**Тема 1. Неврологічні та теоретико- методичні основи дефектології**

**Лекційний модуль 1 (4 год.):**

1. Аномальні діти. Категорії аномальних дітей (2 год).
2. Загальна характеристика сучасної системи освітньо-корекційних послуг (2 год).

**Практичний модуль 1 (2 год.):**

1. Структурні елементи, будова та функції нервової системи (2 год).

**Модуль самостійної роботи:**

1. Аналізатори, їх будова та функціонування.
2. Функціональні блоки головного мозку.
3. Черепно-мозкові нерви. Вегетативна НС.
4. Етіологія та патогенез порушень нервової системи. Види порушень НС.
5. Функціональні порушення НС. ММД. Неврози.
6. Інфекційні захворювання НС. Травматичні та судинні пошкодження НС.
7. Предмет, завдання та теоретичні питання дефектології.
8. Етіологія та патогенез порушень психофізичного розвитку.
9. Загальні питання теорії спеціальної педагогіки.
10. Клінічні прояви захворювань нервової системи.

**Література:**

1. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. – М. : Владос, 2008. — 187 с.
2. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка. – М.: Владос, 2002. – 144 с.
3. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально‐ методичний посібник/ Кол. авторів: Колупаєва А.А., Софій Н.З., Найда Ю.М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І. – К.: 2007. – 128 с.
4. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Монографія. – К.: «Самміт‐Книга», 2009. – 272 с.
5. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: Монографія. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 457 с.
6. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. - Донецк: Лебідь, 2002. - 327 с.
7. Луговський А., Сварник М., Падалка О. Реабілітаційний супровід навчання неповноспрвних дітей. – Л: Колесо, 2008. – С.49 – 60.
8. Ляпидевский С.С. Невропатология. - М.: Владос, 2003. – 384 с.
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия ,2002. – 232 с.
10. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е. А. Стребелева, A. JL Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 312 с.
11. Специальная педагогика / Под редакцией Н. М. Назаровой. – Москва, АСАDEMА. – 2000. ‑ 519 с.

Тема 2. **Діти з вадами психофізичного розвитку**

**Лекційний модуль 2 (2 год.):**

1. Діти з порушеннями інтелектуального розвитку (2 год).

**Практичний модуль 2 (2 год.):**

1. Спеціальна освіта дітей з порушеннями мовлення (2 год).

**Модуль самостійної роботи:**

1. Клініко-психологічна характеристика дітей з вадами мовлення.
2. Спеціальна освіта дітей з порушеннями інтелекту.
3. Діти з порушенням слухового аналізатору.
4. Діти з порушенням зорового аналізатору.
5. Спеціальна освіта дітей з вадами слуху та зору.
6. Діти з порушенням опорно-рухового апарату.
7. Спеціальна освіта дітей із ДЦП.
8. Загальна характеристика та спеціальна освіта дітей з комплексними дефектами розвитку.
9. Діти з порушеннями емоційного розвитку та з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності.
10. Діти з девіантною поведінкою.

