамперед — центральна нервова система (ЦНС). Здорова дитина, яка опинилась в умовах соціальної депривації (позбавлення повноцінних контактів з матір'ю, дефіциту інформації і діяльності), починає різко відставати в розвитку. Для повноцінного психічного розвитку необхідне спілкування з іншими людьми і залучення до різних видів діяльно-

сті, при цьому важливе значення мають соціально-педагогічні умови. Розуміння важливості соціального фактора є надзвичайно важливим для спеціальної педагогіки.

Основними положеннями культурно-історичної теорії про розвиток психіки дитини є:

— всі психічні функції дитини виникають первісно як форма колективної поведінки, як форма співробітництва з іншими і лише згодом стають її внутрішніми індивідуальними функціями;

— характерними ознаками вищих психічних функцій є: опосередкованість, системність, усвідомленість, довільність; вони формуються у дитини прижиттєво, утворюються в результаті оволодіння спеціальними знаряддями, засобами, виробленими у ході історичного розвитку суспільства (різними знаковими системами);

— основою психічного розвитку людини є якісна зміна її соціальної ситуації (або її діяльності);

— розвиток вищих психічних функцій у дітей пов'язаний з навчанням і вихованням, вони не можуть відбуватися інакше, ніж у формі засвоєння заданих зразків, тому розвиток проходить ряд послідовних стадій;

— у процесі інтеріоризації виникає новий тип будови особистості і діяльності, ті психічні вікові новоутворення, які визначають свідомість дитини, її ставлення до довкілля, внутрішнє і зовнішнє життя, увесь хід розвитку дитини у конкретний момент її життя.

На основі концепції Л.С. Виготського про культурно-історичне походження психіки і формування вищих психічних функцій ґрунтуються базові положення спеціальної психології і педагогіки:

— розвиток вищих психічних функцій (ВПФ) дитини з психофізичними порушеннями відбувається за тими ж законами, що й розвиток ВПФ в нормі;

— ВПФ, порушення в їхньому розвитку і засоби, за допомогою яких ці порушення компенсуються, мають соціальну природу.

Соціальна природа ВПФ передбачає, що:

— *метою розвитку* є набуття індивідом родової людської сутності, присвоєння культурно-історичного досвіду людства;

— *простором розвитку* є довкілля, простір культури;

— *джерелом розвитку* — сумісно-розподільна діяльність;

— *засобами розвитку* — матеріальні та ідеальні продукти культури;

— *умовами розвитку* — взаємодія з носіями культури і морфологічні особливості ЦНС;

— *організаційними формами розвитку* — система освіти.

Значна частина положень теорії Л.С. Виготського була розвинута його колегами, учнями-послідовниками. Зокрема О.М. Леонтьєв поглиблено дослідив питання про значення навчання і виховання для розвитку психіки, конкретизував положення загального генетичного закону психічного розвитку, поняття «зони найближчого розвитку», «провідного виду діяльності».

О.Р. Лурія розробляв проблеми соціально-історичної природи свідомості і проблеми мовлення як однієї з найрозвинутіших комунікативних і знакових систем, дослідив нейропсихологічні механізми психіки людини і соціальної обумовленості їх становлення в онтогенезі.

О.В. Запорожець продовжив дослідження Л.С. Виготського про єдність афекту та інтелекту (соціальної природи розвитку емоційної сфери дитини).

Д.Б. Ельконін конкретизував підходи Л.С. Виготського до періодизації психічного розвитку дитини, дослідив закономірності становлення ігрової діяльності дітей дошкільного віку, навчальної діяльності дітей молодшого шкільного віку, спілкування підлітків.

В.В. Давидов продовжив вивчення теоретичних положень Л.С. Виготського про провідну роль навчання у психічному розвитку дитини, розробивши теорію розвивального (випереджаючого) навчання.

**Концепція про закономірності психічного розвитку в нормі та патології** стала науковим підґрунтям для становлення і розвитку спеціальної педагогіки і спеціальної психології як наук. Згідно з цією концепцією виділяються:

- загальні закономірності розвитку психіки, характерні як для дітей з нормотиповим розвитком, так і для дітей з порушеннями психофізичного розвитку;
- загальні закономірності розвитку психіки дітей з будь-яким видом психофізичного порушення;
- специфічні закономірності розвитку психіки дітей з певним видом психофізичного порушення.

### **Загальні закономірності розвитку психіки**

**Інтеграція** (поєднання) розрізаних спочатку психічних процесів у стійкі й гнучкі функціональні системи. ВПФ людини мають інтегративний характер. Наприклад, Л.С. Виготський вважав, що до певного моменту мислення і мовлення розвиваються паралельно і мають різні генетичні корені. Мислення сягає коренями у предметно-практичну діяльність, а мовлення «виростає» зі спілкування. У дітей приблизно

до двох років лінії розвитку мислення і мовлення переплітаються і починає розвиватися мовленнєво-мислительна діяльність: мовлення стає осмисленим, а мислення мовленнєвим, тобто здійснюється через мовлення, відтак, відбувається інтеграція мислення і мовлення, що призводить до того, що дитина у віці двох років починає вживати фрази з 2–3 слів, які виражають певну думку.

Усі ВПФ опосередковані мовленням і формуються на основі інтеграції (наприклад, логічна пам'ять розвивається на основі інтеграції мислення, мовлення і пам'яті).

**Нерівномірність психічного розвитку.** Існує певна послідовність у формуванні ВПФ, і для кожної психічної функції є свій сензитивний період, коли вона розвивається найінтенсивніше. Психічна функція, що знаходиться в сензитивному періоді «підтягує» за собою інші.

Так, вік від 0 до 3 років — період бурхливого розвитку сприймання, яке є одним із базових психічних процесів. Від 1 року до 3 років інтенсивно розвивається мимовільна пам'ять. Період від 2 до 5 років є сензитивним для розвитку мовлення. У віці від 3 до 7 років розвивається наочно-образне мислення і уява. Після 10 років відбувається інтенсивний розвиток словесно-логічного мислення.

Отже, нормальний психічний розвиток підпорядковується закону гетерохронії, який означає, що для кожної психічної функції є свої оптимальні строки.

Нерівномірність психічного розвитку проявляється також у його стрибкоподібному характері, наявності періодів кризи (кризи 1 року, 3 років, 7 років, підліткова криза).

**Пластичність** (піддатливість) психіки є закономірністю її розвитку, що передбачає можливість взаємозамінності психічних функцій. Навіть при втраті певної психічної функції за рахунок пластичності психіки загалом, можливий психічний розвиток, достатній для соціальної адаптації людини.

### **Загальні закономірності, властиві порушеному розвитку психіки**

Вивчення дітей з порушеннями розвитку виявило, що їхній психічний розвиток підпорядковується загальним основним закономірностям розвитку психіки дітей з нормотиповим розвитком, які впливають з єдності біологічних і соціальних факторів у розвитку людської особистості. Тобто розвиток особистості, крім спадкових біологічних особливостей, визначають соціальні фактори, тобто суспільне середо-

вище, зокрема діяльність дитини (гра, навчання, праця) і опанування дитиною мови. Крім того, розвиток психіки дітей з порушеннями в розвитку характеризується тією ж поетапністю дозрівання психічних функцій, що і в онтогенезі.

Поряд із загальними закономірностями психічного розвитку дитини з нормотиповим і порушеним розвитком існують ще й специфічні особливості дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Протягом тривалого часу ці закономірності вивчаються науковцями-дефектологами.

Л.С. Виготський в основу аналізу особливостей та закономірностей розвитку психіки дітей з психофізичними порушеннями поклав системний підхід, запропонувавши при вивченні пізнавальної діяльності цих дітей розрізняти первинний дефект (за сучасною термінологією — «первинне порушення») та вторинні і подальші відхилення в їх розвитку. У 30-ті роки ХХ століття Л.С. Виготський розробив теорію складної структури аномального розвитку дитини з дефектом, згідно з якою наявність будь-якого порушення своєрідно позначається на психічному розвитку дитини і унеможливорює характерний для дітей з нормотиповим розвитком спосіб засвоєння культурно-соціального досвіду.

Поняття «дефект», «структура дефекту» детально опрацьовані Л.С. Виготським. У структурі будь-якого «дефекту» вчений виділив первинні та вторинні (третинні) і подальші порушення.

Первинні порушення — це порушення органів або фізіологічних функціональних систем, обумовлені вродженими або набутими ушкодженнями.

Вторинні, третинні і подальші порушення — це порушення в розвитку ВПФ, обумовлені «випадінням» дитини із системи культурних умов, які забезпечують формування цих ВПФ в нормальному онтогенезі, або «соціальним вивихом» (метафора Л.С. Виготського). «Фізичний дефект викликає як би соціальний вивих, абсолютно аналогічний тілесному вивиху, коли пошкоджений член — рука або нога — виходить з суглоба, коли порушується правильне харчування і нормальні відправлення, коли грубо розриваються звичайні зв'язки та зчленування... <...> Оскільки психологічно тілесний недолік означає соціальний вивих, то педагогічно виховати таку дитину — значить вправити її в життя, як вправляють вивихнутий і хворий орган» (Л.С. Виготський, 1924 р.).

Первинне порушення може призвести до «соціального вивиху», який стає причиною одного або декількох вторинних порушень.

Кожне вторинне порушення може, у свою чергу, призвести до «соціальних вивихів», які можуть стати причиною третинних порушень.



Безперечно, причиною порушень ВПФ є «соціальний вивих», а не первинне порушення.

Обхідні шляхи забезпечують доступ дитини з психофізичним порушенням до культури як джерела і засобу розвитку ВПФ і специфічних людських здібностей.

Л.С. Виготський вважав, що «структура дефекту» не зводиться лише до симптомів ушкоджених біологічних систем: різних відділів центральної нервової системи, аналізаторів, які представляють пер-

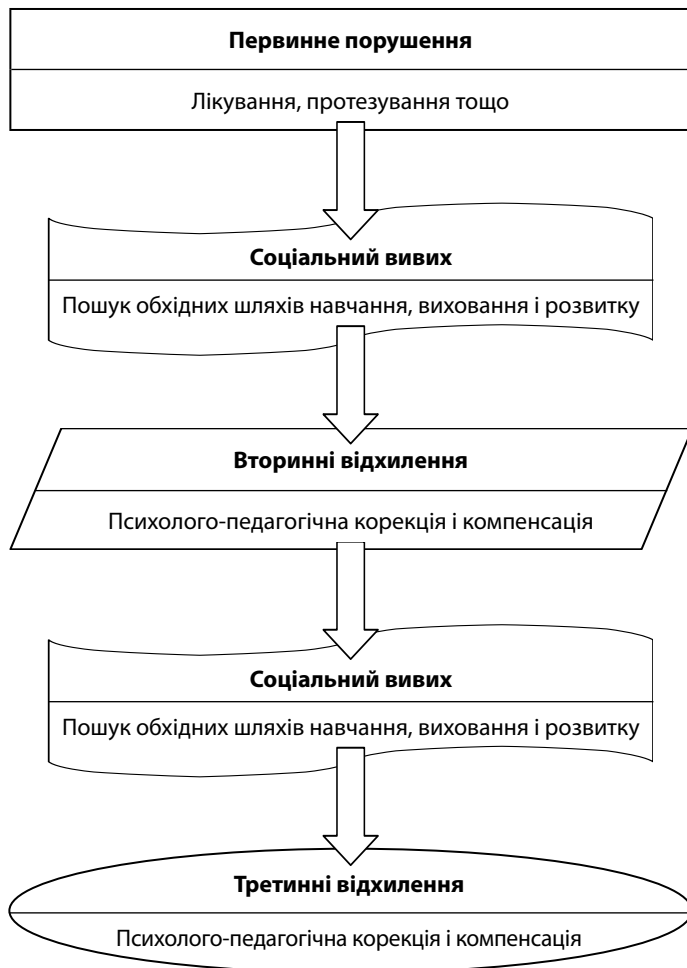


Схема. 1.1. Структура розвитку дитини при дизонтогенезі

винні симптоми порушення — «первинний дефект». Недорозвинення вищих психічних функцій: сприймання, мовлення, мислення, пам'яті тощо та соціальної поведінки науковець вважав вторинними і третинними відхиленнями, які не пов'язані безпосередньо з основним, «первинним дефектом», але зумовлені ним. Л.С. Виготський виявив, що ступінь прояву вторинних відхилень, зазвичай, знаходиться в певній залежності від тяжкості «первинного дефекту», проте вирішальну роль у процесі подолання вторинних і третинних відхилень відіграє розвивальне, соціальне середовище, в якому перебуває дитина, адже вторинні і третинні відхилення успішно попереджаються і долаються в умовах спеціального психолого-педагогічного впливу.

Вторинні, третинні і подальші відхилення виникають як наслідок первинних порушень і насамперед є основним об'єктом психолого-педагогічного вивчення і корекційного впливу. Співвідношення первинних і подальших відхилень, що нашаровуються на первинні, ускладнює структуру аномального (порушеного) розвитку дитини. Наприклад, у дитини, яка має вроджене порушення слуху (глухоту), первинним дефектом є порушення слухового сприймання. Порушення слухової функції є об'єктом медичного втручання (лікування, слухопротезування, кохлеарна імплантація тощо). Дитина, яка народилась глухою, має збережений мовленнєвий апарат, який здатний до повноцінного відтворення словесного мовлення, і, не маючи органічних ушкоджень у корі головного мозку, має можливість для повноцінного розвитку мисленнєвих операцій. Однак відомо, що повноцінне слухове сприймання є необхідною умовою для розвитку мовлення у дітей. Очевидно, порушене слухове сприймання (при несвоєчасному і неякісному слухопротезуванні та несвоєчасній та неефективній корекційно-компенсаторній роботі) призводить до затримки мовленнєвого розвитку. Недорозвинення (іноді навіть відсутність) мовлення у структурі дефекту/порушення виступає як вторинне відхилення. Мовлення складається з трьох компонентів: фонологічного, лексичного, граматичного. Оскільки зі слуховою функцією найтісніше пов'язаний фонологічний компонент, то у глухій дитині найтяжче піддається формуванню саме правильна звуковимова. Це проявляється в тому, що дитина з глибоким порушенням слуху не може засвоїти звуковому рідної мови на тому рівні, на якому це роблять діти зі збереженим слуховим сприйманням. Більш ефективною виявляється робота з розвитку словника та формування граматичної будови мови глухій дитини, тому що чим далі від першопричини віддалено порушення, тим легше воно піддається корекції.

Мовлення взаємопов'язане з мисленням, тому недорозвинення словесного мовлення призводить до недорозвинення мисленневих операцій, мислення, насамперед словесно-логічного, тому що воно найтісніше пов'язане із словесним мовленням. Тому недорозвинення словесно-логічного мислення виступає у структурі дефекту/порушення у якості третинного відхилення. Словесне мовлення впливає також на формування такої вищої психічної функції, як словесна пам'ять, тому закономірним є той факт, що у глухих дітей краще розвинутою є зорова пам'ять, і особливого корекційного впливу потребує розвиток словесної пам'яті, недорозвинення якої виступає також у якості третинного відхилення.

Чим меншим є вік дитини, тим більше виражається первинне порушення, а вторинні відхилення формуються в міру того, як дитина розвивається без отримання відповідної допомоги. Отже, при ранньому початку корекційної роботи можна послабити прояви первинного порушення і попередити появу вторинних і третинних відхилень.

Л.С. Виготський вказує на наступні *закономірності*, які можна вважати загальними для різних порушень розвитку.

*Розходження (дивергенція) двох планів розвитку психіки: біологічного і соціального (психічного).* Дитина, котра нормально розвивається, росте, дозріває біологічно і на кожному віковому етапі досягає нового рівня психічного розвитку. Дитина з порушеннями розвитку, дозріваючи біологічно, у плані психічного розвитку відстає все більше й більше. Якщо вона не отримує спеціальну педагогічну допомогу, це відставання виражається максимально. Під впливом спеціального навчання і виховання лінії біологічного і психічного розвитку зближуються, розходження долається більшою чи меншою мірою.

*Можливість компенсації порушень за рахунок опори на збережені функції.* Ця закономірність впливає з учення Л.С. Виготського про складну, системну будову дефекту/порушення. Наявність будь-якого порушення своєрідно позначається на психічному розвитку дитини, надаючи йому своєрідного засвоєння культурно-соціального досвіду.

Різні порушення розвитку по-різному відображаються на формуванні соціальних зв'язків дітей, на їхній пізнавальній і трудовій діяльності. Залежно від свого характеру одні порушення розвитку можуть долатися, другі — коригуватися, інші — лише компенсуватися. Характер порушення фізичного і розумового розвитку чинить вплив на весь перебіг і кінцевий результат розвитку пізнавальної діяльності дитини.

Будь-яке порушення характеризується ієрархією первинного порушення, спричиненого ураженням центральної нервової системи,

вторинного відхилення, зумовленого тим, що дитина розвивається на своєрідній основі третинних і подальших відхилень (відхилень в особистісному розвитку) і збережених функцій.

Наприклад, внаслідок ураження слухового аналізатора виникає первинне порушення — зниження або відсутність слуху (*табл. 1.1*), що, у свою чергу, призводить до відсутності або недорозвиненості мовлення (вторинне відхилення), що впливає на своєрідність розвитку словесно-логічного мислення, словесної пам'яті (третинні відхилення), у результаті виникають проблеми особистісного характеру (подальші відхилення). Однак є і збережені функції (зорове сприймання, тактильно-вібраційне сприймання тощо), на які спираються корекційні/спеціальні педагоги під час корекційно-компенсаторної роботи з дитиною, що має порушення слуху.

Уся корекційно-компенсаторна робота з дітьми, котрі мають порушення розвитку, будується з опорою на збережені функції, в «обхід» тих функцій, які постраждали, тобто при корекції порушень використовується принцип «обхідного шляху».

Учення Л.С. Виготського про «закономірності аномального розвитку» знайшло продовження у працях його учнів і послідовників. В.І. Лубовський узагальнив результати власних досліджень і праць науковців-дефектологів і дійшов висновку, що у всіх дітей з відхиленнями в розвитку змінюється здатність до сприймання, переробки, зберігання і використання інформації. При цьому виявляються недостатність участі мовлення у перебігу психічних процесів, недоліки словесної регуляції дій, страждає процес комунікації.

Сучасні російські та українські науковці в галузі спеціальної педагогіки і психології до загалу вторинних і третинних відхилень, властивих майже для всіх порушень розвитку, відносять: соціальну дезадаптованість дитини, низький рівень психічних процесів (уваги, предметного і соціального сприймання та уявлень, пам'яті, мислення), несформованість мотиваційної та емоційно-вольової сфер, недостатність розвитку моторики, зниження довільності психічних процесів, діяльності і поведінки. Усі ці особливості призводять до істотної затримки розвитку психічних новоутворень на кожному віковому етапі (наприклад, розвиток наочно-дійового, наочно-образного, абстрактного мислення) і до якісної своєрідності становлення особистісних якостей дитини та її Я-концепції. Названі недоліки можуть виявлятися у дітей з різними видами порушень неоднаковою мірою та в різних комбінаціях.

Таблиця 1.1

### СТРУКТУРА РОЗВИТКУ ДИТИНИ З РІЗНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Види порушень	Відхилення		
	Первинне порушення	Вторинні відхилення	Третинні і подальші відхилення
Порушення слуху	Порушення слухового сприймання	Порушення чи відсутність мовлення, німота	Розлади словесно-логічного мислення та словесної пам'яті, особливості характеру
Порушення зору	Порушення зорового сприймання	Недоліки просторового орієнтування	Обмеженість конкретних предметних уявлень та пам'яті, зміни в моториці та ході, невиразна міміка, характерологічні особливості, вербалізм та формалізм знань
Порушення інтелекту	Порушення елементарних інтелектуальних операцій, інертність нервових процесів, слабкість замикаючої функції кори головного мозку, слабкість орієнтувальної діяльності, низька пізнавальна активність, низька розумова працездатність	Недорозвинення вищих довільних форм сприймання, пам'яті, словесно-логічного мислення, мовлення	Особливості характеру, особистості дитини в цілому (завищений рівень самооцінки, негативізм, недорозвиненість волі, невротичні реакції), незрілість емоційно-вольової сфери, порушення поведінки

## Продовження табл. 1.1

Види порушень	Відхилення		
	Первинне порушення	Вторинні відхилення	Третинні і подальші відхилення
Порушення мовлення	Порушення усного мовлення (органічного або неорганічного походження)	Порушення чи відсутність усного мовлення. Можливе утруднене опановування грамоти	Особливості пізнавального розвитку, характеру та особистості дитини в цілому (сором'язливість, скутість, гіпер- або гіпоактивність, малоініціативність, агресивність, схильність до спонтанної поведінки тощо)
	Порушення писемного мовлення (органічного або неорганічного походження)	Порушення чи неможливість оволодіння навичками читання та/або письма	Особливості пізнавального розвитку, характеру та особистості дитини в цілому (сором'язливість, скутість, гіпер- або гіпоактивність, малоініціативність, агресивність, схильність до спонтанної поведінки тощо). Труднощі в повноцінному оволодінні навчальними предметами, особливо предметами мовного циклу

## Продовження табл. 1.1

Види порушень	Відхилення		
	Первинне порушення	Вторинні відхилення	Третинні і подальші відхилення
Первазивні порушення (розлади аутистичного спектра)	Порушення мозкових структур та провідних шляхів ЦНС, що відповідають за функціонування «соціального мозку», інтеграцію інформації, переробки сприйнятої інформації та організації адекватної еферентної відповіді	Порушення здатності до символізації, до метарепазентації — оволодіння уявлюваною реальністю, що спричиняє труднощі розуміння соціального контексту, інтерпретації та передбачення поведінки та дій інших людей	Порушення соціальної взаємодії, комунікації та стереотипність видів поведінки, інтересів чи діяльності
Порушення опорно-рухового апарату (дитячий церебральний параліч)	Органічні ураження рухових функцій та пов'язаних з ними органів чуттів, деякі динамічні характеристики психічної діяльності, зумовлені хворобливою ослабленістю ЦНС: надмірна збудливість чи, навпаки, пригніченість, загальмованість	Порушення в розвитку певних психічних функцій: затримка розвитку відчуттів, координації між зором і рухами рук, порушення активності, здатності зосереджувати увагу	Особливості формування особистості в цілому

Закінчення табл. 1.1

Види порушень	Відхилення		
	Первинне порушення	Вторинні відхилення	Третинні і подальші відхилення
Затримка психічного розвитку (труднощі у навчанні)	Мінімальні органічні ураження ділянок головного мозку або функціональна незрілість ЦНС	Незрілість емоційно-вольової сфери (при усіх формах ЗПР), недорозвиток інтелектуальних функцій (при ЗПР конституційного, психогенного, соматичного походження)	Недорозвиток пізнавальної діяльності

### **Специфічні закономірності, властиві порушеному розвитку психіки дитини певної нозології**

Специфічні закономірності, властиві розвитку дітей з тим чи іншим порушенням, обумовлені характером і ступенем вираження наявних вторинних, третинних і подальших відхилень та умовами соціально-педагогічного оточення дитини на ранніх етапах її розвитку.

Унаслідок вищеназваних особливостей порушується процес соціальної адаптації дітей з особливостями психофізичного розвитку. За Л.С. Виготським, адекватне навчання і виховання сприяє подоланню причин, які породжують вторинні і подальші відхилення. Центральною зоною компенсації порушення є підвищення культурного розвитку, формування вищих психічних функцій. Чим далі відстоїть порушення від ураженого органа та пов'язаного з ним первинного відхилення, тим легше воно коригується.

Усі складники порушення розвитку взаємопов'язані: не лише первинні впливають на виникнення вторинних, а й вторинні — на первинні. Наприклад, у дитини з частково збереженим слухом мовленнєвий розвиток сприяє оптимальному використанню збереженого слуху,



розвиваючи його функціональні спроможності. Якщо ж це не відбувається, первинне порушення посилюється.

На думку Л.С. Виготського, особлива роль у розвитку дитини з психофізичними порушеннями надається формуванню вищих психічних функцій, що позитивно впливає на розвиток нижчих (елементарних). Завдання спеціального навчання та виховання — запобігти виникненню похідних ускладнень від первинного порушення. Своєчасний педагогічний вплив допомагає уникнути дисгармонійності, уповільненості та віддаленості від норми у розвитку дітей з обмеженими можливостями. Для того щоб адекватно і ефективно планувати і здійснювати корекційно-розвивальну роботу, потрібно знати, який вид порушення наявний у дитини, і чітко уявляти його структуру, адже корекційна робота має спрямовуватися насамперед на подолання вторинного порушення у дитини і запобігання виникненню у неї третинних відхилень.

М.Д. Ярмаченко, видатний український науковець-дефектолог, зазначав, що вчення Л.С. Виготського про складну системну «структуру аномального розвитку» дітей з психофізичними порушеннями виявилось надзвичайно продуктивним і отримало свій подальший розвиток у дослідженнях українських і радянських дефектологів: І.Г. Єременка, В.М. Синьова, В.І. Бондаря, О.І. Дьячкова, С.О. Зикова, Р.М. Боскіс та ін.

### **Теорія про провідну роль навчання в розвитку дитини**

На початку 30-х років ХХ ст. Л.С. Виготський висунув ідею випереджаючого навчання і розвитку, орієнтовану на розвиток дитини як на основну мету. Згідно з цією теорією навчання веде за собою розвиток, тобто визнається провідною рушійною силою психічного розвитку дитини. Теорія Л.С. Виготського про провідну роль навчання в розвитку дитини отримала своє подальше втілення в теорії розвивального навчання (Л.В. Занков, Д.Б. Ельконін, В.В. Давидов та ін.).

Протягом тривалого часу наука намагалась дати відповідь на запитання: «Якою мірою психічний розвиток дитини залежить від навчання та соціальних умов, а якою — від природного вікового дозрівання?» Відповідь на це питання принципово важлива: вона визначає межі потенційних можливостей людини, а отже — мету і завдання зовнішнього педагогічного впливу.

В історії педагогіки проблема має дві полярні точки зору. Перша (біологізаторська, картезіанська) бере свої витоки з жорсткої визначеності розвитку спадковими або божественними факторами. Сократ

говорив, що вчитель — це повивальна бабка, він нічого не може дати, тільки допомагає розродитися.

Згідно з іншою точкою зору (соціологізаторською, біхевіористською), усі результати розвитку обумовлені впливом середовища. Одіозний радянський академік Т.Д. Лисенко говорив: «Жінка повинна нам дати організм, а ми з нього зробимо радянську людину».

Сучасною наукою встановлено, що будь-який акт психічного розвитку пов'язаний з відображенням у мозку зовнішнього середовища, він є привласненням, набуттям досвіду пізнання і діяльності, і в цьому сенсі є навчанням. Навчання — це форма психічного розвитку людини, необхідний елемент розвитку. Будь-яке навчання розвиває, збагачує банк пам'яті й умовних рефлексів.

Навчання і розвиток не можуть виступати як окремі процеси, вони співвідносяться як форма і зміст єдиного процесу розвитку особистості. Проте і тут існують дві принципово різні концепції.

**Концепція навчального розвитку** (Ж. Піаже, З. Фрейд, Д. Дьюї) передбачає, що дитина має пройти у своєму розвитку певні вікові стадії (доопераційні структури — формальні операції — формальний інтелект) до того, як навчання зможе приступити до виконання своїх специфічних завдань. Згідно з цією концепцією розвиток завжди йде попереду навчання, а останнє надбудовується над ним, як би навчаючи його.

**Концепція розвивального навчання** передбачає, що вирішальна роль у розвитку дитини належить навчанню. Вона зміцнилась у ХХ столітті завдяки працям радянських вчених: Л.С. Виготського, О.М. Леонтєва, С.Л. Рубінштейна, Д.Б. Ельконіна, П.Я. Гальперіна, Л.В. Занкова, В.В. Давидова та ін. Згідно з цією концепцією навчання має бути організовано таким чином, щоб досягнути за мінімальний час максимальних результатів розвитку, воно має йти попереду розвитку, максимально використовуючи генетичні вікові передумови і вносячи в них істотні корективи. У розвивальному навчанні педагогічні впливи випереджають, стимулюють, спрямовують і прискорюють розвиток спадкових даних особистості (схема 1.1).

Л.С. Виготський у своїх працях зазначав, що педагогіка повинна орієнтуватися не на вчорашній день, а на завтрашній день розвитку дитини. І тому у своїх працях він виділяє два рівні розвитку дитини: рівень (зону) актуального розвитку дитини, тобто її можливості, які можуть бути реалізовані в самостійній діяльності, і рівень (зону) найближчого розвитку дитини, тобто її потенційні можливості, які можуть

бути реалізовані спільно з дорослим. Отже, зона найближчого розвитку — це здатність дитини виконувати за допомогою педагога завдання певної складності, які самостійно вона не в змозі розв'язати. Наступне самостійне виконання аналогічних завдань свідчить про розширення зони найближчого розвитку, про те, що дитина піднялася на наступний рівень розвитку. Зона найближчого розвитку визначається розходженням між рівнем актуального розвитку (він оцінюється складністю завдань, які дитина здатна розв'язати самостійно) і рівнем потенційного розвитку (якого дитина може досягти, розв'язуючи завдання під керівництвом дорослого).

Для розвитку дитини надзвичайно важливим є постійне додання межі між рівнем актуального розвитку і рівнем найближчого розвитку — зоною невідомою, але потенційно доступною для

#### **Картезіанська позиція**

*(біологізаторська)*

Все в особистості обумовлено божественним початком (спадковістю).  
Психічний розвиток залежить від навчання.

#### **Біхевіоризм**

*(соціологізаторська позиція)*

Дитина — «чиста дошка»,  
все залежить від умов середовища.  
Психічний розвиток повністю залежить від навчання.

#### **Сучасна наука**

розвиток і навчання — взаємопов'язані процеси;  
результати залежать від спадкових і середовищних факторів.

#### *Концепція*

*навчального розвитку*

Розвиток іде попереду,  
визначає навчання

(Ж. Піаже, З. Фрейд, Д. Дьюї).

Навчання підпорядковане законам розвитку. Навчання — пристосування дидактичних завдань до росту структур мозку.

#### *Концепція*

*розвивального навчання*

Навчання повинно йти попереду розвитку

(Л. Виготський, О. Леонтьєв, Д. Ельконін, В. Давидов).

Дидактичні засоби істотно впливають на психофізичний розвиток дитини.

пізнання. Л.С. Виготський вказував, що можливості дитини навчатися з'ясовуються через визначення актуального рівня її розвитку і зони найближчого розвитку; навчання, розширюючи зону найближчого розвитку, веде за собою розвиток; дієвим є тільки те навчання, яке випереджає розвиток. Положення про зону найближчого розвитку покладено в основу концепції вікової та педагогічної психології про співвідношення навчання і розумового розвитку. Істотною ознакою розвивального навчання є те, що воно створює зону найближчого розвитку, викликає, спонукає, призводить до руху внутрішні процеси психічних новоутворень.

Вивчення зони найближчого розвитку має істотне значення для навчання дітей із порушеннями розвитку, оскільки стає основою вибору навчального навантаження, співвідносного з можливостями кожної дитини. Завдяки оцінюванню і постійному розширенню зони найближчого розвитку стають можливими корекція і компенсація недоліків розвитку дітей.

Зона найближчого розвитку характеризує научуваність дитини, тобто здатність до засвоєння і привласнення досвіду, знань, що їй передаються. Характер научуваності розкриває потенційні можливості дитини, і з їх урахуванням педагог прогнозує подальший розвиток, вибудовує програму роботи. Зона найближчого розвитку має велике значення для діагностики і корекції відхилень у розвитку, оскільки вся корекційно-компенсаторна робота будується з урахуванням зони найближчого розвитку.

### **Теорія компенсації психофізичних порушень особистості**

Проблема компенсації є актуальною на будь-якому етапі розвитку дефектології як науки, оскільки сенс спеціально організованого навчання і виховання дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку в кінцевому результаті зводиться до того, щоб знайти найефективніші шляхи компенсації ушкодженого органа і забезпечити різнобічний розвиток дитини з особливими освітніми потребами. Спеціальна освіта цих дітей за своєю суттю корекційно-компенсаторного спрямування. Знаходження обхідних шляхів компенсації недоліків, які виникли в результаті органічного ушкодження центральної нервової системи або аналізаторів, є центральним питанням спеціальної педагогіки.

Теорія компенсації пройшла складний і тривалий шлях розвитку. В Україні проблему компенсації та методологічні підходи до її вирішення дослідив і описав видатний український учений-дефектолог, доктор

педагогічних наук, професор, перший президент Академії педагогічних наук України М.Д. Ярмаченко, наукові розвідки якого втілились у монографії «Проблема компенсації глухоти», де вперше в узагальненому вигляді представлено історію становлення і розвитку теорії компенсації психофізичних порушень особистості у психології та дефектології.

Основи наукового обґрунтування проблеми компенсації заклав Л.С. Виготський. Він першим звернув увагу на те, що проблему дитячої дефективності у психології і педагогіці потрібно розглядати як соціальну проблему. Л.С. Виготський науково обґрунтував положення про те, що компенсація фізичних недоліків дітей з психофізичними порушеннями може здійснюватися тільки шляхом їх розвитку і включення в різноманітну соціально значущу діяльність. Вчений виступав проти теорії «перерозподілу енергії», «мудрості природи», яка стверджує, що, позбавляючи людину певного органа чуття (ока чи вуха), природа начебто наділяє її більшою сприйнятливістю інших органів. В основі відчуття дотику у сліпих або зору у глухих «лежить тільки те правильне спостереження, що при випадінні одного будь-якого органа сприймання, інші як би заступають його місце і починають виконувати такі функції, які не виконуються ними зазвичай у нормальної людини. Виняткова сила дотику у сліпих і зору у глухих цілком пояснюється особливими умовами досвіду, в які тут бувають поставлені ці органи. Іншими словами, причини цьому не конституціональні і органічні, які полягають в особливій якійсь витонченій будові органа або його нервових шляхів, а функціональні, які зводяться до тривалого використання цього органа в інших цілях, чим це буває у нормальних».

Л.С. Виготський дійшов висновку, що дотик у сліпого і зір у глухого відіграють не ту роль, що у людей, які нормально бачать і чують, їх функції інші: вони повинні провести через свої шляхи велику кількість зв'язків з довкіллям, які у нормальних людей проходять іншими шляхами. Здатність глухих зчитувати з губ мовлення базується «не на особливому розвитку зору, а на особливій грамоті, тобто на асоціюванні, на зв'язуванні певних рухів з виглядом певного предмета». З цієї точки зору і «шосте відчуття у сліпих (теплове), що дозволяє їм на відстані помічати предмети, і сьоме відчуття у глухонімих (вібраційне), яке дозволяє їм вловлювати рухи, музику тощо, не являє собою, звичайно, нічого специфічно нового для нормальної психіки, а лише доведені до повного ступеня досконалості відчуття, наявні у нормальних людей».

Л.С. Виготський у 1924 р. зазначав, що «... в науковій літературі і суспільній думці міцно укоренилось хибне уявлення, що існує деяка

біологічна компенсація дефекту. Вважають, нібито природа, позбавляючи нас одного з відчуттів, винагороджує нас незвичайним розвитком інших відчуттів, що сліпі сприймають на дотик надзвичайно гостро, що глухі відрізняються незвичайною силою зору. Відповідно до цього хибного переконання, завдання педагогіки формулюються так само, як і завдання розвитку збережених відчуттів, як завдання медично-лікувального характеру. Сліпота і глухота при цьому розумілись вузько органічно, і педагогіка підходила до цих питань також з точки зору біологічної компенсації...». Як зазначає М.Д. Ярмаченко, традиційна дефектологія того часу теоретично і практично орієнтувалась на хворобу, а не на здоров'я. Л.С. Виготський вперше звернув увагу дефектологів на потребу орієнтуватися під час навчально-виховного процесу не стільки на недоліки, скільки на норму і здоров'я, яке збереглося у дитини, і визначив провідним фактором у компенсації порушень психофізичного розвитку спеціально організоване виховання і навчання.

Концепції і теоретичні положення Л.С. Виготського, безперечно, вплинули на розвиток системи спеціальної освіти в Радянському Союзі.

У 20–30-ті роки ідеї Л.С. Виготського були із захопленням сприйняті фахівцями, тому що завдяки його працям, що датуються 1924–1930-ми роками (на етапі становлення спеціальної освіти), фахівці отримали ефективну теорію. Це була єдина теорія, здатна пояснити досягнення практики у справі розвитку дітей з психофізичними порушеннями. Це була оптимістична теорія, яка підтримувала віру фахівців і батьків у безмежні можливості спеціального навчання і виховання.

Проте ці ідеї не були реалізовані у повній мірі на практиці в радянський період на етапі розвитку і диференціації системи спеціальної освіти. Це обумовлено тим, що культурно-історична теорія Л.С. Виготського була теорією, яка випередила свій час і яку реалізувати в повному обсязі на практиці було практично неможливо через задані державою ідеологічні, політичні, соціальні і культурні обмеження. Тому досягнення радянського періоду і досить значні, і в той же час обмежені.

Наразі увесь світ звертається до культурно-історичної теорії Л.С. Виготського, оскільки вона є найефективнішим інструментом продуктивного вирішення завдань інтеграції дитини в соціум, в загально-освітнє середовище, інтеграції системи загальної і спеціальної освіти. Соціальне замовлення на інтеграцію може бути задоволене при умові повної реалізації ідей Л.С. Виготського в сучасній освітній системі.

Крім наукових концепцій, розроблених основоположником дефектології як науки Л.С. Виготським, методологічну базу дефектології /

спеціальної педагогіки і психології складають знання з різних галузей науки:

— філософські і соціокультурні концепції, які, з одного боку, утворюють світоглядну базу спеціальної педагогіки, з іншого — допомагають осмислити перспективи розвитку спеціальної педагогіки як особливої галузі наукового знання;

— відомості про вищу нервову діяльність людини, узагальнені у працях І.П. Павлова, І.М. Сеченова;

— знання з галузі нейрофізіології і нейропсихології, зокрема теорія О.Р. Лурія про 3 блоки мозку, про локалізацію порушень у корі головного мозку;

— наукові дані з галузі дитячої психіатрії (В.В. Ковальов, К.С. Лебединська, М.С. Певзнер, Г.Є. Сударева та ін.);

— теорія психічного дизонтогенезу (В.В. Лебединський, В.І. Лубовський);

— концепція про загальні та специфічні закономірності аномального розвитку (Л.С. Виготський, В.І. Лубовський, В.В. Лебединський);

— педагогічні концепції, представлені у працях основоположників вітчизняної та радянської дефектології (Р.М. Боскіс, Т.О. Власова, О.П. Гозова, Г.М. Дульнев, О.І. Дьячков, М.І. Земцова, К.С. Лебединська, Р.Є. Левіна, О.І. Мещеряков, Н.Г. Морозова, Л.В. Нейман, М.С. Певзнер, Ф.Ф. Рау, Н.Ф. Слезіна, І.О. Соколянський, Ж.І. Шиф та ін.), а також у дослідженнях провідних сучасних вчених-дефектологів (В.І. Бондар, Н.Ф. Засенко, В.В. Засенко, І.П. Колесник, К.В. Луцько, С.П. Миронова, Т.В. Сак, В.М. Синьов, Є.П. Синьова, Т.В. Скрипник, В.В. Тарасун, Л.І. Фомічова, А.Г. Шевцов, М.К. Шеремет, Д.І. Шульженко та ін.).

## 1.5. Історичні аспекти розвитку спеціальної педагогіки

Вітчизняна наука про особливості розвитку, виховання та навчання дітей з психофізичними порушеннями почала формуватися у XIX столітті, коли на теренах Російської імперії завдяки наполегливій діяльності прогресивних лікарів, педагогів і громадських діячів було створено перші навчально-виховні заклади для глухих та сліпих дітей.

У XIX ст. терміна «діти з порушеннями психофізичного розвитку» не існувало. Глухих дітей у той час називали «глухонімими»; розумово відсталих — «недоумкуватими», «ненормальними» та «ідіотами»; дітей з порушеннями опорно-рухового апарату — «каліками». На початку XX ст. щодо таких дітей стали використовуватись терміни

«дефективні діти» і «фізично дефективні діти» (термін «морально дефективні діти» вживався щодо малолітніх злочинців).

Термін «дефектологія» як назва окремої галузі наукового знання виник пізніше: у 20-ті роки ХХ ст. Її теоретичні основи викладені в навчальному посібнику «Дефектологія», підготовленому О. Граборовим і виданому в 1925 р. у Харкові. У 50-ті роки ХХ ст. починає вживатися термін «аномальні діти».

На території, яка нині належить Україні, першим спеціальним закладом став Романівський інститут глухонімих, який був відкритий у 1803 р. графом польського походження Юзефом-Августом Ілінським у власному маєтку в м. Романів Новоград-Волинського повіту Волинської губернії (нині — місто Романів Житомирської обл.). У ХІХ ст. деякі школи для глухих та сліпих дітей називалися училищами й інститутами.

Наступними закладами для глухих дітей стали школи у Львові (1830 р.) та в Одесі (1843 р.). Дещо пізніше (1851 р.) у Львові було відкрито першу школу для сліпих дітей. На кінець ХІХ ст. в Україні вже функціонувало 10 шкіл для глухих дітей (Львів — 2 школи, Одеса — 2 школи, с. Тіге (Таврійська губернія), с. Вормс (Херсонська губернія), Харків, Київ, Малин (Київська губернія), Чернігів) та 7 шкіл для сліпих дітей (Львів, Київ, Харків, Одеса, Чернігів, Полтава, Кам'янець-Подільський). На початку ХХ ст. цей перелік дещо розширився. Були створені Лохвицька школа для глухонімих дітей (Полтавська губернія, 1901 р.), Олександрівське училище-хутір глухонімих (нині — Запоріжжя, 1903 р.), Ужгородський інститут глухонімих (1907 р.), Чернівецька школа для сліпих і глухих дітей (1908 р.), Ремісничка школа для глухих підлітків у с. Клугинівка (Харківська губернія, 1909 р.), Львівська бурса для глухих підлітків (1912 р.) та Сімферопольська школа для глухих дітей (1913 р.).

Існувало й декілька навчально-виховних закладів для дітей дошкільного віку. У 1900 р. Федір та Наталія Рау відкрили у Москві дитячий садок для глухих дітей, який став першим спеціальним дошкільним навчальним закладом не лише у Росії, але й у Європі. Згодом подібні заклади було створено й на території України: Київський дитячий садок для глухих дітей (Н. Патканова, 1904 р.) та дитячий садок Олександрівського хутора глухонімих (1909 р.).

Серед зазначених закладів найуспішнішими були Львівська школа для сліпих дітей та Олександрівське училище-хутір глухонімих.

Так, Львівська школа для сліпих за порівняно короткий час стала одним із кращих спеціальних закладів у Європі, що було визнано



у 1888 році на Міжнародному конгресі тифлопедагогів у Лейпцигу. Діти вивчали польську та німецьку мови (навчання велося польською мовою), навчалися грамоти, арифметики, також вивчалася польська та австрійська історія, давалися елементарні знання із зоології та ботаніки. У позаурочний час діти займалися співом та вчилися грати на фортепіано, органі та скрипці. Велика увага у школі приділялась підготовці дітей до майбутньої праці. Їх навчали виготовляти кошики, щітки, плести мереживо, в'язати тощо.

Олександрівське училище глухонімих мало найдовший серед подібних закладів термін навчання — 9 років, перші 6 із яких відводилися на вивчення загальноосвітніх предметів та заняття ручною працею. Це був підготовчий етап до роботи у спеціальних майстернях, яка поряд із загальноосвітньою підготовкою проводилася протягом останніх трьох років і мала на меті надання учням певної спеціальності. Училище мало власний завод сільськогосподарських машин і друкарню, куди приймалися на роботу всі глухі Росії, які закінчили спеціальні школи. Враховуючи те, що 80 % учнів були селянського походження, керівництво училища намагалось надати їм практичні навички сільськогосподарської праці. Для цього на хуторі були всі умови — поле, город з теплицями і парниками, фруктовий і ягідний сади, молочна, свинарська та птахівнича ферми, пасіка, а також ділянка на сто тисяч трояндових кущів, які вирощували для виготовлення трояндової олії. Сільськогосподарські роботи учні опановували не лише практично — 1–2 години на тиждень відводилися для теоретичних занять.

Проте в інших навчальних закладах справи були значно гіршими. Причина полягала в тому, що заклади для глухих та сліпих дітей не входили до державної системи освіти — вони виникали з приватної ініціативи та існували на філантропічно-благодійницькі кошти. Такий стан справ обумовлював незадовільний у багатьох випадках матеріальний стан шкіл, неузгодженість між школами у змісті й термінах навчання, відсутність централізованого методичного забезпечення навчального процесу, а також неможливість організованого поширення набутого досвіду. Відсутність державного фінансування обумовлювала неможливість відкриття достатньої кількості шкіл для надання освіти всім, хто її потребував. Так, наприклад, школи для глухих могли охопити навчанням не більше 1 % дітей.

Формування основ навчання розумово відсталих дітей було обумовлено розвитком вітчизняної медицини. Першими вчителями розумово відсталих дітей були лікарі-психіатри, які розуміли, що ці діти потребу-

ють не лише медичної допомоги й догляду. Таких дітей необхідно готувати до елементарної праці, щоб у майбутньому вони могли забезпечувати своє існування. Так, у 1836 р. при Харківській психіатричній лікарні професором П. Бутковським було відкрито перший у Російській імперії притулок для розумово відсталих дітей, який отримав назву «Школа біля воріт лікарні». Пізніше були створені: Лікувально-педагогічний заклад доктора Пляца (Рига, 1854 р.), Лікарсько-виховний заклад доктора І.В. Маляревського (Петербург, 1882 р.), Лікарсько-педагогічний інститут для розумово недорозвинених, відсталих і нервових дітей (Ольга й Олена Сікорські, Київ, 1903 р.), Школа-санаторій для дефективних дітей (В. Кащенко, Москва, 1908 р.). Лікувально-педагогічні заклади мали на меті шляхом лікування, виховання й навчання виправити недоліки розвитку вихованців й підготувати їх до суспільно-корисного життя. Особливістю роботи цих закладів було поєднання педагогічного, лікувального та гігієнічного підходів щодо розвитку дітей; диференційований підхід до комплектування навчальних груп (окремо для розумово відсталих і психічно хворих); врахування психічних і фізичних особливостей розвитку учнів при проведенні всіх режимних моментів. Проте лікувально-педагогічні заклади були приватними й платними, а тому доступними лише для дітей, які мали заможних батьків. Але результати діяльності цих закладів довели можливість та доцільність не лише лікувальної, але й педагогічної роботи з дітьми із розумовою відсталістю.

У роботах А. Владимирського, К. Грачової, В. Кащенка, Г. Россолімо та ін. висловлювалася думка про необхідність створення для таких дітей закладів педагогічного спрямування, в яких поряд із навчанням здійснювалася б їх підготовка до посильної праці. Такими закладами стали допоміжні школи. Перша допоміжна школа була відкрита у 1910 р. у Москві. На території України відділи народної освіти стали відкривати спеціальні допоміжні класи при міських училищах. Зокрема, протягом 1911–1916 рр. у Харкові за рахунок коштів відділу народної освіти було відкрито більше десяти допоміжних класів.

Отже, наприкінці XIX — початку XX століття визначилися основні форми допомоги дітям із розумовою відсталістю: створення притулків, лікувально-педагогічних закладів, допоміжних шкіл та допоміжних класів при закладах народної освіти. Проте цією допомогою можна було охопити лише незначну частину тих, хто її потребував. Велика ж кількість таких дітей не отримувала ніякої допомоги. У переважній більшості вони ставали тягарем для своїх сімей та поповнювали анти-соціальні елементи суспільства.

Доля дітей не могла залишити байдужими прогресивно настроєних педагогів, лікарів та громадських діячів. У кінці XIX — на початку XX ст. вони декілька разів збиралися на з'їздах з метою обговорення найважливіших питань. Так, у грудні 1895 р. — січні 1896 р. у Москві та у грудні 1903 р. у Петербурзі відбулися II і III з'їзди діячів технічної і професійної освіти, на яких було організовано секцію з питань навчання глухих, сліпих і розумово відсталих дітей.

У 1901 і 1909 роках відбулися з'їзди з питань опіки сліпих і попередження сліпоти в Росії. У грудні 1910 року в Москві проходив Всеросійський з'їзд діячів з виховання, навчання та опіки глухонімих, а у Петербурзі — Перший Всеросійський з'їзд з експериментальної педагогіки. У вересні 1911 р. у Москві проходив Перший з'їзд Російського союзу психіатрів і невропатологів.

Щоразу в резолюціях з'їздів вказувалось на необхідність введення обов'язкового навчання дітей з порушеннями розвитку, переведення на державне фінансування існуючих закладів та виділення коштів на побудову нових. Але розуміння з боку царського уряду учасники з'їздів не зустрічали.

Труднощі існування, про які йшлося вище, гальмували успішне розв'язання поставлених перед спеціальними закладами завдань. Проте, незважаючи на недоліки, обумовлені відсутністю чіткої системи роботи, перші заклади для глухих, сліпих та розумово відсталих дітей можна вважати прогресивними для того часу. Саме в них зароджувалася вітчизняна система виховання, навчання і професійної підготовки дітей з порушеннями розвитку, накопичувався величезний практичний досвід і робилися перші спроби його теоретичного узагальнення.

До цього ж періоду належать і перші дослідження особливостей виховання та навчання глухих і сліпих дітей: розробка основних принципів навчання та виховання глухих дітей (В. Флері); розробка методик навчання глухих дітей мови (П. Єнько, М. Лаговський, Ф. Рау, І. Соколянський); обґрунтування та запровадження політехнічної освіти сліпих (В. Гандер); розробка методики проведення навчальних екскурсій зі сліпими (К. Лейко); обґрунтування естетичного виховання сліпих (В. Мекер) тощо.

Суттєві зміни в організації освіти дітей з порушеннями психофізичного розвитку відбулися зі зміною політичного ладу та встановленням радянської влади у країні. Усі спеціальні школи на підставі Декрету Ради Народних Комісарів (РНК — назва радянського уряду в період з 1917 по 1946 роки) УСРР від 25.01.19 р. «Про передачу всіх

навчальних закладів у розпорядження відділу освіти» були передані в систему Народного комісаріату (центральный орган виконавчої влади в 1917–1946 рр., аналог Міністерства; очолював його Народний комісар, який входив до уряду — Ради Народних Комісарів) освіти (НКО) і стали розвиватися на основі принципів єдиної трудової школи. Виховання та навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку стали обов'язком держави, а не лише окремих представників педагогіки, медицини та прогресивної громадськості. У перші роки радянської влади через скрутне матеріальне становище деякі заклади припинили своє існування. Проте уряд країни постійно вживав заходів щодо охоплення загальним навчанням якомога більшої кількості дітей, тому, починаючи з 1926 року, мережа спеціальних шкіл почала зростати. Але впродовж ще 10 років, через відсутність централізованого керівництва, кожна школа розробляла свій навчальний план і відповідні програми.

Найважливіші проблеми розвитку спеціальної школи обговорювалися на з'їздах і конференціях дефектологів.

Так, у 1920 році відбувся I Всеросійський з'їзд, присвячений боротьбі з дитячою дефективністю та безпритульністю. На з'їзді було обговорено багато питань із різних галузей дефектології. Зокрема, наголошувалося на необхідності здійснювати загальне навчання дітей з порушеннями розвитку, створювати для них дошкільні заклади, організовувати підготовку педагогів для роботи з такими дітьми.

У 1921 р. у Харкові відбулася Всеукраїнська конференція з охорони материнства і дитинства, на якій, зокрема, обговорювалися перші результати досліджень щодо «класифікації дефективних дітей» та засобів медико-педагогічного впливу на їхній психічний розвиток. Представлена українським дослідником М. Тарасевичем класифікація містила три категорії дітей: діти з дефектами фізичного розвитку (фізична дефективність); діти з дефектами органів чуття (психофізична дефективність); діти з дефектами психіки (психічна дефективність). Особливо вчений наголошував на тому, що педагогічний інтерес до дитячої дефективності обумовлюється не дефектами як такими, а виключно особистістю дитини, оскільки під впливом дефекту особистість змінюється, що може ускладнювати її виховання та лікування.

У 1924 році у Москві відбувся II Всеросійський з'їзд з питань соціально-правової охорони неповнолітніх (СПОН). До цього з'їзду Відділом соціально-правової охорони неповнолітніх НКО РРФСР було видано збірку за редакцією Л. Виготського «Питання виховання сліпих, глухонімих і розумово відсталих дітей», у якій виносилися на обгово-

рення деякі проблеми дефектології, а також висвітлювалися погляди науковців і вчителів спеціальних шкіл на можливі шляхи розв'язання цих проблем.

Кульмінаційною подією на з'їзді була доповідь Л. Виготського «Про сучасний стан і завдання в області виховання фізично дефективних і розумово відсталих дітей». У доповіді констатувалося, що робота з дефективними дітьми ні теоретично, ні практично не пов'язується із загальними основами соціального виховання, внаслідок чого спеціальні школи замикають вихованців у вузьке коло собі подібних, у вузький світ, у якому все пристосовано до дефекту дитини та відірвано від реального життя. Такий стан справ, на думку Л. Виготського, призводить до загострення соціальних наслідків дефекту, до так званого «соціального вивиху», а у школах зміцнюються риси «філантропічно-інвалідного» виховання.

Основне завдання спеціальної школи Л. Виготський вбачав у знаходженні такої системи, в якій вдалося б органічно поєднати «педагогіку дефективного дитинства» з «педагогікою нормального дитинства». У процесі роботи з дітьми, які мають порушення психофізичного розвитку, Л. Виготський вважав за необхідне орієнтуватися не на «дефект», а на збережені можливості, які є в кожній дитини. Надалі Л. Виготський розробив «теорію компенсації дефекту», основними положеннями якої є:

- поняття про складну структуру дефекту (порушення);
- обґрунтування єдності біологічного й соціального (при переважачій ролі соціального) у понятті «дефект»;
- можливість компенсації дефекту (порушення);
- єдність законів розвитку здорових дітей і дітей з психофізичними порушеннями;
- обґрунтування якісно своєрідного шляху розвитку дитини, яка має ті чи інші порушення.

У прийнятій за доповіддю Л. Виготського резолюції було визначено основні шляхи перебудови всієї системи роботи спеціальних шкіл. Першочерговими завданнями з'їзд визначив зміцнення матеріальної бази шкіл, розробку положень про спеціальні школи. Для зв'язку «педагогіки дефективного дитинства» із загальними принципами й методами соціального виховання спеціальним школам у навчальній роботі було рекомендовано керуватися програмами Державної вченої ради (керівний науково-методичний центр НКО РРФСР у 1919–1932 рр., який затверджував навчальні плани, програми й навчальні посібники для початкової, середньої й вищої шкіл).

Таким чином, на Другому з'їзді СПОН були сформульовані нові загальні принципи розв'язання теоретичних і практичних питань виховання та навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Але повному запровадженню в життя рішень з'їзду заважало тяжке економічне становище країни.

Розробку науково-методичних основ спеціальної освіти в Україні здійснювали А. Владимирський, М. Котельников, І. Левінсон, В. Протопопов, І. Соколянський, М. Тарасевич та ін. Ця робота проводилася у співпраці з російськими дефектологами Л. Виготським, Л. Занковим, М. Гнездиловим, І. Данюшевським. Діапазон проблематики й глибина досліджень зростали у міру розширення й удосконалення практики спеціального виховання та навчання.

Так, за ініціативи І. Соколянського у 1922 р. у Харкові був створений лікарсько-педагогічний кабінет, головними напрямками якого були медична й педагогічна допомога дітям та їхнім батькам, які жили у Харкові, а також дослідницька й профілактична робота. Дослідні відділення кабінету були відкриті на базі Харківської школи сліпих (відділення для сліпоглухих), школи глухих, дитячого будинку для розумово відсталих дітей. У 1923–1924 рр. у Харківському лікарсько-педагогічному кабінеті читали лекції академік В. Бехтерев, професори А. Владимирський, М. Тарасевич, О. Граборов, П. Бельський.

З 1923 року І. Соколянський організовує у Харкові навчання сліпоглухонімих дітей (термін того часу) і починає послідовну науково-дослідну роботу в цій галузі. Приступаючи до роботи із групою сліпоглухих дітей, І. Соколянський прагнув створити нову систему навчання таких дітей мови. На перший план у навчанні він ставив розумовий розвиток, а для успішного навчання потрібно було насамперед розвинути доступні для сліпоглухої дитини засоби спілкування — жести, а не усне мовлення, як тоді вважалося.

У 1926 р. І. Соколянський був одним з організаторів, а згодом і керівником, Українського науково-дослідного інституту педагогіки у Харкові (у 1934 р. інститут був переведений до Києва у зв'язку з наданням місту статусу столиці УРСР). Цей заклад став справжнім центром розвитку педагогічної науки в Україні. У 1930 р. за участі І. Соколянського у Харкові було відкрито Інститут фізичної дефективності, в якому він став першим директором. На той час цей інститут був єдиною в Україні науково-дослідною установою, в якій проводилося різнопланове вивчення дітей з порушеннями психофізичного розвитку та досліджувалися особливості організації їх навчання (У 1944 р.

цей інститут був реорганізований у Науково-дослідний інститут дефектології та переведений до Києва. У 1955 р. у Москві було створено Науково-дослідний інститут дефектології Академії педагогічних наук СРСР, цього ж року Науково-дослідний інститут дефектології в Україні припинив своє існування).

Науково-дослідна лабораторія з вивчення сліпоглухих дітей проіснувала у Харкові до 1938 року. Свої наукові пошуки І. Соколянський продовжив у Москві. У подальшому одна з його вихованок, Ольга Скороходова, захистила кандидатську дисертацію і працювала в Науково-дослідному інституті дефектології у Москві. Розроблена І. Соколянським методика навчання сліпоглухих дітей була розвинута його однодумцем і послідовником О. Мещеряковим і покладена в основу роботи Загорського дитячого будинку-інтернату для сліпоглухих дітей (нині — Сергіїв Посад Московської обл.).

Лікарсько-педагогічні кабінети працювали і в інших містах України: Києві, Одесі, Катеринославі (нині — Дніпро). Під їх керівництвом у спеціальних школах проводилася навчальна та методична робота, обговорювалися питання практичного спрямування.

Зростаюча мережа спеціальних шкіл потребувала забезпечення цих закладів кваліфікованими вчителями. З цією метою на базі вищих навчальних закладів стали відкриватися нові факультети, які готували дефектологів. Так, у 1920 р. на базі Київського інституту народної освіти ім. М. Драгоманова відкрився лікарсько-педагогічний факультет, випускники якого отримували кваліфікацію «Педагогічний працівник спеціальних шкіл для глухих, сліпих і розумово відсталих дітей». Сурдопедагогіку майбутнім вчителям читав І. Соколянський. У наступному році, у зв'язку з реорганізацією, цей факультет став відділом факультету соціального виховання, на базі якого готувалися спеціалісти-педагоги для роботи з «розумово-дефективними, морально-дефективними, глухонімими та сліпими дітьми». У 1930/1931 н. р. факультет соціального виховання перетворився на Київський інститут соціального виховання, структурним підрозділом якого став педолого-педагогічний факультет із дошкільним, дефектологічним і педолого-педагогічним відділами. Випускники дефектологічного відділу цього факультету отримували кваліфікацію «Організатор педагогіки дефективного дитинства». Майбутніх дефектологів готували відомі вчені: дефектолог і лікар-психоневролог, професор А. Владимирський; професор, тифлопедагог О. Щербина; доцент, тифлопедагог П. Мельников.

У 20-ті роки підготовка дефектологів здійснювалася і на факультеті соціального виховання Харківського інституту народної освіти, де з 1923 року працював І. Соколянський.

Важливою формою дефектологічної освіти була курсова підготовка, яка здійснювалася на базі Київської обласної дослідно-педагогічної станції (пізніше реорганізована у Київський центральний науково-методичний кабінет спеціальних шкіл); Харківської педагогічної школи; Одеської дефектологічної станції.

У 20-ті роки починає формуватися правова основа спеціальної освіти. Так, за порівняно короткий термін були розроблені «Тимчасове положення про установи для дефдитинства» (1924 р.), «Положення про допоміжні школи» (1926 р.), «Правила прийому дітей до установ дефдитинства» (1927 р., 1929 р.), «Обіжник про створення допоміжних груп для розумово відсталих дітей» (1929 р.). У 1929 р. уряд УРСР ухвалив постанову «Про заклади соціального виховання для дефективних дітей і підлітків», в якій було встановлено таку систему закладів для глухих, сліпих і розумово відсталих:

- 1) заклади для дітей дошкільного віку від 4 до 8 років — дитячі садки;
- 2) заклади для дітей і підлітків від 8 до 15 років — трудові школи;
- 3) заклади для підлітків від 15 до 18 років, що не мали можливості вступити до трудових шкіл, або не закінчили в них курсу навчання — навчально-виробничі майстерні.

Трудовим школам надавалась можливість організовувати додаткові ремісничі групи з терміном навчання 1–3 роки.

У січні 1930 року НКО УРСР ухвалив «Статут про заклади соціального виховання для дефективних дітей і підлітків — глухонімих, сліпих, розумово відсталих, калік», яким визначалися типи означених закладів, умови прийому до них, напрямки педагогічної роботи, а також склад педагогічного персоналу і керівництво.

У 30-ті роки починають створюватися перші заклади для дітей з порушеннями мовлення — спеціальні школи та логопедичні пункти системи Народного комісаріату освіти та Народного комісаріату охорони здоров'я. Цьому сприяло розширення наукових пошуків щодо вивчення причин та етіології вже відомих та нових мовленнєвих порушень: заїкання (В. Гіляровський, О. Рау, Ф. Рау), афазії (Б. Богданов-Березовський), недорікуватості (В. Смірнов, М. Хватцев), алексії та аграфії (Р. Левіна, О. Правдіна), порушення голосу (В. Головська, О. Сотніков).



У 30-ті роки в Україні відкриваються перші спеціальні вечірні школи. Спочатку це були заклади лише початкової освіти для дорослих неграмотних глухих, які з різних причин не мали можливості навчатися в денних школах. У 60-ті роки вечірні школи стали навчальними закладами, які продовжували освіту до повної середньої.

Таким чином, 20–30-ті роки ХХ ст. характеризуються законодавчим визнанням права дітей з порушеннями психофізичного розвитку на освіту, розвитком мережі спеціальних навчальних закладів, проведенням різнопланових наукових досліджень, започаткуванням системи підготовки дефектологічних кадрів.

З початком Великої Вітчизняної війни розвиток системи спеціальної освіти призупинився. Більшість шкіл припинила свою діяльність, їх приміщення були зруйновані, чимало наукових надбань втрачено.

Відновлення системи спеціальної освіти почалося у 1943 р., коли територію України було звільнено від фашистських окупантів. Зокрема, наказ НКО № 675 від 23.05.44 р. «Про підготовку шкіл УРСР до нового 1944/45 н. р.» і постанова РНК УРСР № 831 від 21.07.44 р. «Про заходи по охопленню загальним обов'язковим навчанням глухонімих, сліпих і розумово відсталих дітей» зобов'язували обласні та міські виконкоми до 1-го вересня 1944 р. провести перепис означеної категорії дітей шкільного віку, поновити роботу усіх спеціальних шкіл-інтернатів, а також влаштувати при школах підсобні господарства з метою забезпечення учнів продуктами харчування.

Наукові дослідження другої половини ХХ ст. були спрямовані на створення педагогічної класифікації дітей з порушеннями психофізичного розвитку; визначення принципів навчання у спеціальних школах; вивчення особливостей психічного розвитку дітей та психолого-педагогічне обґрунтування змісту спеціальної освіти; розробку спеціальних методів навчання різних категорій дітей у залежності від характеру порушення, а також змісту та методик корекційної роботи; розробку методик навчання окремих предметів; пошук оптимального змісту трудового навчання та шляхів підготовки дітей до самостійного життя; вивчення можливостей і особливостей професійної підготовки осіб з порушеннями слуху, зору, інтелекту та розробку її методичного забезпечення; вивчення умов професійної адаптації випускників спеціальних шкіл на промислових підприємствах.

До кінця 70-х років дошкільним і шкільним диференційованим навчанням були охоплені наступні категорії дітей з порушеннями психофізичного розвитку: з порушеннями слуху (глухі та зі зни-

женим слухом), з порушеннями зору (сліпі та зі зниженим зором), з порушеннями опорно-рухового апарату, з порушеннями мовлення, з порушенням розумового розвитку; із затримкою психічного розвитку; сліпоглухі. Для дітей перелічених категорій, крім сліпоглухих, у системі народної освіти були створені спеціальні школи. Для сліпоглухих дітей у місті Загорську (нині — Сергіїв Посад) Московської області у 1963 р. був створений (та існує дотепер) дитячий будинок, який знаходився у підпорядкуванні Міністерства соціального забезпечення РСФСР. Загорський дитячий будинок для сліпоглухих дітей був єдиним закладом такого типу в Радянському Союзі й одним із небагатьох у світі. У Загорський дитячий будинок приймалися сліпоглухі діти з нормальним інтелектом. За ступенем втрати слуху і зору їх поділяли на 4 категорії: тотально сліпоглухі (повністю позбавлені зору та слуху); практично сліпоглухі (які при повній відсутності слуху мали незначні залишки зору на рівні світловідчуття); глухі зі зниженим зором (гострота зору яких не вище 0,04); сліпі зі зниженим слухом (втрата слуху понад 75–80 дБ). У дитячому будинку існували дошкільне відділення, школа і навчально-трудова група допрофесійної підготовки. Для навчання дітей поділяли на невеличкі групи з 3–4 осіб; з кожною групою позмінно працювали три педагоги. Групи комплектувалися за ступенем фізичного, розумового та мовленнєвого розвитку дітей. Залежно від розумових здібностей учні одержували початкову, неповну середню або повну середню освіту. Після закінчення навчально-трудова група учні направлялися на навчально-виробничі підприємства Всеросійського товариства сліпих або на місцеві підприємства працівниками-надомниками.

Наукові дослідження в галузі дефектології були спрямовані на подальше вивчення природи порушень розвитку учнів спеціальних шкіл, розширення знань про їхні пізнавальні можливості та на основі цього — на пошук шляхів подальшого підвищення ефективності процесів компенсації й корекції фізичних та інтелектуальних порушень. Дослідження українських дефектологів були пов'язані з російськими науковими школами й напрямками, які очолювали Р. Боскис, Т. Власова, Г. Дульнев, О. Дьячков, М. Земцова, С. Зиков, Ю. Кулагін, Р. Левіна, В. Лубовський, В. Петрова, Ф. Рау та інші.

Основні дослідження в галузі олігофренопедагогіки в республіці були спрямовані на розкриття патофізіологічних і психопатологічних механізмів поведінки та пізнавальної діяльності дітей з розумовою відсталістю. Досліджувалися такі порівняно маловивчені проблеми,

як особливості діяльності вегетативної нервової системи цієї категорії дітей і їх зв'язок з порушеннями вищої нервової діяльності; природа психопато- і неврозоподібних станів при олігофренії та їх вплив на загальний розвиток, формування поведінки та якостей особистості розумово відсталих дітей (В. Кузьміна, А. Селецький, Н. Стадненко та ін.). Колектив науковців під керівництвом І. Єременка здійснював багатопланове дослідження структури навчальної діяльності школярів із порушеннями інтелекту. Зокрема, були розроблені принципи корекційно-виховної роботи при вивченні таких предметів, як українська мова (Л. Вавіна, Т. Ульянова, Н. Тарасенко та ін.), природознавство (Л. Стожок), географія (В. Синьов), трудове навчання (І. Єременко, Г. Мерсіянова, К. Турчинська), фізичне виховання (М. Козленко).

У галузі сурдопедагогіки основна увага була звернена на вдосконалення практики формування мовлення та мислення дітей з порушеннями слуху (К. Луцько), виховання дітей з порушеннями слуху в сім'ї (Л. Ступникова, Г. Чефранова, Р. Якубовська), аналіз історичного процесу розвитку сурдопедагогіки (М. Ярмаченко), питання соціалізації глухих підлітків і юнаків (І. Колесник, В. Засенко). Велика увага приділялася проблемі вдосконалення методики навчання учнів з порушеннями слуху основам наук. Зокрема, українськими науковцями було розроблено методику викладання географії (Л. Ступникова), літератури (Е. Пущин), природознавства (Н. Засенко), української та російської мов (К. Бойко, К. Луцько). Досліджувалися особливості використання спеціальних технічних засобів у навчанні глухих дітей (М. Медведєв). Проводилася робота, спрямована на розробку теоретичних основ виховання дітей з порушеннями слуху (І. Колесник, І. Лобурець), а також на вивчення психологічних особливостей навчальної діяльності глухих дітей і дітей зі зниженим слухом (Т. Марчук, Е. Гроза).

Тифлопедагогами під керівництвом І. Моргуліса розроблялися питання управління процесами компенсації й корекції в навчанні та вихованні дітей з порушеннями зору; соціальної і трудової реабілітації осіб з інвалідністю по зору; досліджувалися особливості міжособистісних взаємин у колективах сліпих (Є. Синьова), були визначені напрямки удосконалення змісту, методик навчання профорієнтаційної роботи у школі для сліпих (Н. Царик, Т. Свиридюк, І. Чигринова).

Українські фахівці в галузі логопедії досліджували питання організації та змісту роботи логопунктів (М. Грищенко, Н. Муравйова, Н. Соколенко, М. Соріна та ін.), подолання загального мовленнєвого недорозвинення (А. Винокур, О. Жильцова, М. Михайлюк), заїкання

(І. Дьоміна); корекції мовленнєвих порушень на уроках ручної праці у початкових класах (М. Михайлюк). Також предметом дослідження були питання фонематичного недорозвинення та засобів його виправлення (М. Савченко); особливостей мовленнєвого розвитку заїкуватих школярів (С. Слизький); особливостей розуміння окремих граматичних форм учнями молодших класів (Л. Смірнова, О. Гопіченко); розвиток окремих компонентів усного та писемного мовлення учнів перших класів (О. Жильцова); недорозвинення мовлення як одного з факторів неуспішності учнів (А. Винокур).

Поступово зміцнювалася матеріальна база шкіл, велася робота з модернізації устаткування навчальних кабінетів та навчально-виробничих майстерень.

У двох педагогічних інститутах (Київському та Слов'янському) здійснювалася підготовка вчителів-дефектологів. Значна кількість педагогів спеціальних шкіл була охоплена заочним навчанням, для них щорічно організовувалися курси підвищення кваліфікації та методологічні семінари. Для учнів початкових класів були створені спеціальні підручники й навчальні посібники; для вчителів спеціальних шкіл регулярно видавалася методична література.

Отже, досягнення радянської дефектології були досить значними. Проте далеко не всі проблеми, пов'язані з організацією освіти дітей з порушеннями психофізичного розвитку, були вирішені.

Так, незважаючи на широку мережу спеціальних дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів, не всі діти дошкільного та шкільного віку були охоплені навчанням. Найгіршим було становище дітей з розумовою відсталістю помірного і більш тяжкого ступенів; дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, які не могли обходитися без сторонньої допомоги; дітей із складними і множинними порушеннями розвитку.

Також у країні не було створено системи комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги дітям раннього віку, хоча факт ефективності корекційно-педагогічної роботи з дитиною вважався загально-визнаним.

Сім'ї, які мають дітей з порушеннями психофізичного розвитку, є однією з найбільш уразливих груп населення. Факт народження дитини з певними порушеннями часто стає причиною стресу батьків. Проте в Радянському Союзі не існувало системи психолого-педагогічної підтримки і реабілітації батьків таких дітей.

Недостатньо розробленими залишилися методики навчання випускників спеціальних шкіл у професійно-технічних і вищих навчальних закладах.

За роки незалежності в Україні визначено нові пріоритети розвитку освіти, розпочато створення відповідної правової бази і реформування галузі.

Значно розширився перелік закладів і установ, у яких діти з порушеннями психофізичного розвитку можуть отримати освітні послуги.

Науковцями створеного у 1993 році Інституту дефектології Академії педагогічних наук України (нині — Інститут спеціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук України), факультету корекційної педагогіки та психології НПУ імені М.П. Драгоманова, інших наукових і навчальних закладів та установ розробляються науково-методичні основи комплексної реабілітації дітей раннього віку; сімейного виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку; інклюзивної форми навчання в загальноосвітніх і дошкільних навчальних закладах; психолого-педагогічної роботи з аутичними дітьми; навчання осіб з інвалідністю у вищих навчальних закладах; підготовки кадрів до корекційно-реабілітаційної роботи в спеціальних та інклюзивних навчальних закладах і реабілітаційних центрах тощо.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Назвіть об'єкт, предмет, мету і завдання спеціальної педагогіки.
2. Використання яких термінів наразі не є доцільним в умовах сучасної гуманістичної парадигми наукової галузі щодо особливостей та закономірностей розвитку, навчання, виховання і соціалізації осіб з психофізичними порушеннями?
3. Дайте визначення основних понять, що використовуються в галузі спеціальної педагогіки і психології.
4. Сформулюйте мету і завдання спеціальної педагогіки.
5. Охарактеризуйте сучасну структурну організацію спеціальної педагогіки як науки, вкажіть основні шляхи її розвитку.
6. Визначте найбільш тісні зв'язки спеціальної педагогіки з іншими науками.
7. Охарактеризуйте методологічні принципи спеціальної педагогіки і психології.
8. Розкрийте найбільш значущі для становлення дефектології / спеціальної педагогіки і психології наукові концепції Л.С. Виготського.

9. Поясніть, у чому полягає принципова новизна теорії культурно-історичного розуміння розвитку психіки порівняно з іншими відомими вам теоріями.

10. Оцініть значення соціального фактора щодо розвитку психіки дитини, яка має психофізичне порушення, з позицій культурно-історичної теорії.

11. Охарактеризуйте роль біологічного фактора щодо розвитку психіки дитини, яка має психофізичне порушення, з позицій культурно-історичної теорії.

12. Оцініть місце і роль виховання і навчання дитини з особливими освітніми потребами щодо логіки її психічного розвитку з позицій культурно-історичної теорії.

13. Спираючись на дослідження Л.С. Виготського, визначте найхарактерніші ознаки схожості і відмінності в закономірностях психічного розвитку дитини в онтогенезі та дизонтогенезі.

14. Охарактеризуйте теоретичне положення про системну будову дефекту/порушення.

15. Визначте структуру дефекту/порушення аномального розвитку дитини з порушенням слуху, зору, інтелекту, мовлення, опорно-рухового апарату, з аутизмом.

16. Поясніть, як ви розумієте вислів «навчання веде за собою розвиток».

17. Складіть хронологічну таблицю «Створення навчальних закладів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку»:

Століття	Роки	Категорії дітей з порушеннями психофізичного розвитку, для яких були створені навчальні заклади
----------	------	---

18. За матеріалами параграфа складіть таблицю:

Галузь дефектології	Видатні дефектологи	Роки життя
---------------------	---------------------	------------

19. За допомогою пошукового сервісу Google зберіть біографічні дані вчених, які стояли у витоків вітчизняної дефектології. Результат роботи представте у вигляді таблиці:

Вчений, роки життя	Основні напрями діяльності	Анотації найбільш відомих праць
--------------------	----------------------------	---------------------------------

20. Визначте основні досягнення вітчизняної радянської дефектології і спеціальної педагогіки.

21. Визначте актуальні проблеми сучасної спеціальної педагогіки.

**ДЖЕРЕЛА**

1. Апраушев А.В. Тифлосурдопедагогика : Воспитание, обучение, трудовая и социальная реабилитация слепоглухонемых : учеб. пособие / А.В. Апраушев. — М. : Просвещение, 1983. — 208 с.
2. Берник Т.Л. Розвиток диференційованих форм логопедичної допомоги дітям з вадами мовлення в Україні (1945–2000) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / Т.Л. Берник. — К., 2006. — 24 с.
3. Бондар В.І. Історія олігофренопедагогіки : підручник / В.І. Бондар, В.В. Золотоверх. — К. : Знання, 2007. — 375 с.
4. Бондар В.І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці : метод. посібник / В.І. Бондар. — К. : Наш час, 2005. — 176 с.
5. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии : учебное пособие для студентов педвузов / Наталья Юрьевна Борякова. — М. : АСТ: Астрель, 2008. — 222 с.
6. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
7. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти томах / Лев Семёнович Выготский. — Т. 5. — Основы дефектологии. — М. : Изд-во Акад. пед. наук, 1983. — 369 с.
8. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения / В.В. Давыдов. — М. : Интор, 1996. — 544 с.
9. Дефектологічний словник : навчальний посібник / За ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. — К. : «МП Леся», 2011. — 526 с.
10. Замский Х.С. Умственно отсталые дети : история их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века / Х.С. Замский. — 2-е изд. — М. : Академия, 2008. — 362 с.
11. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: в 2-х томах. — Т. 1. — Психическое развитие ребёнка. — М. : Педагогика, 1986.
12. Избранные психологические труды Д.Б. Эльконина / Под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко. — М. : Педагогика, 1989. — 560 с.
13. Кобильченко В. Психіка та її розвиток у психологічних законах і закономірностях / В. Кобильченко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 1(77). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 7–14.
14. Колупаєва А. Освіта дітей з особливими потребами за часів незалежності України: етапність у стратегічному вимірі / А. Колупаєва, О. Таранченко // Особлива дитина: навчання і ви-

- ховання. — № 3(79). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 7–18.
15. Колишкін О.В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта» : навч. посіб. / О.В. Колишкін. — Суми : Університетська книга, 2013. — 392 с.
16. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
17. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения : в 2-х томах / Под ред. В.В. Давыдова, В.П. Зинченко, А.А. Леонтьева, А.В. Петровского. — Том 1. — М. : Педагогика, 1983. — 392 с.
18. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики анамального развития детей. — М. : Педагогика. — 1989. — 104 с.
19. Лурия А.Р. Язык и сознание / Под ред. Е.Д. Хомской. — М. : Изд-во Московского ун-та, 1979. — 320 с.
20. Мартинчук О.В. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта» / Олена Валеріївна Мартинчук. — К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. — 288 с.
21. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева; [за заг. ред. С.П. Мироновой]. — Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. — 264 с.
22. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии : учеб. пособие / Г.К. Селевко. — М. : Народное образование, 1998. — 256 с.
23. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка : підручник / Віктор Миколайович Синьов. — Частина I : Загальні основи корекційної психопедагогіки (олігофренопедагогіки). — К. : Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. — 238 с.
24. Синьов В.М. Основи дефектології : навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
25. Специальная педагогика : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксёнова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др. / Под ред. Н.М. Назаровой. — М. : Академия, 2001. — 400 с.
26. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / За ред. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма-матер, 2003. — 436 с.
27. Супрун М.О. Корекційне навчання учнів допоміжних закладів освіти: витоки, становлення та розвиток (друга половина XIX — перша половина XX ст.) : монографія / М.О. Супрун. — К. : Вид. Паливода А.В., 2005. — 326 с.
28. Таранченко О. Соціокультурний контекст змін в освіті осіб з особливими потребами в Україні / Оксана Таранченко //



- Особлива дитина: навчання і виховання. — № 4(80). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2106. — С. 87–95.
29. Таранченко О.М. Становлення та розвиток системи спеціального навчання дітей зі зниженим слухом в Україні (XIX — початок XXI століття) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / О.М. Таранченко. — К., 2006. — 22 с.
30. Ульяновка У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии : учеб. пособие / У.В. Ульяновка, О.В. Лебедева. — 5-е изд., стер. — М. : Академия, 2011. — 176 с.
31. Федоренко С.В. Навчання і виховання дітей з порушеннями зору в Україні: історія та сьогодення : монографія / С.В. Федоренко. — Запоріжжя : Вид-во Хортицьк. нац. навч.-реабілітаційного багатопрофільн. центру, 2012. — 306 с.
32. Хитрюк В.В. Основы дефектологии : учеб. пособие / В.В. Хитрюк. — Минск : Изд-во Гревцова, 2009. — 280 с.
33. Шевченко В.М. Виникнення і розвиток в Україні спеціальних шкіл для глухонімих у другій половині XIX — початку XX століття : монографія / В.М. Шевченко. — К. : [б. в.], 2010. — 299 с.
34. Шевченко О.Е. Становлення та розвиток системи підготовки дефектологічних кадрів для закладів спеціальної освіти України (1918–1941 рр.) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / О.Е. Шевченко. — К., 2004. — 19 с.
35. Эльконин Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. — М. : Педагогика, 1976. — 304 с.
36. Ярмаченко М.Д. Історія сурдопедагогіки / М.Д. Ярмаченко. — К. : Вища шк., 1975. — 423 с.
37. Ярмаченко Н.Д. Проблема компенсации глухоты / Н.Д. Ярмаченко. — К. : Рад. школа, 1976. — 166 с.

## РОЗДІЛ II

# РОЛЬ СПАДКОВСТІ ТА НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ГЕНЕЗІ ПОРУШЕНЬ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

*Основні поняття:* критичні періоди розвитку, гастрюляція, імплантація, гомеопатії, бластопатії, бластогенез, ембріопатії, фенопатії, тератогенні фактори середовища, вроджені порушення, дефекти обміну речовин, іонізуюче опромінення, променева хвороба, кисневе голодування, інвазійні захворювання, важкі метали, пенетрантність, фолати, лікарські препарати, фокомелії, алкоголь, алкогольний абстинентний синдром, наркотики, стимулятори, промисловий синдром плода, паління.

### 2.1. Загальна характеристика критичних періодів розвитку

Стан здоров'я дитини залежить від умов внутрішньоутробного розвитку, перебігу вагітності, пологів, адаптації у перші дні життя. Значно підвищують ризик недоношеності, народження дитини з патологією попередні аборти. Практика акушерства доводить, що жінка, яка вже народжувала, після двох-трьох абортів не може народити здорового дитину. Щорічно в Україні робиться близько 700 тисяч абортів (67 на 1 000 жінок дітородного віку), що у 1,5 разу перевищує кількість пологів. Порівняємо: в Нідерландах на 1 000 жінок кількість абортів становить 5,6, у Канаді — 10,2, у США — 27, Голландії — 5,6.

В Україні кожного року близько 40 тис. жінок не доношує вагітність. За останні 10 років у п'ять разів зросла кількість дітей, які мають глибоку недоношеність, а дітей із вродженими порушеннями розвитку — втричі.

Кількість осіб з інвалідністю, зареєстрованих в органах соціального забезпечення, становить 4 % усього населення України. Із 10 тис. українців 40,9 мають інвалідність з дитинства, у тому числі віком до 16 років. Серед причин дитячої інвалідності на першому місці — хвороби нерво-

вої системи та органів чуття (41,9 %), на другому — психічні розлади (30,6 %), на третьому — вроджені порушення розвитку (8,2 %). Нині в Україні проживає понад 25 тис. дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч, близько 29 тис. — з відставанням у розумовому розвитку, близько 10 тис. глухих і 1,5 тис. сліпих. Понад 10 тис. дітей має вроджені порушення розвитку.

Вроджені порушення розвитку, а також більшість захворювань центральної нервової системи, дихальної, імунної та системи травлення, формуються у **перинатальний** (внутрішньоутробний) та **неонатальний** (перший місяць життя) періоди.

Періоди, коли зародок найчутливіший до пошкодження різноманітними факторами, які можуть порушувати нормальний розвиток, — це **критичні періоди розвитку**. Іншими словами, це періоди найменшої резистентності (стійкості) зародків до факторів довкілля.

Критичні періоди співпадають з активною морфологічною **дифференціацією** (від латин. *differentia* — різниця, відмінність, процес, що призводить до поділу, розчленування цілого на якісно відмінні частини), з переходом від одного періоду розвитку до іншого, із зміною умов існування зародка. Так, перехід зиготи до дробіння (ряд послідовних мітотичних поділів зиготи, за якого утворені клітини в інтерфазі не ростуть, і тому їх розміри зменшуються після кожного поділу) створює для зародка інші умови взаємозв'язку в організмі як цілісній системі. Те ж відбувається з настанням **гастрюляції** (процес формування двошарового зародка). У свавців імплантація бластоцисти у стінку матки є критичним періодом — переходом до нових умов живлення і газообміну. Розвиток плаценти і перехід до плацентарного живлення і газообміну являють собою новий переломний етап у житті зародка і потребують нових пристосувань (рис. 2.1, 2.2, 2.3).

П.Г. Светлов виділяє такі значимі критичні періоди для розвитку людини: **імплантація** (6–7-ма доба після зачаття) (рис. 2.4), **плацентація** (кінець 2-го тижня вагітності) (рис. 2.5) і **перинатальний період** (пологи). Із критичним періодом в організмі новонародженого пов'язані різка зміна умов існування і перебудова діяльності всіх систем організму (змінюється характер кровообігу, газообміну, живлення тощо). Крім того, відмічені критичні періоди розвитку окремих органів на різних етапах життя ембріона людини. Пошкодження заплідненої яйцеклітини (зиготи) в перші 2 тижні вагітності призводить до її самовільного переривання, позаматкової вагітності та формування вад розвитку плода.

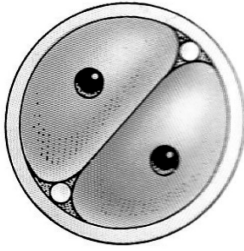


Рис. 2.1. Зигота

Розмір зиготи становить близько 0,1 мм. Вона містить увесь генетичний матеріал для розвитку зародка і плода

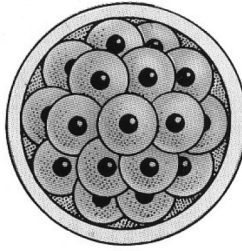


Рис. 2.2. Морула

Після кількох поділів зиготи формується компактне скупчення клітин, так звана морула

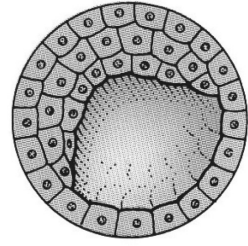


Рис. 2.3. Бластоциста

Приблизно через 6 днів після запліднення всередині клітинної маси формується порожнина. Тепер зародок має назву бластоциста і готовий для проростання у тканини ендометрію

Є підстави вважати, що різні гени починають функціонувати на різних стадіях онтогенезу, які співпадають із критичними періодами. Такий висновок робиться на підставі того, що під впливом пошкоджуючих факторів фізичної і хімічної природи виникають порушення нормального розвитку, які нагадують собою мутації.