**Література:**

1. Архипова Е.Ф. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом в раннем воздасте. – М.: Просвещение, 1997. – 123с.
2. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии. – М. : Владос, 2008. — 222 с.
3. Вавіна Л., Засенко В., Колупаєва А., Сак Т., Софій Н., Таранченко О. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка. – К.: Генеза, – 2004. - 152 с.
4. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика. – М. : Просвещение, 2001. – 98с.
5. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. — М. : Просвещение, 1992. – 165с.
6. Жохова В. П., Особова Т. З. Учителю о близорукости. — М. : Просвещение, 1990. – 187с.
7. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально‐ методичний посібник/ Кол. авторів: Колупаєва А.А., Софій Н.З., Найда Ю.М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л.І. – К.: 2007. – 128 с.
8. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения. — М.: ТЦ “Сфера”, 2003. — 160 с.
9. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Монографія. – К.: «Самміт‐Книга», 2009. – 272 с.
10. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади: Монографія. – К.: Педагогічна думка, 2007. – 457 с.
11. Колупаєва А.А. Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання,- К: Квінта, 2011.
12. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Под ред. Б.П.Пузанова. – М. : Владос, 1999. — 343 с.
13. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. — М.: Просвещение, 1991. — 143 с.
14. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. - Донецк: Лебідь, 2002. - 327 с.
15. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки: Навч.посіб. — К.: ВПУ “Київський університет”, 2002. — 308 с.
16. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). – М.: ВЛАДОС, 1997. – 325с.
17. Міщик Л. І.,Білоусова З. Г. Соціально-психологічні та педагогічні проблеми дезадаптації дітей і підлітків. – Запоріжжя: 3ДУ, 2003. — 108 с.
18. Мозговой В.М., Яковлева И.М. Основы олигофренопедагогики. – М. : Владос, 2006. — 211 с.
19. Основы специальной психологии: Учебное пособие / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др. / Под ред. Л. В. Кузнецовой. - М., 2003.
20. Пантюк. Т.І., Невмержицька О.В., Пантюк М.П. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник. – 2-ге видання, доповнене і перероблене. − Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ ДДПУ,2009. - 324с.
21. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник.— К.: Вища шк., 1994.— 143 с.
22. Синьов В.М. Розумова відсталість як педагогічна проблема. Навчальний посібник. – К. : Рад. школа, 2007. -134с.
23. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, A.JL Венгер, Е.А. Екжанова и др.; Под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 312 с.

**Підсумкова тека:**

**ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ НА САЙТІ KSU Online**

**Питання до самопідготовки студентів до заліку**

1. Невропатологія як наука. Нервова клітина, нервове волокно, глія, сипапс.
2. Будова та функції головного мозку.
3. Безумовні та умовні рефлекси.
4. Аналізатори, їх будова та функціонування.
5. Нервові процеси та їх динаміка (збудження, гальмування, іррадіація, концентрація, індукція).
6. Три функціональні блоки мозку.
7. Будова та функції спинного мозку.
8. Черепно-мозкові нерви. Загальна характеристика.
9. Вегетативна нервова система
10. Динамічний стереотип. Поняття про функціональні системи організму. Сигнальні системи.
11. Безумовні та умовні рефлекси.
12. Функціональні блоки мозку. Загальна характеристика.
13. Етіологія та патогенез порушень нервової системи. Види патологічних процесів в НС.
14. Функціональні порушення НС.
15. Розлади мовлення центрального органічного характеру (алалія, афазія, дизартрія, заїкання).
16. Інфекційні захворювання НС.
17. Травматичні та судинні пошкодження НС.
18. Мінімальна мозкова дисфункція. Загальна характеристика.
19. Неврози. Загальна характеристика.
20. Аномалії розвитку. Хромосомні порушення. Генетичні розлади.
21. Менінгіт. Енцефаліти, менінгоенцефаліти.
22. Поліомієліт.
23. Неврити, поліоневрити.
24. Дитячий церебральний параліч.
25. Енурез.
26. Епілепсія.
27. Поняття "аномальна дитина". Термінологія. Загальна характеристика.
28. Види аномалій та їх причини.
29. Складність структури аномального розвитку. Структура первинного і вторинного дефектів.
30. Предмет, завдання та основні напрями сучасної дефектології. Взаємозв'язок дефектології з іншими науками.
31. Абілітація, компенсація і корекція відхилень розвитку.
32. Основні закономірності онтогенезу та дизонтогенезу.
33. Критичні періоди розвитку дитини.
34. Класифікація олігофреній за М.С. Певзнер та Г.Є. Сухаревою, за глибиною дефекту.
35. Особливості психічного розвитку дітей з розумовою відсталістю.
36. Поняття та класифікація ЗПР.
37. Загальні особливості психіки дітей із ЗПР.
38. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення.
39. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень.
40. Диференційна діагностика загального недорозвитку мовлення і затримки мовленнєвого розвитку в умовах.
41. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з вадами мовлення.
42. Причини порушень слуху. Класифікація дітей з порушенням слуху.
43. Психолого-педагогічна характеристика учнів з вадами слуху.
44. Ступені порушення зору. Прогресуючі та стаціонарні порушення зорового аналізатору.
45. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з вадами зору.
46. Етіологія та патогенез ДЦП.
47. Особливості рухових порушень у дітей з ДЦП.
48. Особливості порушень психіки у дітей із ДЦП.
49. Поняття про складні порушення розвитку. Особливості психічного розвитку сліпоглухонімих дітей.
50. Поняття про девіантну поведінку. Етіологія девіантної поведінки у дітей.
51. Аддиктивна поведінка. Особистісна схильність до аддиктивної поведінки.
52. Класифікація порушень поведінки.
53. Недорозвиток емоційно-вольової сфери внаслідок недостатньо регулюючої функції кори головного мозку.
54. Система спеціальної освіти України.
55. Інтегрована та інклюзивна освіта дітей з вадами психофізичного розвитку.
56. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами.
57. Особливості навчання та виховання дітей із ЗПР.
58. Провідні напрями корекційно-розвивальної роботи при розумовій відсталості з дітьми дошкільного віку.
59. Провідні напрями корекційно-розвивальної роботи при розумовій відсталості з дітьми шкільного віку.
60. Система виховання, навчання та розвитку дошкільників з порушеннями зорової функції.
61. Провідні напрями навчання та виховання сліпих та слабкозорих школярів
62. Система виховання, навчання та розвитку дошкільників з порушеннями слухової функції.
63. Провідні напрями навчання та виховання глухих та туговухих школярів
64. Система виховання, навчання та розвитку дошкільників з порушеннями мовлення.
65. Провідні напрями навчання та виховання молодших школярів відхиленнями мовленнєвого розвитку.
66. Особливості корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку із ДЦП.
67. Провідні напрями корекційно-розвивальної роботи з дошкільниками із ДЦП.
68. Провідні напрями корекційно-розвивальної роботи з дітьми шкільного віку із ДЦП.
69. Особливості навчання та виховання дітей дошкільного віку зі складними вадами розвитку.
70. Особливості навчання та виховання дітей шкільного віку зі складними вадами розвитку. Соціальна адаптація сліпоглухонімих людей.

Лекція 1

**Тема:** Аномальні діти. Загальна характеристика.

План

План

1. Діти з вадами психофізичного розвитку. Сучасна термінологія.

2. Класифікація порушень розвитку. Види дизонтогенезу.

3. Категорії дітей з вадами психофізичного розвитку.

4. Структура дефекту за Л.С.Виготським.

Література

1. Липа В.А. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. - Донецк: Лебідь, 2002. - 327 с.
2. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. — М.: Просвещение, 1991. — 143 с.
3. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології: Навч. посібник.— К.: Вища шк., 1994.— 143 с.
4. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е. А. Стребелева, A. Л Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребеле- вой. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 312 с.
5. Специальная педагогика / Под редакцией Н. М. Назаровой. – Москва, АСАDEMА. – 2000. ‑ 519 с.

**КОЖНА ЛЮДИНА, НЕЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ЗДОРОВ'Я, НАЯВНОСТІ ФІЗИЧНОГО ЧИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ПОРУШЕННЯ, МАЄ ПРАВО НА ОДЕРЖАННЯ ОСВІТИ, ЯКІСТЬ ЯКОЇ НЕ РІЗНИТЬСЯ ВІД ЯКОСТІ ОСВІТИ ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ**

Цей принцип, що відбитий у низці міжнародних документів, покладений в основу організації інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами, котре впроваджується з метою реалізації їхнього права вибору навчального закладу та форми навчання за місцем проживання із забезпеченням усіх необхідних для цього умов.

Певні категорії дітей в Україні позбавлені рівного доступу до якісної освіти. У 2004 році в Україні було зареєстровано 135773 дитини з особливими потребами віком до 16-ти років, що становить 1,8 відсотка від загальної кількості дітей в Україні. За даними Міністерства освіти і науки України у 2005/06 навчальному році освіту у спеціально організованих умовах здобувають 54,1 тис. дітей, які потребують корекції фізичного або інтелектуального розвитку у 396-ти спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах. За даними Міністерства праці та соціальної політики України, у системі соціального захисту діють (на кінець 2004 р.) 56 будинків-інтернатів для дітей з різними психофізичними проблемами, де перебуває 7716 дітей. Однією із форм навчання дітей з особливими освітніми потребами є нова, але визнана в багатьох країнах світу інклюзивна форма освіти, яка забезпечує безумовне право кожної дитини навчатися в загальноосвітньому закладі за місцем проживання із забезпеченням усіх необхідних для цього умов. В Україні модель інклюзивної освіти почала набувати значення переважно за ініціативи громадських організацій.