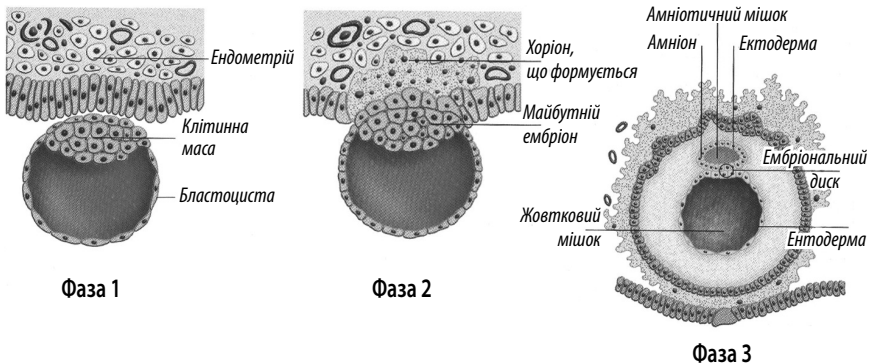


Рис. 2.4. Імплантація ембріона

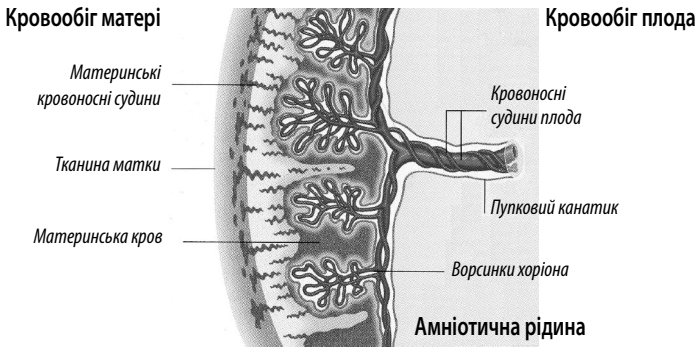


Рис. 2.5. Сформована плацента

Залежно від тривалості періоду внутрішньоутробного розвитку (або тривалості вагітності) виділяють:

- **передчасні пологи** (недоношена вагітність) — на 22–37-му тижні вагітності;
- **термінові пологи** (доношена вагітність) — на 37–42-му тижні вагітності;
- **пологи після строку** (переношена вагітність) — після 42-го тижня.

Важливе значення для розвитку плода та формування здоров'я новонародженої дитини має перинатальний період, який поділяють на:

- **пізній антенатальний** — з 22–24-го тижня гестації;
- **інтранатальний** — процес народження дитини;
- **ранній неонатальний** — перші 7 днів (або 168 годин) життя дитини.

Перинатальний період складає близько 0,5–0,7 % від загальної тривалості життя людини, проте саме протягом цього часу відбуваються найважливіші події у формуванні здоров'я дитини. Перинатальне здоров'я — новий інтегральний показник, критерій оцінки та прогнозування формування здоров'я дитини у подальшому житті.

Сперматозоїди (чоловічі статеві клітини) мають властивість самооновлюватися практично кожні 3 місяці, чого не можна сказати про яйцеклітини (рис. 2.6, 2.7). Визріваючи в яєчниках, вони в основному формуються ще в ранньому дитинстві (приблизно до 2,5 років) і пізніше вже не зазнають значних змін. Життя їх триває приблизно 12–55 років. А це означає, що вони можуть бути «банком» для багатьох токсичних речовин.

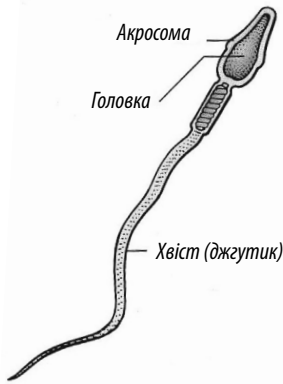


Рис. 2.6. Будова сперматозоїда

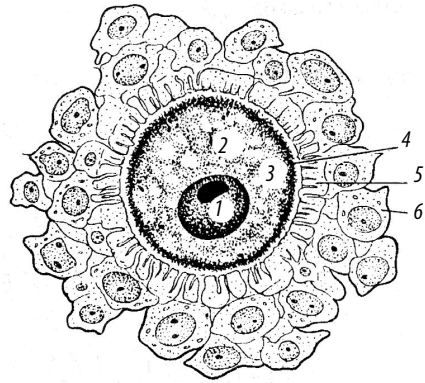


Рис. 2.7. Організація зрілого яйця  
1 — ядро; 2 — цитоплазма; 3 — кортикальний шар; 4 — плазмолема; 5 — блискуча зона; 6 — фолікулярні клітини

Будь-які несприятливі фактори, які діють на жіночий організм, можуть порушувати нормальну будову та дозрівання статевих клітин і стати причиною мутації або порушеного розвитку. Необхідно також мати на увазі, що овоцити, які розвиваються у жінки у віці 40–45 років, виявляються значно старшими, ніж ті, овуляція яких настала у більш молодому віці. Безперечно, що пошкоджуючі фактори, які діяли на материнський організм під час критичних періодів ембріона, можуть викликати згубні наслідки.

Вагітність триває 270–280 днів (рис. 2.8). Виділяють такі фази вагітності: **фазу ембріонального розвитку** (перші 1,5–2 міс.) — **формування плода і закладання основних органів** — та **фазу плацентарного розвитку** (з 3-го до 9-го міс.) — ріст плода.

**З моменту запліднення**, тобто злиття чоловічої та жіночої гамет і утворення зиготи, починається період ембріогенезу, під час якого можна виділити ще коротші періоди розвитку. Через три доби після запліднення зародок складається з 32 клітин і за формою схожий на ягоду шовковиці. До кінця цього тижня число клітин зростає до 250, форма буде нагадувати порожню кульку (бластоциста) з діаметром 0,1–0,2 мм.

**Перші 16 діб** — це **бластогенез**. За цей час послідовно здійснюються стадії морули, бластули і гастрული. Морфологічно цей період завершується відмежуванням клітин ембріобласта (майбутнього плода)

від клітин трофобласта (частини майбутньої плаценти) (рис. 2.2, 2.3).

Залежно від впливу шкідливих чинників уроджені порушення в цей період можуть виникати в результаті: гаметопатій, бластопатій, ембріопатій, фетопатій.

**Гаметопатії** — ураження статевих клітин — **гамет**. У походженні порушень найбільше значення мають ті гаметопатії, що супроводжуються порушенням спадкових структур.

**Бластопатіями** називають ураження бластоцисти, тобто зародка перших 15 днів після запліднення (до моменту завершення диференціації зародкових листків і початку матково-плацентарного кровообігу). Наслідком бластопатій є **циклопія** (одне або подвоєне око, що розташоване посередині лоба), **сиреномелія** (злиття нижніх кінцівок).

На **четвертому тижні** розвиваються так звані позазародкові органи — хоріон, амніон і жовточний мішок, які забезпечують харчування, дихання, біохімічну підтримку і всебічний захист плода. Хоріон згодом перетворюється на плаценту, а амніон — у плодовий міхур.

На 4-му тижні утворюється пуповинний канатик, завдяки якому плід може вільно рухатися в навколоплідних водах у порожнині матки, саме через його судини здійснюються живлення, кровопостачання, газообмін організму плода. Скорочення серця відбувається вже на 22–23-ій день вагітності.

Наступні тижні плацента (дитяче місце) інтенсивно розвивається і надалі відповідатиме за дихання, харчування, захист плода, а також за продукування гормонів. Саме маля нагадує диск, що складається з кількох шарів. Кожен шар згодом має стати прабатьком різних органів і тканин.

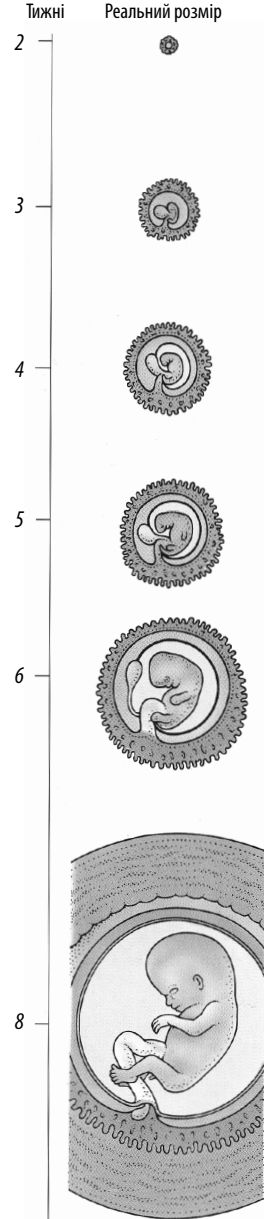


Рис. 2.8. Розвиток дитини

На 3-му і 4-му тижнях ембріогенезу формується голова, розвиваються серце і судини, з'являються зародки печінки, легень, щитоподібної залози, первинної нирки і надниркових залоз, підшлункової залози, закладаються кінцівки. У кінці першого місяця вагітності зароджуються статеві органи, лімфатична система і селезінка, утворюється пуповина, триває розвиток раніше закладених органів.

На другому місяці вагітності формуються обличчя, шия, стінки грудної клітки і черевної порожнини, розвиваються різні відділи нервової системи, диференціюються зоровий і слуховий апарати. Із зябрових щілин утворюються барабанна порожнина, мигдалики, загрудинна залоза (тимус), розвиваються постійна нирка і статеві залози.

Уроджені порушення, що виникли в результаті ушкодження ембріона, називають **ембріопатіями**. До ембріопатій відносяться лише ті, що виникли в результаті впливу пошкоджуючого фактора в період від 16 дня після запліднення до кінця 8-го тижня. До цієї групи відносяться **талідомідні, діабетичні, алкогольні і медикаментозні ембріопатії**; порушення, зумовлені вірусом краснухи.

Провідні фактори ризику у період ембріогенезу:

- несприятливий вплив факторів навколишнього середовища: фізичних, хімічних, екологічних;
- гострі та хронічні уrogenітальні інфекції у матері;
- гострі та хронічні внутрішньоутробні інфекції: вірус краснухи викликає краснушну ембріофетопатію (вроджені порушення серця, органів зору, слуху), недоношеність, затримку внутрішньоутробного розвитку, діафрагмальну килу, ранній цукровий діабет;
- цитомегаловірус є причиною вроджених порушень розвитку;
- герпетичні віруси, стрептококи групи В, токсоплазма викликають тяжкі ураження центральної нервової системи, зокрема вроджену **гідроцефалію** (водянка мозку, надмірність спинномозкової рідини в порожнині черепа), ураження органів зору (хоріоретиніт, катаракту), дихальні та гастроінтестинальні розлади;
- генна та хромосомна патологія;
- застосування медикаментозних препаратів на ранніх строках вагітності (період ембріогенезу) — гормонів, антибіотиків (особливо тетрацикліну), сульфаніламідів, антигістамінних засобів тощо;
- цукровий діабет у матері, у тому числі гестаційний;
- імунологічна несумісність матері та плода;
- алкоголізм, тютюнокуріння, наркоманія майбутніх батьків.



**На п'ятому тижні** зародок зазнає значних змін. По-перше, змінюється його форма: це вже циліндрик довжиною 1,5–2,5 мм. Починається розвиток верхніх дихальних шляхів — гортані і трахеї, а також розвиток серця. Відбувається часткове змикання нервової трубки (поки що тільки в середніх її відділах).

Вважається, що однією з причин неповного закриття нервової трубки є нестача фолієвої кислоти — одного з водорозчинних вітамінів. На цьому тижні в ембріона з'являються гонобласти — попередники його (чи її) сперматозоїдів чи яйцеклітин. Інакше кажучи — маля вже несе у собі інформацію про наступні покоління.

**На шостому тижні** спостерігається скорочення серця, розмір його лише 4–6 міліметрів. Відбувається повне закриття нервової трубки. З'являються зачатки рук і ніг, починають формуватися окремі частини внутрішнього вуха і гортані.

**На сьомому тижні** розвиваються стравохід і трахея, передня стінка живота. Починають формуватися тонка кишка і грудна клітка. Закладається коркова частина надниркових залоз. Інтенсивно розвивається головний мозок. В ембріона вже можна розрізнити головний і тазовий кінці.

**На восьмому тижні** продовжує формуватися серце — удосконалюються перегородки між його відділами. Поліпшується сполучення серця з великими кровоносними судинами. Тож в цьому періоді розвитку можуть розвиватися вроджені вади серця. Шлунок зміщується донизу і опиняється на своєму місці — у черевній порожнині. Закладаються слинні залози. Активно розвиваються кістки і навіть суглоби. Формується верхня губа (окремі її частини починають сходитися (наближуватися одна до одної)), якщо ж цього не відбувається, можуть виникнути вроджені порушення лицьового кістяка. Якщо це хлопчик, то на цьому тижні у нього формуються яєчка.

Після другого місяця вагітності розпочинається плодовий або **плацентарний період** розвитку плода. У цей час плацента вже функціонує як самостійний орган, через який здійснюється зв'язок між матір'ю і плодом. Цей період триває до кінця вагітності, закінчується народженням дитини і характеризується інтенсивним ростом плода. Орієнтовно його довжину встановлюють так: до 5-го місяця включно зріст, виражений у сантиметрах, дорівнює кількості місяців внутрішньоутробного розвитку, піднесений до другого степеня (на 1-му міс. — 1 см, на 2-му міс. — 4 см, на 3-му міс. — 9 см і т. д.). Починаючи з 6-го місяця, зріст у сантиметрах дорівнює кількості місяців внутрішньо-

утробного розвитку, помноженій на 5 (у 6 міс. — 30 см, у 7 міс. — 35 см і т. д.).

Отже, у цей період розрізняють три основні групи захворювань під час внутрішньоутробного періоду розвитку плода — *гаметопатії*, *ембріопатії* і *фетопатії*. Вони виникають у результаті хвороботворного впливу шкідливих факторів зовнішнього середовища на статеві клітини батька і матері ще до запліднення та на ембріон і плід під час внутрішньоутробного розвитку. Вид природженої патології залежить від тривалості і сили дії цих чинників, характеру порушення генетичних механізмів тощо.

**На дев'ятому тижні** інтенсивно розвивається головний мозок — починає формуватися мозочок (частина мозку, яка відповідає за координацію рухів). Закладається мозкова частина надниркових залоз, які згодом вироблятимуть адреналін. Уже можна роздивитися обличчя маляти. Його підборіддя ще притискається до грудей. Активно формуються кінцівки: змінюються кістки, визначаються суглоби, а також пальці кистей і стоп. На цьому тижні мати може відчутти перші рухи плода.

**На десятому тижні** маля вступає у новий період свого розвитку — *фетальний*. Протягом раннього фетального періоду (76–180-й день, 12–24-й тиждень вагітності) плід відрізняється значною морфофункціональною незрілістю, водночас продовжуються розвиток та формування внутрішніх органів та систем організму дитини. Після 16–20-го тижня вагітності починають функціонувати органи травлення. Так, із 16-го тижня внутрішньоутробного розвитку для плода характерне амніотрофне живлення — заковтування навколоплідних вод, які забезпечують розвиток та формування шлунково-кишкового тракту, мають поживні функції та імунобіологічні властивості. Таке харчування є підготовкою до лактотрофного вигодовування дитини материнським молоком.

З 18-го тижня внутрішньоутробного розвитку клітини легень плода — альвеолоцити II типу — починають продукувати сурфактант — специфічну речовину, що забезпечує ефективне легеневе дихання. Сурфактант — комплекс фосфоліпідів та білків, що забезпечує функцію дихання, газообмін альвеол, сприяє розправленню легень та виконує роль їх імунобіологічного захисту. У разі недостатності сурфактанту при передчасних пологах у дитини спостерігаються розлади дихання, що вимагає інтенсивного лікування із застосуванням препаратів екзогенного сурфактанту та штучної вентиляції легень.

Протягом раннього фетального періоду завершується формування плаценти та диференціація зовнішніх статевих органів, продовжується розвиток нервової системи, розвивається кора головного мозку, рухи плода стають більш активними.

Уже сформовані ліктьові суглоби, пальці рук і ніг, вушні раковини, верхня губа. Практично вже «готова» діафрагма — перегородка, що відокремлює грудну порожнину від черевної. Розвиваються молочні зуби (які прорізуватимуться на першому році життя).

З 18–22-го тижня вагітності майбутня дитина здатна чути голос матері, батька, а також інші звуки, тому з нею потрібно спілкуватися — це стимулюватиме її розвиток.

**На одинадцятому тижні** завершується формування грудини, пальців рук та ніг. Починають утворюватися райдужні оболонки.

**Дванадцятий тиждень.** Печінка маляти вже починає виробляти жовч (речовина, яка згодом знадобиться для перетравлювання харчових жирів). Продовжує розвиватися головний мозок. На цьому етапі він дуже схожий на головний мозок дорослого, але тільки в мініатюрі. Вага маляти становить приблизно 13–14 грамів, а загальна довжина — 9 сантиметрів.

**Другий триместр** — це четвертий, п'ятий і шостий місяці. Через чотирнадцять тижнів у майбутньої дитини виникає чуття смаку. Через п'ятнадцять — усе її тільки покривають тонкі короткі пушкові волосинки, які називаються лануго. Через шістнадцять тижнів її шкіра прозора, уже з'явилися брови і вії, працює власне травлення. Проміжок від сімнадцятого до двадцятого тижня вагітності — період швидкого розвитку плода. Його шкіра покрита зморшками і захисним мастилом білого кольору. Майбутня дитина вже має пам'ять, у моменти стресу виділяє власні гормони.

Під час **третього триместру** вагітності усе більше відчувається фізіологічне і психологічне єднання майбутньої мами з дитиною. Пізній фетальний період починається з 24-го і триває до 40-го тижня вагітності (181–286-го дня). Органи та системи плода вже практично сформовані, водночас до 36–37-го тижня вагітності відрізняються морфофункціональною незрілістю.

З 6–7-го місяця (24–28-го тижня) вагітності у плода починають функціонувати нирки; сеча, що утворюється, виводиться в навколоплідні води. З 24–26-го тижня починається більш активний синтез та екскреція (виділення) сурфактанту, що сприяє розвитку легень плода, формуються альвеоли. Проте синтез сурфактанту стає досить зрі-

лим тільки після 34-го тижня, що забезпечує можливість самостійного ефективного дихання дитини в разі передчасного народження.

Протягом пізнього фетального періоду інтенсивно розвивається нервова система, плід отримує інформацію від органів чуттів, починає розрізняти певні запахи, смаки і звуки; формується зорове сприймання. На 37–41-му тижні вагітності організм майбутньої дитини повністю сформований, вона готова до народження та початку раннього грудного вигодовування.

Протягом **фетального (плодового) періоду** виділяють **фактори ризику**: обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез матері, медичні аборти, невиношування, мертвонародження, смерть дітей у неонатальному періоді, народження дитини із вродженою патологією, запальні гінекологічні захворювання.

Окремо виділяють **інтранатальний етап**, який починається з появи регулярних переймів і закінчується перерізуванням пуповини (2–18 годин), та **перинатальний етап**, до складу якого входять пізній фетальний, інтранатальний та ранній період новонародженості (з 28 тижня вагітності до 7-го дня життя дитини). Під час проходження дитини через пологові шляхи можливі наступні травми: пологова пухлина, кефалогематома, внутрішньочерепна пологова травма, переломи кісток, пошкодження периферичних нервів, можливі тяжкі порушення пуповидного кровообігу та дихання.

### Ускладнений перебіг вагітності

**Екстрагенітальна патологія**: захворювання серцево-судинної системи, вади серця (вроджені, набуті), гіпертонічна хвороба, вегето-судинна дистонія, захворювання органів дихання, цукровий діабет, уrogenітальні інфекції, TORCH-інфекції.

У майбутньої дитини, яка розвивається, існують внутрішньоутробні періоди сну і неспання. Десь на 32-му тижні строку, тобто у вісім місяців, плід звичайно розташований голівкою вниз. У цей період він найбільше набирає вагу, готуючись до життя поза черевом матері. Ця маленька людина п'є амніотичну рідину, чхає, смоче великий палець, розрізняє світло і темряву, її грудна клітка здійснює рухи, схожі на вдихання. У дев'ять акушерських місяців, або 36 тижнів, пушкові волосинки зникають.

**Акушерські ускладнення**: хронічна фетоплацентарна недостатність, патологія плаценти та навколоплідних вод (недостатність плаценти, петрифікати, кальцифікати, передлежання плаценти), багатоводдя,

маловоддя, гестози вагітних, акушерські кровотечі у II-му та III-му триместрах, ізосенсибілізація за системою АБО, резус-несумісність, відшарування плаценти, хоріоамніоніт, ендометрит, інфекція статевих шляхів (стрептококи групи В, генітальний герпес), невиношування вагітності, багатоплідна вагітність.

**Ускладнення пологів:** материнська інфекція при пологах (температура тіла  $>37,6$  °С), хоріоамніоніт, ендометрит, інфекція пологових шляхів, безводний період понад 24 години — септичний ризик, сідничне та інші патологічні передлежання плода, передчасні пологи, відшарування плаценти, медикаментозна стимуляція пологів, порушення серцевого ритму плода, гостра гіпоксія плода, патологія пуповини (взули, випадіння петель).

## 2.2. Тератогенні фактори середовища

Фактори середовища, які здатні викликати порушення розвитку, називаються **тератогенними**. У різні періоди розвитку ембріон виявляється чутливим до тих чи інших фізичних факторів і хімічних речовин, які потрапляють в організм матері.

Природжені порушення — це сукупність різноманітних відхилень від нормального розвитку організму, які виникають у процесі внутрішньоутробного або постнатального розвитку.

Вчення про вади/порушення з наукової точки зору почали розглядати фактично лише у XVIII ст., коли з'явилася відома робота Вольфа (Wolff) Каспара Фрідріха (1759), у якій він висловив думку про походження всіх систем організму із зародкових листків, відхилення в розвитку яких призводять до аномалій та вад. Відтак почали з'являтися теорії про причини вад. Було з'ясовано, що вони є наслідком зупинки розвитку, надмірного росту, зміщення органів, їх зрощення або розщеплення. Проте безпосередні причини цих явищ довго залишалися невідомими. Почали проводитися експериментальні дослідження, серед яких слід відмітити роботу О.О.Ануфрієва (1894), у якій зазначена роль факторів довкілля у виникненні порушень.

З'явилися роботи з описом різних порушень у людей (Н.Н. Бистров, 1880; О.О. Ануфрієв, 1894; К.Д. Голубаш, 1915; Д.Г. Рохлін, 1928 та ін.).

Близько 5 % вроджених аномалій пов'язані з дією лікарських засобів, 30 % зумовлені впливом біологічних, фізичних (у тому числі радіаційних), хімічних факторів зовнішнього середовища (побутові, промислові, сільськогосподарські), 65 % — результат комбінованого

впливу (у тому числі лікарських засобів) факторів, особливо генетичних порушень, та інших дефектів спадкового апарату.

Розвиток організму є складним, добре скоординованим поєднанням таких процесів, як поділ клітин, їх взаємодія, генна регуляція та диференціація. Будь-який вплив, що порушує ці процеси, може викликати порушення розвитку зародка.

Серед чинників, що зумовлюють порушення розвитку організму, розрізняють **ендогенні** (спадкові) та **екзогенні** (зовнішні). Внаслідок їх впливу майже половина всієї кількості зародків не доживає до народження. У більшості з них аномалії виявляються на дуже ранніх стадіях, і такі зародки не можуть імплантуватися у стінку матки. Інші зародки імплантуються, але не можуть закріпитися настільки, щоб вагітність була успішною. Таким чином, найбільш аномальні зародки спонтанно абортуються навіть до того, як жінка дізнається про свою вагітність.

Забруднення довкілля мутагенами обумовлюється зростанням числа уражених генів, спостерігається збільшення генетичного тягря у популяції людей. Як наслідок, виникає ймовірність росту частки людей із спадковими захворюваннями і ризиком виникнення хвороб екзогенного походження. Звідси стає актуальною проблема не тільки екологічної, але і генетичної катастрофи.

Серед загальної кількості захворюваності населення спадкова становить 15–20 %. На сьогодні відомо до 4 000 спадкових захворювань і кількість їх зростає.

Встановлено, що через генетичні порушення 1 із 130 зародків гине в перші дні, 25 % припиняють своє існування в більш пізні строки вагітності. Із 40 новонароджених один з'являється мертвим, 40 % дитячої смертності зумовлені спадковими порушеннями, 5–12 % новонароджених мають вроджені генетичні порушення, які зумовлені дефектом хромосом або мутаціями окремих генів. Кожна людина має 5–10 потенційно шкідливих генів, які передаються нащадкам разом із нормальними.

Описано 2 000 генних мутацій у людини, які призводять до порушення обміну речовин.

Внаслідок дії бактерій, отрут, вірусів, погіршення харчування тощо порушується білковий, ліпідний, полісахаридний обмін, проте не зачіпаються спадкові структури клітини. При враженні ДНК дефект гена передається дочірнім клітинам, які будуть утворювати змінені білкові молекули, що призведе до захворювання. При подальшому розмноженні клітин дефект не зникне, а буде передаватися від покоління до покоління.

Моногенні хвороби зумовлені дією мутагенного гена, і розвиток їх пов'язаний з первинним продуктом одного гена.

Розрізняють аутосомно-домінантні, аутосомно-рецесивні, зчеплені з X-хромосою хвороби.

Хромосомні аномалії зустрічаються в 1 % новонароджених. Вони є причиною 45–50 % уроджених порушень розвитку, близько 36 % випадків глибокої розумової відсталості, 50 % аменорей, 10 % безпліддя у чоловіків.

Генетичною основою хромосомних хвороб є відхилення від нормального вмісту в клітинах організму кількості хромосом або їх структури внаслідок геномних або хромосомних мутацій.

До таких захворювань належать зміни плідності, наприклад, потроений набір хромосом (3n) або кількості хромосом будь-якої однієї пари (анеуплоїдія) — моносомія чи трисомія. Структурні зміни хромосом можуть виявлятися: відривом частини хромосоми (делецією), переміщенням однієї частини хромосоми на іншу (транслокацією), поворотом хромосоми на  $180^\circ$  (інверсією), утворенням хромосоми тільки з одного плеча (короткого чи довгого) — так званої ізохромосоми.

Майже всі хромосомні захворювання супроводжуються множинними порушеннями скелета і психіки, уродженими вадами зовнішніх і внутрішніх статевих органів, сповільненим ростом. Порушуються функції нервової, ендокринної та інших систем, знижується генеративна функція, зростає смертність серед осіб з хромосомними аномаліями.

Розрізняють **фізичні** (іонізуюче опромінення, різке коливання температури, нестача кисню, пониження атмосферного тиску, механічні травми); **хімічні** (хімічні речовини, лікарські препарати, наркотичні речовини, тютюнопаління тощо); **біологічні** (збудники інфекційних та інвазійних захворювань) **тератогени**.

Усі види **іонізуючого випромінювання** мають високу проникність і характеризуються біологічною дією. Проникаючи через тканини людського організму, вони передають свою енергію атомам цих тканин, викликаючи їх збудження та іонізацію. Іонізуюче випромінювання діє на всі компоненти клітини, але особливо вразливими є хромосоми ядра. У молекулах ДНК виникають розриви, з'являються хромосомні аберації, точкові мутації.

Дія **іонізуючого опромінення** на організм жінки в першу половину вагітності призводить до викиднів або народження дітей з порушеннями. До таких порушень належать: мікроцефалія (значне зменшення

розмірів черепа при нормальних розмірах інших частин тіла та недостатність розумового розвитку), сліпота, гідроцефалія, карликовість тощо. Жінки, які були опромінені в різні періоди до зачаття, народжували дітей з деформаціями скелета.

Ефект радіаційного впливу залежить, по-перше, від того, у який період вагітності він мав місце; по-друге, від дози, виду і потужності радіаційного випромінювання; по-третє, від індивідуальної чутливості організму. Найбільше вразливий зародок у передімплантаційний період; у період активного органогенезу іонізуюча радіація може спричинювати розвиток порушень у плода і формування так званої радіаційної ембріопатії. Механізм дії іонізуючого випромінювання пов'язаний із його прямою дією на плід, а також із порушенням обміну клітинних мембран, що відбуваються в організмі жінки.

Порушення розвитку зазвичай зумовлені великими дозами радіації. Сумарна доза від фракційного опромінення менш небезпечна, ніж аналогічна доза гострого опромінення. Найчутливіша до променевого ушкодження центральна нервова система, особливо нейробласти. Для радіаційної ембріопатії характерні: систематична затримка внутрішньоутробного розвитку з формуванням мікроцефалії або гідроцефалії, вади очей (катаракта, колобома (природжений щільний дефект, що зустрічається при аномаліях очного яблука), дефекти тканин, повік або ланок очного яблука), а надалі — різного ступеня вираженості порушення психомоторного розвитку. Найбільший індикатор можливої радіаційної ембріопатії — підвищена частота комплексу цитогенетичних аномалій у клітинах периферійної крові.

При опроміненні плода у II триместрі вагітності виникають прояви **променевої хвороби** — лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія, які можуть стати причинами антенатальної і постнатальної смерті плода.

Опромінення у III триместрі вагітності призводить до функціональних порушень нервової системи, функцій ендокринних залоз.

Ще Гіппократ вважав, що причиною деформації є **механічні фактори**, вади яких складають до 2,8 %.

До **механічних факторів** відносять: підвищений внутрішньоматковий тиск при одночасній нестачі навколоплідних вод, невеликі розміри амніона, обвивання пуповиною, вузький таз, пухлини матки та яєчників. Аборти також відносять до механічних факторів.

Механічні стискування, активне скорочення матки при нестачі навколоплідних вод впливають на ембріон, особливо в перші 2 місяці вагітності. Після 6-го місяця вагітності, коли зменшується кількість



навколоплідної води, тиск плода на стінку матки може призвести до аномалій скелета.

Деформація плода в більшості випадків спостерігається під час позаматкової вагітності. Часто порушення розвитку спостерігаються у близнят внаслідок механічного тиску один на одного. Неправильне положення плода також може призвести до порушення структури і форми органів.

**Киснєве голодування** плода може виникнути не лише при аноксії матері, але і при аномаліях плаценти. За даними Отто Генріха Варбурга, протягом перших 10 хвилин після запліднення яйцеклітини окислювально-відновні процеси прискорюються в 6 разів, протягом першої доби потреба кисню збільшується на 200 % у порівнянні з потребами незаплідненої яйцеклітини.

Відомо, що у жінок високогір'я дітонароджуваність знижена; часто народжуються мертві діти, що примушує жінок під час вагітності і пологів спускатися у низину.

Різні коливання тиску в атмосфері також негативно впливають на плід. В.Ф. Пучков (1963), проводячи дослідження на курячих яйцях, виявив: якщо помістити їх у вакуумний ексикатор на годину, порушується розвиток курячих ембріонів. Більша частина їх гине, а у тих, які виживають, спостерігаються аномалії розвитку органів і тканин.

Значних змін під час вагітності зазнають центральна та вегетативна нервові системи. Збільшується тонус відділів ЦНС, ступінь емоцій від дії адренкортикотропного і надниркових гормонів. Збуджується кора головного мозку в певні періоди вагітності. Ці емоції, у свою чергу, можуть викликати гормональні порушення, які негативно впливають на зародок плаценти, ембріона і плода.

До біологічних тератогенів відносяться збудники інфекційних та інвазійних захворювань (*TORCH-інфекція*): вірус краснухи, грипу, кору, паротиту, цитомегаловірус, вірус простого герпесу, вірус вітряної віспи, токсоплазма, збудник сифілісу, туберкульозна бацила.

Хвороби, викликані такими збудниками, призводять до тяжких порушень нервової системи, які виявляються у вигляді мікроцефалії, гідроцефалії, спинномозкової і черепно-мозкової грижі різних розмірів і локалізації.

У 1941 році в Австрії виявили велику кількість новонароджених із катарактою. Було встановлено, що їх матері під час вагітності перенесли краснуху. Захворювання на кір або краснуху після 4-го місяця вагітності не виявляло токсичної дії на плід.

Спостереження за хворими на краснуху вагітними показали, що діти у них хворіли на катаракту, мали вади серця, глухоту, мікроцефалію, вади нирок, наднирників, кишечника, аномалії скелета.

За даними досліджень Dudgeon (1967), ризик виникнення природжених порушень розвитку у нащадків при краснусі досягало 50 %, якщо мати хворіла в перший місяць вагітності; 20 % — якщо захворювання починалося на 8–12 тижнях вагітності; 7 % — на 13–14 тижнях і 8 % на 16–17. Народження мертвих дітей і самовикидні спостерігались у 15 % матерів, які хворіли на краснуху в перші тижні вагітності.

Цитомегаловірус викликає мікроцефалію, сліпоту, розумову відсталість, смерть плода.

Токсоплазма викликає гідроцефалію, мозкові кальцифікати, *мікрофтальм* (малий розмір очного яблука), атрофію зорового нерва, катаракту, запалення судинної оболонки ока, порушення процесів окостеніння, ендокринні розлади.

Захворювання на різних етапах вагітності токсоплазмозом і лістеріозом призводять до виникнення тяжких порушень: ураження центральної нервової системи, очей, скелета, внутрішніх органів, вух, розщеплення м'якого і твердого піднебіння, «заячої губи», клишоногості та інших вад кінцівок.

Подібні порушення можуть виникати від лістеріоза, якщо жінки хворі в перший період вагітності. М.А. Федотова (1967) виявила, що у 6 із 109 вагітних, хворих на лістеріоз, діти були з порушеннями розвитку (природжений вивих стегна, кривошия тощо), у одного, який народився мертвим, було багато вад скелета та внутрішніх органів.

Збудник сифілісу на ранніх етапах внутрішньоутробного розвитку в подальшому викликає розумову відсталість, глухоту, різноманітні висипи на шкірі та слизових оболонках, збільшення печінки і селезінки, запалення судинної оболонки очей; на пізніх етапах — спостерігається деформація зубів, помутніння рогівки, глухота, деформація кісток, викривлення трубчастих кісток.

При інфекціях, які викликані вірусом герпесу, спостерігається ураження нервової системи, серцево-судинні порушення, висипи на шкірі, слизовій оболонці рота і рогівці очей.

Нестача в їжі вагітної фосфору, кальцію, магнію та інших мікроелементів може призвести до деформації скелета.

Великі дози амінокислот затримують розвиток ембріона, нестача у їжі вагітної білків порушує розвиток органів і тканин ембріона.

Авітаміноз вітаміну Д призводить до деформації кісток і рахітичних змін плода, нестача інших вітамінів (біотична) призводить до народження нащадків з явищами **хондродистрофії** (форма карликовості, при якій голова і тулуб досягають нормальних розмірів, а кінцівки сильно вкорочені), синдактилії (зрощення пальців) та інших порушень опорно-рухового апарату.

Гіпервітаміноз вітаміну А призводить до ураження головного мозку, мікрофтальму, **мікротії** (аномалія розвитку вуха), **атонії** (ослаблення м'язового тону). Нестача вітаміну А у вагітних самок кроля призвела до порушення розвитку ЦНС, гідроцефалії, «вовчої пащі», синдактилії. Нестача вітамінів А, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, Е та інших може призвести до порушення розвитку. Наприклад, при нестачі вітаміну Е у плаценті ссавців виникають крововиливи, порушується живлення ембріона.

Нестача йоду в організмі жінки у перші два місяці вагітності призводить до розвитку у дитини тяжкої розумової відсталості, глухонімоти, порушення мовлення та фізичного розвитку, а також може викликати у дитини захворювання щитоподібної залози.

Польський дослідник Старкевич під час Першої світової війни спостерігав анофтальмію (відсутність одного або обох очних яблук) і мікрофтальмію (малі розміри очного яблука) у дітей, матері яких страждали під час вагітності на авітаміноз. А нестача фолієвої кислоти призводила до гідроцефалії, вад очей, «заячої губи».

Тератогенний ефект дефіциту цинку пов'язують з гальмуванням активності цинк-залежних ферментів синтезу ДНК (ДНК-полімерази, тимідинкінази), у результаті чого порушується метаболізм нуклеїнових кислот. При низькому зниженні вмісту цинку в крові матері спостерігається цинкодефіцитна ембріопатія, прояв якої характеризується гідроцефалією, мікро- або анофтальмією, щілиною піднебіння, викривленням хребта, вадами серця, грижами різноманітної локалізації.

Нестача міді викликає розвиток хвороби Менкеса, яка характеризується судомами, м'язовою слабкістю.

Надлишок марганцю підвищує мутагенну дію малих доз радіації, що призводить до аномалій розвитку нервової системи.

Нестача магнію призводить до **аненцефалії** (повна або майже повна відсутність головного мозку).

Вік батьків також впливає на виникнення порушень розвитку, особливо вік матері. У жінок після 40 років вірогідність народження дітей з психофізичними порушеннями у 8 разів більша, ніж у жінок у віці 25–30 років.

### 2.3. Шкідливий вплив важких металів на організм дитини

При контакті майбутньої мами зі ртуттю у плода (60 % випадків) виявляють мікроцефалію, затримку психомоторного розвитку, сліпоту, глухоту, судоми, вади розвитку очей; при контакті зі свинцем — часто спостерігають мимовільні аборти і мертвонароджуваність, порушення розвитку центральної нервової системи.

Продукти неповного згорання нафти, свинець, кремній, сполуки хлору, пестициди, добрива й інші шкідливі речовини та їхні продукти накопичуються у плаценті, що призводить до порушення її бар'єрних та інших функцій, гіпоксії плода, трофічних розладів у плода, насамперед до порушення функціонального стану печінки і мозку.

Для жінок свинець являє небезпеку, тому що має здатність проникати через плаценту і накопичуватися в материнському молоці. У новонароджених дітей зміни психомоторних реакцій пов'язують із підвищенням потрапляння свинцю в організм при обсмоктуванні пальців рук та іграшок. Вплив свинцю проявляється у змінах рухової активності, координації рухів, слухового сприймання, пам'яті.

Забруднення навколишнього середовища свинцем впливає на стан здоров'я новонароджених, у жінок збільшується число випадків безпліддя, викиднів, токсикозів, мертвонароджуваності, народження дітей з порушеннями розвитку кістково-суглобної системи, вродженими вадами серця.

Наявність у крові незначної кількості свинцю призводить до зниження інтелектуального розвитку, розумової відсталості, зниження уваги і здатності концентруватися, агресивності, глухоти, затримки росту, порушень вестибулярного апарату.

Висока концентрація свинцю може призвести до: розвитку патології вагітності, недорозвиненості плода, передчасних пологів, недостатньої маси тіла немовляти. Свинець може спричинити анемію, артрит, порушення мозкової діяльності, підвищену збудливість, ослаблення імунітету, психічні захворювання, розвиток остеопорозу.

## 2.4. Шкідливий вплив куріння, лікарських препаратів, алкоголю, наркотиків на організм дитини

### *Шкідливий вплив куріння*

Під час куріння у вагітних знижується рівень *фолатів* (солей фолієвої кислоти) у плазмі крові й еритроцитах, навіть при достатньому споживанні фолієвої кислоти її кількість в організмі знижується, що становить небезпеку розвитку в новонародженого дефектів закриття нервової трубки. Ця патологія полягає в тому, що ектодерма, із якої формується шкіра, нігті, волосся, а також нервова система й органи чуттів, не стуляється цілком у тому місці, де повинен утворитися спинний мозок.

Вродженими дефектами, пов'язаними з курінням матері, можуть виявитися тріщини губ і кісткового піднебіння, деформація кінцівок, полікістоз нирок, дефекти міжшлуночкової перегородки, деформації черепа тощо.

Куріння створює збільшений ризик спонтанних абортів і призводить до різноманітних вроджених дефектів.

Постачання хімічних речовин від матері до плода через плаценту залежить від плацентарного транспорту і метаболізму. Токсичні речовини тютюнового диму впливають на здатність плаценти пропускати харчові речовини. Нікотин перешкоджає як вбиранню плацентою амінокислот, так і їхньому транспортуванню до плода. Це відбувається через вплив на плацентарну холінергічну систему. Частина такого впливу (10–16 %) є незворотною. Нікотин блокує холінергічні рецептори й унеможливорює вплив ацетилхоліну, який підсилює транспортування амінокислот через плаценту. Ацетилхолін розширює судини і підтримує плацентарний рух крові, впливаючи на мускарин-чутливі рецептори ендотелію судин. Втручаючись у процеси вивільнення ацетилхоліну і порушуючи плацентарний кровообіг, токсичні речовини ускладнюють дифузію амінокислот та інших поживних речовин із боку трофобласта, тобто материнських судин до плацентарних судин. Вважається, що за захоплення амінокислот плацентою відповідають три системи: плацентарний ацетилхолін, фосфоліпідна N-метилтрансфераза і гамаглутаміловий цикл. Ці системи працюють взаємоузгоджено і залежать від утворення в клітинах АТФ. Плацентарна гіпоксія, спричинена окисом вуглецю та іншими газами тютюнового диму, знижує енергозалежні процеси і утворення АТФ у клітинах плаценти. Таким чином, материн-

ське куріння і вплив навколишнього тютюнового диму викликають недостатність плаценти щодо транспортування амінокислот, і це частково пояснює затримку внутрішньоутробного розвитку дитини.

З курінням під час вагітності пов'язують і проблеми у навчанні та поведінці, і зміни, які стосуються функціонування слухової зони мозку. У немовляти вони проявляються у зниженій реакції на звуки і процесах звикання до звуків. У віці від 1 до 11 років діти відрізняються тим, як вони виконують завдання, пов'язані зі слухом, а саме: пам'ять на слова, аудіальна обробка. Із внутрішньоутробним впливом куріння також пов'язана зміна загального когнітивного функціонування і прояву імпульсивності.

Цілком доведеними наслідками материнського куріння під час вагітності є затримка росту плода і зниження інтелектуального потенціалу дитини після її народження.

У жінок, що курять, збільшена кількість спонтанних абортів і передчасних пологів, що пов'язано з порушенням продукції прогестерону й пролактину і розвитком гострих циркуляторних порушень у матці, плаценті, пуповині й у плода. Зниження маткового кровообігу спричинює гіпоксію плода і порушення його трофіки. Ці процеси посилюються присутністю в тютюновому димі чадного газу. Нікотин чинить ефект ретардації — зниження краніокаудального розміру плода, знижує процеси осифікації і відкладення кальцію в кістках.

Наслідком куріння є мимовільні аборти, передчасні пологи, різні порушення розвитку дітей, народження мертвих немовлят.

Діти курців мають змінену реактивність організму, слабку й нестійку нервову систему, схильність до раннього атеросклерозу.

Нікотин спричинює звуження кровоносних судин, що призводить до порушення нормального харчування плода. Уміст оксиду вуглецю порушує кисневий обмін та дихання поду. Крім того, куріння призводить до стискання гладеньких м'язів внутрішніх органів, у тому числі і матки, а це призводить до викиднів, кількість яких у два-три рази більша, ніж у тих, хто не курить.

Куріння матері призводить до вроджених вад серця дитини, будови ротової порожнини, аномалії нервової системи, деформації шлунка. У більш пізніх періодах розвитку плода — порушення ЦНС, розлад печінки, нирок. За статистикою, у кожної п'ятої мами, що курить, народжується мертва дитина. Вважається, що через п'ять хвилин після початку куріння матері, нікотин з'являється у крові плода, а частота серцебиття плода підвищується, причому стає ще вищою, ніж у матері,

та затримується на сім годин після початку куріння. У крові жінки, що курить, та у її плода накопичується свинець, який знижує вміст гемоглобіну, до того ж, при курінні у кров плода потрапляють канцерогени, в тому числі і радіоактивний ізотоп полонію 210.

Наслідком куріння вагітної жінки може стати діабет чи ожиріння її майбутньої дитини. Вплив тютюнового диму на дитину призводить до підвищення ймовірності спричинених димом кашлю і задишки, бронхітів, астми, пневмонії.

У матерів, що курять, у 2–3 рази частіше народжуються діти з вадами серця, мозку, з розщілинами твердого піднебіння і верхніх губ. Через внутрішньоутробну гіпоксію і гіповітамінози (дефіцит фолієвої кислоти), накопичення у крові карбоксигемоглобіну, нікотину, тиоціанату й інших речовин діти народжуються в асфіксії (25 %) з ознаками асиметричної затримки внутрішньоутробного розвитку. У цих дітей значно вища частота перинатальної захворюваності і смертності. У період адаптації до позаутробного життя спостерігають: поліцитемію, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, повільне відновлення маси тіла, тривалу транзиторну жовтяницю.

Наслідком антенатального впливу тютюну є зниження інтелектуальних здібностей дітей.

*Ускладнення вагітності при курінні:* вагінальні кровотечі, порушення кровообігу в зоні плаценти, сповільнене протікання пологів, спонтанні аборти, передчасні пологи — 14 % (недоношені діти) або відшарування плаценти (мертвонародження).

*Наслідки дії на плід:* уповільнення зростання плода (зменшена довжина і маса тіла при народженні). Підвищений ризик природжених порушень. У 2,5 разу збільшена можливість раптової смерті новонародженого. Можливі наслідки на подальший розвиток дитини: затримка розумового і фізичного розвитку дитини, відхилення в поведінці дитини, підвищена схильність до респіраторних захворювань.

Нікотин вільно проникає через плаценту, при високій його концентрації порушується проникність клітинних мембран. Виникає децидуальний некроз, зменшення кількості капілярів, порушення базальної пластини і збільшення вмісту колагену у стромі ворсин хоріона.

### ***Шкідливий вплив лікарських препаратів***

Шкідливий вплив лікарських препаратів на розвиток плода відомий давно. Ще у 1887 році П.К. Кубасов виявив шкідливу дію на формуван-

ня плода наркотичних речовин (хлороформу, хлоралгідрату, опію, морфіну, папаверину та ін.).

За даними міжнародних досліджень (1148 медичних закладів у 22 країнах світу), близько 85 % жінок протягом вагітності приймають у середньому близько 3-х лікарських засобів: антибактеріальні, протианемічні препарати та анальгетики. Певну небезпеку становить прийом цими жінками гормональних контрацептивів.

Усі лікарські препарати згідно з класифікацією Управління з контролю харчових продуктів і лікарських засобів США поділяють на:

- безпечні (застосовуються без обмежень);
- умовно безпечні (застосовуються з певними обмеженнями);
- потенційно небезпечні (обмежено застосовуються, якщо не можна знайти адекватну альтернативу);
- небезпечні (не застосовуються в першому триместрі вагітності);
- шкідливі (категорично протипоказані вагітним).

Високу тератогенну активність виявляють усі протипухлинні цитостатичні препарати, великі дози гормонів, гіпоглікемізуючі антидіабетичні сульфонаміди, ряд антикоагулянтів, наркотики, саліцилати, інсулін тощо.

В.І. Бодяжина зазначає, що під час тривалого застосування прогестерона, адренкортикотропного гормону, андрогенів та інших гормонів виникають порушення розвитку статевої системи, наднирників, щитоподібної залози та інших органів плода. Припускають, що лікарські препарати, маючи властивості антиметаболітів, порушують різні цикли біосинтезу структурних ферментативних білків ембріональних клітин.

Доведено, що один і той же препарат може викликати різні вади і різні лікарські препарати сприяють появі аналогічних природжених порушень розвитку.

Одним із прикладів ембріотоксичної і тератогенної дії лікарського препарату є застосування талідоміда як заспокійливого засобу, випущеного у 1959 році в м. Штольберг (ФРГ). Його вживання у перші 4 тижні вагітності призводить до виникнення вад у вигляді **фокомелії** (відсутність сегменту кінцівок).

Німецький дослідник, доктор Новак із Інституту генетики людини Гамбурзького університету, досліджував дію талідоміда на ембріон і зародок. Застосування талідоміда з 21-го дня вагітності викликало відсутність вух; на 23 день — агенезію великих пальців рук; на 24–26 день — амелію рук; на 27–29 день — дисплазію стегна (амелія ніг);



на 30–31 день — фокомелію рук і стоп; на 29–31 день — дефекти променя руки; на 30–33-й день — фокомелію ніг.

При проведенні медикаментозної терапії під час вагітності варто враховувати фізіологічну гіперплазію в материнському організмі. Тому концентрація лікарських засобів у крові вагітних нижча. При екстрагенітальних захворюваннях і ускладненнях вагітності змінюються функції печінки і нирок. Це призводить до порушення фізіологічних механізмів метаболізму лікарських засобів і їхньому уповільненому виведенню з організму вагітної. Лікарські засоби, проникаючи через плацентарний бар'єр, можуть накопичуватися у навколоплідних водах і впливати на плід.

Обмін речовин між матір'ю і плодом відбувається в міжворсинчастому просторі. Проникнення лікарських засобів відбувається шляхом дифузії, активного транспорту, піноцитозу і через пори мембран. Вода, електроліти, дихальні гази, велика частина лікарських засобів проникають через плаценту шляхом простої дифузії. Шляхом активного транспорту переносяться амінокислоти, водорозчинні вітаміни й імуноглобуліни. За допомогою піноцитозу транспортуються великі молекули — білки, віруси, антитіла.

Прожодження лікарських засобів через плацентарну мембрану і ступінь їхнього впливу на плід залежать від ряду факторів:

- здатності лікарських засобів розчинятися в жирах і рівня їхньої іонізації — жиророзчинні препарати легко дифундують через мембрану, а високоіонізовані речовини вільно проникають через плаценту;

- молекулярної маси препарату — через пори проникають речовини, молекулярна маса яких не перевищує 600 мг; при молекулярній масі від 600 до 1000 мг можливість переходу обмежена, а якщо вона більше 1000 мг, то він майже не відбувається (гепарин, інсулін);

- методу введення лікарського препарату — при внутрішньовенному — попадає в кровоток плода набагато швидше, ніж при внутрішньом'язовому чи прийомі усередину;

- плацентарного кровотоку — наприкінці вагітності при нормальному її плінні швидкість кровотоку в міжворсинчастому просторі складає 600 мл/хв, а при вагітності, ускладненій пізнім гестозом, — 400 мл/хв. Зміни в материнському і плодовому кровообігу можуть виникати при підвищенні тонуусу матки, зміні положення плода, анестезії, порушенні кровообігу в пуповині;

- стадії внутрішньоутробного розвитку плода — ембріотоксична і тератогенна дія частіше виявляється на ранніх стадіях розвитку

зародка (перші 5–8 тижнів вагітності). На більш пізніх стадіях деякі препарати можуть виявляти негативну дію на органи і системи плода у зв'язку з їх функціональною і морфологічною незрілістю. Зі збільшенням терміна вагітності проникність плацентарного бар'єра зростає і досягає максимуму до 32 тижнів, а потім вона трохи знижується.

### ***Шкідливий вплив алкоголю***

**Алкоголізм.** Алкогольна ембріофетопатія розвивається у 30–50 % дітей, що народилися від матерів, які страждають на хронічний алкоголізм. У період вагітності відбувається уповільнене виведення алкоголю з організму. Метаболізм етилового спирту відбувається в печінці. Цей процес забезпечується ферментом алкогольдегідрогеназою; спирт і його метаболіт, оцтовий альдегід, проникають через плаценту. У зародка в ранній період вагітності відсутня алкогольдегідрогеназа, різко знижена активність ацетальдегіддегідрогенази, тому гальмується синтез ДНК і білків (у тому числі ферментів), у першу чергу страждає головний мозок. Антенатальна дія етилового спирту зумовлює тяжкі структурно-функціональні розлади в клітинах печінки. Серед патогенетичних факторів шкідливої дії алкоголю на зародок виділяють також: дефіцит фолієвої кислоти, цинку, простагландину  $E_1$ , активацію вільнорадикального окиснення ліпідів, порушення плацентарного кровообігу і, як наслідок, гіпоксію плода.

У жінок, хворих на алкоголізм, завжди відзначають патологію вагітності і пологів. Дуже часто діти народжуються з асфіксією. З алкогольною ембріофетопатією частіше народжуються дівчатка; плід чоловічої статі, мабуть, гине внутрішньоутробно (алкогольний ембріолетальний ефект).

*Виділяють такі порушення розвитку під час вживання алкоголю:*

— у неонатальний період — порушення добового ритму, тремор кінцівок, утруднення ссання і ковтання, можливі судоми, гідроцефалія; надалі — зниження інтелекту, олігофренія, агресивність, розлади мовлення, неврози, епілепсія, енурез, порушення зору і слуху, гіпотонія; відставання в рості: на момент народження — ознаки затримки внутрішньоутробного розвитку за диспластичним типом (рідше — за асиметричним типом) у 95 %;

— черепно-лицевий диморфізм: у 80–90 % дітей спостерігають мікроцефалію, мікрофтальмію з укороченням довжини голосової щілини, плоский і широкий корінь гіпоплазованого носа, низьке чоло, високе піднебіння, сплюснення потилиці;

— рідше зустрічаються: епіконт, косоокість, блефарофімоз, прогнатизм, великий рот із тонкою верхньою губою і подовженим фільтром (жолобок на верхній губі) — «рот риби», скошеність верхнього завитка і низьке розташування вушних раковин, гіпоплазія середньої частини обличчя; лицева частина черепа недорозвинута, вуха неправильної форми, малі, низько розташовані, лоб низький, широко поставлені очі, ніс короткий, курносий, з утопленою основою, широкою пласкою переноскою;

— зміна будови кінцівок проявляється в неповному розгинанні в ліктьових суглобах, деформації або вкороченні кісток кінцівок; пальці нерідко однакової довжини, вони можуть зростатися по всій довжині або мають високу перетинку (жаб'яча лапа); аномалії розвитку кісткової тканини, які виражаються в зрощенні останнього шийного хребця з першим грудним, що призводить до обмеження руху голови (людина без шиї);

— інші природжені порушення (у 30–50 % дітей): дефекти перегородок серця (формування трьохкамерного (жаб'ячого) серця або різної міри незаростання міжшлункової перегородки, заростання вхідних та вихідних з серця крупних судин і незаростання ембріональної боталової протоки між легеневою артерією і аортою); гіпоспадія у хлопчиків, гіпоплазія соромних губ і подвоєння піхви у дівчаток, атрезія або зсув анусу, аномалії розташування пальців, гіпоплазія нігтів, синдактилія, клінодактилія, дисплазія стегнового суглоба, неповне розгинання в ліктьових суглобах, аномалії форми грудної клітки, надмірне оволошіння шкіри, зморшки, порушення дерматогліфіки; у мертвих дітей — вади ЦНС: недорозвинення кори великих півкуль мозку, судинних сплетень і мозочка, гліоз, атипове розташування клітинних прошарків.

*Алкогольний абстинентний синдром* проявляється в новонароджених підвищенням рухової активності, збудженням, тремором протягом 72 годин, можуть бути судоми; потім розвивається пригнічення, що продовжується біля 43 годин.

Сучасна наука розрізняє такі основні шляхи впливу алкоголізму чоловіків і жінок на їх нащадків:

— *Тератогенний*. Народження неповноцінної дитини внаслідок вживання жінкою в день зачаття або в перші тижні вагітності спиртних напоїв. Алкоголь, проникаючи через плаценту, може проявити пряму токсичну дію на клітини ембріону і плода, викликаючи різні порушення, що одержали назву алкогольний синдром або алкогольна ембріопатія.

— *Мутагенний*. Різні пошкодження хромосом, розтяжки і розриви, утворення кільцевих хромосом статевих клітин у результаті хронічного зловживання алкоголю батьками. У плода замість двох статевих хромосом утворюється три, що призводить до народження дитини з порушенням інтелектуального розвитку.

— *Соматогенний*. Пов'язаний з травмами і хронічними захворюваннями батьків-алкоголиків, що негативно відбивається на розвитку плода.

*Грудні діти хворіють алкоголізмом через кров і молоко матері.*

Основними клінічними проявами АСП (алкогольний синдром плода), на котрі одразу ж лікар звертає увагу, є внутрішньоутробна гіпотрофія (внутрішньоматкова дистрофія), яка характеризується відставанням у рості та масі тіла. Так, середня маса тіла доношеного новонародженого з цим синдромом менша 2 500 г і становить 2 179–2 400 г, тоді як середня маса тіла здорового новонародженого значно вища — більше 3 300 г. Відставання в рості дещо менше, хоча воно також досить помітне. Середній ріст дітей з АСП при народженні на 5–6 см менший, ніж у здорових, і звичайно не перевищує 44–46 см. Дефіцит маси тіла і росту новонароджених дітей при цій патології сам по собі нібито не веде до будь-якої загрози. Однак слід пам'ятати, що це не тільки дефіцит фізичних параметрів новонароджених, але і дефіцит у формуванні органів, тканин і систем. Особливо це помітно відображається на розвитку головного мозку, адаптаційно-присосованих і захисних механізмах (гормональній, ендокринній, ферментативній системах) організму, що розвивається. Іншими словами, дефіцит маси тіла і росту новонародженого — це затримка у психічному і розумовому розвитку дитини, висока захворюваність і смертність у самий відповідальний період життя.

Отже, головними клінічними ознаками АСП вважають невідповідність зросту та розвитку дітей до їх віку в поєднанні з черепно-мозковими вадами, дефектами кінцівок, серця й статевих органів. Існує чітка залежність між вагою тіла, довжиною тіла та окружністю голови дітей при народженні та впливом алкоголю в перші 2 місяці вагітності. При цьому пренатальна затримка більше стосується довжини тіла, ніж його маси. Середні показники маси та довжини тіла новонароджених з АСП складають 2 260 г та 45–46 см, що на 1 200 г та 5 см менше у порівнянні із здоровими дітьми. Затримка росту починається ще в період внутрішньоутробного життя і стає особливо помітною в перші місяці й роки після народження.

Цікавим є той факт, що клінічна симптоматика АСП з віком зменшується, у той час як розумові та психічні порушення, навпаки, прогресують. У важких випадках АСП можливий розвиток епілептичних станів, порушень зору, слуху та мовлення. Коефіцієнт інтелекту у даній категорії є зниженим на 35 % у порівнянні із здоровими дітьми. Крім тератогенного впливу, алкоголь має і фетотоксичний ефект, наслідком якого є відставання у розвитку плода й новонародженого, порушення процесів адаптації новонароджених у ранньому неонатальному періоді, високий ступінь їх захворюваності.

Уживання вагітними алкоголю призводить до того, що 1/3 дітей буде мати фетальний алкогольний синдром, 1/3 — деякі токсичні пренатальні ефекти й тільки 1/3 буде розвиватися нормально.

Фетальний алкогольний синдром (ФАС) характеризується тріадою: затримкою росту, розумовою відсталістю і специфічними рисами немовляти. Алкоголь — найбільш розповсюджена причина, що призводить до розумової відсталості. Наслідки алкогольного синдрому не зменшуються згодом, хоча специфічні прояви змінюються в міру дорослішання дитини. Порушення уваги, гіперактивність властиві 75 % пацієнтів з АС, що утруднює соціальну адаптацію дитини. Поводження дитини при токсичних ефектах характеризується агресивністю, упертістю, гіперактивністю та порушенням сну.

При грудному вигодовуванні алкоголь надходить прямо в молоко матері. Якщо мати випиває алкоголь, кількість якого співвідносна з одною або двома склянками пива, то дитина стає сонною і не може нормально ссати.

У 12 % дітей, які народжуються у матерів-алкоголічок, розмір голови значно менший від норми, що є ознакою розумової відсталості дитини. Такі порушення та затримку росту називають синдромом алкоголізації плода (АСП).

Соматичні каліцтва найчастіше проявляються вадами кінцівок: неповне розгинання в ліктьових суглобах, аномальне розміщення пальців кисті або стопи (клинодактилія або косе розміщення пальців), **брахідактилія** (укорочення пальців), **синдактилія** (згинальна контрактура V пальця китиці), недорозвиток кінцевих фаланг пальців рук, дисплазія кульшових суглобів, **фокомелія** (відсутність або значний недорозвиток проксимальних відділів кінцівок), зрідка **амелія** (відсутність кінцівок). Крім вказаних аномалій кісткової системи, зустрічаються при АСП лікоподібна грудна клітка, неправильний ріст зубів, зрощення останніх шийних хребців з першим грудним (викликає обмеження рухів голо-

ви), порушення розвитку куприка у вигляді хвостового рудименту, що виходить із куприкової кістки, й інколи настільки вираженого, що це призводить до певних незручностей і потребує хірургічної корекції. У багатьох хворих дітей відмічені зморшки, у декотрих — аномальні лінії на долонях. Є припущення, що етанол впливає на вміст ретиноєвої кислоти в ембріоні, що призводить до порушень розвитку ЦНС і кінцівок.

У кожного 2–3 хворого виявляються генітально-анальні порушення. Частіше їх знаходять у хлопчиків: гіпоспадія першого і другого ступеня, одnobічний або двобічний крипторхізм (затримка яєчка на його природному шляху спускання в калитку), аномалії крайньої плоті, псевдогермафродитизм. У дівчаток при цій патології має місце гормонально не зумовлена гіперплазія клітора, подвоєння вагіни, гіпоплазія великих і малих губ, може навіть бути відсутній клітор. Інколи є зрощення заднього проходу.

Відносно рідким проявом АСП є кавернозні ангиоми, грижі, дефекти діафрагми, пігментні плями, пілоростеноз, туговухість, гірсутизм у грудному віці, додаткові соски молочних залоз, спленомегалія тощо.

### ***Шкідливий вплив наркотиків***

У наркоманок і токсикоманок часто діагностують ускладнення вагітності: мимовільні аборти, передчасні пологи, мертвонародження, гестози, еклампсії, сідничне передлежання плода, передлежання й відшарування плаценти, плацентарну недостатність. Під час пологів у цієї групи жінок часто спостерігається передчасне відходження навколоплідних вод, слабкість пологової діяльності, хоріоамніоніт. Діти народжуються в асфіксії, характерна затримка внутрішньоутробного розвитку (можливі асиметричний, симетричний і диспластичний варіанти). У неонатальний період у дітей можуть бути внутрішньочерепні крововиливи, дихальні розлади, перинатальні інфекції. У великій кількості дітей, народжених від матерів, хворих на наркоманію і токсикоманію, виявляють природжені порушення розвитку (ЦНС, серця, сечової та статевої систем).

У таких дітей розвиваються енцефалопатії, і як наслідок — високий рівень захворюваності та смертності, а також діагностуються синдром раптової смерті та віл-інфекції.

**Абстинентний синдром** виявляють у 70 % новонароджених. Його прояв залежить від застосовуваної наркотичної речовини, дози, три-

валості наркоманії і часу останнього вживання наркотику. Наприклад, при вживанні героїну в дозі до 6 мг/добу симптоми абстиненції слабо виражені; якщо мати приймала героїн більше 1 року, абстиненція у новонародженого виникає більше, ніж у 70 % випадків; найвища ймовірність синдрому в разі приймання наркотику протягом останньої доби перед пологами. Клінічна картина абстинентного синдрому в новонароджених характеризується синдромом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості: рухова активність, пронизливий крик, порушення сну, тремор, гіперестезія, судоми, підвищення сухожилкових рефлексів. Відзначають розлади функціонування інших органів і систем: зригування, блювання, здуття живота, прискорена дефекація, тахікардія або брадикардія, чхання, закладення носа, можливі напади апное, термолабільність, мармуровість шкіри, виражена транзиторна жовтяниця.

Крім прямого впливу на організм майбутньої матері, вживання наркотиків впливає на результат вагітності, розвиток і ріст плода, стан немовляти в перші години і дні життя, а також на всі наступні етапи психічного й фізичного розвитку дитини.

Наслідки внутрішньоутробного впливу наркотичних речовин на плід залежать від декількох факторів: виду вживаного наркотику, способу його вживання (куріння, внутрішньовенні ін'єкції, інтраназальне введення тощо), форми його вживання (епізодичне, періодичне, постійне), дози наркотичної речовини, періоду вагітності, протягом якого мало місце вживання наркотиків.

### ***Вплив кокаїну***

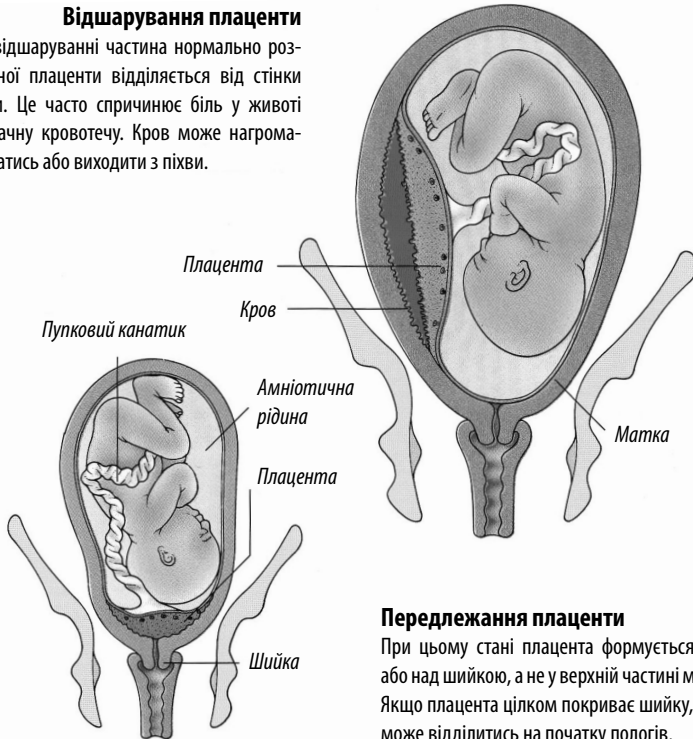
*Наслідки дії на плід:* тахікардія, уповільнення зростання плода, зменшення зростання головного мозку і тіла плода. Новонароджені страждають від інфаркту або порушень мозкового кровообігу внаслідок підвищеного кров'яного тиску і спазмів судин (особливо підвищується ризик, якщо вагітна вживає наркотик протягом 48–72 год до пологів).

Кокаїн впливає на нервові рецептори і викликає у дитини порушення поведінки, підвищену дратівливість, сповільнений розвиток мовлення і порушення розумових здібностей.

Наркотик може також спричинити відшарування плаценти від стінки матки ще до того, як почнуться пологи (рис. 2.9). Такий стан може призвести до сильної кровотечі і бути смертельним як для матері, так і для дитини.

### Відшарування плаценти

При відшаруванні частина нормально розміщеної плаценти відділяється від стінки матки. Це часто спричинює біль у животі та значну кровотечу. Кров може нагромаджуватись або виходити з піхви.



### Передлежання плаценти

При цьому стані плацента формується біля або над шийкою, а не у верхній частині матки. Якщо плацента цілком покриває шийку, вона може відділитись на початку пологів.

Рис. 2.9. Відшарування та передлежання плаценти

Діти, які були під впливом кокаїну до свого народження, починають життя із серйозними медичними проблемами. Більшість із них народжується дуже маленькими і занадто швидко. Вони часто мають низьку вагу при народженні (менше 2 500 г). Такі діти помирають протягом першого місяця життя в 40 разів частіше ніж діти, народжені з нормальною вагою.

Ускладнення вагітності: у 8 % матерів, що вживають кокаїн, вагітність закінчується мертвонародженням через відшарування плаценти. Спосіб життя зловживаючих кокаїном часто (у 25 %) призводить до передчасних пологів (недоношені діти) і уповільнення процесу пологів. Крім цього, вживання вагітною кокаїну може призвести до розвитку судом, аритмії, нападів та інших станів, під час яких імовірна травма або смерть плода. Для вагітних кокаїн найнебезпечніший наркотик,



особливо в чистому вигляді. Частіше, ніж при вживанні інших наркотиків, кокаїн викликає народження мертвої дитини.

**Вплив опіатів** (героїн, морфін, кодеїн, «білий китаєць», «макова соломка», «ханка», «марля»).

*Наслідки дії на плід:* порушення зростання плода, підвищена або знижена (залежить від дози) збудливість плода, підвищений ризик неправильного положення плода (тазове передлежання), мала маса тіла. Мікроцефалія. Підвищений ризик раптової смерті. Висока захворюваність і смертність (унаслідок пригноблення опіатами систем, що відповідають за опірність організму).

*Порушення, що виявляються в більш старшому віці:* сповільнений розумовий, руховий і мовленнєвий розвиток дитини до 18 міс. Дефіцит уваги і гіперактивність. Розлади сну. Порушення мовлення. Дотикове, зорове і слухове сприймання нижче за норму.

#### **Вплив стимуляторів**

*Наслідки дії на плід:* порушення дихання, синдром абстиненції у новонародженого: якщо мати вживала щодня, немовля може страждати від проблем абстиненції — збудження, проблеми зі сном і живленням, епілептичні напади.

#### **Вплив марихуани, гашишу**

*Наслідки дії на плід:* сповільнене зростання плода, порушення діяльності нервової системи і зору. У хлопчиків — знижується дітородна функція.

**Вплив галюциногенів** (гриби роду Psilocybe, LSD, PCP або фенциклідін, циклодол, димедрол, тарен).

*Наслідки дії на плід:* мікроцефалія, порушення уваги, раптові напади збудження, нестійкість настрою. Обмеження рухливості суглобів. Неврологічні порушення (ослабленні рефлексії).

#### **Вплив барбітуратів**

Особливо небезпечне застосування барбітуратів у першій триместр вагітності. У дитини можуть проявитися порушення розвитку плода.

Синдром абстиненції в немовляти: гіперактивність, гіпертонус, напади й слабе ссання.

#### **Наслідки перинатальної наркозалежності**

Порушення психічних функцій: тонкої моторики, координації рухів, загального м'язового тону, уваги, мовлення, емоційної врівноваженості та здатності контролювати свої афективні реакції, здатність до емпатії й чуйності.

В основному психічні порушення укладаються в клінічну картину синдрому дефіциту уваги (гіперкінетичного синдрому). Характерна нестійкість і відсутність активної уваги, неможливість тривалого й повноцінного зосередження.

**Промисловий синдром плода** пов'язаний з екологічними катастрофами, забрудненням повітря, питної води, накопиченням у продуктах пестицидів і нітратів.

Промисловий синдром плода часто спостерігається у жінок, які живуть в екологічно неблагополучних зонах, працюють на хімічних підприємствах, у сільському господарстві з отрутохімікатами, на металургійних підприємствах, виробництвах сірки та азоту. Кожна хімічна речовина має специфічний характер ураження. Наприклад, при контакті зі ртуттю у 60 % випадків у плода виявляють мікроцефалію, затримку психомоторного розвитку, сліпоту, глухоту, судоми, вади очей; при контакті зі свинцем — мимовільні аборти і мертвонародження, вади розвитку центральної нервової системи. Продукти неповного згорання нафти, свинець, кремній, сполуки хлору, пестициди, добрива та інші хімічні речовини накопичуються у плаценті, що призводить до порушення її бар'єрних функцій, гіпоксії плода, трофічних розладів у плода, а особливо до порушення функціонального стану печінки і мозку.

Промисловий синдром плода не має чітко окресленої клінічної картини, характеризується народженням недоношеної дитини, ускладненим перебігом адаптаційного періоду: вираженою транзиторною жовтяницею, схильністю дітей до інфекцій, втрати маси тіла, порушення діяльності центральної нервової системи.

## 2.5. Вплив віл-інфекції на організм дитини

За чверть століття епідемія ВІЛ/СНІДу охопила всі країни. В Україні зафіксовано один із найвищих у світі показників інфікованості вірусом імунодефіциту людини. Більшість віл-інфікованих — молоді люди віком 18–20 років. Вважають, що всі вони рано чи пізно захворіють на СНІД.

У 1985 р. встановлено шляхи передачі ВІЛ: через кров, сперму, секрет піхви, материнське молоко, але достатня для інфікування концентрація міститься у крові та спермі.

Фактори, що впливають на передачу ВІЛ від матері до дитини:

### *Материнські фактори*

— Ризик інфікування ВІЛ підвищується при вживанні алкоголю чи наркотиків, палінні, неповноцінному харчуванні матері.

— Ризик інфікування залежить від стадії віл-інфекції, стану імунітету і рівня вірусного навантаження. Ризик передачі ВІЛ збільшується у вагітних у гострій стадії захворювання і при прогресуванні віл-інфекції у стадію СНІДу.

— При наявності у вагітних гострих і хронічних захворювань, що передаються плоду внутрішньоутробно або під час пологів.

### *Вірусні фактори*

— Генотип вірусу може впливати на здатність до зараження внутрішньоутробно при проходженні дитини через пологові шляхи матері або через грудне молоко.

### *Плацентарні фактори*

— Порушення стану плаценти, її цілісності й чутливості її клітин до ВІЛ, наявність запалення плаценти і плодових оболонок збільшують ризик зараження плода.

— Паління і вживання наркотиків збільшують ризик передачі ВІЛ за рахунок порушень на рівні клітин плаценти.

— Ризик передачі ВІЛ збільшується при передчасному відшаруванні плаценти під час кровотеч.

### *Фактори плода та новонародженого*

— Недоношеність, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, асфіксія можуть бути як результатом внутрішньоутробного інфікування, так і підвищувати ризик інфікування.

— Порушення цілісності шкіри і слизових оболонок немовляти, захворювання травного тракту, незрілість його імунної системи збільшують ризик інфікування ВІЛ.

У віл-інфікованих жінок частіше народжуються діти недоношені або з недостатньою масою відносно терміну вагітності, з порушеннями адаптації у період народження, з іншими інфекційними захворюваннями, що можуть передаватися від матері до плода (сифіліс, гепатити В, С, герпес тощо).

Найчастіше зараження плода ВІЛ відбувається, коли під час вагітності або пологів жінка перебуває в періоді гострої віл-інфекції, або в її III-й чи IV-й клінічних стадіях.

Недоношені діти і діти з недостатньою масою тіла при народженні частіше виявляються інфікованими, ніж доношені діти або діти з нормальною масою тіла.

Бактеріальні інфекції, збільшення лімфатичних вузлів, особливо на потилиці, на передній і задній частинах шиї, у підщелепній ділянці, у пахових зонах часто спостерігаються у віл-інфікованих дітей у ранньому віці.

Найчастіше при віл-інфекції у дітей спостерігаються наступні бактеріальні інфекції:

- хронічний гнійний отит;
- запалення зовнішнього або середнього вуха;
- пневмонія — запалення легень;
- гастроентероколіти — інфекції травного тракту, що проявляються діареєю, блювотою;
- гнійні ураження шкіри, такі як дерматит або екзема;
- остеомієліт — бактеріальне ураження кісток і суглобів;
- менінгіт — запалення мозкових оболонок;
- бактеріальний сепсис — генералізоване ураження всього організму.

Бактеріальні інфекції у дітей можуть виявлятися: *гіпертермією* (підвищення температури тіла), задухою, кашлем, діареєю, нудотою та блювотою, почервонінням ділянок шкіри, гнійниками на шкірі, припухлістю суглобів, порушенням руху кінцівок, судомами, порушенням свідомості, болем, зниженням апетиту, відмовою від їжі, порушенням фізичного розвитку, підвищенням енергетичних витрат організму, порушенням всмоктування харчових речовин у кишечнику, психосоціальними проблемами.

**Пневмоцистна пневмонія** — найчастіше зустрічається у віл-інфікованих дітей першого року життя. Найчастіше хворіють діти 3–6 місяців. Це захворювання також часто спостерігається у дітей у стадії СНІДу при важкому порушенні імунітету.

**Порушення фізичного розвитку.** До зменшення маси тіла, порушення харчування, зменшення темпів росту віл-інфікованих дітей призводять: інфекційні захворювання, підвищені енергетичні витрати організму, порушення усмоктування харчових речовин у кишечнику (синдром порушеного кишкового всмоктування), психосоціальні проблеми в сім'ї (поганий догляд, низький матеріальний рівень тощо).

При інфекційних захворюваннях спостерігається біль:

- при отиті — у вухах;
- при кишкових інфекціях — у животі;
- при пневмонії (плевриті) — у грудній клітці;
- при менінгіті — головний біль;

- при остеомієліті — у кістках;
- при ураженні порожнини рота (стоматит, ангіна) і стравоходу (езофагіт) — при ковтанні;
- при дерматиті, екземі, гнійних ураженнях шкіри — сверблячка шкіри.

**Ураження органів і систем.** Ураження центральної нервової системи (ЦНС) спостерігається більш ніж у половини дітей з віл-інфекцією. Унаслідок безпосереднього впливу ВІЛ на клітини нервової системи дітей, що розвивається, при прогресуванні захворювання виникає **ВІЛ-енцефалопатія**. Цей стан характеризується затримкою росту і розвитку мозку, втратою навичок або уповільненням нервово-психічного розвитку дитини.

Ураження ЦНС може також спостерігатися при інфекціях, у тому числі **опортуністичних** (токсоплазмоз, герпес, цитомегалія, менінгіт та ін.), або в результаті змін, викликаних ними (парези, паралічі, гідроцефалія, судоми).

**Зміни на шкірі та слизових оболонках.** При віл-інфекції у дітей часто спостерігаються грибові, бактеріальні й вірусні ураження шкіри, дерматити, екземи, плямисто-папульозний висип на шкірі. Ураження слизових оболонок може бути викликано грибовою або герпетичною інфекцією, дуже часто спостерігається афтозний стоматит.

**Хронічний паротит** — припухлість слинних привушних залоз спостерігається у 20 % дітей.

Ураження серця при віл-інфекції у дітей може проявлятися аритмією, серцевою недостатністю, набряками, змінами в аналізі сечі, серцево-судинною й нирковою недостатністю, що розвивається на пізній стадії захворювання.

Ураження травного тракту й органів черевної порожнини при ВІЛ-інфекції у дітей зустрічається дуже часто. Зниження апетиту може бути пов'язане з прогресуванням віл-інфекції, опортуністичними інфекціями.

У дітей раннього віку зі швидким прогресуванням віл-інфекції часто відзначають збільшені розміри живота, обумовлені здуттям кишечнику й збільшенням розмірів печінки й селезінки. Збільшення розмірів печінки й селезінки — часті симптоми віл-інфекції вже на ранніх стадіях захворювання.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Охарактеризуйте критичні періоди розвитку дитини.
2. Назвіть причини народження дітей із вродженими порушеннями розвитку.
3. Охарактеризуйте гаметопатії, ембріопатії, фетопатії.
4. Що вивчає перинатологія?
5. На якій стадії спостерігається формування внутрішніх органів і систем зародка і плода?
6. Які фактори ризику спостерігаються протягом трьох триместрів вагітності?
7. Що таке ускладнений перебіг вагітності?
8. Охарактеризуйте групи тератогенів.
9. Як впливає іонізуюче опромінення на організм дитини?
10. Охарактеризуйте наслідки променевої хвороби.
11. До яких наслідків призводить кисневе голодування плода?
12. До яких порушень призводять TORCH-інфекції?
13. До яких порушень призводить нестача в їжі мікроелементів?
14. Як впливають важкі метали на плід?
15. Як впливає куріння вагітних на організм дитини?
16. Як впливають лікарські препарати на організм дитини?
17. Що таке алкогольна ембріофетопатія?
18. Які порушення розвитку спостерігаються у дитини під час вживання алкоголю матір'ю на різних етапах вагітності?
19. Охарактеризуйте алкогольний абстинентний синдром.
20. Як наркотики впливають на перебіг вагітності і на організм дитини?
21. Охарактеризуйте промисловий синдром плода.
22. Які існують фактори передачі вірусу ВІЛ від матері до дитини?

### **ДЖЕРЕЛА**

1. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. — СПб, 1996. — 240 с.
2. Айала Ф. Современная генетика : В 3 т. Т. 1. Пер. с англ. / Ф. Айала, Дж. Кайгер. — М. : Мир, 1987 — 295 с.
3. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета; под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. — Москва : Практика. — 1999. — 705 с.
4. Аряев М.Л. Неонатология: підручник / М.Л. Аряев. — К. : АДЕФ-Україна, 2003. — 756 с.

5. Біологія : підручник / А.О. Слюсарев, С.В. Жукова [Пер. з рос. В.О. Мотузного]. — К. : Вища школа, 1992. — 422 с.
6. Бачериков Н.Е. Влияние алкоголя на женский организм / Н.Е. Бачериков. — К. : Здоровье, 1988. — 56 с.
7. Бердишев Г.Д. Медична генетика: навч. посібник / Г.Д. Бердишев, І.Ф. Криворучко. — К. : Вища школа, 1993. — 143 с.
8. Бердышев Г.Д. Генетика человека с основами медицинской генетики : учеб. пособие для студентов биол. спец. вузов / Г.Д. Бердышев, И.Ф. Криворучко. — К. : Вища школа, 1979. — 448 с.
9. Березняков И.Г. Современные принципы разумного применения антибиотиков / И.Г. Березняков // Лікування та діагностика. — 2004. — № 1. — С. 11–22.
10. Бочков Н.П. Генетика человека / Н.П. Бочков. — М. : Медицина, 1979. — 382 с.
11. Бужієвська Т.І. Основи медичної генетики / Т.І. Бужієвська. — К. : Здоров'я, 2001. — 136 с.
12. Вікторов О.П. Фармакокінетика і фармакодинаміка ліків у системі «мати-плід» / О.П. Вікторов // Нова медицина. — 2002. — № 4. — С. 54–58.
13. Дроздов Э.С. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов / Э.С. Дроздов, Е.И. Зенченко. — 2-е изд., доп. — М. : Сов. Россия, 1988. — 160 с.
14. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста : учебник для вузов / Д.Н. Исаев. — 3-е изд. — СПб. : СпецЛит, 2007. — 463 с.
15. Катонина С.П. Адаптация, физиологические механизмы и факторы риска в перинатальной патологии / С.П. Катонина // Здоровье Украины. — 2000. — № 9. — С. 36–37.
16. Квашніна Л.В. Особливості кальцій-фосфорного обміну у здорових дітей в сучасних умовах та оптимізація методів профілактики його порушень / Л.В. Квашніна, Л.І. Апуховська, В.П. Родіонов // Перинатологія та педіатрія. — 2004. — № 1. — С. 29–32.
17. Кириченко І.В. В Україні молодіють алкоголіки, наркомани і курці // Шкільний світ. — 2004. — № 46. — 14 с.
18. Клінічна генетика: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. III–IV рівнів акредитації / Т.В. Сорокман, В.П. Пішак, І.В. Ластівка, О.П. Волосовець, Р.Є. Булик. — Чернівці : [б. в.], 2006. — 449 с.
19. Кокун О.М. Передумови та негативні наслідки розповсюдження наркоманії / О.М. Кокун // Практична психологія та соціальна робота. — 2004. — № 10. — С. 10–11.
20. Кулаков В.И. Современные принципы антибактериальной терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 4. — С. 3–6.

21. Кулікова Н.А. Медична генетика: підручник / Н.А. Кулікова, Л.Є.Ковальчук. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2004. — 188 с.
22. Лук'янова О.М. Динаміка показників здоров'я з позиції впливу Чорнобильської аварії на систему «вагітна-плід-дитина» / О.М. Лук'янова та ін. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. — 2000. — № 1. — С. 3–8.
23. Максименко С.Д. Наркоманія: підходи до профілактики та подолання / С.Д. Максименко // Практична психологія та соціальна робота. — 2005. — № 10. — С. 1–3.
24. Медведь В.І. Теорія і практика застосування ліків під час вагітності: тривожна дисгармонія / В.І. Медведь // Вісник фармакол. та фармації. — 2001. — № 7–8. — С. 27–31.
25. Медведь В.И. Терапевтическое действие лекарств / В.И. Медведь, А.П. Викторов, Е.Л. Левицкий // Фармакологічний вісник. — 2000. — № 4. — С. 23–34.
26. Медико-біологічні основи валеології : навчальний посібник / за ред. П.Д. Плахтія. — Кам'янець-Подільський, 2000. — 408 с.
27. Меженина Е.П. Врожденные уродства / Е.П. Меженина. — К. : Здоровье, 1974. — 143 с.
28. Мислицький В.Ф. Спадкові синдроми / В.Ф. Мислицький, В.П. Пішак, В.І. Проняєв. — Чернівці : Прут, 1998. — 312 с.
29. Навчальний атлас з анатомії та фізіології / за ред. Єрвіни Главацької. — Львів : вид-во: «Дорлінг кіндерслі», 2000. — 240 с.
30. Невропатология : учебник для студ. дефектол. фак-тов пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — Москва : Просвещение, 1982. — 350 с.
31. Нетяженко В.З. Особливості застосування антибіотиків у сучасних умовах та засади раціональної антибіотикотерапії / В.З. Нетяженко, О.М. Пленова, Т.Й. Мальчевська // Мистецтво лікування. — 2003. — № 5. — С. 38–45.
32. Никитин Д.П. Окружающая среда и человек : учеб. пособие для студентов вузов / Д.П. Никитин, Ю.В. Новиков. — 2-е изд., перераб. и доп. — Высшая школа, 1986. — 415 с.
33. Никитин Ю.И. Нервно-психические заболевания при алкоголизме / Ю.И. Никитин. — 2-е изд., перераб. и доп. — К. : Здоровье, 1988. — 56 с.
34. Родименко І. Принципи психолого-медико-педагогічного обстеження дітей / І. Родименко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 1(73). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 72–78.
35. Організація генетичного моніторингу: методичні рекомендації / О.І. Тимченко, Н.Г. Гойда, О.І. Турос, Е.М. Омельченко, Г.Р. Акоюян, В.О. Галаган, В.В. Єлагін. — Київ, 2001. — 35 с.



36. Оржеховська В.М. Збереження репродуктивного здоров'я : навч.-метод. посібник / В.М. Оржеховська, Л.І. Габора. — К. : ТОВ «ХІК», 2004. — 124 с.
37. Основи генетики людини : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. пед. навч. закладів / І.М. Маруненко, Є.О. Неведомська та ін. — К. : КМПУ імені Б.Д. Грінченка, 2006. — 136 с.
38. Рязанцев В.А. Как предупредить алкоголизм / В.А. Рязанцев. — К. : Здоровье, 1981. — 72 с.
39. Сміян С.І. Медична генетика дитячого віку / С.І. Сміян та ін. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. — 188 с.
40. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я населення : підручник / за ред. Ю.В. Вороніна. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. — 332 с.
41. Суліма О.Г. Сучасні аспекти профілактики, діагностики, лікування гіпоксії плода і асфіксії новонародженого / О.Г. Суліма // Нова медицина. — 2002. — № 1. — С. 21–26.
42. Сучасні технології збереження і зміцнення здоров'я здорових : матеріали наук.-практ. конф., Київ, 27 жовтня 2005 р. — К. : ПП «ППНВ», 2005. — 154 с.
43. Таболин В.А. Алкоголь и потомство / В.А. Таболин, С.А. Жданов, И.Н. Птницкая, Г.А. Урывчиков. — М. : Высшая школа, 1988. — 110 с.
44. Тератология человека: руководство / под. ред. Г.И. Лазюка. — М. : Медицина, 1979. — 440 с.
45. Фисенко В.П. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых в перинатологии / В.П. Фисенко, О.Г. Аксенова // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 4. — С. 6–9.
46. Формування здорового способу життя : навч. посіб. для слухачів підвищення кваліфікації державних службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. — К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2000. — 232 с.
47. Цыпкун А. Оценка действия лекарств на репродуктивные функции человека / А. Цыпкун // ВісН. фармакол. та фармац. — 2004. — № 6. — С. 4–10.
48. Яременко О.О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика / О.О. Яременко, О.М. Балакірева, М.А. Рябова, О.О. Стойко. — К. : Державний ін-т проблем сім'ї та молоді ; Український ін-т соціальних досліджень. — 2004. — Кн. 7. — 132 с.

## РОЗДІЛ III

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ СЕНСОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Основні поняття:* аналізатор, сенсорна депривація, сліпі діти, слабозорі діти, гострота зору, вроджені та набуті порушення зору, амавроз, амбліопія, неврит зорового нерва, атрофія зорового нерва, короткозорість (міопія), далекозорість (гіперметропія), дальтонізм, бінокулярний зір, косоокість, астигматизм, катаракта, ністагм, прогресуючі та стаціонарні порушення зору, психофізичні особливості сліпих та слабозорих дітей, кондуктивна туговухість, сенсоневральна (нейросенсорна) туговухість, комбіновані порушення слуху, глухота, долінгвальна глухота, постлінгвальна глухота, туговухість, глуха дитина, пізньоогоглухла дитина, дитина зі зниженим слухом (слабочуюча дитина), інтелект, мовлення, сенсорні системи, моноуральне та бінауральне слухопротезування, білатеральна та бімодальна стимуляція, слуховий апарат, кохлеарний імплантат, слухове сприймання, зорове сприймання, тактильне сприймання, тактильно-вібраційне сприймання.

### 3.1. Загальна характеристика сенсорних систем

Інформацію про зовнішнє середовище (довкілля) і внутрішнє середовище організму людина отримує за допомогою сенсорних систем (аналізаторів). Термін «аналізатор» був введений у фізіологію І.П. Павловим у 1909 році. Аналізатори сприймають та передають інформацію в кору великих півкуль головного мозку.

Кожний аналізатор складається з периферичного, провідникового і центральних відділів. До периферичного відділу входить рецепторний апарат, до провідникового — аферентні нейрони і провідні шляхи, до центральних — підкіркові центри, ділянки кори великого мозку.

**Рецептори** сприймають інформацію (подразнення), трансформують енергію подразника в електричний імпульс і передають отриману інформацію до провідникових структур.

**Провідникові структури** сенсорних систем складаються із доцентрових (аферентних) нервових волокон у складі чутливих нервів та певних підкіркових утворень (у тому числі ядер гіпоталамуса, таламуса, ретикулярної формації). Нервовий сигнал (рецепторний потенціал) трансформується в імпульсну активність або потенціали дії нейронів (кодування). По провідних шляхах потенціали дії досягають сенсорних ядер, на клітинах яких здійснюється переключення нервових волокон і перетворення нервового сигналу (перекодування). На всіх рівнях сенсорної системи, одночасно з кодуванням і аналізом стимулів, здійснюється декодування сигналів, тобто зчитування сенсорного коду. Декодування здійснюється на основі зв'язків сенсорних ядер з руховими та асоціативними відділами мозку.

У **центральному відділі аналізатора** нервові імпульси набувають нових якостей та відображаються у свідомості у вигляді *відчуття*. На основі відчуття виникають складніші суб'єктивні образи: *сприймання* (психічний процес відображення дійсності, який формує суб'єктивний образ об'єктивного світу), *уявлення* (образ предмета або явища матеріального світу, відтворений у свідомості на основі минулих впливів на органи чуття), *мислення* (абстрактне, узагальнене пізнання явищ зовнішнього світу, їх сутності шляхом аналізу та синтезу, суджень та висновків).

У сенсорних системах, особливо в таких, як зір та слух, важлива функціональна роль належить так званому дорецепторному рівню. Це спеціально адаптована система анатомічних утворень або допоміжних структур для ефективної передачі зовнішнього стимулу до нервових структур. Наприклад, для зору — це оптична система ока, для слуху — зовнішнє та середнє вухо, для шкіри — капсули, що оточують нервові волокна. До функцій дорецепторного рівня відносять підсилення, фільтрацію, фокусування, збільшення спрямованості стимулу, тобто всі процеси, що забезпечують «доставку» адекватного подразника до рецептора.

На будь-який організм одночасно діє велика кількість подразнень навколишнього середовища. Проте реакція здорового організму завжди є координованою та доцільною, що переважно залежить від взаємодії аналізаторних систем.

Слід також зазначити, що блокування однієї із сенсорних систем впливає на функції інших і часто негативно позначається на їх діяльності. З іншого боку, потрібно мати на увазі те, що чутливість аналізаторних систем можна підвищити у процесі цілеспрямованого

тренування, розвитку їх функціональних можливостей, що важливо для спеціальної педагогіки, для розробки компенсаторно-корекційних технологій навчання і розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Кожній із аналізаторних систем притаманні свої специфічні методи та засоби стимулювання функціонального удосконалення. Наприклад, щодо дітей із порушеннями слуху використовують педагогічні методи та засоби розвитку слухового сприймання звуків навколишнього середовища, їх зв'язок із конкретними предметами, об'єктами, що породжують ці звуки. Успішність сприймання мовленнєвих звуків, розуміння змісту мовлення особами з порушеннями слуху обумовлені розвитком їхньої специфічної інтелектуальної діяльності, пов'язаної зі швидкістю сприймання, аналізу, опрацювання мовленнєвих сигналів, прогнозування змісту на основі мовленнєвого та ситуативного контексту. Покращання розуміння усного мовлення пов'язано з формуванням умінь та навичок зорового сприймання артикуляційних рухів співрозмовника (так званого «читання з губ» або «читання з обличчя»), тактильно-вібраційного сприймання складоритму слів, словосполучень, фраз, мовлення.

Для дітей із порушеннями зорової функції важливі розвиток зорового сприймання об'єктів, їх розпізнавання, можливість тактильного обстеження предметів, мікропростору, формування та розвиток просторових орієнтацій, спеціальна робота з розвитку сприймання усного мовлення на слух, оскільки зорове сприймання артикуляційних рухів, які доповнюють слухове сприймання, є ускладненим.

Сучасна спеціальна педагогіка орієнтована на пошук додаткових резервів особистісного розвитку дитини з будь-якими проблемами розвитку, які криються саме в ефективному використанні сенсорних систем, їх поєднаннях. Функціональні можливості сенсорних систем у корекційній педагогіці мають виходити за межі навчання дитини розрізняти колір, форму чи величину. Важливе використання слухового, зорового, тактильного, рухового аналізаторів у розвитку сприймання довкілля, предметів, логіки діяльності тощо, що активізують інтелектуальну діяльність дитини з особливими освітніми потребами. Запозичення із суміжних нозологій перевірених десятиліттями ефективних корекційних технологій може дати новий напрям розвитку сучасної спеціальної педагогіки. Наприклад, як показали наші дослідження, розвиток тактильного сприймання та обстеження предметів, довкілля, характерний для дітей з порушеннями зорової функції, дає позитивні результати при навчанні дітей з порушеннями слуху, проблемами мовленнєвого

розвитку, оскільки закладає підвалини становлення раннього аналітичного сприймання, розвитку пам'яті, мислення.

## 3.2. Діти з порушеннями зорової функції

### 3.2.1. Загальна характеристика порушень зору

Основну інформацію про навколишній світ (від 80 % до 90 %) дитина отримує через зір, що є провідним сенсорним каналом взаємодії з довкіллям.

Зорова сенсорна система має три частини:

- 1) **периферичну**, яка складається з власне рецепторного апарату (палички і колбочки сітківки ока);
- 2) **провідникову**, що складається з чутливого зорового нерва, зорового тракту, що міститься в таламусі головного мозку;
- 3) **центральну**, яка знаходиться у потиличних ділянках кори головного мозку.

Функцією зорового аналізатора є **зір** — здатність сприймати світло, колір, величину, взаємне розташування та відстань між предметами за допомогою ока — органа зору (рис. 3.1).

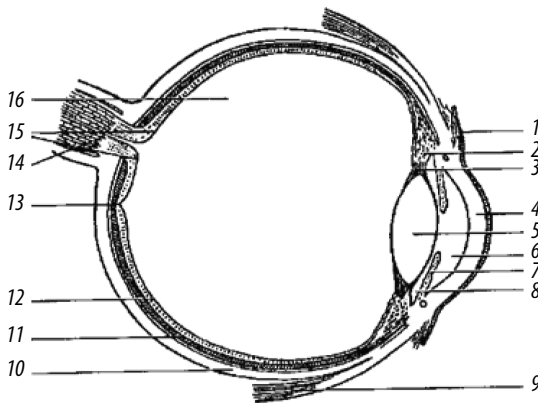


Рис. 3.1. Горизонтальний розріз очного яблука (за Л.І. Старушенком)

1. Кон'юнктива.
2. Війкове тіло.
3. Війковий поясок.
4. Рогівка.
5. Кришталик.
6. Передня камера очного яблука.
7. Радужка.
8. Задня камера очного яблука.
9. М'яз очного яблука.
10. Склера.
11. Власне судинна оболонка очного яблука.
12. Сітківка.
13. Жовта пляма.
14. Зоровий нерв.
15. Диск зорового нерва.
16. Склисте тіло.

Око є складним оптичним пристроєм, який дозволяє людині бачити навколишній світ. Очне яблуко людини складається із трьох оболонок.

Зовнішня (білкова) оболонка служить місцем прикріплення м'язів, що рухають очне яблуко, а передня частина цієї оболонки прозора й називається рогівкою.

Середня (судинна) оболонка містить кровоносні судини, що живлять сітківку; передній відділ цієї оболонки утворює радужку із зинцею в її центрі.

Внутрішня оболонка — сітківка — є сприймаючим апаратом ока. Ця оболонка складається із шару пігментних клітин, серед яких вирізняють світлочутливі клітини (палички) й клітини, чутливі до сприймання кольору (колбочки). Внутрішню частину очного яблука становить зоровий нерв, що проникає у порожнину черепа й після перехрестя із зоровим нервом іншого ока утворює зоровий шлях, який іде у потиличний відділ кори великих півкуль головного мозку.

Усередині очного яблука знаходяться склисте тіло, прозорий кришталік, що прилягає позаду до радужки, а між радужкою й рогівкою перебуває передня камера ока, що містить водянисту рідину. Рогівка, кришталік, склисте тіло й водяниста рідина становлять складну оптичну систему ока. При нормальному функціонуванні цієї системи відбувається правильна рефракція, тобто промені, що йдуть від предмета, заломлюються на сітківці, і тоді предмет сприймається чітко і ясно.

Ріст і розвиток ока у дитини в основному завершується до 2–3 років, а у наступні 15–20 років змін відбувається менше.

Основною умовою розвитку ока є світло. Головна функція ока — прийом і переробка світлової інформації. Основне завдання — передавати правильне зображення до зорового нерва.

Зір формується завдяки зоровим функціям. Зорові функції є мозковими функціями, які пов'язані з певними частинами ока (див. табл. 3.1).

Зорова поведінка дитини свідчить про її загальні зорові можливості та є результатом взаємодії кількох різних зорових функцій, зокрема таких: центральний зір, периферичний зір, кольоровий зір, сутінковий зір, бінокулярний зір.

*Центральний (або предметний зір)* — забезпечує чітке бачення предметів довкілля, їх розмірів та форм. Центральний зір вимірюється гостротою зору, яка залежить від мінімальної відстані між двома точками, які око здатне сприймати роздільно.

Таблиця 3.1

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗОРОВИХ ФУНКЦІЙ ІЗ ОЧНИМИ СТРУКТУРАМИ

Функція зору	Орган, який відповідає за функцію	Кінцевий результат
Гострота зору	Жовта пляма (макула), фовеа	Здатність бачити деталі, якісні можливості зору
Фіксація		Здатність дивитися постійно (безперервно) і прямо на об'єкт
Кольоровий зір	Фоторецептори — колбочки в сітківці	Здатність розрізняти різні кольори
Поле зору	Сітківка	Здатність сприймати об'єкти в середовищі, кількісні можливості зору
Акомодація	Війкове (ціліарне) тіло, кришталик	Адаптація ока дозволяє чітко бачити на різних відстанях
Рефракція	Кришталик, рогівка, сітківка	Здатність сприймати чіткий візуальний образ
Контрастна чутливість	Світлочутливі клітини — фоторецептори: колбочки і палички	Здатність розрізняти відтінки на різному фоні
Конвергенція	6 зовнішніх м'язів ока	Здатність ока рухатися в різних напрямках
Бінокулярний зір	Співвідношення обох проєкцій на сітківці, 6 зовнішніх м'язів ока	Здатність ока визначати віддалі, тривимірний зір
Реакція зіниці	Радужна оболонка, два очні м'язи: перший відповідає за скорочення (звужування) зіниці; другий відповідає за розширювання зіниці	Регуляція кількості світла, яке проникає в око
Адаптація до темноти	Сітківка, фоторецептори — палички	Здатність бачити у сутінках

*Периферійний зір* — це сприймання частини простору навколо фіксованої точки. Він дозволяє орієнтуватись у просторі. Простір, який сприймається одним оком, називається полем зору — це все поле, яке бачить око одночасно при нерухомому положенні голови й погляді.

*Кольоровий зір* дозволяє сприймати до 160 відтінків різних кольорів, завдяки чому дитина сприймає всю красу навколишнього світу. Око налаштоване на сприймання трьох основних кольорів спектра: червоного, зеленого й синього. При недостатньому сприйманні одного із трьох основних кольорів виникає аномалія кольору. А якщо око не сприймає усі три основні кольори, з'являється кольорова сліпота — ахроматичний зір.

*Світловідчуття (сутінковий зір)* — це здатність сприймати світло та пристосовуватися до сприйняття зорових образів при різних рівнях освітленості, зокрема в сутінках, коли ми нечітко розрізняємо кольори.

*Бінокулярний зір* — це бачення обома очима. Ця зорова функція забезпечує глибинне, рельєфне, просторове, стереоскопічне сприймання навколишнього світу.

Отже, порушення зору, за О.В. Парамей, виявляється у зниженні зорових функцій, а саме: центрального зору або гостроти зору; периферичного зору; кольоровідчуття; світлочутливості або темної адаптації; бінокулярного або стереоскопічного зору. Основним критерієм зорових порушень є саме *гострота зору*, оскільки вона відіграє важливу роль у життєдіяльності людини.

*Гострота зору* — здатність ока розрізнити дві точки, що світяться, як окремі при мінімальній відстані між ними. Гострота зору перевіряється за спеціальними таблицями, складеними з 10–12 рядків букв або спеціальних знаків (для дітей — предметів). Співвідношення знаків кожного наступного рядка, порівняно з попереднім, становить різницю гостроти зору 0,1. Величина знака кожного рядка відповідає відстані, з якої весь знак видно під кутом зору в  $5^\circ$ , а окремі його елементи (штрих або розрив) — в  $1^\circ$ . Гострота зору, яка зустрічається у більшості людей і характеризується здатністю бачити деталі предмета під кутом зору в  $1^\circ$ , розглядається як нормальна. Вона дорівнює одиниці (1,0), тобто досліджуваний визначає знаки десятого рядка таблиці на відстані 5 м. Якщо досліджуваний визначає на цій відстані знаки п'ятого рядка — гострота його зору дорівнює 0,5, а якщо лише першого рядка — 0,1.

Для перевірки гостроти зору нижче 0,1 користуються перерахунком пальців. Якщо досліджуваний може перерахувати розчепірені пальці на відстані 5 м, його гострота зору відповідає 0,09. Гострота зору, яка



дорівнює 0,04, приблизно відповідає рахунку пальців на відстані 2 м, гострота зору 0,01 — рахунку пальців па відстані 0,5 м, а гострота зору 0,005 — рахунку пальців на відстані 30 см. Якщо досліджуваний не розрізняє пальців, а визначає лише світло, його гострота зору характеризується як світловідчуття.

Гострота зору дорівнює нулю при відсутності диференціації світла від темряви. Ступінь зниження гостроти зору — одна з основних ознак, за якими діти направляються у школи для слабозорих та сліпих.

При зорових порушеннях гостроту зору поділяють на: *відносну* — це гострота зору без окулярів; *абсолютну* — гострота зору з оптимальною оптичною корекцією (використання окулярів, лінз).

### **Класифікація осіб з порушеннями зору**

*Сліпі (незрячі)* — особи з абсолютною гостротою зору на оці, що краще бачить з оптичною корекцією від 0 до 0,04, тобто, у них або зовсім відсутні зорові відчуття, через що обидва ока втрачають спроможність до відчуття світла та кольоророзрізнення, або зберігається світловідчуття чи незначний залишковий зір. Діти з такими порушеннями зору навчаються у спеціальних навчальних закладах для сліпих.

*Тотально сліпі* — особи, у яких гострота зору дорівнює 0 або залишається світловідчуття. До цієї категорії відносять також осіб із *різким звуженням поля зору* — до 10°.

*Частково (парціально) сліпі* — особи з абсолютною гостротою зору на оці, яке краще бачить, з оптичною корекцією від 0,01 до 0,04. Наявний залишковий збережений формений зір (здатність розрізняти форми, виділяти фігури предметів та яскраві кольори на загальному фоні, дає можливість орієнтуватися під час ходьби). Залишковий зір може мати різні характеристики залежно від клінічних форм очного захворювання та є глибоким порушенням системи зорового сприймання.

Суттєве значення для психічного розвитку дитини має час виникнення глибокого порушення зору.

*Сліпонароджені* — особи з уродженою тотальною сліпотою, які втратили зір до становлення мовлення, тобто приблизно до трьох років, і не мають зорових уявлень. Тобто весь процес психічного розвитку дитини здійснюється в умовах повного випадання зорової системи.

*Осліплі* — особи, які втратили зір у дошкільному віці та пізніше, тобто які мають зорові уявлення.

*Слабозорі* — особи з абсолютною гостротою зору на оці, що краще бачить з оптичною корекцією від 0,05 до 0,4 або зі звуженням поля зору до

20° від точки фіксації. Такі порушення зору в основному відбуваються за рахунок тяжких захворювань зорового аналізатора. Діти з таким станом зору мають труднощі у навчанні та у пізнанні навколишньої дійсності. Однак зір у них залишається провідним аналізатором сприймання предметів і явищ та може використовуватися як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності. Дітям цієї групи рекомендовано навчання у спеціальних та інклюзивних навчальних закладах.

*Особи зі зниженим зором* — особи з абсолютною гостротою зору від 0,5 до 0,9 на оці із використанням звичайних засобів корекції. Зниження зору відбувається за рахунок функціональних порушень зорового аналізатора. Своєчасна спеціальна цілеспрямована лікувально-профілактична робота та корекційно-розвивальна організація навчально-виховного процесу у спеціальному дошкільному навчальному закладі для дітей з порушеннями зору може сприяти нормалізації гостроти зору у дітей цієї групи, що дає їм можливість подальшого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах.

Порушення зору у дітей можуть бути виражені по-різному, залежно від сили хвороботворних впливів на різні відділи зорового аналізатора (око, зоровий нерв, зорові та підкіркові нервові утворення мозкової речовини у зорових зонах кори головного мозку).

Причини порушення зорової функції можуть бути вроджені і набуті. *Вроджені порушення зору* зумовлені генетичними спадковими факторами (вроджені форми катаракти, помутніння кришталика ока, атрофія зорового нерва, альбінізм, мікрофтальм); хворобливими впливами на організм у період ембріонального розвитку (перенесені матір'ю вірусні захворювання: токсоплазмоз, краснуха тощо; пологові травми, що провокують внутрішньочерепні та внутрішньоочні крововиливи, переломи та зміщення кісток черепа; гормональні порушення у матері і плоду; резус-несумісність крові матері і плоду).

*Набуті порушення зору* зумовлені зовнішніми та внутрішніми впливами у процесі життєдіяльності: механічними травмами ока, черепно-мозковими травмами, фізичними перевантаженнями, перенесеними хворобами (цукровий діабет, нейроінфекції), іонізуючим опроміненням, інтоксикаціями різного походження (алкоголь, хлороформ, протизаплідні засоби); деякими ліками: снодійними, протисудомними, хімічними, інсуліном.

**Амаврозом** називають втрату зору (від *грец.* *α* — заперечна частка, *μαστος* — темний), що виникає внаслідок ураження центрального відділу зорового аналізатора.

Зниження гостроти зору називають **амбліопією** (від грец. *amblyos* — тупий, *opsis* — зір), вона виникає через вроджену або ранню катаракту, вроджену аномалію рефракції, косоокість і розвивається внаслідок ранньої сенсорної депривації. Зниження гостроти зору може також спостерігатись при ураженні очного яблука, зорового нерва та інших відділів зорового аналізатора або після неврити зорового нерва.

**Неврит зорового нерва** може входити в симптомокомплекс різних захворювань (менінгіти, арахноїдити — запалення павутинної оболонки головного мозку; спадково-дегенеративні захворювання) і може бути самостійним захворюванням. Патологія зорового нерва в період народження дитини спостерігається внаслідок дії різних факторів як під час вагітності, так і під час пологів. Ця патологія може поєднуватись з аномаліями розвитку нервової системи та ока. Діти народжуються слабозорі або сліпі, у яких відсутній або послаблений захисний мигальний рефлекс на світло, відсутня фіксація зору на предметі.

**Атрофія зорового нерва** — супроводжується набряком, запаленням, стисканням, ушкодженням, диференціацією волокон зорового нерва або судин, які їх живлять. Найчастіше до атрофії зорового нерва призводять ураження ЦНС, травми черепа, пухлини, інтоксикації, алкогольні отруєння метиловим спиртом, сифіліс, тривале голодування, авітамінози, неврити, гіпертонічна хвороба й атеросклеротичні зміни судин. Атрофія зорового нерва трапляється за пігментної дистрофії сітківки, тромбозів центральної артерії сітківки й артерій, які живлять зоровий нерв. Проявляється атрофія зорового нерва у послабленні гостроти зору, змінах поля зору та сприйманні кольорів.

**Альбінізм** (від латин. *albus* — білий) — вроджений брак пігментації волосся, шкіри та райдужної оболонки очей. Виникає внаслідок генетично зумовленого порушення синтезу пігменту меланіну.

**Короткозорість (міопія)** — різновид аномалії рефракції, при якому паралельні промені, що надходять до ока від розташованих удаліні предметів, з'єднуються перед сітківкою у вигляді розсіяного пучка. Цим зумовлене послаблення гостроти зору вдалину.

**Далекозорість (гіперметропія)** — різновид аномалії рефракції, за якої паралельні промені, що надходять від розташованих далеко від ока предметів, з'єднуються у фокусі за сітківкою ока. Цим зумовлене послаблення гостроти зору зблизка.

Також зниження гостроти зору може викликати у 30 % слабозорих і у 80 % осіб із залишковим зором, як вторинне відхилення, **порушення кольоросприймання**. У нормі у людини трихроматичне сприймання

кольорів, що виникає із змішування трьох кольорів — червоного, зеленого та синього. Розлади кольорового відчуття характеризуються перекрученим сприйманням кольорів. Усі вроджені кольороаномалії мають загальну назву — **дальтонізм** (на честь англійського хіміка Дж. Дальтона, XIV ст.), а кожна конкретна — власну, зокрема сприймання навколишньої дійсності у чорно-білому відображенні (*монохромія*).

Цілковитий (справжній) **бінокулярний зір** — зір обома очима разом, завдяки двом двомірним зображенням створюється один тривимірний образ із глибиною, об'ємом, рельєфом, взаєморозташуванням і точною локалізацією предметів у просторі. **Косоокість** — одне з найбільш частих захворювань очей у дитячому віці. Це порушення **бінокулярного зору**, що зазвичай супроводжується відхиленням зорової лінії ока від спільної точки фіксації (може виникати вимушене положення голови, перехилення, для кращої фіксації на об'єкті споглядання). Косметичний дефект полягає у візуальній несиметричності розташування очей, непаралельності їх зорових ліній. Таке враження складається при оцінці розташування зіниць відносно суміжних анатомічних структур обличчя, форми й величини очної щілини, відстані між зіницями, розташуванням центрів рогівок тощо.

Розрізняють *прогресуючі* та *стаціонарні* порушення зорового аналізатора. При *прогресуючих* дефектах зору спостерігається поступове погіршення зорових функцій, що пов'язано з протіканням патологічного процесу. Це може бути зумовлене такими захворюваннями, як *глаукома*, при якій характерне підвищення внутрішньоочного тиску та зміни у тканинах ока, незакінчена атрофія зорового нерва, пігментна дистрофія сітківки, що є природженим захворюванням і може проявлятися в будь-якому віці. Прогресуючі зорові порушення можуть бути пов'язані з пухлинами головного мозку, утвореними в ділянці мозочка. При поганому освітленні або надмірному навантаженні на зір може прогресувати і зорова недостатність, пов'язана з аномаліями рефракції (заломлювальної функції ока) — **короткозорість** або **далекозорість**. При цьому дитина обов'язково повинна носити корегуючі окуляри.

До *стаціонарних* дефектів зорового аналізатора (подальшого зниження зору не відбувається) належать деякі вроджені його пороки: **мікрофтальм** (від *грец.* ophthalmos — око) — вроджена аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розмірів одного або двох очей; **колобоми** — дефекти тканини повік або оболонок очного яблука; **астигматизм** (від *грец.* a — заперечна частка, stigmus — точка,

astigmatismus — бракує фокусної точки) — одна з аномалій заломлюючої здатності ока, за якої в одному оці спостерігається сполучення різних видів рефракції або різних ступенів одного її виду, тобто, промені, що потрапляють в око від джерела світла, при астигматизмі по-різному заломлюються в різних меридіанах роговиці, через що на сітківці з'являється нечітке відображення, витягнуте в якому-небудь меридіані.

**Катаракта** (від *грец.* katarata — каламутити) — помутніння кришталіка ока або його капсули. Вроджені катаракти становлять близько 4–10 % від усіх. Більшість із них розвивається через пренатальні патології, зумовлені хворобами матері в період вагітності (грип, краснуха, токсоплазмоз), або передаються спадково. Вроджені катаракти не прогресують, але часто сполучаються з іншою патологією очей, яка значно послаблює зорові функції (мікрофтальм), — **ністагм** (від *грец.* nistagmos — кивання) — мимовільні нерізкі ритмічні рухи очей, найчастіше в горизонтальному напрямку (тремтіння); амбліопія.

### 3.2.2. Особливості розвитку дітей з порушеннями зору

Зорова повна або часткова **сенсорна депривація** (втрата, позбавлення, недостатність навантаження аналізаторів, що спостерігається в умовах ізоляції чи внаслідок порушення роботи органів чуття, зокрема зору) суттєво впливає на розвиток дитини та викликає вторинні відхилення у:

- фізичному розвитку: обмеження рухової активності дитини; порушення координації, витривалості, швидкості і ритму рухів;
- психічному розвитку, викликаючи кількісні та якісні особливості.

**Кількісні** особливості спостерігаються головним чином у сфері чуттєвого пізнання: у дитини порушуються зорові відчуття та сприймання, що впливає на формування кількості зорових уявлень, а це, у свою чергу, відбивається на формуванні образів уяви тощо.

**Якісні** особливості проявляються майже в усіх сферах психічної діяльності. Так, змінюється система взаємодії аналізаторів, виникають особливості у формуванні образів, уявлень, понять, мовлення; порушується співвідношення образного та понятійного в мисленнєвій діяльності; спостерігаються особливості емоційно-вольової регуляції; знижується пізнавальна активність та ослабляються пізнавальні процеси.

Також варто відмітити наступні особливості психічного розвитку сліпої або слабозорої дитини, які виділяє А.Г. Літвак:

— по-перше, ряд психічних процесів (відчуття, сприйняття) зумовлено глибиною дефекту, а деякі психічні функції (кольоровідчуття, швидкість сприйняття тощо) залежать також і від характеру патології;

— по-друге, є психічні процеси й стани, на які порушення зору робить опосередкований вплив (наприклад, мислення, розвиток якого до певного моменту залежить від порушень в області сприйняття та уявлення);

— по-третє, є такі структурні компоненти психіки, які є незалежними ні від глибини дефекту, ні від характеру патології зору (світогляд, переконання, темперамент, за винятком його зовнішніх проявів, моральні риси характеру тощо).

Глибокі порушення зору прямо або опосередковано викликають різні особливості у психічному розвитку дітей. Так, сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні та просторові ознаки об'єктів та явищ навколишньої дійсності, що негативно відбивається на формуванні їх моторно-рухової сфери, ускладнює орієнтування у просторі, збіднює чуттєвий досвід, перешкоджає розвитку образного мислення.

Процес формування рухів і сенсорного досвіду у таких дітей уповільнений, порушена орієнтація у просторі, різко звужується коло уявлень про навколишній світ. Сліпота впливає на розвиток вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення і мовлення, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги тощо).

Характерними **недоліками уявлень** є *фрагментарність* (в образі об'єкта часто невидимі істотні деталі, тому образ неповний, позбавлений цілісності, а іноді й неадекватний); *схематизм* (образ предмета формується у пам'яті сліпих дітей, як гола схема без деталей та їх особливостей); *вербалізм* (частково або й зовсім немає чуттєвих елементів у словесному описі об'єкта) тощо. **Збіднений чуттєвий досвід** негативно впливає на встановлення зв'язку між словом і образом предмета, утруднюється формування конкретного значення слів, які позначають малознайомі предмети, ознаки і дії. Спостерігається **дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій**. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань; спостерігається також певне відставання в розумінні слів із конкретним значенням.

На відміну від сліпонароджених, діти, що осліпли після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані

у них раніше. Такі сліди попередніх уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті й відіграють важливу роль у відновленні образів предметів і явищ при сприйманні їх словесних описів. Ступінь збереження зорових уявлень залежить від віку, в якому настала сліпота (відповідно, чим пізніше виник зоровий дефект, тим багатший запас попередніх образів дійсності у дитини), та від змісту й організації пізнавальної діяльності осліплених дітей. Збережені образні уявлення можуть зберігатись досить довго, не згасаючи навіть протягом усього життя.

Втрачена функція зорового аналізатора компенсується у сліпих дітей за рахунок активної діяльності збережених аналізаторів — слухового, рухового, тактильного тощо. Тривалий досвід сприймання навколишнього світу без використання зору, відбиваючись на морфологічній структурі окремих ділянок мозку, призводить до перебудови всієї системи отримання інформації через збережені аналізатори. Такі зміни виникають прижиттєво, тобто у процесі розвитку у сліпих утворюються нові способи сприймання та аналізу дійсності, орієнтування у просторі, що відіграє провідну роль у їх пізнавальній діяльності. Великого значення тут набувають спеціально організовані навчання та виховання сліпих дітей, що попереджує і коригує вторинні відхилення в їх розвитку, формує та стимулює компенсаторні процеси. Принципово важливим для забезпечення успішності компенсаторного розвитку сліпих є формування у них високих соціальних мотивів, забезпечення свідомості та активності в різних видах діяльності, виховання настирливості та самостійності, оптимізація процесу їх спілкування у колективі.

Сліпі від народження діти усвідомлюють свій дефект, невдачі в різних видах діяльності та у спілкуванні, зумовлені неможливістю на практиці користуватись зором, часто викликають у них тяжкі переживання. Своєрідність становища сліпої дитини серед інших дітей і дорослих поглиблюється помилками в її сімейному вихованні, що нерідко трапляються, у ставленні до неї з боку оточення (головним чином вони зводяться до надмірної опіки над дитиною, оберігання її від труднощів). Водночас є і протилежні випадки, коли оточення або не рахується з проблемами незрячого, або, навпаки, завищує вимоги до нього. Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини: низьку самостійність, негативізм, розбещеність або, навпаки, надмірну самовпевненість чи захисні психічні реакції.

Навіть найтяжчі зорові дефекти (включаючи вроджену тотальну сліпоту) не є перешкодою у досягненні високих результатів у розумовому розвитку й набутті людиною високоморальної суспільно цінної, активної життєвої позиції.

Трудова діяльність осіб з глибокими порушеннями зору не обмежується роботою на підприємствах товариства сліпих. Серед них чимало тих, хто займається інтелектуальною працею, — викладачів вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, учителів середніх шкіл, професійних учених, музикантів, письменників тощо. Згадаймо імена письменника Миколи Островського, поета Едуарда Асадова, поета й перекладача Володимира Забаштанського, який унаслідок нещасного випадку втратив зір, обидві руки і частково слух, піаніста Леоніда Зюзіна. Широко відомі наукові праці одного із провідних математиків Л.С. Понтрягіна, лауреата Державної премії, доктора фізико-математичних наук В.І. Зубова, доктора геолого-мінералогічних наук В.В. Тихомирова, доктора біологічних наук А.І. Лопиріна та ін. Великий внесок у розробку наукових проблем навчання й виховання сліпих дітей зробили незрячий професор Б.Г. Коваленко та О.М. Щербина, який втратив зір у три роки. Зокрема О.М. Щербина зазначав, що головним стимулом до виникнення компенсації сліпоти є прагнення звільнитися від обмежень, викликаних нею, прагнення самостійності в пізнавальній, трудовій і руховій діяльності.

Психофізіологічні особливості слабозорих дітей полягають у наявності в них порушеного функціонування зорового аналізатора за збережених інтелектуальних здібностей, що виявляється у зниженні гостроти зору, звуженні поля зору, порушенні очорухової функції, особливостях кольорового зору. Ці особливості призводять до ускладнення насамперед сприймання навколишнього світу. Неповноцінність зору утруднює сприймання предметів і зображень, що ускладнює оцінювання їх пропорцій, протяжності, відстані, руху, форми, розміру та диференціації кольору. Форми та ступені розладів зорового сприймання залежать від клінічних форм порушення зору, їх природи, локалізації та перебігу.

Наявність порушень зору негативно впливає на пізнавальний розвиток слабозорих дітей, тобто спричиняє:

— *особливості сприймання*, що виявляються у низькій здатності до спостереження, зниженні узагальнення до рівня фрагментарності, нечіткості зорових уявлень, що призводить до труднощів у формуванні цілісного образу. Крім того, слабозорим дітям важко сприймати пред-



мети на відстані й ті, що рухаються, а також великі та дрібні за розміром. Тому багато що у навколишній дійсності залишається поза увагою дітей та збіднює уявлення про навколишній світ;

— *особливості уваги*, що характеризується переважанням слухової над зоровою та труднощами формування довільної уваги;

— *особливості мислення*, а саме: труднощі встановлення змістовних зв'язків, складність аналізу, синтезу, узагальнення та класифікації предметів, що зумовлено недостатнім розвитком наочно-образного та наочно-дієвого рівня розумової діяльності та визначає своєрідність їх конкретно-понятійного мислення;

— *особливості чуттєвого досвіду*, а саме його збідненість, що зумовлено недостатньою диференційованістю образів пам'яті раніше сформованих у процесі сприймання;

— *особливості мовлення*, що виявляються у складності: установлення предметної співвіднесеності слова й образу, розуміння конкретного значення слів, використання понять у мовленні;

— *особливості уяви*, які виявляються в обмеженості можливості розвитку творчої уяви через недостатній чуттєвий досвід.

Варто зазначити, що уява як мотив діяльності відіграє провідну роль у процесах компенсації зору та становлення особистості. Отже, для різнобічного і гармонійного розвитку слабозорої дитини необхідна значна кількість різноманітних подразників, які впливають на всі органи чуття та створюють цілісний образ світу.

Слабозорим дітям також притаманні певні особливості особистості, а саме:

— *труднощі пізнання зовнішнього світу*, морально-психологічних рис людини та власної особистості;

— *складність адаптації до соціальних умов*, що виявляються у труднощах установлення взаємозв'язків з навколишнім світом через недостатню соціальну компетентність;

— *недостатня сформованість особистісних якостей* — обмеженість самостійності, невпевненість, почуття неповноцінності, залежність від думки іншого; пасивність у навчанні, низька самокритичність і здатність до самоконтролю;

— *ставлення до власного порушення зору*, що характеризується необхідністю отримання подвійного соціального підкріплення з боку інших людей у позитивній оцінці та підтвердженні «неважливості» своєї вади та може виявлятися у переоцінці та недооцінці власних можливостей.

За свідченням науковців (А.І. Зотов, Л.І. Солнцева, Є.М. Українська), порушення зору безпосередньо не впливають на формування особистості дитини. Формування особистості залежить більше від умов життя та виховання дитини, ніж від наявних порушень зору.

Чинниками формування дисгармонійної особистості слабозорих дітей є:

— *дисгармонійний підхід до виховання дитини в сім'ї*, що характеризується гіперопікою як провідним стилем виховання, який виявляється у занадто оберегальному вихованні, похвалі уявних успіхів дитини задля компенсації її інвалідності, що призводить до формування неадекватного рівня домагань: завищеного, коли дитина відчуває дискомфорт, стикаючись з об'єктивною реальністю, або заниженого, коли дитина не може реалізувати себе в соціумі відповідно до своїх можливостей;

— *неадекватне ставлення батьків до порушення зору дитини*, а саме: переоцінка батьками складнощів наявного в дитини порушення зору, яка призводить до зайвої турботи; створення умов штучної ізоляції дитини від суспільства сприяє розвитку егоцентричної особистості з переважанням пасивної споживацької орієнтації, що надалі ускладнює адаптацію до соціуму; недооцінювання батьками наявного в дитини порушення зору, що полягає в ігноруванні вади зору дитини, унаслідок чого така дитина намагається бути такою, як і зрячі однолітки. Це прагнення забирає багато душевних сил, не даючи бажаного результату, а в підлітковому та юнацькому віці це може призвести до глибоких психологічних травм через усвідомлення обмеженості своїх фізичних можливостей;

— *неадекватні соціальні установки зрячих людей стосовно людей з порушеннями зору*: ігнорування людей з вадами зору, уникання контактів з ними; псевдопозитивна соціальна установка — поблажливе ставлення до людей з вадами зору, зниження вимогливості до них, що змушує людей з вадами зору відчувати себе особливими, відмінними від зрячих, а відтак ускладнює їх психічний стан і процес їх соціальної компенсації й адаптації;

— *ізольованості системи спеціальної освіти*, що забезпечує вилучення слабозорої дитини з багатьох соціальних зв'язків та може призвести до формування в них егоцентризму, монологічності у спілкуванні, неадекватної самооцінки.

Варто підкреслити, що, незважаючи на окреслені психофізичні особливості слабозорих дітей, які необхідно враховувати під час ор-

ганізації навчально-виховного процесу у спеціальному дошкільному навчальному закладі, діти цієї категорії мають великі потенційні можливості. Так, наявність збережених аналізаторних систем (окрім зору), нормальний рівень інтелектуального розвитку, особлива пластичність нервової системи — це важливі передумови для розвитку повноцінної особистості, її соціалізації та подальшої інтеграції у суспільство.

Важливим і складним моментом у житті слабозорої дитини є перехід від дошкільної системи виховання до систематичного шкільного навчання, оскільки наявність вади зору та її усвідомлення може підсилювати відчуття тривожності, непевненості дитини у своїх силах і можливостях та зумовити стресовий стан, що ускладнює адаптацію та соціалізацію дитини у новому освітньому середовищі.

Т.П. Свиридюк вказує на низький рівень психологічної готовності до шкільного навчання у слабозорих дошкільників, особливі відставання відзначаються у формуванні довільності та розвитку загальних способів розумових дій, що зумовлюють труднощі оперування інформацією.

Отже, в загальному значенні **психологічна готовність до шкільного навчання** — це комплексна характеристика розвитку психологічних якостей дитини, що забезпечують здатність до ефективного навчання у школі, яка складається з: *інтелектуальної готовності* (пізнавальні процеси, сенсомоторні навички, здатність до научуваності), *особистісної готовності* (мотивація, воля, емоції, спрямованість особистості, самосвідомість) та *соціальної готовності* (комунікативна та соціальна компетентність).

**Критерії психологічної готовності** до шкільного навчання слабозорих дітей — це нормативні критерії, які через їх особливості психофізичного розвитку можуть мати труднощі у своєму формуванні. Ці критерії виділені на основі аналізу робіт Т.П. Свиридюк та Л.І. Солнцевої:

— *розвиток зорового сприймання*, який безпосередньо залежить від характеру вади, від клінічних форм порушення зору, їх природи, локалізації й перебігу та опосередковано від корекційної роботи, яку виконують медики та тифлопедагоги;

— *здатність сприймати навчальне завдання*, що потребує виконання, підпорядкувати свої дії щодо його розв'язання, засвоювати новий матеріал і застосовувати його у вирішенні поставленого навчального завдання;

— *сформованість організаційно-вольового аспекту навчальної діяльності*, що є найважливішим у компенсації зорової недостатності,

оскільки саме активність дитини з порушеннями зору в пізнанні, вміння досягти успіху, незважаючи на значні труднощі практичного виконання, забезпечують успішність навчання;

— *сформованість вольової готовності*, яка зазвичай переважно низька у дітей з порушеннями зору, що зумовлено швидкою стомлюваністю, соматичною ослабленістю, гіперопікою в сім'ї і дошкільному закладі;

— *сформованість навчальної мотивації*, оскільки у цієї категорії дітей її можна характеризувати нестійкістю, заміною в разі труднощів виконання завдання на іншу, ненавчальну, що може зумовлювати часткове виконання дитиною навчальних завдань за її впевненості в тому, що все виконано і поставлену ціль досягнуто;

— *базова особистісна зрілість*, яка характеризується: наявністю зацікавленості та позитивного ставлення до своєї зовнішності, умінням оцінювати зовнішність навколишніх; здатністю дитини до вербального опису батьків та добре знайомих людей; здатністю відчувати радість і гордість за умов успіху; наявністю уявлень, мрій про власне майбутнє;

— *здатність до соціальної взаємодії*, яка полягає у: наявності бажання спілкуватись з окремими дітьми та дорослими, створювати своє особисте середовище, особистий простір; наявності у дитини інтересу до людей, за межами родини; розумінні можливості попросити про допомогу саме тоді, коли вона необхідна та запропонувати власну допомогу іншим; розумінні правил спільної діяльності; наявності бажання здійснювати самоконтроль поведінки. Це все є досить важливим для слабозорих дошкільників, оскільки вони мають серйозні перешкоди для участі в колективному навчальному процесі через: невиконання багатьма з них загальних правил; непомірно високі вимоги цих дітей до інших; небажання поділитися чим-небудь, посунутися, відступитися; невміння спокійно домовитися про спільну діяльність, ввічливо попросити, поступитися; прагнення грати та користуватися іграшками поодиночці. Наведені характеристики свідчать про емоційну неготовність до шкільного життя.

У слабозорих дошкільників на момент закінчення дошкільного навчального закладу відповідно до віку повинні бути сформовані:

*Природничо-соціальна компетентність* — володіння досвідом про живу і неживу природу, предметний світ, людину і соціальні аспекти її буття, що формує цілісний образ світу та виявляється у знаннях,

уміннях, навичках через здатність до оперування інформацією на рівні понять, схем, процедурних дій та образів стосовно основних сфер життєдіяльності: «Природа», «Культура», «Люди», «Я сам».

*Гармонійна «Я-концепція»* — сукупність узгоджених знань дитини про себе, усвідомлення та прийняття дитиною власних переваг та вад, позитивне ставлення до себе, що сприяє саморозвитку та формуванню психологічно й соціально зрілої особистості, здатної до самореалізації в соціальному середовищі. Саме в «Я-концепції» дитини, яка має образно-понятійний зміст, забарвлений емоційно-оцінними ставленнями, що зумовлюють дії та поведінку дитини, представлена особистість дитини для себе та інших людей.

*Шкільна зрілість* — комплексна характеристика необхідного і достатнього фізичного, інтелектуального, особистісного та соціального розвитку дитини, що виявляється у здатності, готовності і бажанні вчитися та є найважливішою передумовою для гармонійного входження дитини у нове освітнє середовище.

### **3.2.3. Організація навчально-виховної та корекційно-компенсаторної роботи з дітьми з порушеннями зору**

*Вимоги до наочного матеріалу для роботи з дошкільниками зі зниженим зором:*

— тло, на якому показують об'єкти, має бути позбавлене зайвих елементів;

— об'єкти наочності повинні розташовуватись на контрастному тлі (зеленому, жовтому, брунатному, жовтогарячому та їхніх відтінках), при цьому темні об'єкти демонструють на світлому фоні, а світлі — на темному, універсальний фон, на якому демонструють об'єкти, — зелений;

— об'єкти мають бути хроматичними, насичені кольорами (жовтим, червоним, жовтогарячим, зеленим);

— контрастність показуваних об'єктів та зображень відносно фону має становити від 60 % до 100 %, варто використовувати негативний контраст (чорні об'єкти на білому тлі) та забезпечувати високу кольорову контрастність;

— заповнені силуетні зображення мають переважати над контурними;

— оптимальний розмір карток для індивідуальної роботи має становити: 10×10 см, 10×15 см, 20×30 см;

— відстань між об'єктами, які демонструються, — 3 см, одночасно можна демонструвати не більше 10 об'єктів висотою 10–15 см, або не більше 5 об'єктів висотою 20–25 см;

— величина об'єктів, що їх показують дітям віком від 5 до 10 років з гостротою зору до 0,3 діоптрій, має становити не менше 2 см і може бути різноманітної форми, а за гостроти зору від 0,4 діоптрій та вище можна пред'являти об'єкти різних кольорів і розмірів;

— у зображеннях треба дотримуватися пропорційності за величиною, кольором та формою (відповідно до реальних об'єктів);

— найкращою наочністю є натуральні предмети, муляжі, реалістичні зображення.

***Вимоги до організації навчально-пізнавальної роботи з дошкільниками зі зниженим зором:***

— наочний матеріал повинен бути індивідуальним, тобто розрахованим на кожну дитину;

— збільшення часу при потребі на виконання наочних завдань;

— чергування наочного та вербального способу подання матеріалу;

— дотримання точної словесної інструкції;

— тривалість зорової роботи повинна не перевищувати 15 хв;

— подання наочного стимульного матеріалу з відстані не більше ніж 30–35 см від ока дитини, під кутом від 5 до 45 градусів щодо лінії погляду.

***Умови ефективного формування природничо-соціальної компетентності слабозорих дошкільників:***

— розуміння та врахування педагогом психофізичних особливостей слабозорих дітей;

— задіяння у процесі навчання всіх сенсорних систем та активізація всіх психічних процесів для формування цілісного образу світу;

— розширення досвіду дитини за допомогою структурування інформації та надання різнопланової за змістом інформації;

— формування «Я-концепції» дитини, що реалізується у здатності усвідомлювати і адекватно оцінювати власні особливості та керувати своєю поведінкою.

***Навчально-розвивальний аспект забезпечення шкільної зрілості слабозорих дошкільників передбачає:***

— ознайомлення дітей зі зниженим зором з навколишнім наочним світом — формування узагальнених уявлень через: наочність, багатоплановість і системність демонстрації предметів навколишнього світу (активізування всіх аналізовувальних систем), обов'язкове змістове

опрацювання образів шляхом порівняння, класифікації, узагальнення. У процесі такої роботи образ, що сформувався, як би фіксується, закріплюється в пам'яті дитини, укладається в певну систему;

— формування понятійної сфери, розширення здатності дитини розуміння змісту слів, понять стосовно природничої та соціальної компетентності, оскільки накопичений у дошкільний період життя дітьми зі зниженим зором значний запас слів, за якими не стоять чіткі, конкретні образи та поняття, збіднення уявлень можуть спричинити труднощі розуміння нею літературних сюжетів, подій життя, себе як особистості;

— формування вольової готовності та процесуальної сторони розумової готовності за допомогою спеціально спрямованих педагогічних методів та прийомів навчання, що ґрунтуються на пізнавальній активності дітей (наприклад, система занять, що побудована на навчальному матеріалі програми і передбачає організацію самостійної пошукової діяльності дітей, яка викликає інтерес і позитивні емоції, створення навчально-пізнавальних ситуацій, що пов'язані зі шкільною тематикою і вимагають від дітей певних вольових зусиль).

### **3.3. Діти з порушеннями слуху**

#### **3.3.1. Загальна характеристика порушень слуху**

Слух (слуховий аналізатор) — один із наявних органів чуття, що дає можливість дитині чи дорослому сприймати немовленнєві і мовленнєві звуки, допомагає орієнтуватись у довкіллі, адаптуватись у соціальному середовищі, розвивати і задовольняти пізнавальні, музичні потреби і здібності, оволодівати мовленням.

При порушеннях слуху дорослі і діти зустрічаються з цілим рядом проблем, які негативно позначаються на якості їхнього життя. Порушення слуху у дітей (дорослих) впливають і на тих, хто їх оточує (рідних, близьких, співробітників та ін.). Тому важливо, щоб фахівці, які займаються проблемами порушення слуху, досконально володіли новими технологіями, знаннями, уміннями та навичками щодо нормалізації життя та діяльності відповідних категорій дітей і дорослих.

Слухову систему (або слуховий аналізатор) можна розділити на декілька частин у залежності від того, який підхід покладено в основу розподілу.

Зокрема, у слуховій системі виділяють:

- зовнішнє вухо з вушною раковиною і зовнішнім слуховим каналом;
- середнє вухо з барабанною перетинкою і слуховими кісточками;
- внутрішнє вухо з завиткою, заповненою рідиною навколо слухового нерва;
- слуховий нерв;
- мозок.

Слуховий аналізатор включає звукопровідний і звукосприймальний апарати.

До звукопровідного апарату належить зовнішнє, середнє вухо, перитандалімфатичний простір внутрішнього вуха, базиллярна пластинка і присінкова мембрана завитки.

Звукосприймальний апарат — це рецептор слухового аналізатора, представлений спіральним органом (кортієвим органом). Звукопровідний апарат служить для доставки звуку до рецептора, трансформує механічні коливання в нервовий імпульс.

Слухові рецептори (фонорецептори) містяться в завитці внутрішнього вуха, яка розташована в піраміді скроневої кістки. Звукові коливання, перш ніж дійти до слухових рецепторів, проходять через цілу систему звукопровідних та звукопідсилювальних частин (рис. 3.2).

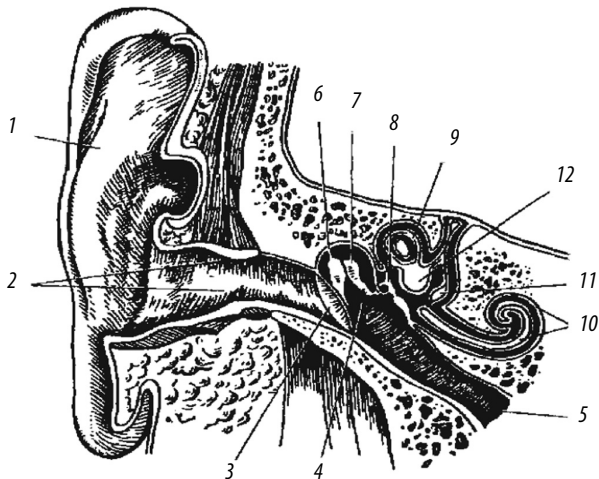


Рис. 3.2. Будова зовнішнього, середнього та внутрішнього вуха  
(за Л.І. Старишенком):

1. Вушна раковина. 2. Зовнішній слуховий хід. 3. Барабанна перетинка.
4. Порожнина середнього вуха. 5. Слухова труба. 6. Молоточок. 7. Коваделко.
8. Стремінце. 9. Півколовий канал. 10. Завитка. 11. Мішечок. 12. Маточка.



Для слухового аналізатора звук є адекватним подразником. Звук — коливальний рух пружного середовища, одним із видів якого є повітря. Звук розповсюджується у вигляді звукових хвиль — поздовжніх коливань середовища. Звук характеризується силою, висотою і тембром. Сила звуку залежить від розмаху (амплітуди) коливань повітряних частинок. Рівень звукового тиску виражається у децибелах (дБ). Наприклад, інтенсивність тихого шепоту на відстані 1,5 м дорівнює 10 дБ, голосна розмова — 60 дБ, максимальний рівень голосності, що викликає больові відчуття, — 140 дБ. За частотою коливань звукові хвилі класифікують так: інфразвук (0–16 Гц), чутний звук (16–20000 Гц), ультразвук (20000 Гц — 103 МГц), гіперзвук (понад 103 МГц). Одиницею частоти коливань є герц (Гц). 1 Гц — одне коливання (період) звукових хвиль за 1 с. Людське вухо сприймає звукові коливання у межах 16–20000 Гц.

У новонароджених спостерігається відносна глухота, яка пов'язана з особливостями будови їхнього вуха. Цілком виразним слух у дітей стає на кінець 2-го початок 3-го місяця. На другому місяці життя дитина якісно диференціює різні звуки, у 3–4 місяці розрізняє висоту звуку в межах від 1 до 4 октав, в 4–5 місяців звуки стають умовно-рефлекторними подразниками. У 2 роки діти диференціюють майже всі звуки. У дорослої людини поріг чутливості дорівнює 10–12 дБ, у дітей 6–9 років — 17–24 дБ, у 10–12 років — 14–19 дБ. Найбільша гострота слуху досягається з настанням середнього і старшого шкільного віку. Низькі тони діти сприймають краще, ніж високі. У дітей верхня межа слуху — 22000 коливань за 1 с. У людей похилого віку здатність сприймати звук не більш 15000–13000 коливань за 1 с.

Порушення слуху належать до сенсорних порушень. За даними ВООЗ, у світі нараховується приблизно 250 млн. людей з порушеннями слуху, що складає 4,2 % усього населення світу. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року передбачається збільшення осіб з порушеннями слуху більш ніж на 30 %.

Нормальна функція слухового аналізатора має особливе значення для загального розвитку дитини, оскільки зі слуховим сприйманням пов'язано знайомство дитини з довкіллям, впізнавання голосів близьких, їх емоційних станів, оволодіння мовленням, розвиток пізнавальної активності, безпека у соціальному середовищі тощо. Стан слуху має вирішальний вплив на мовленнєве і психічне становлення дитини.

Усі причини порушення слуху поділяються на три групи:

1) зниження слухової функції, пов'язане зі спадковими факторами;

2) вроджене порушення слуху, яке виникло внаслідок дії впливу негативних факторів (хімічних, фізичних) на плід під час вагітності матері;

3) набуте порушення слуху внаслідок перенесених захворювань, травматичних ушкоджень слухової системи, негативних психічних впливів у процесі життя дитини (людини).

При надходженні звуку виділяють таку послідовність його обробки:

1. Звукові хвилі попадають на вушну раковину, потім у зовнішній звуковий канал, де частково підсилюються та викликають вібрацію барабанної перетинки.

2. Вібрація барабанної перетинки, у свою чергу, викликає коливання слухових кісточок (молоточка, коваделка, стремінця) у середньому вусі.

*Основна функція зовнішнього і середнього вуха* — сприйняття і підсилення звукових коливань та передача їх у внутрішнє вухо.

3. Функції внутрішнього вуха: поступальні рухи пластинки стремінця упаяного в мембрану овального вікна завитки, викликають коливальні рухи рідини завитки. Це, у свою чергу, викликає рух (подразнення) дуже тонких і чутливих волосяних клітин. У результаті виникають електричні потенціали, що по слуховому нерву попадають у більш високі структури головного мозку. Тут відбувається трансформація механічних коливань рідини, викликаних рухами стремінця, в електричний нервовий імпульс.

*Слуховий нерв.* Електричні імпульси, утворені у внутрішньому вусі, передаються до мозку за допомогою слухового нерва. Слуховий нерв розташований у невеликому кістковому каналі — внутрішньому слуховому проході. Разом із ним у цьому каналі проходять також вестибулярний нерв і нерв, що призводить у рух м'язи обличчя (лицевий нерв).

*Мозок.* При входженні в мозок слуховий нерв утворює складні перехресні зв'язки і з'єднання.

*Основна функція центральної слухової системи* — це класифікація складних звуків, як немовленневих, так і мовленневих, розпізнавання сигналів і ухвалення рішення (розуміння).

Різні захворювання органа слуху викликають різні слухові порушення:

*Кондуктивна приглухуватість* — це порушення слуху, коли блокується проходження сигналу від джерела звуку до завитки, що є результатом ушкоджень частин зовнішнього і середнього вуха. Термін «приглухуватість» застосовують у медицині. У педагогіці дітей і дорослих з таким діагнозом називають «слабкочуючі».

*Сенсоневральна (нейросенсорна) приглухуватість* настає при ушкодженні структури завитки, слухового нерва, ураженні підкоркових і коркових центрів та нервових клітин слухової системи головного мозку. Сенсоневральна приглухуватість призводить до порушення обробки мозком немовленневих та мовленневих звуків, мовлення як процесу.

*Комбіновані порушення слуху* — це захворювання, локалізовані у структурах зовнішнього, середнього чи внутрішнього вуха, які охоплюють і структури головного мозку.

При оцінці втрат слуху у пацієнта спеціалісти обов'язково визначають пороги слуху, тобто показники, при яких він чує найтихіші звуки. Пороги слуху вимірюють у децибелах (дБ) для звуків різної висоти (частоти, яка вимірюється в герцах (Гц)). Графік залежності порогів слуху від частоти називається *аудіограмою пацієнта*. Найчастіше при перевірці стану слухової функції застосовують тональну і мовленнєву аудіограми. Проте такі дослідження слуху у маленьких дітей дуже ускладнені, оскільки вони зазвичай не розуміють роз'яснень щодо способів реагування на звукові сигнали і, крім того, у них відсутні навички прислуховування до звуків. У зв'язку з цим при дослідженні слуху у дітей часто застосовують методи так званої об'єктивної, або рефлекторної, аудіометрії, в основі яких лежать безумовно-рефлекторні реакції дитини.

Діагностика стану слуху повинна виконуватися лікарем-фахівцем отоларингологом-аудіологом, оскільки від діагнозу і правильної оцінки стану слухової функції залежить успіх усіх наступних заходів щодо розвитку слухового сприймання дитини, становлення особистості, а потім і успішного процесу навчання.

В. Федорук зазначає, що всі методики раннього дослідження слуху у дітей можна умовно поділити на групи:

- методики, які базуються на реєстрації різноманітних проявів безумовного орієнтовного рефлексу на звук;
- умовно-рефлекторні методики;
- методики, які базуються на реєстрації електричних сигналів, які виникають як відгук на певне подразнення у різних відділах слухової системи;
- реєстрація отоакустичної емісії.

Основна мета дослідження слуху — це встановлення мінімальної інтенсивності звуку, яка сприймається дитиною. Тому для проведення досліджень потрібно застосовувати найбільш чутливі методики.

*Методики безумовного орієнтовного рефлексу на звук* є малочутливими. Для того, щоб одержати виразну відповідь дитини, потрібна інтенсивність звуку, яка на 60–70 дБ перевищує пороги слуху в нормі. Але, незважаючи на низьку чутливість методики, вона може застосовуватись у випадках, коли необхідно дізнатися тільки: «Чує – не чує».

*Умовно-рефлекторні методики* є більш чутливими. Можна зареєструвати відхилення порогів сприймання звуку від норми в середньому всього на 20–30 дБ. Тому ці методики дають більш достовірну інформацію про стан слуху дитини.

*Методики реєстрації електричних імпульсів*, що виникають у слуховій системі при дослідженні слуху, дають можливість зареєструвати відповідь при інтенсивності сигналу, що наближується до порогової. Тому великою перевагою цієї методики є можливість застосування її для дослідження слуху у дітей будь-якого віку.

Надзвичайно важливим об'єктивним методом є *метод реєстрації отоакустичної емісії*. Цей метод базується на тому, що волоскові клітини внутрішнього вуха генерують звук у відповідь на звукове подразнення. За допомогою спеціальної комп'ютеризованої апаратури цей сигнал-відповідь реєструється і відповідним чином обробляється. Цей метод дуже чутливий, а його проведення займає приблизно 3–5 хвилин, тому він може застосовуватись для скринінгових досліджень слуху.

Дослідження слуху необхідно виконувати декілька разів. При порівнянні аудіограм однієї дитини, зроблених декілька разів, виявляється, що слухові пороги при повторних дослідженнях були меншими, ніж при першому обстеженні. Це пояснюється тим, що виникає «установча реакція прислуховування», яка забезпечує більш чутливе слухове сприйняття. Тому для точного визначення порогів слуху необхідно вчити дитину прислуховуватись до звуків довкілля, мовлення.

До *категорії дітей з порушеннями слуху* належать діти, які мають стійке (тобто слух відновити не можна), двостороннє (на обидва вуха) порушення слухової функції, при якому звичайне мовленнєве спілкування з оточуючими утруднене (приглухуватість) або неможливе (глухота).

**Глухота** — стійка втрата слуху, при якій розбірливе сприймання мовлення неможливе. До цієї категорії належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для сприймання і розвитку мовлення. При аудіометрії спостерігається втрата слуху в межах понад 90 дБ. Діти з такою втратою слуху оволодівають

мовленням у процесі спеціального навчання звуковимови, зорового і слухо-зорового сприймання словесного усного мовлення (читання з губ співрозмовника, використання звукопідсилювальної апаратури).

**Приглухуватість** — стійке ураження слуху, яке викликає труднощі у сприйманні мовлення. Дітей з приглухуватістю називають слабкочуючими або зі зниженим слухом. До категорії слабкочуючих відносять дітей, у яких ушкоджена слухова функція, але слух збережений настільки, що вони можуть самостійно, хоча б мінімальною мірою, оволодіти словесним мовленням, і в яких середня втрата слуху менша 85 дБ. Часто слабкочуючі можуть самостійно сприймати на слух мовлення розмовної гучності у процесі природного спілкування з оточуючими.

Існують різні класифікації визначення ступеня втрати слуху. У сучасній міжнародній класифікації здебільшого ступінь втрати слуху оцінюють в децибелах (дБ) в основному звуковому діапазоні 500–2000 Гц. У більшості випадків визначають середні пороги слуху в дБ для частот 500, 1000, 2000 Гц (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

### ПОКАЗНИКИ СЛУХОВОГО СПРИЙМАННЯ ПРИ РІЗНИХ СТУПЕНЯХ ВТРАТИ СЛУХУ

Ступінь втрати слуху: приглухуватість	Середні пороги слуху	Сприйняття голосного мовлення	Сприйняття шепітного мовлення
I	26–40 дБ	6–3 м	2 м — біля вуха
II	41–55 дБ	3 м — біля вуха	Немає — біля вуха
III	56–70 дБ	Голосне мовлення у вухо	Немає
IV	71–90 дБ	Крик у вухо	Немає
Глухота	>91 дБ	Немає	Немає

З даної таблиці видно, що залежно від середнього рівня зниження слуху виділяють I, II, III, IV ступені приглухуватості та глухоту.

У нормі динамічний діапазон слуху складає 100 дБ, а при сенсоневральній патології він іноді дорівнює 10–20 дБ. При цьому, як правило, звужується і частотний діапазон звуків, що сприймаються. Якщо в нор-

мі він складає 100–10000 Гц, то при сенсоневральній патології часто складає лише 100–1000 Гц.

Для визначення рівня сприймання розмовного і шепітного мовлення існує таблиця, побудована згідно перерахунку даних тональної аудіометрії. Так, М. Portmann і Cl. Portmann наводять наступні показники для перерахунку слуху в децибелах (дБ) на сприймання мовлення (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**ТАБЛИЦЯ ДАНИХ ДЛЯ ПЕРЕРАХУНКУ ВТРАТИ СЛУХУ В ДБ  
НА СПРИЙМАННЯ МОВЛЕННЯ**

Відстань, з якої сприймається мовлення (м)		Втрата слуху (дБ)
Розмовне	Шепітне	
60–70	6–7	Норма
4–5	0,5–0,8	35
2–4	0,25–0,5	35–45
1–2	0,25–0,5	45–50
0,25–1	Біля вушної раковини	50–60
Біля вушної раковини	Не чує	65

Показники даної таблиці дозволяють педагогам, психологам, батькам зорієнтуватись у вираженості порушення слухової функції, дібрати режим і характер мовлення (голосніше, повільніше, тихіше, в нормальному темпі), визначити відстань, на якій доцільно пропонувати дитині чи дорослому мовленнєвий матеріал, визначити розташування робочого місця тощо для ефективної організації навчально-виховного процесу.

Залежно від того, коли людина втратила слух, виділяють дві групи пацієнтів: з долінгвальним порушенням слуху (якщо слух був втрачений у ранньому дитинстві до початку оволодіння мовленням) і з постлінгвальним порушенням (коли втрата слуху виникла після оволодіння дитиною мовленням).

При втраті слуху після 5 років діти, як правило, зберігають словниковий запас, граматичні особливості мовлення, уміння висловлювати

свої бажання, думки, розуміти мовлення інших. Основними завданнями цього періоду є забезпечення дитини з постлінгвальним порушенням слуху можливостями слухо-зорового сприймання та розуміння зверненого мовлення, збереження фонетичної, лексичної, граматичної сторін власного мовлення, ефективного якісного спілкування та розвитку дитини.

Клінічно виділяють вроджену і набуту сенсоневральну приглухуватість (СНП) і глухоту. Набута СНП може бути раптовою, гострою і хронічною. Раптова СНП — це зниження слуху, що розвивається протягом доби. Гостра СНП — зниження слуху, що розвивається протягом 1–3 діб, а хронічна характеризується поступовістю і тривалістю в часі.

Вроджені порушення спостерігаються у 25–30 % хворих і можуть бути викликані: генетичними (спадковими) факторами, дією хвороботворних мікроорганізмів під час вагітності матері на плід, дією алкоголю, лікарських препаратів (стрептоміцин, канаміцин, мономіцин, хінін) під час вагітності, особливо в перші три місяці вагітності. У таких дітей іноді спостерігається заростання зовнішнього слухового проходу.

Клінічні спостереження свідчать, що на розвиток органа слуху плода впливають різні загальносоматичні захворювання матері (цукровий діабет, нефрит, авітаміноз, токсикоз тощо).

Однією з причин вроджених порушень слуху у дітей вважають недоношеність, оскільки у таких дітей спостерігається недорозвиненість багатьох органів і систем, зміни у судинах, центральній нервовій системі та подальші зміни в аналізаторах, у тому числі й слуховому.

Відомо декілька форм спадкового порушення слуху, яке поєднується з ураженням зору, шкіряної поверхні, нирок та інших органів (синдром Ушера, Альстрема, Альпорта, Пендредта та ін.).

Набуті порушення слуху можуть спостерігатися після гострих запалень середнього вуха, при ураженні внутрішнього вуха, слухового нерва, в деяких випадках при ураженні провідних шляхів слухового нерва в головному мозку, коркових слухових центрів (які спричиняють стійкі порушення слухової функції).

Причиною набутої глухоти може бути **отосклероз** (від *грец.* otos — вухо, scleros — твердий, жорсткий) — патологічний процес у кістковій капсулі вушного лабіринту, який найчастіше вражає кістку в межах овального вікна середнього вуха. При розташуванні осередків отосклерозу у внутрішньому слуховому проході та їх подальшому поширенні хвороба вражає кортіїв орган у завитці та слуховий нерв. Є підстави

розглядати отосклероз як наслідок порушення функцій залоз внутрішньої секреції, тривалого впливу шумів (ультразвуку).

Серед гострих інфекційних захворювань, які призводять до часткової або повної втрати слуху в дитячому віці особливо небезпечні менінгіт, кір, скарлатина, паротит, грип, запальні захворювання слухового проходу, барабанної порожнини слухової трубки (зовнішній отит, гострий середній отит, хронічний середній гнійний отит тощо); травми, здебільшого механічні, хоча трапляється й термічний вплив, а також негативна дія шуму; алергічні захворювання, які зумовлюють сенсоневральну приглухуватість; загальносоматичні захворювання, серед яких основна роль належить цукровому діабету, захворюванням нирок, крові тощо; вплив екзогенних токсичних речовин, у тому числі медикаментів (антибіотиків, стрептоміцину) тощо.

Причиною порушення слуху можуть бути запальні процеси слухового нерва — **неврит**. Неврит слухового нерва виникає як ускладнення різних інфекційних захворювань (тиф, грип, кір, скарлатина, цереброспінальний менінгіт, паротит, малярія тощо).

Набуті порушення слуху можуть бути викликані дією на слуховий аналізатор хімічних та лікарських речовин, які потрапляють в організм дитини, різними травмами голови. Негативно впливають на орган слуху дитини алкоголь, нікотин, хімічні препарати (стрептоміцин, неоміцин, мономіцин, канаміцин тощо).

Порушення слухової функції у дітей і дорослих мають свої особливості: якщо порушення слухової функції виникло у дорослому віці, то у людини зберігається усне мовлення (говоріння). Вона відчуває труднощі лише у сприйманні мовлення, які долаються за допомогою сурдопедагогів чи логопедів у процесі спеціальних занять, де активно використовуються залишки слуху та можливості слухопротезування. За змістом заняття спрямовані на розвиток слухового сприймання, ідентифікацію нових слухових образів із мовленням, яким володіє дорослий і в пам'яті якого залишились слухові образи фонем, морфем, словникового складу, словосполучень, фраз. Паралельно ведеться робота із формування умінь та навичок зорового сприймання рухів артикуляційного апарату (так званого «читання з губ» або «читання з обличчя»), які доповнюють і допомагають розпізнати мовленнєві сигнали, зрозуміти зміст мовлення.

У дорослої людини ураження слуху не вносить принципових змін у розвиток особистості. У дитячому віці порушення слухової функції впливає на весь хід психічного розвитку особистості. Неможливість



сприймання мовлення оточуючих зумовлює недорозвинення мовлення, що у свою чергу впливає на формування інших психічних процесів.

*У роботі з дитиною чи дорослим педагог враховує характер і глибину первинного порушення. У сурдопедагогіці під первинним порушенням розуміють патологічні процеси у слуховому аналізаторі, що призвели до глухоти чи приглухуватості. Першочергове завдання — це вчасна якісна медична і педагогічна допомога дитині чи дорослому, слухопротезування.*

Вторинні відхилення в розвитку дитини, дорослого, які зумовлені ураженням слухового аналізатора, корегуються у процесі навчання. Найхарактерніше вторинне відхилення у розвитку дитини з порушеннями слуху — відхилення у мовленнєвому розвитку. Проте у дітей з порушеннями слуху спостерігається різний рівень мовленнєвого розвитку. Це зумовлено ступенем ураження слуху, часом його виникнення, умовами, в яких перебуває дитина після втрати слуху, наявністю чи відсутністю педагогічної роботи з нею, а також індивідуальними особливостями дитини.

### **3.3.2. Засоби компенсації порушеного слуху**

Особи з порушенням слухової функції відчують труднощі при сприйманні мовлення, інших звуків. У більшості випадків дітям і дорослим допомагають слухові апарати, які регулюють частотний діапазон звуків, доступних слуховому сприйманню, здійснюють компресію звуків, підсилюють їх тощо.

На сьогодні широко застосовуються такі методи корекції порушень слуху:

- електроакустична корекція, що полягає у використанні цифрового слухового апарата, який дозволяє компенсувати втрату слуху, та слуховий апарат системи Baḥa на імплантованій основі;
- електрична корекція на основі технології кохлеарної імплантації.

Метод електроакустичної корекції широко використовується у традиційних слухових апаратах повітряного проведення, а також у слухових апаратах кісткового проведення, які передають звук безпосередньо в завитку. Одним із найефективніших слухових апаратів кісткового проведення є слуховий апарат Baḥa (CA Baḥa) на імплантованій основі. Його звуковий процесор розміщується на спеціальній опорі — титановому імплантаті. Апарат виробляється зокрема фірмою «Cochlear»

AG (Австралія) і успішно використовується особами з кондуктивною або змішаною формою приглухуватості, хронічним середнім отитом, вродженою атрезією слухового проходу, а також у ряді інших випадків, коли застосування звичайного слухового апарата повітряної провідності є менш ефективним або взагалі неможливим.

Електрична корекція використовується у разі двосторонньої приглухуватості IV ступеня і глухоті. При цьому, як правило, застосовують технологію кохлеарної імплантації (вживлення у внутрішнє вухо пацієнта унікального електронного пристрою — кохлеарного імплантату).

**Моноуральне і бінауральне слухопротезування.** Слуховий апарат може підбиратися для одного вуха (моноуральне слухопротезування) та для двох (бінауральне слухопротезування). На сьогодні у практиці бінаурального слухопротезування широко застосовують три види бінауральної стимуляції слухового аналізатора:

- 1) білатеральна стимуляція акустичними сигналами для кожного вуха від двох слухових апаратів;
- 2) білатеральна стимуляція електричними сигналами від двох кохлеарних імплантатів;
- 3) бімодальна стимуляція — це комбінація стимуляцій — односторонньою акустичною стимуляцією за допомогою слухового апарата (СА) на одному вусі і стимуляцією електричними сигналами за допомогою кохлеарного імплантата (КІ) на іншому вусі.

Білатеральна і бімодальна стимуляція забезпечує розвиток бінауральних слухових навичок, чого практично неможливо досягти за допомогою моноуральної стимуляції. Білатеральне і бімодальне стимулювання за допомогою слухових апаратів або кохлеарних імплантатів у даний час є стандартною практикою слухопротезування приглухуватості і глухоти в більшості провідних світових отоларингологічних клінік і слухопротезних установ, у тому числі і в Україні.

Чим коротший часовий інтервал між придбанням першого і другого слухового пристрою, тим швидше у користувача розвивається бінауральний слух і відповідні бінауральні навички. Чим швидше дитина (пацієнт) отримала другий слуховий пристрій (слуховий апарат або кохлеарний імплантат), тим менше їй потрібно часу для адаптації до бінаурального слухання.

Природа не випадково надала людині можливість чути двома вухами. Загальновідомо, що якщо надати пацієнтові можливість оцінити сприйняття звуків за допомогою одного або двох СА, то переважна більшість осіб з двосторонньою втратою слуху віддасть перевагу

двом слуховим апаратам. Користувачі двох СА зазвичай більш задоволені результатом слухопротезування, ніж ті, які користуються одним апаратом. Вони розуміють мовлення, а особливо діалог, значно краще, ніж ті, що користуються лише одним СА, спілкуються. Люди з нормальним бінауральним слухом можуть упевнено вказати джерело звуку або сказати, звідки він надходить, а також куди переміщається. Тільки бінауральне протезування гарантує пацієнтові упевнену участь у групових дискусіях, при спілкуванні з декількома людьми, при перебуванні у школі та інших громадських місцях, на багатолюдних заходах і на робочому місці. Відчуття безпеки для людини — це, у першу чергу, можливість миттєвої локалізації звуку у просторі, що оточує її. Із двома слуховими апаратами пацієнт зможе легко встановити напрям джерела звуку. Це дозволяє людині швидше вирішити, куди потрібно обернутися, коли хто-небудь із нею заговорить, і допоможе їй точніше локалізувати небезпечні звуки, наприклад, руху транспорту, що наближається. Остання обставина особливо важлива для дитини зі зниженим слухом, оскільки гарантує їй можливість безпечнішого знаходження і переміщення на вулиці, особливо з інтенсивним рухом транспорту.

Наприклад, коли дитина перетинає дорогу, то бінауральний слух для неї означає, що вона може використовувати очі і вуха для того, щоб знати і зрозуміти, де знаходиться автомобіль, що проїжджає недалеко, і який його напрям.

Бінауральний слух дає відчуття упевненості і персональної безпеки. Наприклад, якщо хто-небудь починає говорити, то будучи здатним швидко перебудуватися з одного джерела звуку (голосу) на інший, людина впевнена, що не пропустить важливої для себе інформації. У порівнянні з користувачем з одним КІ або СА, користувачі з двома слуховими пристроями відчують значно вищий рівень персональної безпеки і упевненості, а сам процес слухання спрощується.

Крім того, є ряд інших переваг при використанні двох СА або звукових процесорів КІ. Адже при виході з ладу одного із них або при розрядженні джерела живлення, як правило, один пристрій справно працюватиме, і користувач буде завжди чути. Іншими словами, у користувача велика надійність і упевненість у тому, що він зможе чути навіть тоді, коли розрядиться батарея в одному із слухових пристроїв.

При слуханні двома вухами звуки сприймаються натуральніше і природніше. Тільки з двома СА пацієнт може добитися кращого балансу звучання і якості звуку. При користуванні двома СА йому буде потрібно менший рівень гучності від кожного з СА. У свою чергу це

приводить до більшого слухового комфорту, оскільки рівень посилення звуку і вихідного рівня звукового тиску в СА менший.

Використання слухових протезів на обидва вуха сприяє задіяванню лівої та правої півкуль головного мозку в гармонізації слухового сприймання, збільшення акустичних сигналів, забезпечення більш комфортних умов «обробки» сигналів. Таким чином, повноцінна гармонійна взаємодія обох півкуль головного мозку в умовах використання та подальшої розробки інтелектуально навантажених методик забезпечує підвищення ефективності слухового сприймання, розуміння мовлення та покращення якості життя дитини (дорослого), обтяженого порушенням слухової функції.

При тяжких порушеннях слуху слухові апарати можуть не допомагати — внутрішнє вухо не може перетворити звукові коливання в електричні сигнали, що необхідно для сприйняття звуків мозком. Саме у таких випадках застосовується слуховий кохлеарний імплант (СКІ).

**Кохлеарне протезування (КП)** є методом протезування ураженого органа слуху шляхом впливу, головним чином, на його периферійну частину — завиток внутрішнього вуха, а в деяких випадках і на центральний слуховий нерв. КП на сьогодні є найбільш ефективним, безпечним і надійним методом реабілітації як дорослих, так і дітей з важкими порушеннями слуху і глухотою. Тому в сучасних умовах, якщо дитині поставлено діагноз «глухота», це не означає, що вона не зможе чути в майбутньому. Сучасні високі технології КП і правильно організована та проведена слухомовленнева реабілітація дають надію і реальну можливість людям, що мають значні втрати слуху або тотальну глухоту, поліпшити чи повністю відновити слухове сприйняття, отримати можливості для спілкування, а отже — можливості розвиватися і жити повноцінним життям, постійно підвищуючи його якість.

Основна користь від КП полягає в тому, що у людини з порушенням слуху з'являються всі умови для подальшого ефективного навчання, праці та відпочинку нарівні з чуючими людьми, для реалізації своїх устремлень та бажань, повноцінного розкриття власних можливостей, покращання практично всіх сторін не тільки свого життя, але й життя рідних, близьких і друзів.

Встановлено, що в школах, класах інтегрованого типу дітей після кохлеарного слухопротезування у 5–6 разів більше, ніж дітей зі слуховими апаратами. І хоч навчання в таких школах не є самоціллю кохлеарного протезування дітей, їх перебування в середовищі чуючих свідчить про гармонізацію їх розвитку, приведення сенсорного та ін-

телектуального компонентів у відповідність з нормами, характерними для особистісних показників чуючих дітей.

Хірургічні операції з кохлеарної імплантації успішно проводяться у Києві, в Інституті отоларингології імені професора О.С. Коломійченка АМН України, у Дніпрі та інших містах України на базі медичних закладів. Після операції фахівці інституту або Центрів слуху і мовлення спільно з інженерами і сурдопедагогами здійснюють підключення і настроювання звукових процесорів (ЗП), проводять навчання і спеціальні сурдологопедичні заняття з пацієнтами з розвитку у них слухового сприймання і мовлення. Процес слухомовленнєвої реабілітації дітей з кохлеарними імплантатами (КІ) вимагає тісної взаємодії, насамперед, сурдопедагога і батьків, сурдолога і психоневролога, фахівця-акустика і, звичайно ж, пацієнта.

Ось чому завдання фахівців полягає в розробці і реалізації методик, які можуть забезпечити дитині (дорослому) з порушеннями слухової функції доступність сприймання якомога більшої кількості звуків, артикуляційних образів та озброїти їх уміннями і навичками задіяння інтелектуальних можливостей при ідентифікації їх з фонемами, морфемами, що уможливають якісніше сприймання, аналіз мовлення, прогнозування його змісту та розуміння. Цього можна досягти за рахунок бінаурального та бімодального слухопротезування (використання кохлеарного імплантату та слухового апарата), кохлеарних імплантатів та ефективних сурдопедагогічних технологій.

Висока результативність слухомовленнєвої реабілітації спостерігається у більшості дітей, які втратили слух після оволодіння мовленням. Вже через місяць після підключення звукового процесора у них відновлюється здатність розуміти мовлення на слухозоровій основі у різних комунікативних ситуаціях. Такі діти в майбутньому можуть вчитися із дітьми, які не мають проблем зі слуховим сприйманням, працювати у тих виробничих колективах та установах, які вони оберуть, тобто повністю інтегруватися в суспільство людей, які нормально чують.

У дітей з вродженою глухотою або ранньою втратою слуху до оволодіння мовленням (так звана долінгвальна глухота), слухомовленнєва реабілітація займає значно більше часу. Процес слухомовленнєвої реабілітації в цілому, як і розвиток здатності розуміння усного мовлення та вміння розмовляти, займає у таких дітей період від 3 до 5 років і більше. При цьому рівень розвитку розуміння усного мовлення і вміння виразно говорити в окремих дітей з КІ може суттєво різнитися — від практично нормального до обмеженого.

Ефективність кохлеарного протезування (КП) залежить від багатьох факторів, одним з яких є вік дитини. Доведено, що рано розпочата робота з розвитку слухового сприймання та мовлення у дитини та ранній вік проведення операції з кохлеарної імплантації призводять до кращих результатів. Саме тому найбільш оптимальним для КП є вік дитини від 1 до 3–4 років.

Процес слухомовленневої реабілітації дітей з КІ вимагає тісної взаємодії з пацієнтом цілого ряду спеціалістів — сурдопедагога, сурдолога, психоневролога та акустика. При цьому і пацієнти з КІ після операції зберігають зв'язок з Центром слухової реабілітації (ЦСР) практично протягом всього життя. Це викликано необхідністю вирішення багатьох питань, обумовлених особливостями експлуатації СКІ: проведенням настроювання звукового процесора, заміною з плином часу за бажанням пацієнта елементів СКІ новими модифікаціями, необхідністю придбання елементів живлення, здійсненням контролю працездатності СКІ, періодичних консультацій фахівців і контролю за станом слухомовленневої реабілітації.

Особливо важлива місія в успішній слухомовленневій реабілітації дітей з КІ належить їхнім батькам і рідним. Участь батьків у процесі слухомовленневої реабілітації та їх психологічна і соціальна підтримка дитини є одним з головних компонентів усієї системи роботи до і після операції.

Ключовими засадами у **компенсаторно-корекційній сурдопедагогії**, від яких залежить якість (ефективність) особистісного становлення й розвитку, є насамперед стан та динаміка розвитку сенсорних процесів дитини. Порушення діяльності одного із аналізаторів (у даному випадку слухового) утруднює сприймання як генетично закладену систему, що обумовлює необхідність пошуку «обхідних шляхів» її гармонізації.

У системі розвитку сприймання у осіб з порушеннями слухової функції увага концентрується на слухових, зорових та тактильних особливостях як особливо значимих в компенсаторно-корекційних технологіях. З названими видами сприймання доцільно пов'язати розвиток сенсорної пам'яті — слухової, зорової і тактильної, як могутніх факторів психічного (в тому числі й інтелектуального) розвитку. Слухове, зорове та тактильне сприймання проектується на розвиток відповідних центрів, які забезпечують інтелектуальний та мовленнєвий розвиток дитини з порушенням слухової функції. У свою чергу розвиток сенсорної пам'яті підкріплює результати сенсорного сприймання, переводить

його в площину глибинних компенсаторно-корекційних механізмів розвитку особистості. Тому підвалини розробки компенсаторно-корекційного змісту сурдопедагогіки, серед інших складових, містять: розвиток сенсорного сприймання та сенсорної пам'яті, які задіюють і активізують потенціали особистісного розвитку дитини з порушенням слухової функції, зокрема емоційного, її мисленневих процесів (наочно-образного, наочно-дійового, словесно-логічного мислення), пам'яті тощо.

Слухове сприймання є природнім каналом сприймання звуків (шумів) навколишнього середовища, які несуть важливу інформацію про простір, час, предмети (об'єкти), їх характеристики та сприймання мовлення як інших людей, так і власного (зауважимо, що значення сприймання саме власного мовлення в корекційній сурдопедагогіці недооцінюється). Тому при ураженому слуху чільне місце у навчанні та вихованні дітей займає саме розвиток слухового сприймання як важливе джерело гармонізації сприймання світу, довілля, стосунків з іншими людьми, розвитку особистості та її успішної соціалізації.