Інклюзивне навчання - це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, яка передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу. З метою забезпечення рівного доступу до якісної освіти інклюзивні освітні заклади повинні адаптувати навчальні програми та плани, методи та форми навчання, використання існуючих ресурсів, партнерство з громадою до індивідуальних потреб дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивна освіта - це процес, у якому школа намагається відповідати на потреби всіх учнів, вносячи необхідні зміни до навчальної програми та ресурсів, щоби забезпечити рівність можливостей.

**1. ДІТИ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ. СУЧАСНА ТЕРМІНОЛОГІЯ.**

Аномальними (від гр. anomalos — неправильний) називають дітей, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку, що спричинено наявністю фізичного або психічного дефекту, і які потребують створення спеціальних умов для навчання та виховання.

Дефект - фізичний або психічний недолік, підтверджений психолого-медико-педагогічною комісією відносно дитини та медико-соціальною експертною комісією у відношенні дорослого.

Фізичний недолік - підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік у розвитку та (або) функціонуванні органу людини або хронічне соматичне або інфекційне захворювання.

Психічний недолік - підтверджений в установленому порядку тимчасовий або постійний недолік в психічному розвитку людини, включаючи порушення мовлення, емоційно-вольової сфери, в тому числі аутизм, наслідки пошкодження мозку, в тому числі розумова відсталість, затримка психічного розвитку, що створюють труднощі в навчанні.

Складний недолік - сукупність фізичних і (або) психічних вад.

Важкий недолік - фізичний або психічний недолік, виражений в такій мірі, що освіта відповідно до державних освітніх стандартів (у тому числі спеціальних) є недоступною і можливості навчання обмежуються отриманням елементарних знань про навколишній світ, придбанням навичок самообслуговування, придбанням елементарних трудових навичок або отриманням елементарної професійної підготовки.

Проте наявність дефекту призводить до аномального розвитку лише за певних умов.

Наприклад, у дитини, яка не чує на одне вухо, не виявляють ніяких відхилень у розвитку, тому що в цілому слухова функція дозволяє їй досить повноцінно сприймати звукові (зокрема й мовленнєві) сигнали та оволодівати мовленням без якихось вад.

Той чи інший дефект, що виник внаслідок різних причин у дорослої людини, також може не викликати розладу того рівня загального розвитку, якого вона вже досягла. У таких випадках також немає підстав говорити про аномальний розвиток.

У нормативно-правової документації використовуються кілька понять, що визначають контингент дітей, які відносяться до системи спеціальної освіти. Це такі поняття як «діти з порушеннями в розвитку», «діти з відхиленнями у психофізичному розвитку», «діти з обмеженими можливостями здоров'я», «діти з особливими освітніми потребами». Всі ці терміни мають специфічну ланку застосування.

Діти з порушеннями в розвитку - це діти, які мають відставання (спотворення) у психофізичному розвитку внаслідок порушення діяльності різних або кількох аналізаторів (зорового, слухового, рухового, мовленнєвого), а також унаслідок органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС). Термін використовується в психолого-педагогічній літературі для широкого визначення категорії дітей, які потребують спеціальної освіти.

Діти з відхиленнями в психофізичному розвитку - це діти, які мають перераховані вище відхилення, але ступінь їх вираженості не обмежує їх можливості в настільки важкого ступеня, як у дітей з порушеннями у психофізичному розвитку. У психолого-педагогічній літературі цим поняттям також визначаються діти з переважними порушеннями у психофізичному розвитку функціонального характеру.