Як тактильні і зорове сприймання, так і тактильну й зорову пам'ять у сурдопедагогіці слід розглядати у двох різновидах, які саме у своєму диференційованому вигляді мають принципово важливе значення для адекватної організації навчально-виховного процесу, розробки компенсаторно-корекційних напрямків корекційної педагогіки.

Тактильне сприймання включає:

1) тактильне сприймання і обстеження предметів з метою їх пізнання, формування уявлень про навколишній світ, його аналіз в досяжних межах мікропростору та в подальшому перенесенні аналітичних умінь та навичок на пізнання макропростору;

2) тактильно-вібраційне сприймання мовлення з використанням спеціальних технічних засобів, які насамперед забезпечують дитині можливість активізації готовності до сприймання та обробки артикуляційних сигналів (читання з губ) та звукових (акустичних). Крім того, тактильно-вібраційні сигнали дають дитині (дорослому) уявлення про складоритм — кількість складів, місце наголошеного складу в окремому слові, у ритмомелодиці словосполучення, фрази та мовленнєвого потоку в цілому.

Зорове сприймання забезпечує дитині можливість:

1) сприймати предмети (об'єкти) навколишнього світу, що є природним для реалізації зорової функції;

2) сприймати зором артикуляційні образи звуків, слів, словосполучень, фраз (читання з губ).

Раціональне використання слуху, зору, тактильних та тактильно-вібраційних відчуттів дозволяє покращити сенсорну основу розвитку психічних процесів, розширити можливості отримання інформації про навколишній світ з його звуковим наповненням (звуками природи, побутовими, технічними, мовленнєвими звуками).

Відповідно до теорії розвитку Ж. Піаже та Аффольтера, тактильне, зорове та слухове сприймання розвиваються у відповідності з трьома ієрархічно упорядкованими сходинками, які характеризуються ускладненням схеми сприймання та зростаючою інтеграцією всіх названих його видів: перша сходинка — це тактильне сприймання, друга — слухове і третя — зорове. Навчання адекватному сприйманню, за Піаже, є умовою для утворення семіотичних, знакових функцій.

Оскільки у дитини, яка погано чує, порушена чи відсутня акустична складова, то інші види сприймання, в залежності від ступеня порушення слухового аналізатора, розвиваються у зміненому вигляді. Унаслідок обмеження слухового сприймання можуть виникати (або виникають) негативні наслідки щодо формування когнітивної схеми вже на «сенсомоторній фазі» розвитку особистості. Оскільки утворення розумової (інтелектуальної) схеми відбувається на сенсомоторній фазі, то дитину в перші два роки життя доцільно розглядати як особливо вразливу у становленні тих функцій, які знаходяться у витоків її мовленнєвого та інтелектуального розвитку. Порушення функції сприймання призводить до уповільнення розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним.

Ці положення лише підкріплюють необхідність пошуку шляхів, засобів активізації полісенсорного розвитку глухої дитини, задіяння її сенсомоторної фази, яка обумовлює утворення розумової (інтелектуальної) сфери, починаючи з перших років життя, а отже, ранньої компенсації наслідків впливу глухоти .

Е. Сеген визначив трьохмірний порядок (який є актуальним і досі), якого необхідно дотримуватись при вихованні відчуттів. Це зокрема:

1. Дотик, за допомогою якого дитина знайомиться з предметами.
2. Зір, за допомогою якого відбувається сприймання оточуючих предметів.
3. Слух — відчуття інтелектуальне, але майже завжди пасивне; дитина отримує зовнішній стимул, але не шукає його.

Рука освоює певну «стратегію і тактику» характерних рухів, за допомогою яких здійснюється послідовне охоплення предмета, виділення його характерних ознак. Тому стосовно формування тактиль-



ного обстеження предмета спрацьовує та ж схема, закономірність, яка характерна для освоєння інших психічних процесів: від розгорнутого мовлення до згорнутого (внутрішнього), від детального зорового обстеження до швидкого зорового споглядання та розуміння сутності предмета, його характеру, призначення тощо. Шлях від деталізації до згорнутості процесів сприймання, аналізу при формуванні особистості глухोї дитини з використанням збережених аналізаторів, їх функціонального використання, проектується на розвиток внутрішнього мовлення, на формування шляхів пізнання довкілля дитиною з порушеннями слуху, на оволодіння механізмами та технологіями пізнання, на власну позитивну самооцінку, на засвоєння соціального досвіду, розвиток спостережливості тощо.

Розвиток сенсорних процесів в сучасній сурдопедагогіці доцільно реалізувати, починаючи від народження дитини або від часу виявлення в неї порушення слухової функції.

Особливої ваги доцільно надавати формуванню у дітей з порушенням слухової функції тактильних відчуттів, їх використанню у пізнанні довкілля, в організації зорового сприймання предметів при їх тактильному обстеженні, у запам'ятовуванні слів у процесі обстеження та пізнання предметів, їх деталей, у формуванні аналітичного й синтетичного сприймання та мислення. Розвиток тактильного сприймання, використання тактильних відчуттів як сигналів для називання предметів та їх деталей є засобом формування пізнавальної активності дітей, ініціативності у з'ясуванні та запам'ятовуванні словесних позначень предметів, деталей. Дослідження предметів, важливе для засвоєння їх назв, кращого запам'ятовування відповідних слів, неминуче призводить дитину до потреби ставити запитання стосовно призначення предмета, його деталей. Таким чином, пізнання предметів, довкілля з опорою на тактильне (тактильно-зоро-рухове, тактильно-зоро-слухове) сприймання є засобом формування у дитини з порушеннями слуху пізнавальної активності, реалізації пізнавальних інтересів. А в результаті — виховання «чомучок».

Загальновідомо, що діти з порушеннями слуху значно рідше ставлять свої запитання пізнавального характеру (або і зовсім їх не ставлять), ніж чуючі ровесники. У діалогах переважають їх відповіді на поставлені запитання. Формування пізнавальної діяльності дитини з порушеннями слухової функції, виховання її як дослідника дозволяє їй у своєму розвитку досягти того ж рівня, який має дитина з нормальним слухом, або й перевищити його.

Слухове сприймання розглядається як умова сприймання, пізнання довкілля, його немовленневих звуків, а також звуків (фонем) мовлення, з орієнтацією на його складоритми як основу розвитку словесної пам'яті, на опорні акустичні сигнали (фонем), доступні слуховому сприйманню конкретної дитини (адже слухові можливості кожної дитини є індивідуальними).

У зв'язку з тактильним сприйманням та розвитком слухового сприймання дитина удосконалює, організовує своє зорове сприймання предметів мікропростору, близького довкілля, переносячи отримані навички на макропростір, на оточення, до якого не можна доторкнутись рукою.

Пізнання на сенсорному рівні багатовимірних характеристик предмета (на основі динамічних дотикових відчуттів при обстеженні предмета; динамічних дотикових, поєднаних із зоровим сприйманням; відчуття смаку, запаху тощо) забезпечує дитині можливість не лише створити чуттєві уявлення про конкретний предмет, але й сприяє ефективному оволодінню мовленням, запам'ятовуванню слів, які позначають даний предмет, його якості та характеристики. Поступове тактильне обстеження предмета, його деталей розвиває аналітико-синтетичне сприймання, логіку сприймання, логічне мислення.

Через шкірний аналізатор дитина здатна відчувати та сприймати тактильно-вібраційні сигнали, які за своєю природою є акустичними і надходять від спеціального технічного пристрою типу «Поліфонатор». За допомогою вібраційних відчуттів дитина вчиться розпізнавати складоритми слів, словосполучень, фраз, місце голосних звуків у слові, розвивати слухову пам'ять, активізувати увагу, проявляти так звану «зустрічну активність» при сприйманні усного мовлення.

### 3.3.3. Особливості розвитку дітей з порушеннями слуху

Вроджене порушення слуху та втрата слуху впливають на розвиток особистості людини. Люди, які мають порушення слуху, особливо діти, обмежені в реалізації свого життєвого потенціалу, оскільки зазнають значних труднощів у повсякденному житті, при навчанні у школі, при спілкуванні з родиною, з друзями та колегами.

Потенційні можливості дітей з порушеннями слуху значні і дозволяють їм максимально зблизитися з дітьми, котрі мають нормальний слух, за рівнем психомоторного, мовленнєвого й інтелектуального розвитку.

У дітей, які не мають додаткових відхилень у розвитку, за цілеспрямованої й адекватної компенсаторно-корекційної роботи, яка прово-

диться з перших місяців життя, можна досягти вікової норми. У цьому випадку діти володіють розгорнутим фразовим мовленням, вільно спілкуються з дорослими й однолітками, добре сприймають слухо-зоровим способом звернене до них мовлення. Такі діти, як правило, навчаються разом з чуючими в дошкільних загальноосвітніх навчальних закладах, у школах та ВУЗах.

Високого рівня психомоторного і мовленнєвого розвитку можуть досягти й діти при наявності сприятливих факторів. До них належать: інтенсивне систематичне й адекватне стану дитини навчання, активна участь сім'ї, високі потенційні можливості самої дитини, її фізичний стан і особистісні якості (активність, комунікабельність, фізична витривалість, працездатність), додаткова допомога дошкільнику, своєчасність якісного слухопротезування.

Між глухою та слабкочуючою дитиною є принципова відмінність. Слабкочуюча дитина має часткове порушення слуху, тому, порівняно з глухою, вона по-іншому пристосовується до довкілля, шукає інші шляхи компенсації свого порушення, головним чином не за рахунок зору, а за рахунок збереженого слуху, а глуха дитина — за рахунок зорового сприймання або слухо-зорового сприймання, залежно від ступеня глухоти та наявних у неї засобів слухопротезування.

У дитини мовленнєвий недорозвиток, який зумовлений неповноцінним слухом, призводить до порушення її пізнавальної діяльності та своєрідного розвитку таких психічних процесів, як мислення, пам'ять, уява тощо. Це ускладнює соціальну взаємодію такої дитини з оточенням, утруднює словесне спілкування.

Однак сучасні досягнення науки, в тому числі техніки, медицини, сурдопедагогіки, обумовили розробку високих технологій, необхідних для практичного вирішення більшості проблем дітей та дорослих з порушеннями слуху.

У сурдопедагогіці, в тому числі і у вітчизняній, розроблені методики, що ґрунтуються на використанні та розвитку інтелектуального потенціалу дитини (дорослого) при опануванні мовлення, розвитку слухового сприймання, пам'яті, інших психічних процесів, важливих для формування повноцінної особистості, забезпечення її інтеграції в соціальне середовище. Дитина з порушенням слуху здатна опанувати ті специфічні знання та уміння, якими не володіє чуюча дитина. Зокрема це читання з губ, здатність обробляти мовленнєву інформацію лише за окремими фрагментами звукового потоку (фонемами, складами, окремими словами), розпізнавати мовлення за тактильно-вібраційними сиг-

налами тощо. Дитина з втратою слуху в 90 Дб і більше здатна сприймати специфічне звучання мовлення та ідентифікувати з конкретними фонемами лише третю частину, а в окремих текстах лише четверту частину всіх звуків, які містить звернене до неї усне повідомлення (текст). Саме за цією обмеженою кількістю доступних слуховому сприйманню звуків, зоровому сприйманню окремих артикуляційних образів, вона прагне зрозуміти звернене мовлення і розуміє його. У цьому проявляється ще один феномен людських можливостей, який нам відкривають діти і дорослі з порушеннями слухової функції. Наші дослідження можливостей сприймання усної інформації чуючими дорослими, яка їм пропонувалась усно для читання з губ і письмово з пропусками тих букв, які відповідають фонемам, артикуляція яких недоступна зоровому сприйманню, показали, що це завдання є надто складним для них. Результати цього дослідження свідчать про те, що сприймання, аналіз, розуміння усного мовлення потребує від дітей і дорослих з порушеннями слухової функції значних інтелектуальних зусиль, задіяння цілого ряду психічних процесів, напруження зору і слуху для досягнення позитивного результату у навчанні, спілкуванні, реалізації життєвого плану.

Сучасна українська сурдопедагогіка, її методики створюються з розумінням того, що дитина з порушенням слухової функції є унікальною особистістю, яка здатна повністю інтегруватися у суспільство людей, які нормально чують.

### **3.3.4. Організація навчально-виховної та корекційно-компенсаторної роботи з дітьми з порушеннями слуху**

Особливого значення при навчанні та вихованні дітей з порушеннями слуху набуває раннє педагогічне втручання у їх розвиток. Дуже важливою є домовленнєва фаза компенсаторно-корекційного впливу на дитину, яка полягає у забезпеченні партнерських стосунків дорослого та дитини, починаючи з моменту виявлення порушення слухової функції. У період несформованості мовлення, або його значної обмеженості функціонування, важливо створити такі умови навчання та виховання дитини, які забезпечать її повноцінний особистісний розвиток, зокрема: формування умінь та навичок сприйняття та пізнання довкілля, аналізу предметів, діяльності; узагальнення уявлень про предмети, об'єкти навколишньої дійсності; оволодіння здатністю до перенесення умінь та навичок діяльності на інші предмети (наприклад, здатність до обстеження, до виділення деталей предмета, який дитина пізнає).

Однією із важливих складових домовленнєвого розвитку дитини (чи в умовах обмеженого володіння мовленням) є її готовність до наслідування: наслідування діяльності дорослого, запам'ятовування та відтворення логіки його діяльності; розуміння того, що будь-яка діяльність має мету, складається з окремих операцій та дій тощо. Повторення дій дорослого може здійснюватись:

- покровоко, відразу за дією дорослого (відтворюється кожна дія);
- комплексно (дитина відтворює низку дій);
- відстрочено у часі (з пам'яті).

Саме уміння та навички дитини з порушеннями слухової функції відтворювати, а далі імітувати ланцюжки дій дорослого з використанням натуральних предметів, їх заміників, сприяють розвитку у неї логічного мислення, готують до аналізу та розуміння змісту тексту. Намагання дорослих розвивати словесно-логічне мислення лише у процесі оволодіння мовленням дитиною з порушеннями слухової функції, спираючись лише на її мовленнєвий досвід, є недостатньо ефективним. Усвідомлення логіки розвитку практичних ситуацій, сюжетів практики дозволяє дитині з порушеннями слухової функції проникнути у сутність самої діяльності, спроектувати її на розуміння змісту усного та писемного мовлення, художніх текстів, зрозуміти їх зв'язок з життям, а не сприймати як щось віддалене, повною мірою абстрактне, зробити процес сприймання усного мовлення, читання більш вмотивованим.

Крім того, утримання дитиною в пам'яті логічно обумовлених дій, їх відтворення та імітація є підґрунтям до самостійного розгортання сюжетно-рольової гри, яка, як відомо, у таких дітей зазвичай збіднена.

Сучасні реабілітаційні технології спрямовані на формування дитини-дослідника, активної особистості, яка володіє методами пізнання предметів та довкілля, вміє самостійно виконувати завдання у відповідності зі своїм віком та можливостями.

Раннє компенсаторно-корекційне втручання у розвиток дитини з порушеннями слухової функції, її слухопротезування, емоційно-особистісне спілкування з дорослим, виховання у неї пізнавальної активності тощо дозволяє забезпечити динаміку її розвитку, відповідну нормотиповій.

Розвиток дитини у віці немовляти, ранньому та дошкільному віці (зауважимо, що робота у цьому напрямку продовжується і у процесі шкільного навчання) за участю дорослих передбачає таку динаміку:

- спільна діяльність дорослого та дитини;

- сумісно-розподільна діяльність дорослого та дитини з переважанням ініціативи дорослого;
- сумісно-розподільна діяльність дорослого та дитини з переважанням ініціативи дитини;
- лідируюча функція дитини у співпраці з дорослим, її самостійність.

У процесі співпраці з дорослим на всіх її етапах доцільно реалізувати такі її складові:

1) спостереження за діяльністю дорослого, відтворення діяльності дорослого з реальними предметами:

- імітація діяльності дорослих без реальних предметів з іграшковим матеріалом;

- імітація діяльності дорослих із предметами-замінниками (палічка — машина, горішок — собачка тощо);

2) діяльність самої дитини з реальними предметами та відтворення власних дій з пам'яті зразу після їх виконання, а також з відстроченням у часі (з пам'яті), наприклад, діяльність чергування, догляд за рослинами, підготовка до прогулянки, діяльність у процесі екскурсії тощо:

- імітація власної діяльності з використанням іграшкових предметів;

- імітація власної діяльності з використанням предметів-замінників;

3) повторне відтворення діяльності дорослих і своєї власної з реальними предметами та з предметами-замінниками.

У процесі діяльності та її відтворення дитина потребує звукового супроводу, мовленнєвої стимуляції з боку дорослих, що позитивно впливає на її емоційний, мовленнєвий, сенсорний розвиток, залучає її до звукотворення без примусу, в природних умовах.

З оволодінням мовлення у дитини з порушеннями слуху інтенсифікується інтелектуальний розвиток, а об'єднання мовлення та мислення уможлиблює розуміння не лише практичних ситуацій, але й тексту, оволодіння описово-розповідним мовленням, розвиток абстрактного мислення на мовленнєвому рівні.

Дитина з порушенням слуху є унікальною особистістю. Ці порушення дозволяють дитині розкрити свої нові можливості. Саме така дитина здатна засвоїти ті специфічні знання, уміння та навички, якими часто не володіє чуюча дитина. Зокрема це:

- оволодіння звуковимовою, мовленням в умовах порушеного слухового сприймання, утрудненого наслідування мовлення дорослих;

- читання з губ (з обличчя);
- сприймання ураженим слухом окремих фонем, складів, слів;
- обробка та розуміння мовленнєвої інформації лише за окремими фрагментами, які вона сприймає з мовленнєвого потоку, породженого співрозмовником (фонема, склади, слова, фрази);
- володіння навичками прогнозування практичних ситуацій, змісту мовлення.

Оцінка об'єктивних можливостей сприймання та розпізнавання зверненого усного мовлення дитиною з порушеннями слухової функції дозволяє говорити про певний феномен її інтелектуальної діяльності.

Інтелект дитини з порушеннями слухової функції розглядається з точки зору його неушкодженості, але як такий, що має специфічний розвиток, відкритість до раціонального задіяння збережених сенсорних систем, механізмів, не характерних для сприймання мовлення (шкіро-тактильного, зорового аналізаторів), інтелектуально навантажених технологій розвитку ураженого слухового сприймання.

Одним із засобів сенсомоторного розвитку дітей з порушеннями слуху є дактильно-жестове мовлення, коли у його сприйманні та продукуванні задіюються зоровий і руховий аналізатори. *Дактильне мовлення* — ручна абетка, спілкування за допомогою пальців рук, яке замінює усне мовлення під час спілкування людей з порушенням слухової функції між собою та особами, знайомими з дактилологією. Дактильні знаки замінюють букви, певне положення пальців однієї руки відповідає кожній з літер алфавіту. *Жестове мовлення* — це система умовних рухів рук і пальців, які передають зміст думки, забезпечують спілкування особам з порушеннями слухової функції. Дактильно-жестове мовлення є швидкоплинним, як і усне мовлення, і потребує швидкого сприймання дактильних знаків, жестів та розуміння їх значень. Зазвичай дактильне і жестове мовлення поєднують у процесі спілкування для забезпечення точності висловлювання, передачі нових сучасних термінів, які ще не мають жестових відповідників тощо.

У сучасних спеціальних навчальних закладах використовується система так званого «білінгвального» підходу у навчанні дітей, коли дитина оволодіває і застосовує у своїй практиці усне і дактильно-жестове мовлення. Демократизація освіти дітей з особливими освітніми потребами дає можливість вибору батькам і дітям мовлення навчання і оволодіння. Це може бути словесне усне і писемне мовлення чи дактильно-жестове, поєднане з усним. Проте, як показує практика, який би вид мовлення не обрали батьки у якості провідного при навчанні

і вихованні дитини, у дорослому віці певна кількість осіб з порушеннями слухової функції і з досконалим володінням словесним мовленням прагне оволодіти і дактильно-жестовим мовленням, що зближує їх із спільнотою осіб з порушенням слухової функції, незалежно від того, в якому колективі вони навчаються чи працюють (у колективі чуючих чи тих, котрі мають проблеми зі слухом).

На сучасному етапі існують широкі можливості вибору батьками та дітьми з порушеннями слухової функції навчального закладу, методів навчання, реалізації бажання оволодіння усним і писемним мовленням чи дактильно-жестовим. Діти з порушенням слухової функції завжди мали можливість навчатись у інтегрованому середовищі разом із дітьми, які не мали порушень слуху. Усе залежало від якості володіння ними усним мовленням, загального і мовленнєвого розвитку. У сучасному світі ці можливості значно розширились: батьки і діти можуть обирати інтегроване навчання, де дитина отримує кваліфіковану допомогу незалежно від рівня розвитку її мовлення.

### ***Розвиток мовлення***

Можна виділити два етапи в оволодінні мовленням дитиною з порушеннями слухової функції. На першому етапі передбачається стимуляція гуління дитини дорослим, включення дорослого у процес звукотворення. Особливо важливо дорослому докладати зусиль у той період, коли дитина потребує оволодіння лепітним мовленням — повторенням відкритих складів. Повторення складів дорослим спонукає дитину дослухатись до його мовлення, наслідувати його емоції, додивлятись до артикуляційних рухів, намагатись повторювати склади одночасно з дорослим та самостійно.

Спонукування дітей до спілкування у процесі дій, діяльності, «розговорювання» дитини у процесі звуконаслідувань при маніпуляції з предметами, при їх розгляданні — одне з основних завдань розвитку мовлення дітей немовлячого та раннього віку.

В основі реалізації другого етапу — оволодіння словесним мовленням — лежить пізнавальний фактор: засвоєння назв предметів при їх дослідженні, виділення деталей обстежуваних предметів, розуміння для чого ці деталі, яке навантаження несуть у функціонуванні предмета (об'єкта), забезпечення розвитку пізнавальної активності дитини, в тому числі і розуміння того, що кожна деталь має не лише своє призначення, але й свою назву. Такий підхід активізує засвоєння словника, розвиток мовлення, формування у дитини з порушеннями слуху



якостей «чомучки», забезпечує використання мовлення не лише при відповідях на поставлені запитання, але й орієнтує дорослих на стимуляцію самостійного породження запитань дитиною. Дослідження предметів, навколишнього світу дає підґрунтя для розвитку зв'язного мовлення, словесно-логічного мислення дитини з порушеннями слуху. Проте при цьому важливо розвивати мовленнєву пам'ять дитини, пов'язуючи її з формуванням складоритмічної будови мовлення. Засвоєння складоритму слів, словосполучень, фраз забезпечує дитині можливість успішного оволодіння усним та писемним мовленням, яке пов'язане з самодиктуванням, дозволяє оволодіти уміннями та навичками свідомого читання, письма, сприймання та розуміння усного мовлення.

Створення ресурсів для функціонування мовлення у дитини з порушенням слуху включає її готовність до спілкування, уміння налагоджувати емоційний контакт з оточуючими, користуватись природними жестами та мімікою в різних ситуаціях, накопичення нею сегментів мовлення — словосполучень, як будівельного матеріалу для спілкування, для зв'язного мовлення. Тому оволодіння окремим словом, назвою предмета, з яким дитина маніпулює, є актуальним лише для дитини з порушеннями слуху 2-го року життя і, при потребі, 3-го року життя. Далі при обстеженні предмета, дитині пропонують слово, яке відразу вводять у словосполучення або коротке речення. Демонструючи зайчика, дитина засвоює назву предмета і дії (підстрибування, танцювальні рухи чи біг). Дитина усвідомлює, що всі дії мають назви. У подальшому засвоєння окремого слова не втрачає свого значення, проте засвоєне слово вводиться у словосполучення чи коротке просте (з подальшим ускладненням) речення. Сміслові значення слова розкривається у граматичних формах, у синтаксичних поєднаннях з іншими словами. За Л.С. Виготським, дитячий вік від одного до трьох років — це стадія сенситивності, тобто особливої чутливості, сприйнятливості дитини до мовних впливів, до оволодіння мовленням.

Відомо, що мовлення пов'язане з розвитком усіх психічних процесів, а особливо з мисленням. Однак мислення і мовлення мають різні генетичні корені. У філогенезі та онтогенезі чітко виділяється домовленнєва фаза у розвитку інтелекту та доінтелектуальна фаза у розвитку мовлення. Л.С. Виготський вважав, що у віці біля двох років у дитини, яка нормально чує, у відношеннях між мисленням і мовленням настає критичний переломний етап — мовлення стає інтелектуалізованим, мислення — мовленнєвим. У цей час у чуючої дитини відбувається

швидке збагачення словникового запасу, збільшення комунікативного словника. Ці закономірності розвитку мислення і мовлення характерні і для дитини з порушенням слуху, хоча динаміка їх розвитку є дещо уповільненою.

Спільна діяльність дорослого і дитини (кидання та ловіння м'яча, перекочування, пересування предмета, малювання, конструювання тощо) допомагає дорослому спонукати мовленнєві реакції дітей, своїм мовленням активізувати мовлення дитини. Для дітей зі зниженим слухом — це слова «дай», «візьми», імена дітей і фрази із 2–3 слів, наприклад, «Дай м'яч», «Дай ложку, Оля», «Візьми м'яч» тощо. Для дітей з порушеннями слухової функції у 90 дБ і більше і не слухопротезованих — це слова «Дай», «Лови», «На» або оклики: «Ой!», «Так!», «Ні!», «Ось!» тощо.

Привчання дитини супроводжувати дії мовленням, повідомляти дорослому про дії, які вона виконує: «ам-ам» — я їм, «бу» або «бух» — я кинула чи кидаю м'яч тощо, є не що інше як реалізація прогресивної технології активізації не лише мовленнєвої діяльності дитини, але й мисленнєвої. Дослідження Л.С. Виготського та його учнів показали, що називання дій дитиною є зверненням до дорослого, формулювання для дорослого тієї дії, яку дитина виконує.

Р.Є. Левіна виявила, як змінюється роль цих мовленнєвих висловлювань по відношенню до дійсності. Спочатку дитина повідомляє про дію, яка вже завершилась (дитина кинула, розбила чашку і повідомила — «бу!»), тобто дитина констатувала завершеність дії. Наступний етап — планування дії. На даному етапі дитина спочатку: а) звертаючись до дорослого, планує дію для нього, тобто для іншого — дитина називає дорослому дію, яку буде виконувати — «бу», демонструючи жестом майбутню дію — кидання предмета, б) планує дію для себе. Привчання дітей повідомляти про те, що дитина буде робити далі, яку дію буде виконувати, це не що інше як мовленнєве оволодіння власною поведінкою — спочатку називає дію, а потім її виконує. Стимулювати такий механізм можна через знайомий предмет і його застосування. Наприклад, дорослий дає дитині м'яч, заохочує її сказати «бу» чи «бух» і, притримавши рукою дитячу руку, стимулює кидання м'яча після називання дії. Дає дитині ложку до рук і просить сказати «ам-ам» перед прийняттям їжі. Таким чином дитина вчиться планувати дії. Далі планування стає внутрішньомовленнєвим, що є однією з необхідних умов формування у дитини з порушеннями слуху внутрішнього мовлення. Саме феномен формування внутрішнього мовлення у дітей з порушен-

нями слухової функції, специфіка цього процесу не ставали предметом дослідження в сурдопсихології та в сурдопедагогіці. Привчання таких дітей до планування дій є одним із важливих чинників формування і розвитку їх внутрішнього мовлення, яке детермінує психічний розвиток особистості.

Здатність дитини до планування обумовлена і виконанням домовленневих вправ на визначення послідовностей 2–3 дій: відтворення дій педагога, іншої дитини, викладання 2–3-х, а в 3–4 роки 3–4-х і більше фігур в орнаменті, розкладання своїх фотографій та інших дітей згідно послідовності їх діяльності тощо.

У словнику чуючих дітей 3-го року життя переважають іменники, які позначають засоби переміщення, вжиткові предмети та об'єкти живої природи. Дитина одним і тим же словом може називати різні предмети, проте вже в ранньому віці чітко встановлює предметну приналежність слова, слово точніше співвідноситься з предметом.

У кінці 2-го року життя чуюча дитина оволодіває граматичним ладом мовлення. У цьому процесі О.М. Гвоздев виділяє 2 періоди: від 1 року 3 місяців до 1 року 10 місяців і від 1 року 10 місяців до 3 років.

Перший — це період однослівних речень, які складаються із аморфних слів-коренів, інших звукосполучень, придуманих дитиною, але якими вона користується для позначення предметів, звертань, які виражають прохання, бажання, вигуків, звукосполучень («чик-чик», «ам-ам», «у-у» — їсти, спати тощо). Діти говорять про те, що роблять, що бачать, що в даний момент відбувається. Таке дитяче мовлення вже можна віднести до ситуативного, коли воно стає зрозумілим для дорослого в конкретній ситуації, з використанням дитиною жестів, міміки.

На другому етапі першого періоду з'являються речення, які складаються з 2–3-х слів (1 рік 8 місяців — 1 рік 10 місяців). У цей час дитина більш точно висловлює свої бажання, може звертатись до дорослого, називаючи своє бажання. Наприклад, «мама, гай» — мама грай, «мама, тата» — мама, танцюй тощо.

Другий період — це період оволодіння граматичною структурою фрази.

Таким чином, можна сказати, що мовлення чуючої дитини на першому етапі її розвитку є ситуативним, пов'язаним з практичною діяльністю, яка здійснюється сумісно з дорослим, з іншою дитиною. Це час зародження діалогу, соціального розвитку дитини. За допомогою діалогу діти намагаються залучити до гри дорослого, іншу дитину.

Дітей з порушеннями слуху до діалогу залучають, як правило, дорослі, активізують діяльність таких дітей. Наприклад, «Оля гулі-гулі?» (Оля піде гуляти?).

У цьому ж віці (1 рік 10 місяців — 3 роки) виникає і описове мовлення. Дорослий дає дитині зразки такого мовлення при ознайомленні з предметом, об'єктом живої природи, механізму, машини тощо.

На початку 2-го року життя дитина засвоює назви багатьох предметів та дій (собачка, дай, візьми, покажи). Слова для дитини стають умовними сигналами, знаками, які відповідають предметам та діям. Якщо дитина оволоділа значенням слова і розуміє, який предмет або дію слово позначає, вона виділяє ці слова із фрази. Проте, як зазначає М.М. Кольцова, щоб із словосполучення «дай ручку», наприклад, виділились окремі слова «дай» і «ручка», дитині й оточуючим потрібно немало потрудитись. Дорослі повинні кожне із цих слів вимовляти в різних комбінаціях з іншими словами і супроводжувати розмову діями з предметом, який називається. Наприклад, мама мие руки дитині і примовляє: «Вимиемо руки чисто-чисто», «Де у Миті ручка?», «Ось ручка!», «Зловила ручку» і цілує при цьому руку дитини. Слово «ручка» і ті чи інші дії з руками дитини повторюються багато разів, і між ними встановлюються відповідні зв'язки. Слово «дай» також вживається у сполученнях з іншими словами: «дай ляльку», «дай ручку», і таким чином пов'язується з іншими предметами.

Як зазначає М. Кольцова, таким чином, поступово слова вириваються із фрази і починають самостійне життя — кожне окреме слово набуває свого значення.

Слід зазначити одну особливість в оволодінні словом дитиною з порушеннями слухової функції — говорити з нею потрібно повільніше (називати предмети, вживати словосполучення, короткі фрази). Важливо враховувати те, що у дитини з порушеннями слухової функції більше часу йде на «обробку», розпізнавання мовленнєвих сигналів-звуків, слів, фраз. У зв'язку з цим добре, якщо мама співає дитині пісеньки, повільно промовляє слова, віршики.

Проте в цілому формування мовлення у дітей з порушеннями слуху потребує дотримання тих же закономірностей, які притаманні дитині з нормальним слухом, по-перше, це постійний супровід всієї діяльності (всіх дій) мовленням дорослого (це поєднує дитину з нормальним слухом і з порушеним). По-друге, називання предметів, маніпулювання ними, називання дій у поєднанні з предметами (об'єктами): кожне нове слово подавати спочатку у зв'язку з одним словом, а потім із різними,

з якими лише може ознайомитись дитина у своєму найближчому оточенні; називання однієї дії з різними предметами (беру ляльку, м'яч, ложку, чашку, шарф), називання різних дій з одним предметом (беру, кидаю, даю м'яч, мию чашку, ляльку, носик), виділення для слухового сприймання опорних сигналів, які дитина привчається розпізнавати — складоритму, звуків, доступних слуховому сприйманню, та артикуляційних образів, доступних зоровому сприйманню.

На 3-му році життя розуміння мовлення зростає як якісно, так і кількісно. Діти починають розуміти не лише інструкцію, але і розповідь. Діти здатні засвоювати, сприймати і розуміти вірші, казочки, розповіді, які не пов'язані з набутим досвідом дитини. Проте для дітей з порушеннями слуху досвід, засвоєний у процесі усвідомлення логіки предметно-практичної діяльності, є основою для розуміння логіки, процесу, подій. Сприймання розповіді дорослого стимулює розвиток у дитини розповідної форми мовлення, монологічного мовлення.

У ранньому віці дитина оволодіває і звуковою стороною мовлення, досвідом свідомого сприймання звукових сигналів, розвитком фонематичного слуху. Треба звернути увагу на те, що при формуванні мовлення у дітей з порушеннями слуху особливого значення варто надавати засвоєнню ними складоритмічної структури слова, а в кінці 2-го, на 3-му році життя починає формуватись правильна вимова звуків. З цих міркувань і з того, що звукова (мовленнева) пам'ять дитини з порушеннями слухової функції страждає, є потреба спиратись на базову основу слова, на його складоритм, що складає певні підвалини, на які будуть накладатись звуки у процесі мовлення і його контролю. Тому формуванню відчуття складоритму надається домінуюча роль у процесі оволодіння мовленням дітьми з порушеннями слуху. Надзвичайно важливо, щоб мовлення дорослих було чітким, дещо уповільненим на початкових періодах його формування у таких дітей.

У дітей поступово формується мовлення, збагачується словник, який вводиться відразу у словосполучення та речення (спочатку двослівні, а далі поширені); від назв предметів до назв дій, ознак предметів, до засвоєння просторових та часових уявлень та їх словесних позначень. Практичне оволодіння реченням, уявленнями, поняттями про простір, час та їх словесними відповідниками уможливають читання та розуміння тексту, забезпечене сформованими вміннями та навичками: читання відкритих складів, поскладове читання слів та їх миттєве відтворення в цілому.

***Розвиток слухового, слухо-зорового, зорового,  
слухо-зоро-вібраційного сприймання усного мовлення***

Три характеристики звука — інтенсивність, частота та тривалість, взаємодіючи впливають на чутливість слухової системи. Спеціальна література та наші дослідження показали, що тривалість обробки акустичного сигналу має різні часові показники в окремих осіб, залежно від ряду факторів. Серед них — раннє слухопротезування, рівень інтелектуального розвитку, здатність до оперативної обробки акустичної інформації, розвиток сенсорної (зокрема слухової) пам'яті тощо. Оскільки в основі названих психічних процесів лежить показник тривалості обробки звукового сигналу, особливо мовленнєвого, то це обумовлює добір індивідуально орієнтованої методики розвитку слухового сприймання у дітей та дорослих з порушеннями слухової функції.

Так, якщо у чуучих за різними даними обробка акустичного сигналу триває від 3 до 8 мс., то у дорослої людини з порушеннями слуху, у якої слухове сприймання не розвивали, цей час подовжений до 25 с і більше. Експериментальні матеріали обумовили необхідність перевірки швидкості обробки акустичних сигналів дітьми з порушеннями слухової функції. Виявилось, що діти, так як і дорослі, на початкових етапах навчання, коли у них ще недостатньо розвинене уміння швидко сприймати звук та його розпізнавати, потребують подовження у часі паузи після подання звукового сигналу. Оскільки під звуковим сигналом у даному випадку мається на увазі фонема, слово, словосполучення, фраза, то подовження вимови, її уповільненість проектується на часові відрізки сприймання та розпізнавання фонем, слів, словосполучень, фраз, а також на паузи між фонемами, між подачею окремих слів і слів у фразі, між окремими фразами. Якщо паузи менші за суб'єктивно необхідні, дитина не встигає обробити акустичний сигнал, що призводить до швидкого накопичення звукової інформації, «накочування» одних сигналів на інші. За таких обставин дитина не в змозі ні сприйняти, ні тим більше проаналізувати, розпізнати мовленнєвий сигнал, відтворити і запам'ятати його. Цей феномен нагадує процес сприймання та розуміння чуучою людиною інформації іноземною мовою. Швидке говоріння іноземця не дозволяє їй через недостатню практику сприймати та розуміти сказане, є причиною швидкої стомлюваності і самовиключення з процесу спілкування.

Непротезована (мається на увазі дитина без КІ чи СА) або протезована недостатньо ефективними засобами дитина може сприймати обмежену кількість мовленнєвих сигналів, які стають для неї опорними

при сприйманні та розпізнаванні усного мовлення. Це, зокрема, голосні, приголосні, у яких наявний спектр низьких частот, наприклад, [р], [л], [ж], [з] та інші, складоритм слів, ритмомелодика словосполучень, фраз, мовленнєвого потоку.

**Зором** дитина здатна розпізнати обмежену кількість артикуляційних образів фонем. Зокрема, це так звані «видимі» фонем:

- голосні: [а], [у], [і], [о], [и], [е];
- приголосні: [п], [б], [м];
- [ф] (в окремих випадках [в]);
- [ш], [ж], [ч], [щ] — умовно видимі, оскільки набувають у процесі мовлення положення наступного голосного.

При такій обмеженій кількості фонем, артикуляційні образи яких доступні зоровому та слуховому сприйманню, діти оволодівають здатністю читання з губ, розуміння усного мовлення. Це пояснюється уміннями і навичками сприймання складоритму, кінцевих частин слова (закінчень, суфіксів), врахуванням місця «видимої» фонем у слові (на початку, посередині, в кінці) тощо. Але вирішальну роль у цьому процесі відіграє мислення дитини, інтелектуальний компонент її психічної діяльності, здатність до прогнозування слова, словосполучення, фрази.

Інтелект дитини з порушеннями слуху розглядається з точки зору його неушкодженості, але як такий, що має специфічний розвиток, відкритість до раціонального задіяння збережених сенсорних систем, механізмів, не характерних для сприймання мовлення (тактильного, зорового аналізаторів), інтелектуально навантажених шляхів розвитку ураженого слухового сприймання.

На початкових етапах мовленнєвого онтогенезу діти сприймають слово глобально, як ритмічно організований гештальт. Поступово дитина починає виділяти в цьому нерозчленованому цілому деякі диференційні ознаки (наприклад, складоритм, голосні звуки, дзвінкість приголосних, характерні поштовхи на місці проривних звуків тощо) без точної їх локалізації всередині слова. Подібна модель характерна для раннього етапу мовленнєвого онтогенезу. Це пояснюється тим, що права півкуля розвивається, визріває в більш ранньому віці і відіграє домінуючу роль. І саме права півкуля спеціалізується на цілісному сприйнятті і розпізнаванні мелодичних контурів. Тому формування мелодійності слів, їх ритміко-інтонаційних особливостей у дітей з порушеннями слуху є абсолютно доступним і важливим. Дитину з порушеннями слуху на ранніх етапах розвитку можна підготувати до засвоєння мовлення, до його накладання на сформовані ритміко-інто-

наційні особливості, використовуючи здатність правої півкулі сприймати і засвоювати, запам'ятовувати складо-ритмічну основу мовлення.

Вправи на сприймання, запам'ятовування ритміко-інтонаційних особливостей слів (словосполучень, коротких речень) покладені в основу мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями слуху раннього віку. У цей же час увага дитини акцентується на звуках, доступних її слуховому сприйманню. Також у цей час у дітей розвивається артикуляційна база, з'являються можливості сприймання і засвоєння фонем з мовлення дорослих. Відомо, що у чуючих дітей цей час характеризується висуненням гіпотез, їх перевіркою і прийняттям чи заміною цих гіпотез, відносно того, що діти чують, вибираючи те, що вони можуть використати у своєму мовленні, співвідносячи можливості з артикуляційною складністю, з розумінням слова. У процесі наших досліджень, спрямованих на з'ясування психолого-педагогічних умов раціонального задіяння інтелектуальних та сенсорних ресурсів дитини з порушеннями слухової функції у процесі оволодіння мовленням, ми звертались до текстів, які вона сприймає. Зокрема, було проаналізовано фонемний склад усних текстів і можливостей слухового сприймання дітей (12 осіб — учнів початкової школи). Виявилось, що теоретично дитина з порушеннями слуху не в змозі повністю зрозуміти звернене до неї мовлення, оскільки вона здатна сприйняти за допомогою збереженого зору і при ураженні слухового аналізатора лише третю частину фонемного складу усного тексту (а в окремих текстах лише четверту). Решта фонем, виходячи із даних аудіометричних показників конкретної дитини, недоступна її слуховому сприйманню, а також і зоровому (при читанні з губ). Крім того, саме цю обмежену кількість звуків та артикуляційних образів, яку дитина розрізняє у мовленнєвому потоці, необхідно ідентифікувати з фонемами мовлення, адекватно вибравши серед подібних за звучанням та артикуляційними особливостями саме ті, які наявні у зверненому мовленні, і на основі обмеженої інформації зрозуміти зміст усного тексту. Можна говорити про те, що позитивний результат мовленнєвої діяльності дитини, а саме сприймання та розуміння зверненого мовлення, обумовлений тим, що у цей процес задіюються її інші психічні можливості, компенсаторно-корекційний резерв її розвитку.

**Формування звуковимови.** Початкове формування звуковимови (1–2-й рік життя) ґрунтується на формуванні звуконаслідувань, характерних для становлення мовлення чуючих дітей: гуління, лепетання.

Формування звуковимови у дошкільників варто намагатись сформувати за наслідуванням у грі. Якщо це не вдається і потрібно перехо-



дити до їх формування, то важливо передбачити позиції артикуляційних органів для постановки звуків і добре підготувати артикуляційний апарат для звуків, які найближчим часом планується сформувані: навчити дитину управляти рухами губ, керувати рухами язика, фіксувати його положення вгорі, внизу за нижніми зубами, навчити дитину спрямовувати струмінь повітря тощо. Подібні вправи варто робити після чи паралельно з формуванням загальних рухів.

Послідовність формування фонем у дітей з порушеннями слуху дошкільного віку подається у відповідних літературних джерелах умовно. Часто сама дитина підказує, яку фонему потрібно сформувати на тому чи іншому етапі її навчання. Проте визначимо все ж таки два принципові підходи. Перший стосується дітей раннього віку — 2–3-х років та дещо старших, тих, у яких відсутня значна кількість звуків і які не усвідомили особливостей виникнення, артикулювання звуків. У цьому випадку доцільне формування звуковимови на контрастах — кожний новий звук, яким оволодіває дитина, має артикуляційні, видимі відмінності від попереднього. Наприклад: [м], [д], [в] або [п], [т], [к]. Такий підхід дає дитині змогу відчутти особливості артикулювання та вимовляння кожного нового звука, виділити притаманні йому ознаки, а відтак почати виробляти у своїй практиці відповідний аналітичний механізм у процесі оволодіння мовленням, говорінням та сприйманням, розумінням зверненого.

Другий підхід базується на організації фонем при удосконаленні звуковимови (автоматизації, диференціації) за спільністю місця їх творення. Цей підхід можна використовувати у роботі з краще підготовленими або старшими дітьми.

*За місцем творення* приголосні поділяються на:

- губні: [б], [п], [в], [м], [ф];
- передньоязикові: [д], [д'], [т], [т'], [з], [з'], [с], [с'], [ц], [ц'], [дз], [дз'], [ж], [ч], [ш], [дж], [л], [л'], [н], [н'], [р], [р'];
- середньоязиковий: [й];
- задньоязикові: [г], [к], [х];
- глотковий (фарингальний): [ґ].

Дитина підводиться до усвідомлення того, що один і той же артикуляційний образ може бути притаманний групі фонем, які вимовляються по-різному.

*За способом творення* приголосні поділяються на:

- ротові: [б], [п], [д], [д'], [т], [т'], [г], [к];
- носові: [м], [н'], [н];

- афrikати: [дж], [дз], [дз'], [ч], [ц], [ц'];
- фрикатииви: [в], [ф], [з], [з'], [с], [с'], [ж], [ш], [й], [г], [х], [л], [л'];
- дрижачі: [р], [р'].

По-перше, такий підхід дозволяє дитині з часом усвідомити, що при читанні з губ існують фонемі, які мають однаковий артикуляційний образ; по-друге, допомагає закріпити артикуляцію цих звуків (за подібністю) і краще усвідомити відмінності звуковимови на базі одного артикуляційного образу.

Пропонується і третій підхід, який може використовуватись у практиці формування звуковимови у дітей з порушеннями слуху, в основі якого лежить врахування глухості/дзвінкості звуків. Подається дві групи приголосних, об'єднаних *за участю голосу* — глухі і дзвінки.

Це зумовлено тим, що для дітей, які слухопротезовані якісними слуховими апаратами, доцільніше при формуванні звуковимови орієнтуватися на дзвінки звуки, які можуть бути більш доступні для їх слухового сприймання, для самовслуховування у їх звучання, що дозволяє дитині швидше оволодіти ними і використовувати у власному мовленні. Дзвінки звуки дозволяють дитині якісніше сприймати звернене мовлення, оскільки забезпечують більшу кількість доступних мовленнєвих сигналів, що зменшує кількість варіантів вибору при розпізнаванні та розумінні мовлення.

*За участю голосу* приголосні поділяються на:

- дзвінки: [б], [д], [д'], [г], [з], [з'], [ж], [дж], [дз], [дз'], [г];
- глухі: [п], [т], [т'], [к], [с], [с'], [ш], [ч], [ц], [ц'], [ф], [х].

Орієнтуючись на даний перелік, на можливості конкретної дитини, педагог самостійно може визначити послідовність формування звуковимови та обрати відповідні методичні умови.

Відомо, що центральними факторами, які визначають фонологічний розвиток дитини, є дозрівання і розширення репертуару артикуляційних навичок. Чуюча дитина сама формує систему фонемних протиставлень і їх диференційних ознак, які є узагальненням артикуляційних або акустичних образів. У дитини з порушеннями слуху здійснюється спеціальне формування звуковимови, яке базується на доступності фонем слуховому сприйманню, доступності для зорового сприймання артикуляційних образів фонем, врахуванню їх дзвінкості/глухості тощо. Не виключена можливість самостійної появи окремих фонем у дітей зі зниженим слухом та в деяких дітей зі значними втратами слуху (більше ніж 90 дБ).

Особливої уваги потребує відпрацювання моторного образу звука, тобто подолання моторних труднощів звуковимови. Адже відомо, що новий звук у дитини включається у свою фонологічну систему лише тоді, коли дозріють артикуляційні можливості його реалізації. З даних досліджень можна зробити висновок, що невідпрацьований у моторному плані звук, який дитина з порушеннями слуху вимовляє з труднощами, не стає надбанням її фонологічної системи, тобто вона не надає йому значення, не вважає важливим його використання у мовленні. Засобом, який дозволяє автоматизувати звуковимову, є повторення складоритму слова, словосполучення, фрази одним і тим же складом. Наприклад, при потребі автоматизувати звук Ж пропонуємо дитині повторювати складоритм групи слів одним і тим же складом: ЖАжа-ЖАба, жаЖАжа-маШИна тощо.

Основними завданнями освіти дітей з порушеннями слуху є:

- забезпечення різнобічного гармонійного розвитку на основі корекції наявних порушень;
- виховання і навчання дітей у процесі систематичної корекційно-компенсаторної навчально-виховної роботи;
- попередження, корекція відхилень у розвитку дітей;
- охорона і зміцнення їх здоров'я;
- практичне оволодіння різними засобами спілкування, формування словесного мовлення як засобу спілкування і пізнання;
- розвиток слухового сприймання;
- розвиток пізнавальної активності;
- фізичний розвиток;
- соціалізація особистості.

Закономірним етапом розвитку системи допомоги дітям з порушеннями слуху на сучасному етапі є забезпечення вільного доступу до якісної освіти, високопрофесійного компенсаторно-корекційного виховання і навчання.

### **Запитання і завдання для самоперевірки**

1. Розкрийте сутність сенсорних систем.
2. Охарактеризуйте будову зорового аналізатора.
3. Визначте причини порушень зору.
4. Охарактеризуйте захворювання та аномалії розвитку органів зору.
5. Охарактеризуйте психологічні особливості сліпих дітей.
6. Охарактеризуйте психологічні особливості слабозорих дітей.

7. *Визначте оптимальні умови організації навчально-виховного процесу дітей зі зниженим зором.*
8. *Охарактеризуйте значення сенсорних систем для психофізичного розвитку дитини.*
9. *Назвіть види порушень слуху.*
10. *Визначте функції різних відділів слухового аналізатора.*
11. *Які критерії покладено в основу медичної класифікації порушень слуху?*
12. *Які критерії покладено в основу педагогічної класифікації порушень слуху?*
13. *Назвіть групи дітей з порушеннями слуху залежно від часу і ступеня тяжкості ураження слухової функції.*
14. *Охарактеризуйте значення білатерального і бімодального стимулювання слухової функції для психічного та мовленнєвого розвитку дитини.*
15. *Охарактеризуйте роль слухового, зорового і тактильного сприймання як корекційно-компенсаторних засобів розвитку пізнавальної активності та мовленнєвої діяльності дітей з порушеннями слуху.*
16. *Дайте порівняльну характеристику дітей з різним ступенем порушення слухової функції.*
17. *Визначте особливості корекційно-компенсаторної роботи з глухими дітьми та дітьми зі зниженим слухом.*

## **ДЖЕРЕЛА**

1. Анисимова Н.Л. Особенности психологической помощи детям с нарушениями зрения в дошкольном учреждении : методич. рекомендации / Н.Л. Анисимова, И.В. Новичкова, Л.И. Солнцева ; под ред. Л.И. Солнцевой. — М. : ИПТК «Логос» ВОС, 2001. — 95 с.
2. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии : учебное пособие для студентов педвузов / Наталья Юрьевна Борякова. — М. : АСТ : Астрель, 2008. — 222 с.
3. Вартамян И.А. Физиология сенсорных систем: руководство / И.А. Вартамян. — СПб : Лань, 1999. — 220 с.
4. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М : Просвещение, 1973. — 175 с.
5. 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.

6. Дегтяренко Т.М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навчальний посібник / Т.М. Дегтяренко, Л.С. Вавіна. — Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. — 302 с.
7. Дефектологічний словник : навчальний посібник / За ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. — К. : «МП Леся», 2011. — 526 с.
8. Ермаков В.П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения / В.П. Ермаков, Г.А. Якунин. — М. : Просвещение, 1990. — 223 с.
9. Кобильченко В.В. Корекція психосоціального розвитку учнів 1–4 класів з вадами зору : науково-методичний посібник. — К. : Актуальна освіта, 2005. — 150 с.
10. Кульбіда С.В. Статус глухої людини в соціумі: особистість чи стигматизований індивід? / Світлана Кульбіда // Молодь в умовах нової соціальної перспективи : збірка наукових праць. — К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. — Вип. 16. — С. 477–488.
11. Кульбіда С.В. Формування жестомовної комунікативної компетенції — від розуміння до застосування / С.В. Кульбіда // Особлива дитина : навчання і виховання. — 2016. — № 1/77. — С. 15–29.
12. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
13. Литвак А.Г. Тифлопсихология / А.Г. Литвак. — М. : Просвещение, 1985. — 208 с.
14. Луцько К.В. Основні закономірності формування умінь та навичок сприймання усного мовлення у дітей з вадами слуху / Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та психологія : збірник // М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. — К. : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2010. — Вип. 15. — С. 181–186.
15. Мартинчук О.В. Основы корекційної педагогіки : навч.-метод. посіб. для студентів напряму підготовки «Дошкільна освіта» / Олена Валеріївна Мартинчук. — К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. — 288 с.
16. Мороз Б.С. Корекційні технології у слухопротезуванні дітей / Б.С. Мороз, В.П. Овсяник, К.В. Луцько. — К : Науково-виробниче підприємство «ВАБОС», 2008. — 147 с.
17. Мороз Б.С. Сучасні технології реабілітації і навчання дітей з вадами слуху та мовлення : науково-методичний збірник / Б.С. Мороз, К.В. Луцько. — К. : «А&Р», 2003. — 130 с.

18. Овсяник В.П. Деякі аспекти кохлеарної імплантації та можливості її проведення в Україні / В.П. Овсяник, Б.С. Мороз, К.В. Луцько. — Випуск 6. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи. — К. — 2005.
19. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева ; [за заг. ред. С.П. Миронової]. — Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. — 264 с.
20. Покутнева С.А. Науково-теоретичні засади формування змісту навчання в освітній галузі «Людина і світ» у школах для дітей з глибокими порушеннями зору / С.А. Покутнева. — К. : Видавництво Українського фітосоціологічного центру, 2008. — 2004 с.
21. Свиридюк Т.П. Подготовка слабовидящих детей к школе / Т.П. Свиридюк // НИИ педагогики УССР. — К. : Рад. школа, 1984. — 95 с.
22. Синьов В.М. Основи дефектології : навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
23. Синьова Є.П. Тифлопсихологія : підручник / Є.П. Синьова. — Київ : Знання, 2008. — 365 с.
24. Солнцева Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. — М. : Полиграф-сервис, 1997. — 121 с.
25. Специальная педагогика : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксёнова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др. ; [под ред. Н.М. Назаровой]. — М. : Академия, 2001. — 400 с.
26. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / За ред. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма-матер, 2003. — 436 с.
27. Таран О.П. Психологічна готовність дитини до школи / Оксана Таран. — К. : Шк. світ, 2010. — 128 с.
28. Фильчикова Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция : методическое пособие / Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей. — М. : Издательство «Экзамен», 2004. — 192 с.
29. Федорук В. Значення ранньої діагностики в слуховій допомозі і навчанні дітей з порушенням слуху [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://doromoha.kiev.ua/profi/sluch1.htm>
30. Хитрюк В.В. Основы дефектологии : учеб. пособие / В.В. Хитрюк. — Минск : Изд-во Гревцова, 2009. — 280 с.

## РОЗДІЛ IV

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

**Основні поняття:** логопедія, кінестезія, мовленнєвий праксис, оральна апраксія, афазія, алалія, дизартрія, заїкання, мутизм, сурдомутизм, дислалія, ринолалія, фонаційні мовленнєві розлади, дисфонія, афонія, батаризм, брадилалія, тахілалія, алексія, дислексія, дисграфія, аграфія.

### 4.1. Загальна характеристика порушень мовлення

Мовленнєве спілкування — важлива складова соціального буття дитини як суспільної істоти, а отже, відіграє важливу роль у її пізнавальному та особистісному розвитку. Мовлення має особливо великий вплив на розвиток різних психічних процесів — сприймання, пам'яті, уяви, мислення.

Кількість порушень мовлення, за даними різних авторів, варіюється в межах від 2 до 4 випадків на 1 000 новонароджених. В останній час кількість дітей з порушеннями мовлення значно збільшилась. За даними психолого-медико-педагогічних консультацій за 2015–2016 н. р., офіційно було зареєстровано 6 671 817 дітей, із них — 189 353 дітей з порушеннями мовлення віком до 18 років.

Вивченням, попередженням і корекцією порушень мовлення займається **логопедія** (від *грец.* *logos* — слово, мовлення і *paideia* — виховання, навчання).

Логопедія вивчає етіологію, механізми, симптоматику, перебіг і структуру мовленнєвих порушень; розробляє наукові основи їх попередження та подолання засобами спеціально організованих процесів навчання та виховання.

**Мовлення** — важлива функція кори головного мозку. У його здійсненні беруть участь різні відділи кори головного мозку (коркові

мовленнєві зони, розташовані в домінантній півкулі: у праворуких — у лівій, у ліворуких — у правій). У скроневої зони лівої півкулі відбувається сприйняття та диференціювання слухових подразнень, там же відбувається складний процес розуміння мовлення; рухова зона (нижні лобні звивини лівої півкулі) здійснює програму зовнішнього мовлення; в зоровій зоні (потилична частина) відбувається сприйняття і розпізнавання необхідних для письма графічних зображень.

Велике значення для мовлення мають тім'яні зони мозку, які здійснюють сприйняття і аналіз рухових імпульсів, що потрапляють у центральну нервову систему від мовленнєвого апарату у процесі його функціонування. Ці імпульси називаються **мовленнєвими кінестезіями**, вони забезпечують зворотну аферентацію (зв'язок). Без цього зв'язку неможливо розвивати мовлення, оскільки без здатності накопичення досвіду для керівництва руху м'язів органів мовлення не розвивається **мовленнєвий праксис** (від *грец.* *praxis* — дія). Виникає патологічний стан — **оральна апраксія**, або **ротова** (від *грец.* *a* — заперечна частка, *praxis* — дія) — порушення здатності виконувати складні рухи, що виникає через ураження певних ділянок кори головного мозку (найчастіше нижньотім'яної ділянки лівої півкулі), спостерігається порушення цілеспрямованих дій, при цьому особливо виражена апраксія язика. Особливо тяжкі прояви оральної апраксії спостерігаються при ураженні тім'яно-скронево-потиличних відділів домінантної півкулі.

Мовленнєві порушення характеризуються тим, що:

- з'явившись, самостійно не зникають;
- з часом закріплюються;
- не відповідають вікові того, хто говорить;
- потребують спеціального логопедичного втручання залежно від характеру, виду та механізмів порушення;
- набувають стійкого характеру без своєчасного логопедичного впливу;
- виникнення порушень мовлення в подальшому може впливати на психічний та/або фізичний розвиток дитини.

Порушення мовлення може виступати як первинне порушення (алалія, афазія, дизартрія, ринолалія тощо) або проявлятися у вигляді вторинних та третинних відхилень при первинних порушеннях (порушення слуху, зору, опорно-рухової системи, розумової діяльності тощо).

Різноманітні мовленнєві недоліки, які є первинними у дітей з порушенням мовлення, призводять до вторинних відхилень як у їх загаль-



ному, так і мовленнєвому розвитку. Наприклад, порушена звуковимова може призвести до труднощів під час оволодіння грамотою з рідної мови, що у свою чергу може негативно позначитися на мисленнєвому розвитку дитини. Досить часто дитина з тяжкими мовленнєвими порушеннями викликає до себе негативне ставлення однолітків, що змушує її уникати колективних ігор, спілкування. Це призводить до ряду небажаних відхилень у поведінці, характері дитини — замкненість, дратівливість, апатія, негативізм, агресія тощо.

Формування мовленнєвої функції є складним процесом, у якому беруть участь слуховий та мовленнєворуховий аналізатори.

Мовленнєворуховий аналізатор складається із двох основних відділів: периферійного та центрального. Периферійний відділ у свою чергу поділяється на такі частини: 1) легені, бронхи та трахея; 2) гортань; 3) глотка, носова порожнина, носоглотка, язичок, тверде та м'яке піднебіння, язик, зуби та губи. Кожен із зазначених органів бере участь в утворенні звуків мовлення людини.

До складу центрального відділу мовленнєворухового аналізатора відносять підкіркові вузли, провідні шляхи, ядра стовбура, довгастий мозок і нерви, що йдуть до дихальних, голосових та артикуляційних м'язів (рис. 4.1).

Отже, відповідно до структури анатомо-фізіологічних механізмів мовлення, порушення мовленнєвої діяльності можуть мати як центральний, так і периферійний характер. Зазвичай **етиологію** мовленнєвих порушень складають біологічні та соціально-психологічні чинники ризику. Вони можуть впливати в період внутрішньоутробного розвитку, пологів (гіпоксія плода, пологові травми тощо) й у перші місяці життя дитини (мозкові інфекції, травми голови тощо). Також до причин можна віднести сімейну обтяженість, ліворукість дитини, недостатність емоційного та мовленнєвого спілкування з дорослими, двомовність у сім'ї, мовленнєве перенавантаження, педагогічну занедбаність тощо.

Якщо дія певного негативного чинника зачіпає той чи інший відділ ЦНС і викликає порушення мовлення, то це розглядається, як центральне порушення. У тих випадках, коли спостерігаються аномалії в будові артикуляційного апарату (недоліки в будові щелепно-зубної системи, зміни розміру і форми язика чи піднебіння, розщілини тощо), то тут має місце периферійне порушення мовлення.

До факторів, що зумовлюють мовленнєві порушення, відносять внутрішньоутробні та набуті ураження ЦНС, спричинені травмами,

інфекціями, інтоксикаціями, які зачіпають слухомовленнєву ділянку кори головного мозку. У цих випадках мають місце органічні порушення мовлення (алалія, афазія, дизартрія). При функціональному порушенні мовлення спостерігається заїкання, викликане переляком, страхом, інформаційним перенасиченням, іншими чинниками.

Етіологію порушень мовлення умовно можна поділити на дві основні групи. До складу цих груп входять різноманітні негативні чинники, що призводять до будь-яких відхилень у розвитку людини.

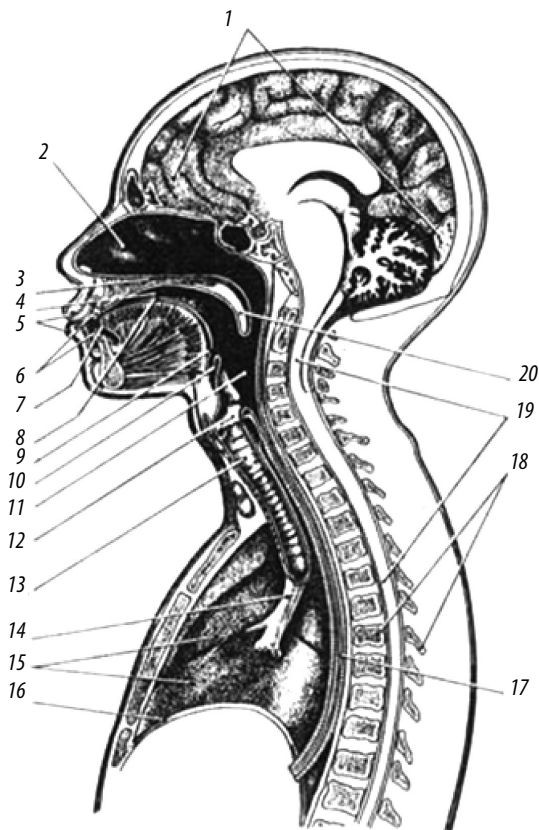


Рис. 4.1. Анатомо-фізіологічні механізми мовлення.

1. Головний мозок.
2. Носова порожнина.
3. Тверде піднебіння.
4. Ротова порожнина.
5. Губи.
6. Зуби.
7. Кінчик язика.
8. Спинка язика.
9. Корінь язика.
10. Надгортанник.
11. Глотка.
12. Гортань.
13. Трахея.
14. Правий бронх.
15. Права легеня.
16. Діафрагма.
17. Стравохід.
18. Хребет.
19. Спинний мозок.
20. М'яке піднебіння.

До першої групи відносяться *порушення ендогенного (внутрішнього) походження*: усі вроджені спадкові порушення, які можуть викликати психічні і фізичні відхилення у дітей; генетична схильність, що передається з покоління в покоління; хронічні або інфекційні захворювання вагітної; ендокринні або захворювання серцево-судинної системи вагітної тощо.

До другої групи належать *порушення екзогенного (зовнішнього) походження*, а саме: відхилення, які виникають у результаті негативних впливів довкілля. Вони можуть мати як вроджений, так і набутий характер.

Також до етіологічних чинників, які призводять до порушень мовлення, належать: фактори, які негативно впливають у період внутрішньоутробного розвитку; вплив негативних факторів під час пологів та дія негативних факторів у період раннього дитинства.

До факторів, які негативно впливають у період внутрішньоутробного розвитку плода відносять: токсикози першої або другої половини вагітності; дія радіоактивного опромінення; наявність гострих інфекційних захворювань матері (грип, краснуха, токсоплазмоз, хламідіоз); ендокринні розлади та/або порушення діяльності окремих органів вагітної (нирок, печінки, серця); несумісність крові матері та дитини: резус-фактор (резус-конфлікт); різноманітні фізичні травми під час вагітності; вживання тютюну, алкоголю й наркотиків вагітною; часті стресові ситуації; інтоксикації організму майбутньої матері; вживання лікарських препаратів без рекомендації лікаря (антибіотики, гормональні препарати, наркотичні засоби, кофеїн, заспокійливі тощо).

До негативних факторів, які негативно впливають на дитину під час її народження (під час пологів) відносять: асфіксія чи гіпоксія; пологові механічні травми; затяжні пологи зі стимуляцією й використанням механічних засобів; стрімкі пологи; неправильне положення дитини, кесарів розтин тощо.

У період раннього дитинства причинами мовленнєвих порушень можуть виступати: травми голови дитини, які супроводжуються струсами головного мозку; нейроінфекції; інфекційні захворювання; отруєння та інтоксикації; загальні захворювання середнього і внутрішнього вуха; часте застосування ліків чи самолікування (антибіотиків), які впливають на слуховий нерв; набуті ураження периферійного відділу мовленнєвого апарату (довгочасне смоктання пальця чи соски; різні травми); несприятливі соціально-побутові умови, що призводять до мікросоціальної занедбаності; психосоматичне виснаження; часті стресові ситуації у ближчому оточенні дитини тощо.

Сучасні уявлення про форми та види порушень мовлення, які є науково обґрунтованими та дослідженими, являються базисом для подальшої логопедичної роботи (підбір найефективніших методів, засобів та способів їх подолання, проведення профілактичної роботи тощо). Протягом усієї історії розвитку логопедії науковці намагалися розробити класифікацію порушень мовлення, яка б включала у свою структуру психологічні, педагогічні та медичні аспекти. Але на даний момент питання ґрунтовної класифікації залишається одним із актуальних не лише в логопедії, а й у низці суміжних наук, що вивчають порушення мовленнєвої діяльності: нейрофізіології, медицині, патології нейропсихології, галузях спеціальної психології та педагогіки тощо. Труднощі класифікації порушень мовлення зумовлені низкою причин, серед яких провідне місце займає недостатня вивченість самого механізму мовлення та структури його порушень, різноманітність поглядів науковців щодо питань про принципи її побудови та систематизації порушень мовлення.

За Л.О. Бадаляном, усі розлади мовлення залежно від причини їх виникнення можна поділити на чотири основні групи.

I. Розлади мовлення, пов'язані з органічним ураженням центральної нервової системи: **афазія, алалія, дизартрія**.

II. Мовленнєві порушення, пов'язані з функціональними змінами центральної нервової системи: **заїкання, мутизм, сурдомутизм**.

III. Мовленнєві порушення, пов'язані з дефектами будови артикуляційного апарату: **механічна дислалія, ринолалія**.

IV. Затримка мовленнєвого розвитку різного походження (при тяжких захворюваннях внутрішніх органів, педагогічній занедбаності тощо).

Найскладніші мовленнєві порушення зачіпають як фонетико-фонематичну, так і лексико-граматичну сторони мовлення, призводять до загального його недорозвинення — від відсутності мовлення або лепетного стану до розгорнутого мовлення, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвинення.

На даний момент сучасна логопедія базується на двох основних класифікаціях порушень мовлення — **клініко-педагогічній** та **психолого-педагогічній**.

Зазначені класифікації, попри відмінності в типології та структурі видів порушень мовлення, одні й ті ж явища розглядають із різних точок зору, але вони не суперечать одна одній, а навпаки — вони доповнюють одна одну, оскільки орієнтовані на вирішення різ-

них завдань єдиного, але багатоаспектного процесу логопедичного впливу.

**Клініко-педагогічна класифікація** спирається на вивчення етіології та патологічних проявів мовленнєвого порушення. Виділяють різні форми мовленнєвих недоліків, кожна з яких має свою етіологію, патогенез, симптоматику та динаміку прояву.

Клініко-педагогічна класифікація (автори М. Хватцев, О. Рау, О. Правдіна, С. Ляпідевський, Б. Гриншпун, Р. Левіна та ін.) орієнтується на корекцію порушеного мовлення, на розробку диференційованого підходу до його подолання і націлена на кінцеву деталізацію видів та форм мовленнєвих порушень.

Усі види порушень, які розглядаються в даній класифікації, поділяються на дві групи: порушення усного мовлення та порушення писемного мовлення.

**Порушення усного мовлення**, у свою чергу, поділяються на два типи: 1) порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення висловлювання; 2) порушення структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання.

**Фонаційні** (від *грец.* phone — звук, голос; фонація — голосоутворення) порушення мовлення диференціюються залежно від ураження тієї чи іншої ланки:

- голосоутворення;
- темпоритмічної організації висловлювання;
- інтонаційно-мелодійної;
- звуковимови.

Ці розлади можуть бути як самостійними, так і в різних сполученнях.

Для позначення вищезазначених груп порушень існують традиційно закріплені терміни, які широко використовуються у спеціальній педагогіці та логопедії.

Розглянемо основні мовленнєві порушення, які входять у структуру **порушень фонаційного оформлення мовлення**.

До порушень голосу прийнято відносити відсутність або розлади фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату. За ступенем вираженості порушення голосу поділяють на **дисфонію** (від *грец.* dys — префікс, який означає розлад, і phone — голос) — часткові порушення висоти, сили і тембру голосу та **афонію** (від *грец.* a — частка, яка означає заперечення, phone — голос) — повна відсутність голосу.

Синоніми — порушення голосу, порушення фонації, фонаторні порушення, вокальні порушення.

До основних причин порушень голосу зазвичай відносять захворювання гортані, носоглотки, ротоглотки, легенів, бронхів і трахеї, серцево-судинної системи, недотримання правил гігієни розмовного та співочого голосу, правил загальної гігієни, перенапруження голосу, зниження слуху.

У залежності від етіології порушення голосу поділяють на центральні та периферичні, які у свою чергу можуть бути органічними або функціональними. Більшість відхилень є самостійними порушеннями, причинами яких є захворювання та будь-які зміни лише голосового апарату. Однак вони можуть бути і супутніми при більш тяжких порушеннях мовлення, входячи в їх структуру (афазія, дизартрія, ринолалія, заїкання).

Механізми порушень голосу залежать від характеру змін нервово-м'язового апарату гортані; від рухливості та тону голосових зв'язок, які проявляються у вигляді гіпо- або гіпертонусу; в деяких випадках у поєднанні того й іншого.

Органічні порушення голосу виникають у результаті анатомічних змін голосового апарату або хронічних запальних процесів. У цю групу входять **дисфонії**, що виникли внаслідок ушкоджень голосових м'язів будь-якого генезу (травми, пухлини, запалення), відсутність однієї або обох голосових зв'язок у результаті травм, хірургічного втручання або анатомічних дефектів гортані. Функціональні порушення голосу супроводжуються невидимими анатомічними змінами в голосоутворюючому відділі голосового апарату. Сюди слід віднести дисфонії або афонії, які виникли в результаті: голосового перенавантаження, невдалої постановки голосу, різноманітних інфекційних захворювань та впливів психічних факторів.

Для більш детального визначення етіології, механізмів та структури дисфонії (афонії) і розробки подальшої ефективної корекційно-педагогічної роботи необхідно проводити комплексне обстеження, яке включає в себе медичне (фоніатричне, отоларингологічне, неврологічне), логопедичне та психологічне сп'ямування.

У логопедії існує спеціальний напрямок, який займається вивченням голосу та методів його корекції при органічних і функціональних порушеннях. Дана галузь називається **фонопедією**.

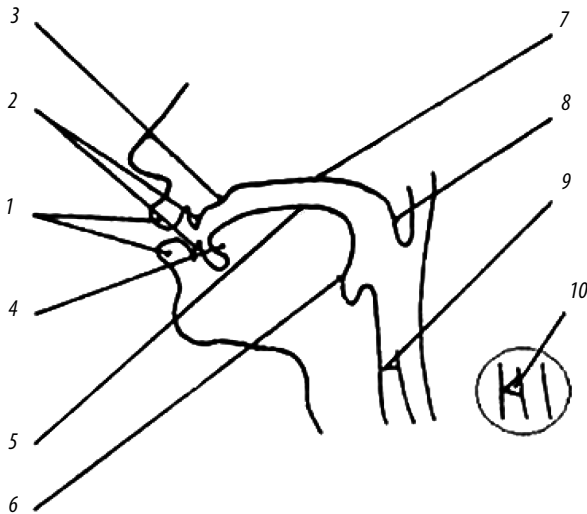
**Дислалія** (від *грец.* *dys* — префікс, який означає розлад, *латин.* *lalia* — мовлення) — порушення звуковимови при нормальному слухові та збереженій іннервації мовленнєвого апарату.

Синоніми — порушення звуковимови, фонетичні порушення, недоліки вимовляння фонем.

При дислалії слух, інтелект та іннервація мовленнєвого апарату є збереженими. Порушення звуковимови при даному недоліку пов'язані з аномалією будови артикуляційного апарату, особливостями мовленнєвого виховання та віковими особливостями дитини.

Недоліки звуковимови проявляються в порушеннях відтворення звуків рідної мови: заміні одних звуків іншими, спотвореній вимові, змішуванні та пропусках звуків.

У залежності від збереження анатомічного складу мовленнєвого апарату дислалія поділяється на функціональну та механічну (або органічну). Функціональна характеризується наявністю порушеної звуковимови без патологічних змін в артикуляційному апараті, механічна (або органічна) — недоліки вимови виникають у результаті наявності змін у будові периферійного відділу мовленнєвого апарату (*рис. 4.2*).



*Рис. 4.2.* Будова артикуляційного апарату

1. Губи.
2. Різці.
3. Альвеоли.
4. Кінчик язика.
5. Спинка язика.
6. Корінь язика.
7. Тверде піднебіння.
8. М'яке піднебіння.
9. Голосові зв'язки (зімкнені).
10. Голосові зв'язки (розімкнені).

Залежно від кількості порушених груп звуків дислалію поділяють на мономорфну, коли страждає одна група звуків (наприклад, шиплячі), та поліморфну, коли порушено дві і більше групи звуків. Відповідно до того, якими є порушення, фонематичними чи фонетичними, розрізняють також артикулярно-фонетичну, артикулярно-фонематичну та акустико-фонематичну дислалії. Також дислалію прийнято класифікувати за тим, яка кількість звуків порушена: проста та складна дислалії.

У логопедії порушена звуковимова має свої терміни: **ротацізм** (недолік вимови звуків [p], [pʹ]); **ламбдацізм** (недолік вимови звуків [л], [лʹ]); **йотацізм** (недоліки вимови звука [j] (йот)); **сигматизм** (недолік вимови свистячих і шиплячих звуків: [с], [сʹ], [з], [зʹ], [ц], [ш], [ж], [ч]); **каппацізм** (недоліки вимови звуків [к], [кʹ]); **гаммацізм** (недоліки вимови звуків [г], [гʹ]); **хитизм** (недоліки вимови звуків [х], [хʹ]). У випадках, коли спостерігається заміна звуків, то до вищеперерахованих порушень додається приставка «пара-»: **параротацізм, параламбдацізм, парасигматизм** тощо.

Дислалія є одним із найбільш поширених порушень звуковимови у дітей дошкільного віку. Логопедична робота щодо подолання різних форм дислалії відбувається на спеціально організованих заняттях логопедом в дошкільному закладі або ж на логопедичному пункті.

Логопедичні заняття проводяться систематично не менше 3 разів на тиждень. Терміни подолання недоліків звуковимови залежать від ступеня складності порушення, індивідуальних та вікових особливостей дитини, регулярності занять, допомоги батьків логопеду. У випадках подолання простої дислалії корекційні заняття тривають від одного до трьох місяців, при складній — від трьох до шести.

**Дизартрія** (від грец. *dys* — префікс, який означає розлад, *arthon* — сполучати) — порушення звуковимови в результаті недостатньої іннервації мовленнєвого апарату.

Синонім — невиразне мовлення.

Основні прояви дизартрії характеризуються наявністю розладів звуковимовної та просодичної сторін мовлення, які пов'язані з органічними ураженнями центральної та/або периферійної нервової системи.

Порушення звуковимови при дизартрії проявляються по-різному і залежать від характеру та тяжкості ураження нервової системи. У легких випадках ураження в мовленні наявні окремі варіанти спотворення звуків, у більш тяжких — спостерігаються спотворення, заміни та пропуски звуків, страждає темп, виразність, модуляція, мовлення стає невиразним та нечітким.



Різнобічне (клінічне, логопедичне та психологічне) вивчення дітей з дизартрією доводить, що ця категорія дітей дуже неоднорідна з точки зору рухових, психічних і мовленнєвих порушень. Етіологія дизартрії базується на органічних ураженнях центральної нервової системи в результаті дії різноманітних несприятливих чинників на мозок дитини у внутрішньоутробному та ранньому періодах розвитку. Найчастіше це внутрішньоутробні ураження, що є результатом гострих, хронічних інфекцій, кисневого голодування плода (гіпоксії), інтоксикації, токсикозу вагітності та інших негативних чинників. Причинами дизартрії також можуть бути асфіксія при пологах, несумісність резус-фактора тощо. У деяких випадках порушення може виникнути в результаті дії інфекційних захворювань на нервову систему в перші роки життя дитини. За даними численних наукових досліджень дизартрія у більшості випадків зустрічається у дітей, які страждають дитячим церебральним паралічем (М. Єдинова, Е. Правдіна, Е. Мاستюкова, М. Іпполітова та ін.).

Загальними клінічними ознаками дизартрії є:

- порушення м'язового тону у артикуляційних м'язах, які мають різний характер залежно від локалізації ураження структур мозку;
- обмежена рухливість артикуляційних м'язів, яка виникає внаслідок паралічів та парезів;
- наявність гіперкінезів та оральних синкінезів;
- вади імпульсації від м'язів артикуляційного апарату та вплив патогенетичних тонічних рефлексів на ці м'язи.

Обмежена рухливість артикуляційних м'язів призводить до порушення вимовляння звуків. При цьому насамперед порушуються диференційовані рухи. Це передусім піднімання язика вгору. Внаслідок цього неможлива вимова передньоязикових звуків [р], [л], [т] тощо. При дизартрії порушуються координовані рухи м'язів мовленнєвого апарату, тому порушується вимова багатьох звуків, які потребують цих координованих рухів.

При парезі колового м'яза рота спостерігається обмежена рухливість губ. Дитина не може витягувати губи уперед або розтягувати кути губ при посмішці. У зв'язку з цим порушується вимова губних звуків [б], [п], [м], [в], [ф].

При дизартрії спостерігається обмежена рухливість м'якого піднебіння внаслідок порушення іннервації піднебінних м'язів. Ці м'язи іннервуються руховими гілками язико-глоткового та блукаючого нервів. При враженні м'язів м'якого піднебіння голос набуває носового

відтинку (відкрита гугнявість). При враженні блукаючого нерва відкрита гугнявість та артикуляційні розлади поєднуються з хрипотою і розладнанням сили голосу (афонія) внаслідок часткового або повного порушення функцій внутрішніх м'язів гортані.

Характерною особливістю дизартрії є розладнання голосу за рахунок обмеженої іннервації м'язів гортані. Голос при дизартрії слабкий, з порушенням модуляції. При парезах м'язів голосового апарату порушується вібрація голосових зв'язок, тому сила голосу стає мінімальною. При цьому порушується вимовляння дзвінких приголосних і їх заміна глухими, артикуляція яких відбувається при незімкнених і нерухомих голосових зв'язках. Усі ці рухи гортані пов'язані з рухами язика, м'якого піднебіння і нижньої щелепи, тому порушення голосу і артикуляційні розлади найчастіше взаємопов'язані.

При дизартріях спостерігається порушення дихання. Ці порушення можуть бути пов'язані з парезом дихальних м'язів, з порушенням центральної регуляції дихання, з розладами координації між диханням і артикуляцією.

При деяких дизартріях спостерігається посилення слиновиділення (гіперсалівація), що пов'язано з обмеженим рухом м'язів язика, порушенням ковтання, парезом губних м'язів, зниженням самоконтролю дитини.

У вітчизняній логопедії найбільш поширеною класифікацією дизартрії є класифікація О. Правдіної, яка розроблена на основі врахування неврологічного підходу та рівнів локалізації ураження рухового апарату мовлення. За даною класифікацією розрізняють такі форми дизартрії: бульбарна, псевдобульбарна, екстрапірамідна, мозочкова та кіркова.

При ураженні підкіркових відділів головного мозку спостерігається підкіркова або екстрапірамідна дизартрія, яка характеризується мимовільною зміною м'язового тону в артикуляційних м'язах (язик, голосові зв'язки, губи або напружені, або розслаблені), вираженим порушенням модуляції, виразності, темпу мовлення. Інколи спостерігаються гіперкінези м'язів обличчя та артикуляційного апарату, порушення дихання й утворення голосу.

При ураженні мозочка спостерігається форма дизартрії, яка характеризується вираженою асинхронністю артикуляції, зниженням сили голосу, порушенням дихання та темпу мовлення. Воно повільне, порушена модуляція, неправильно поставлений наголос. Під кінець вимовляння фрази голос послаблюється.

При ураженні коркових зон передньоцентральної звивини, в якій відбувається аналіз імпульсів, що поступають із м'язів артикуляційного апарату, виникає кіркова дизартрія, яка характеризується ізольованим порушенням вимови окремих звуків, відсутністю слиновиділення і порушенням утворення голосу.

Бульбарна дизартрія характеризується периферійним парезом мовленнєвої мускулатури: в'ялі паралічі м'язів губ, однієї щоки, що призводить до порушень та нечіткості артикуляції губних звуків. При двосторонньому ураженні порушена звуковимова більш виражена. Спотворена вимова всіх губних звуків, які наближені до єдиного глухого щілинного губно-губного звука. Усі порушення звуковимови назалізовані.

При ураженні черепно-мозкових нервів, що іннервують артикуляційну мускулатуру, виникає псевдобульбарна дизартрія. Дана форма характеризується порушеннями тону м'язів, процесу ковтання, дихання, голосоутворення, обмеженням рухливості органів артикуляційного апарату, млявістю м'якого піднебіння, слабкістю глоткового рефлексу.

Система логопедичного впливу при дизартрії має комплексний характер, який поєднує процеси корекції звуковимови з формуванням звукового аналізу та синтезу, розвитком лексико-граматичної сторони мовлення та зв'язного висловлювання. Особливістю роботи при даному мовленнєвому порушенні виступає поєднання логокорекційного впливу з артикуляційним масажем і гімнастикою, логопедичною ритмікою, ЛФК, фізіотерапією та медикаментозним лікуванням.

**Ринолалія** (від *грец.* rhinos — ніс, *латин.* lalia — мовлення) — порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату.

Синоніми — гугнявість, палатолалія.

Проявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореній звуковимові внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосотворенні. Через щілину в м'якому і твердому піднебінні повітряний струмінь при звукоутворенні проходить не тільки через рот, а й через носову порожнину. При цьому всі звуки мовлення стають назалізованими (носовими), мовлення мало-зрозуміле, монотонне.

До екзогенних факторів, що призводять до ринолалії відносять несприятливий екологічний вплив, іонізуючу радіацію, хімічні мутагени, необґрунтоване медикаментозне лікування, негативний вплив на

плід алкоголю, наркотиків, паління тощо. До ендогенних негативних чинників відносять хронічні захворювання та гострі інфекційні захворювання (вітряна віспа, кір, краснуха) вагітної, вірусні респіраторні захворювання (гепатит, герпес), ендокринні захворювання матері, захворювання серцево-судинної та ендокринної систем.

Залежно від характеру порушення функцій піднебінно-глоткового змикання виділяють різні форми ринолалії. У сучасній логопедії прийнято розрізняти три основні форми: закриту, відкриту та змішану, а за етіологією кожна з них може бути як органічно, так і функціонально зумовленою.

При відкритій формі ринолалії ротові звуки характеризуються підвищеним носовим відтінком — **гіперназалізацією** (від латин. *nasus* — «ніс»). Причинами функціональної відкритої ринолалії можуть бути гіпофункція м'якого піднебіння без явних ознак органічного ушкодження. Найчастіше вона зустрічається у фізично ослаблених дітей із зниженим м'язовим тонусом. Унаслідок цього відзначається недостатнє підняття м'якого піднебіння при фонації. Органічна відкрита ринолалія може бути набутою або вродженою. Набута виникає при наявності парезів і паралічів м'якого піднебіння, при перфорації твердого та м'якого піднебіння. Вроджена відкрита ринолалія у більшості випадків буває обумовлена розщилиною твердого та/або м'якого піднебіння, іноді в поєднанні з розщилиною верхньої губи.

Закрита ринолалія виникає в результаті зниження носового резонансу при вимові будь-яких звуків, а особливо носових приголосних. Страждає якість вимови голосних звуків, які витрачають тонові характеристики, що значно збіднює їх звучання. Органічна закрита ринолалія виникає внаслідок анатомічних змін у носовій або носоглотковій порожнині.

Залежно від локалізації ураження анатомічних структур порожнини носа або порожнини носоглотки розрізняють: передню закритую ринолалію і задню закритую ринолалію. До етіології передньої закритої ринолалії відносять пухлини, хронічний нежить, що призводить до гіпертрофії слизової носа, поліпи в носовій порожнині, викривлення носової перегородки. Задня закритая ринолалія виникає при зменшенні носоглоткової порожнини. Причинами можуть бути аденоїдні розростання або пухлини носоглотки. Функціональна закритая ринолалія обумовлена гіперфункцією (підвищеною функцією) м'якого піднебіння. При цьому будь-яких органічних ушкоджень в носовій або носоглотковій порожнині не відзначається.

Змішана ринолалія характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу. Причиною даної форми є ускладнене дихання та недостатнє піднебінно-глоткове змикання функціонального та органічного походження. Найбільш поширеним варіантом є поєднання короткого м'якого піднебіння та аденоїдів. У таких випадках симптоматика змішаної форми дублює прояви як відкритої, так і закритої ринолалії.

Діти з ринолалією потребують раннього ортодонтного, хірургічного лікування та логопедичного впливу. Логопедична допомога таким дітям надається як у доопераційний, так і в післяопераційний періоди. Даний вид роботи досить тривалий за часом і повинен мати систематичний, комплексний характер.

**Заїкання** — це порушення темпо-ритмічної організації мовлення, що зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату.

Синоніми — логоневроз, логоклонія.

Заїкання характеризується наявністю мовленнєвих судом та запинок внаслідок порушення центральної нервової системи та фізичного здоров'я загалом, загальної і мовленнєвої моторики, експресивного мовлення, феномену фіксованості на порушенні, логофобій та інших психологічних особливостей.

Причин заїкання багато: невротична обтяженість батьків та спадкова схильність; нічні страхи та емоційна напруженість; психосоматичне виснаження; підвищена збудливість або виснаження нервової системи та її чутливість до будь-яких психічних травм; ураження головного мозку в різні періоди розвитку; внутрішньоутробні та пологові травми; асфіксія; інтоксикації; соматичні захворювання; тривалі психічні травми; постійні конфліктні ситуації тощо. Тому етіологія даного порушення може бути як органічного (пов'язана з органічним ураженням центральної нервової системи), так і функціонального (пов'язана з функціональними змінами центральної нервової системи) походження.

Основним симптомом заїкання є судоми у процесі мовленнєвого акту. Їх тривалість коливається в межах від 0,2 до 12,6 секунд. У більш тяжких випадках судоми тривають до 90 секунд.

Загальноприйнято мовленнєві судоми розрізняти за формою (тонічні, клонічні і змішані), локалізацією (дихальні, голосові, артикуляційні та змішані) та частотою виникнення. **Тонічні мовленнєві судоми** — це складні тривалі спазми, які заважають вимовити слово та виявляються у вигляді тривалої паузи в мовленні або у вигляді напруженої, про-

тяжкої вокалізації (*к-к-корова*). **Клонічні** ж характеризуються мимовільним багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Дитина повторює окремі звуки або склади (*кі-кі-кіт*). Залежно від переваги судом у тих чи інших органах звуковимови розрізняють **дихальні, голосові та артикуляційні**.

Експресивне мовлення дітей із заїканням відзначається наявністю порушень фонетико-фонематичного та лексико-граматичного компонента мовлення: порушення звуковимови (пропуски, заміни, змішування та спотворення); відхилення в розвитку мовлення, а саме у появі перших слів та фразового мовлення. Також характерним є порушення словесного наголосу, інтонації та ритму.

Окрім заїкання, у таких дітей наявні порушення загальної моторики. Відзначається загальна моторна напруга, скутість рухів чи рухове занепокоєння, розторможеність, дизкоординація чи млявість, неухважність та швидке переключення уваги з одного предмета на інший.

Розрізняють три ступені заїкання: легкий — діти заїкаються лише у збудженому стані та при прагненні швидко висловити свою думку; середній — у спокійному стані та у звичній обстановці говорять легко і мало заїкаються; важкий — заїкання триває протягом всього акту мовлення, постійно, з супутніми рухами.

Зазвичай, заїкання виникає у дітей від 2 до 6 років за умови випереджаючого мовленнєвого розвитку в результаті зайвого мовленнєвого навантаження, психічних травм або у дітей із затриманим мовленнєвим розвитком у результаті ураження структур центральної нервової системи.

**Брадилалія** (від *грец.* *bradys* — повільний і *латин.* *lalia* — мовлення) — патологічно уповільнений темп мовлення.

Синоніми — брадифразія, брадиартрія, брадилогія.

Брадилалія може бути як самостійним порушенням, так і виступати у клінічній картині деяких видів психічних захворювань: при розумовій відсталості, при органічних захворюваннях нервової системи, травмах, пухлинах головного мозку. Як самостійне порушення дана вада зустрічається частіше у флегматичних, повільних, в'ялих особистостей.

Мовленнєва симптоматика брадилалії проявляється в уповільненні темпу зовнішнього та внутрішнього мовлення, процесів читання, письма та рахунку, монотонності голосу. Звуки та слова вимовляються повільно, хоча утворюються та формулюються правильно. У зв'язку з цим мовлення має скандований характер. У деяких випадках можуть спостерігатися недоліки звуковимови типу заміни та спотворень у ре-

зультаті порушеної артикуляції. Голос має монотонний характер, без чіткої модуляції, та зберігає одну і ту ж саму висоту та силу.

Діти з брадилалією вимовляють фразу з паузами між словами, розтягуючи склади на голосних звуках, змазуючи при цьому артикуляцію. Таке мовлення стає неестетичним та заважає вільному спілкуванню дитини в оточуючому середовищі.

Немовленнева симптоматика даного порушення проявляється в порушеннях загальної моторики, дрібної моторики рук, пальців та міміки дитини. Усі виконувані рухи уповільнені, недостатньо координовані, виконуються не в повному обсязі, спостерігається моторна незграбність. Щодо психологічної діяльності симптоматика аналогічна. У таких дітей уповільнені та порушені усі психічні процеси (сприймання, пам'ять, мислення, увага тощо). Вони нездатні до швидкого переключення та зосередження на чомусь новому; сприймання та обробка інформації з оточуючого відбувається уповільнено.

**Тахілалія** (від *грец.* tachys — швидкий, *латин.* lalia — мовлення) — патологічно прискорений темп мовлення.

Синоніми — тахифразія, дизфразія.

Тахілалію розглядають у синдромі інших складних мовленневих недоліків, що характеризуються порушенням інших сторін мовлення, окрім просодичної.

Центральною ланкою в патогенезі тахілалії є розлади темпу зовнішнього та внутрішнього мовлення за рахунок патологічного переважання процесів збудження над процесами гальмування.

Мовленнева симптоматика тахілалії характеризується швидким темпом (замість 10–12 звуків в секунду вимовляється 20–30) мовлення без тяжких спотворень фонетики та синтаксису. Через швидке мовлення можливі порушення мовленневої уваги, запинання, повторення, проковтування, перестановки складів, слів, спотворення речень, незрозумілість вимовленої фрази. При акцентуванні уваги дитини на мовленні відбувається швидке відновлення рівноваги між внутрішнім і зовнішнім програмуванням фрази, хоча темп її залишається швидким, порівняно з мовленням оточуючих, зникають мовленневі запинання.

У дітей з тахілалією спостерігаються розлади внутрішнього мовлення, читання та письма, порушення загальної моторики, вегетативної нервової системи, психічних процесів, емоційно-вольової сфери, відхилення в поведінці. Недоліки загальної моторики проявляються у порушеннях темпу загальних рухів (швидка ходьба, швидкий старт і зупинка, гіперактивність, тік). Увага нестійка, швидке переключення

з об'єкта на об'єкт, недостатній обсяг зорової, слухової та моторної пам'яті.

У логопедії існують декілька різновидів прискореного темпу мовлення (тахіталії): баттаризм та полтерн.

**Баттаризм** — невірне формування фрази як наслідок особливого порушення мовленнєвої уваги, тяжких розладів темпу мовлення. Часто поєднується з іншими порушеннями. **Полтерн** — патологічне прискорення мовлення з наявністю приривного темпу мовлення несудомного характеру (запинання, паузи). Часто поєднується з іншими мовленнєвими порушеннями. Характеризується порушеннями загальної та мовленнєвої моторики.

У категорію **порушень структурно-семантичного оформлення** висловлювання відносять алалію та афазію.

**Алалія** (від грец. α — частка, що означає заперечення, латин. lalia — мовлення) — відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Синоніми — вроджена афазія, онтогенетична афазія, афазія розвитку, дисфазія, затримка мовленнєвого розвитку, конституційна затримка мовлення, порушення засвоєння мовлення, слухонімота.

Алалія належить до найскладніших мовленнєвих порушень, оскільки вона виникає у результаті органічного ураження кори головного мозку, що призводить до специфічних механізмів розвитку мовлення. У результаті цього утруднюється процес оволодіння та володіння усіма сторонами мовлення дитиною (фонетико-фонематичною та лексико-граматичною).

Для алалії характерним є наявність як мовленнєвої, так і немовленнєвої симптоматики, між якими існує складний взаємозв'язок. У симптоматиці розладів зазвичай переважають мовленнєві порушення.

Алалія — це системне недорозвинення мовлення, при якому порушуються всі компоненти мовленнєвої діяльності: фонетико-фонематичний, лексико-граматичний та зв'язне мовлення. До немовленнєвої симптоматики відносять низку порушень у моторній, сенсорній та психологічній сферах.

Зустрічається два варіанти алалії в залежності від того, які мовленнєві механізми не сформовані та який рівень мовлення страждає: моторний чи сенсорний. **Моторна алалія** характеризується тим, що первинний недорозвиток експресивного мовлення має центральну органічну генезу. При цій формі у дітей не формується звуковий об-



раз слова; відбувається спрощення складової структури слова; недоліки у висловлюванні, що проявляються у пропусках, перестановках і заміні звуків, складів, слів у фразі; порушене засвоєння основних граматичних структур. Мовленнєвий розвиток таких дітей залежить від ступеня, часу та тяжкості органічного ураження мовленнєвих зон (центр Брока). Можливі варіанти або повної відсутності мовлення, або наявної можливості реалізувати висловлювання. Відповідно до цього напрямки корекційно-педагогічного впливу будуть різними.

*Сенсорна алалія* характеризується порушенням розуміння мовлення внаслідок органічного ураження сенсорних (чуттєвих) центрів мовлення (центр Верніке). При цій формі відмічається недостатність аналізу і синтезу звукових подразників, що надходять у кору головного мозку, як наслідок цього не формується зв'язок між звуковим образом і позначуваним ним предметом. Дитина чує, але не розуміє звернене мовлення, оскільки у неї не розвиваються слухові диференціювання під час сприймання мовлення.

Провідним симптомом сенсорної алалії є порушення фонематичного сприймання, що проявляється в різних ступенях: від повного недиференціювання мовленнєвих звуків до ускладненого сприймання усного мовлення на слух. Діти із сенсорною алалією або зовсім не розуміють звернене до них мовлення, або його розуміння обмежене звичною побутовою ситуацією.

**Афазія** (від *грец.* а — заперечення і *phasis* — мовлення) — повна або часткова втрата мовлення, що зумовлена органічним ураженням головного мозку.

Синоніми — розпад, втрата мовлення.

Етіологією афазії є порушення мозкового кровообігу, травми, пухлини та інфекційні захворювання головного мозку.

Афазії у дитячому віці можуть виникати внаслідок черепно-мозкових травм, які призводять до руйнування мовленнєвих зон або крововиливів. Інколи внутрішньочерепні крововиливи у дітей пов'язані з неправильною будовою судин мозку, хворобами крові, при яких порушується згортання крові (наприклад, гемофілія). Крім того, афазія може виникати після перенесення запальних процесів мозку (енцефалітів, менінгітів). У таких випадках вона супроводжується порушенням інтелекту. Отже, афазія може виникати як самостійно, при захворюваннях мозку, так і в поєднанні з іншими порушеннями (паралічі і парези), а також інтелектуальними розладами.

Розрізняють моторну і сенсорну форми афазій. **Моторна афазія** виникає внаслідок ураження кори лівої півкулі в зоні третьої лобної звивини (центр Брока). Вона проявляється у повній або частковій втраті мовлення. У більш важких випадках хворий може вимовляти окремі слова та спілкуватися за допомогою міміки і жестів. У більш легких випадках зберігаються окремі слова, з яких дитина будує прості речення. Характерною особливістю моторної афазії є перекручування слів внаслідок перебудови або пропускання окремих звуків (букв). Це порушення називається *літературною парафазією*. Слова можуть перекручуватися за рахунок заміни одного слова іншим, подібним за артикуляцією, але різним за значенням. Ці перекручування слів називаються вербальними парафазіями.

Наступною характерною особливістю усного мовлення хворих на моторну афазію є порушення граматичної будови мовлення (неправильні закінчення, пропущення прийменників тощо). Ці порушення називаються *аграматизмами*.

Зустрічаються окремі форми моторної афазії, коли порушене лише усне мовлення (чиста моторна афазія) при збереженні писемного мовлення.

**Сенсорна афазія** виникає при ураженні в зоні верхньої скроневої звивини лівої півкулі. При сенсорній афазії хворий чує, але не розуміє мовлення інших людей. При цій формі афазії вражається центр мовлення (центр Верніке). При сенсорній афазії у хворого збережений фізіологічний слух, але він не впізнає звуки мовлення, не розуміє сенсу слів. Елементарний слух залишається збереженим, однак хворий сприймає звуки мовлення як нечленороздільні шуми.

Порушення усного мовлення у дітей можуть призвести до порушень процесів читання та письма. Загалом *порушення писемного мовлення* поділяється на дві групи в залежності від того, який його вид порушений: процес читання чи письма.

**Дислексія** (від грец. *dys* — префікс, який означає розлад, і *lekso* — читати) — часткове специфічне порушення процесу читання, що зумовлене несформованістю (порушенням) вищих психічних функцій і проявляється в повторних помилках під час читання стійкого характеру.

Основне порушення при дислексії — стійка нездатність оволодівати злиттям звуків у склади і автоматизованим читанням цілими словами, що часто супроводжується недостатнім розумінням прочитаного. В основу розладу покладено порушення специфічних церебральних

процесів, що загалом формують основний функціональний базис навички читання.

Причинами порушення можуть бути як спадкові, так і екзогенні (зовнішні) фактори (патологія вагітності, пологів, асфіксії, дитячі інфекційні захворювання, травми голови).

Дислексія проявляється в уповільненні процесу опанування читання, а також темпу та швидкості читання. Найтипівшим проявом дислексії є стійкі та специфічні помилки під час читання. Порушення характеризується наявністю таких помилок, як заміни та змішування звуків під час читання; побуквене читання; спотворення звукоскладової структури слова; порушення розуміння прочитаного, що виявляються на рівні слова, речення, тексту; аграматизми під час читання.

Симптоматика та перебіг дислексії залежать від її виду, ступеня вираженості, а також від етапу опанування процесу читання.

Порушення читання можуть негативно впливати на формування особистості дитини, призвести до негативних змін у її характері, зокрема до невпевненості у собі, боязкості або, навпаки, агресивності, озлобленості, схильності до негативних реакцій.

Тяжкий ступінь цього порушення являє собою **алексію** — повну нездатність до оволодіння читанням.

**Дисграфія** (від *грец.* *dys* — префікс, який означає розлад, і *grapho* — пишу) — часткове специфічне порушення процесу письма.

Дисграфія — часткове порушення процесу письма, основним симптомом якого є наявність стійких помилок під час написання. Симптоматика проявляється у стійких помилках, які повторюються у процесі письма: спотворення та заміни букв; спотворення складової структури слова; порушення злитності написання окремих слів у реченні; аграматизми на письмі. Супутньою симптоматикою виступають неврологічні порушення, порушення пізнавальної діяльності, пам'яті, сприймання, уваги та інших психічних порушень.

Виділяють такі види дисграфії:

— дисграфія на основі фонемного розпізнавання: виявляється в замінах букв, що позначають фонетично близькі звуки, хоча в усному мовленні звуки вимовляються правильно; найяскравіше цей вид дисграфії спостерігається при сенсорній алалії та афазії;

— артикуляційно-акустична дисграфія: виявляється у змінах, пропусках букв, які відповідають замінам і пропускам звуків в усному мовленні; найчастіше спостерігається при дизартріях, ринолаліях, дислаліях поліморфного характеру;

— граматична дисграфія: пов'язана з недорозвитком граматичної будови мовлення — морфологічних, синтаксичних узагальнень. Цей вид дисграфії виявляється на рівні слова, словосполучення, речення і тексту; є складовою частиною ширшого симптомокомплексу — лексико-граматичного недорозвитку, який спостерігається у дітей з дизартрією, алалією та розумовою відсталістю;

— оптична дисграфія: пов'язана з недорозвитком зорового аналізу і синтезу та просторових уявлень, виявляється у змінах і спотворенні букв на письмі. Розрізняють такі її види: літеральну та вербальну. До оптичної дисграфії відносять дзеркальне письмо;

— дисграфія на основі порушення мовного аналізу та синтезу: на письмі це виявляється у спотворенні звуко-літерної структури слова, порушується поділ речень на слова. Логопедична робота у цьому разі спрямована на розвиток вміння визначати кількість, послідовність і місце звуків у словах і слів у реченнях, складів і звуків у словах.

Найскладніший ступінь цього порушення — **аграфія** — являє собою повну нездатність до оволодіння навичками письма.

До групи порушень процесу письма відносять і дизорфографію.

**Дизорфографія** — стійке, специфічне порушення письма, якому притаманна нездатність опанувати орфографічні навички, незважаючи на наявні знання відповідних правил. Проявом дизорфографії є наявність стійких специфічних помилок орфографічного та синтаксичного характеру.

До основної симптоматики дизорфографії відносять: недорозвинення символічної діяльності, процесів кодування та декодування, навчальних здібностей; несформованість фонематичних, морфологічних та синтаксичних узагальнень, що, у свою чергу, ускладнює процес опанування та засвоєння основних розділів рідної мови як навчального предмета (фонетики, графіки, орфографії, лексики, словотвору, морфології та синтаксису); труднощі у виявленні орфограми та вирішенні орфографічного завдання, здійсненні морфологічного аналізу слів; ускладнення під час виконання завдань з підбору однокореневих та/або перевірочних слів, морфемне членування; для зв'язного мовлення характерним є заміни слів, специфічні парафазії; недорозвинення низки психічних функцій тощо.

Однак деякі науковці (О. Єлецька, Е. Логінова, Д. Щукіна та ін.) розрізняють два види специфічної симптоматики дизорфографії. Перший вид характеризується: недостатньою сформованістю граматичних понять й відповідного термінологічного словника; низьким рівнем за-

своєння правил та закономірностей функціонування мовних одиниць; неповноцінністю лінгвістичного мислення (операції морфемного, морфологічного та словотвірного аналізу) та відчуття мовлення; ослабленою мотивацією до опанування орфографічних правил, нездатністю опиратися на них під час виконання письмових завдань; зниженим рівнем опанування й використання алгоритму орфографічних дій під час процесу письма. Другий різновид специфічних симптомів характеризується: труднощами у засвоєнні відповідних орфограм (регулюють написання голосних у закінченнях слів, ненаголошених голосних у корені слова тощо). Означені помилки проявляються при різних видах письма (під час диктанту, написання твору, списування тощо) та мають виражений стійкий та систематичний характер.

Фахівці зазначають, що дизорфографія яскраво проявляється у молодших школярів, починаючи з 2 класу. Саме в цей період учні починають активно використовувати письмо як активний вид писемної діяльності, опановуючи низку мовних (орфографічних та синтаксичних) знань під час вивчення навчального предмету «Українська мова».

За *психолого-педагогічною класифікацією* (автор Р. Левіна) всі порушення мовлення поділяються на дві основні групи. До *першої групи* відносяться порушення засобів спілкування — фонетико-фонематичний недорозвиток і загальний недорозвиток мовлення; до *другої* — порушення у застосуванні засобів спілкування — заїкання. Саме з урахуванням особливостей такої класифікації порушень мовлення відбувається розподілення дітей з мовленнєвими розладами до спеціальних освітніх закладів.

**Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ)** — порушення процесів формування вимовної системи рідної мови у дітей з різними мовленнєвими розладами внаслідок порушень сприймання і вимови фонем.

До цієї категорії належать діти з нормальним слухом та інтелектом. У дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком існує певна залежність між рівнем фонематичного сприймання та кількістю порушених звуків. Тому чим більша кількість звуків у дитини не сформована, тим нижчий рівень розвитку фонематичного сприймання. У цієї категорії хворих спостерігається: неправильна вимова окремих звуків, однієї або декількох груп звуків (свистячих, шиплячих, сонорів тощо); порушення звуковимови (відсутність, заміни, спотворення, пропуски, змішування та додавання звуків); недостатнє фонематичне сприймання порушених звуків; труднощі сприймання та диференціації звуків за акустичними

та артикуляційними ознаками; порушене формування фонематичного аналізу та синтезу; труднощі при навчанні письма та читання. Фонетико-фонематичний недорозвиток у дітей проявляється й у змазаному мовленні, скутій артикуляції, недостатній виразності та чіткості мовлення, порушеній артикуляційній, дрібній та загальній моториці.

Окрім порушеного мовлення, у дітей з ФФНМ спостерігаються: нестійкість уваги та підвищена здатність до відволікання; зниження рівня запам'ятовування та відтворення мовленнєвого матеріалу; розсіяність тощо.

До цієї категорії порушень відносяться такі недоліки мовлення, як дислалія, ринолалія та дизартрія. Останні два недоліки відносяться до групи ФФНМ за умови порушення лише фонетичного компонента мовлення.

Раннє виявлення дітей з ФФНМ слугує беззаперечною умовою для успішного проведення корекційно-педагогічного та логопедичного впливів у дошкільному та шкільному віці.

**Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ)** — різноманітні складні мовленнєві недоліки, при яких у дітей порушено формування всіх звукових та смислових компонентів мовленнєвої діяльності (фонологічного, лексичного, граматичного та зв'язного мовлення) при нормальному слухові та інтелекті.

У дітей із ЗНМ мовлення розвивається патологічно та відрізняється від мовлення нормальних дітей. Основними симптомами цього розвитку є пізній початок та темп мовленнєвого розвитку; обмеження словникового запасу, особливо в активному мовленні; порушення звуковимови та лексико-граматичної сторони мовлення; порушення формування фонематичного сприймання, аналізу, синтезу та уявлення. Також до загальної симптоматики ЗНМ відносять відхилення у сенсорній, інтелектуальній та емоційно-вольовій сферах; відхилення у формуванні та розвитку пізнавальної діяльності, у розвитку психічних процесів; загальну соматичну ослабленість; відставання у розвитку рухової сфери, недостатню координацію рухів, невпевненість у виконанні дозованих рухів, зниження швидкості та спритності виконання рухів.

Р. Левіна виділяє три рівні загального недорозвитку мовлення, який проявляється від повної відсутності мовленнєвих засобів спілкування до розгорнутих форм зв'язного мовлення з елементами фонетико-фонематичного і лексико-граматичного недорозвинення.

При *першому рівні* ЗНМ мовленнєві засоби спілкування вкрай обмежені; активний словниковий запас складається з невеликої кількості

нечітко вимовних повсякденних слів, звуконаслідувань і звукових комплексів; діти широко використовують вказівні жести, міміку; один і той же комплекс жестів або інтонації може використовуватися для позначення предметів, дій, якостей тощо; у дітей відсутнє диференційоване позначення предметів; назви дій замінюються назвами предметів або навпаки — назви предметів замінюються назвами дій; фразове мовлення складається з лепетних слів; у дітей відсутнє розуміння значень граматичних змін слова; вони не в змозі розрізнити форми однини і множини іменників, минулий час дієслова, форми чоловічого та жіночого роду, не розуміють значення прийменників; порушена звуковимова характеризується наявністю замін, спотворень, пропусків, змішувань та додавань звуків.

*Другий рівень* ЗНМ характеризується збільшеною мовленнєвою активністю, ніж при першому рівні; у спілкуванні діти використовують спотворені слова з обмеженого словникового запасу; диференціюють назви предметів, дій, ознак та якостей; діти у мовленні використовують займенники, прості прийменники; в мовленні переважають прості речення, що складаються з 2–3, рідко 4 слів; словниковий запас значно відстає від вікової норми; обмежені можливості використання предметного словника, словника дій, ознак; спостерігаються грубі помилки у вживанні граматичних конструкцій; труднощі при розумінні форм числа і роду прикметників; звуковимова характеризується наявністю численних спотворень звуків, замін і змішувань; труднощі в засвоєнні звукоскладової структури; недостатність розвитку фонематичного сприймання та оволодіння звуковим аналізом і синтезом.

*Третій рівень* ЗНМ характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з елементами фонетико-фонематичного та лексико-граматичного недорозвинення; недиференційованої вимови приголосних звуків (один звук замінює одночасно два або кілька звуків даної або близької фонетичної групи); спотвореною вимовою трьохчотирьох складових слів у самостійному мовленні; помилками при передачі звуконаповненості слів; у мовленні переважають прості поширені речення; наявні аграматизми; розуміння зверненого мовлення досить розвинене.

Своєю чергою низка досліджень мовленнєвої діяльності старших дошкільників (Л. Бартенева, О. Мастюкова, Л. Трофименко, О. Парасоцький, Ю. Рібцун, Т. Філічева та ін.) дозволили виокремити ще один рівень загального недорозвитку мовлення — четвертий, нерізко виражений загальний недорозвиток мовлення (НЗНМ).

*Четвертий рівень* характеризується більш високим ступенем сформованості мовленнєвих навичок. Однак характерними виступають незначні порушення всіх компонентів мовлення (фонологічного, лексичного та граматичного). Найбільш показовими проявами порушення звуковимови є: недостатність диференціації складних звуків, яка призводить до їх змішування та дефіциту необхідного рівня фонематичного сприймання; порушення складової структури за типом розуміння дитиною значення слова, при цьому спостерігається швидке забування, короткочасне запам'ятовування його фонематичного образу та, як наслідок, відбувається спотворення складової структури слова (персеверації, елізії, парафазії, пропуски, опускання чи додавання звуків або ж цілих складів); недостатність дикції й артикуляції, які характеризуються змазаністю, нечіткістю, млявістю та недостатньою виразністю. Лексико-граматичний компонент мовлення характеризується наявністю достатнього рівня як активного, так і пасивного словника. Однак у дітей на даному рівні виникають труднощі під час визначення та диференціювання частин мови, роду, числа, способу, відмінювання; словотворення та словозміни. Стійкий характер мають помилки при використанні іменників з суфіксами; іменників родового чи знахідного відмінків однини чи множини; похідних прикметників від іменників; присвійних прикметників; узгодження частин мови у реченні, особливо прикметників з іменниками тощо. Порушення структури речення характеризується невдалим використанням дітьми сполучників — їх пропуски, заміни або ж інверсії (невірне розташування слів у реченні з порушенням синтаксичної конструкції певного вислову). Під час бесіди або розповіді діти, в переважній більшості випадків, використовують прості речення; спостерігаються труднощі у плануванні вислову та підборі необхідних мовних засобів; відмічається порушення логічності, послідовності дій та явищ, повторення окремих епізодів чи елементів, акцентування уваги на другорядних деталях тощо.

Однак наявні труднощі, їх неускладнений характер дозволив фахівцям виокремити окрему групу — групу четвертого рівня ЗНМ, або ж, як використовує сучасна логопедія, — НЗНМ.

Для категорії дітей із загальним недорозвитком мовлення характерні такі порушення, як: ринолалія, дизартрія, алалія та афазія. Ринолалія та дизартрія відносяться до групи ЗНМ за умови порушення не лише фонологічного компонента мовлення, але й лексико-граматичного та порушення зв'язного мовлення.



До **другої групи** порушень у застосуванні засобів спілкування відносять заїкання, яке розглядають як порушення комунікативної функції мовлення при правильно сформованих засобах спілкування. Спостерігається складне порушення, при якому заїкання сполучається із загальним недорозвитком мовлення.

**Мутизм** (німота) — порушення мовлення внаслідок тяжкої психічної травми. В основі даного порушення лежить процес гальмування мовленнєвої функції. Етіологією виступають негативні впливи надмірного подразника на ослаблені кіркові клітини. Ступінь змін у психіці особистості залежить від психічного стану людини на час травмування, тривалості захворювання та умов реабілітації. У деяких випадках мутизм має довготривалий характер, що в результаті може призвести до затримки психічного розвитку дитини.

Мутизм спостерігається у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку. У дівчаток мутизм виникає у 2 рази частіше, ніж у хлопчиків.

Зазвичай німота супроводжується іншими невротичними розладами. Таке ж походження може мати і сурдомутизм (глухонімота).

**Сурдомутизм** — функціональне порушення слуху та мовлення. На відміну від глухоти, сурдомутизм має тимчасовий характер. В основі сурдомутизму лежить процес гальмування як слухової, так і мовленнєвої функцій. Виникає дане порушення в результаті переляків та психічних травм.

Окрім охарактеризованих порушень мовлення, в сучасній логопедії існують сталі визначення мовленнєвих порушень. До них відносяться: тяжкі порушення мовлення (ТПМ) та системні порушення мовлення (СПМ).

Найбільш поширеним терміном в логопедії, який позначає різноманітні відхилення у функціонуванні мовленнєвої функції, є «тяжкі порушення мовлення». До таких порушень належать: алалія, афазія, дизартрія, ринолалія, заїкання; вони супроводжуються загальним недорозвитком мовлення тяжкого ступеня. Основний чинник, який об'єднує ці розлади, — значні прояви обмеженості засобів мовленнєвого спілкування в умовах нормального слуху та збереженого інтелекту (Л. Волкова, Є. Соботович).

Також у логопедії функціонує термін «системні порушення мовлення» (СПМ). Під даним поняттям розуміють порушення мовлення, при яких страждає структурно-семантичне оформлення висловлювання (алалія, афазія) внаслідок органічного ураження відповідних відділів кори головного мозку (центри Брока та Верніке), які забезпечу-

ють процеси формування та функціонування мовленнєвої діяльності (Л. Волкова, О. Жильцова, Р. Левіна, В. Тищенко та ін.).

У загальній симптоматиці означених понять наявне порушення всіх компонентів мовленнєвої діяльності (фонетичного, фонематичного, лексичного, граматичного) різного ступеня тяжкості та складності. До основних симптомів прийнято відносити: порушення звуковимови різного ступеня складності (переважають спотворення та пропуски звуків, поодинокі випадки їх замін); низький рівень сформованості фонематичного слуху та фонематичного сприймання, що призводить до нездатності розпізнавати звуки на слух; своєрідність опанування складової структури слів та їх вимови; недостатність опанування системою морфем, що призводить до труднощів в опануванні словозміни та словотворення; збіднілий як пасивний, так і активний словниковий запас, який значно відстає від вікової норми; недорозвиток зв'язного мовлення, який проявляється у використанні переважно простих речень; труднощі у сприйнятті та розумінні зверненого мовлення; несформованість ряду психічних функцій (сприймання, пам'ять, мислення, увага); психомоторна недостатність у вигляді апраксії (розлад довільних рухових дій); низький рівень самокритичності тощо.

## **4.2. Особливості діагностико-корекційної роботи з дітьми із порушеннями мовлення**

Метою корекційної роботи з дітьми із порушенням мовлення є формування мовленнєвих умінь та навичок і використання їх у процесі спілкування з оточуючими людьми; визначення етіології, симптоматики та механізмів порушення. Перш ніж визначити напрямки, етапи та шляхи логопедичного впливу, необхідно провести комплексне та всебічне обстеження стану мовленнєвої діяльності у дітей. Спираючись на висновки такого обстеження, логопед планує свою подальшу роботу.

### ***Особливості обстеження артикуляційного апарату***

Для визначення ступеня збереження рухової функції мовленнєвого апарату дитині пропонується відтворити після показу або усної інструкції основні рухи язика, губ, м'якого піднебіння. Рухи слід оцінювати на основі їх багатократного повторення.

*Аналіз результатів.* Обстеження будови артикуляційного апарату може виявити порушення, які мають різний характер і складність, що зумовлюють порушення звуковимови при дислалії, дизартрії, ринола-

лії. Анатомічні дефекти в будові артикуляційного апарату зумовлюють різноманітні види порушень при механічній (органічній) дислалії та ринолалії.

Розщілини твердого чи м'якого піднебіння обумовлюють ринолалію (відкриту форму), яка характеризується назальним тембром голосу та численними порушеннями вимови звуків.

Дефекти артикуляційного апарату не завжди є основною причиною тяжких порушень мовлення. Так, наприклад, у дітей, які мають помірну та глибоку розумову відсталість, часто буває великий неповороткий язик, але порушення мовлення пов'язані в них не з будовою язика, а з порушеннями психічного розвитку; трудність утворення складних рухових навичок може бути пов'язана із загальною недиференційованістю та інертністю моторики.

### **Особливості обстеження стану мовлення**

Мовлення визначається у двох основних аспектах: імпресивному (розуміння) та експресивному (говоріння). Обстеження обох типів здійснюється одночасно і часто за допомогою одних і тих же прийомів та спільного дидактичного матеріалу. Однак при обстеженні розуміння мовлення словесна відповідь не обов'язкова: досить виконання дитиною тих чи інших вимог, відповідної реакції жестом, відбору необхідних малюнків тощо.

У процесі обстеження перевіряється стан **фонематичного слуху** (сприймання звуків мовлення, розуміння значення окремих слів і, наприклад, змісту побутової фрази та невеликого переказаного чи прочитаного тексту).

Обстеження фонематичного слуху спрямоване на виявлення вміння диференціювати звуки мовлення.

**Техніка обстеження.** Необхідно перевірити стан фізичного слуху. Дитині пропонується визначити конкретний звук серед інших звуків, як відмінних, так і близьких за звучанням, наприклад, звук [у] — серед голосних [а], [о], [у], чи приголосний [д] — серед [т], [д], [б]. Дитина має піднести руку, коли почує цей звук. Труднощі найчастіше виникають у розрізненні близьких за звучанням фонем, які відрізняються одна від одної тільки однією ознакою, наприклад, дзвінкі і глухі ([д]–[т], [с]–[з]), м'які та тверді [д]–[д'], [с]–[с'] тощо.

Дитині пропонується повторити такі пари звуків, як [п]–[б], [д]–[т], [с]–[ш], [р]–[л] тощо, чи склади з цими звуками типу [са]–[ша], [са]–[за], [са]–[жа], [да]–[та], [па]–[ба], [ка]–[га] тощо.

Слід звернути увагу на розрізнення свистячих і шиплячих звуків та дзвінких і глухих, які найчастіше плутають діти. Ускладнюючи умови, можна запропонувати дитині повторити 3–4 звуки ([п]–[б]–[п] або прості склади, які містять опозиційні фонем, типу [ба]–[па], [да]–[та]–[да]–[да]). Цей прийом виявляє не тільки диференціацію звуків та складів, але і їх кількість.

Можливе також використання прийому диференціації слів, які складаються з акустично та артикуляційно близьких звуків.

Діти з недорозвитком або несформованістю фонематичного сприймання не можуть правильно повторити близькі звуки, правильно записати їх, показати, яким буквам вони відповідають. При грубих порушеннях не відбувається диференціації ряду опозиційних фонем, при часткових — спостерігається недостатня диференціація певної групи звуків, або навіть їх пари при порівняно задовільній диференціації решти. Проте і це незначне утруднення може зумовити помилки в розрізненні та виділенні звуків зі складу слова, затримати формування звукового аналізу та синтезу слова.

Процес обстеження **розуміння мовлення** допомагає уточнити попередні дані, здобуті у процесі бесіди, а отже, може бути відносно коротким.

*Техніка обстеження.* Найпростіший метод — це показ різних побутових предметів, названих педагогом без супровідного жесту, які розташовані перед дитиною чи зображені на малюнках. Найвідоміший прийом — виконання дитиною низки словесних інструкцій.

- 1) «Поклади зошит».
- 2) Складні мовленнєві інструкції, які вимагають виконання в певній послідовності кількох простих завдань, наприклад: «Зачини двері, поклади зошит, подай стілець».
- 3) Інструкції, за допомогою яких можна виявити розуміння прийменників (*у, на, над, за, з*) та прислівників (*поза, перед, між*). Наприклад: «Поклади олівець на книжку» тощо.
- 4) Розуміння відмінкових закінчень. Дитині пропонується з трьох предметів, розташованих перед нею (наприклад, зошит, ручка, олівець), показати два — ручку й зошит. Потім ці слова включаються в інструкцію «Покажи ручкою зошит. Покажи олівцем ручку».
- 5) Розуміння складних зв'язків у реченні, виражених за допомогою флексії, службових слів чи порядку слів у реченні. Наприклад: а) визначити, яке із двох речень правильне: «Весна буває перед літом» чи «Літо буває перед весною»; б) прослухати речення та відповісти на запитан-

ня: «Хлопчик біжить за собакою» — «Хто біжить попереду?»; в) визначити, що було раніше: «Хлопчик пішов до школи після того, як зробив уроки»; г) розуміння зв'язного тексту; з цією метою дитині пропонують прослухати невеличке оповідання та відповісти на запитання.

Діти із затримкою психічного розвитку легко виконують прості і складні словесні інструкції. При наданні певної допомоги їм доступне розуміння логіко-граматичних конструкцій, які містять прийменники *в, на, під, з*.

Розуміння граматичних конструкцій з прийменниками *між, попереду, позаду* утруднено. Ці діти можуть зрозуміти зв'язний текст та відповісти на запитання щодо його змісту, за допомогою педагога встановлюють опосередковані зв'язки між суб'єктами. Виконання завдань дітьми, у яких порушене мовлення за нормального інтелекту, залежить від ступеня вираженості мовленнєвого недорозвитку. Діти, які не розмовляють або лепечуть, розуміють звернене до них мовлення, орієнтуючись на ситуацію.

Словесні доручення, які часто зустрічаються в побуті, вони виконують правильно. Якщо доручення незвичне, наприклад, «поклади книжку під стілець», можуть з'явитися помилкові дії.

Суттєву роль для дитини з таким рівнем розвитку мовлення відіграє лише лексичне значення, а сутність граматичних форм майже повністю незрозуміла. На рівні фразового мовлення помилки в розумінні з'являються значно рідше.

Діти орієнтуються не тільки на лексику, а й на морфологічні елементи слів, хоча володіння багатьма граматичними формами ще вкрай нестійке. Значення прийменників, особливо складних, розрізняється тільки в добре знайомій ситуації. Для дітей із сенсорною алалією виконання доручень, виражених у словесній формі, недоступне. При задовільній орієнтації в наочній ситуації реакція на словесні накази в такої дитини буває нелогічною. Діти з нормальним інтелектом та нормальним мовленнєвим розвитком здебільшого легко справляються із зазначеними вище завданнями.

Обстеження **звуквимови** відбувається шляхом перевірки самостійної вимови та повторення за логопедом слів, складів та ізольованих звуків.

*Техніка обстеження.* Використовуються предметні малюнки, спеціально підібрані відповідно до протоколу фонетичного обстеження.

Учень має самостійно назвати зображений предмет. Якщо звук вимовляється неправильно, дитині пропонують повторити слово за

педагогом, а потім цей самий звук ізольовано (приголосні звуки перевіряються шляхом вимови прямого складу та оберненого складу).

Щоб з'ясувати, як дитина використовує цей звук у самостійному мовленні, їй пропонують повторити 1–2 речення зі словом, де зустрічається цей звук. Неправильна вимова звуків у словах часто супроводжується порушенням складової структури слова (перестановка звуків та складів, їх пропуски, додавання та спотворення). У таких випадках дитині пропонуються для самостійної вимови слова різної будови — зі збігом приголосних на початку, в кінці та середині слова, багатоскладові слова, які складаються з подібних звуків (полуниця, тролейбус, пожежник, картопля, міліціонер).

*Аналіз виконання завдань.* За зовнішніми виявами недоліки вимови звуків (незалежно від діагнозу) укладаються в заміни, перекручування, змішування звуків. Водночас мають місце й відмінні ознаки, які допомагають відмежувати одне від одного різні порушення. Для функціональної та механічної дислалії (виняток складає ринолалія) характерне порушення вимови окремих звуків на фоні правильних чітких окремих звуків, дзвінкого модулювання голосу та відносно нормального темпу мовлення.

При дизартрії мовлення змазане, нечітке, малозрозуміле, із загальною нечіткістю всіх звуків, із назальним відтінком голосних та приголосних. При вимові губних та передньоязикових — виражене утруднення. Голос слабкий, монотонний, часто хриплий, темп мовлення — уповільнений. Для моторної алалії характерна різноманітність проявів порушень вимови звуків та перекручення структури слів (парафазії та контамінації). Слова скорочуються та спрощуються. Відмічається пошук артикуляції.

Порушення звуковимови може спостерігатися при різноманітних порушеннях розвитку дітей. При послабленні слуху, незважаючи на значне перекручення слів, у більшості випадків зберігається контур слова. У дітей з порушеннями інтелекту та слуху порушення вимови буде більш виражене у всіх випадках.

При обстеженні *словникового запасу* перевіряються уміння дитини співвідносити слово із предметом, ознакою, дією та його правильного вживання у мовленні. Тобто визначають стан активного та пасивного словника дитини.

Знання дитиною слів, що мають конкретне значення, перевіряється за допомогою називання предметів, дій, якостей за спеціально підібраними малюнками.

*Техніка обстеження.* Набір натуральних предметів або малюнків матеріалу, який повинен мати зображення предметів, дій, якостей, які часто зустрічаються в побуті, але не дуже розповсюджені (підвіконня, хмара, скаче, бузковий, овальний). Крім того, має бути подано зображення цілого предмета та його частин (наприклад, вікно — рама, скло, підвіконня, квартира). Малюнковий матеріал добирається чи за тематичною ознакою (навчальні речі, іграшки, транспорт тощо), чи за ситуативною (майстерня, магазин, клас тощо).

Ускладнений варіант обстеження — назва предмета за описом, коли самого предмета немає. Дитині пропонується інструкція: «Назви, хто це або що це: пухнасте, з гострими кігтями, нявкає». У процесі обстеження виявляється і наявність у словнику дітей загальних категоріальних назв.

Дитині пропонують набір малюнків, які визначають видові поняття, та ставлять запитання: «Яким одним словом можна назвати усі ці предмети?» (стіл, стілець, шафа, ліжка). Або пропонується перелічити однорідні предмети та назвати їх одним словом.

Під час обстеження повинні використовуватись і такі прийоми, які допомагають виявити, як дитина вживає те чи інше слово у мовленні: складання дитиною речення із заданим словом чи за предметним малюнком; доповнення незакінченого речення одним-двома словами («Я хочу забити цвях, принеси мені...»).

Обстеження стану сформованості *граматичної сторони мовлення* є одним із центральних моментів в установленні діагнозу мовленнєвого розвитку.

*Техніка обстеження.* З метою з'ясування типів речень, які вживає дитина, використовують малюнки, сюжет яких дає змогу скласти речення різної конструкції: просте (хлопчик сміється), просте поширене (дівчинка миє ляльку, тато читає газету). Більш складний варіант прийому — ускладнити структуру речення за запитаннями. Дівчинка читала книгу («Яка дівчинка?» «Яку книгу?» «Коли?»). Скласти складне речення за малюнком, на якому зображено виконання двох чи кількох дій (наприклад, мама пере білизну, а Зіна вішає).

Під час обстеження важливо виявити вміння вживати іменники в різних відмінках.

Дитині ставлять запитання: «Чим дівчинка їсть суп?» (Ложкою), «Кого дівчинка побачила?» (Маму, подругу).

У процесі обстеження важливо з'ясувати також уміння дитини вживати в самостійному мовленні прийменники. З цієї метою дити-

ну запитують: «Де лежить олівець?» (На столі, у книжці, над книгою), «А тепер?» (У коробці). «Звідкіля взяв олівець?» (Із коробки), «Куди впав олівець?» (Під стіл, на підлогу).

В ускладненому варіанті дитина має скласти за малюнком речення, використовуючи більш складні прийменники: *з-під, між, біля, через*. У процесі обстеження також перевіряється уміння узгоджувати іменники з прикметниками, числівниками, змінювати їх за родами, числами, відмінками.

Для обстеження беруться малюнки, на яких зображені різноманітні ознаки предметів, а також кілька однорідних предметів (п'ять яблук, три дерева, два будинки тощо).

Перевіряється вміння користуватися морфологічними формами слова: пропонується утворити форму множини іменників від однини і навпаки.

Крім того, використовується прийом утворення зменшувальної форми іменника від поданого слова.

*Аналіз результатів обстеження.* Оцінювати результати слід на основі всіх проявів, зафіксованих під час виконання різних проб. При цьому враховується характер речень, які вживає дитина, особливості будови речень, вміння передати синтаксичний зв'язок між словами.

Діти з недорозвитком мовлення відчують значні труднощі, оформлюючи свої висловлювання на синтаксичному, морфологічному рівні. Речення, які вони вживають, переважно короткі, елементарні, стереотипні, з порушенням форм управління та узгодження. Їм бракує наявності основних граматичних форм.

Діти з нормальним психічним розвитком легко справляються з указаними прийомами.

Аналізуючи результати логопедичного обстеження, визначають структуру порушення мовлення. При цьому принциповим є застосування системного підходу до аналізу мовленнєвого порушення, встановлення причинно-наслідкової залежності, зв'язку між окремими порушеннями, а не ізольований їх розгляд.

У логопедичному висновку вказується форма мовленнєвого порушення та структура порушення, оскільки від цього залежить визначення найбільш ефективних корекційних завдань.

У висновку вказується рівень мовленнєвого недорозвитку дитини, а також, що первинно порушено (мовлення чи інтелект). Наприклад: стерта дизартрія, ЗНМ II р. (вторинного характеру), дисграфія, дислексія.



Зміст та напрямки логопедичної роботи залежать від структури, тяжкості та виду мовленнєвого порушення. На даний момент у практичній логопедії існує низка методик щодо корекції мовленнєвої діяльності у дітей та дорослих.

### 4.3. Система логопедичної допомоги в Україні

Система логопедичної допомоги в Україні дуже широка й не обмежується конкретно визначеними установами та закладами. Провідною її метою є забезпечення продуктивного й результативного процесів навчання, виховання та розвитку дітей з порушеннями мовлення, а також попередження мовленнєвих труднощів та шкільної неуспішності. Дорослі з порушеннями мовлення даний вид допомоги можуть отримувати в закладах, які підпорядковуються Міністерству здоров'я.

У нашій державі функціонує широка мережа закладів та установ, де особа з порушеннями мовлення може отримати кваліфіковану логопедичну допомогу:

- спеціальні дошкільні навчальні заклади для дітей з тяжкими порушеннями мовлення;
- спеціальні групи для дітей з тяжкими порушеннями мовлення при дошкільних навчальних закладах комбінованого типу;
- загальноосвітні школи-інтернати для дітей з тяжкими порушеннями мовлення;
- спеціальні логопедичні класи для дітей з тяжкими порушеннями мовлення при загальноосвітніх навчальних закладах;
- загальноосвітні навчальні заклади з інклюзивною формою навчання (інклюзивні класи для дітей з тяжкими порушеннями мовлення);
- логопедичні пункти при загальноосвітніх шкільних та дошкільних навчальних закладах загального призначення;
- логопедичні пункти при медичних закладах та центрах реабілітації;
- центри раннього розвитку дитини;
- соціально-реабілітаційні (абілітаційні) заклади;
- школи інтенсивної педагогічної корекції;
- логопедичні та слухо-мовленнєві кабінети при поліклініках;
- медичні клініки;
- психоневрологічні диспансери;
- дитячі будинки;
- навчально-реабілітаційні заклади;

- психолого-медико-педагогічні консультації та інші заклади освіти та охорони здоров'я;
- приватні освітні та медичні заклади.

Отже, в наш час в Україні створено широку мережу логопедичної допомоги, метою якої є попередження та виправлення мовленнєвих порушень у дітей та дорослих, що забезпечує їх повноцінне існування в сучасному суспільстві. Однак з року в рік кількість закладів, які надають висококваліфіковану допомогу, зростає. Це зумовлено збільшенням кількості дітей та дорослих з порушеннями мовлення.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Дайте визначення понять: «апраксія», «мовленнєвий праксис», «мовленнєві кінестезії».
2. Розкрийте зміст поняття «порушення мовлення».
3. Охарактеризуйте анатомо-фізіологічні механізми мовлення.
4. Яка етіологія порушень мовлення?
5. Охарактеризуйте структуру порушень мовлення за Л.О. Бадалян.
6. Охарактеризуйте зміст клініко-педагогічної класифікації порушень мовлення.
7. Які основні види мовленнєвих відхилень відносяться до групи порушень усного мовлення? Зазначте їх клінічні ознаки.
8. Які основні види мовленнєвих відхилень відносяться до групи порушень писемного мовлення? Зазначте їх клінічні ознаки.
9. Розкрийте особливості психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень. Охарактеризуйте основні форми порушень.
10. Дайте визначення понять «мутизм» та «сурдомутизм».
11. Назвіть основні види логопедичної допомоги.
12. Охарактеризуйте техніку обстеження артикуляційного апарату та фонематичного слуху.
13. Опишіть техніку обстеження: розуміння мовлення, звуковимови, словникового запасу, граматичної сторони мовлення.

### **ДЖЕРЕЛА**

1. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для студентов дефектол. фак-ов пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — М. : Просвещение, 1982. — 350 с.
2. Визель Т.Г. Дизорфография у учащихся средней и старшей школы / Т.Г. Визель, Е.Д. Дмитрова // Изучение нарушений письма и чте-

- ния. Итоги и перспективы : Мат. I межд. конференции Российской ассоциации дислексии. — М. : Изд-во МСГИ, 2004. — 296 с.
3. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
4. Дегтяренко Т. Нейрологопедичний підхід у діагностиці та корекції тяжких порушень мовлення у дітей дошкільного віку / Т. Дегтяренко, Н. Павлова // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 1(77). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 38–29.
5. Елецкая О.В. Научно-теоретические основы логопедической работы по коррекции дизорфографии у пятиклассников [Электронный ресурс] / О.В. Елецкая, Е.А. Логинова, Д.А. Щукина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». — 2015. — № 23. — С. 36–40. — Режим доступа : <http://e-koncept.ru/2015/75285.htm>
6. Єрьоменко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єрьоменко. — К., 1966. — С. 15–25.
7. Ільяна В. Особливості організації корекційної роботи вчителя-логопеда з розвитку фонематичних процесів у дітей молодшого шкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення / В. Ільяна // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 2(74). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 45–52.
8. Игнатьева С.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии: учеб. пособ. для студ. высших учеб. завед. / С.А. Игнатьева, Ю.А. Блинков. — М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2004. — 304 с.
9. Лаврова Е.В. Нарушения голоса : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В. Лаврова, О.Д. Коптева, Д.В. Уклонская. — М. : Издательский центр «Академия», 2006. — 128 с.
10. Ладошина М.Н. Современные представления о дизорфографии у школьников с общим недоразвитием речи [Электронный ресурс] / М.Н. Ладошина, Л.В. Растокина // Специальное образование. — 2014. — № X. — С. 123–129. — Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-dizorfofografi-u-shkolnikov-s-obshchim-nedorazvitiem-rechi#ixzz4Who6TyZ2>
11. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
12. Логинова Е.А. Научно-теоретические основы логопедической работы по коррекции дизорфографии у пятиклассников [Электронный ресурс] / Е.А. Логинова, О.В. Елецкая, Д.А. Щукина // Концепт. — 2015. — Спецвыпуск № 23. — ART 75285. — 0,8 п. л. — Режим доступа : <http://e-koncept.ru/2015/75285.htm>. — ISSN 2304-120X.

13. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2007. — 703 с.
14. Логопедія : підручник / за ред. М.К. Шеремет. — 3-є вид., перероб. та допов. — К.: Видавничий дім «Слово». — 2013. — 672 с.
15. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. — М.: Педагогика, 1989. — 104 с.
16. Максименко С.Д. Загальна психологія : навчальний посібник / С.Д. Максименко. — Видання друге, перероблене та доповнене. — Київ : «Центр навчальної літератури», 2004. — 272 с.
17. Миргородський В. Визначення адекватних умов навчання дітей з особливими потребами / В. Миргородський, Л. Нижник // Психолог, 2003. — № 25–27. — С. 2–27.
18. Исследование младших школьников с дизорфографией : учебно-метод. пособие. Ч. 1 / Авт.-сост. О.И. Азова; под ред. Т.В. Воловцев, Е.Н. Кутеповой. — М.: РУДН, 2007. — 51 с.
19. Питання дефектології : респуб. науково-метод. збірник. — К.: Рад. школа, 1980. — Вип. 13. — 112 с.
20. Питання дефектології : респуб. науково-метод. збірник. — К.: Рад. школа, 1982. — Вип. 14. — 104 с.
21. Рібцун Ю.В. Урахування класифікацій мовленнєвих порушень у диференційній діагностиці / Ю.В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. — К.: Актуальна освіта, 2012. — Вип. 3. — с. 51–59.
22. Розанова Т.В. Развитие способностей у глухих детей в процессе обучения / Т.В. Розанова. — М.: Педагогика, 1991. — 176 с.
23. Синьов В.М. Основи дефектології : навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К.: Вища школа, 1994. — 143 с.
24. Соболева Е.А. Ринолалии / Е.А. Соболева. — М.: АСТ: Астрель, 2006. — 126 с.
25. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / За редак. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма матер, 2003. — 436 с.
26. Филичева Т.Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. — М.: Просвещение, 1989. — 223 с.
27. Хрестоматія з логопедії : історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія [Текст] : навч. посіб. / Ред.: М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко. — 2-ге вид., змін. і доп. — К.: КНТ, 2008. — 380 с.

## РОЗДІЛ V

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

*Основні поняття:* конвергенція, птоз, дитячий церебральний параліч, судоми, параліч, моноплегія, геміплегія, параплегія, тетраплегія, гіперкінези, м'язова дистрофія, атрофія м'язів, поліомієліт, артрогрипоз, форми ДЦП, спастична диплегія (хвороба Літтла), спастична геміплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП, тремор, мікроцефалія.

### 5.1. Загальна характеристика порушень опорно-рухового апарату

Порушення функцій опорно-рухового апарату мають як вроджений, так і набутий характер. У залежності від етіології та часу дії негативних факторів виділяють наступні види відхилень у діяльності опорно-рухового апарату:

- захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч, нейроінфекції;
- вроджені порушення опорно-рухового апарату: вроджений вих бедрa, кривошия, клишоногість та інші деформації стопи, аномалії розвитку хребта, недорозвинення і дефекти кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті;
- набуті захворювання та порушення опорно-рухового апарату: травматичні ушкодження спинного та/або головного мозку і кінцівок, поліартрит, захворювання скелета (туберкульоз, пухлини), систематичні захворювання скелета (рахіт).

Останніми роками дитячий церебральний параліч є одним із найбільш поширених порушень опорно-рухового апарату у дітей. За даними спостережень низки науковців, середня частота даного захворювання варіюється від 2 до 9 випадків на 1 000 новонароджених.

**Дитячий церебральний параліч (ДЦП)** — це тяжке захворювання центральної нервової системи, яке виникає як наслідок різноманітних впливів внутрішнього та зовнішнього характеру на організм ембріона, плода чи новонародженого (І. Левченко, О. Приходько).

ДЦП виникає в результаті недорозвинення або порушення діяльності мозку у ранньому онтогенезі. При цьому страждають великі півкулі головного мозку, які керують довільними рухами та мовленням. Дитячий церебральний параліч проявляється у вигляді різноманітних рухових, психічних та мовленнєвих порушень. Провідними у клінічній картині церебрального паралічу виступають рухові порушення, які, у більшості випадків, поєднуються з різноманітними психофізіологічними, мовленнєвими та сенсорними відхиленнями.

Ступінь тяжкості рухових відхилень має різноманітний характер: в одних випадках можуть відмічатися грубі рухові порушення, в інших — наявні лише мінімальні недоліки у функціонуванні рухової сфери. Психічні та мовленнєві порушення, аналогічно руховим, мають різну ступінь тяжкості та вираження. Наприклад, при легких рухових порушеннях можуть спостерігатися тяжкі порушення мовлення та психічної сфери дитини і, навпаки, при тяжких рухових відхиленнях мовленнєві та/або психічні порушення можуть бути відсутніми або мати легкий ступінь прояву.

При легкому ступені діти самостійно ходять на будь-якій території, здатні до самообслуговування та здійснення маніпулятивної діяльності. При цій формі відхилення проявляються у патологічних позах та положеннях, порушеннях ходьби, уповільненості й недостатній спритності, зниженні м'язового тону та недоліках у дрібній моториці. Середній ступінь характеризується наявністю у дітей навичок локомоції та самообслуговування. Пересуваються такі діти за допомогою спеціальних засобів (милиці, допоміжні палички тощо) та людей. При тяжкому ступені дитина нездатна рухатися, спостерігаються труднощі маніпулятивної діяльності та самообслуговування.

Церебральний параліч виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи під впливом різних несприятливих факторів, що мають місце у внутрішньоутробний (пренатальний) період, в момент пологів (інтранатальний) або на першому році життя (в ранній постнатальний період). Визначальна роль у виникненні ДЦП належить поєднанню уражень мозку дитини у період внутрішньоутробного розвитку і в момент пологів.

До **негативних факторів**, які призводять до виникнення церебрального паралічу, відносять:

- резус-конфлікт (несумісність крові матері і плода за резус-фактором або групами крові);
- інфекційні захворювання, перенесені матір'ю під час вагітності (вірусні інфекції, краснуха, кір, скарлатина, токсоплазмоз);
- токсикози вагітності;
- фізичні травми та забиття плода;
- порушення серцево-судинної та ендокринної систем вагітної;
- дію фізичних факторів на вагітну (перегрівання чи переохолодження);
- неконтрольоване вживання лікарських препаратів;
- дію ультрафіолетового чи радіоактивного опромінювання у великих дозах на вагітну;
- екологічне неблагополуччя (забруднені відходами виробництва вода і повітря; вміст у продуктах харчування великої кількості нітратів, отрутохімікатів, радіонуклідів, різних синтетичних добавок, важких металів);
- різноманітні механічні родові травми дитини (використання акушерських щипців, вакуум-екстрактора);
- пологові асфіксії;
- перенесення пологової асфіксії в поєднанні з клінічною смертю;
- недоношеність або переношеність плода;
- перенесення різноманітних нейроінфекцій у ранньому періоді розвитку дитини (менінгіти, енцефаліти);
- тяжкі травми голови в ранньому віці;
- інфекційні ускладнення після обов'язкових щеплень на першому році життя дитини.

Усі негативні фактори, які впливають на ембріон та плід у внутрішньоутробний період, зумовлюють неповноцінне функціонування маточно-плацентарного кровообігу, що призводить до розладів харчування, кисневого голодування плода (**гіпоксія**), передчасних пологів (**недоношеність**), вродженої гіпотрофії, функціональної незрілості, зниження імунітету.

Інфекції, інтоксикації, травми, які перенесла жінка у перші 3–4 місяці вагітності, можуть призвести до вродженого внутрішньоутробного церебрального паралічу. Припологові та післяпологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плода та но-

вонародженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії.

При ураженні кірково-м'язового шляху на будь-якій його частині (рухова зона кори головного мозку, пірамідний шлях, рухові клітини спинного мозку, передній корінець, периферичний нерв) проведення імпульсу стає неможливим і відповідні м'язи брати участь у рухах вже не можуть унаслідок паралічу. Параліч, або **елегія** (від *грец.* paralysis — розслаблення), — це відсутність руху внаслідок переривання рухового рефлекторного шляху. Часткова втрата руху називається **парезом** (від *грец.* paresis — ослаблення) — неповний параліч, зменшення сили амплітуди довільних рухів зумовлене порушеннями іннервації відповідних м'язів.

### **Ознаки церебрального паралічу**

Ознаки і симптоми захворювання можуть проявлятися у перші три роки життя. Вони можуть з'являтися у багатьох комбінаціях і різною мірою. До них належать:

— труднощі з диханням, які дитина може мати відразу після народження;

— проблеми зі смоктанням, ковтанням і переживуванням їжі; іноді проблеми з годуванням можуть мати тяжкі наслідки (наприклад, запалення легенів, якщо їжа потрапить до легенів через трахею);

— байдужість, пасивність, неохочість спілкуватися з оточенням;

— труднощі з координацією рухів (наприклад, дитина може використовувати лише одну руку (замість обох) або не рачкує);

— дитина має проблеми з діяльністю в повсякденному житті (наприклад, не може подавати їжу до рота, не може одягатися чи доглядати себе, взагалі розвивається повільніше, ніж здорова дитина такого самого віку).

### **Основні форми дитячого церебрального паралічу**

Залежно від поширеності розрізняють такі форми паралічу:

— **моноплегія** (паралізована одна кінцівка);

— **геміплегія** (паралізована одна половина тіла), обличчя;

— **параплегія** (параліч обох рук або ніг);

— **тетраплегія** (параліч кінцівок).

При ураженні периферичного рухового нейрона передніх рогів спинного мозку та його зв'язку з м'язами (периферичний нерв) виникає периферичний параліч, зникають усі рухи, включаючи рефлектор-



ні, падає тонус м'язів, м'язи атрофуються, сухожилльні, шкірні рефлекси згасають.

При ураженні центрального рухового нейрона пірамідної системи і його зв'язку з периферичним нейроном виникає центральний параліч. Здебільшого уражаються верхні та нижні кінцівки з одного боку та м'язи, що іннервуються нижньою гілкою лицьового нерва та під'язиковим нервом (перекошується обличчя з відхиленням язика вбік при висовуванні).

У дітей з ДЦП рухові порушення мають характер паралічу за типом тетра- пара- та геміпарезів. Паралічі бувають гіпертонічними і гіпотонічними. Характерною особливістю цих паралічів є переважання порушення м'язового тону за рахунок ураження екстрапірамідної системи і порушення динаміки розвитку поступальних рефлексів — рефлексів пози. Відсутність гальмування вищих нервових центрів на рефлекторні механізми головного мозку сприяє вивільненню примітивних поступальних рефлексів, які відіграють домінуючу роль у порушенні тону м'язів. Ступінь м'язової гіпертонії при ДЦП залежить, як правило, від сили позотонічних рефлексів. Ці механізми сприяють не лише прояву та виявленню м'язової гіпертонії, але й затримці загального рухового розвитку.

При ДЦП, як правило, спостерігаються і рухові порушення в артикуляційній мускулатурі. Вони залежать від наявності бульбарного (клінічний прояв захворювання довгастого мозку) ураження рухових ядер черепно-мозкових нервів (язико-глоткового, блукаючого і під'язикового); псевдобульбарного (центрального параліч миміко-артикуляційної мускулатури, обумовленої двостороннім ураженням провідних шляхів, які йдуть від кори мозку до ядер язико-глоткового, блукаючого, додаткового і під'язикового нервів); стріарного або палідарного синдрому і визначають розвиток дизартрії. У таких дітей спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, голови, тулуба, що зумовлені судомами м'язів (**паралічі, гіперкінези** (від грец. *hyper* — надмірно, *kinesis* — рух), недоцільні мимовільні рухи, повороти, вигнання, тремтіння тощо. Дитина пізно починає стояти, ходити. Часто церебральний параліч супроводжується порушенням слуху, розладами рухів очей, різними мовленнєвими порушеннями, найчастіше дизартріями, спричиненими органічною ушкодженістю рухливості артикуляційного апарату. Такі діти пізно оволодівають письмом, читанням.

Рухові порушення при ДЦП обумовлені тим, що підвищення тону м'язів, поєднуючись із патологічними тонічними рефlekсами (тоніч-

ний лабіринтний і шийний рефлекс), перешкоджає нормальному розвитку вікових рухових навичок.

При виразності тонічного, лабіринтного рефлексу (ЛТР) у дитини з ДЦП у положенні на спині підвищується тонус м'язів-розгиначів. Така дитина не може підняти голову або піднімає з труднощами; не може витягнути руки вперед, щоб узяти предмет; піднятися, щоб сісти; повернутися зі спини на живіт.

При симетричному шийному тонічному рефлексі у дитини з ДЦП тонус м'язів змінюється залежно від того, згинає вона голову, чи розгинає. Розгинання голови посилює тонус розгиначів рук, у зв'язку з цим дитина може втратити рівновагу і падає назад. Згинання голови посилює згинальний тонус м'язів, і дитина може впасти вперед. Тому діти з ДЦП тримають голову на середній лінії, бо може порушитись рівновага під час стояння, сидіння, під час ходіння.

Асиметричний шийний тонічний рефлекс проявляється в тому, що при повороті голови вбік підвищується тонус у м'язах-розгиначах тієї руки, в напрямку якої повернута голова. Через те, що голова буває повернута в один бік, розвивається спастична кривошия.

Виявлення тонічних рефлексів залежить від ступеня ураження мозку. У тяжких випадках вони різко виражені і їх легко виявити. При легших ураженнях діти навчаються їх гальмувати. Тонічні рефлекси впливають на тонус м'язів артикуляційного апарату. ЛТР підвищує тонус м'язів кореня язика, внаслідок чого ускладнюється формування голосових реакцій. Симетричні шийні тонічні рефлекси погіршують дихання, спостерігається мимовільне відкриття рота та рух язика вперед. Такі порушення артикуляційного апарату затримують формування голосової активності і артикуляції звуків.

На даний момент у спеціальній педагогіці функціонує класифікація дитячого церебрального паралічу за К.А. Семеновою, яка враховує всі прояви ураження мозку та характерні для кожної форми захворювання (рухові, мовленнєві та психічні), а також дозволяє прогнозувати перебіг захворювання. Відповідно до цієї класифікації виділяють п'ять основних форм ДЦП: спастична диплегія, подвійна геміплегія, геміпаретична, гіперкінетична та атоніко-астатична.

**Спастична диплегія (синдром Літгла)** — найпоширеніша форма ДЦП, яка характеризується руховими порушеннями верхніх і нижніх кінцівок, причому ноги страждають більше за руки. Причиною спастичної диплегії є передчасні пологи. Ступінь залучення у патологічний процес рук може бути різним — від наявних парезів до легкої

неспритності, яка проявляється під час розвитку у дитини моторики. Основною ознакою спастичної диплегії є підвищення м'язового тону (спастичність) в кінцівках, обмеження сили та обсягу рухів у поєднанні з тонічними рефlekсами. Тонус м'язів у ногах підвищений: дитина стоїть на напівзігнутих ногах, під час ходьби спостерігається перехрещування ніг. Також спостерігається перехрещення ніг при опорі на пальці, що порушує поставу та ускладнює процеси стояння та ходіння.

Ступінь мовленнєвих, психічних і рухових порушень має різноманітний характер. Близько 80 % дітей із спастичною диплегією мають мовленнєві порушення, які проявляються у вигляді дизартрій, затримок мовленнєвого розвитку, моторних алалій. На ранніх етапах корекційної роботи мовленнєві порушення виникають рідше та ступінь їх вираження менший. У дітей зі спастичною диплегією інтелект може бути збереженим (такі діти здатні навчатись за загальною навчальною програмою); приблизно у 30 % дітей спостерігається затримка психічного розвитку, яка може компенсуватись у дошкільному або молодшому шкільному віці під впливом занять з корекції порушень пізнавальної діяльності; у 15 % — легка розумова відсталість.

Діти із спастичною формою ДЦП можуть навчатись у спеціальних школах-інтернатах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, в середніх загальноосвітніх школах з інклюзивною формою навчання та вдома (за програмою масової школи або за індивідуальною програмою). У процесі цього навчання вони оволодівають низкою освітніх знань та умінь, а також здатні до оволодіння навичками самообслуговування, елементарними трудовими навичками та писання. Ступінь соціальної адаптації може досягати рівня здорових людей при збереженні інтелекту та достатньому розвитку маніпулятивної функції рук.

**Спастична геміплегія** характеризується ураженням верхніх та нижніх кінцівок (рука і нога) з одного боку тіла. Рука зазвичай страждає більше, ніж нога. Правосторонній геміпарез у зв'язку з ураженням лівої півкулі головного мозку спостерігається значно частіше, ніж лівосторонній. У залежності від локалізації ураження спостерігаються різноманітні рухові, мовленнєві та психічні порушення. При ураженні лівої півкулі порушення мовлення виявляється у вигляді алалії, дисграфії, дислексії та дискалькулії (порушення функції рахунку). Ураження скроневих відділів лівої півкулі супроводжується порушеннями фонематичного сприймання. При ураженні правої півкулі спостерігаються порушення емоційно-вольової сфери, наявна агресивність та інертність.

Діти з геміпарезами оволодівають руховими навичками відповідного віку із запізненням. У віці 6–10 місяців паретична рука дитини більшою мірою притулена до тулуба, кисті стиснуті в кулак, спостерігається обмежений обсяг спонтанних рухів. Порушується розвиток маніпулятивної діяльності саме цієї (ушкодженої) руки: дитина не може схопити іграшку, з'єднати кисті перед грудьми, піднести руку до рота тощо. Оволодіння навичками ходьби теж відбувається із запізненням (орієнтовно в 1,5–2 роки). Інтелект і мовлення зазвичай збережені. Інколи буває порушення вимови (дизартрія). Спостерігаються епілептичні напади, загальні або у вигляді судом на ураженій стороні.

Порушення мовлення при даній формі спостерігається у 40 % від усього контингенту дітей. Інтелектуальні розлади варіюються від легкої затримки психічного розвитку до глибокої розумової відсталості. Причому зниження інтелекту не завжди корелює з тяжкістю рухових порушень.

При своєчасно проведених корекційних та лікувальних заходах діти здатні до оволодіння навичками самостійної ходьби та самообслуговування. Рівень навчання та соціальної адаптації дітей зі спастичною геміплегією багато в чому залежить не від тяжкості рухових порушень, а від інтелектуальних можливостей дітей, своєчасної та ефективної компенсації психічних та мовленнєвих порушень.

**Подвійна геміплегія** характеризується руховими порушеннями у кінцівках, проте руки страждають більше. Причиною подвійної геміплегії є хронічна пре- й перинатальна гіпоксія з дифузним ушкодженням півкуль головного мозку. Проявляється у вигляді тетрапарезу з переважним ураженням рук. Тонус м'язів асиметричний. Довільна моторика рук відсутня або різко обмежена. Діти нездатні сидіти, стояти та ходити. Функції рук практично не розвиваються. Тяжке ураження рук, м'язів обличчя і м'язів верхньої частини тулуба призводить до затримки мовленнєвого та психічного розвитку. При такій формі паралічу часто спостерігається **мікроцефалія** (від *грец.* *micro* — малий, *kephale* — голова) — значне зменшення розмірів черепа за нормальних розмірів інших частин тіла та недостатність розумового розвитку, що свідчить про внутрішньоутробне ураження мозку.

У всіх дітей спостерігаються тяжкі порушення мовлення типу анартрії чи дизартрії. У деяких випадках мовлення може бути відсутнім у зв'язку з наявністю глибокої розумової відсталості. Характерною рисою є відсутність мотивації до будь-якої діяльності, що, у свою чергу, посилює тяжкість рухових порушень. Діти нездатні до само-

стійного пересування, з труднощами оволодівають навичками сидіння та лежання. Тяжкі рухові порушення унеможливають опанування основними навичками самообслуговування та елементами трудової діяльності. Такі діти у більшості випадків нездатні до навчальної діяльності.

Подвійна геміплегія вважається найважчою формою ДЦП і прогностично найменше сприятливою, при якій ураження мозку (його великих півкуль) має тотальне походження.

**Гіперкінетична форма** характеризується ураженням підкіркових утворень при резус-несумісності крові матері і дитини, проявляється у гіперкінезі — вимушених рухах у результаті мимовільних скорочень м'язів. Рухові порушення спостерігаються у м'язах обличчя, шиї і нижніх кінцівок. Перші прояви гіперкінезів спостерігаються у віці 4–6 місяців у м'язах язика і лише в 10–18 місяців з'являються в інших частинах тіла, досягаючи піку своїх проявів у 2–3 роки. У новонароджених спостерігається зниження м'язового тонусу. Гіперкінези виникають мимоволі та посилюються під час руху, хвилювання, втоми чи цілеспрямованого виконання будь-якого рухового акту. У стані емоційного та рухового спокою гіперкінези зменшуються.

При гіперкінетичній формі діти довго не оволодівають навичками самостійного сидіння, стояння та ходіння. У віці 2–4 років починають тримати голову та сидати (хоча за умов нормального рухового розвитку ці функції з'являються: у 3 місяці — тримання голівки, у 6–7 місяців — сидання). Оволодіння навичками самостійного пересування з'являється у 5–7 років. Ходьба у дітей має асиметричний та поштовхоподібний характер. Спостерігається порушення рівноваги як під час ходіння, так і під час стояння.

Мовленнєві порушення спостерігаються у більшості дітей з гіперкінетичною формою церебрального паралічу у формі дизартрій. Окрім порушень мовлення, ця форма може ускладнюватися зниженням слуху та наявністю судом.

Психічний розвиток страждає менше, ніж при інших формах церебрального паралічу, а інтелектуальний розвиток у більшості випадків задовільний.

Корекційна робота щодо розвитку рухових функцій при гіперкінетичній формі залежить від тяжкості ураження нервової системи, характеру та частоти гіперкінезів.

**Атонічно-астатична форма** характеризується ураженням мозочка. У деяких випадках поєднується з ураженням лобних відділів мозку.

При цій формі церебрального паралічу на 2–3-му році життя виявляються симптоми даних уражень: інтенційний **тремор** (від *латин.* tremor — дрижання) — мимовільні ритмічні коливання кінцівок, голови, пальців рук; **атаксія тулуба** (розлади координації рухів). У руховій сфері спостерігаються: зниження м'язового тону, порушення рівноваги тіла у стані спокою та при ходьбі, порушення відчуття рівноваги та координації рухів, тремор, гіперметрія (надмірність рухів); затримка темпів психомоторного розвитку. Тривалий час рухові функції залишаються недосконалими та неповноцінними. Ходьба дитини здійснюється широко розставленими ногами та має невпевнений характер. Спостерігається нездатність до утримання рівноваги тіла, порушена синхронність, точність та ритм рухових дій. Порушення координації тонких рухів пальців і тремтіння рук ускладнюють процес самообслуговування та оволодіння навичками читання і письма.

Мовленнєві порушення проявляються у вигляді затримки мовленнєвого розвитку, дизартрії та алалії. Ступінь зниження інтелекту залежить від локалізації ураження мозку. При ураженні лобних частин домінує затримка психічного розвитку. При ураженні мозочка — психічний розвиток страждає менше.

У дітей з ДЦП спостерігається недорозвинення просторового гнозису, що пов'язано з недорозвиненням або ураженням тім'яної доли кори півкуль головного мозку, із порушенням зорового сприймання.

Порушення зорового сприймання пов'язано з недостатньою фіксацією зору і конвергенцією (процес зведення зорових осей очей до їх перетинання при розгляданні предметів, тобто в точці фіксації), звуженням поля зору, птозом (опущення верхньої повіки), подвоєнням, ністагмом (мимовільні ритмічні рухи очей) і зниженням гостроти зору. Порушення рухомості очних яблук є наслідком парезу м'язів, які рухають очні яблука. Порушення слухового сприймання також має значення в порушенні формування просторового гнозису. Такі сенсорні порушення є причиною неуваги і нездатності зосередитись на навчанні.

Наявність патологічних тонічних рефлексів і парезів рук призводить до недорозвитку зорово-моторної координації. Поряд із порушенням формування просторового гнозису це перешкоджає формуванню сприймання форми і оволодінню вмінням співвідносити у просторі об'ємні та плоскі предмети. Затримується формування сприймання понять «праве» і «ліве».

Порушення координації рухів у дітей можуть бути пов'язані з м'язовою **дистрофією** — захворюванням, яке поступово веде до атрофії м'язів без ураження НС.

**Атрофія** (від грец. *a* — заперечна частка, *troche* — живлення) — це патологічні зміни у будові тканин організму, пов'язані з порушенням обміну речовин. Можуть вражатися м'язи спини, тазового поясу, кінцівок тощо.

Серед причин прогресуючої м'язової дистрофії виділяють спадкову схильність, хоча бувають випадки цього захворювання, не пов'язані із спадковістю, а зумовлені загальними захворюваннями організму, зокрема інфекційного характеру, недокрив'ям тощо.

Порушення опорно-рухової системи може викликати таке захворювання як **поліомієліт** — гостре інфекційне захворювання ЦНС, що вражає сіру речовину спинного мозку. Попадання до організму дитини фільтруючого вірусу внаслідок контакту з хворим у дихальні шляхи, зараження краплинним шляхом через травний канал викликають параліч кінцівок, атрофію м'язів.

Порушення опорно-рухової системи у дітей може бути внаслідок **артрогрипоза** — ураження суглобів гриппозною інфекцією; травм, що викликають механічні пошкодження рухового апарату; природжених деформацій.

Основним порушенням цієї категорії дітей є різні порушення моторної сфери: серйозні труднощі у виконанні як спонтанних (мимовільних), так і довільних рухів при пересуванні, значні порушення координації, уповільненість, швидка втома. Такі діти часто виявляються безпорадними, пасивними, замкненими, уникають контактів з однолітками, позбавлені можливості брати активну участь у рухливих, рольових іграх та інших видах колективної діяльності.

При вивченні деяких якостей особистості підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату з'ясовано, що в них часто знижені мотиви навчальної діяльності. Це виявляється у пізнавальній пасивності, нерегулярності виконання навчальних завдань, порушенні уваги при сприйманні навчального матеріалу. Вольові риси характеру (цілеспрямованість, наполегливість, ініціативність, самостійність, стриманість) у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату розвинені недостатньо. Тут певну роль відіграє власне захворювання і такі його наслідки, як загальне послаблення організму, труднощі при виконанні дій, які вимагають активних рухів, м'язових зусиль, та обмеженість моторної діяльності.

## 5.2. Особливості мовленнєвого та психічного розвитку дітей з церебральним паралічем

Діти з церебральним паралічем характеризуються своєрідним психічним розвитком, що зумовлено поєднанням органічного ураження головного мозку з різними руховими, мовленнєвими та сенсорними порушеннями.

Частота мовленнєвих порушень у дітей з церебральним паралічем близько 80 % (Л. Данилова, Е. Мастюкова, М. Іпполітова, І. Панченко, Є. Архіпова та ін.). Специфіка порушень мовлення та ступінь їх вираження залежать від локалізації та тяжкості ураження мозку. Відставання в розвитку мовлення при ДЦП пов'язані не лише з органічним ураженням мозку, а й з обмеженням обсягу знань та уявлень про навколишній світ, недостатністю предметно-практичної діяльності та соціальних контактів. Ці діти мають порівняно невеликий життєвий досвід, спілкуються з досить невеликим колом людей. Несприятливими чинниками, що впливають на розвиток мовлення, є: допущені батьками помилки у вихованні, тривале перебування в різних лікувальних установах, негативний вплив емоційного фону; реактивні стани не рідко виникають у хворих дітей при відриві від матері і зміні звичного способу життя.

У структуру кожної форми дитячого церебрального паралічу входять і специфічні порушення мовленнєвої діяльності, які ускладнюють процес комунікації дітей та негативно позначаються на їх загальному розвитку.

При ДЦП формування мовлення відбувається спотворено та із затримкою, що проявляється вже у домовленнєвому періоді розвитку дитини.

Домовленнєвий період при ДЦП значно відрізняється від аналогічного періоду у дітей з нормальним психофізичним розвитком. Для категорії дітей з церебральним паралічем він триває 2–3 роки (при нормальному розвитку — до 11 місяців). Перша голосова реакція, яка з'являється у дитини — це крик. При церебральному паралічі він видозмінений, має одноманітний, нетривалий та безінтонаційний характер. У більшості випадків крик схожий на схлипування чи кряхтіння. Починаючи з 3-х місяців у дітей з'являється гуління, яке відзначається низькою активністю, має тихі, рідкі та короткочасні прояви. У віці 6–8-ми місяців розвивається лепет, який характеризується одноманітністю, бідністю звукового складу, фрагментарністю, малоактивністю, від-



сутністю чіткої інтонаційної експресивності. У період з року до двох в активному словнику дитини наявні одне-два слова. Вона активно використовує жести, міміку та крик, що призводить до зниження потреби в мовленнєвому спілкуванні та голосової активності. Оскільки при ДЦП розвиток домовленнєвого періоду значно затримується, відповідно і затримуються передумови розвитку активного мовлення дитини.

У дітей з церебральним паралічем відзначається затримка та порушення формування всіх компонентів мовленнєвої діяльності: лексико-граматичного та фонетико-фонематичного.

Активний словник у дітей розвивається повільно, в мовленні переважають прості речення. Пасивний словник набагато більший, ніж активний. Спостерігається затримка мелодико-інтонаційної сторони мовлення та сприйняття й відтворення ритму. З труднощами формуються зв'язки між словами, предметами, явищами та подіями. У більшості випадків діти недиференційовано вживають слова, що призводить до втрати змісту вислову. Також відмічаються порушення у фонетико-фонематичному компоненті мовленнєвої діяльності. Дані відхилення виникають у результаті порушення артикуляційної моторики, фонематичного сприймання, звукового аналізу та синтезу й проявляються у невмінні дитини розрізняти звуки на слух, виділяти звуки у словах.

У дошкільному віці переважна кількість дітей спілкуються з оточуючими за допомогою простих речень, які складаються з двох-трьох слів.

Порушення лексико-граматичного компонента мовлення дітей з церебральним паралічем виявляються в загальному обмеженні обсягу словникового запасу, несистематичності та неточності знань та уявлень про навколишній світ, обмеженому запасі слів, що позначають дії, ознаки та якості предметів. Діти з труднощами оволодівають прийменниками та їх конструкціями, абстрактними поняттями. Граматичні форми і категорії при ДЦП засвоюються повільно та з великими труднощами, що обумовлено обмеженням мовленнєвого спілкування, порушенням слухового сприймання, уваги, недорозвиненням пізнавальної діяльності. Діти відчують труднощі у процесі побудови речення, узгодженні слів у реченні, вживанні правильних відмінкових закінчень тощо. У більшості випадків відзначаються порушення порядку слів, їх пропуски, незакінченість речень, численні повтори одного й того ж слова тощо. У мовленні дітей з церебральним паралічем спостерігається значна кількість **аграматизмів** (порушення розуміння і вживання граматичних засобів мови).

У дітей із церебральним паралічем присутні специфічні відхилення у психічному розвитку, що зумовлені органічним ураженням головного мозку, обмеженням рухової активності, соціальних контактів та умовами виховання. Важливу роль у генезі порушень психічного розвитку відіграють обмеження діяльності, соціальних контактів та умови навчально-виховного процесу. Порушення у психічній сфері при ДЦП проявляються у вигляді розладів пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери особистості.

Загалом структура порушень пізнавальної діяльності при ДЦП розкривається в таких закономірностях:

- нерівномірність та дисгармонійність характеру порушень окремих психічних функцій (пам'яті, мислення, уваги, уяви, сприймання та відчуттів);

- підвищена стомлюваність, виснаженість усіх психічних процесів;

- знижений запас знань і уявлень про навколишній світ у результаті вимушеної ізоляції (обмеження контактів дитини з однолітками і дорослими людьми у зв'язку з тривалою нерухомістю або труднощами пересування) та труднощів у пізнанні навколишнього у процесі предметно-практичної діяльності (наявність рухових і сенсорних відхилень).

При ДЦП відзначається і порушення координованої діяльності різних систем аналізаторів. Відхилення у зоровій, слуховій функціях та відчуттях впливають на сприйняття навколишнього світу в цілому, обмежують об'єм отримуваної інформації, ускладнюють інтелектуальну та пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем.

Психічний розвиток при ДЦП характеризується сповільненістю, виснаженістю психічних процесів. Відзначаються труднощі у процесі переключення з одного виду діяльності на інший, недостатність концентрації уваги, уповільненість сприйняття, зниження обсягу механічної пам'яті. У більшості дітей спостерігається зниження інтересу до завдань, погана зосередженість, уповільненість та зниження процесу переключення психічних процесів, швидке стомлення при виконанні інтелектуальних завдань.

Інтелектуальний розвиток дітей з церебральним паралічем проявляється по-різному: в одних випадках інтелект у межах норми або близький до норми, в інших — спостерігається затримка психічного розвитку або розумова відсталість. Діти без відхилень у психічному (зокрема інтелектуальному) розвитку зустрічаються відносно рідко.

Основним порушенням пізнавальної діяльності є затримка психічного розвитку, пов'язана як з раннім органічним ураженням мозку, так і з умовами життя.

Порушення емоційно-вольової сфери у деяких випадках проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової розгальмованості, в інших — у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязливості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується з плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, які посилюються в новій для дитини обстановці та при емоційному та фізичному виснаженні. Порушення поведінки проявляються у вигляді рухової розгальмованості, агресій, реакцій протесту по відношенню до оточуючих. У деяких випадках спостерігається байдужість до себе та до оточуючих (Е.М. Мастюкова, Д.Н. Ісаєнко).

У дітей з церебральним паралічем також відмічаються і порушення особистості, що пов'язане з дією багатьох факторів (біологічних, психологічних, соціальних). Вони усвідомлюють власну неповноцінність, соціальну депривацію. У зв'язку з наявністю грубого фізичного порушення діти із спотворенням сприймають те, що відбувається в навколишньому світі, свою провідну діяльність та процес спілкування з оточуючими.

Порушення особистості проявляються у зниженні мотивації до діяльності; страхах та фобіях, які пов'язані безпосередньо з процесами пересування та спілкування; в обмеженні соціальних контактів; невпевненості в собі; самостійності; наївності суджень; слабкому орієнтуванню в побутових і практичних питаннях життя та діяльності. Виражені труднощі соціальної адаптації призводять до формування у дитини боязкості, сором'язливості, невміння постояти за свої інтереси тощо. Дії та вчинки діти здійснюють під впливом емоцій, вони егоцентричні, не реагують на вимоги та зауваження оточуючих, мають нестійку волю та мотивацію.

### **5.3. Особливості корекційно-розвивальної роботи з дітьми із церебральним паралічем**

Сутність корекційно-розвивальної роботи з дітьми із ДЦП полягає у спеціально організованих процесах навчання, виховання, корекції та розвитку, які взаємопов'язані між собою та доповнюють один одного.

Навчально-виховний процес дітей з церебральним паралічем відбувається у відповідних освітніх закладах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Оскільки у цих дітей наявні недоліки в руховій сфері, пізнавальній діяльності, мовленнєвому та психічному розвитку різного ступеня прояву, вони потребують створення спеціальних умов навчання та виховання. На даний момент діти з церебральним паралічем навчаються у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та загальноосвітніх закладах з інклюзивною формою навчання.