Діти з обмеженими можливостями здоров'я - це діти, у яких порушення в розвитку надають їм можливість мати бінефіцитарний статус, тобто дозволяють користуватися соціальними пільгами і допомогою. За традиційної термінології таких дітей раніше називали дітьми-інвалідами. Зараз таких дітей часто визначають як проблемних. Тому термін «проблемні діти» також широко використовується в психолого-педагогічній літературі.

Діти з особливими освітніми потребами - це діти, які потребують спеціальної корекційної підтримки та специфічних методів освіти, які можуть бути створені в умовах як загальноосвітнього закладу, так і спеціального освітнього закладу. Понятійна парадигма терміна широко використовується в області спеціальної освіти.

**2. КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ РОЗВИТКУ. ВИДИ ДИЗОНТОГЕНЕЗУ.**

Очевидно, що вивчення того або іншого патологічного стану, що характеризується складною структурою, різноманіттям клінічних проявів і поліетіологією, висуває завдання класифікації даного порушення.

За період вивчення даної проблематики поряд авторів були запропоновані різні варіанти класифікацій дизонтогенеза.

Так, Г.Є. Сухарева, ґрунтуючись на аналізі патогенезу порушень розвитку, виділила три варіанти психічного дизонтогенеза: затриманий, пошкоджений і спотворений розвиток. Швейцарський психіатр Л.Каннер диференціював два варіанти - недорозвинення і спотворений розвиток. У класифікації, запропонованою Я.Лутцем, виділено п'ять типів порушень психічного розвитку. Необоротний розвиток зв'язується автором з моделлю олігофренії; дисгармонічний розвиток - з психопатією; регресуючий розвиток - з прогресуючими дегенеративними захворюваннями, епілепсією, що включає стан асинхронії як у вигляді ретардації, так і акселерація, на думку самого Я.Лутца, спостерігається при різних соматичних і психічних захворювань.

На думку Г. К.Ушакова і В.В.Ковалев, основними клінічними типами психічного дизонтогенеза є: 1. Ретардація, т.т. уповільнення або стійке психічне недорозвинення як загальне, так і парціальне. 2. Асинхронія як нерівномірне, дисгармонічний розвиток, що включає ознаки ретардації і акселерація (4;6).

В.В.Лебединський запропонував класифікацію, в якій виділяється шість варіантів психічного дизонтогенеза (10). Пропонована класифікація диференціює окремі варіанти аномалій, виходячи з основної якості порушення розвитку; її основу склали класифікації Г.Є. Сухаревої і Л.Каннера. Додатково автором виділені як самостійні варіанти затримане, дефіцитарний і дисгармонічний розвиток.

Варіанти дизонтогенезу В.В. Лебединського умовно можна розбити на три групи:

1. Група аномалій, викликаних відставанням розвитку: *недорозвинення* і *затриманий розвиток;*

2. Група аномалій, в яких провідною ознакою є диспропорційна розвитку: *спотворений* і *дисгармонійний розвиток*;

3. Група аномалій, викликаних поломкою, випаданням окремих функцій: *пошкоджений* і *дефіцитарний розвиток*.

Дизонтогенез за типом ***загального стійкого недорозвинення***, як правило, пов'язаний з ранньою поразкою ЦНС, коли функціональні системи характеризуються незрілістю. Так, при олігофренії поширеність поразки обумовлює первинність і тотальність недорозвинення мозкових систем. Вторинні порушення формуються за рахунок недостатності впливу з боку страждаючих вищих психічних функцій, а також і неспроможності дії порушених базальних функцій на вищі.

Спостерігається виражена інертність психічних процесів з фіксацією на примітивних асоціативних зв'язках. Формування ієрархічних зв'язків грубо порушене. У асинхронії розвитку переважають явища ретардації. Характерна нерівномірність недорозвинення різних функцій. Найбільш виражена недостатність вищих психічних функцій і менше - базальних. Розвиток інтелекту і мовлення страждає більшою мірою, чим сприйняття, моторика, елементарні емоції

Для психічного дизонтогенеза за типом ***затриманого розвитку*** характерне уповільнення темпу формування пізнавальної і емоційної сфер з їх тимчасовою фіксацією на ранніх вікових етапах. Затримка розвитку емоційної сфери виявляється в різних клінічних варіантах інфантилізму. Уповільнення темпу пізнавальної діяльності при соматичних захворюваннях буде пов'язано з хронічною астенією, при психогенних формах - як правило, з явищами мікросоціальної і педагогічної занедбаності. При церебрально-органічних формах уповільнення темпу пізнавальної діяльності пов'язане з нейродинамічними і енцефалопатичні порушеннями, не рідко обумовлено первинною недостатністю окремих кірково-підкіркових функцій (праксиса, гнозиса, мовлення, пам'яті, уяви).