Сучасні спеціальні заклади освіти для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату забезпечують своїм вихованцям загальноосвітню підготовку, яка відповідає державному ценовому рівню освіти України. Однак досягнення такого рівня відбувається за умови дотримання специфіки змістовної та методичної спрямованості навчального процесу, в основі якого лежить принцип корекційно-розвивального навчання.

Весь навчально-виховний процес дітей з порушеннями опорно-рухового апарату має корекційно-розвивальний характер та спрямований на подолання порушень у руховій, пізнавальній та мовленнєвій сферах.

Організація освітнього процесу у спеціальних навчальних закладах передбачає використання спеціальних принципів, методів, засобів та прийомів навчання і виховання. Визначаючи зміст навчання у школі для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, враховуються як загально-педагогічні завдання освіти і виховання учнів, так і спеціально-педагогічні. Спеціальні педагогічні завдання визначають зміст навчання дітей даної категорії. Зміст загально-педагогічних завдань навчання у загальноосвітній школі та школі для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату має низку спільних напрямків:

- навчання забезпечує школярам освіту в повноцінному обсязі відповідних ступенів загальноосвітньої школи;
- навчальні плани та програми реалізуються з врахуванням принципу послідовності вивчення предметів та навчального матеріалу;
- зміст навчання створюється відповідно до принципу єдності системи освіти;
- компонування та наповнення навчальної програми відповідає основним загальнодидактичним принципам освіти.

Зміст навчання та виховання в початковій школі дітей з порушеннями опорно-рухового апарату має свою специфіку і дещо відрізня-

ється від змісту навчально-виховного процесу дітей з нормотиповим психофізичним розвитком. Саме в даній ланці освіти навчальний процес відбувається за спеціально розробленими програмами, а в середній та старшій — лише з опорою на адаптовані варіанти загальноосвітніх програм для 5–9 класів.

Значна увага в початковій освіті, окрім надання відповідного рівня навчальних знань та умінь, приділяється формуванню рухів дитини, що у подальшому забезпечують оволодіння правильною технікою письма. У програмах визначено основні вимоги до знань і умінь. У середніх і старших класах учні навчаються за адаптованими варіантами програм масової загальноосвітньої школи.

Корекційний напрямок навчального процесу забезпечується: використанням спеціальних методів та засобів навчання, введенням пропедевтичних занять, що передують вивченню окремих розділів і тем програми, індивідуальних і групових занять з метою корекції порушень розвитку.

Корекційна робота у спеціальних закладах для таких дітей, а також у тих випадках, коли діти навчаються у загальноосвітніх (масових) школах, не обмежується лише розвитком моторики. Вкрай важливо наполегливо формувати мотиви їх навчальної діяльності, враховувати наявні нахили та уподобання, розширювати коло інтересів. Особливе значення тут має принцип опори на позитивне в особистості дитини, що активізує її життєву позицію, вирівнює становище в системі міжособистісних стосунків класного колективу.

Метою корекційно-розвивальної роботи при дитячому церебральному паралічі є:

- а) надання медичної, педагогічної, логопедичної, психологічної та соціальної допомоги;
- б) забезпечення ранньої соціальної адаптації, загального і професійного навчання.

Важлива роль у корекційній роботі відводиться розвитку позитивного ставлення до життя, сім'ї, навчальної та трудової діяльності. Ефективність та результативність лікувальних та психолого-педагогічних заходів визначаються своєчасністю, безперервністю, наступністю та взаємозв'язком в корекційній роботі різних фахівців (логопеди, вчителі, вихователі, лікарі-ЛФК, невропатологи, психоневрологи, психологи та ін.). Саме в комплексному режимі проходить процес обстеження, лікування, психолого-педагогічної та логопедичної роботи; передбачається контроль, корекція, взаємозв'язок рухових, мовленнєвих і пси-

хічних порушень та їх вплив на розвиток дитини. Структура такого підходу включає використання медикаментозних засобів, різних видів масажу, лікувальної фізкультури (ЛФК), ортопедичної допомоги, фізіотерапевтичних процедур тощо.

***Корекційно-розвивальна робота з дітьми із церебральним паралічем до одного року передбачає:***

- розвиток емоційного спілкування з дорослим;
- нормалізацію тону м'язів та моторики артикуляційного апарату; розвиток рухливості артикуляційних органів;
- стимулювання голосових реакцій, звукової та мовленнєвої активності;
- розвиток сенсорних процесів та функцій;
- розвиток мовленнєвого дихання; інтонаційності, ритмічності та гучності голосу;
- розвиток маніпулятивної діяльності з предметами;
- формування елементарних навичок розуміння мовлення.

***Корекційно-розвивальна робота з дітьми із церебральним паралічем до трьох років передбачає :***

- формування предметної діяльності (використання предметів за їх функціональним призначенням);
- формування наочно-дійового мислення, довільності та стійкості уваги;
- формування навичок мовленнєвого та предметно-практичного спілкування з оточуючими;
- розвиток знань і уявлень про навколишній світ;
- формування рухових можливостей кистей та пальців рук дитини;
- формування елементарних навичок охайності та самообслуговування;
- формування елементарних навичок розуміння мовлення.

***Корекційно-розвивальна робота з дітьми із церебральним паралічем до п'яти років передбачає:***

- розвиток ігрової діяльності;
- розвиток комунікацій з оточуючими;
- розширення запасу знань і уявлень про навколишній світ;
- розвиток сенсорних функцій та операцій;
- розвиток психічних процесів;
- формування елементарних математичних уявлень;
- розвиток дрібної моторики;

- підготовку руки до оволодіння навичками письма;
- психологічну та фізичну підготовку до школи.

**Корекційна робота з дітьми із церебральним паралічем до дев'яти років передбачає:**

- поетапний розвиток пізнавальної діяльності;
- корекцію порушень пізнавальної діяльності;
- корекцію вищих кіркових функцій;
- виховання стійких форм поведінки та діяльності;
- профілактику особистісних порушень;
- професійну орієнтацію дитини.

У процесі проведення корекційної роботи необхідно поєднувати різноманітні форми та види діяльності (індивідуальні, групові, підгрупові, фронтальні).

У системі виховання, навчання та лікування дітей з порушеннями опорно-рухового апарату важливе місце посідає різноманітна трудова діяльність, пов'язана з самообслуговуванням, виконанням суспільних трудових завдань, навчанням ручної праці, професійною підготовкою щодо ряду доступних спеціальностей з урахуванням особливостей того чи іншого рухового порушення.

Слід пам'ятати, що у багатьох дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, особливо при церебральних паралічах, наявні ще й недоліки суто пізнавальної діяльності. Тому система корекційно-виховної роботи з такими дітьми включає спеціальні засоби розвитку зорового сприймання, фонематичного аналізу, збагачення словникового запасу та розуміння мовлення, узагальнення та диференціювання в мисленнєвій діяльності, корекцію недоліків просторових і часових уявлень та орієнтацій. Важливу роль відіграє логопедична робота з корекції вимови.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Охарактеризуйте основні види порушень опорно-рухової системи.
2. Назвіть основні причини порушень опорно-рухового апарату в дітей.
3. Дайте визначення понять: «дитячий церебральний параліч», «елегія», «парез».
4. Які види паралічів вам відомі?
5. У чому проявляються тонічні рефлекси?
6. Охарактеризуйте основні форми ДЦП в залежності від розповсюдження паралічу.

7. Розкрийте сутність класифікації ДЦП за К.А. Семеновою.
8. Дайте визначення понять: «спастична диплегія», «спастична геміплегія», «подвійна геміплегія», «паралегія», «моноплегія», «атонічно-астатична форма», «гіперкінетична форма».
9. Розкрийте особливості мовленнєвого розвитку дітей з церебральним паралічем.
10. Розкрийте особливості психологічного розвитку дітей з церебральним паралічем.
11. Охарактеризуйте основні напрямки корекційно-розвивальної роботи з дітьми з ДЦП в залежності від їх віку.
12. Охарактеризуйте специфіку навчально-виховного процесу дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

## ДЖЕРЕЛА

1. Бадалян Л.О. Невропатология : учебник для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — М. : Просвещение, 1982. — 350 с.
2. Басова А.Г. История сурдопедагогики / А.Г. Басова, С.Ф. Егоров. — М. : Просвещение, 1984. — 295 с.
3. Бен ван дер Стам. Допомога дитині при церебральному паралічі. Практичні поради / Бен ван дер Стам. — Львів : Місіонер, 1995. — 72 с.
4. Власова Т.А. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.А. Власова. — М. : Педагогика, 1985. — 105 с.
5. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
6. Глоба О. Особливості організації корекційної роботи в умовах дошкільного навчального закладу / О. Глоба, І. Пригородова // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 3(75). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 65–72.
7. Даніелс Є.Р. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх закладів / Є.Р. Даніелс, К. Стаффорд. — Львів : Товариство «Надія», 2000. — 256 с.
8. Єрьоменко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єрьоменко. — К., 1966. — С. 15–25.
9. Данілавічюте Е. Нейродинамічна основа моделювання мовлення та дрібної моторики в контексті комплексної технології надання допомоги при ДЦП / Е. Данілавічюте // Особлива дитина:



- навчання і виховання. — № 4(76). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 8–16.
10. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
11. Лебединская К. Диагностика раннего детского аутизма: начальное проявление / К. Лебединская, О. Никольская. — М. : Просвещение, 1991.
12. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. — М. : Издательский центр «Академия», 2001. — 192 с.
13. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. — М. : ВЛАДОС, 1997. — 304 с.
14. Мастюкова Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : кн. для логопеда / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. — М. : Просвещение, 1985. — 170 с.
15. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева, за заг. ред. С.П. Миронової. — Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огнієнка, 2010. — 264 с.
16. Синьов В.М. Основы дефектологии : навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
17. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма матер, 2003. — 436 с.
18. Трофимова Н.М. Основы специальной педагогики и психологии : учеб. пособ. / Н.М. Трофимова, С.П. Дуванова, Н.Б. Трофимова, Т.Ф. Пушкина. — СПб. : Питер, 2006. — 304 с.
19. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. пособ. / Под ред. Л.В. Шапковой. — М. : Советский спорт, 2003. — 464 с.

## РОЗДІЛ VI

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПЕРВАЗИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Основні поняття: первазивні порушення розвитку, розлади аутистичного спектра, аутизм, синдром Канера, синдром Аспергера, діагностичні критерії аутизму, сенсорна гіпер-/гіпочутливість, порушення мовлення та комунікації, «соціальний мозок», рівні побудови дій, модель психічного, типи репрезентацій (первинна репрезентація, метарепрезентація), ігрова діяльність дитини з аутизмом, професійна компетентність фахівця у корекційно-розвивальній роботі з дитиною з аутизмом.*

### 6.1. Сутність поняття «аутизм»

Термін «аутизм» є загальнозживаним скороченим відповідником дефініції «розлади аутистичного спектра» (РАС) (DSM-V) і входить до групи «загальні (або первазивні) порушення розвитку» Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Термін узгоджено з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги та медичної реабілітації (2015). За статистикою, ознаки аутизму виявляються до 3,5 років переважно в осіб чоловічої статі (у 4–4,5 рази частіше, ніж у жінок). У 2015 році Центр з контролю захворюваності і профілактики США (CDC) встановив, що розлади аутистичного спектра є в 1 дитини з 68, що на 30 % більше, ніж аналогічний рівень два роки тому, який становив 1 із 88. Доведено також, що розповсюдженість аутизму приблизно однакова в усьому світі.

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.

Термін «*первазивні порушення розвитку*» застосовано в дослідженнях аутизму бельгійським вченим Тео Пітерсом в якості альтернативної термінології «*якісним порушенням психічного розвитку*», за яких домінантними є труднощі, пов'язані з розвитком когнітивних, моторних, мовленнєвих і соціальних навичок. Автор вважає новий термін «*первазивне порушення*» більш доречним у розумінні проблеми якісних порушень розвитку, ніж термін «аутизм».

А.С. Співаковська, узагальнюючи результати огляду психологічних уявлень стосовно аутизму, зазначає: 1) терміном «аутизм» позначають стан домінування чуттєвого, афективного над логічним, раціональним; 2) аутизм стосовно пізнавальних процесів (сприймання, мислення, свідомості) означає їх зумовленість афективними станами та незалежністю від логічних законів реальності; 3) аутизм визначає початковий етап розвитку дитини, де основою психічного життя є «принцип задоволення»; 4) аутизм (аутична гра) часто застосовується для позначення асоціальної природи дитячої гри, що дозволяє дитині задовольнити пригнічувані суспільством тенденції.

Аутизм на сучасному етапі наукового становлення розглядається як системне порушення розвитку (особливий тип розвитку), що характеризується, в першу чергу, труднощами взаємодії дитини з навколишнім світом та самим собою. Це зумовлює асинхронність (нерівномірність) розвитку дитини. Зазвичай аутизм виявляється в ранньому дитинстві та супроводжує людину все життя. Дитина з аутизмом неадекватно поводить себе у товаристві інших людей, погано засвоює навички, які необхідні для спілкування, схильна до ригідної поведінки та стереотипних дій.

Такий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків із реальністю та виявляється в зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми, уперше описав Лео Каннер у 1943 році, назвавши його раннім дитячим аутизмом. Цей стан характеризується глибокою недостатністю емоційних контактів, тривожним прагненням зберегти постійність, незмінність оточення, надзвичайною зосередженістю на окремих об'єктах, маніпулюванням ними, мутизмом, не спрямованим на комунікацію, достатньо високим пізнавальним потенціалом.

На думку Ф. Аппе, *аутизм* — це порушення розвитку, що: не зумовлено «холодним» стилем виховання, тобто має біологічну природу; не обмежене тільки дитячим віком та зберігається впродовж всього життя; не завжди характеризується спеціальними або «видатними» здібностями

ми та може зустрічатися у людей із різним коефіцієнтом інтелекту (IQ), однак часто супроводжується загальним зниженням інтелекту. Це не просто «шкарлупа», усередині якої перебуває «звичайна» дитина, що чекає можливості вийти назовні, а серйозне порушення **комунікації, соціалізації та уяви**.

За п'ять років, з 2009 по 2013 рік, згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України захворюваність на розлади аутистичного спектра зросла на 194 %: з 0,55 до 1,61 на 100 000 дитячого населення. Це порушення розвитку спостерігається в усіх країнах світу незалежно від соціального середовища чи етнічної належності.

## **6.2. Загальна характеристика дітей з розладами аутистичного спектра**

*Найтиповішими симптомами розладів аутистичного спектра дитини є наступні прояви:*

— дитина рідко встановлює зоровий контакт або ж встановлює його в незвичний спосіб (наприклад, дивиться скося на вас чи наче крізь вас);

— виявляє значно менше цікавості до навколишнього світу, ніж від неї сподіваються;

— переважно бавиться сама, перебуває наче у своєму власному світі;

— не наслідує в іграх інших дітей, поведінки батьків;

— зовсім не виявляє зацікавлення до гри з однолітками;

— дитина почала говорити, а потім перестала;

— не реагує на прості вказівки, на звернення до неї, хоча її поведінка в інших ситуаціях свідчить про те, що у дитини немає проблем зі слухом; розвиток мовлення дитини не відповідає її вікові; механічно повторює почуті слова, фрази;

— у спілкуванні не використовує ні жестів, ні міміки; повторює у відповідь останні слова, з якими до неї звертаються;

— надмірно боїться різких звуків (наприклад, шуму потяга), часто затуляє при цьому долонями очі, вуха; не хоче, щоб її торкалися, обіймали, гладили по голові;

— має стереотипні рухи (наприклад, клацає пальцями, крутить головою, погойдуються);

— протестує проти змін у середовищі довкола неї чи у способі життя (наприклад, проти зміни меблів у помешканні чи зміни маршруту, яким ходить у садочок);

- надмірно захоплюється числами, датами, поодинокими предметами, якоюсь однією темою;
- їй подобається крутитися на місці чи вона захоплюється предметами, що крутяться;
- має обмежене коло уподобань (наприклад, бавиться лише одним (часто незвичним) предметом); часто і багаторазово складає в ряд свої іграшки тощо;
- дитину важко зупинити в її повторюванні стереотипних дій чи фраз, переключити її увагу на щось інше;
- прив'язується до незвичних речей, їй подобається бавитися стрічками, камінцями, паличками, волоссям та ін.;
- потребує точного дотримування встановлених ритуалів, різко реагує на будь-які зміни (наприклад, наполегливо вимагає дотримуватися однакової послідовності дій, купуючи щось у крамниці, або ж їсти лише з певного посуду, вдягатися тільки у такий, а не інший одяг, ходити постійно тією самою дорогою тощо).

Основними клінічними проявами аутизму за Е.К. Лютовою, Г.Б. Моніною є: побічні реакції на сенсорні подразники (гіперчутливість, гіпочутливість, сенсорні стимуляції); порушення розвитку мовлення; труднощі комунікації; труднощі соціальної взаємодії; стереотипність поведінки.

#### ***Побічні реакції на сенсорні подразники при аутизмі***

##### ***Сенсорна гіперчутливість:***

- Акустична — дитина не терпить шуму, гамору, певних звуків, вона закриває вуха, кричить, намагається піти геть.
- Візуальна — дитина реагує на яскраве світло, вона може мружити очі, загуляти очі долонями тощо.
- Тактильна — дитина не переносить дотику, погладжування, певних видів тканин, не любить знімати одяг, торкатись певних речовин та предметів тощо.
- Смакова/нюхова — дитина протестує проти певної їжі/запахів тощо.

***Сенсорна гіпочутливість*** — до болю, до холодного/гарячого тощо.

Стимулювання певної сенсорної системи задля збалансування сенсорного дисбалансу, автостимуляція для самозаспокоєння:

- візуальна (розглядати вогонь, світло тощо);
- вестибулярна (гойдання, коливання, кружляння, стрибки, немов на батуті тощо);
- тактильна (гра з водою, піском, крупами, волоссям тощо);

— акустична (повторне прокручування певної мелодії тощо).

***Мовленнєві та комунікативні порушення при аутизмі:***

— відсутність ранньої предвербальної комунікації на першому році життя (соціальної усмішки, погляду «очі в очі», невербальних жестів-виявів бажання);

— затримка мовленнєвого розвитку або регрес — втрата набутих слів між 15-м і 30-м місяцями;

— володіння великим словниковим запасом слів без розуміння їхнього значення та невикористання їх у спілкуванні;

— ехोलалії — механічне повторення почутого (моментальні та віддалені);

— стереотипне спілкування (перепитування одного і того ж запитання);

— порушення вживання займенників;

— порушення тону голосу, інтонації;

— буквальне розуміння мовлення (нерозуміння переносного, метафоричного значення слів);

— зацикленість мовлення та мислення — зосередженість на одній темі;

— метакомунікативний дефіцит — говорять до людей, а не з людьми, тобто не розуміють, що іншій людині не цікаво, або що вона говорить про інше.

Діагностичні критерії, якими користуються психіатри для підтвердження діагнозу аутизму, систематизовано у міжнародних класифікаціях хвороб (МКХ-10, DSM-IVTR) за трьома базовими критеріями, запропонованими Лорою Вінг.

***А. Кількісні порушення в соціальній взаємодії представлені щонайменше двома ознаками:***

1) нездатність адекватно використовувати погляд «очі в очі», вираз обличчя, пози і жести тіла для регулювання соціальної взаємодії;

2) нездатність розвивати стосунки з однолітками з використанням взаємного обміну інтересами, емоціями чи спільною діяльністю;

3) відсутність соціально-емоційної взаємності, що проявляється в порушеній реакції на емоції інших чи відсутності модуляції поведінки у відповідності із соціальним контекстом; слабка інтеграція соціальної та комунікативної поведінки: рідко шукає чи використовує підтримку інших людей для заспокоєння чи співчуття в періоди стресу чи (і) заспокоює, співчуває іншим людям, що мають ознаки стресу чи засмучення;

4) відсутність спонтанного пошуку обміну радістю, інтересами чи досягненнями з іншими людьми.

**Б. Кількісні порушення в комунікації, що представлені щонайменше однією ознакою:**

1) відставання чи повна відсутність мовлення, яке не супроводжується спробами компенсації через використання жестів, міміки як альтернативної моделі комунікації (якій часто передує відсутність комунікативного гуління);

2) відносна неспроможність ініціювати чи підтримувати розмову;

3) стереотипне чи повторне використання мовлення чи ідіосинкратичне використання слів чи речень;

4) відсутність різноманітної спонтанної гри-імітації (уявної чи соціальної) відповідно рівню розвитку.

**В. Обмежені, повторні чи стереотипні види поведінки, інтересів чи діяльності, що представлені щонайменше однією ознакою:**

1) активна діяльність за стереотипними чи обмеженими видами інтересів (зацікавленість);

2) явно виражене обов'язкове підтримування специфічного нефункціонального розпорядку та ритуалів;

3) стереотипні та повторні механічні рухи;

4) підвищена увага та дії з частинами предметів чи нефункціональними елементами ігрового матеріалу.

Наведені критерії характеризують дитячий аутизм, класичний аутизм або **синдром Каннера** — розлад загального психічного розвитку, який виявляється у дітей у віці до 3 років без попереднього періоду нормального розвитку. Також відомий **синдром Аспергера**, що є м'яким варіантом аутичного розладу та починається в ранньому дитячому віці, але діагностують його нерідко тільки тоді, коли діти ідуть до школи, де починають виникати труднощі у взаємодії з іншими дітьми.

Головними особливостями розвитку при синдромі Аспергера є:

— якісні порушення соціальної взаємодії: відхилення в невербальній поведінці (вузький спектр жестів, міміки, рідкий зоровий контакт), у спілкуванні з іншими людьми;

— незвичні і дуже виражені свої інтереси (наприклад, цікавість до розкладу руху потягів, різновидів води чи пральних машин). При цьому незвичною є й інтенсивність їхнього захоплення;

— специфічні повторювані, стереотипні форми поведінки (наприклад, не звертають уваги на інших чи, навпаки, поводяться занадто навіязливо, підкреслено ігнорують інструкції вчителя на певних уро-

ках, підтримують сталість предметного оточення і протестують щодо будь-яких його змін).

Орієнтовну диференціацію раннього дитячого аутизму та синдрому Аспергера подано у *табл. 6.1*.

Таблиця 6.1

### ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ ТА СИНДРОМУ АСПЕРГЕРА

Ранній дитячий аутизм	Синдром Аспергера
Виявляється відразу після народження або на першому році життя	Розлади помічаються на 2–3-му році життя і особливо ясно виявляються в початкових класах школи
Ходити починають раніше, ніж говорити	Мовлення з'являється раніше ходьби
Пізнавальне порушення	Порушення інтуїції
Браки мовлення, складнощі активного мовлення	Мовлення не має комунікативних функцій
Немає зорового контакту, не помічає інших людей	Зоровий контакт побіжний, уникає чужого погляду
Інтелектуальні прояви збіднілі	Хороші загальні і спеціальні здібності, інколи — яскраво виражені таланти
Поведінка неадекватна	Поведінка дивна

Враховуючи широту розладу аутистичного спектра, дуже важливою є диференціальна діагностика аутизму щодо: нормативних вікових особливостей поведінки; порушення зору/слуху; розладу прив'язаності/психосоціальної депривації; розладів мовлення; затримки психічного розвитку; розумової відсталості; гіперактивного розладу із дефіцитом уваги; селективного мутизму та соціальної фобії; тиків, синдрому Жилля де ля Туретта; obsесивно-компульсивного розладу; шизофренії тощо.

О.С. Нікольською виокремлено чотири основні групи дитячого аутизму. Критеріями класифікації є характер і ступінь порушень взаємодії із середовищем та прояви самого аутизму.

**I група** — найтяжчий ступінь прояву аутизму. Польова поведінка, емоційний контакт із дорослими відсутній, характерне відсторонення від зовнішнього середовища. Мовлення відсутнє, хоча розуміння мов-



лення може бути і не порушеним. Діти можуть уникати звичних подразників (шум, яскраве світло, гучне мовлення, дотики), які можуть викликати в них переляк. Дітям даної групи властива агресивність, що доходить до патології. Такий тип емоційної регуляції орієнтований на захист себе від впливу зовнішнього світу й прагнення емоційного комфорту. Ці діти майже не володіють навичками самообслуговування, тому потребують постійної допомоги та підтримки дорослих.

**II група.** Дітям цієї групи характерне відкидання зовнішнього середовища, притаманні страхи, стереотипні рухи, імпульсивність, манерність, симбіотичний зв'язок з мамою. Діти активно вимагають збереження стабільності в навколишньому середовищі. Їх мовлення, як правило, просте.

**III група.** Для цих дітей характерні відсторонені інтереси та фантазії. Їх мовлення більш розгорнуте і представлене у вигляді емоційно забарвленого монологу, рівень когнітивного розвитку вищий. Вони менше залежні від матері, меншою мірою потребують присутності і нагляду дорослих. У дітей цієї групи спостерігається суперечливість спонукань: прагнення досягти мети при швидкому перенасиченні; лякливність, тривожність і потреба пережити вдруге травмуючі враження. Часто трапляються агресивні дії. Рівень емпатії, як правило, низький.

**IV група.** Діти цієї групи здатні до спілкування, у них збережені інтелектуальні функції. Значне гальмування є основною рисою цієї групи. Як правило, такі діти дуже лякливі, особливо в контактах, часто невпевнені у собі. У них яскраво виражена потреба у захисті, підбадьорюванні, емоційній підтримці з боку матері. Вони активно прагнуть засвоїти певний набір поведінкових штампів, які забезпечать їх адаптацію в колективі. Їм властива залежність від матері. Вони часто бувають талановиті в певних речах. У їх мовленні зустрічається менше штампів, воно носить більш спонтанний характер.

Узагальнюючи специфічні особливості дітей з аутизмом, можемо визначити основні труднощі формування особистості дитини, а саме: **неконтактність** — труднощі дитини у взаємодії з оточуючим світом та людьми; **імпульсивність** — спонтанність поведінки, активні дії дитини, що слабо контролюються нею; **тривожність** — емоційний стан, що виявляється у хвилюванні, підвищеній лякливості, наявності страхів; **агресивність** — підвищена збудженість, спрямована на завдання шкоди собі та навколишньому середовищу (речам, людям) з метою захисту себе від того ж навколишнього світу, зняття напруги як засобу взаємодії зі світом; **невпевненість** — вияв нерішучості дитини

у діяльності та взаємодії при наявності прагнення до неї, відсутність ініціативності.

Однак наведений перелік клінічних проявів не розкриває специфіку аутизму повною мірою, оскільки діти з аутизмом бувають дуже різні. Часто аутизм може комбінуватись з іншим психічним захворюванням або сенсорним порушенням. Також у дітей з аутизмом можуть спостерігатись порушення сну та травлення (вибірковість або ритуальність у їжі).

### 6.3. Причини виникнення розладів аутистичного спектра

Аналізуючи причини виникнення розладів аутистичного спектра, О. Романчук зазначає, що цих причин може бути багато, однак усі вони закладені у будові та функціонуванні мозку, тобто у нейробіологічному субстраті. Наочно причини виникнення розладів аутистичного спектра подано на схемі (рис. 6.1).

Це порушення функцій та взаємодії певних структур мозку, що відповідають за інтеграцію та синтез інформації (як тієї, що надходить із різних сенсорних каналів, так і спеціально мови та соціальних стимулів), а також зон мозку, які відповідають за організацію поведінки загалом і соціальної зокрема. Ймовірно, основними тут є генетичні причини (полігенного характеру) разом із чинником органічного ураження центральної нервової системи (він може бути основним чи додатковим етіологічним фактором у меншій кількості випадків).

Досить поширеним поясненням причин аутизму є **лімбічна теорія**, що поєднує кілька теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), у яких простежується зв'язок між лімбічною системою й аутизмом. Лімбічна ділянка мозку представляє особливий інтерес для аутистопедагогіки, бо тісно пов'язана із соціально-емоційними функціями людини. Так, таламус працює як «розподільча ділянка» для всіх відчуттів, що надходять у мозок, передає рухові імпульси і бере участь в емоційних процесах та у процесах пам'яті. Гіпоталамус відповідає за поведінку в екстремальних ситуаціях, прояви агресії, болю і задоволення. Мигдалеподібне тіло координує реакції страху і неспокою, спричинені внутрішніми сигналами. Гіпокамп використовує сенсорну інформацію для формування короточасної та довготривалої пам'яті. Базальні ганглії відповідають за контроль тонкої моторики м'язів обличчя та очей, які відображають емоційні стани, координують мислен-

неві процеси, що беруть участь у плануванні порядку і злагодженості наступних дій. Отже, лімбічна система дає змогу дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), а в подальшому розвивати такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя.

Дані сучасних нейробіологічних досліджень сходяться до того, що більш імовірним при аутизмі є наявне порушення формування мереж «соціального мозку» та мереж інтеграції інформації. Ці системи соціального мозку залучають цілий ряд його підструктур (лобну кору, мигдалеподібне тіло, мозочок, лімбічну систему тощо) та відповідають за розвиток прихильності, соціальну перцепцію (розуміння мовлення, невербальну взаємодію, розуміння виразу обличчя, значення зорового контакту, визначення внутрішніх станів та перспектив інших людей тощо), наслідування та імітацію (система дзеркальних нейронів).

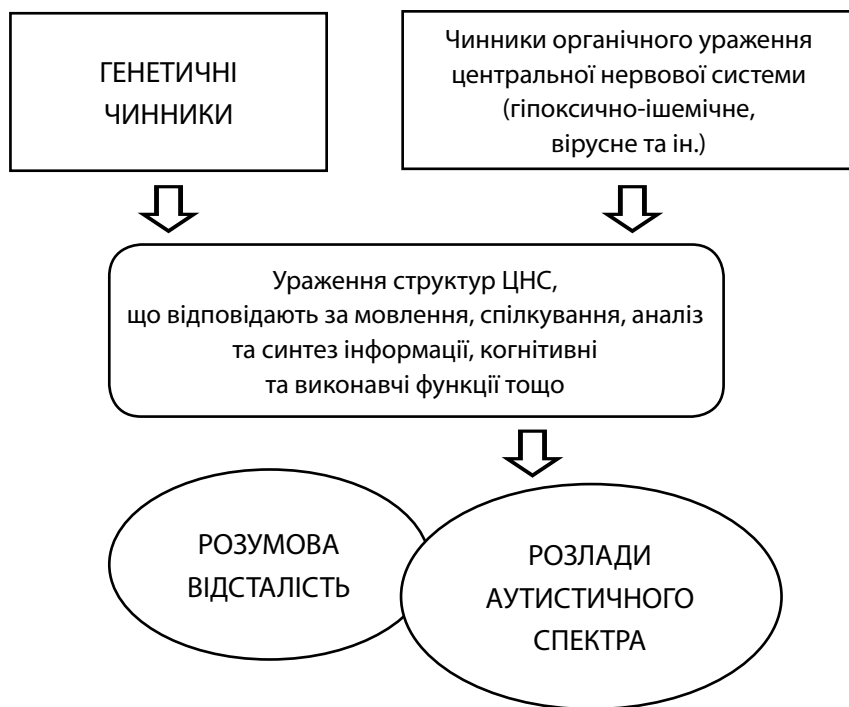


Рис. 6.1. Причини виникнення аутизму (за О. Романчуком)

## 6.4. Психічна організація дитини з розладами аутистичного спектра

Аутизм як особливий тип розвитку охоплює практично всю психічну сферу дитини, а саме: психомоторну, сенсорну, інтелектуальну, емоційну та безпосередньо особистісну. М.В. Папуча та Т.Д. Кричківська виділяють три сфери, в яких здійснюється становлення особистості: *діяльність*, *спілкування* та *самосвідомість*. Саме в цих сферах виявляються найбільші труднощі розвитку дитини з аутизмом, що і ускладнює формування цілісної особистості. Докладно проаналізуємо ці труднощі.

**1. Труднощі усвідомлення себе та навколишнього світу** зумовлені мірою зрілості центральної нервової системи дитини з аутизмом. Такий підхід запропонувала О.В. Максимова, ґрунтуючись на теорії побудови дій М.О. Бернштейна, який виділив п'ять рівнів побудови рухів.

*Рівень А* — руброспинальний рівень палеокінетичних регуляцій, рівень підлаштовування.

*Рівень В* — таламо-паллідарний, рівень синергії і штампів.

*Рівень С* — пірамідно-стріальний, рівень просторового поля.

*Рівень D* — тім'яно-премоторний, рівень предметної дії.

*Рівень E* — кортикальний, рівень інтелекту.

Запропоновані рівні побудови дій є рівнями взаємодії організму з навколишнім середовищем. За О.В. Максимовою, процес побудови дій зумовлений особливостями сприймання інформації, тобто аферентно-еферентним механізмом, суть якого полягає в тому, що аферентний синтез кожного рівня побудови дій по-різному переробляє отриману інформацію та будує еферентну відповідь. Загальну характеристику цього процесу подано у *табл. 6.2*.

Таким чином, за О.В. Максимовою, *первинними порушеннями при аутизмі є порушення аферентно-еферентного механізму сприймання*, тоді як *порушення спілкування, емоційного реагування та поведінки є вторинними*, тобто в основі аутичного порушення є труднощі сприймання дитиною з аутизмом свого тіла та навколишнього простору. Базові психологічні утворення кожного рівня та їх дисфункції наведено у *табл. 6.3*.

Міра сформованості означених рівнів та прояв дисфункцій у кожній дитини з розладами аутистичного спектра різний, оскільки діти даної категорії мають індивідуальний тип розвитку.

Таблиця 6.2

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА  
АФЕРЕНТНО-ЕФЕРЕНТНОГО МЕХАНІЗМУ  
ПОБУДОВИ ДІЙ**

Рівні побудови дій	Аферентний синтез (сприймання)	Еферентна відповідь (дія)
Рівень А	Неусвідомлювана рухова відповідь на протопатичне сприймання	Тонічна стійкість, рівновага всього тіла в цілому, активність. Позотонічна рівновага
Рівень В	Рух призводить до насичення відчуттями, унаслідок цього виникає неусвідомлювана потреба в постійному русі	Динамічна стійкість, рівновага у русі всього тіла, узгодженість рухів
Рівень С	Реальне сприйняття цілі або об'єкта у просторі передує діям, тобто дія зумовлена ціллю у просторі	Цілеспрямованість та правильне пересування всього тіла або кінцівок у просторі
Рівень D	Топологічне сприймання ситуації, задачі всередині ситуації, предметів, тобто дії зумовлені певною ситуацією	Послідовність дій всередині певної ситуації, опора на конкретне мислення
Рівень Е	Абстрактне сприймання знаків, символів, схем, тобто дії всередині уявних обставин	Смислові або символічні ланцюги дій всередині мисленневих або уявних ситуацій, опора на абстрактне мислення, фантазії

Таблиця 6.3

### БАЗОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ УТВОРЕННЯ ТА ДИСФУНКЦІЇ ФІЗІОЛОГІЧНИХ РІВНІВ ПОБУДОВИ ДІЙ

<b>А — рівень підлаштовування:</b> <i>тонічно-пасивне вписування у навколишній світ, у якому дитина сприймає себе частиною світу та не виокремлює себе з нього</i>	
Параметри	Базові психологічні утворення
Характеристика рівня	<ul style="list-style-type: none"> <li>— формування базової довіри до світу (через взаємодію з мамою);</li> <li>— формування здатності до близьких стосунків з іншими людьми;</li> <li>— формування основ фізичного «Я» — сприймання цілісності свого тіла</li> </ul>
Дисфункції	<ul style="list-style-type: none"> <li>— труднощі в тонічному підлаштовуванні;</li> <li>— порушення відчуття власного тіла;</li> <li>— порушення вестибулярного сприймання</li> </ul>
<b>В — рівень синергій і штампів:</b> <i>активне рухове несвідоме вбудовування в навколишній світ</i>	
Параметри	Базові психологічні утворення
Характеристика рівня	<ul style="list-style-type: none"> <li>— формування усвідомлення себе дитиною в русі;</li> <li>— формування несвідомого вписування людини в навколишній світ;</li> <li>— формування основ фізичної взаємодії (прийняття/неприйняття)</li> </ul>
Дисфункції	<ul style="list-style-type: none"> <li>— формування стереотипів;</li> <li>— формування страху невизначеної, нової ситуації;</li> <li>— застрягання на сенсорних стимулах</li> </ul>
<b>С — рівень просторового поля: виділення себе з простору</b>	
Параметри	Базові психологічні утворення
Характеристика рівня	<ul style="list-style-type: none"> <li>— формування усвідомлення себе як окремого об'єкта простору;</li> <li>— становлення незалежності дитини, усвідомлення свого «Я»;</li> <li>— формування сприймання реальності «тут та тепер», її диференційованість, здатність виділення фігури з фону;</li> <li>— формування меж фізичних та соціальних;</li> <li>— формування основ невербальної комунікації</li> </ul>

Параметри	Базові психологічні утворення
Дисфункції	<ul style="list-style-type: none"> <li>— затримка появи займенника «Я», дитина тривалий час, навіть за умов розвитку мовлення, називає себе в третій особі (на ім'я або «вона/він»);</li> <li>— порушення сприймання цілісності свого тіла, порушення координації рухів у просторі, порушення тілесної чутливості (знижена);</li> <li>— дефіцитарність просторового сприймання, що супроводжується страхами, тобто щось нове, несподіване, не вписується одразу в аферентний синтез просторового поля;</li> <li>— порушення меж простору: страх закритого простору або невідчуття жодних меж;</li> <li>— труднощі формування цілісного синтезу, гештальту: сприймання простору монорецепторно (лише через зір або через слух, або через рух);</li> <li>— порушення цілеспрямованих рухів у просторі (невербальної поведінки): відсутність прямого погляду очі в очі; відсутність наслідування в міміці (амімія) та жестах; відсутність вказівного жесту;</li> <li>— мовленнєві порушення просторового поля: затримка мовленнєвого розвитку, порушення інтонування;</li> <li>— труднощі зчитування міміки дорослих;</li> <li>— порушення дій, що зумовлені порушенням сприймання на рівні просторового поля (зорового, слухового, тілесного або всіх одночасно), унаслідок чого за дії не відповідає ні зір, ні тілесна рецепція</li> </ul>
<p><b>D — рівень предметної дії:</b>  <b>оволодіння соціальними нормами, правилами взаємодії</b></p>	
Параметри	Базові психічні утворення
Характеристика рівня	<ul style="list-style-type: none"> <li>— становлення усвідомлення себе та своєї самостійності;</li> <li>— формування понятійних та образних схем стосовно певних ситуацій;</li> <li>— формування здатності до обману в ході підлаштування до думки оточуючих;</li> <li>— формування сюжетно-рольової гри</li> </ul>
Дисфункції	<ul style="list-style-type: none"> <li>— труднощі розуміння ситуації та відмінностей ситуацій;</li> <li>— мовлення складається з прив'язаних до ситуації наказів-команд: пити, дай, гуляти;</li> <li>— не формується передбачення, існування «тут і тепер»</li> </ul>

<b>Е — рівень інтелекту:</b> <i>відбувається відхід від реальної ситуації, тобто аферентний синтез та еферентна відповідь формуються подумки, поза реальною ситуацією в уяві</i>	
Параметри	Базові психічні утворення
Характеристика рівня	<ul style="list-style-type: none"> <li>— формування рефлексії;</li> <li>— формування мислення не пов'язано з межами конкретної ситуації та конкретних потреб;</li> <li>— формування здатності до фантазування;</li> <li>— виникнення вищих емоцій почуттів;</li> <li>— формування гри за правилами</li> </ul>
Дисфункції	<ul style="list-style-type: none"> <li>— відірваність мислення від сприймання та діяльності;</li> <li>— мовлення (навіть при його розвиненості) не виконує комунікативної функції;</li> <li>— труднощі навчання письму, читанню, математиці;</li> <li>— не формується усвідомлення себе як мислячої особистості;</li> <li>— відсутність співпереживання;</li> <li>— затримка розумового розвитку</li> </ul>

**2. Труднощі розуміння непрямих значень (підтексту) слів, а також думок та вчинків інших людей** зумовлено: 1) специфічним типом мислення, що характеризується конкретним сприйманням фіксованих образів, діти з аутизмом думають образами, тобто здатні співвідносити певний тип поведінки з певною ситуацією, а різноманіття і неоднозначність людської поведінки їм дуже важко зрозуміти; 2) порушенням розвитку уяви, що впливає на розуміння значень, які знаходяться глибше, ніж фізично сприймана реальність.

Усе це впливає на розвиток мовлення, а саме здатність дитини уловлювати значення слів вживаних у спілкуванні, тобто дитина здатна говорити і опановувати певні навички мовлення, але вживання слів поза контекстом не є ефективним для неї у спілкуванні, через що дитина перестає вживати ці слова, оскільки не може зрозуміти причину їх використання. Багато людей з розладами аутистичного спектра добре розуміють окремі слова (особливо іменники і дієслова, що описують предмети і дії, які можна побачити або почути в навколишньому світі) і в той же час не можуть зрозуміти ті ж слова в контексті.

Так Ф. Аппе, у пошуках причин аутизму, зупиняється на ідеї, запропонованій англійським ученим Сімоном Бароном-Кохеном, яка полягає в тому, що тріада поведінкових порушень при аутизмі зумовлена



порушенням базової здатності людини до «зчитування внутрішніх уявлень». Пояснення аутизму з позиції моделі психічного (theory of mind) припускає, що в аутистів втрачається здатність уявляти внутрішні переживання, що призводить до зниження в них певних здатностей до соціальної взаємодії, комунікації та уяви.

**Модель психічного** — це здатність приписувати незалежні уявлення іншим людям задля пояснення поведінки власної та інших, тобто здатність сприймати як свої власні переживання, так і переживання іншої людини з метою пояснення та прогнозування поведінки. Ці уявлення повинні бути незалежними як від реальної ситуації (оскільки люди можуть очікувати на те, чого немає насправді), так і від уявлень інших людей (оскільки різні люди можуть очікувати й хотіти різне).

Модель психічного ґрунтується на символізації, що є винятково складною поведінкою та передбачає сформованість двох типів репрезентацій, які забезпечують здатність до диференціації дитиною уявної та реальної дійсності, а саме:

— *первинна репрезентація*, яка відображає те, що дійсно існує у навколишньому світі;

— *метарепрезентація*, тобто символізація, що використовується для оволодіння уявлюваною реальністю.

*Метарепрезентація* складається із чотирьох елементів: 1) діюча особистість (агент); 2) інформаційний зв'язок; 3) реальний об'єкт; 4) «експресія» (відділене від реальності символічне уявлення). Наприклад, при грі імітації відповідно схеми: 1) мама; 2) уявляє; 3) що? — банан; 4) «це телефон».

Здатність до *метарепрезентації* необхідна для формування символічної гри та відображення інших «інформаційних зв'язків», таких як «думка», «надія», «намір», «бажання» та «очікування».

Отже, дана теорія логічно пояснює тріаду порушень при аутизмі (соціалізації, комунікації та уяви) через неможливість уявлення внутрішніх переживань, а саме: порушення соціальної взаємодії зумовлено відсутністю здатності сприйняття інших людей як активних суб'єктів зі своїми власними уявленнями; характер комунікативних порушень зумовлено неможливістю уявити собі наміри співрозмовника або сприймати його висловлення як відображення його думок.

Дитині з аутизмом властиве відчуття внутрішнього хаосу, зумовлене труднощами в розумінні того, що інші люди мають відмінне від її мислення, що дії людей, зазвичай, відображають їх думки, плани та емоційні потреби.

### **3. Труднощі формування ігрової діяльності.**

Гра як провідна діяльність дошкільного віку є сферою соціалізації дитини та може виконувати діагностичну, розвивальну і корекційну функції. Гра створює умови для розвитку довільної усвідомленої поведінки, саме у грі формуються зачатки самосвідомості. Гра суттєво впливає на розвиток розумових дій, підготовлюючи перехід до формування нових інтелектуальних операцій, вона є джерелом розвитку та створює зону найближчого розвитку.

А.С. Співаковською визначено коло специфічних аспектів гри, притаманних дитині з розладами аутистичного спектра.

*Особливості гри дитини з аутизмом за заданим сюжетом:*

— нестійкість сюжету, гри — позбавлена ігрової логічності зміна сюжетів;

— відсутність прямого, безпосереднього ототожнення дитини з дорослим, роллю дорослого (дитина не називає себе «Я лікар» тощо, не розподіляє ролі між ляльками);

— прагнення частіше зображувати, демонструвати неживі предмети;

— емоційна невиразність — повільні або поривчасті рухи, погляд нерухомий, спрямований крізь об'єкти, монотонність мовлення;

— неадекватність емоційних проявів ігрової ситуації;

— використання обмеженої кількості іграшок, використання неігрового матеріалу;

— порушення смислоутворювальної функції ігрового мотиву — труднощі підпорядкування ролевому правилу, швидке перенасичення діяльністю;

— невиконання ігрових правил — дії заради дій;

— ігнорування комунікативної функції гри, що передбачена структурованою іграшкою — неадекватні маніпуляції, надання переваги неоформленим предметам;

— межі гри та реальності, власного «Я» та ігрової ролі, правди та вимислу є розмитими, тобто гра позбавлена критичного «погляду з боку».

*Особливості спонтанної гри дитини з аутизмом:*

— емоційна захопленість, одержимість, що досягає екстазу;

— значна стійкість та стабільність — від неї досить важко відволікати, переключити на іншу діяльність, гра не є набридливою діяльністю;

— гра не має сюжетного характеру, а є дією з предметами (зазвичай певними);

- обмежене використання, або невикористання, іграшок-предметів (гра зі своїми руками, пальцями тощо);
- спостерігається «редукція предметної дії» у ході гри — спрощення гри до маніпуляції з предметами;
- складні предметні дії, маніпуляції, здійснюються винятково для отримання примітивного сенсорного ефекту;
- предметна гра позбавлена уявної ситуації, яка відтворює діяльність дорослих;
- гра стимулюється стійкими емоційними переживаннями, які не розвиваються (засіб стимуляції одних і тих самих відчуттів);
- гра не є тією діяльністю, в якій предметні дії формуються, опрацьовуються, наділяються соціальним змістом.

*Особливості гри дитини з аутизмом з використанням предметів-замінників:*

- складність заохочення дитини до гри, де заміщення було б органічним та природним;
- заміщення носить формальний характер — дитина приймає в якості замісника будь-який предмет (часто предмет, що трапився першим на очі).

Отже, ігрову діяльність аутичних дітей характеризують такі особливості: 1) недостатня здатність та відсутність безпосереднього інтересу до ігрової діяльності; 2) тривала зупинка на етапі вивчення предметного світу; 3) відмова використання предметів та іграшок за призначенням; 4) орієнтування при маніпулюванні з предметами та іграшками на їх сенсорну привабливість (колір, матеріал, з якого вони зроблені, звук, який виникає при їхньому киданні чи русі тощо); 5) зазвичай нездатні використовувати у грі предмети-замісники, поряд із цим здатні надавати предметам, що не мають фіксованого призначення, певну виняткову функцію і відмовляються застосовувати їх інакше; 6) сюжетно-рольова гра практично самостійно не формується, через труднощі взяти на себе роль іншого.

Діти з розладами аутистичного спектра мають великі труднощі щодо розвитку комунікації, соціальної поведінки та в ігровій діяльності, де більшою мірою є необхідним використання непрямих значень, володіння здатністю усвідомлення себе та інших. Саме в цих галузях особливості розвитку дітей з розладами аутистичного спектра найпомітніші, оскільки через складність їх реалізації діти з аутизмом вдаються до стереотипних і обмежених форм поведінки, вивчених ними напам'ять, тобто в них спрацьовують захисні та адаптивні механізми.

Варто зазначити, що у дітей з аутизмом не відсутнє прагнення до взаємодії з іншими людьми, тобто природне прагнення до взаємодії є, однак наявні складності в її реалізації.

### **6.5. Особливості корекційно-розвивальної роботи фахівця з аутичною дитиною**

У роботі з дітьми з аутизмом варто застосовувати компетентнісний підхід, що полягає у формуванні здатності дитини з аутизмом до ефективної адаптації в умовах суспільного життя. Компетентність, за І.А. Зимньою, є складним особистісним утворенням, що охоплює інтелектуальні, емоційні та моральні складові, це суб'єктивна якість особистості людини, властивість її внутрішнього світу, що визначає успішність виконання людиною певної діяльності.

#### ***Вектори реалізації компетентнісного підходу:***

- 1) *професійна компетентність* працівників сфери освіти (вихователі, вчителі, психологи, корекційні/спеціальні та соціальні педагоги) як важливий чинник розвитку дитини з аутизмом в умовах освітнього простору;
- 2) батьківська компетентність у вихованні дитини як одна з базових умов розвитку аутичної дитини;
- 3) соціальна компетентність дитини з аутизмом — спроможність дитини налагоджувати продуктивну взаємодію з іншими людьми.

Професійна компетентність — складна інтегрована якість особистості, що зумовлює готовність і здатність професіонала здійснювати професійну діяльність в контексті наявної соціально-економічної та соціокультурної реальності. Основними характеристиками професійної компетентності фахівця для роботи з дитиною з аутизмом є: теоретична кваліфікованість (достатній запас професійних знань щодо проблеми аутизму); практична кваліфікованість (досвід роботи у психолого-педагогічній сфері); особистісна готовність до роботи з дітьми з аутизмом.

Професійно важливими якостями особистості фахівця для роботи з дитиною з аутизмом є: комунікативність; креативність, винахідливість; гнучкість, лабільність; прогностичні здібності; усвідомлене позитивне ставлення до професійної діяльності; терпимість та терплячість; емпатія та інтуїція; емоційна стійкість; наполегливість та цілеспрямованість; прагнення до самовдосконалення.

*Умови ефективної взаємодії фахівця з аутичною дитиною:*

- налагодження контакту з дитиною, вміння підлаштовуватись, відзеркалювати дитину;
- взаємодія з дитиною на вербальному, невербальному та тілесно-му рівнях;
- цікавість до дитини, здатність приймати її такою, якою вона є, намагатись зрозуміти причини її поведінки;
- врахування потенціалу дитини (наявні знання, вміння, навички, стереотипні захоплення тощо);
- виявлення гнучкості та креативності у взаємодії з дитиною;
- готовність до певних поведінкових реакцій (істеричних, агресивних, аутоагресивних дій тощо) та здатність змінювати їх у конструктивні форми;
- наявність внутрішніх ресурсів, тобто витримувати супротив дитини;
- відчуття власної впевненості у взаємодії з дитиною;
- допомога дитині у доведенні розпочатої справи до кінця;
- відстеження особливостей взаємодії з дитиною та оцінювання її ефективності.

*Показники ефективної взаємодії фахівця з аутичною дитиною:*

- установлення/покращення контакту «очі в очі»;
- емоційне, поведінкове реагування при зустрічі та у ході взаємодії;
- виникнення терпимості дитини до фізичного контакту;
- виконання дитиною інструкцій;
- виникнення у дитини терпимості до присутності фахівця;
- відчуття фахівцем контакту, комфорту та позитивних змін у розвитку дитини у процесі взаємодії.

Варто пам'ятати, що корекційно-розвивальний вплив на дитину з розладами аутистичного спектра забезпечує, в першу чергу, саме особистість фахівця!

**Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Дайте визначення поняття «розлади аутистичного спектра».
2. Назвіть основні симптоми аутизму.
3. Окресліть базові діагностичні критерії аутизму.
4. Назвіть основні форми аутизму та їх відмінності.
5. Розкрийте основні теорії виникнення аутизму та їх сутність.

6. *Охарактеризуйте особливості ігрової діяльності дитини з аутизмом.*
7. *Вкажіть професійно важливі якості фахівця для роботи з дітьми з аутизмом.*

## ДЖЕРЕЛА

1. Аппе. Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе; [пер. с англ. Д.В. Ермолаева]. — Москва : Теревинф, 2006. — 216 с.
2. Лебединская К.С. Диагностика раннего аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. — М. : Просвещение, 1991. — 250 с.
3. Лютова Е.К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. — СПб. : Речь, 2000. — 190 с.
4. Максимова Е.В. Уровни общения. Причины возникновения раннего аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна / Е. В. Максимова — М. : Издательство «Диалог-МИФИ», 2008. — 288 с.
5. Моница Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко — СПб. : Речь, 2007. — 186 с.
6. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. — М. : Центр лечебной педагогики, 2000. — 364 с.
7. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. — М. : Теревинф, 1997. — 342 с.
8. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен. — М. : Теревинф, 2004. — 240 с.
9. Романчук О. Розлади спектра аутизму в запитаннях та відповідях / Олег Романчук. — Львів : Колесо, 2010. — 168 с.
10. Скрипник Т. Сенсорна інтеграція як підґрунтя цілісного розвитку дітей з аутизмом / Тетяна Скрипник // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 4(80). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 24–31.
11. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму : монографія. — К. : Видавництво «Фенікс», 2010. — 368 с.
12. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Часть 2 : Психотерапия детского аутизма / А.С. Спиваковская. — М. : ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 464 с.

13. Сухіна І. Використання ресурсів середовища в освітньому просторі для забезпечення розвитку і навчання дітей з аутизмом / І. Сухіна // *Особлива дитина: навчання і виховання*. — № 1(73). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 41–48.
14. Таран О.П. Базові теоретичні підходи до формування особистості у дітей з аутизмом [Електронний ресурс] / О.П. Таран // *Спеціальна педагогіка та психологія ; Інститут спеціальної педагогіки НАПН України*. — К., 2010. — Випуск 1. — Режим доступу : [http://ispukr.org.ua/taran\\_o.html](http://ispukr.org.ua/taran_o.html)
15. Таран О.П. Диагностическая модель игровой деятельности аутичного ребенка [Електронний ресурс] / О.П. Таран // *Проблемы современного педагогического образования*. Серія : Педагогика и психология : сб. статей, 5 (47). — Ялта : РВВ КГУ, 2015. — С. 275–281. — Режим доступу : <http://elibrary.ru/item.asp?id=23591985>
16. Таран О.П. Дослідження простору «Я» дитини з аутизмом: актуальність, проблеми та перспективи / О.П. Таран // *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук-метод. збірник*. — Вип. 11. — К., 2009. — С. 244–248.
17. Таран О.П. Ігрова терапія / Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом : у 2-х томах // В. Тарасун, В. Бондар, Т. Скрипник та ін. ; за ред. В. Бондаря, В. Засенка, В. Тарасун. — Том II : Напрями психотерапевтичного впливу на особистісний розвиток дітей з аутизмом. — К., 2006. — С. 60–167.
18. Таран О.П. Проблема усвідомлення себе та навколишнього світу дитиною з аутизмом / О.П. Таран // *Актуальні питання корекційної освіти*. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. О.В. Гаврилова, В.І. Слівака. — Вип. IV. — Кам'янець-Подільський : Медобори—2006, 2014. — С. 348–358.
19. Таран О.П. Психологічні аспекти порушення мовлення у дітей з аутизмом [Електронний ресурс] / О.П. Таран // *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Серія : Педагогіка і психологія : сб. статей, 2 (43). — Ялта. 2014. — С. 276–283. — Режим доступу <http://elibrary.ru/item.asp?id=23699793>
20. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установка контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия / Е.А. Янушко. — М. : Теревинф, 2004. — 140 с.

## РОЗДІЛ VII

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Основні поняття: гіперкінетичні розлади, синдром дефіциту уваги і гіперактивності, синдром порушення активності та уваги, неуважність, імпульсивність, гіперактивність.*

Синдром порушення активності та уваги, або **синдром дефіциту уваги і гіперактивності** (СДУГ) — *англ.* Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) — неврологічно-поведінковий розлад розвитку, що починається в дитячому віці. Проявляється такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність.

У 2004 році Всесвітньою асоціацією дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій СДУГ визнаний проблемою № 1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Тоді як у Міжнародному класифікаторі хвороб 10-го перегляду синдром СДУГ включено у V главу «Психічні та поведінкові розлади» (F00–F99) до підрозділу «Поведінкові та емоційні розлади, що починаються звичайно в дитячому та підлітковому віці» (F90–F98), безпосередньо до групи «Гіперкінетичні розлади» (F90) під кодом F90.0 (*англ.* Disturbance of activity and attention).

СДУГ є найпоширенішим психічним розладом у дітей, його поширеність за даними різних досліджень у середньому становить приблизно 3–5 % у дітей шкільного віку. Це є хронічний розлад, і у 70–80 % дітей з цим порушенням симптоми розладу будуть присутні і в дорослому віці.

За умов невчасної та неадекватної допомоги СДУГ може призводити до серйозних вторинних ускладнень: шкільної дезадаптації, порушень психологічного розвитку дитини, значних поведінкових та соціальних проблем — як у дитинстві, так і у дорослому віці.



СДУГ є одним із найбільш науково досліджених психічних та поведінкових розладів, стосовно якого розроблено ефективні стратегії та методи терапії. За належної допомоги та підтримки діти із СДУГ можуть мати щасливе, повноцінне майбутнє. Утім, дуже часто СДУГ не діагностується і велика частина дітей із цим розладом не отримує належної допомоги.

Довкола СДУГ існує багато міфів та псевдонаукових спекуляцій, які утруднюють вчасне виявлення та ефективну терапію. Синдром порушення уваги в поєднанні з гіперактивністю являє собою нейробіологічний розлад. У дітей із цим синдромом, як правило, невідповідна поведінка і погана концентрація уваги, вони імпульсивні й гіперактивні. Ці симптоми виникають у ранньому дитинстві (зазвичай до семи років), вони є хронічними і спостерігаються, як правило, щонайменше протягом шести місяців. У таких малят можуть бути труднощі з оволодінням соціальними вміннями, а також із розвитком гідності і самоповаги.

Науковці вважають, що він передається спадковим шляхом і в багатьох випадках провокується порушенням хімічної рівноваги в мозку або дефіцитом певних нейротрансмітерів — хімічних речовин, що регулюють діяльність мозку. Органічне ураження центральної нервової системи та генетично обумовлені порушення функцій нейротрансмітерних систем дофаміну та норадреналіну є на сьогодні єдиними гіпотезами, які знайшли наукове підтвердження.

У переважній більшості випадків СДУГ генетичні фактори відіграють основну етіологічну роль. Групу ризику щодо СДУГ становлять діти, які народилися недоношеними чи з малою на гестаційний вік масою тіла, чії матері вживали алкоголь чи курили під час вагітності, діти з перинатальним гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС та діти, що мають близьких родичів із СДУГ.

Кінцевим наслідком дії етіологічних факторів є порушення функції лобної кори та її регулюючого впливу на базальні ганглії та лімбічну систему — в цьому патогенетична суть розладу.

Етіологічний поліморфізм визначає клінічний поліморфізм СДУГ з різними ступенями важкості, підтипами та можливими коморбідними розладами.

СДУГ є біопсихосоціальним розладом, при якому головні етіологічні фактори є біологічними, а основні прогностичні — психосоціальні. СДУГ характеризується ситуативною варіабельністю, мінливістю симптомів — це обумовлює часті суперечності у сприйнятті проблем дитини як батьками, так і фахівцями.

У діагностичній класифікації DSM-IV виділено три підтипи СДУГ, хоча досі існують дискусії в науковому та клінічному середовищі щодо різних підтипів: це прояви одного розладу, чи, радше, — окремі нозологічні одиниці. З погляду клінічної та прогностичної цінності можна розрізняти різні за ступенем важкості форми СДУГ: легку, помірну та виражену.

СДУГ є розладом, що часто призводить до розвитку вторинних проблем — поведінкових, соціальних, академічних, однак наявність чи відсутність цих проблем обумовлена не тільки присутністю СДУГ, але й характером взаємодії дитини з соціальним оточенням, тією підтримкою, яку вона отримує, чи, навпаки, її відсутністю.

СДУГ у дівчат є часто прихованим розладом, маніфестується дещо по-іншому, ніж у хлопців, проте так само потребує належної клінічної уваги та адекватної терапії.

Відповідний діагноз визначають на основі певних симптомів. Діти із синдромом порушення уваги в поєднанні з гіперактивністю зазвичай неухважні і легко переключаються на інше. У них можуть спостерігатись труднощі з фокусуванням уваги, утриманням уваги, а також тривалістю концентрації уваги.

Ось деякі з ознак *неухважності*:

- дитина часто не звертає уваги на подробиці, робить ненавмисні помилки під час шкільних занять;
- дитина часто не може сконцентруватися на завданні або грі;
- дитина часто буває неухважною, коли до неї звертаються;
- у дитини часто виникають труднощі з виконанням словесних указівок, вона не може закінчити виконання шкільних завдань і обов'язків (мова не йде про зумисну протидію чи невиконання внаслідок поганого розуміння інструкції);
- дитині важко виконувати організаційні завдання;
- дитина часто уникає видів діяльності, які потребують наполегливих розумових зусиль (демонструє, що вони їй не подобаються, тримається осторонь тощо);
- дитина часто губить речі, необхідні для занять у школі (іграшки, щоденники, книжки, олівці, інструменти);
- увагу дитини часто відвертають зовнішні чинники.

Для *гіперактивності* характерні такі ознаки:

- дитина безупинно рухає руками або ногами, крутиться на місці;
- дитина часто залишає своє місце (під час уроків чи в інших обставинах), коли від неї вимагають сидіти на місці;

— дитина часто бігає чи залазить куди-небудь, коли цього не дозволяють робити;

— дитині важко тихенько гратися чи спокійно проводити дозвілля;

— дитина часто настільки активна, що здається, ніби хтось «приладнав їй моторчика»;

— часто дитина забагато розмовляє.

Імпульсивність у поєднанні із синдромом порушення уваги та гіперактивністю означає, що дитина спочатку діє, а вже потім думає. Ознаки *імпульсивності* такі:

— дитина часто дає відповіді раніше, ніж почує все запитання;

— у дитини часто виникають труднощі з послідовністю дії під час ігор;

— дитина часто перериває співрозмовників або втручається в ігри інших дітей.

Час від часу діти бувають неуважними, імпульсивними чи занадто активними. Але при синдромі порушення уваги в поєднанні з гіперактивністю ця поведінка є правилом, а не винятком.

У багатьох дітей із синдромом порушення уваги в поєднанні з гіперактивністю виникають труднощі під час занять, що потребують концентрації уваги і доброго самоконтролю. Такі малята схильні до надмірних реакцій на зміни в докільлі. І вдома, і у школі вони найкраще діють у структурованому, добре знайомому їм оточенні. Коли правила поведінки і вимоги до дітей чіткі і незмінні, коли малята заздалегідь знають, якими будуть наслідки їхніх дій, а дорослі неухильно додержуються своєї політики, діти отримують надійний порівняльний еталон для своїх вчинків. У таких умовах вони краще контролюють себе і краще вчаться.

Під час роботи з дітьми, у яких спостерігається синдром порушення уваги в поєднанні з гіперактивністю, доцільно використовувати такі підходи:

— завжди оголошувати розпорядок дня і перелік призначень;

— привертати увагу дітей до змін у розпорядку дня;

— проводити регулярні заняття у визначений час;

— створювати альтернативні затишні робочі місця і за необхідності використовувати їх;

— робити регулярні перерви у заняттях;

— проводити заняття з використанням комп'ютерів;

— учити дітей організовувати свою роботу;

- супроводжувати словесні вказівки наочними або письмовими інструкціями;
- максимально зменшувати кількість детальних словесних ука-зівок.

### ***Запитання та завдання для самоперевірки***

1. *Охарактеризуйте сутність поняття «синдром порушення активності та уваги».*
2. *Назвіть причини виникнення синдрому дефіциту уваги й гіперактивності.*
3. *Окресліть ознаки неуважності, гіперактивності, імпульсивності.*
4. *Охарактеризуйте дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності.*

### **ДЖЕРЕЛА**

1. Романчук О. Гіперактивний розлад з дефіцитом уваги у дітей. Практичне керівництво / Олег Романчук. — Львів : Свічадо, 2015. — 300 с.
2. Фесенко Ю.А. Синдром дефіцита внимання и гиперактивности у детей / Ю.А. Фесенко. — Санкт-Петербург : Наука и техника, 2010. — 384 с.

## РОЗДІЛ VIII

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ТРУДНОЩАМИ У НАВЧАННІ

*Основні поняття: діти із труднощами у навчанні, затримка психічного розвитку, психічний інфантилізм, психофізичний інфантилізм, астеничний стан, церебральна астенія, соматогенна астенія, церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку, конституційно зумовлена форма затримки психічного розвитку, психогенно зумовлена форма затримки психічного розвитку, соматично зумовлена форма затримки психічного розвитку.*

### 8.1. **Форми затримки психічного розвитку у дітей**

До категорії дітей із труднощами у навчанні належать діти, які з огляду на різні біологічні та соціальні обставини мають стійкі утруднення в засвоєнні освітніх програм при відсутності виражених порушень інтелекту, відхилень у розвитку слуху, зору, мовлення, рухової сфери.

Діти з труднощами у навчанні — це діти з порушеннями психічного розвитку, зокрема: затримкою психічного розвитку (ЗПР) психогенного походження, ЗПР конституційного походження, ЗПР соматогенного походження, ЗПР церебрально-органічного походження, специфічним розладом арифметичних навичок (дискалькулія).

Затримка психічного розвитку (ЗПР) — це найрозповсюдженіше відхилення серед усіх відхилень, які трапляються у дітей. За даними науковців, у дитячій популяції виявляється 6–11 % дітей із ЗПР різного генезу.

Затримка психічного розвитку насамперед належить до «межової» форми дизонтогенезу (порушення індивідуального розвитку особистості) і виражається в уповільненому темпі дозрівання різних психічних функцій. Це відхилення у дитини може бути спричинене як

нейробиологічними, так і соціальними факторами, а також різними варіантами їх поєднання.

Аналіз психолого-педагогічних досліджень свідчить, що затримка психічного розвитку охоплює всю психічну сферу дитини — це особливості розвитку пізнавальних процесів, недоліки усного та писемного мовлення, незрілість складних форм поведінки, недоліки цілеспрямованої діяльності на тлі надмірного виснаження, порушення працездатності, енцефалопатичні розлади, що загалом свідчить про системне порушення психічного розвитку (Т.В. Сак).

За класифікацією К.С. Лебединської виділяють 4 основні форми затримки психічного розвитку.

1. *Конституційно зумовлена форма затримки психофізичного розвитку.* Вона зумовлена уповільненістю і нерівномірністю дозрівання різних систем дитячого організму. Дитина не хвора, але вона і фізично, і психічно розвивається повільніше, ніж інші діти, особливо ж відстає емоційно-вольова сфера. Це виявляється в тому, що на час початку навчання у школі вона ще є фактично дошкільником: шкільні обов'язки, правила поведінки їй поки що недоступні і не викликають інтересу. У школі ці діти і виявляють себе як типові дошкільники. Вони дуже безпосередні, емоційні, не вміють керуватися правилами поведінки на уроці, не включаються в роботу класу, не сприймають завдання, а тому їй мало чого навчаються. Як правило, вчителі скаржаться, що дитина ніби не розуміє, чого від неї вимагають, не може працювати разом з класом, швидко переключається на інше, шукає собі дитячих розваг. На перерві ж вона жвава і досить кмітлива, захоплено грається з однокласниками, навіть у ті ігри, де треба дотримуватися правил, виявляє надмірну дитинність.

Нерідко виявляється, що такі особливості розвитку свого часу спостерігалися у когось із членів сім'ї, що свідчить про генетичну зумовленість цього відхилення. Тому його і називають конституційно зумовленим.

Здебільшого затримка психічного розвитку цієї форми не буває дуже глибокою, і при належному індивідуальному підході з боку вчителя дитина вирівнюється в умовах загальноосвітньої школи. Звичайно, є всі підстави починати навчання таких дітей на рік пізніше. Тому, знайомлячись із контингентом дітей, що вступають до 1-го класу, шкільний психолог може порекомендувати батькам дитини, яка фізично і психічно ще не дозріла до шкільного навчання, звернутися до дитячого психіатра, який дасть рекомендацію відкласти вступ

дитини до школи на рік, протягом якого малюка потрібно старанно готувати до школи у сім'ї чи в умовах дошкільного навчального закладу.

2. *Соматично зумовлена затримка психічного розвитку.* Вона зумовлюється тілесним захворюванням (різні хронічні інфекції, алергічні стани, вади серця тощо). Центральна нервова система у таких випадках не вражається безпосередньо хворобою, але потерпає від виснаження дитячого організму в цілому. Хвороба знижує психічний тонус дитини, робить її млявою, несприйнятливою до різноманітних вражень.

До шкідливого впливу самої хвороби часто додається ще і негативний вплив умов виховання, які часто створюються навколо хворої дитини. Постійний страх за здоров'я і саме життя малюка змушує батьків послаблювати вимоги до нього, попереджати всі його бажання, а це формує пасивність, безініціативність, егоїзм. Постійне виконання дорослими всіх тих справ, з якими дитина могла б упоратися й сама, відгороджує її від життя, заважає багато чого навчитися, пізнавати нове.

3. *Психогенно зумовлена затримка психічного розвитку.* Численні спостереження за розвитком дітей показують, що до затримки психічного розвитку у них може призвести дефіцит спілкування в ранньому дитинстві, відсутність материнської турботи, любові. Для нормального розвитку малюкові потрібне почуття захищеності, яке дає йому тісний доброзичливий контакт з близькими дорослими. Постійні залякування, покарання, покинутість пригнічують навіть здорову дитину, знижують її психічний тонус і тим самим призводять до затримки розвитку. Особливо часто це трапляється в дитбудинках, де дітям забезпечують певний рівень фізичного догляду, але живуть вони в ізоляції від навколишнього світу і потерпають від нестачі індивідуальної теплої уваги близьких дорослих. Звичайно, такі психологічні умови можуть бути і в сім'ї, де постійні конфлікти, сварки, пияцтво.

4. *Церебрально-органічна форма затримки психічного розвитку.* Це найпоширеніша і найтяжча форма затримки психічного розвитку у дітей і, як свідчить її назва (церебральний — мозковий), пов'язана з ураженням головного мозку. Прояви її яскравіше виражені і стійкіші. Щоб їх усунути чи пом'якшити, потрібні систематичні лікарські та педагогічні заходи.

Виокремлюють два основних клініко-психологічних варіанти ЗПР церебрально-органічного генезу. При першому варіанті переважають

риси незрілості емоційної сфери за типом інфантилізму. При другому варіанті спостерігається низький рівень опанування усіх видів довольної діяльності. У дитини затримується формування предметно-практичної, мовленнєвої, ігрової, продуктивної і навчальної діяльності.

Ознаки ЗПР церебрально-органічного походження у багатьох дітей виявляються в ранньому дитинстві уповільненим темпом фізичного розвитку, зокрема незграбністю у рухах, пізнішим початком ходіння, а також мовлення.

Прогноз затримки психічного розвитку церебрально-органічного генезу значною мірою залежить від стану вищих кіркових функцій і типу вікової динаміки його розвитку.

Іноді навіть після ретельного обстеження не можна визначити, які фактори відіграли вирішальну роль у виникненні затримки психічного розвитку в дитини. Головним показником для визначення тактики навчально-виховної роботи з дитиною є її реальний розвиток і здатність навчатися. Чим раніше розпочата педагогічна робота з дитиною, тим легше усунути поркшення її розвитку чи значно їх пом'якшити.

На ранніх етапах розвитку дитини важко розмежувати випадки мовленнєвого недорозвинення, затримки психічного розвитку, розумової відсталості. Освітні потреби дітей із труднощами у навчанні значною мірою зумовлюються ступенем недорозвинення пізнавальної діяльності, віком дитини, глибиною наявного порушення, соціальними умовами її життя і виховання.

Практичне виявлення дітей із труднощами у навчанні у більшості випадків починається з 3 або з 5 років чи навіть на початкових етапах навчання у школі. Тому своєчасна діагностика і корекційно-педагогічна допомога є базовою потребою кожної проблемної дитини.

У науковій літературі на позначення затримки у розвитку психіки дитини також використовуються такі терміни, як «психічний / психофізичний інфантилізм», «церебральна астенія», «соматогенна астенія».

**Психічний або психофізичний інфантилізм** (від *латин.* *infantilis* — дитячий) характеризується тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі розвитку, виявляє риси, характерні для малої дитини. Такі діти не можуть зосередитись під час навчання, відстають у зрості та вазі. Розрізняють неускладнені форми психофізичного інфантилізму, що фізіологічно пояснюються уповільненим дозріванням структур головного мозку і ускладненнями, при яких у дитини спостерігаються органічні дефекти ЦНС, що виникли на ранніх етапах розвитку.



Якщо інфантилізм не ускладнений затримкою розвитку пізнавальних процесів, то неуспішність у навчанні у такої дитини пов'язана, головним чином, зі зниженою здатністю до навчання, порушенням волевових зусиль для досягнення поставленої мети. Такі діти потребують особливої уваги.

Досить часто інфантилізм емоційно-вольової сфери ускладнюється певною затримкою розвитку пізнавальної діяльності, відставанням у функціонуванні мислення, пам'ять залишається на рівні дитини раннього віку.

Порівняно з дітьми, що розвиваються нормально, дитина з ускладненим психофізичним інфантилізмом проявляє нижчі здібності до запам'ятовування навчального матеріалу, осмислення інформації, яку їй повідомляють, оволодіння аналізом, порівнянням, узагальненням. Це створює утруднення в повноцінному засвоєнні знань та вмій з різних предметів шкільної програми, у самостійному оволодінні знаннями про навколишню дійсність, які дитина з нормальним розвитком засвоює легко і без спеціального навчання. Багато дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку не знають чітко, як звуть їх батьків, назви вулиці, на якій вони живуть, не можуть відповісти на подібні елементарні запитання.

На відміну від дітей з розумовою відсталістю, діти із затримкою психічного розвитку намагаються розібратися у змісті завдання, добре його виконати, активніше шукають засоби досягнення мети. Вони частіше із власної ініціативи звертаються по допомогу, просять повторити інструкцію, розмірковують уголос, шукаючи підтвердження правильності своїх думок та висновків.

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

**Астенія** (від грец. *astheria* — слабкість) — хворобливий стан, підвищена стомлюваність, нездатність до тривалого розумового чи фізичного напруження. Залежно від причин, що викликали астенічний стан, розрізняють **церебральну та соматогенну астенії**.

При **церебральній астенії** (від латин. *cerebrum* — мозок) спостерігається нервово-психічна слабкість, зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми). Звичайно, тут мається на увазі легкі ураження

центральної нервової системи, оскільки більш тяжкі спричиняють розумову відсталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при церебрастеніях, які зумовлюють затримки психічного розвитку, інтелект первинно збережений.

**Соматогенна астенія** (від *грец.* soma — тіло) пов'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

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

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

Фізична слабкість, швидка втомлюваність і часто пов'язані з ними роздратованість, плаксивість у багатьох випадках призводять до ізоляваності дитини в колективі однолітків, до їх глузування над нею. В ослабленій дитини зникає інтерес до колективних ігор, навчання, з'являються озлобленість, агресивність, замкненість. Якщо мова йде про дитину шкільного віку, тривалі пропуски занять можуть призвести до прогалин у знаннях, відставанні у навчанні, а при загальному ослабленні організму непродумані додаткові заняття з метою ліквідації таких прогалин створюють надмірні навантаження і не дають позитивних результатів.

При обстеженні дитини з метою розпізнання відмінності затримки психічного розвитку від розумової відсталості обов'язково звертають увагу на позитивні риси, наявні у дітей першої категорії: кращу здатність до використання зовнішньої допомоги, пристосування виробленого способу виконання завдання до нових умов, аналогічних

ситуацій, більш продуктивну, усвідомлену та цілеспрямовану діяльність тощо.

Якщо у дитини виявлено затримку психічного розвитку, її направляють до дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу з інклюзивною формою навчання. Це має велике практичне значення: створення адекватних педагогічних, психологічних та охоронних умов в інклюзивному середовищі, які відповідають особливостям стану здоров'я та розвитку дитини, допомагає боротися з неуспішністю, запобігає виникненню вторинних і подальших ускладнень розвитку, зокрема негативних рис характеру, які певною мірою відбиваються на соціальній поведінці особистості.

Навчальний процес має свої особливості: значна увага приділяється пропедевтичним періодам, протягом яких дітей готують до вивчення наступного матеріалу з основних предметів, збагачують досвід, усувають прогалини у знаннях, навичках організації та здійснення навчальної діяльності; значне місце відводиться повторенню, яке сприяє кращому засвоєнню знань, а це є особливо важливим, якщо врахувати послаблену пам'ять дітей цієї категорії; передбачені додаткові корекційні заняття для усунення недоліків мовленнєвого чи фізичного розвитку, моторної сфери.

Корекційна робота ведеться на кожному занятті / уроці. Вона здійснюється на основі ґрунтовного вивчення особливостей дітей з різними типами затримки психічного розвитку, диференційованого та глибокого індивідуального підходу до кожного з них з урахуванням цих особливостей.

Важливою вимогою до корекційної роботи з дітьми, які мають труднощі у навчанні, є запобігання виникненню втоми, для чого використовують такі педагогічні засоби та методичні прийоми, як подання навчального матеріалу невеликими дозами, чергування розумових та практичних видів діяльності, використання цікавого дидактичного матеріалу, яскравої наочності, проведення фізкультурних пауз, активізація та формування пізнавальних інтересів дітей, їхньої мислительної діяльності, зокрема введення в урок ігрових моментів тощо.

Неабияку роль у корекційній роботі відіграють заохочення дитини навіть за найменші успіхи, педагогічний такт, уважність і доброзичливість з боку вчителів та вихователів, готовність прийти на допомогу, наполегливе формування в учнів упевненості у власних можливостях.

Особливу увагу слід приділяти озброєнню дітей уміннями користуватися узагальненими способами виконання навчальної діяльності, що дає їм змогу здійснити її більш самостійно та ефективно, одержуючи задоволення від зростання успіхів у своїх шкільних справах.

Дослідження показало, що діти із затримкою психічного розвитку відстають від своїх ровесників. Так, вони відрізняються бідним запасом знань навіть про найближче оточення: не знають багатьох побутових предметів, а особливо їх родової належності, плутають пори року, дні тижня. Вони слабо оперують і тими знаннями, які у них є: виділити суттєві ознаки, порівняти навіть добре знайомі предмети їм буває дуже важко; задовільно користуючись мовою побутового спілкування, ці діти виявляють безпорадність, коли виникає необхідність відповісти на запитання вчителя, щось розповісти, вони неправильно будують речення, плутають схожі за вимовою слова, не можуть послідовно викладати свої думки. Мовлення для них є часто непосильною працею, і тому вони не відповідають на звернення до них учителя, справляючи враження надто сором'язливих, неговірких. Недостатнє усвідомлення своєї ролі учня, нерозуміння шкільних вимог і невміння свідомо керувати своєю поведінкою проявляється в тому, що такий учень не може брати активну участь у роботі класу під час уроку. Він не виконує завдання, оскільки не орієнтується ні у своєму зошиті, ні в тому, що зображено на дошці, часто відвертає увагу від занадто важкого для нього завдання і починає займатися сторонніми справами: їсти, гратися різними предметами, а то й ходити по класу, ховатися під парту, звертатися до вчителя з недоречними запитаннями. Така поведінка могла б сприйматися нормальною для дошкільника, який ще не встиг оволодіти роллю учня. Першокласник же, контрастуючи у навчанні й поведінці зі своїми ровесниками, швидко починає сприйматися і дітьми, і вчителями як дивак, який нічого не може навчитися. Так навколо дитини створюється атмосфера недоброзичливості, ізоляції, що не може не викликати у неї відповідної реакції. «Невдаха-учень» починає боротися з приниженням зухвалістю, відчайдушними вчинками, шукає самоствердження поза школою, часто попадає під негативний вплив і поповнює таким чином контингент важковиховуваних.

Отже, пошук адекватних способів навчання і виховання дітей із труднощами у навчанні є не лише пошуком можливостей допомогти цим дітям, а й поліпшенням навчально-виховного процесу в цілому.

Обов'язково має бути налагоджена координація виховних зусиль сім'ї і педагогів освітнього закладу. Єдність вимог і спрямованість виховання на формування основних ліній розвитку служать основою і для стимуляції нормального ходу розвитку, і для корекції наявних у дитини відхилень.

У дитини з порушеним темпом психічного розвитку всі основні психічні новоутворення віку формуються із запізненням і мають якісну своєрідність. Також потрібно враховувати специфічні освітні потреби дитини:

— спеціальне створення дорослими ситуації успіху. Педагог має враховувати, що дитина з відхиленнями в розвитку не може продуктивно розвиватися без спеціально створеної дорослим постійної ситуації успіху. Саме для дитини із труднощами у навчанні ця ситуація є життєво необхідною. Дорослому потрібно постійно створювати педагогічні умови, при яких дитина може перенести засвоєні способи і навички в нову або по-новому осмислену ситуацію;

— потреби дитини із труднощами у навчанні і спілкуванні з однолітками. Ці психологічні потреби можуть бути реалізовані в умовах колективу однолітків. Тому при роботі з дітьми цієї категорії індивідуальна робота має проводитися паралельно з колективними видами діяльності.

Незрілість емоційної сфери дитини із труднощами у навчанні висуває на перший план специфічні потреби даної категорії дітей в емоційному вихованні. Адже для дітей із труднощами у навчанні накопичення емоційних образів, а надалі — розвиток емоційного контролю, є важливою передумовою компенсації наявних відхилень.

Програму індивідуального розвитку дитини треба складати на основі сильних якостей дитини та її потреб. Насамперед слід точно визначити можливості дітей, їхні потреби і необхідні види додаткових послуг. Робити це доцільно методом порівняння з нормами і критеріями розвитку, спостерігаючи за діями дітей у різних обставинах. Члени родин і вихователі/вчителі інших закладів, де раніше перебували діти, також можуть надавати багато корисної інформації стосовно їхніх умінь і поведінки вдома і поза його межами. На основі цих відомостей педагога разом з іншими фахівцями, батьками повинні прийняти необхідні навчальні рішення. До процесу оцінювання показників розвитку дітей треба залучати різних спеціалістів і батьків. При цьому слід оцінювати якість виконання знайомих дітям завдань у звичних для них умовах.

## 8.2. Особливості психічного розвитку дітей, які мають труднощі у навчанні

*Розлади працездатності і поведінки більшою чи меншою мірою властиві всім дітям із затримкою психічного розвитку.* Причиною цьому є надмірна виснажуваність нервових процесів, їх інертність, неврівноваженість. Тому у таких дітей дуже короткий час продуктивної роботи — лише 15–20 хвилин, після чого настає втома. Прояви її неоднакові: одні діти бліднуть, стають млявими, сонливими, інші, навпаки, — робляться непосидючими, балакучими, зачіпають товаришів, не реагують або зухвало відповідають на зауваження.

Працездатність характеризується і темпом роботи, і здатністю переключатися на інші види діяльності. Деякі діти відрізняються імпульсивністю: вони, не дослухавши пояснення, беруться за справу, поспішають, роблять помилки і тут же починають їх виправляти, інші — повільні, вони не встигають працювати разом із класом, наприклад, під час усної лічби, хоча при індивідуальному темпі роботи показують значно кращі результати.

Надмірна інертність нервових процесів у частини дітей зумовлює труднощі переходу від одного виду діяльності до іншого. Такі діти не можуть зразу почати працювати разом із класом, відвертають увагу, не знають з чого почати, часом по кілька разів перепитують, що їм робити. Інертність цих дітей буває помітною і на уроках фізкультури, ритміки: їм важко переключати увагу на різні рухи, їх темп.

Звичайно, всі ці недоліки іноді бувають і у дітей з нормальним розвитком як прояв деякої нервової ослабленості. Про затримку психічного розвитку можна говорити лише тоді, коли розлади працездатності виражені і поєднуються з рядом інших розладів психічної діяльності.

Функціональний розлад нервової системи у дітей із затримкою психічного розвитку позначається не лише на працездатності, а й на поведінці в цілому. Так, у деяких дітей виразно помітна загальмованість: процеси збудження у них переважають над процесами гальмування. З цієї причини таким дітям дуже важко керувати своєю поведінкою. Вони ні на чому не можуть зосередитись, постійно крутяться, зачіпають інших дітей, заводять сварки, зухвало відповідають на зауваження. Один такий учень може стати дуже серйозною перешкодою для нормальної роботи педагога з класом.

Хворобливий стан нервової системи у дітей із затримкою психічного розвитку, її недостатня витривалість до навантажень і напруження

приводить до того, що вони недостатньо володіють своєю поведінкою і в конфліктних ситуаціях демонструють бурхливі емоційні реакції: плачуть, кричать, часом падають на підлогу, б'ються.

**Особливості пізнавальної активності.** У зв'язку з особливостями функціонування нервової системи, зниженням працездатності діти із труднощами у навчанні відрізняються послабленою пізнавальною активністю.

Пізнавальна активність є суттєвим показником загального розвитку дитини. Відомо, що нормальні діти здатні звернутися до дорослого із безліччю запитань про найрізноманітніші речі, з якими вони стикаються у повсякденному житті. Це свідчить про напружений темп нагромадження дітьми різноманітних знань, про їхнє прагнення осмислити навколишній світ.

Діти ж із труднощами у навчанні неопитливі, задовольняються першою-ліпшою відповіддю на запитання і не виявляють наполегливості у розв'язанні питань, що їх зацікавили.

Отже, вивчаючи психологічні особливості дитини, слід звертати увагу на те, як вона поводить себе, стикаючись з новими, незрозумілими предметами, явищами: чи звертається до старших із запитаннями, щоб з'ясувати незрозуміле, чи любить слухати казки, оповідання, чи виникають у неї при цьому запитання. Знижена пізнавальна активність накладає відбиток на всю діяльність такої дитини і позначається на особливостях усіх пізнавальних процесів.

**Особливості сенсомоторного розвитку і чуттєвого пізнання дійсності (сенсорно-перцептивної сфери).** Сучасними дослідженнями встановлено, що у формуванні затримки психічного розвитку дуже велику роль відіграє недорозвиненість чуттєвого пізнання: відчуттів і сприймання. Відомо, що, залежно від того, які органи чуття беруть участь у відчуттях і сприйманні, вони бувають зоровими, слуховими, тактильними, руховими/пропріоцептивними (пов'язані із сприйманням дотику і переміщенням у просторі), нюховими, смаковими. Звичайно, для загального психічного розвитку дитини особливо велике значення мають зорові і слухові відчуття і сприймання. Саме через ці канали дитина дістає найбільшу кількість інформації про навколишній світ.

У дітей із труднощами у навчанні зір і слух нормально функціонують і дають змогу нормально бачити і чути. Проте у зв'язку з порушенням нервової діяльності обробка оптимальної від органів чуттів інформації відбувається менш успішно. Є труднощі у трансформації цієї інфор-

мації в руховий акт, що становить серйозну перешкоду для розвитку такої складної діяльності, як сприймання величини, форми, відстані. У навчальному процесі саме ці труднощі негативно позначаються на формуванні навичок читання і письма. Дітям із труднощами у навчанні буває важко розрізнити букви, особливо схожі за формою, вони їх часто плутають. Ще більшу складність становить письмо, оскільки воно потребує досить високого рівня розвитку просторової орієнтації, щоб розрізнити та відтворити графічне зображення літер, їх розміщення на лінійці і на сторінках зошита.

Несформованість просторових уявлень зумовлює і те, що на початку шкільного навчання ці діти ще не твердо розрізняють (а то й зовсім не розрізняють) «ліворуч» і «праворуч», плутаються у поняттях «під», «над», «вище», «нижче», «далі», «ближче», «вгорі», «внизу». Часто це не лише неправильне вживання слова при правильному уявленні про положення предмета (наприклад, «коли йде дощ, парасольку тримають під головою»), а й нечітке уявлення про розміщення предметів у просторі.

**Особливості мислення.** Відомо, що відчуття і сприймання є тим джерелом, яким живиться мислення. Всяке пізнання світу починається із конкретно-чуттєвого пізнання, воно дає матеріал для мислення. Неповноцінне чуттєве пізнання неодмінно проявляється у недоліках мислення.

Основою мисленнєвої діяльності є процеси аналізу, синтезу, абстрагування, узагальнення, що беруть свій початок у практичних діях дитини з предметами. Розглядаючи їх, переміщуючи у просторі, вона порівнює їх за багатьма ознаками: кольором, величиною, формою, матеріалом, застосуванням тощо. Чим уважніше дитина спостерігає предмети і явища, чим більше різноманітних ознак виділяє, тим більше вона отримує матеріалу для порівняння, знаходження спільного і відмінного, виявлення суттєвого для певних груп предметів. Діти ж із труднощами у навчанні, розглядаючи предмети, оперують значно меншою кількістю матеріалу, ніж їхні ровесники з нормативним розвитком. У цьому легко переконатися, давши завдання дитині розглянути різні квітки, листя чи предмети побуту. Передусім привертає увагу мала кількість ознак, що виділяються. Це найчастіше колір, іноді величина чи форма (якщо ці ознаки виразно виступають у ситуації порівняння). При цьому і кольори називаються досить обмежено, лише основні і без відтінків. Ще важче уявити дітям добре знайомі предмети, наприклад капелюх, і розповісти про них. Отже, у дітей спостерігається



недостатність мислительних дій та операцій (аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, класифікації, конкретизації) та виразне домінування простіших мислительних операцій (аналізу, синтезу), низька продуктивність операцій абстрагування, логічних форм мислення.

Із сприйманням і уявленням найчастіше пов'язане наочно-образне мислення. Саме цей вид мислення у дітей із труднощами у навчанні має багато недоліків. Тим не менше цей вид мислення є надзвичайно важливим, без нього неможливий перехід до вищого мислення — словесно-логічного.

**Особливості мовленнєвого розвитку.** Мовлення якнайтісніше пов'язане з мисленням, тому недоліки розвитку одного з цих процесів неодмінно відбиваються в недоліках другого.

Для мовлення дітей із затримкою психічного розвитку характерні обмеженість мовлення, особливо експресивного, уповільнення опанування граматичним складом мовлення, порушення звуковимови, труднощі опанування писемним мовленням, **аргаматизми**, що пов'язано з недостатнім оволодінням правилами словотворення та словозміни, з труднощами розуміння та використання деяких логіко-граматичних структур.

Недорозвиненість мовлення у дітей із затримкою психічного розвитку є великою перешкодою для їх успішного навчання, його корекція потребує не лише постійної уваги вчителя, а в більшості випадків і роботи логопеда.

**Особливості пам'яті (мнестична сфера).** Недоліки пам'яті дітей із порушенням психічного розвитку часто першими привертають увагу педагогів, оскільки за якістю запам'ятовування навчального матеріалу великою мірою визначають успішність навчання молодшого школяра. Діти цього контингенту відчувають труднощі під час запам'ятовування букв і цифр, таблиці множення, віршів. Тому педагоги вважають, що причиною неуспішності цих дітей є, насамперед, їхня пам'ять. Справді, як показали спеціальні дослідження, і мимовільна, і довільна пам'ять дітей із затримкою психічного розвитку слабша, ніж у їх ровесників з нормотиповим розвитком. Відомо, що на початку шкільного навчання у дітей важливу роль відіграє мимовільна пам'ять. Вони ще не вміють ставити мету щодо організації навчального процесу, недостатньо володіють прийомами довільного запам'ятовування, але коли вони граються з іграшками, слухають оповідання, збільшується процес сприйняття, що стимулює діяльність лобово-тім'яної кори і усвідомлену обробку інформації. У дітей із затримкою психічного розвитку таке мимовільне

запам'ятовування менш ефективне, оскільки у них більші труднощі у виконанні основного завдання. Спостерігається переважання механічної пам'яті над логічною, успішніше запам'ятовування з опорою на наочність, ніж опосередковано, зниження обсягу короткотривалої та довготривалої пам'яті, низька продуктивність мимовільної пам'яті.

Особливості психомоторики — розбалансування рухової активності (гіпер- та гіпоактивність), імпульсивність, труднощі в опануванні руховими навичками, порушення координації рухів.

**Знання та уявлення про навколишній світ.** Знижена працездатність і недоліки пізнавальної діяльності дітей із затримкою психічного розвитку зумовлюють збідність їхніх знань та уявлень про навколишній світ, що досить виразно відрізняє їх від ровесників із нормотиповим розвитком.

На відміну від шкільних знань і навичок, знання та уявлення про навколишній світ здобуваються дитиною переважно не у разі цілеспрямованого навчання, а у процесі щоденного спілкування з дорослими і ровесниками. Звичайно, на якість цих знань і уявлень суттєво впливає те середовище, в якому дитина розвивається і виховується, але не менше значення має і її здатність засвоювати досвід, розвиватися. Тому знання та уявлення про навколишній світ, їх систематизованість і вміння їх використовувати дитиною — показник загального розвитку дитини, цінний діагностичний матеріал для оцінки її інтелекту. Цей матеріал здобувається не лише під час вивчення навчальної діяльності учня, а й у щоденному невимушеному спілкуванні з ним, де поступово розкривається його орієнтація у найближчому предметному середовищі, в елементарних людських стосунках і найближчих родинних зв'язках, праці людей, доступних дитячому спостереженню явищах природи, тваринному і рослинному світі. Дуже важливим показником розвитку дитини є її вміння орієнтуватися у побуті: знання про призначення предметів побуту, вміння користуватися найпростішими і загальноживаними навичками самообслуговування, знання основних продуктів харчування тощо.

**Розвиток особистості.** Відставання психічного розвитку дітей стосується не лише їхнього інтелекту, а й особистості, що виявляється в особливостях поведінки, стосунках з ровесниками і дорослими, а також у розвиткові інтересів, здібностей. На особистості дітей із труднощами у навчанні насамперед позначається загальна незрілість їхньої психіки, особливо емоційно-вольової сфери, що надає всій їхній поведінці надмірної інфантильності. Ці діти недостатньо усвідомлюють

своє становище учня, правила поведінки у школі. Вони не вміють підпорядковувати свої безпосередні бажання цим правилам і тому поряд зі своїми однокласниками виглядають диваками, оскільки поведуться як дошкільники: встають без дозволу з-за парти, ходять, звертаються до вчителя під час пояснення чи просто граються, не звертаючи увагу на те, що відбувається на уроці. Їм важко довести до кінця розпочату справу навіть тоді, коли вони вміють її виконувати. Серйозною перешкодою до цілеспрямованої діяльності є те, що у них дуже слабкий ґрунт для розвитку інтересу до певних занять. Адже відомо, що інтереси формуються на базі певних знань, умінь, а вони у цих дітей дуже обмежені. Крім загальних проявів незрілості особистості дітей із труднощами у навчанні, у них часом виявляються такі риси, які зумовлюються хворобливими розладами у функціонуванні нервової системи. На ґрунті надмірної виснаженості, загальмованості нервових процесів у окремих дітей виявляються такі риси, як млявість, боязкість, невміння відстояти свої інтереси, плаксивість, схильність скаржитися на своїх товаришів, постійно звертатись до дорослих за допомогою у розв'язанні всіляких дріб'язкових питань, відмова від усіякої діяльності, що потребує зусиль. Надмірна ж збудливість, що також поєднується із швидкою виснаженістю, призводить до бурхливих реакцій на зауваження, до постійних конфліктів із товаришами, бійок, які часто закінчуються сльозами і повним знесиленням.

Розлади поведінки і негативні риси особистості дітей із труднощами у навчанні не можна пояснювати лише хворобливим станом їхньої центральної нервової системи. Великою мірою на них негативно позначається мікросоціальне середовище, в якому вони виховуються, та особливості їхнього становища у колективі ровесників. Переважна більшість цих дітей зазнала психічної травми. Частина дітей із затримкою психічного розвитку, особливо тих, що виховуються в дитбудинках і школах-інтернатах, мала важкі антипедагогічні умови сімейного виховання. Звідси — відсутність навичок культурної поведінки, грубість, іноді жорстокість, замкнутість, нездатність співчувати, дбати про інших.

Виділені суттєві особливості психічної сфери при затримці психічного розвитку мають братися до уваги під час організації корекційно-компенсаторної роботи.

### 8.3. Особливості корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають труднощі у навчанні

Метою корекційної роботи з дітьми з труднощами в навчанні, які зумовлені затримкою психічного розвитку, є розвиток загальних здібностей до навчання та корекція індивідуальних недоліків розвитку. Корекційно-розвивальна робота має враховувати психічний розвиток цієї категорії дітей і спрямовуватись на послаблення вторинних та третинних проявів первинного порушення (мінімальних органічних уражень ділянок головного мозку або функціональної незрілості ЦНС). При ЗПР конституційного, психогенного, соматичного походження вторинним відхиленням виступає недорозвиток емоційно-вольової сфери (інтелектуальний розвиток збережений); при ЗПР церебрально-органічного походження — недорозвиток емоційно-вольової сфери та інтелектуальних функцій, які спричинюють недорозвиток пізнавальної діяльності.

Зміст навчання дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку визначається Базовим компонентом дошкільної освіти, учнів — Державним стандартом початкової, базової і повної загальної освіти. Інваріантна складова доповнюється корекційно-розвивальною складовою, спрямованою на розвиток пізнавальної діяльності, мовлення, емоційно-вольової сфери, особистості.

Дошкільний період — важливий етап корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, від ефективності якої залежать подальші успіхи їх навчання і розвитку. Можна з певністю стверджувати: якби з тими дітьми, які не можуть успішно навчатися в початковій школі, була своєчасно розпочата корекційна робота в ранньому і дошкільному віці, більшість із них не мала б проблем у навчанні.

У роботі з дошкільниками, які мають затримку психічного розвитку, дуже важливо забезпечити їх готовність до навчання. Слід здійснювати роботу з розвитку дрібної моторики, фонематичного слуху, формування правильної звуковимови, доматематичних понять, формування соціально прийнятної поведінки. Важливо звертати увагу на підвищення рівня загального розвитку, уточнення понять про предмети навколишнього середовища, поглиблення знань про саму дитину, її здоров'я.

Науковці, які опікуються проблемою навчання і розвитку дітей з труднощами в навчанні (І.М. Логінова, Т.В. Сак та ін.) визначають такі основні напрями корекційно-компенсаторної роботи з учнями:

*Формування змістовної навчальної мотивації*, послідовне заміщення зовнішнього інтересу до школи, формальних мотивів учіння, що відрізняє більшість дітей з труднощами в навчанні на початковому етапі їх перебування в школі, інтересами пізнавальними.

*Формування пізнавальної діяльності* через розвиток сенсорно-перцептивної, мнемічної діяльності; формування еталонних уявлень, розумових і творчих здібностей.

*Розвиток особистісних компонентів пізнавальної діяльності* (пізнавальної активності, самостійності, довільності), подолання інтелектуальної пасивності, безініціативності, що від самого початку характеризує більшість дітей з труднощами у навчанні. Розвиток довільності вимагає обов'язкового формування цілісної системи усвідомленої саморегуляції, яка є обов'язковим елементом навчання і включає здатність утримувати мету діяльності, складати програму виконавчих дій, формувати модель значущих умов діяльності, уміти користуватися зворотним зв'язком і корегувати допущені помилки у процесі самої діяльності і по її закінченню.

*Формування навчальної та предметно-практичної діяльності* через формування умінь програмувати, контролювати, регулювати і оцінювати результати виконання завдань, активізацію мовлення в різних видах діяльності (ігровій, образотворчій, навчальній, трудовій).

*Розвиток до необхідного рівня психічних функцій*, які забезпечують навчальну діяльність: фонематичного слуху, артикуляційного апарату, зорового, слухового, тактильного сприймання, просторової орієнтації, координації в системі «око-рука», дрібної моторики, пам'яті тощо. Причинами низького рівня названих функцій можуть бути незрілість відповідних структур головного мозку, недостатня узгодженість і дискоординація в роботі різних його відділів, вибіркоче ураження певних зон головного мозку на ранніх етапах онтогенезу або відсутність у дітей певного і достатнього досвіду діяльності, що сприяє розвитку вказаних функцій.

*Збагачення кругозору дітей, формування правильних різносторонніх уявлень про предмети і явища довкілля*, що дозволяє дитині сприймати навчальний матеріал усвідомлено.

*Розвиток мовлення до рівня, що дозволяє дітям включитися в навчальний процес, спілкуватися з однолітками і педагогами відповідно до його логіки і свідомо сприймати навчальний матеріал*. Здійснення корекції порушень звуковимови одночасно з формуванням фонематичних процесів, розвитку лексики й граматичного ладу мовлення, роз-

ширення обсягу словника, уявлень про довкілля у процесі мовленнєвої й пізнавальної діяльності, формування зв'язного мовлення, взаємодії та підтримування спілкування зі значущими дорослими та ровесниками.

*Розвиток психомоторики* у процесі формування рухових умінь та навичок, розвиток координації рухів, спритності, сили, витривалості, відчуття ритму, правильної постави, ходи, грації, розвиток загальної та дрібної моторики, сенсо-моторних функцій і дихання.

*Розвиток емоційно-вольової сфери* у процесі формування здатності до вольових зусиль, довільної регуляції поведінки, попередження й усунення афективних, негативних виявів і відхилень у поведінці.

Відтак, основним у процесі організації корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають труднощі у навчанні, є забезпечення індивідуально-типологічного підходу до кожної дитини.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Розкрийте сутність поняття «діти із труднощами у навчанні»
2. Охарактеризуйте форми затримки психічного розвитку.
3. Що таке психічний і психофізичний інфантилізм?
4. Охарактеризуйте астенії.
5. Які вам відомі прояви затримки психічного розвитку?
6. Охарактеризуйте особливості психічного розвитку дітей із труднощами у навчанні.
7. Охарактеризуйте особливості організації корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають труднощі у навчанні.

### **ДЖЕРЕЛА**

1. Бадалян Л.О. Невропатология : учебник для студентов дефектол. фак-ов пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — М. : Просвещение, 1982. — 350 с.
2. Баташева Н. Особливості формування емоційної сфери соціально депривованих дошкільників із затримкою психічного розвитку / Н. Баташева // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 4(80). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 59–66.
3. Власова Т.А. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.А. Власова. — М. : Педагогика, 1985. — 105 с.

4. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
5. Єрьоменко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єрьоменко. — К., 1966. — С. 15–25.
6. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
7. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / С. Ньюмен. — М. : Теревинф, 2004. — 240 с.
8. Омельченко І. Програма «Розвиток мовлення» для дітей із затримкою психічного розвитку: концептуальне підґрунтя та алгоритм реалізації / І. Омельченко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 4(80). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 41–51.
9. Папуча М.В. Особистість: розвиток, соціалізація виховання / М.В. Папуча, Т.Д. Кивочковська. — Ніжин : НДПУ ім. Гоголя, 2001. — 147 с.
10. Прохоренко Л. Мотиваційні чинники навчальної діяльності школярів із затримкою психічного розвитку / Л. Прохоренко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 1(73). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 58–63.
11. Сак Т. Концепція науково-методичного забезпечення формування навчальної діяльності учнів із затримкою психічного розвитку (Проект) / Т. Сак, Л. Прохоренко, І. Омельченко, І. Логінова, О. Бабяк // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 3(75). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 7–17.
12. Синьов В.М. Основи дефектології : навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
13. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / за редак. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма матер, 2003. — 436 с.

## РОЗДІЛ ІХ

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ

**Основні поняття:** олігофренія, деменція, легка розумова відсталість, помірна розумова відсталість, тяжка розумова відсталість, глибока розумова відсталість, асфіксія, гіпостенія, геміносія.

### 9.1. Загальна характеристика порушень інтелекту

Існують різні форми розумової відсталості, серед яких найпоширеніші — **олігофренія** (від грец. *olugos* — малий, *phren* — розум) та **деменція**. **Олігофренія** — це форма загального недорозвинення психіки, що виникла внаслідок ураження ЦНС у переднатальний (внутрішньоутробний), натальний (під час пологів) або постнатальний (на ранніх стадіях прижиттєвого розвитку, зазвичай до трьох років) періоди. Кожен віковий період відрізняється характером реагування у разі патогенного впливу.

#### **Причини олігофренії:**

- 1) хромосомно-генетичні відхилення у дитини;
- 2) ендокринні захворювання матері (діабет);
- 3) інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності (краснуха, токсоплазмоз, грип);
- 4) венеричні захворювання батьків, TORCH-інфекції;
- 5) несумісність резус-факторів;
- 6) біохімічні шкідливі впливи: а) радіація; б) екологічні забруднення навколишнього середовища важкими металами (ртуть, свинець); в) використання харчових добавок; г) неконтрольоване вживання лікарських препаратів; д) споживання фруктів, овочів, зелени, вирощених на землі, збагаченій нітратами та пестицидами.
- 7) алкоголізм і наркоманія батьків;
- 8) гіпоксія (киснева недостатність);



9) токсикоз матері під час вагітності, особливо в другій її половині;  
10) патологічний перебіг пологової діяльності жінки, особливо травматизація головного мозку дитини;

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

12) черепно-мозкові травми у дитини, тяжкі інфекційні та токсикодистрофічні захворювання у постнатальний період;

13) хронічні захворювання дитини в ранньому віці (діабет, захворювання крові, серцево-судинні захворювання, астма, туберкульоз) тощо.

При олігофренії кора півкуль головного мозку вражена локально, тобто анатомічні зміни мають місце лише на окремих її ділянках. Це не виключає поєднання дифузного ураження кори з її локальними пошкодженнями, що в деяких випадках зачіпають і підкіркові зони. Усе це зумовлює різноманітні відхилення в розвитку пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери дітей з олігофренією. Загальною ознакою для таких дітей є недорозвинення складних форм ВНД (мислення, узагальнення, обґрунтування, абстрагування). Із цим симптомом олігофренії, фізіологічною основою якого є значне порушення динаміки нервових процесів у дифузно ушкодженій корі головного мозку, пов'язані інші недоліки пізнавальної діяльності — неточність, повільне сприймання, мовленнєве недорозвинення, порушення уваги, пам'яті, що призводить до порушення здатності до розуміння та засвоєння інформації. Багатьом особам з олігофренією властиве недорозвинення емоційно-вольової сфери, якостей особистості. Спостерігається порушення моторики та загального розвитку.

Для здійснення диференційованого та індивідуального корекційного підходу до таких дітей у процесі їхнього навчання та виховання слід розрізняти чотири форми олігофренії.

1. Основна, неускладнена, що характеризується дифузним, але відносно поверховим ураженням кори півкуль головного мозку, при цьому не спостерігається додаткових порушень у діяльності органів чуття, в емоційній, вольовій, моторній, мовленнєвій сферах, не спостерігається неврівноваженість процесів збудження і гальмування.

2. Поєднання недорозвиненості пізнавальної діяльності з вираженими нейродинамічними розладами, а саме:

— патологічним переважанням збудження над гальмуванням; особливо увагу слід приділяти формуванню в дитини вміння зосереджуватись на завданні;

— патологічним переважанням гальмування над збудженням; такі діти виявляють млявість, уповільненість, тому їх слід постійно активізувати ззовні, враховуючи темп їхньої діяльності.

3. Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з додатковими порушеннями мовленнєвого розвитку як моторної, так і сенсорної його сфер або просторового сприймання, що зумовлює значні додаткові утруднення в засвоєнні матеріалу.

4. Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з порушенням розвитку особистості в цілому. Це спостерігається при локальних ураженнях лобних долей головного мозку.

За глибиною дефекту розумову відсталість при олігофренії, згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (затверджена сорок третьою Асамблеєю ВООЗ 1 січня 1993 р.), поділяють на:

- розумову відсталість легкого ступеня;
- розумову відсталість помірною ступеня;
- розумову відсталість тяжкого ступеня;
- глибоку розумову відсталість;
- розумову відсталість неуточненого ступеня.

Всесвітня організація охорони здоров'я при класифікації розумової відсталості орієнтується на кількісну оцінку інтелекту (коефіцієнт інтелекту IQ — кількісний показник рівня розумового розвитку).

Так, нормальному розвитку відповідає IQ із значенням від 71 бала і вище (до 100). Перевищення IQ на 20 % є свідченням обдарованості.

Для розумової відсталості характерний низький IQ:

- 50–70 балів — при легкій розумовій відсталості (у вітчизняній олігофренопедагогіці донедавна кваліфікувалась як дебільність);
- 35–49 балів — при помірній розумовій відсталості (у вітчизняній олігофренопедагогіці донедавна кваліфікувалась як імбецильність);
- 34 бали і нижче — при важкій і глибокій розумовій відсталості (у вітчизняній олігофренопедагогіці донедавна кваліфікувалась як імбецильність та ідіотія).

На думку вітчизняних і більшості зарубіжних учених, IQ не є незмінним з роками показником вроджених розумових здібностей, як вважалося раніше. Це лише показник наявного рівня розумового розвитку, який не дає достатніх підстав для прогнозування. Водночас IQ служить прийнятою в дефектологічній практиці оцінкою станів інтелектуальної сфери обстежуваного під час тестування. Точний діагноз

і прогноз можливі лише на підставі ширшого комплексного обстеження. Ще свого часу Л.С. Виготський вважав, що поточний IQ дитини мало що говорить про перспективи її подальшого навчання та розумового розвитку, й у зв'язку з цим ввів до наукового обігу поняття «зона найближчого розвитку».

Найбільш складна форма — **глибока розумова відсталість**. Особам з глибокою розумовою відсталістю недоступне осмислення навколишнього світу, їхнє мовлення незв'язне, спостерігається порушення моторики. Вони можуть засвоїти лише окремі механічні види праці. Порушення пам'яті, мислення, мовлення роблять неможливим процес навчання у школі.

При **глибокій розумовій відсталості** спостерігається різке фізичне недорозвинення, яке виявляється в загальній дисгармонійності, ендокринних розладах, у спотворенні скелета. При найбільш тяжких формах не формуються навіть навички сидіння. Кортикальні функції в осіб з цією формою розумової відсталості настільки грубо порушені, що і найпростіші умовні рефлекси виробляються з великими труднощами.

Децю легшим ступенем порушення інтелекту та загального розвитку є **тяжка розумова відсталість**, яка супроводжується грубим недорозвитком рухової сфери, порушенням і слабкістю статичної та моторної функції, координації, точності й темпу довільних рухів. Діти з цією формою розумової відсталості мають грубе порушення уваги, порушення розвитку органів чуття та функціональні розлади аналізаторів; не можуть аналізувати, порівнювати; пам'ять характеризується значним спотворенням при відтворенні; мислення конкретне, хаотичне, безсистемне; емоційні реакції одноманітні, недиференційовані.

Діти з помірною розумовою відсталістю спроможні засвоювати деякі елементи та навички практичної та розумової діяльності, можуть оволодіти механічними видами фізичної праці й навіть елементами грамоти; ім, як і дітям з тяжкою розумовою відсталістю, властиві загальна диспластичність, аномалії у будові черепа, недорозвинення моторики, але меншою мірою. Помірна розумова відсталість характеризується уповільненим розвитком локомоторних функцій. Мовлення таких дітей аграматичне, збідніле, словниковий запас обмежений, обсяг пам'яті суттєво звужений, примітивне наочно-дійове та образне мислення, утворення абстрактних понять є дуже обмеженим. Їхні рухи характеризуються загальмованістю, недиференційованістю. Діти з помірною розумовою відсталістю часто неспроможні виконати ізольовану дію: заплющити одне око, підняти одну руку. Значні відхилення від норми

спостерігаються в їхній психічній діяльності. Різке недорозвинення процесів аналізу і синтезу ускладнює пізнання об'єктивної дійсності, засвоєння і зберігання знань. У таких дітей дуже обмежений власний досвід. Сприймаючи об'єктивну дійсність, вони не роблять узагальнень, кожен факт сприймається ними поодиноким, ізольовано від інших. Діти з помірною розумовою відсталістю неспроможні зрозуміти найпростішого сюжетного малюнка. Вони сприймають лише окремі зображені об'єкти або їх деталі, які найчастіше яскраво розфарбовані, але змістових зв'язків між ними не бачать. Не вміють ці діти класифікувати об'єкти за певною ознакою. Так, доставши завдання покласти малюнки, де зображено посуд, на одну купку, а малюнки із зображенням тварин — на другу, вони просто перекладають усі малюнки з одного місця на друге.

Характерною рисою для цих дітей є патологічна нестійкість уваги. Вони навіть на кілька хвилин не можуть зосередитись на певному завданні. Низький рівень розумового розвитку дітей з помірною розумовою відсталістю позбавляє їх можливості жити самостійно, вони і в дорослому віці потребують постійної опіки.

*Легка форма розумової відсталості* — менш виражений ступінь розумової відсталості, проте інтелектуальне порушення не дає змоги цим дітям навчатись у загальноосвітній школі за стандартною програмою, тому що в них порушене формування вищих психічних функцій, спостерігається повільний темп сприймання і осмислення інформації. Вивчення навчального матеріалу дітьми з легкою розумовою відсталістю пов'язане з труднощами. Усе це фізіологічно зумовлене недорозвиненістю аналітико-синтетичної функції ЦНС, порушенням фонематичного слуху; вони погано рахують унаслідок недорозвинення логічного мислення. Порушення моторики, пізнавальної діяльності стають перешкодою при формуванні у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня трудових умінь і навичок.

Нездоланні труднощі у навчанні, погані оцінки, негативне ставлення до однолітків і вчителів спричинює різні невротичні реакції — грубість, підвищену нервозність, збудливість або апатію, замкненість.

Розумова відсталість може бути зумовлена органічним ураженням головного мозку, яке дитина перенесла на більш пізніх етапах розвитку. При цьому її розвиток певний період був нормальним. Пізнавальні можливості такої дитини дещо більші, ніж у дітей з олігофренією, але нижчі, ніж у її звичайних ровесників. У таких дітей інтелектуальне порушення ускладнюється додатковими порушеннями розвитку. До цієї

категорії належать діти, котрі перенесли травми головного мозку (спостерігається зниження розумової працездатності, підвищена втомлюваність).

Діти з легкою розумовою відсталістю здатні навчатися за програмою для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з розумовою відсталістю, набувати професій, навіть таких, які потребують певної кваліфікації, відповідати за свої вчинки, брати участь у громадському житті. Після закінчення школи вони добре працюють на підприємствах. Характеризуючи дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, слід зазначити, що вони неоднакові за своєю працездатністю, поведінкою, характеристиками особистості.

М.С. Певзнер виділяє п'ять основних форм олігофренії, кожна з яких має свою патофізіологічну, клінічну і психологічну характеристику.

До першої належать діти, у яких, так само, як і у всіх дітей з розумовою відсталістю, має місце зниження рівня розвитку найскладніших форм пізнавальної діяльності, пов'язаних з узагальненням і абстрагуванням. Відрізняються ж вони від інших тим, що не мають грубої патології в емоційно-вольовій сфері. Факти свідчать про те, що ці діти задовільно розуміють нескладні життєві ситуації, свої учнівські обов'язки, радіють успіхам, переживають невдачі. Характерним для них є те, що під час виконання доступних завдань вони здатні до стійкої цілеспрямованої діяльності. Такі діти досить спокійні, врівноважені, у них немає грубих порушень моторики. Тому вони досить швидко навчаються писати букви, цифри, набувають інших шкільних навичок. Названі позитивні характеристики сприяють тому, що діти з першою формою олігофренії здебільшого відвідують дошкільні навчальні заклади для дітей з нормотиповим розвитком. Оскільки ж вони програму цих закладів засвоїти неспроможні, то кваліфікуються як такі, що мають труднощі у навчанні, але зазвичай направляються до загальноосвітніх шкіл, де зразу ж стають невстигаючими учнями.

Отже, діти з першою формою олігофренії на перший погляд не відрізняються від таких, які мають низькі здібності або педагогічно занедбані, й тому потрапляють до масової школи.

Від них різко відрізняються діти, які мають другу форму олігофренії. Характерним для них є поєднання недостатності складних форм пізнавальної діяльності з грубим порушенням поведінки, яка має під собою патофізіологічну основу. Причиною такого стану є порушення балансу між основними нервовими процесами при перевазі в корі головно-

го мозку збудження над гальмуванням. Об'єктивно це проявляється в тому, що на уроках такі діти не вміють себе організувати, не можуть спокійно сидіти, крутяться, перебирають речі у портфелі, на парті, схоплюються з місця. Властиві їм неорганізованість та імпульсивність виявляються в будь-якій діяльності, під час виконання як простих, так і складних завдань. Ці діти швидко реагують на всі подразники. Так, не дослухавши запитання вчителя до кінця, схоплюються з місця, викрикують відповідь. Розв'язуючи задачу чи виконуючи вправу, вони так само діють імпульсивно, недослухавши або недочитавши умови до кінця.

Поведінка таких дітей значною мірою залежить від умов, у яких вони перебувають. При індивідуальному навчанні й за звичних обставин вони більш спокійні та організовані. Якщо ж ці діти потрапляють у колектив, особливо новий, або ж коли у клас заходить нова людина, то їхнє збудження значно зростає.

Для дітей з такою формою олігофренії характерне порушення працездатності. Вони неспроможні довго зосереджено займатися однією справою, швидко забувають про завдання, яке виконується, і починають робити щось інше. Це стосується і найпростіших завдань.

Патологічна нестійкість уваги дітей з другою формою олігофренії веде до нерівномірності в роботі: правильно написавши слово, під час повторного його написання вони роблять помилку.

Особливості дітей з другою формою олігофренії виявляються рано.

Протилежна картина спостерігається у дітей з третьою формою олігофренії, у яких порушення балансу між основними нервовими процесами виявляється у перевазі активного гальмування над збудженням. Як і для всіх дітей з розумовою відсталістю, характерною є недорозвинена здатність до узагальнення та абстрагування, специфічними ж їхніми особливостями є загальмованість, кволість, уповільненість, які виявляються у будь-якій діяльності, поведінці, моториці.

Серед дітей з розумовою відсталістю трапляються діти, у яких має місце слабкість основних нервових процесів — і збудження, і гальмування. У таких дітей немає сталого стану, він швидко змінюється.

Окрему групу дітей з порушеннями інтелекту становлять такі, в яких дифузне порушення кори головного мозку збігається з ураженням лобних частин. Складність такого відхилення призводить до того, що у дітей, крім недорозвинення пізнавальної діяльності, настає грубий недорозвиток особистості, зміна системи потреб і мотивів, недорозвиток емоційно-вольової сфери. Це порушення зазвичай супро-

воджується своєрідним недорозвиненням моторики. Через зазначені порушення навчання таких дітей дуже ускладнене.

Причиною розумової відсталості може стати пошкодження мозку під впливом енцефаліту (запалення мозку), який уражає в основному підкоркову частину головного мозку. Розумова відсталість, яка виникає внаслідок цього захворювання, пов'язана з різкими змінами емоційно-вольової сфери. Діти, які хворіли на енцефаліт, дуже дратівливі, запальні, рухливо-неспокійні, настрій у них нестійкий. Вони швидко і безпосередньо реагують на всі подразники. Водночас у цих дітей повільний темп мислення. Характеризує їх також велика навіюваність, вони легко підпадають під негативний вплив. У деяких випадках наслідки енцефаліту виявляються інакше: діти стають малорухливими, з млявою, одноманітною моторикою, мають погане нерозбірливе мовлення (говорять, наче у них повний рот). Зовні вони мають вигляд осіб з тяжкою розумовою відсталістю, навіть тоді, коли інтелект у них не дуже знижений. Свої особливості мають діти, які хворіли на ревматичний енцефаліт. Для них характерні метушливість, надзвичайна рухливість і вразливість психіки, вони швидко втомлюються, а при втомі ця метушливість ще більше зростає. Така ж реакція настає і тоді, коли дитина нервує.

Дітей, які перенесли травми мозку або енцефаліт, споріднює з дітьми з олігофренією те, що у них немає швидкого процесу, який надалі знижував би їхній психічний розвиток. Проте існує і відмінність. У перших розумова неповноцінність виникає пізніше, коли певною мірою вже було сформоване мовлення. Інколи трапляються випадки, коли це відставання більш виразне, ніж при олігофренії.

Розумова відсталість, що виникла на більш пізніх етапах розвитку, може бути викликана енцефалітом, тоді, крім інтелектуального порушення, спостерігається імпульсивність реакцій, нестійкість уваги, послаблення мислення, патологічна уповільненість, загальмованість. Наслідки цієї хвороби також можуть викликати другорядні відхилення — неадекватну поведінку. У таких дітей, порівняно з дітьми з олігофренією, розумова відсталість не прогресує, а завдяки корекційно-педагогічним зусиллям рівень їхнього психічного розвитку підвищується.

**Деменція** — це вид розумової відсталості, який виникає внаслідок пошкодження кори головного мозку в період після 3 років і виявляється у виразному зниженні інтелектуальних можливостей та частковому розпаданні вже сформованих психічних функцій.

Г.Є. Сухарева виділяє 4 типи органічної деменції у дітей:

- 1) характерне переважає низького рівня узагальнення;

2) спостерігаються нейродинамічні розлади, різка сповільненість, швидка психічна виснажливість, нездатність до напруження, порушення логічного мислення;

3) поєднання недостатності спонукань до діяльності з повільністю, пасивністю, апатією, різким зниженням активності мислення;

4) порушення критики і цілеспрямованості мислення з розладами уваги.

Деменція поділяється на *резидуальну* (до якої належать форми розумової відсталості, що виникають через 2–3 роки після черепно-мозкових травм або нейроінфекції) та *прогресивну* (*плинну*), спричинену сифілісом, ревматизмом центральної нервової системи або генетичними порушеннями (гідроцефалія, шизофренія, епілепсія).

Кожна з цих хвороб викликає своєрідний перебіг порушень психічного розвитку. Так, при епілепсії характерна надмірна повільність та інертність; при шизофренії — зниження інтересу до навколишнього світу, власних емоцій, спостерігається деградація, яка прогресує.

У дефектології (спеціальній педагогіці) розумова відсталість визначається як стан, що виникає внаслідок органічного ураження головного мозку, на відміну від церебральноорганічної форми затримки психічного розвитку, яка пов'язана з мінімальною мозковою дисфункцією. Те, що ці два стани пов'язані з пошкодженням мозку, веде до певної схожості в їх прояві. Різниця ж у формі ураження центральної нервової системи визначає відмінність між розумовою відсталістю і затримкою психічного розвитку.

Так, хворобами, що спричиняють розумову відсталість, викликану захворюваннями головного мозку, є епілепсія та шизофренія. Епілепсія виявляється у вигляді нападів, під час яких дитина непритомніє. У неї скорочуються м'язи, смикаються голова, верхні і нижні кінцівки. Крім розгорнутих, спостерігаються так звані оптимальні (малі) напади, під час яких дитина непритомніє лише на мить, вона наче завмирає, після чого продовжує дію. Спостерігаються нетипові напади, які не супроводжуються втратою притомності, але мають різноманітні прояви (дитина крутиться на одному місці, кудись біжить або повторює одне слово чи речення, інколи сміється або плаче).

Епілепсія може також проявитися у вигляді так званих психічних еквівалентів, під час яких у дітей розладнується свідомість і вони роблять безглузді вчинки (стрибають у вікно, б'ються тощо).

Під впливом такої хвороби нерідко своєрідно порушується пізнавальна діяльність. Найхарактернішою рисою осіб з епілепсією є по-



вільний перебіг усіх психічних процесів. Вони повільно сприймають, думають, говорять, виконують будь-яке завдання. Надзвичайно характерною для них є також інертність психічної діяльності. Дитину з епілепсією дуже важко переключити на інший вид роботи доти, поки вона не виконала попередньої. В основі цієї особливості лежить порушення рухливості основних нервових процесів — збудження і гальмування. Поряд зі змінами у пізнавальній діяльності у дітей, що хворіють на епілепсію, спостерігаються своєрідні зміни характеру. Відзначено, що вони виявляють улесливість, догідливість, підкреслену повагу до дорослих і сильніших за себе, проте водночас бувають грубими, жадібними і навіть жорстокими до слабших.

Інертність, властива дітям з розумовою відсталістю та з епілепсією, виявляється і в емоційно-вольовій сфері. Так, намітивши щось зробити, вони намагаються довести справу до кінця навіть тоді, коли їм доведено недоцільність наміченого.

Свої особливості мають діти, в яких розумова відсталість є наслідком такої психічної хвороби, як шизофренія. Виникнення її у ранньому дитинстві часто викликає недорозвинення пізнавальної діяльності й емоційної сфери. Для цих дітей характерні відірваність від реальної дійсності, непродуктивне, не досить активне мислення. Вони часто погано орієнтуються на місці, в часі, оточенні. Значно знижена у них здатність до узагальнення й абстрагування, що помітно позначається на навчанні лічби і читання. Часто у дітей, хворих на шизофренію, спостерігається порушення мовлення: бідність словникового запасу, схильність до нових беззмистовних словоутворень. Інколи порушується й артикуляція. У таких випадках голос у дітей стає глухим, мало модульованим, а мовлення уповільненим. Емоційна особливість цих дітей виявляється і в замкнутості, нестійкості настрою, у негативізмі, байдужості до навколишнього. Ці діти часто не знають імен своїх однокласників. І епілепсія, і шизофренія — це захворювання, під впливом яких постійно з'являються певні морфологічні зміни в мозку, що, у свою чергу, позначається на психічному розвитку хворої дитини.

Отже, причиною виникнення розумової відсталості завжди є органічне ураження головного мозку. Проте ушкодження його не обов'язково викликає порушення психічного розвитку. Відомо, що у більшості дітей, які хворіли на менінгіт (запалення мозкової оболонки) або енцефаліт (запалення мозку), після одужання психічний розвиток перебігає нормально, хоча, безумовно, в результаті хвороби певні

зміни у мозку залишаються. Такі діти задовільно або і добре встигають у масовій школі, а згодом і у вищому навчальному закладі.

Кожен вид розумової відсталості має свої характерні ознаки. Психічна діяльність усіх дітей з порушенням інтелекту визначається особливостями, які відрізняють їх від дітей з нормотиповим розвитком. Процес відчуттів у дитини з розумовою відсталістю не має грубих відхилень від норми, хоч порушення в їх окремих видів трапляються частіше, ніж при нормальному психічному розвитку. Так, серед учнів з розумовою відсталістю частіше, ніж серед школярів з нормотиповим розвитком, трапляються діти із захворюваннями сітківки, зорових провідних нервів або їх центрів, що веде до своєрідних порушень зору.

Наприклад, у деяких осіб з порушеннями інтелекту під впливом пошкодження провідних нервових шляхів спостерігається так звана **геміанопсія** (випадіння в кожному оці однієї половини поля зору). При олігофренії частіше, ніж при нормі, спостерігається зниження слуху.

Складнішим пізнавальним процесом, ніж відчуття, є сприймання. Своєрідність сприймання дитини з олігофренією виявляється в обмеженості його обсягу та повільності темпу. Такі діти у певний момент сприймають значно меншу кількість об'єктів, ніж ті, що мають нормотиповий розвиток.

Дитина з розумовою відсталістю дуже погано відображає зв'язки співвідношень між об'єктами, що сприймаються. Малий обсяг сприймання заважає їй охоплювати зором одночасно кілька об'єктів. Вона їх бачить послідовно. Через це дитина неспроможна швидко оглянути приміщення, в якому перебуває, вулицю, якою іде, картину, що розглядає, особливо, якщо на останній зображено багато об'єктів.

У процесі навчально-виховної роботи враховується обмеженість обсягу і повільність сприймання таких дітей. Наприклад, на уроках використовується незначна кількість малюнків, об'єктів, зображених на них, теж повинно бути небагато, особливо другорядних, які створюють фактично фон сюжету.

Під впливом корекційної роботи у школі у дітей з розумовою відсталістю темп сприймання прискорюється, обсяг збільшується. Своєрідність сприймання цих дітей значною мірою зумовлюється бідністю їхнього минулого досвіду. І, навпаки, небагатий минулий досвід пов'язаний з недосконалістю самого процесу сприймання.

Сприймаючи навколишнє середовище, діти з порушеннями інтелекту не виділяють істотного, не класифікують, не відкидають випад-

кових побічних асоціацій, які в них виникають. Тому в пам'яті дитини накопичуються випадково поєднані враження.

Схоплюючи певне явище, вони не актуалізують свої знання, пов'язані з ним або аналогічним. Вони відображають кожне явище ізольовано від іншого, не помічають зв'язку між ними, особливо істотного, внутрішнього, тому в їх уявленні кожне явище бідніше, простіше, ніж воно є насправді.

У дітей з розумовою відсталістю, особливо у тих, які ще тільки починають навчання, розвиток мимовільного сприймання переважає над розвитком довільного. Через недостатню активність сприймання у них з великими труднощами розвивається спостережливість.

Органічне пошкодження мозку у дітей з розумовою відсталістю значною мірою позначається на розвитку їхньої пам'яті. Своєрідним є процес запам'ятовування. Він характеризується обмеженістю обсягу, порівняно з нормою. При цьому чим складніший матеріал, тим меншу кількість його здатні запам'ятати ці діти.

Відхиляється від норми в учнів з розумовою відсталістю і темп запам'ятовування; відрізняються обидва види запам'ятовування — мимовільне, або ненавмисне, і довільне, або навмисне. У людей, які розвиваються нормально, довільне запам'ятовування значно продуктивніше, ніж мимовільне. В осіб з розумовою відсталістю, як засвідчили спеціальні дослідження, така закономірність не спостерігається. Кількість матеріалу, який вони запам'ятовують довільно, майже не відрізняється від тієї кількості, яка в них зберігається внаслідок мимовільного запам'ятовування.

При нормальному розвитку одним із дієвих мотивів довільного запам'ятовування є пізнавальні інтереси. У дітей з розумовою відсталістю вони розвинені недостатньо. Не маючи стійкого інтересу до знань, діти не докладають зусиль до їх здобуття, не намагаються зрозуміти навчальний матеріал. Таке пасивне ставлення учнів до змісту матеріалу в процесі його вивчення також знижує продуктивність довільного запам'ятовування.

Діти з розумовою відсталістю віддають перевагу механічному заучуванню, яке ґрунтується на багаторазовому повторенні матеріалу без його розуміння. Ця тенденція безпосередньо залежить від складності матеріалу, що вивчається. Чим менше учень розібрався в логічних зв'язках оповідання, вірша, правила тощо, тим більш механічним стає запам'ятовування. Зміст матеріалу при цьому заучується ізольовано, без зв'язку з іншим, уже відомим. Засвоєні у такий спосіб знання не

стають надбанням дитини, не збагачують її досвіду і швидко забуваються.

Особливості запам'ятовування дітей з розумовою відсталістю позначаються і на процесі відтворення. Відтворюючи матеріал, учні передають його хаотично, пропускають істотні фрагменти, виявляють тенденцію змінювати текст.

Протилежним запам'ятовуванню є процес забування. Якщо в основі запам'ятовування лежить утворення тимчасових нервових зв'язків у корі головного мозку, то в основі забування — їх згасання. У дітей з розумовою відсталістю ці зв'язки недостатньо міцні, вони швидко згасають, тому діти невдовзі забувають вивчене.

## **9.2. Особливості розвитку мислення дітей з інтелектуальними порушеннями**

Головним симптомом олігофренії є недостатній розвиток вищих форм пізнавальної діяльності, мисленнєвих операцій, зокрема аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, абстрагування тощо. Особам з розумовою відсталістю важко абстрагуватися від конкретних неістотних деталей, виділяти головне, відходити від поодинокого і бачити загальне. Недостатність розвитку процесів узагальнення та абстрагування нерозривно пов'язана з особливостями розвитку інших мисленнєвих операцій.

Так, аналіз у дітей з порушеннями інтелекту характеризується збіднілістю. Діти з розумовою відсталістю легкого ступеня, сприймаючи будь-який об'єкт, бачать у ньому значно менше частин, деталей, ніж діти, що розвиваються нормотипово. Чим складніший об'єкт, тим бідніший аналіз. Особливо важко їм виділити ті частини предмета, які мало відрізняються від сусідніх за кольором, формою, розміром тощо.

Дітям з розумовою відсталістю важко осмислити ту або іншу деталь об'єкта як істотну, яку треба виділити. Сприймаючи складні об'єкти або цілу низку об'єктів (наприклад, сюжетний малюнок), діти безсистемно виділяють їх усі або велику кількість, що не сприяє, а, навпаки, заважає процесу розуміння сприйнятого.

Недосконалість аналізу дітей з розумовою відсталістю тісно пов'язана з невмінням синтезувати. Їм дуже важко об'єднувати різні частини предмета. Їх пізнання об'єкта часто обмежується ознайомленням з його окремими частинами, деталями. Діти з нормотиповим роз-

витком, розповівши про частини предмета, говорять про нього в цілому. Без цього вони вважають своє завдання невиконаним. Навіть якщо діти самостійно й не можуть пояснити об'єкт у цілому, то запитують про це у дорослих.

Порівнюючи предмети, діти з розумовою відсталістю говорять лише про ті властивості, які сприймають наочно. Про функціональні характеристики об'єктів вони зазвичай не згадують зовсім.

Дітям з порушеннями інтелекту значно легше знайти відмінність, ніж подібність. Встановлюючи відмінність в об'єктах, вони виділяють більшу кількість їх властивостей, частин, деталей. Отже, аналіз при цьому значно багатший.

Дуже своєрідним в осіб з розумовою відсталістю є процес установлення подібності в порівнюваних об'єктах. Такі діти мислять конкретно. У зв'язку з цим вони не розуміють метафор. На запитання «Які руки називають золотими?» діти з легкою розумовою відсталістю зазвичай відповідають: «на яких золотий годинник»; «на яких золоті персні».

З цієї самої причини діти з розумовою відсталістю не розуміють прислів'їв. Оскільки слова вони сприймають конкретно, їм важко зрозуміти умовність. Так, пояснюючи прислів'я «Не в свої сани не сідай», така дитина говорить: «Це означає, не треба сідати в чужі сани». Прислів'я «Сім раз відмір, один відріж» дівчинка з порушеннями інтелекту пояснює так: «Коли треба один раз відрізати папір, то спершу треба сім раз поміряти, щоб рівно було».

Конкретність мислення дітей з розумовою відсталістю ускладнює процес засвоєння ними абстрактних понять. Це особливо позначається на процесі здобування арифметичних знань, зокрема при засвоєнні лічби з переходом через десятку, таблиць множення.

Розв'язуючи арифметичну задачу, учні часто не можуть самостійно усвідомити її умову, співвіднести дані з шуканим. Не зрозумівши умови задачі, школярі обмежуються тим, що роблять якісь найбільш знайомі арифметичні операції з даними числами.

Порушення розвитку мислення у дітей з розумовою відсталістю нерозривно пов'язані з особливостями розвитку їх мовлення. Цей процес у них починає відбуватися значно пізніше, ніж у дітей з нормативним розвитком. Так, при типовому психічному розвитку перші слова дитина вимовляє до року, а у три роки її мовлення характеризується великим активним словником, правильною граматичною будовою з незначними порушеннями вимови. Малюки з розумовою відсталістю перші слова починають вимовляти у два, інколи три і навіть чотири роки. Вимова

у таких дітей тривалий час залишається недосконалою. Вони довго не засвоюють нових слів, звуків; звернене до них зв'язне мовлення сприймають нерозчленовано. Тому ці діти розуміють далеко не все, що їм говорять.

### **9.3. Особливості навчальної діяльності дітей з інтелектуальними порушеннями**

Істотні порушення пізнавальної діяльності у дітей з розумовою відсталістю потребують, зокрема, посиленого педагогічного управління навчальною діяльністю учнів. Отже, одна з основних відмінностей процесу навчання у спеціальному загальноосвітньому навчальному закладі для дітей з розумовою відсталістю, порівняно з масовим, полягає в іншому співвідношенні самостійної діяльності учнів з діяльністю, керованою вчителем.

Процес навчання дітей з порушеннями інтелекту має чітко визначену корекційну спрямованість. Це означає, що тема, яка вивчається у школі, кожен метод і прийом, використаний учителем при цьому, мають сприяти не тільки збагаченню знань, умінь й навичок учнів, а й виправленню певних порушень психофізичного розвитку: сприймання, уявлення, мовлення, мислення, моторики тощо.

Корекційну спрямованість процесу навчання у школі для дітей з розумовою відсталістю не можна розглядати як окрему ділянку або додаток до основного змісту роботи навчального закладу. Вона становить суть навчально-виховного процесу в цій школі.

Для дітей з розумовою відсталістю дуже важливо чітко визначити мету сприймання та способи її реалізації. Це пояснюється особливостями психічного розвитку дітей, зокрема несформованістю аналітико-синтетичних функцій мислення і довільної уваги. Так, вони не можуть самостійно зосередитися на об'єкті сприймання та виділити в ньому істотні ознаки або основні смислові частини змісту. Тому вчитель повинен створити сприятливі умови для успішного сприймання учнями навчального матеріалу.

У дітей з розумовою відсталістю, особливо на початкових етапах навчання, порівняно з учнями нормотипового розвитку, повільніший темп сприймання, спостерігається фрагментарність у відображенні ознак та властивостей предметів і явищ, недостатнє диференціювання

їх смислового значення. Порушення безпосереднього чуттєвого сприймання негативно позначаються на якості уявлень цих дітей.

Щоб успішно засвоїти знання, учень повинен активно мислити, аналізувати і синтезувати фактичний матеріал, який вивчається на уроці. У процесі навчання школярі засвоюють не тільки знання, а й практичні дії з ними, тобто набувають умінь і навичок.

Навчити дітей з розумовою відсталістю застосовувати знання на практиці — одне з основних завдань школи. Через слабку рухливість нервових процесів діти з олігофренією стикаються з труднощами при адекватному сприйманні й оцінці ситуації, виборі відповідної програми діяльності та її реалізації.

У процесі застосування знань своєрідність мислення дитини виявляється в його інертності, неадекватній актуалізації знань, недосконалості аналізу й синтезу, несформованості вміння переносити набуті вміння й навички на інші види діяльності тощо.

Для активізації діяльності дітей з розумовою відсталістю у навчальний процес вводять спеціальні прийоми, що стимулюють учнів до використання здобутих знань, та регулюють їх діяльність у цьому напрямі.

Зокрема, для формування в учнів умінь користуватися здобутими знаннями й навичками у практичній діяльності створюють умови, які передбачають:

- відтворення та актуалізацію учнями знань, необхідних для застосування;
- керування процесом застосування знань та умінь;
- попереднє практичне засвоєння учнями дій щодо застосування знань;
- розчленований аналіз завдання;
- навчання користуватися планом, що є необхідною умовою впорядкування дій учнів;
- стимулювання учнів до використання знань під час виконання практичних завдань;
- міркування про спосіб і послідовність виконання завдань.

Унаслідок порушень центральної нервової системи пізнавальна діяльність дітей з розумовою відсталістю значно відстає від нормативних показників онтогенезу. Учневі спеціальної школи потрібно значно більше часу, порівняно з учнем масової школи, для сприймання та усвідомлення інструкції або пояснень учителя, виконання різних навчаль-

них завдань. Звідси виникає необхідність в узгодженні темпу навчання учнів з уповільненістю в них психічних процесів.

У зв'язку з недорозвиненням вищих процесів мислення дітям з інтелектуальними порушеннями навчальний матеріал подається у простішій формі й меншому обсязі, внаслідок чого структура знань дещо спрощується. У навчальних програмах для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з розумовою відсталістю вилучаються деякі узагальнення і теоретичні положення, які недоступні для розуміння. Зокрема, не вивчаються деякі важкі для засвоєння теми і розділи навчальних предметів. При цьому таке спрощення не порушує логіки навчального предмета.

Діти з розумовою відсталістю мають предметно-наочне мислення, що значно ускладнює процес сприймання навчального матеріалу, викладеного у словесній формі. Лише на основі безпосереднього сприймання предметів та явищ у них формуються, особливо на початкових етапах навчання, правильні уявлення та поняття. На цій основі корегується та розвивається в дитини абстрактне мислення. У зв'язку з цим у молодших класах спеціальної школи провідне місце посідають спеціальні предметні уроки та екскурсії, на яких основна діяльність учнів пов'язана з безпосереднім сприйманням предметів та явищ. На інших заняттях також максимально використовуються натуральні предмети та різноманітні засоби унаочнення навчального матеріалу.

Процес навчання та розвитку дітей з розумовою відсталістю спирається на збережені пізнавальні функції. Тому треба враховувати об'єктивний стан психічного розвитку учнів, для яких характерний нерівномірний розвиток окремих психічних процесів та якостей особистості. Діти з розумовою відсталістю щодо цього становлять неоднорідну групу. Серед них є учні, які досить продуктивно запам'ятовують фактичний матеріал, інші виявляють помірний інтерес до окремих навчальних предметів.

Важливою умовою міцного засвоєння знань дітей з інтелектуальними порушеннями є насамперед розуміння ними навчального матеріалу. Ось чому важливо за допомогою різноманітних методичних прийомів виробляти в учнів уміння знаходити смислові зв'язки в засвоєному навчальному матеріалі, а також між навчальним матеріалом і життєвим досвідом, між загальноосвітніми знаннями й практичною діяльністю. Особливо велике значення має остання вимога. Практика роботи спеціальної школи й проведені дослідження переконливо свідчать про те,



що учні краще засвоюють знання і набувають навичок тоді, коли використовують їх у своїй щоденній практичній діяльності.

Максимальне подолання порушень розвитку дитини з розумовою відсталістю — спеціальне завдання як спеціального, так і загально-освітнього навчального закладу. Для його розв'язання виникла потреба виділити поряд із дидактичними принципами, що склалися в загальній педагогіці, принцип корекційної спрямованості навчання.

Корекція здійснюється в процесі всієї навчально-виховної роботи школи, особливо під час формування уявлень про предмети і явища, коли визначаються якості, властивості предметів, йдеться про форму, величину, розмір, колір тощо. Цінними щодо цього є ті уроки, на яких учні, порівнюючи предмети, знаходять, що спільного й відмінного між ними, визначають будову, намічають послідовність виконання завдання (розв'язування задачі, виготовлення предмета, побудови креслення, малюнка тощо). Унаслідок такої діяльності у дітей поступово виробляється вміння аналізувати предмети, явища. Вони більш диференційовано сприймають окремі деталі, об'єкт у цілому. Удосконалення аналітичної функції закономірно веде до розвитку синтетичного сприймання, тому що без аналізу немає синтезу.

У зв'язку з віковою функціональною незрілістю нервової системи клінічна картина неврозів у дитячому віці звичайно характеризується своєю нечіткістю, неоформленістю, іноді занадто бідною клінічною симптоматикою. Визначення неврозу, його клінічної форми значно ускладнюється, якщо невротична симптоматика виникає на основі порушень, зумовлених органічним ураженням мозку. Це значно ускладнює, зокрема, і саму кваліфікацію таких розладів, як істинно невротичних.

У дітей з олігофренією, як і у дітей зі збереженим інтелектом та з невротичними розладами, спостерігається надмірне виснаження нервових процесів. Клінічно це проявляється у вигляді підвищеної втомлюваності, що зумовлює зміну поведінки дитини, зниження рівня працездатності.

Через явно виражену слабкість основних нервових процесів, особливо активного гальмування, такі діти легко подразнюються з незначного приводу, іноді в них спостерігаються короточасні спалахи гніву, які звичайно закінчуються сльозами (подразнювальна слабкість). Це особливо характерно для **гіпостенії**.

Через підвищену втомлюваність, неухважність, відволікання тощо працездатність таких дітей знижена, їхня діяльність малопродуктивна.

Вони часто скаржаться на головний біль, що зазвичай виникає після відповідного навантаження, спостерігаються розлади сну.

Навіть діти зі збереженим інтелектом та з невротичними розладами вчать значно гірше своїх потенційних можливостей. Щодо дітей з олігофренією з **астеноневротичними** розладами, то їхнє навчання і виховання ще більше ускладнюється, особливо при гіпостенічному варіанті цих порушень. Вони особливо пасивні, мляві, неспроможні на будь-яке вольове зусилля. Ще більше, ніж інші діти з олігофренією, малоініціативні, сором'язливі, полохливі, надто невпевнені в собі й нерішучі.

В окремих випадках спостерігаються своєрідні прояви почуття власної неповноцінності, що не властиво дітям з олігофренією, особливо молодшого віку. Як і діти з інтелектуальною недостатністю з невротично-гіпостенічним станом, вони вразливі й плаксиві, не вміють відстояти себе, стороняться товаришів, уникають гомінливих ігор, з великими труднощами включаються в дитячий колектив і адаптуються до нових умов. Часом вони своєрідно переживають власні невдачі, а результат цього — посилення депресивного фону настрою або короткочасний спалах роздратування, яке закінчується сльозами.

Урахування вікових функціональних можливостей учнів з розумовою відсталістю дасть змогу підвищити педагогічну ефективність уроків праці й зменшити їх втомлюваність. Набуття цими учнями правильних трудових умінь і навичок можливе лише тоді, коли навчальне навантаження відповідатиме їхньому фізичному розвитку й функціональним можливостям.

У дітей з розумовою відсталістю показники м'язової працездатності, сили м'язів і статичної витривалості з віком збільшуються, проте динаміка, інтенсивність цих змін, здатність виконувати самостійно складніші операції, змінювати систему дій, пристосовуючи їх до нових умов трудової діяльності (майстерні), виражені менше, ніж у дітей з нормотиповим розвитком.

Завдяки тому, що вчитель спирається на адаптовану сенсорну базу, навчальний матеріал і практичні вправи, спрямовані на виправлення порушення, стають доступними для учнів. Проте рівень засвоєння знань і навичок не визначається лише адаптацією змісту і способів навчання. Він значною мірою залежить також від ефективності прямої і зворотної аферентації, за допомогою якої відбувається фіксація і передача в мозок сигналів про необхідність компенсації і результативність її на кожному етапі.

Звичайно, низький рівень доказовості мислення багато в чому можна пояснити відомими особливостями розвитку психіки учнів з розумовою відсталістю, насамперед зниженням здібностей до узагальнень та конкретизації і особливо невмінням співвідносити загальне й конкретне, недостатньою установкою на критичний і самокритичний аналіз даних, правильність яких треба обґрунтувати або спростувати.

Важливою передумовою розвитку мислення в учнів з розумовою відсталістю є опанування ними техніки порівняння. Результати багатьох спеціальних досліджень свідчать про те, що процес вироблення у цих учнів умінь порівнювати відбувається з великими труднощами.

Так, К.І. Платонов зазначає, що для учнів із слабким типом нервової системи, для фізично ослаблених дітей з підвищеною нервовою чутливістю слово вчителя з негативним змістом є надмірним подразником, бо у фазовому стані кори словесні впливи негативного змісту можуть легко зафіксуватися за механізмом нав'ювання і стати джерелом психічних травм, дидактогенних зрушень, тобто захворювань, набутих з вини вчителя.

У всіх дітей з порушеннями психофізичного розвитку виявляється порушення зв'язків між чуттєвою і раціональною системами пізнання. Крім того, наявність у частини з них, зокрема у дітей з розумовою відсталістю, порушень у загальній нейродинаміці основних коркових процесів — гальмування і збудження в поєднанні із зниженням регулюючої функції мовлення і мислення — не сприяє формуванню довільної поведінки відповідно до вимог життя.

Корекція у моральному вихованні учнів спеціальних шкіл зводиться до того, що моральна поведінка, світогляд формуються тут через вплив на чуттєвий досвід і емоційну сферу шляхом максимального включення кожного вихованця в практичну діяльність дитячого колективу.

У вихованні таких учнів на всіх вікових етапах найдоступнішим джерелом збагачення етичного досвіду є *спілкування* учнів між собою й з іншими людьми та побудова *соціальних відносин* між ними на основі різноманітних контактів. Послаблення останніх зменшує дієздатність особи, затримує розвиток у неї мовлення, мислення, здібностей, моральної зрілості.

Спостереження свідчать про те, що вже з раннього віку така дитина прагне до контактів з людьми, які її оточують, але щоразу натрапляє на перешкоди. Поступово вона набуває гіркої досвіду невдач у спілкуванні. Не скоригований дорослими, цей досвід негативно позначається

на всій психіці дитини. Непомітно в неї створюється стереотип *обмеженого спілкування* внаслідок усвідомлення неприйняття своєї особи іншими членами колективу. Виникає побоювання соціальних контактів, упередженість до них, дитина замикається в собі.

Такі діти не можуть завжди самостійно будувати правильно міжособистісні взаємини, а тим більше регулювати їх. Це досягається систематичною корекційною роботою. Основним засобом такої корекції є опора на емоції учнів. Емоції і почуття, які відображають зв'язок індивіда з певною контактною групою, — один з регуляторів стосунків між ними. Зокрема, велику виховну силу має добрий настрій як окремих учнів, так і всього колективу.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Що таке олігофренія?
2. Які Ви знаєте причини олігофренії?
3. Які форми олігофренії Вам відомі?
4. Охарактеризуйте розумову відсталість тяжкого та глибокого ступеня.
5. Охарактеризуйте розумову відсталість помірною ступеня.
6. Охарактеризуйте розумову відсталість легкого ступеня.
7. Що таке деменція?
8. Охарактеризуйте особливості розвитку мислення дітей з розумовою відсталістю.
9. Охарактеризуйте мовлення дітей з розумовою відсталістю.
10. Охарактеризуйте особливості навчальної діяльності дітей з розумовою відсталістю.

### **ДЖЕРЕЛА**

1. Бадалян Л.О. Невропатология : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — М. : Просвещение, 1982. — 350 с.
2. Бобренко І. Рухливі ігри як засіб інтенсифікації розвитку просторового орієнтування старших дошкільників із порушеннями розумового розвитку / І. Бобренко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 3(75). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 58–64.
3. Власова Т.А. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.А. Власова. — М. : Педагогика, 1985. — 105 с.

4. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
5. Дмитриев А.А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей / А.А. Дмитриев. — М. : Сов. спорт, 1991. — 32 с.
6. Ерёменко И.Г. Олигофренопедагогика / И.Г. Ерёменко. — К. : Вища школа, 1985. — 327 с.
7. Єременко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єременко. — К., 1966. — С. 15–25.
8. Замский Х.С. История олигофренопедагогики / Х.С. Замский. — М. : Просвещение, 1980. — 398 с.
9. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990 — 145 с.
10. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника / С.Я. Рубинштейн. — М., 1986.
11. Синьов В.М. Основы дефектології : навч. посіб. / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
12. Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма-матер, 2003. — 436 с.
13. Тищенко Л. Методичні рекомендації щодо формування навичок самообслуговування у дошкільників із помірною розумовою відсталістю / Людмила Тищенко // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 3(79). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 79–85.
14. Холина О.П. Корекційна спрямованість навчання дітей з обмеженими розумовими можливостями / О.П. Холина // Дефектологія. — 1998. — № 2. — С. 2–3.

## РОЗДІЛ X

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ЗІ СКЛАДНИМИ І МНОЖИННИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

*Основні поняття: складне порушення розвитку, множинне порушення розвитку, сліпоглухота, сліпоглухі діти, дактилологія, діти з поєднанням сенсорного й інтелектуального порушення, діти з тяжкими множинними порушеннями, альтернативна комунікація, сенсорна стимуляція.*

### 10.1. Характеристика складних множинних порушень розвитку

**Складне порушення розвитку** — поєднання двох психофізичних порушень (зору, слуху, мовлення, інтелекту, опорно-рухового апарату та ін.) в одній дитині, які є не просто сумою порушень, а зумовлюють якісно своєрідну структуру розвитку дитини.

**Множинне порушення розвитку** — поєднання трьох і більше психофізичних порушень (первинних) в одній дитині, які можуть бути виражені різною мірою і призводять до значних відхилень у розвитку дитини.

Причинами складних і множинних порушень є інфекційні захворювання під час вагітності, захворювання на краснуху на ранніх етапах вагітності, вірусний грип, цитомегаловірус, природжений токсоплазмоз, соматичні захворювання матері, діабет, порушення діяльності щитоподібної залози, серцево-судинні захворювання, спадкові захворювання (синдроми: Маршалла, Ушера, Алькорта, Лоу та ін.).

Вчені-дефектологи, які досліджували проблеми складних і множинних порушень, зазначали, що психічний розвиток при кількох порушеннях не зводиться до суми особливостей психічного розвитку при кожному порушенні, а утворює нову, складну структуру порушення і вимагає особливого психолого-педагогічного підходу (О.І. Мещеряков, Т.В. Розанова та ін.). Поєднання порушень усклад-

нює розвиток дітей зі складними і множинними порушеннями значно більшою мірою, ніж розвиток інших категорій дітей, та звужує діапазон засобів компенсації. Наприклад, у сліпої дитини компенсація сприймання довкілля відбувається в основному через збережені слух і дотик. У глухої дитини компенсація відбувається через зір, кінстетичне, тактильно-вібраційне сприймання. При одночасному сполученні сліпоти з глухотою компенсація можлива через кохлеарну імплантацію або якісне слухопротезування. Отже, завданням спеціалістів є винайдення реального шляху компенсації складного порушення і введення дитини в навчально-виховний процес.

У літературі зі спеціальної педагогіки поряд з терміном «складне порушення» використовуються й інші терміни: «комбіновані порушення», «комплексні порушення», «тяжкі й (або) множинні фізичні та (або) психічні порушення».

Залежно від структури порушення діти, які мають два і більше психофізичних порушень, поділяються на три основні групи:

— діти з двома вираженими психофізичними порушеннями: сліпо-глухі діти, глухі діти з порушеннями розумового розвитку, діти з ДЦП та порушеннями розумового розвитку;

— діти, які мають одне виражене психофізичне порушення (првідне) та супутнє йому друге порушення, виражене меншою мірою, але таке, що також помітно обтяжує хід розвитку: діти з розумовою відсталістю та з незначним зниженням слуху, діти з розумовою відсталістю та незначним зниженням зору;

— діти з множинними порушеннями, які мають три і більше первинних порушень психофізичного розвитку, котрі істотно впливають на загальний хід розвитку дитини: слабочуючі діти з ДЦП та розумовою відсталістю, глухі слабозорі діти з порушенням мовлення (алалією). Останнім часом цих дітей ще називають дітьми з тяжкими множинними порушеннями психофізичного розвитку. До множинних порушень також відносять поєднання в однієї дитини низки незначних порушень, які мають негативний кумулятивний ефект, наприклад, при сполученні незначних порушень моторики, зору і слуху в дитини може мати місце виражене загальне недорозвинення мовлення.

Навчання, виховання і розвиток дітей з тяжкими та множинними порушеннями є дуже складною і недостатньо вивченою у спеціальній педагогіці і психології проблемою. Тривалий час у радянській дефектології дослідження щодо надання корекційно-реабілітаційної допомоги дітям зі складним порушенням концентрувались практично в межах

однієї категорії дітей — сліпоглухих. У сучасній спеціальній педагогіці і психології спостерігається підвищена увага до проблеми навчання, виховання і розвитку дітей з різними складними і множинними порушеннями, що зумовлено необхідністю повною мірою забезпечити рівні можливості для дітей з порушеннями розвитку в отриманні освітньо-корекційних та реабілітаційних послуг.

Наразі одним із актуальних завдань є якомога рання діагностика складного порушення розвитку дитини та надання необхідної корекційно-реабілітаційної психолого-педагогічної допомоги. Зазвичай батьки, стикнувшись зі складними і тяжкими порушеннями в розвитку своєї дитини в перші роки її життя, шукають допомоги виключно у лікарів. Несвоєчасне звернення до фахівців зі спеціальної педагогіки та спеціальної психології призводить до виникнення численних вторинних і третинних відхилень у розвитку дитини, що значно знижує її потенційні можливості.

**Сліпоглухі діти.** До цієї категорії належать діти, у яких спостерігається повне або часткове ураження функції як зорового, так і слухового аналізаторів. У цих дітей слух порушений повністю або такою мірою, що робить неможливим засвоєння мовлення на основі слухового сприймання. Якщо глухота і сліпота настають у дорослому віці, то це не призводить до втрати мовлення. Отже, слід розрізняти серед осіб з порушенням слуху і зору тих, у яких здатність до словесного мовлення втрачена або взагалі не розвивалася, і тих, у кого раніше сформоване мовлення збереглося.

Причини сліпоглухоти: вроджена катаракта, що пояснюється внутрішньоутробним ураженням плода в ранній період вагітності, коли відбувається формування слухового і зорового аналізаторів; захворювання вагітної на краснуху, генетичні фактори.

Набута сліпоглухота може бути зумовлена пологовими черепно-мозковими травмами, перенесеними у дошкільному віці захворюваннями головного мозку: менінгіти, менінгоенцефаліти, унаслідок яких відбувається ураження внутрішнього вуха, слухових нервів, котре призводить до глухоти з поєднанням атрофії зорового нерва, що у свою чергу спричиняє сліпоту.

Зважаючи на сучасні досягнення офтальмології та аудіології, сліпоглухі діти мають значні можливості для розвитку, навчання і виховання. Проте якщо діти позбавлені якісних засобів компенсації (кохлеарної імплантації, слухопротезування), то послаблення діяльності слухового і зорового аналізаторів негативно впливає на структуру кори півкуль



головного мозку, адже проведення збудження від подразників до кори головного мозку різко обмежується. Тому при одночасній втраті зору і слуху, без сучасних технічних засобів компенсації і без спеціального педагогічного впливу «дитина взагалі може перебувати в тривалому дрімотному стані — настільки знижується тонус кори великих півкуль її головного мозку».

Отже, сліпоглухота створює вкрай важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак якщо ця вада не поєднується з розумовою відсталістю, сліпоглухі діти, за умови користування сучасними засобами компенсації, потенційно мають можливості для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку. Крім того, завдяки пластичності нервової системи при сліпоглухоті брак зору і слуху компенсується збереженою здатністю відчувати й сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних та температурних відчуттів. Проте, з іншого боку, приведення в дію цих компенсаторних здібностей нервової системи при сліпоглухоті вирішальним чином визначається спеціальними педагогічними впливами. Тому в дефектології (спеціальній педагогіці) висувається ідея **універсальної провідної ролі навчання** в психічному розвитку сліпоглухої дитини.

Психічний розвиток сліпоглухих дітей спирається на збережені інтелектуальні й сенсорні (нюх, вібраційна та кінестетична чутливість, залишки слухового і зорового сприймання) можливості та їх удосконалення. Якщо не перешкоджати розвитку збереженої активності такої дитини і сприяти своєчасному формуванню у неї хапання, сидіння, прямоходіння та самостійності у побуті, можна досягнути вільного орієнтування дитини у приміщенні й розвитку в неї повноцінних предметних дій.

Дотик, активне обмацування предметів руками або язиком дозволяє отримувати певну інформацію про предмети і в подальшому їх впізнавати. Сліпоглухим властиве сприймання ногами на дотик властивостей підлоги, ґрунту. Пам'ять на нерівності ґрунту під ногами допомагає їм запам'ятовувати дорогу в певному напрямку. Сліпоглухі діти активно використовують дотик для ознайомлення з довкіллям і спілкування ще до початку спеціального навчання.

Людина, котра позбавлена зору й слуху, може отримувати інформацію про навколишній світ і на відстані. Дослідники зазначають, що сліпоглухі діти мають надзвичайно тонкий нюх. Це відчуття дозволяє практично всім сліпоглухим розпізнавати на відстані знайому і незнайому людину, дізнаватись про погоду за запахами кризь відкрите вікно,

визначати особливості приміщень і шукати в них потрібні предмети. Завдяки тактильно-вібраційній чутливості до звуків, які створюються при пересуванні предметів і людей, дитина може відчувати, що відбувається довкола неї. З віком сліпоглухі здатні визначати на відстані людей, котрі наближаються, за особливостями їх ходи, дізнаватися про появу нової людини в кімнаті, слухати рукою звуки музики, визначати напрям гучних звуків вдома і на вулиці. Вібраційні відчуття можуть стати основою для сприймання і формування усного мовлення у сліпоглухої дитини. Разом зі збереженими можливостями дотикової, смакової, нюхової, тактильно-вібраційної чутливості сліпоглухі по можливості користуються залишковим слухом і зором.

На початкових етапах виховання сліпоглухої дитини корекційно-реабілітаційна робота будується таким чином, щоб перетворити органічні потреби організму на перші суто людські потреби, тобто виховати у дитини уміння задовольняти природні потреби прийнятими у суспільстві способами (наприклад, користуватись ложкою для вживання їжі).

З цією метою організовується спочатку сумісна, а згодом сумісно-розподільна предметно-практична діяльність сліпоглухої дитини і дорослої людини, яка її виховує. Ця діяльність скерована на формування культурних способів задоволення природних потреб. При цьому предметна дія, якої навчають сліпоглухонімого, поділяється на етапи. Рухи, які виконують руки дитини, спочатку повністю скеровуються руками вихователя (наприклад, рука дорослого міцно тримає руку вихованця, в яку вкладається ложка, і їжа підноситься до рота дитини її рукою, яка скерована рукою дорослого). Із зростанням активності дитини міра і форма активності дорослого поступово знижуються. У дитини все більше закріплюється навичка відповідної дії з предметом, і нарешті вихователь лише сприяє дії, а дитина виконує її самостійно.

У подальшому на зміну спочатку окремих жестів приходять слова, які повідомляються сліпоглухій дитині в дактильній формі. Провідним видом словесного мовлення стає дактилологія — спеціальна пальцева азбука для сліпоглухих, основним видом писемного мовлення — рельєфний шрифт Брайля. Сліпоглуха дитина може також опанувати звукове мовлення і звичайний алфавіт, що накреслюється на її долоні. Опанування словесного мовлення відкриває для цих дітей можливість систематичного засвоєння загальноосвітніх знань. Відомі випадки здобуття деякими сліпоглухими, які втратили зір і слух в дошкільному та більш пізньому віці (тобто на момент втрати сенсорних функцій вони

вже оволоділи тією чи іншою мірою словесним мовленням), середньої і навіть вищої освіти. З педагогічного погляду важливе значення має вік, у якому дитина втратила зір і слух. Якщо сліпоглухота настала після опанування грамоти, можна запобігти втраті словесного мовлення в результаті спеціально організованого навчання, яке сприятиме закріпленню мовлення у дактильній, писемній та усній формах.

**Дактилологія** (від *грец.* daktylos — палець, logos — слово) — ручна азбука, в якій букви алфавіту замінюються спеціальними знаками, що передаються пальцями руки. На відміну від зорового сприймання дактильних знаків, якими користуються глухі, сліпоглухі використовують спеціальний пальцевий алфавіт, в якому кожна буква передається дотиком пальців «мовця» до певних точок долоні «слухача».

Велике значення у подальшому навчанні й розвитку сліпоглухих надається оволодінню писемним мовленням, яке оформлюється рельєфно-крапковим шрифтом Брайля, що ним користуються сліпі. У цьому шрифті кожна буква, цифра, розділові знаки передаються різними комбінаціями випуклих крапок, які сприймаються дотиком пальців руки.

**Діти з поєднанням сенсорного й інтелектуального порушення.** До цієї категорії дітей належать діти, у яких порушення слухового або зорового аналізаторів поєднується з розумовою відсталістю, що викликається дифузним ураженням кори головного мозку. Аналізуючи особливості розвитку таких дітей, слід враховувати, що їхня інтелектуальна недостатність є первинною, оскільки ранні специфічні порушення пізнавальної діяльності можуть виникати як вторинні відхилення в розвитку при ураженні слуху або зору, але при первинно збережених розумових здібностях. Такі складні порушення зумовлені: гемолітичною хворобою новонароджених, яка пов'язана з резус-несумісністю крові матері й плода, внутрішньоутробними ураженнями плода внаслідок застосування матір'ю на перших місяцях вагітності речовин для зриву вагітності, пологовими травмами, тяжкими захворюваннями дитини у ранньому віці (пневмонією, менінгітом), при яких застосовувались великі дози ліків.

Дослідження глухих і слабочуючих дітей з інтелектуальними порушеннями свідчать про те, що обидва первинних порушення обтяжують один одного. Так, типові при олігофренії риси — інертність мислення, труднощі у створенні нових зв'язків і в перебудові вже сформованих, зниження стійкості уваги, цілеспрямованості діяльності, низька критичність, слабе сприймання педагогічної допомоги, порушення розумової працездатності тощо — у дітей зі складним порушенням ви-

ступують гостріше, ніж у дітей з олігофренією і нормальним слухом, оскільки первинна інтелектуальна недостатність посилюється вторинними, третинними порушеннями пізнавальної діяльності, викликаними ураженням слухової функції, яка зумовлює недорозвиненість мовлення і словесно-логічного мислення.

Крім того, корекція мовленнєвого розвитку, порушення якого зумовлено недостатньою слуховою функцією, у дітей з олігофренією з глибокими ушкодженнями слухового аналізатора здійснюється менш успішно, ніж у глухих і слабочуючих з нормальним інтелектом. Це пов'язано з тим, що компенсаторні процеси при органічних ураженнях центральної нервової системи послаблені, вищі психічні функції, які відіграють важливу роль у компенсації, у цьому випадку недорозвинуті.

Якщо розумова відсталість у дитини поєднується з глибокими порушеннями діяльності зорового аналізатора, то зорове порушення обтяжує й інтелектуальну недостатність, а вона, у свою чергу, утруднює розвиток компенсаторних пристосувань сліпої (слабозорої) дитини.

Найважчі для виховання і навчання — діти з поєднанням розумової відсталості зі сліпоглухотою. Тяжкі порушення функцій основних аналізаторів, які забезпечують зв'язок психіки людини з навколишнім світом, у поєднанні з інтелектуальним порушенням, різко знижуючи дієвість компенсаторних сил організму, створюють вкрай несприятливі умови розвитку. Проте при наполегливому, цілеспрямованому, науково обґрунтованому корекційно-педагогічному впливові на розвиток сліпоглухої дитини з розумовою відсталістю, навіть у разі глибоких порушень інтелекту (помірної розумової відсталості), можна досягти помітних успіхів у формуванні в неї елементарних уявлень про реальну дійсність, навичок самообслуговування, просторової орієнтації.

## **10.2. Особливості корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають множинні порушення психофізичного розвитку**

**Корекційно-компенсаторна робота** з такими дітьми спрямована насамперед на забезпечення їхньої соціальної адаптації. У роботі з ними не може бути універсального підходу. Тому вибір певного методу навчання залежить від рівня розвитку дитини, її віку, можливостей розвивального середовища. Результативність цієї роботи визначається дотриманням основних психолого-педагогічних умов:

- відповідність корекційно-компенсаторної роботи індивідуальним і віковим особливостям, потенційним можливостям та потребам дитини;
- цілеспрямованість і систематичність формування життєво значущих знань, умінь і навичок;
- врахування характеру провідного виду діяльності з акцентом на максимальну можливу активність дитини;
- покрокове формування і словесний супровід дій, які виконуються дитиною;
- формування емоційно позитивного і осмисленого ставлення дітей до побутових дій, які дозволяють знизити залежність від допомоги оточуючих;
- наступність у роботі педагогічного, медичного та обслуговуючого персоналу;
- постійність і послідовність вимог з боку дорослих;
- використання як засобів наочності реальних предметів;
- розуміння того, що в роботі з такими дітьми головним є не ступінь і кількість досягнень, а покращення якості їхнього життя.

Значна кількість дітей з множинними порушеннями не в змозі оволодіти навичками, характерними для нормотипового розвитку (наприклад, умінням ходити, говорити тощо). Корекційне навчання має бути спрямоване на набуття навичок, які забезпечують адаптацію дитини до соціального і природного середовища, підвищення якості її життя завдяки оволодінню альтернативними адаптивними моделями життєдіяльності, поведінки.

У дітей з множинними психофізичними порушеннями (інтелекту і рухів) при ранньому органічному ураженні центральної нервової системи, несприятливій соціальній ситуації найбільше страждають біологічний фактор і фактор активності. Тривалі функціональні обмеження в поєднанні з неможливістю самостійно розгорнути власну спадкову програму розвитку призводять до того, що фактично всі форми активності звужені. Відставання у строках формування передумов предметно-практичних дій (захвату, утримання, інтерсенсорного зв'язку «рука-око») та їх порушення призводять до затримки формування предметно-практичної діяльності.

Формування діяльності зумовлене загальмованістю, порушеннями сприймання, недорозвиненням просторових уявлень і мисленневих операцій. При тяжких органічних формах ураження нервової системи діти мають значні проблеми в усвідомленні себе як суб'єкта діяльності

й дорослого як суб'єкта спільної діяльності. З труднощами формуються цілеспрямовані предметно-опосередковані контакти, внаслідок чого із запізненням розвивається ігрова діяльність.

*Метою корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають множинні порушення психофізичного розвитку, є нормалізація їх життєвого циклу, запобігання та усунення обмежень активності в процесі цілеспрямованого розвитку, виховання і навчання, соціальна адаптація.*

*Основні завдання корекційно-компенсаторної роботи:*

— максимально можливий різнобічний розвиток дитини, зниження її залежності від сторонньої допомоги, своєчасне виправлення порушень розвитку, подолання виникнення вторинних, третинних і подальших відхилень, що посилює інвалідність;

— створення розвивального соціального і предметно-просторового середовища, що забезпечує умови для здійснення корекційно-педагогічної допомоги.

Організація і здійснення корекційно-компенсаторної роботи передбачає врахування таких *спеціальних принципів*:

— нормалізацію життя: створення умов для забезпечення дитині якісного життєвого циклу (добового, тижневого, місячного, річного), який не обмежує активність, сприяє розвитку, ранній соціалізації, інтеграції в найближче оточення з перших років життя;

— онтогенетичний підхід, що ґрунтується на врахуванні загальних закономірностей онтогенезу, передбачає співвіднесення рівня розвитку дитини з умовно-нормативними показниками конкретного віку і періоду (ранній, дошкільний, шкільний), визначення вихідної позиції для початку корекційно-педагогічної допомоги й розробки змісту індивідуальної програми розвитку дитини після її психолого-педагогічного обстеження;

— забезпечення принципу задоволення, стимулювання у дитини позитивних чуттєвих переживань, радості в умовах емоційного спілкування і сумісно-розподільної діяльності з оточуючими людьми;

— комплексний характер корекційної роботи на комунікативно-діяльнісній, полісенсорній основі з урахуванням структури порушення психофізичного розвитку дитини;

— системний аналіз фактів розвитку дитини в умовах взаємодії різних фахівців (корекційного/спеціального педагога, психолога, соціального педагога, музичного керівника, інструктора з фізичної культури і ЛФК, медичних працівників та ін.) з метою послідовного здійснення корекційно-педагогічної роботи на основі індивідуальної програми розвитку;

— створення розвивального соціального і предметно-просторового середовища, що забезпечує належну якість життя і не обмежує активність дитини у процесі оволодіння соціальними стосунками, пізнанні довкілля;

— врахування індивідуальних особливостей особистості та її освітніх потреб, розуміння труднощів дитини і своєчасне фіксування її досягнень, визначення зони її актуального (виконує сам) та найближчого розвитку (виконує за допомогою дорослого), здійснення корекційно-компенсаторної роботи з розвитку мислення, уваги, пам'яті, мовлення, сенсорної і моторної сфер тощо;

— педагогічний оптимізм і спрямована участь дорослого у спільній діяльності з дитиною та її батьками, позитивне бачення розвитку дитини і прогностичної оцінки змісту, послідовності та результатів корекційно-компенсаторної роботи, розширення контактів дитини з оточуючими людьми;

— дотримання педагогічної етики в процесі роботи з дитиною та сім'єю, відповідність педагога особистісним, спеціальним і професійним характеристикам.

У процесі роботи з дітьми використовуються такі методи навчання: **словесні** (пояснення, розповідь, бесіда, оцінка і планування діяльності дитини, інструкція тощо); **наочні** (показ, демонстрація, спостереження тощо), **практичні** (сумісні дії дорослого і дитини «рука в руку», сумісно-розподільні дії дорослого і дитини, дії за наслідуванням, зразком, словесною інструкцією, вправи, досліди, різні практичні дії). Пріоритетними є наочні та практичні методи навчання.

Формування самостійності в побуті є одним із найважливіших напрямів корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми, які мають множинні психофізичні порушення. Оволодіння способами самообслуговування дозволяє знизити залежність дитини від довкілля, сприяє зміцненню її впевненості у своїх силах, просуванню у психомоторному розвитку, створює передумови для навчання іншим видам діяльності.

У процесі організації корекційно-педагогічного процесу з формування самостійності у побуті слід враховувати такі принципи:

— комплексний життєво-практичний підхід як організований комплекс заходів, спрямований на формування життєво важливих умінь дітей у процесі активної предметно-практичної діяльності, та їх застосування в різних соціально-побутових ситуаціях;

— принцип природодоцільності передбачає орієнтування на внутрішній світ дитини, створення умов для її саморозвитку;

— принцип афективності (від *латин.* *affektus* — душевне хвилювання, пристрасть) передбачає формування побутової самостійності, предметно-практичної діяльності на позитивному емоційному фоні, який сприяє концентрації уваги дітей на дії, яка виконується;

— активізація всіх органів чуття — стимулювання сприймання дитини за можливості через усі аналізатори (зір, слух, смак, нюх, дотик);

— психодинамічне розвантаження — чергування фаз зосередженого психічного навантаження і вільної рухової активності;

— розмитість меж навчання на спеціально організованих заняттях і в повсякденній життєдіяльності (дитина навчається не тільки на спеціальних заняттях, а й під час своєї щоденної діяльності, а саме: роздягання, одягання, прийом їжі, гігієнічні процедури).

У процесі формування побутової самостійності, предметно-практичної діяльності передбачається надання різних видів педагогічної підтримки: сумісні дії (*давай зробимо разом*), дії за наслідуванням (*роби, як я*), за зразком (*запам'ятай і повтори*), за словесною інструкцією.

Діти з множинними психофізичними порушеннями характеризуються емоційною незрілістю, бідністю і недостатньою диференційованістю емоцій, неадекватністю і нестійкістю настрою. Проте, як свідчать дослідження, їхня емоційна сфера більш збережена, ніж інтелект. Цей факт визнається особливо значущим у плані опори на потенційні можливості дитини, оскільки, стимулюючи емоційну сферу, можна використовувати її як обхідний шлях дитячого розвитку в цілому. Аналіз наукових досліджень свідчить про те, що емоції і мислення тісно пов'язані між собою (Л.С. Виготський, С.Л. Рубінштейн), тому в процесі навчання й виховання цих дітей важливо дотримуватися гармонійної рівноваги в розвитку емоцій та інтелекту.

Значна увага в процесі організації корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, котрі мають множинні порушення, приділяється формуванню навичок спілкування. Оскільки розуміння зверненого мовлення у цих дітей утруднено, то до вербальних висловлювань висуваються певні вимоги, зокрема: всі висловлювання, інструкції вимовляти чітко, вживати фрази з двох-чотирьох слів, намагатися уникати розгорнутих конструкцій, між реченнями робити паузи, ключові слова (назви предметів, дій) повторювати декілька разів залежно від ситуації та можливостей дитини.

Психолого-педагогічний супровід дітей зі складними і множинними порушеннями передбачає використання засобів підтримуючої, альтернативної комунікації, яка на ранніх етапах розвитку допомагає їм



налагодити взаємозв'язок з навколишнім світом, сприяє задоволенню комунікативних потреб.

**Альтернативна комунікація** — це всі способи комунікації, які доповнюють або замінюють словесне мовлення і спрямовані на задоволення комунікативних потреб дітей і дорослих, мовлення яких дуже важко зрозуміти або у яких воно взагалі відсутнє. Метою альтернативної комунікації (AAC — *Augmentative and Alternative Communication* — калькований переклад з англійської — «альтернативна і додаткова комунікація») є покращення комунікативних можливостей вищеназваної категорії осіб. Вона передбачає оволодіння абсолютно іншою комунікативною системою, де особливого значення набувають невербальні комунікативні засоби (реальні предмети, їх частини і мініатюрні копії, фотографії, малюнки, піктограми, жести, рухи тіла, контакт очей та інші символи). Варіативність засобів альтернативної комунікації пояснюється неоднорідністю груп користувачів за віковим критерієм, рівнем розвитку комунікативної поведінки, збереженості рухової та сенсорної сфер, когнітивних передумов до оволодіння тими чи іншими символами. Дослідження свідчать про те, що систематичне застосування засобів альтернативної комунікації розширює функціональні можливості дітей у всіх сферах їхньої діяльності, стимулює формування і розвиток мовлення, мислення та інших психічних функцій.

Альтернативна комунікація використовується у процесі корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають:

- складні множинні порушення;
- порушення слуху (як засіб спілкування і навчання використовується жестова мова);
- рухові порушення (дитячий церебральний параліч), що створюють моторні труднощі (дизартрія, анартрія, апраксія);
- порушення інтелекту, що впливають на здатність засвоєння вербальних символів через недостатній розвиток пам'яті, уваги, абстрактного мислення;
- первазивні порушення (розлади аутистичного спектра), що обмежують здатність до сприймання зверненого мовлення і продукування власних висловлювань;
- специфічні органічні проблеми артикуляційних органів (при синдромі Дауна низький тонус артикуляційних м'язів заважає оволодівати вербальним мовленням);
- прогресуючі захворювання (наприклад, м'язова дистрофія, множинний склероз);

— набуті захворювання або травми (в результаті аварій та інсульту);

— тимчасові обмеження мовленнєвих можливостей (наприклад, через трахеотомію).

Серед дітей, які мають множинні порушення, є такі, що не рухаються і не розмовляють, тому основним напрямом корекційно-компенсаторної роботи з ними є розвиток їхньої сенсорної сфери.

**Сенсорна стимуляція** — активізація діяльності неушкоджених органів чуття, розвиток до певних меж функцій уражених сенсорних систем (слуху, зору), що забезпечують механізми компенсації і корекції особистісного розвитку дитини.

Сенсорна стимуляція спрямована на те, щоб розбудити дремаючі сенсорні системи за допомогою тілесно-орієнтованого навчання. Вона передбачає стимуляцію слухової і зорової чутливості, розвиток моторики пальців, кисті й усієї руки, стимуляцію дотикової чутливості та органів артикуляції, смакової та нюхової чутливості, розвиток вестибулярної, вібраційної та соматичної чутливості.

Основу сенсорної стимуляції складають предметно-практичні дії дитини, які допомагають їй «розбудити» і викликати потребу скуштувати, доторкнутись, понюхати тощо. Знижена сенсорна чутливість дитини із множинними порушеннями психофізичного розвитку вимагає постійної стимуляції для того, щоб вона набувала сенсорного досвіду й отримувала можливість використовувати його в повсякденному житті.

Реалізація реабілітаційного потенціалу дитини зі складними і множинними порушеннями залежить від змісту навчально-виховного процесу. Як свідчить практика, для осіб з такими порушеннями найбільше значення мають трудове навчання (включаючи побутову працю та домогосподарство), професійно-трудове навчання і соціально-побутове орієнтування. Саме це забезпечує в майбутньому відносно самостійний побут і працю дорослих осіб з інвалідністю зі складними і множинними порушеннями.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Назвіть основні можливі поєднання порушень розвитку.
2. Назвіть основні причини сліпоглухоти.
3. У чому полягають особливості розвитку і навчання дітей зі складними порушеннями?
4. Охарактеризуйте психологічні особливості сліпоглухих дітей.

5. *Охарактеризуйте психологічні особливості дітей з поєднанням сенсорного й інтелектуального порушення.*
6. *Визначте основні напрями корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають тяжкі множинні порушення психофізичного розвитку.*

## ДЖЕРЕЛА

1. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
2. Коррекционно-педагогическая работа в домах-интернатах для детей с умственным и физическим недоразвитием : учеб.-метод. пособ. для педагогов / И.К. Боровская, М.В. Былино, Е.М. Калинина и др.; под ред. Т.В. Лисовской. — 2-е изд. — Минск : Четыре четверти, 2010. — 392 с.
3. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
4. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. — М. : Педагогика, 1989. — 104 с.
5. Мещеряков А.И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами / А.И. Мещеряков // Дефектология. — 1973. — № 3.
6. Питання дефектології : Респуб. наук.-метод. зб. — К. : Рад. шк., 1980. — Вип. 13. — 112 с.
7. Питання дефектології : Респуб. наук.-метод. зб. — К. : Рад. шк., 1982. — Вип. 14. — 104 с.
8. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями слуху та інтелекту / за ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. — К. : ТОВ «Поліпром», 2007. — 171 с.
9. Синьов В.М. Основи дефектології: навч. посіб. / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища шк., 1994. — 143 с.
10. Специальная педагогика : учеб. пособ. / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; под ред. Н.М. Назаровой. — 2-е изд. — М. : Акдемия, 2001. — 400 с.
11. Чеботарьова О. Методичні основи трудового навчання розумово відсталих школярів із дитячим церебральним паралічем / О. Чеботарьова // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 2(78). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2016. — С. 34–43.

## РОЗДІЛ XI

# ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ІНШІ ПРОБЛЕМИ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, ЯКІ МОЖУТЬ СПРИЧИНЯТИ ОСОБЛИВІ НАВЧАЛЬНІ ПОТРЕБИ

*Основні поняття: психопатія, органічна психопатія, конституційна психопатія, шизоїдна психопатія, істерична психопатія, егоцентризм, невротичні реакції, загальна депресія, психомоторне збудження, мутизм, сурдомутизм, енурез, логофобія, неврастенія, фобія, ревматизм, поліомієліт, нейроінфекції, нейрон, тропізм, менінгіт, енцефаліт, аутоімунний процес, мікроенцефаліти, арахноїдити.*

### 11.1. Захворювання нервової системи

У центральній і периферичній нервовій системі можуть виникати різні патологічні процеси, серед яких розрізняють запальні, зумовлені бактеріями або вірусами. Інфекційні ураження нервової системи об'єднують під назвою **нейроінфекції**. Вибірковість ураження мозку при нейроінфекціях зумовлена так званим нейрон-тропізмом інфекційно-токсичних агентів. Термін «нейрон-тропізм» означає спорідненість інфекційного збудника з нервовою клітиною. Нейрон-тропізм вірусів визначається подібністю будови РНК вірусу і нервової клітини. Це дає можливість проникнути вірусу в клітини, що призводить до порушення внутрішньоклітинного обміну або загибелі нейрона. У розвитку інфекційних захворювань важливу роль відіграє зміна проникності стінки судин, стан оболонки головного і спинного мозку, особливості імунно-біологічних захисних властивостей організму.

Унаслідок порушення циркуляції крові й спинномозкової рідини спостерігаються зміни обміну речовин у тканинах мозку і виникає набряк. З розвитком набряку з'являються загально мозкові симптоми, які випереджають виникнення оперукованих симптомів порушення мозку. До симптомів відносять: головний біль, запаморочення, блювоту, судоми, втрату притомності.

Перебіг інфекційної хвороби нервової системи може бути миттєвим і призвести до смерті в перші години захворювання. Здебільшого у протіканні інфекційних захворювань виділяють гострий період відновлення порушених функцій і резидуальний період, тобто період наслідків. Іноді хвороба може мати затяжний або хронічний перебіг. Процес нейроінфекційного процесу пов'язаний з імунологічними змінами у нервовій системі, які розвиваються під час гострої стадії захворювання. Ці зміни пов'язані з утворенням алергій.

Інфекційні хвороби нервової системи призводять до стійких порушень слуху, зору, мовлення, інтелекту.

**Менінгіт** (від *грец.* *meninx* — мозкова оболонка) — запалення мозкових оболонок головного і спинного мозку. Причиною захворювання є проникнення бактерій, вірусів, найпростіших. Розрізняють первинні та вторинні менінгіти. Під час первинного менінгіту запалення мозкових оболонок не викликає захворювання інших органів. Вторинні менінгіти виникають як ускладнення інших хвороб. До таких захворювань відносять запалення порожнини середнього вуха, гнійні процеси на обличчі та голові, черепно-мозкові травми, туберкульоз, епідемічний паротит тощо.

Головний біль, зумовлений токсичним і механічним подразненням рецепторів мозкових оболонок, може супроводжуватись блювотою, яка виникає раптово.

Хворому неприємні дотикові подразнення, зорові та слухові дії. В основі загальної гіперестезії лежить механічне подразнення чутливих корінців спинних і черепних нервів.

Характерна поза хворого на менінгіт: голова закинута назад, тулуб витягнутий, живіт втягнутий, руки зігнуті, притиснуті до грудей, ноги підтягнуті до живота. Таке положення хворого є наслідком рефлекторного тонічного напруження м'язів (*рис. 11.1*).

Найбільш постійна і обов'язкова ознака менінгіту — запальні зміни у спинномозковій рідині, що характеризуються зростанням кількості відповідних клітин і вираженим збільшенням білка.

Залежно від характеру запального процесу і змін у спинномозковій рідині менінгіти поділяють на гнійні та серозні.

**Гнійні менінгіти** спричиняють бактерії: менінгококи, пневмококи, стафілококи, стрептококи, кишкова паличка, протей тощо. При такій формі мозкові оболонки просякнуті серозно-гнійним вмістом. Запалення може розповсюджуватися на оболонки і спинних, і черепно-мозкових нервів, внутрішню оболонку мозку.

Менінгіальний синдром при гнійних менінгітах розвивається на фоні виражених ознак інтоксикації, тобто отруєння продуктами життєдіяльності бактерій. Це, зокрема, часте дихання і серцебиття, відсутність апетиту, ціаноз носо-губного трикутника, кволість хворих.

Вторинні форми гнійних менінгітів супроводжуються такими ознаками: дихальною недостатністю, спричиненою пневмококами; тяжкою діареєю (пронос) і ексікозом (обезводнення) при зараженні кишковою паличкою. Можуть виникати шкірні висипи, які є наслідком токсичного парезу дрібних судин шкіри та їх бактеріальній емболії.

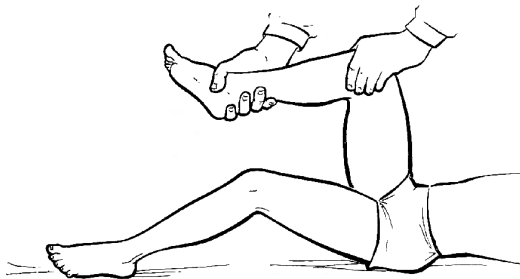
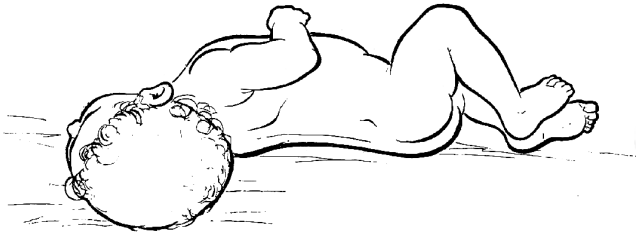


Рис. 11.1. Менінгіальні симптоми:

- а) поза хворого менінгітом; б) напруження м'язів потилиці й верхній симптом Брудзинського; в) симптом Керніга і нижній симптом Брудзинського

У крові хворих спостерігається збільшення лейкоцитів (до 30 тисяч і більше), підвищення швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ), кількість клітин нейтрофілів — до 70–100 %.

Після гнійного менінгіту у хворих дітей може спостерігатися збудливість і нестабільність нервової системи, порушення концентрації уваги. При неправильному лікуванні може розвинутися **гідроцефалія** (від *грец.* hydros — вода, kephale — голова) — водянка мозку, надмірність спинномозкової рідини у порожнині черепа. Близько 20 % дітей, які перенесли гнійний менінгіт, мають осередкове ураження нервової системи: епілептик-формні судоми, косоокість, парези лицьового нерва, глухоту, вегетативно-обмінні розлади, порушення рухів, затримку психічного розвитку.

**Серозні менінгіти** спричиняються вірусами, які характеризуються підвищенням внутрішньочерепного тиску, блювотою, головним болем, збудженням.

У дитини, яка перенесла менінгіт, заняття не повинні бути тривало одноманітними, необхідно чергувати розумову та фізичну діяльність.

**Енцефаліти** (від *грец.* enkephalos — головний мозок) — запалення головного мозку. Під цією назвою об'єднують групу захворювань, які спричиняють різні збудники. У розвитку цих хвороб важливу роль відіграє зміна імунологічної реактивності організму. Енцефаліти поділяють на первинні та вторинні.

**Первинні енцефаліти** спричиняються нейротропними вірусами, які безпосередньо проникають у нервову систему й руйнують її. До таких енцефалітів належать: епідемічний, кліщовий, комариний, а також енцефаліти, спричинені проникненням вірусів поліомієліту, простого герпесу. Ці форми патологій трапляються у дітей раннього віку.

**Вторинний енцефаліт** є ускладненням таких інфекційних захворювань як кір, вітряна віспа, токсоплазмоз і може розвиватися після профілактичних щеплень.

При всіх формах енцефаліту в гострому періоді настають запальні зміни мозку. Вони проявляються у вигляді набряку, підвищення кровонаповнення судин, дрібних крововиливів, руйнування нервових клітин.

У змінених тканинах мозку формуються стійкі порушення у вигляді розростання елементів сполучної тканини, утворення порожнин, рубців кіст (*кіста* — загальна порожнина, обмежена оболонкою і заповнена рідиною).

Залежно від ураження клітин або нервів головного мозку енцефаліти поділяються на поліенцефаліти (*поліо* — сірий, тобто ураження

клітин головного мозку); лейкоенцефаліти (*лейко* — білий, тобто ураження нервових волокон).

Прикладом поліенцефаліту є гострий епідемічний енцефаліт і енцефалітна форма поліомієліту. Більшість форм енцефаліту протікає з одночасним ураженням як клітин, так і провідних шляхів головного мозку, тому їх називають паненцефалітами. До первинних вірусних паненцефалітів належать кліщовий, комариний та інші форми.

Перебіг хвороби у дітей протікає особливо тяжко. Якщо дитина перед цим перехворіла, то на фоні перенесених захворювань (грип, кір, вітряна віспа тощо) у неї різко погіршується стан, піднімається температура, розвиваються загально-мозкові та осередкові ураження головного мозку.

До загально-мозкових симптомів належать: головний біль, запаморочення, блювота, судоми, втрата притомності — від легкої форми до коми.

Коматозний стан характеризується тяжкими розладами функції мозку: хворий непритомніє, не реагує на оточення, порушується регуляція життєво важливих функцій (дихання, кровообігу), не реагує на світло, загальмовані сухожилкові рефлeksi. Інколи спостерігається психомоторне збудження, галюцинації, марення.

Епідемічний енцефаліт уражає утворення, які розміщені біля шлуночків мозку (ретиккулярна формація, ядра очно-рухових нервів, вегетативні центри). Клінічно це проявляється підвищеною сонливістю або безсонням, двоїнням у очах. Вегетативні порушення характеризуються розладами частоти і ритму дихання, серцебиттям, коливанням артеріального тиску, підвищенням температури, нецукровим сечовиділенням, спрагою та іншими симптомами.

При кліщовому енцефаліті уражуються нервові клітини варолієвого мосту, довгастого і переднього, а також рухові нейрони передніх рогів спинного мозку. Ознаками цього захворювання є поникла голова, судоми рук і плечового поясу. При ураженні довгастого мозку спостерігається порушення ковтання, гугнявий відтінок голосу або повна безголосість, судоми м'язів язика, розлади дихання і серцевої діяльності. Ці зміни є однією з причин смерті при стовбуровій формі енцефаліту.

При енцефаліті, який розвивається як ускладнення після вітряної віспи, мають місце характерні мозочкові та вестибулярні розлади, які рідко спостерігаються при інших енцефалітах. Унаслідок порушення координації діти не можуть самостійно їсти, одягатися, ходити і сидіти.



Проте при більшості енцефалітів вираженої вибірковості ураження окремих структур мозку немає. Спостерігаються парези і судоми, розлади координації, порушення чутливості, гіперкінези, вегетативні розлади, порушення мовлення та інших коркових функцій.

У перебігу захворювання виділяють кілька стадій: гостру, відновлення і резидуальну, тобто період стійких післядій. Тривалість гострої і відновної стадії при енцефалітах залежить від патогенних властивостей збудника, захисних сил організму і віку хворого. Тривалість гострого періоду від 10–15 днів до кількох місяців.

При деяких енцефалітах спостерігається хронічний період захворювання. Його розвиток зумовлений зміною імунореактивних процесів у тканинах головного мозку, внаслідок яких загиблі клітини стають чужорідними — розвивається аутоімунний процес.

Клінічні симптоми хронічної стадії енцефаліту з'являються в кінці гострого періоду або через кілька місяців і навіть років. При кліщовому енцефаліті симптоми хронічного періоду мають назву «Кожевникова епілепсія». Вона характеризується мимовільним скорочення м'язів обличчя, шиї, плечового поясу. Скорочення через деякий час поширюється по всьому організму, що призводить до судом із втратою приємності.

При епідемічному енцефаліті хронічний період характеризується поступовим розвитком синдрому паркінсонізму. Рухи у таких хворих стають повільними, вони ходять дрібними кроками, мовлення повільне, голос монотонний, часто спостерігається тремтіння рук і голови. Порушується пам'ять і мислення.

Якщо дитина перенесла захворювання в ранньому віці, то можуть виникати відхилення у процесі розвитку ЦНС. Порушення росту і диференціації клітин кори головного мозку призводить до формування вторинної мікроцефалії. Руйнування нервових клітин може бути причиною затримки психічного і моторного розвитку. Діти пасивні, формування мовлення затримується. Порушується також розвиток інших вищих кіркових функцій — пам'яті, уваги, мислення. Якщо до моменту захворювання нервова система уже сформувалась, то наслідки перенесеного енцефаліту значною мірою залежать від того, які структури мозку і наскільки сильно були уражені у гострому періоді хвороби. До найбільш частих наслідків належать паралічі та парези кінцівок, а також симптоми ураження стовбура мозку у вигляді порушення функції черепно-мозкових нервів (косоокість, ністагм, запаморочення, парези м'язів обличчя, м'якого піднебіння, гортані, голосових зв'язок і язика).

Ендокринно-обмінні порушення можуть проявлятися у відставанні в рості, ожирінні, виснаженні, цукровому діабеті, порушенні трофіки нігтів, волосся та ін.

Наслідком перенесення енцефаліту є синдром судом. Судоми, які часто повторюються, призводять до порушення інтелекту. У хворих знижується пам'ять, увага, здатність до навчання. Такі діти стають роздратованими, агресивними.

Після перенесення енцефаліту рідко спостерігається порушення слуху і зору. Порушення вищих коркових функцій пов'язані не лише з локальним ураженням мозку, але і з пошкодженням цілісної аналітико-синтетичної кори, що призводить до розладу мовлення, письма, читання, рахунку, емоційно-вольових порушень. Наслідки перенесення енцефаліту проявляються у нестійкому настрої, неадекватній поведінці, агресії, що є причиною конфліктних ситуацій у сім'ї і школі. Може спостерігатись зниження інтелекту.

**Лейкоенцефаліти** — ураження головного мозку, при якому страждає біла речовина мозку або провідні шляхи. Захворювання розвивається внаслідок проникнення вірусу кору, сказу, лишаю. Збудники потрапляють у нервову систему і спричиняють алергічну реакцію, яка призводить до розпаду мієліну в білій речовині, утворюється сполучна тканина, яка найбільш локалізована в корі. Найхарактерніша локалізація патологічного процесу у білій речовині великих півкуль. Тому в клінічній картині домінує типове для хворих порушення психіки. Спостерігається апатія, збудженість, ослаблення пам'яті, порушення логічного мислення. До числа характерних змін належать прогресуючі зниження зору і слуху. Пізніше розвиваються парези і паралічі. Постійним симптомом лейкоенцефалітів є судоми. Можуть утворюватись дизартрії, розлад координації рухів і ковтання. На пізніх стадіях — зниження температури. Такі діти живуть від 2 місяців до 2 років. Медико-педагогічна корекція проходить зі значними труднощами, оскільки відбувається розпад особистості.

**Арахноїдити** — запалення павутинної оболонки головного або спинного мозку, що виникає як ускладнення після різних інфекційних захворювань (кір, скарлатина, паротит, отит). Симптоми проявляються або гостро, або поступово, нагадує менінгіт: висока температура, блювота. Якщо запалення відбувається там, де розташований мозочок і міст головного мозку, то збільшується внутрішньочерепний тиск, виникає блювота. Якщо арахноїдити розповсюджуються на основу мозку, то може спостерігатись косоокість, ністагм, асиметрія м'язів обличчя

й інші симптоми. У пізній стадії уражається трійчастий, лицевий, під'язиковий нерви. Порушується координація рухів. При ураженні слухового нерва спостерігається глухота. Локалізація запалення в межах зорових нервів характеризується порушенням зорових функцій: змушується поле зору, порушується сприймання кольорів, може спостерігатись сліпота. Спостерігається також порушення сну, водно-сольового обміну.

Локалізація патологічного процесу в павутинній оболонці характеризується судомами, хворі втрачають чутливість. Медико-педагогічна корекція залежить від наявності порушення. Арахноідит основи мозку і задньочерепної ямки може призвести до ураження черепно-мозкових нервів (під'язикового, язикоглоткового, блукаючого) з розвитком бульбарного синдрому.

**Поліомієліт** (від *грец.* polios — сірий, mielos — мозок) — гостре інфекційне захворювання нервової системи. Викликається вірусом поліомієліту. Зараження відбувається через їжу або повітряно-краплинним шляхом. Потрапляючи в організм, вірус розмножується у кишечнику та носоглотці, потім потрапляє у кров і розноситься по всьому організму.

Якщо захисні властивості організму ослаблені, вірус потрапляє у ЦНС і вибірково вражає рухові нейрони спинного і головного мозку або оболонки мозку.

Найчастіше уражується шийне і поперекове сплетіння спинного мозку, рідше — рухові клітини моста мозку, довгастого мозку і кори великих півкуль головного мозку.

Перші симптоми хвороби мають загальноінфекційний характер: підвищується температура, виникає кашель, нежить, біль у горлі, блювота, біль у животі, проноси. При достатньому захисті через 3–7 днів настає одужання. Ця форма захворювання називається *абортивною* (стертою).

В інших випадках (після 2–5 днів) на фоні відносного покращення з'являються ознаки ураження нервової системи, що характеризується підвищенням температури.

Залежно від локалізації патологічного процесу і реактивності організму виділяють кілька клінічних форм ураження нервової системи.

**Менінгіальна форма** поліомієліту характеризується клінічними проявами серозного менінгіту: з'являється головний біль, блювота, підвищена чутливість до світлових, слухових подразників, неприємні відчуття при дотику на шкірі. Ця форма, так як і абортивна, належить до непаралітичних варіантів хвороби.

**Паралітична форма** є найбільш тяжкою. Після періоду загально-інфекційних симптомів з'являються больові спазми м'язів, біль у спині, пітливість. Біль у хребті призводить до нерухомості дитини. Вона стає млявою, сонливою. Паралічі з'являються після високої температури і мають кволий характер. Вегетотрофічні порушення призводять до атрофії пошкоджених м'язів. Залежно від локалізації ураження розрізняють спинальну, бульбарну і енцефалітну форми поліомієліту.

**Спинальна форма** характеризується парезами і паралічами рук, ніг, дихальних м'язів. Інколи можуть спостерігатись розлади дефекації і сечовипускання.

Особливу небезпеку для життя являють ураження шийно-грудного відділу спинного мозку, при яких спостерігаються розлади дихання внаслідок паралічу діафрагми і міжреберних м'язів.

Недостатня вентиляція легень призводить до розвитку пневмоній. У тяжких випадках може бути зупинка дихання.

**Бульбарна форма** поліомієліту характеризується розладами життєво важливих функцій унаслідок ураження ядер довгастого мозку і розвитком бульбарного синдрому. При цьому голос стає гугнявим. Рідка їжа потрапляє в носоглотку і виливається через ніс. З'являються порушення дихання, що зумовлені ураженням дихального центру. Дихальні розлади супроводжуються слинотечею і виділенням бронхіального слизу.

**Енцефалітна форма** поліомієліту проявляється симптомами локального ураження головного мозку. Розвиваються центральні парези, локальні судомні напади, гіперкінези.

**Мостова форма** поліомієліту характеризується раптовим розвитком паралічу м'язів обличчя внаслідок одностороннього або двостороннього ураження ядер лицевого нерва. При цьому у хворого спостерігається асиметрія обличчя, погано запліщуються очі, їжа випадає з рота.

Паралітична стадія хвороби продовжується від кількох днів до двох тижнів і переходить у *стадію відновлення*. Вона продовжується 1–2 роки. Спочатку відновлюються м'язи.

*Резидуальна стадія* характеризується стійкими паралічами окремих груп м'язів, розвитком вторинних деформацій тулуба і суглобів. Покращення рухових функцій у цей період можливе за рахунок компенсації руху кінцівок збереженої мускулатури.

Діти, які перенесли тяжкі форми паралітичного поліомієліту, навчаються за програмою масової школи, оскільки інтелект у них збережений.

## 11.2. Психопатичні форми поведінки

Порушення розвитку дітей можуть бути обумовлені різними формами психопатій.

**Психопатією** (від *грец.* *psyche* — душа, *pathos* — хвороба) називають патологію психічної діяльності, що характеризується дисгармонією в емоційно-вольовій сфері та у сфері почуттів і проявляється у невірноваженості поведінки, поганій пристосованості до змін докільця, невмінні підкорятися вимогам оточення.

Не кожне порушення поведінки чи характерологічне відхилення в розвитку дитини має відношення до психопатії. Про неї йдеться лише в тих випадках, коли порушення у характері та поведінці зумовлені спадковими факторами або органічними ураженнями підкіркових мозкових систем унаслідок шкідливих чинників на мозок під час внутрішньоутробного періоду або на ранніх етапах розвитку дитини.

Зовнішніми факторами, які викликають психопатії, можуть бути мозкові інфекції, алкоголізм батьків, токсоплазмоз, тяжкі соматичні порушення. При цьому біологічні фактори, що зачіпають матеріальну основу психіки — мозок, слід розглядати лише як вихідні моменти, які спричиняють психопатичний розвиток дитини. Вирішальну роль у виникненні та прояві типових рис психопатій відіграють соціальні фактори.

Основні ознаки психопатичного розвитку належать до емоційно-вольової сфери дитини і є виявами дисгармонійного розвитку окремих психічних функцій. Це проявляється по-різному (образливість, прихильність до якоїсь однієї людини, замкнутість, егоїстичність).

Характерними рисами психопатичного розвитку є слабка воля, невміння стримувати себе, імпульсивність реакцій, грубість, спалахи агресії. При цьому знижується працездатність, невміння зосередитись.

При **органічній психопатії**, в основі якої лежить органічне ураження підкіркових мозкових систем, недорозвиток особистості, порушення емоційно-вольової сфери, які проявляються у порушеннях характеру та поведінки, даються взнаки найвиразніше.

При цьому первинно виникають такі ознаки порушеного розвитку, як схильність до афективних вибухів, роздратованість, упертість, нестійкість та поверховість емоцій, примітивність потягів та їх розгальмованість, невміння підкорити поведінку та діяльність вимогам ситуації. Якщо своєчасно не докласти зусиль, спрямованих на корекцію розвитку таких дітей, на початку шкільного віку зазначені недоліки за-

кріпляються, перетворившись на стійкі характерологічні утворення, які, у свою чергу, утруднюватимуть нормальне навчання та виховання дитини у школі, призводячи до ряду вторинних відхилень розвитку — порушення навчально-пізнавальної діяльності при первинно збереженому інтелекті, несприятливо ушкодженій позиції в дитячому колективі, неправильного ставлення до дорослих.

Корекційна робота з такими дітьми передбачає виховання цілеспрямованості та плановірності діяльності, формування гальмівних реакцій, розвиток інтелектуальних інтересів, навчання правильної самооцінки власної поведінки та діяльності.

Окрім органічної психопатії, трапляються випадки так званої **конституційної психопатії**, при якій психопатичні стани у дітей зумовлені патологічною спадковістю. Наприклад, якщо хтось із батьків хворий на епілепсію, у дітей можуть проявлятися риси **епілоплоїдної психопатії**. У таких дітей при первинно збереженому інтелекті та відсутності типових ознак епілептичного захворювання проявляються своєрідні особливості поведінки та характеру — тривала підвищена роздратованість, погане переключення з однієї ситуації чи дії на іншу, запальність, злостивість, агресивність щодо інших дітей, зосередженість на власних переживаннях, **егоцентризм** (від латин. ego — я і центр) — негативна риса характеру, що полягає в крайньому егоїзмі, індивідуалізмі.

У сім'ях, де були хворі на шизофренію, можуть народжуватися діти з **шизоїдною психопатією**, своєрідність поведінки проявляється в одних випадках у пасивності, млявості, у других — у розумовому занепокоєнні, у третіх — у надмірній вразливості. Загальними ознаками при шизоїдних рисах характеру є знижена потреба у спілкуванні, уникнення контактів з іншими членами дитячого колективу, замкненість у колі своїх інтересів. Може проявитися схильність до абстрактних розмірковувань. У ряді випадків має місце своєрідність моторної сфери — рухова неспритність, а також погана пристосованість до виконання практичної діяльності.

Корекційна робота з такими дітьми передбачає різноманітні засоби розвитку моторики, практичних дій, залучення до колективних форм діяльності, розширення кола їх інтересів, активізацію позиції особистості, допомогу у встановленні міжособистісних контактів.

Труднощі з поведінкою мають місце також у дітей з психопатією з істеричними рисами характеру (**діти з демонстративно-істеричною психопатією**). Найхарактернішою рисою їхньої поведінки є егоцентризм — намагання за будь-яку ціну бути в центрі уваги, виставити

свою особу на перший план. Цим дітям властиві нестійкість настрою, підвищена навіюваність, зниження наполегливості та цілеспрямованості.

Корекційна робота в цих випадках базується на збережених стонах особистості дитини — нормальному інтелекті, наявності тих чи інших здібностей, для виявлення яких треба створювати дитині спеціальні умови, прагненні до самоствердження. Використовуючи такі методи, можна дати певний позитивний вихід егоцентричним установкам таких дітей і на цій основі коригувати їхню поведінку та характер. Багато уваги приділяють вихованню цілеспрямованої діяльності, формуванню у дітей почуття обов'язку, відповідальності, вміння враховувати та поважати інтереси інших, підкорятися вимогам колективу, вміння стримувати свої емоції, передбачати напади істерії та запобігати їм.

Психолого-педагогічна реабілітація осіб із психічними розладами здійснюється на базі динамічного функціонального зв'язку між збереженими елементами особистості та медико-педагогічним впливом.

Форми й засоби впливу зумовлюються характером психічних змін та ступенем вираженості патологічних проявів.

Необхідно мати на увазі основні індивідуальні особливості, структуру особистості, патологічні зміни у дитини з психічними розладами:

- основні патологічні зміни хворої дитини;
- основні розлади психіки у дитини, що підлягають виправленню;
- на яких позитивних сторонах особистості та залишкових можливостях можливо будувати корекційний вплив;
- які стимулюючі фактори — психологічні й виховні засоби — можуть бути найрезультативнішими у процесі спілкування з особливою дитиною;
- динамічне простеження стану психічних процесів у ході психолого-педагогічної реабілітації;
- необхідність у тривалому проведенні вправ не тільки стосовно порушених функцій, а й усієї особистості.

Будуючи корекційно-виховну роботу з такими дітьми, необхідно враховувати такі фактори:

а) включення дитини в навчальні й педагогічні загальні заняття відбувається повільно, пристосування дітей до того чи іншого виду діяльності вимагає тривалого часу;

б) навчальні заняття проводяться у двох напрямках: з одного боку, вони здійснюються як форма здобуття знань, з другого, сам навчаль-

ний процес і навчальні форми спрямовують, розвивають, коригують процеси мислення, уваги, координують поведінку;

в) робота з виправлення порушень індивідуалізована для кожної дитини та кожної групи захворювання.

Більшої уваги, довготривалої корекції патологічних стереотипів вимагають діти з порушеннями, пов'язаними із соціальною адаптацією (агресія, реакція протесту, негативне ставлення до навчання), діти з порушеними трудовими навичками. Щодо таких дітей слід проявляти гнучкість, пластичність.

Для адаптації та корекції дітей з ускладненими психопатологічними варіантами розвитку при побудові педагогами корекційної роботи рекомендовано:

- 1) чітке, неухильне дотримання режиму дня (при порушенні режиму дитині необхідно пояснити хибність її поведінки, а не карати її);
- 2) вибирати дитині корисну та цікаву справу, пам'ятаючи, що дитина втомлюється більше від неробства, ніж від роботи;
- 3) залучати дитину до цікавих ігрових заходів;
- 4) якщо дитина має схильність до ламання речей, необхідно разом із нею лагодити поламані речі, іграшки, привчати її виготовляти іграшки, предмети своїми руками;
- 5) дотримуватись порядку та чистоти в оточенні дитини;
- 6) підібрати дитині надійного старшого друга;
- 7) не зважати на психічні та фізичні порушення, всіх дітей необхідно залучати до фізичних вправ та спортивних змагань.

Кінцева мета корекційної роботи — подолання соціальної дезадаптації, стресів, неврозів, високого ступеня тривожності дитини з особливими потребами.

### **11.3. Реактивні стани та конфліктні переживання у дітей**

Відхилення у розвитку дітей, особливо шкільна неуспішність, негативні зміни у поведінці, можуть бути пов'язані з важкими психічними переживаннями дітей. Тут багато залежить від вагомості та гостроти тієї ситуації, яка може спричинити вплив, що травмує психіку дитини, тривалості такого впливу, загального стану дитини, її віку, індивідуальних особливостей.

Хвороблива дія психічної травми визначається віком дитини та індивідуальними особливостями нервової системи. Чим менший вік



дитини, тим меншою буде психічна травма, яка може спричинити зрив нервової діяльності.

Особливо гостро реагують на несприятливі ситуації діти, які перенесли захворювання, що послабили нервову систему, діти зі слабким типом нервової системи тощо.

Якщо несприятливі ситуації, які важко переживає дитина, викликають у неї тимчасові нервово-психічні розлади, що не пов'язані з органічними або функціональними порушеннями ЦНС, то такі розлади визначаються як **реактивні стани**.

Ці стани виникають як **невротичні реакції** (від латин. *re* — проти, *actio* — дія) на надсильні для психіки подразники та виявляються по-різному: у вигляді **загальної депресії** (від латин. *depressio* — придушення, пригноблення) — пригніченого стану, при якому все уявляється в похмурих кольорах; у психомоторному збудженні, коли дитина стає розгальмованою, метушливою, робить безцільні рухи, здійснює невмотивовані вчинки; у розладах свідомості за типом сутінкових станів, що проявляється у раптовому, несподіваному більш або менш тривалому запамороченні свідомості та веде до порушення орієнтування в оточенні, здійсненні дій та вчинків, яких дитина не усвідомлює й згодом не може про них згадати.

При реактивних станах у дитини можуть виникнути безпідставні страхи, тривожність, іноді елементи примарного ставлення до дійсності, висловлювання, що не відповідають реальності та непіддатні корекції, тимчасові випадіння тих або інших функцій: **глухота, мутизм** (від латин. *mutus* — німий) — припинення мовленнєвого спілкування (мовчання) як невротична реакція на той чи інший подразник, занадто сильний для ослаблених кіркових клітин. З реактивними станами пов'язане також виникнення заїкання.

Реактивні стани можуть бути спричинені різними обставинами. До причин, що травмують психіку дитини, належать **енурез** (нетримання сечі), який виникає у фізично ослаблених та нервових дітей внаслідок потрясіння, переляку, тривалої психічної напруженості або соматичного захворювання, що виснажує організм.

Інші порушення — фізичні (косоокість, кульгавість, горбатість тощо) або нервові (заїкання, тики) — також можуть вкрай негативно відбитися на характері та поведінці дитини, особливо при неправильному, нетактовному ставленні з боку оточення. У дітей виникають різні небажані реакції, небажання спілкуватись та ходити до школи, роздратованість, упертість.

Невротичні реакції, зокрема на відчуття та суб'єктивне переживання власної неповноцінності, сприяють виникненню у деяких дітей, а особливо у підлітків, **аутистичних** (від. *грец.* autos — сам) нахилів, тобто такого хворобливого стану психіки, при якому людина зосереджується на власних переживаннях, «входить у себе», втікає від реального оточення. Досить частими невротозами є мовленнєві невротози, або **логоневротози**, — **заїкання**, **мутизм**, **сурдомутизм** (від *латин.* surditas — глухота; mutismus — мовчання) — функціональні порушення слуху та мовлення. Причинами *невротичного заїкання* можуть бути різноманітні травми (переляк, поміщення дитини в лікарню тощо). Умовами, що призводять до заїкання, можуть бути: вроджені особливості нервово-психічного розвитку, ослаблення організму внаслідок різних захворювань, помилки виховання, особливо переобтяження дитини мовленнєвою інформацією в поєднанні з відсутністю уваги до її особистого мовлення тощо. Важливе місце у виникненні невротичного заїкання належить фактору наслідування. У цих випадках заїкання легко закріплюється за типом негативного умовного рефлексу.

Характерною ознакою невротичного заїкання є **логофобія** — страх мовлення. Невротичне заїкання супроводжується й іншими проявами у вигляді підвищеної збудливості, порушення сну, нічного нетримання сечі тощо.

До невротичних форм мовленнєвих розладів відносяться мутизм і сурдомутизм.

**Мутизм** (німота) може виникнути після тяжкої психічної травми. У таких випадках німота супроводжується іншими невротичними розладами. Таке ж походження може мати і **сурдомутизм** (глухонімота).

Мутизм спостерігається у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку. У дівчаток мутизм виникає у 2 рази частіше, ніж у хлопчиків. Факторами, які призводять до появи мутизму, є органічне ураження ЦНС, особливості особистості дитини. Мутизм може бути однією із ознак психічних захворювань (наприклад, дитяча шизофренія). Мутизм може бути також проявом істеричних реакцій.

Порушення психічного розвитку у дітей можуть бути пов'язані також із внутрішніми тяжкими конфліктними переживаннями, коли у свідомості дитини виникає і гостро відчувається суперечливе ставлення до близьких людей або до ситуацій, що мають для неї велике особисте значення.

У ряді випадків конфліктне переживання не тільки відчутно позначається на характерологічних якостях дитини та її поведінці, ви-

кликаючи двоїстість, суперечливість, грубість, замкненість, негативізм, роздратованість, підозрлість, а й може гальмувати розумовий розвиток.

Виникнення тяжких конфліктних переживань у дітей найчастіше пов'язане з несприятливою атмосферою в сім'ї.

Конфліктні переживання дітей можуть бути зумовлені й травмуючими ситуаціями, що виникають у школі.

На виникнення та якісні характеристики конфліктних переживань впливають індивідуальні особливості психічного розвитку дитини (її вразливість, коло інтересів, система ціннісних орієнтацій, стан нервової системи), умови її виховання в сім'ї та дитячих установах, стосунки з іншими дітьми та дорослими.

Унаслідок перенапруження нервової системи, у зв'язку з розумовим і фізичним навантаженням у дітей може виникати **неврастенія** (від *грец.* neuron — нерв; aisthesis — відчуття). Часто неврастенія спостерігається у дітей, які протягом довгого часу знаходяться у ситуації, яка призводить до травм психіки (розлади у сім'ї, неуспішність у школі тощо), а також у дітей, які мають слабкий тип нервової системи або перенесли інфекційні захворювання.

Проявляється неврастенія у формі зміни настрою, підвищеної збудливості, роздратованості, плаксивості, втомлюваності. Працездатність дитини знижується, швидко настає втома; з'являється головний біль, сонливість, пасивність. У деяких дітей можуть спостерігатися окремі симптоми неврастенії: головний біль, розлади сну і апетиту, зниження працездатності.

Досить часто у дітей спостерігається невроз страху. Інколи внаслідок неправильного виховання (залякування дітей) або психічної травми страхи набувають стійкого характеру. При цьому у дитини змінюється поведінка. Дитина починає боятися темряви, не може одна знаходитися у приміщенні, боїться нових людей. У маленьких дітей спостерігається страх уночі.

Перебіг неврозу страху відрізняється динамічністю симптомів, характеризується повтором, може мати затяжний характер. У цьому випадку говорять про нав'язливий стан **фобії** (від *грец.* phobos — страх).

Корекційна робота, спрямована на виведення дитини з конфліктної ситуації та подолання недоліків її поведінки та характеру, що були нею зумовлені, передбачає глибоке вивчення справжніх причин відхилень у поведінці, встановлення з дитиною тісного емоційного контакту, усунення чи максимальне послаблення дії факторів, що травмують пси-

хіку, залучення дитини до дитячого колективу, цікавої діяльності, яка сприяла б розширенню та збагаченню її інтересів.

#### 11.4. Бронхіальна астма у дітей

**Астма** — це хронічне захворювання, при якому рух повітря через дихальні шляхи може бути заблокований унаслідок спазму м'язів або надлишку слизу. Напади астми у хворих людей можуть спричинятися провокуючими (так званими тригерними) чинниками зовнішнього середовища. Унаслідок їх дії дихальні шляхи звужуються, в них виникає запалення, що супроводжується утрудненим (стерторозним) диханням і кашлем. Прояви астми в дітей і дорослих відрізняються. У малят можуть спостерігатися такі симптоми, як швидка респірація, гучне дихання, ретракція грудної клітки та гіперемія грудей.

Люди, схильні до алергій, можуть реагувати на пил, шерсть домашніх тварин, забруднене повітря та інші алергени. Ці самі фактори спричинюють погіршення стану в астматиків. Алергічні реакції в дітей часто залишаються нерозпізнаними, оскільки побутує помилкова думка, що у немовлят і маленьких дітей їх бути не може.

Спостерігаються такі види алергічних реакцій:

- шкірні реакції (червоні плями, висипи, екзема);
- респіраторні реакції (червоні, набряклі, сльозаві очі, чорні кола під очима, нежить, свербіння у вухах або «закладені» вуха, дихання через рот, чхання, слинотеча, хрипіння, задишка, частий кашель);
- реакції з боку шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, спазми шлунка, запори, діарея);
- загальні реакції (незрозуміле підвищення температури, інтенсивний випіт, загальний хворобливий стан, погане володіння собою, частий плач, поганий апетит).

Швидка втомлюваність або зменшення витривалості можуть бути симптомами проблем зі здоров'ям. Хворі на астму діти звичайно зменшують свою фізичну активність, щоб уникнути кашлю і задишки. Інші малопомітні симптоми астми, наприклад стиснення грудей, можуть залишатися без уваги дорослих, якщо маля ще нездатне ідентифікувати свої проблеми і сповіщати про них. Постійний або регулярний кашель може бути єдиним помітним симптомом астми у маленьких дітей.

Оскільки дитина проводить досить тривалий час у школі, то вчителям доцільно приділяти велику увагу станові здоров'я учнів. Треба постійно стежити за тим, чи не з'явилися у малят ознаки астми або

алергічних реакцій, і за необхідності вживати відповідних заходів. Батьки повинні інформувати педагогічний колектив про поточний стан й історію хвороб своїх дітей, а також надавати відомості про необхідні лікувальні процедури.

Малята з астмою та іншими алергічними реакціями досить часто відсутні у школі через загострення хвороби або візити до лікарів. Інколи вчителі відправляють таких дітей додому, оскільки вважають, що в них з'явилися ознаки вірусних чи інших інфекційних захворювань. Поінформованість педагогів щодо симптомів астми та алергічних реакцій дає змогу зменшити цю проблему.

У деяких дітей із зазначеними алергічними симптомами можуть розвиватися схожі проблеми з вухами, що спричиняє тимчасове погіршення слуху. У таких випадках діти стають неуважними, у них виникають труднощі з виконанням указівок, погіршуються навчальні успіхи і змінюється поведінка.

Діти, які страждають на астму чи алергію, бувають чутливими до деяких харчових продуктів чи консервантів. У цьому разі школа повинна забезпечувати альтернативне харчування або давати дітям дозвіл приносити відповідні харчові продукти з дому.

Фізичні вправи інколи спричиняють проблеми у дітей з астмою та алергічними реакціями. Причиною загострення астми можуть бути також холодне сухе повітря, вітер, смог, респіраторні захворювання та інші чинники. Педагоги повинні намагатися залучати до фізичних занять усіх дітей, але при цьому необхідно робити все можливе для запобігання загостренню алергічних реакцій унаслідок цих вправ. Слід учити дітей аналізувати свій стан і самостійно визначати свою спроможність займатись фізкультурою і спортом.

### 11.5. Цукровий діабет у дітей

**Діабет** — це складне хронічне захворювання, при якому організм унаслідок порушення обміну речовин стає нездатним належним чином переробляти вуглеводи, жири та білки. У більшості хворих (у 95 % випадків) розвивається діабет II типу (без інсулінової залежності). Ця форма захворювання типова для людей віком старше сорока років.

Рідше зустрічається діабет I типу (з інсуліновою залежністю). Він характерний для молодих людей і дітей. У випадку діабету першого типу організм практично не виробляє власного інсуліну і хворі потребують ін'єкції речовин.

Діабет I типу розвивається внаслідок загибелі клітин підшлункової залози, що виробляють гормон інсулін. Чим спричинюється це явище — у більшості випадків невідомо. Інколи діабет виникає внаслідок вірусних захворювань або травматичних пошкоджень підшлункової залози. Причиною діабету можуть також бути розлади імунної системи.

Ось деякі із симптомів діабету, які можуть з'явитися раптово або протягом кількох днів чи тижнів:

- збільшення кількості сечі;
- спрага, сухість у роті, вживання великої кількості рідини;
- збільшення або втрата апетиту;
- помітне зменшення ваги тіла внаслідок втрати рідини, зменшення м'язів і жирових відкладень;
- затьмарений зір, інфекційні захворювання шкіри, вагінальні інфекції, швидка втомлюваність;
- незвичайні відчуття жару, поколювання або свербіння в руках чи ногах.

Учителі та інші дорослі повинні занотовувати, які симптоми і види поведінки спостерігалися в дітей у школі. Необхідно звертати увагу, під час яких занять або в яких ситуаціях з'являлися ці симптоми, та інформувати про це батьків дитини і лікарів. Якщо ознаки хвороби виникають раптово, слід негайно зв'язатися з батьками учня.

## **11.6. Дефіцит поживних речовин як наслідок недостатнього харчування**

Причиною дефіциту поживних речовин є недостатнє харчування, що спостерігається також за відсутності в раціоні необхідних речовин, наприклад, таких як ферум.

Ось деякі ознаки, які можуть свідчити про дефіцит поживних речовин:

- бліде обличчя, тьмяна, груба шкіра;
- відхилення в будові тіла, наприклад, великий роздутий живіт, випуклі ребра, дуже викривлені ноги;
- неправильна постава, низький тонус м'язів, погана координація рухів;
- відсутність апетиту чи поганий апетит;
- млявість чи уповільнені реакції;
- часті інфекційні захворювання;
- часті запори або розлади шлунка, нудота;

— часті інфекції верхніх дихальних шляхів (з такими симптомами, як хрипіння у грудях, «закладений» ніс, чхання, червоні запалені очі тощо).

При неповноцінному харчуванні можуть спостерігатися такі види поведінки:

- відмова від їжі, перебірливість у їжі, поганий апетит;
- короткий період концентрації уваги;
- гіперактивність (занадто висока активність) або гіпоактивність (занадто низька активність);
- низька мотивація і погане самосприйняття;
- млявість і пасивність, дратівливість;
- погана візуально-моторна координація.

За наявності перелічених вище симптомів треба з'ясувати, чим викликаний дефіцит поживних речовин в організмі учня. Необхідно вивчити медичну картку дитини, а також повідомити про свої спостереження батькам учня і лікарю.

## 11.7. Ураження нервової системи при ревматизмі

Ураження серцевого м'яза і судин головного мозку є причиною порушень нервової системи. Інфекційно-алергічне захворювання, яке вражає серцево-судинну систему — це **ревматизм**. Під час захворювання змінюється сполучна тканина (з'являється набряк) і порушується її структура. На ранніх стадіях розвитку хвороби спостерігаються цереброастенічні порушення, під час яких відмічається збудливість. Діти нездатні до довготривалого напруження, стають плаксивими і роздратованими, погано переносять гучні звуки та яскраве світло. Хворі скаржаться на головний біль, поганий сон, запаморочення.

При ревматизмі у дітей спостерігаються сенсорні розлади, виникають фобії. При тяжких формах спостерігаються епілептичні напади, судом.

Однією із форм ревматичних захворювань нервової системи є **мала хорія**, під час якої страждають підкіркові утвори — смугасте тіло, зоровий бугор, червоні ядра. Патологічні зміни спостерігаються у корі великих півкуль, мозочку. Дитина стає роздратованою, неуважною, погано спить. Можуть виникати спазматичні рухи у будь-яких м'язах.

При виражених гіперпарезах дитина може втрачати рівновагу і мусить лежати. Унаслідок скорочення жувальних і глоткових м'язів порушуються процеси жування і ковтання, спостерігаються довільні рухи,

зниження тону м'язів, зниження або підвищення рефлексів сухожилків. Спостерігаються зміни вищих кіркових функцій, особливо пам'яті.

Під час загострення хвороби спостерігаються хорейні психози, які характеризуються збудливістю, тривогою, страхом, порушенням орієнтації, галюцинаціями, ейфорією, яка змінюється апатією.

Діагноз «мала хорей» ставиться в тому випадку, коли спостерігаються характерні для ревматизму специфічні імунологічні і біохімічні зміни, виявляється ревматичне ураження серця, запальні процеси крові.

## 11.8. Епілепсія у дітей

**Епілепсія** (від *грец.* *epilepsia* — схоплення) — хронічне захворювання мозку, яке призводить до судом, втрати притомності. На тисячу новонароджених зустрічається 3–5 випадків цієї хвороби. Причини — спадкові. При цьому успадковується не саме захворювання, а рівень концентрації ацетилхоліну, активність ферментів холінестераз. Поряд із спадковими явищами причиною можуть бути перенесені травми, інфекції, токсичні захворювання нервової системи. Вражаються нейрони кори великих півкуль і ретикулярна формація, порушується білково-азотний, водно-сольовий обмін. У мозку спостерігається велика кількість ацетилхоліну, який збільшує проведення збудження по нейронах. Поява судом характеризує зменшення в мозку гама-аміномасляної кислоти, яка гальмує проведення нервових імпульсів. Збільшення судом призводить до збільшення проникності мембран.

Розвиток епілепсії починається за наявності стабільного осередку епілептичної активності, що зумовлене органічними ураженнями мозку. Причинами виникнення такого осередку можуть бути вроджені вади розвитку головного мозку, хвороби матері під час вагітності, що спричинюють гіпоксію плоду, резус-конфліктна вагітність, пологові травми, асфіксія під час пологів, нейроінфекції у період новонароджаності тощо. Епілепсія може також виникнути при порушеннях та вроджених аномаліях мозкового кровообігу, пухлинах або внаслідок черепно-мозкових травм. Головним проявом епілепсії є наявність судомних нападів.

Розрізняють генералізовані великі та малі напади; парціальні, що охоплюють частину тіла або певний аналізатор.

Генералізований тоніко-клінічний судомний напад хворий часто передчуває за кілька годин або навіть днів. У нього з'являється головний біль, дратівливість тощо. Напад починається з тонічної судоми



(тривалого скорочення м'язів усього тіла), яка переходить у клонічну (часте ритмічне скорочення мускулатури усього тіла), обличчя хворого спотворюється напруженою гримасою, синіє. Часто хворий прикушує язика до крові. Дихання й серцебиття стають частішими, зіниці розширюються й не реагують на світло. Може спостерігатися нетримання сечі. Напад триває від кількох хвилин до півгодини. Згодом настає розслаблення мускулатури, але притомність все ще залишається порушеною. Потім настає сон. Хворий не пам'ятає нападу.

Малі напади характеризуються короткочасною (на кілька секунд) втратою притомності. Ці напади бувають поодинокими, хоча можуть повторюватися до 100 разів на добу. При типових простих нападах хворий перериває мовлення або дію, що він виконував, блідне, його обличчя застигає, очні яблука підводяться догори, відбувається кілька слабких мигальних рухів. Дихання слабне або зупиняється, серцебиття уповільнюється, зіниці розширюються. Напад закінчується так само раптово, як і починався, і не супроводжується поганим самопочуттям.

Порушення психічної діяльності при епілепсії виявляються у поступових змінах характеру хворого. У важких випадках спостерігається наростання інтелектуальної недостатності (епілептична деменція). Епілепсія раннього віку може призвести до глибокої інтелектуальної недостатності. Зміни характеру при епілепсії виявляються у формуванні рис, зумовлених інертністю основних нервових процесів. Для дітей характерна афективна збудливість у поєднанні з упертістю.

Дітей, які увійшли в афект, важко заспокоїти, їм притаманні дисфорії — періоди напружено-роздратованого, навіть агресивного стану, що виникають без жодного зв'язку із зовнішніми обставинами. Більшість хворих на епілепсію схильна до педантизму, їхні психічні процеси здебільшого характеризуються уповільненим темпом, інертністю. Відмічається погіршення уваги, звуженість її обсягу; уповільненість переключення. Запамятовування уповільнене, хоча утримання того, що дитина запам'ятала, цілком задовільне. Мислення характеризується схильністю до фіксації на несуттєвих деталях.

Більшість дітей з епілепсією зберігає нормальний інтелектуальний рівень і навчається у загальноосвітніх навчальних закладах.

У підлітковому віці риси так званого епілептоїдного характеру проявляються чіткіше. Підлітки з епілепсією можуть відзначатися запальністю, підвищеною агресивністю, злопам'ятністю.

До руйнування нервових клітин і порушення життєво-важливих функцій призводять пухлини.

## 11.9. Діти з пухлинами мозку

**Пухлини** виникають через проникнення вірусів або внаслідок спадкових факторів. Ріст пухлини супроводжується порушенням циркуляції спинномозкової рідини, а також обміну речовин. Це призводить до руйнування нервових клітин і порушення життєво-важливих функцій. Симптоми: в'ялість, втомлюваність, зниження апетиту, втрата ваги, порушення сну. Особливо це проявляється при злоякісних пухлинах. Однією із причин таких симптомів є збільшення внутрішньочерепного тиску, що провокує здавлювання шляхів і порушення відтоку спинномозкової рідини. Велика кількість спинномозкової рідини і токсичні продукти розпаду пухлини призводять до кисневого голодування нервової системи. У дітей спостерігаються емоційні розлади і зміна поведінки, головний біль, судоми. При високому внутрішньочерепному тискові спостерігається порушення дихання та серцево-судинної діяльності. При пухлинах мозку спостерігається розлад координації рухів, змінюється почерк, хода, послаблюється слух, відчувається шум у вухах. Найбільш складні випадки — це пухлини півкуль головного мозку, які призводять до тяжких судом і втрати пам'яті. Так, при пухлинах скроневої зони — епілептичні напади, пухлинах тім'яної долі — локальні порушення чуттєвості, хворі не впізнають предмети, спостерігається алексія, афазія; при пухлинах потиличної частки — розлад руху, галюцинації.

## 11.10. Порушення мозкового кровообігу

У дитячому віці розлади мозкового кровообігу можуть бути обумовлені вадами розвитку мозкових судин, інфекційними захворюваннями, перебіг яких пов'язаний з ураженням судин, хворобами крові, вродженими і набутими вадами серця, черепно-мозковими травмами тощо.

Звуження просвіту судин або їх закупорка можлива під час спазму, формування тромбу, здавлювання судин пухлиною; утворюються холестеринові бляшки при атеросклерозі, раптове закриття просвіту судин емболом, тобто відірваним згустком крові, частинами тканини, повітрям, краплинами жиру тощо. Розрив стінок судин спостерігається при гіпертонічній хворобі, черепно-мозковій травмі, аневризми (різкому розширенні судин), хворобах крові, пухлинах мозку.

Найчастіше причиною хронічного порушення мозкового кровообігу у дітей є вади серця і найбільших судин. Недостатнє кровопостачання мозку киснем (гіпоксія) призводить до загибелі нервових клітин, внаслідок чого проявляються неврологічні симптоми, порушується регуляція дихання і серцевої діяльності.

Порушення мозкового кровообігу може розвиватися раптово, що призводить до **інсульту**. Порушення мозкового кровообігу, що проявляється у вигляді слабкості або оніміння кінцівок, запаморочення, розладів мовлення, сприяє розвитку **ішемічного інсульту**.

**Геморагічний інсульт** (крововиливи у мозок) розвивається раптово. Гостра стадія має такі симптоми: головний біль, блювота, непритомність (аж до коми) з порушенням дихання і серцевої діяльності.

До найбільш частих неврологічних розладів, що спостерігаються у хворих, які перенесли інсульт, належать парези і паралічі кінцівок, косоокість, розлади чутливості, порушення поля зору, а також вищих коркових функцій — пам'яті, мислення, праксиса, гнозису мовлення. Мовленнєві порушення можуть бути представлені моторною, сенсорною, амнестичною афазіями, а також різними видами дизартрій: мочковою, псевдобульбарною, бульбарною, підкорковою.

Хронічні розлади мозкового кровообігу спостерігаються при **атеросклерозі судин** мозку. При цьому спостерігається зниження працездатності, з'являється стомлюваність, плаксивість, порушення сну, розлади уваги, послаблюється пам'ять. Часто спостерігається головний біль, приєднується паркінсоноподібний і псевдобульбарний синдроми. На фоні цих розладів інколи розвивається неврологічна симптоматика, зумовлена перехідним спазмом мозкових судин. Хронічна недостатність мозкового кровообігу може призвести до ішемічних інсультів.

### 11.11. Черепно-мозкові травми

Черепно-мозкові травми призводять до таких патологій нервової системи, що супроводжуються змінами рухових і психічних функцій.

При **струсі мозку** спостерігаються загально мозкові симптоми: втрата притомності або порушення у вигляді кволості; сонливість, адинамія, розлад пам'яті, нудота, блювота, головний біль. Розлади пам'яті спостерігаються при тяжких ступенях струсу мозку і проявляються у вигляді **ретроградної амнезії** (втрата пам'яті на події, пов'язані з травмою) і **антероградною** (більш тяжке порушення пам'яті).

При **ушибах** головного мозку спостерігаються локальні порушення, які обумовлені травмою мозкової тканини у вигляді некрозу на стороні удару або на протилежній. Осередкові симптоми різноманітні: розлади функції черепно-мозкових нервів, паралічі і парези кінцівок, порушення координації, мовлення, судоми тощо.

Найважчим проявом черепно-мозкової травми є здавлювання мозку, що обумовлено внутрішньочерепними гематомами і гострим набряком мозку. У розвитку внутрішньочерепної гематоми розрізняють декілька періодів.

**Гострий період** зумовлений травматичною дією на мозок. Він протікає із симптомами струсу мозку або ушибу мозку.

**Прихований період** характеризується нормальним станом хворого, який через деякий час погіршується, з'являється головний біль і втрата притомності. Приєднуються ознаки здавлювання стовбура головного мозку у вигляді ністагму, плаваючих рухів очних яблук, порушення дихання, ковтання, серцевої діяльності.

У перебігу черепно-мозкової травми спостерігаються декілька періодів:

- а) початковий, або гострий;
- б) відновлювальний;
- в) резидуальний, або період залишкових явищ.

Гострий період триває від 7 днів до 1,5–2 місяців і залежить від тяжкості черепно-мозкової травми. Відновлювальний період триває від 1 до 2 років.

Найбільш частим ускладненням черепно-мозкової травми є цереброастенічний синдром. Він виявляється швидкою втомлюваністю, послабленням пам'яті, розладами емоційно-вольової сфери. У емоційно збудливих дітей спостерігається схильність до істеричних реакцій. Хворі скаржаться на головний біль. Характерні вегето-судинні розлади у вигляді підвищеного виділення поту, нестійкості пульсу та артеріального тиску.

Характерною особливістю цереброастенічного синдрому після черепно-мозкової травми є порушення інтелектуальної діяльності при збереженому інтелекті. У дітей швидко наступає втома, виникає головний біль, порушується працездатність, послаблюється пам'ять і увага. Незважаючи на відсутність локальних мовленнєвих розладів, діти погано рахують, пишуть.

До наслідків черепно-мозкової травми відносять неврози, зокрема нічне нетримання сечі, страх, заїкання, нав'язливі стани.

Тяжкі черепно-мозкові травми можуть призвести до розумової відсталості. До наслідків черепно-мозкової травми відноситься травматична епілепсія. Напади судом з'являються в перші півроку після травми, але можуть виникати і через кілька років.

Після черепно-мозкових травм можуть спостерігатися різноманітні вегетативно-обмінні порушення, а також гідроцефалія, паралічі, парези, розлади слуху, зору, мовлення.

Черепно-мозкові травми можуть викликати цілий комплекс проблем.

*Фізична сфера:* порушення мовлення, зору, слуху та інших сенсорних систем; головний біль; порушення координації; спазми м'язів; парез або параліч однієї або обох половин тіла; різні види нападів; порушення рівноваги і ходи.

*Когнітивна сфера:* порушення коротко- і довгострокової пам'яті; повільність мислення; короткий період концентрації уваги, порушення перцепції і концентрації, погіршення комунікативних навичок, проблеми з читанням і писанням; порушення здатності до планування і послідовного виконання дій, а також до прийняття рішень і винесення оцінок.

*Психосоціальна й емоційна сфери, поведінка:* втома; нестійкість настрою; заперечення; концентрація лише на собі; неспокій; депресія; низька самооцінка; порушення сексуальних функцій; слабка мотивація; нездатність до самоконтролю; труднощі з емоційним контролем; нездатність долати труднощі; збудження; надмірний сміх або плач; проблеми у стосунках з іншими людьми.

Інтенсивність зазначених симптомів може коливатись у широких межах. Дуже важко визначити, як ітиме процес одужання людини після черепно-мозкової травми, проте одне можна сказати напевно: рання і тривала медична допомога дає змогу полегшити процес реабілітації, хоча в кожного різною мірою.

У роботі з дітьми, які зазнали черепно-мозкової травми, вчителі повинні:

- регулярно і багато разів повторювати матеріал;
- демонструвати завдання й інструкції, а також наводити приклади для ілюстрації нових ідей та понять;
- уникати метафор, образного мовлення;
- працювати над продовженням періодів концентрації уваги дітей;
- перевіряти, як учні засвоїли нові знання та вміння, а також регулярно повертатися до вивченого раніше матеріалу;

— використовувати компенсаторні стратегії для поліпшення пам'яті дітей;

— максимально зменшувати кількість факторів, що відвертають увагу.

Працювати над реабілітацією і розвитком учнів з черепно-мозковими травмами слід поступово. Спочатку треба визначити, чи можуть вони виконувати одноступеневі вказівки. Коли це досягнуто, необхідно поступово ускладнювати завдання і збільшувати їх кількість. Часто увагу фокусують на порушеннях після травми, що негативно відбивається на ставленні дитини до себе, тому під час роботи з такими учнями слід більше зважати на їх сильні сторони і розвивати саме їх.

### **11.12. Мінімальна мозкова дисфункція (ММД)**

ММД — група різних проявів патологічних станів. Характерними ознаками ММД є підвищена збудливість, емоційна нестійкість, дифузні неврологічні симптоми, сенсомоторні і мовленнєві порушення, розлади сприймання, недостатня сформованість навичок інтелектуальної діяльності. ММД виявляється у 5–15 % дітей шкільного віку.

З першого тижня життя діти, у яких формується синдром ММД, відзначаються підвищеною збудливістю і руховим неспокоєм. Спостерігається підвищення тону м'язів, гальмування безумовних рефлексів, розлади черепно-мозкової іннервації (косоокість, горизонтальний ністагм), порушення іннервації шлунково-кишкового тракту. У деяких дітей протягом першого року життя виявляється затримка темпу психомоторного розвитку. У віці від одного до трьох років провідним у клінічній картині є підвищена збудливість, руховий неспокій, порушення апетиту, незначне набирання ваги тіла, розлади сну. На другому році життя у деяких дітей може бути виявлене відставання у мовленнєвому розвитку.

У дошкільному віці залишається моторна неспритність, яка виявляється у труднощах оволодіння малюванням і письмом. Спостерігається також порушення концентрації уваги і сприймання.

У шкільному періоді діти з ММД мають труднощі у засвоєнні навичок письма, читання і рахунку. Рухові порушення характеризуються м'язовою дистонією, асиметрією м'язового тону і рефлексів, непостійними патологічними рефlekсами. Часто спостерігаються мозочкові порушення, статична і динамічна атаксія, специфічні порушення почерку і мовлення.

Можуть мати місце прояви затримки психічного розвитку.

Діти зазнають утруднення в навчанні, головним чином, через повільний темп психічної діяльності, цереброастенічні прояви, порушення пам'яті й уваги, надмірну рухливість. В окремих випадках спостерігається прояв дислексії і дисграфії.

У періоди вікової кризи посилюються психопатологічні порушення.

Клінічна симптоматика ММД змінюється залежно від стану вікового розвитку. У дітей раннього віку спостерігаються неврологічні порушення, у дітей старшого віку — розлади поведінки і специфічні труднощі у навчанні.

Поєднання ММД з гідроцефальним синдромом може супроводжуватися головним болем, підвищеною збудливістю, порушенням сну, незначним підвищенням температури.

При рухових розладах у вигляді порушень тонкої моторики пальців рук, координації рухів, рівноваги робиться акцент на розвиткові рухових навичок і поступовому залученні дитини до різних видів рухової діяльності.

Діти, у яких виявлені неврологічні порушення у ранньому віці, повинні знаходитись на диспансерному обліку і систематично обстежуватись невропатологом, психологом, корекційним/спеціальним педагогом.

### **Запитання та завдання для самоперевірки**

1. Дайте характеристику уражень нервової системи при ревматизмі. Обгрунтуйте специфіку корекційно-виховного підходу при навчанні таких дітей.
2. До яких наслідків призводять порушення мозкового кровообігу?
3. Які наслідки черепно-мозкових травм у дитини?
4. Охарактеризуйте поняття «нейроінфекція».
5. Що є причиною захворювання на менінгіт? За якими ознаками розрізняють менінгіти?
6. Охарактеризуйте наслідки перенесеного менінгіту у дитини.
7. Назвіть основні ознаки запалення головного мозку.
8. Охарактеризуйте первинні й вторинні енцефаліти.
9. Які наслідки перенесеного енцефаліту у дітей?
10. Охарактеризуйте лейкоенцефаліти й арахноїдити. Яка клінічна картина спостерігається у хворих з такими порушеннями?
11. Назвіть основні причини порушень при поліомієліті у дітей. Як ці порушення відображаються на особливостях розвитку дитини?
12. Охарактеризуйте захворювання, які можуть спричиняти труднощі у навчанні та особливі освітні потреби.

**ДЖЕРЕЛА**

1. Бадалян Л.О. Невропатология : учеб. для студ. дефектол. ф-ов пед. ин-тов / Л.О. Бадалян. — М. : Просвещение, 1982. — 350 с.
2. Басова А.Г. История сурдопедагогика / А.Г. Басова, С.Ф. Егоров. — М. : Просвещение, 1984. — 295 с.
3. Бен ван дер Стам. Допомога дитині при церебральному паралічі. Практичні поради / Бен ван дер Стам. — Львів : Місіонер, 1995. — 72 с.
4. Власова Т.А. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Т.А. Власова. — М. : Педагогика, 1985. — 105 с.
5. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. — М. : Просвещение, 1973. — 175 с.
6. Данієл Є.Р. Залучення дітей з особливими потребами до системи загальноосвітніх закладів / Є.Р. Данієлс, К. Стаффорд. — Львів : Товариство «Надія», 2000. — 256 с.
7. Єременко І.Г. Аномалії у дітей / І.Г. Єременко. — К., 1966. — С. 15–25.
8. Колупаєва А. Соціально-педагогічна підтримка дітей із епілепсією в Україні / А. Колупаєва, В. Мартинюк // Особлива дитина: навчання і виховання. — № 3(75). — К. : Вид-во «Педагогічна преса», 2015. — С. 35–39.
9. Лапшин В.А. Основы дефектологии / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. — М. : Просвещение, 1990. — 145 с.
10. Лебединская К. Диагностика раннего детского аутизма: Начальное проявление / К. Лебединская, О. Никольская. — М. : Просвещение, 1991.
11. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. — М., 1973.
12. Рождественська М.С. Синдром органічного аутизму в дітей із затримкою психічного розвитку / М.С. Рождественська // Дефектологія, 2002. — № 2. — С. 46–50.
13. Синьов В.М. Основи дефектології: навч. посібник / В.М. Синьов, Г.М. Кобернік. — К. : Вища школа, 1994. — 143 с.
14. Цукер М.Б. Инфекционное заболевание нервной системы у детей / М.Б. Цукер. — М., 1963.
15. Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В.І. Бондаря. — Луганськ : Альма-матер, 2003. — 436 с.



# ГЛОСАРІЙ

## А

**Абазія** (від *грец.* α — 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.

**Абсанс** (від *латин.* *absense* — відсутність чогось) — короткочасна, раптова втрата притомності.

**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.* α — заперечна частка, *латин.* *glossa* — язик) — 1) відсутність язика; 2) відсутність членороздільного мовлення.

**Ангіоматоз** — патологічний стан судин із формуванням ангіом.

**Агнозія** (від *грец.* α — 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.* α — 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.

**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.* а — заперечна частка, lekso — читати) — нездатність або втрата здатності до опанування процесу читання.

**Алель** — один із двох чи більше альтернативних варіантів гена, що має унікальну послідовність нуклеотидів.

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

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

**Анеуплоїдія** — стан клітини, тканини чи організму, при якому одна чи декілька хромосом звичайного набору або відсутня, або представлена додатковими копіями.

**Аніридія** — відсутність райдужної оболонки ока.

**Анкілоз** — нерухомість суглобів.

**Анодонтія** — відсутність зубів.

**Аноніхія** — відсутність нігтя на одному, кількох чи всіх пальцях.

**Анорексія** (від *грец.* а — заперечна частка, orexis — апетит) — послаблення або відсутність почуття голоду.

**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.* а — заперечна частка, praxis — дія) — порушення здатності виконувати складні предметні дії, рухи, що виникає через ураження певних ділянок кори головного мозку.

**Асинергія** (від *грец.* а — 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.* а — заперечна частка, *stigmus* — точка, *astigmatismus* — відсутність фокусної точки) — аномалія заломлюючої здатності ока.

**Асфіксія** (від *грец.* а — заперечна частка, *sphymos* — 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.

**Атрезія** — відсутність або зрощення природного каналу чи отвору в організмі.

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

**Атрофія зорового нерва** — наслідок захворювань, супроводжується набряком, запаленням, стисканням волокон зорового нерва або судин, які їх живлять.

**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.

**Аугосома** — будь-яка нестатева хромосома.

**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.

**Блефарофімоз** — звуження щілини 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.

**Брадифразія** (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.

**Булбарний параліч** (від *латин.* bulbosus — цибулина, форму якої нагадує довгастий мозок) — клінічний прояв захворювання довгастого мозку, ядер рухових черепно-мозкових нервів: язикового, 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.

## Г

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

**Гаплоїд** — клітини (наприклад, гамети), що містять половину хромосом соматичних клітин.

**Геміанопсія** (від *грец.* hemi — пів, an — без, ops — зір) — відсутність сприймання кожним оком предметів, розташованих у одній з половин поля зору.

**Гемізіготний ген** — ген, що міститься в генотипі в одному екземплярі.

**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** — слідкування за темпом та спектром мутаційного процесу.

**Генокопії** — захворювання, що мають ту ж саму або подібну клінічну картину.

**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, trope — живлення) — збільшення обсягу і маси органа, посилений розвиток окремих психічних функцій.

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

**Гіпогевзія** — послаблення відчуття смаку.

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

**Гіпостезія** (*грец.* *hupo* — 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**.

**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.

**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, trophe — живлення) — патологічний стан у дітей, що спричинюється різноманітними проявами хронічних розладів живлення.

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

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

**Діастема** — широка щілина між першими верхніми різцями.

**Доліхостеномелія** — довгі, тонкі кінцівки.

**Доліхоцефалія** — подовжена форма черепа.

**Домінантний** — алель, або ознака, що проявляється в гетерозиготі.

**Е**

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

**Ектопія кришталика** — вивих кришталика ока.

**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.

**Епікантус** — вертикальна складка шкіри біля внутрішнього кута ока.

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

**Епіспадія** — верхня розщілина уретри.

**З**

**Зайкання** — 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.

**Зчеплення** — рівень зв'язку алелів різних генів в мейозі чи генетичному схрещенні.

**І**

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

**Іридодонез** — дрижання райдужки при вивиху кришталика ока.

**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.

**Кератоконус** — конусоподібне випинання рогівки.

**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) — короточасні скорочення та розслаблення м'язів, що швидко настають один за одним.

**Колобома** — природжений щілинний дефект, що найчастіше трапляється при аномаліях очного яблука.

**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.

**Крипторхізм** — захворювання, при якому відбувається затримка яєчка на його природному шляху спускання в калитку.

**Криптофтальм** — природжене повне зрощення повік.

**Ксеростомія** — сухість у роті.

## Л

**Лабіринтит** — запалення лабіринту внутрішнього вуха.

**Лагофтальм** — неповне змикання повік.

**Літля синдром** — 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.

**Локус** — місце розташування певної мутації чи гена на генетичній карті, часто вживається замість термінів «мутація» чи «ген».

## М

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

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

**Макростомія** — надмірне збільшення ротової щілини.

**Макроцефалія** (від *грец.* macros — 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.* micros — 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.

**Мікрофакія** — зменшення кришталика ока, що зумовлене зупинкою його розвитку.

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

**Мікроцефалія** (від *грец.* micros — 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 plego — уражати) — параліч однієї кінцівки.

**Мутагени** — чинники, що провокують мутації.

**Мутація** — стійка зміна генетичного апарату, що виникає раптово та призводить як до переходу гена з одного алейного 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.

**Неврит слухового нерва** — захворювання стовбура слухового нерва і його рецепторного апарату.

**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 зумовленої 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

**Ознаки, обмежені статтю** — генетично зумовлені ознаки, що фенотипічно проявляються в особин однієї статі.

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

**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.

**Пенетрантність** — імовірність фенотипічних проявів певної ознаки, що кодується домінантним геном чи рецесивним геном у гомозиготному стані.

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

**Плейотропія** — вплив одного гена на кілька фенотипічних ознак.

**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 миміко-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.

**Птоз** (від *грец.* ptosis — падіння) — опущення верхньої повіки.

## Р

**Реабілітація** (у медико-педагогічному значенні: *латин.* rehabilitation, re — проти, habilimas — 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.

**Ретиніт** (від *латин.* retina — сітківка) — запалення сітківки ока.

**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.

**Синофрив** — збільшення та зрощення брів.

**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.

**Статеві хромосоми** — хромосоми, які різняться у представників різної статі та визначають стать особи.

**Страбизм** — 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.

**Телекант** — збільшення відстані між внутрішніми кутами очей при нормально розташованих орбітах.

**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.

**Трахома** (від грец. *trachys* — шорсткий, *oma* — пухлина) — хронічне двостороннє запалення слизової оболонки ока.

**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. *φωνη* — звук) — утворення звуків (голосоутворення).

## Х

**Хорея** (від грец. *chorea* — танок) — захворювання нервової системи.

## Ц

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

**Циклопія** — одне або подвоєне око, що розташоване посередині лоба.

## Ш

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



# ЗМІСТ

Передмова .....	3
-----------------	---

## РОЗДІЛ I.

Спеціальна педагогіка як галузь наукового знання .....	5
--	---

1.1. Спеціальна педагогіка як наука: об'єкт, предмет, завдання .....	5
1.2. Понятійно-категоріальний апарат спеціальної педагогіки .....	11
1.3. Зв'язки спеціальної педагогіки з іншими науками .....	24
1.4. Теоретичні основи спеціальної педагогіки .....	26
1.5. Історичні аспекти розвитку спеціальної педагогіки .....	55

## РОЗДІЛ II.

Роль спадковості та навколишнього середовища у генезі порушень психофізичного розвитку .....	74
---	----

2.1. Загальна характеристика критичних періодів розвитку .....	74
2.2. Тератогенні фактори середовища .....	85
2.3. Шкідливий вплив важких металів на організм дитини .....	92
2.4. Шкідливий вплив куріння, лікарських препаратів, алкоголю, наркотиків на організм дитини .....	93
2.5. Вплив віл-інфекції на організм дитини .....	106

## РОЗДІЛ III.

Загальна характеристика дітей із сенсорними порушеннями .....	114
---	-----

3.1. Загальна характеристика сенсорних систем .....	114
3.2. Діти з порушеннями зорової функції .....	117
3.2.1. Загальна характеристика порушень зору .....	117
3.2.2. Особливості розвитку дітей з порушеннями зору .....	125
3.2.3. Організація навчально-виховної та корекційно-компенсаторної роботи з дітьми з порушеннями зору .....	133

3.3. Діти з порушеннями слуху .....	135
3.3.1. Загальна характеристика порушень слуху .....	135
3.3.2. Засоби компенсації порушеного слуху .....	145
3.3.3. Особливості розвитку дітей з порушеннями слуху .....	154
3.3.4. Організація навчально-виховної та корекційно-компенсаторної роботи з дітьми з порушеннями слуху .....	156

#### РОЗДІЛ IV.

Загальна характеристика дітей з порушеннями мовлення .....	175
4.1. Загальна характеристика порушень мовлення .....	175
4.2. Особливості діагностико-корекційної роботи з дітьми із порушеннями мовлення .....	202
4.3. Система логопедичної допомоги в Україні .....	209

#### РОЗДІЛ V.

Загальна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату .....	213
5.1. Загальна характеристика порушень опорно-рухового апарату .....	213
5.2. Особливості мовленнєвого та психічного розвитку дітей з церебральним паралічем .....	224
5.3. Особливості корекційно-розвивальної роботи з дітьми із церебральним паралічем .....	227

#### РОЗДІЛ VI.

Загальна характеристика дітей з первазивними порушеннями .....	234
6.1. Сутність поняття «аутизм» .....	234
6.2. Загальна характеристика дітей з розладами аутистичного спектра .....	236
6.3. Причини виникнення розладів аутистичного спектра .....	242
6.4. Психічна організація дитини з розладами аутистичного спектра .....	244
6.5. Особливості корекційно-розвивальної роботи фахівця з аутичною дитиною .....	252

#### РОЗДІЛ VII.

Загальна характеристика дітей з гіперкінетичними розладами .....	256
--	-----

#### РОЗДІЛ VIII.

Загальна характеристика дітей з труднощами у навчанні .....	261
8.1. Форми затримки психічного розвитку у дітей .....	261
8.2. Особливості психічного розвитку дітей, які мають труднощі у навчанні .....	270
8.3. Особливості корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають труднощі у навчанні .....	276

<b>РОЗДІЛ ІХ.</b>	
Загальна характеристика дітей з порушеннями інтелекту .....	280
9.1. Загальна характеристика порушень інтелекту .....	280
9.2. Особливості розвитку мислення дітей з інтелектуальними порушеннями .....	292
9.3. Особливості навчальної діяльності дітей з інтелектуальними порушеннями .....	294
<b>РОЗДІЛ Х.</b>	
Загальна характеристика дітей зі складними і множинними порушеннями розвитку .....	302
10.1. Характеристика складних множинних порушень розвитку .....	302
10.2. Особливості корекційно-компенсаторної роботи з дітьми, які мають множинні порушення психофізичного розвитку .....	308
<b>РОЗДІЛ ХІ.</b>	
Захворювання та інші проблеми зі здоров'ям, які можуть спричиняти особливі навчальні потреби .....	316
11.1. Захворювання нервової системи .....	316
11.2. Психопатичні форми поведінки .....	325
11.3. Реактивні стани та конфліктні переживання у дітей .....	328
11.4. Бронхіальна астма у дітей .....	332
11.5. Цукровий діабет у дітей .....	333
11.6. Дефіцит поживних речовин як наслідок недостатнього харчування .....	334
11.7. Ураження нервової системи при ревматизмі .....	335
11.8. Епілепсія у дітей .....	336
11.9. Діти з пухлинами мозку .....	338
11.10. Порушення мозкового кровообігу .....	338
11.11. Черепно-мозкові травми .....	339
11.12. Мінімальна мозкова дисфункція (ММД) .....	342
Глосарій .....	345

*Навчальне видання*

**МАРТИНЧУК Олена Валеріївна**  
**МАРУНЕНКО Ірина Михайлівна**  
**ЛУЦЬКО Катерина Василівна**  
**ТАРАН Оксана Петрівна**  
**МЕЛЬНІЧЕНКО Тетяна Василівна**  
**ЄЖОВА Тетяна Євгенівна**

## **СПЕЦІАЛЬНА ПЕДАГОГІКА**

*Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів*

Видання підготовлене до друку в НМЦ видавничої діяльності  
Київського університету імені Бориса Грінченка

Завідувач НМЦ видавничої діяльності *М.М. Прядко*

Відповідальна за випуск *А.М. Даниленко*

Над виданням працювали: *О.А. Марюхненко, Л.В. Потравка,*  
*Т.В. Нестерова, Н.І. Погорелова*

Підписано до друку 04.12.2017 р. Формат 60х84/16.  
Ум. друк. арк. 21,16. Обл.-вид. арк. 23,40. Наклад 200 пр. Зам. № 7-150.

Київський університет імені Бориса Грінченка,  
вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, м. Київ, 04053.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4013 від 17.03.2011 р.

**Попередження!** Згідно із Законом України «Про авторське право і суміжні права» жодна частина цього видання не може бути використана чи відтворена на будь-яких носіях, розміщена в мережі Інтернет без письмового дозволу Київського університету імені Бориса Грінченка й авторів. Порушення закону призводить до адміністративної, кримінальної відповідальності.