На думку М.С. Певзнер, основним механізмом ЗПР є порушення дозрівання і функціональна недостатність молодших і складніших систем мозку, що головним чином відносяться до лобових відділів кора головного мозку, яка забезпечує здійснення свідомих актів людської поведінки і діяльності. У одних випадках переважає механізм затримки темпу розвитку найбільш молодих функціональних систем мозку, а в інших - механізм негрубого органічного пошкодження мозку. При цьому останній варіант пов'язаний з випаданням структурних і функціональних елементів, необхідних для здійснення вищого рівня інтелектуальних процесів (6).

В.В. Лебединський указує на характерну мозаїчність поразки, при якій разом з дефіцитарними є і підлягаючі зберіганню функції. Наголошується інертна фіксація більш елементарних зв'язків, переважно в базальних ланках, що веде до тимчасової затримки інволюції ранніх форм. Явище асинхронії пов'язані з тим, що первинний дефект частіше порушує розвиток окремих базальних ланок психічних процесів. Вищі їх рівні страждають повторно.

Пошкоджений розвиток має ту ж етіологію, що і органічне недорозвинення психіки, або затримане (спадкові захворювання; внутрішньоутробні, натальні і постнатальні інфекції, віруси, інтоксикації, травми ЦНС). Основною відмінністю є часовий чинник дії патогенних шкідливих факторів. В даному випадку пошкодження відбувається тоді, коли велика частина мозкових систем значною мірою вже сформована, і їх недостатність виявляється в ознаках пошкодження.

Типовою моделлю пошкодженого розвитку є органічна деменція. Дизонтогенез даного типу характеризується поєднанням грубого пошкодження ряду сформованих психічних функцій з недорозвиненням онтогенетично молодших утворень (лобових систем). У разі виникнення деменції в більш старшому віці може наголошуватися і пошкодження лобових систем. Разом з випаданням окремих приватних кіркових функцій, перш за все, наголошуються розлади емоційної сфери, нерідко з розгальмування потягів, важкі порушення цілеспрямованої діяльності і особи і в цілому. Пошкодження веде до явищ ізоляції окремих систем, розпаду складних ієрархічних зв'язків, нерідко з грубим регресом інтелекту і поведінки.

*Дефіцитарний розвиток* представляє особливий вид дизонтогенеза. Цей тип пов'язаний з важкими порушеннями окремих систем аналізаторів: слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату. Первинний дефект аналізатора або певної соматичної системи веде до недорозвинення функцій, пов'язаних з ними найтісніше, а також до уповільнення розвитку ряду інших функцій, пов'язаних з потерпілим опосередковано.

Загальноприйнятим є положення про те, що порушення розвитку приватних функцій гальмує психічний розвиток в цілому (2; 3; 7,8). Так, у сліпих дітей раннє ураження органів зору помітно впливає на загальний хід розвитку психіки дитини. Як вторинні відхилення виявляється недостатність просторових орієнтувань, обмеження конкретних наочних уявлень, своєрідність моторного репертуару, неспроможність до оволодіння паралінгвістичними засобами комунікації, характерологічні особливості.

Асинхронія, характерна для дизонтогенеза за типом дефіцитарного розвитку, виявляється в різному ступені недорозвинення одних систем аналізаторів при збереженні інших.

Прогноз психічного розвитку дитини з дизонтогенезом даного типу залежить від глибини поразки даної функції. Проте вирішальне значення має первинне потенційне збереження інтелектуальної сфери і інших сенсорних систем. Джерелом пристосування дітей з дефіцитарним розвитком є підлягаючі зберіганню функції. Функції постраждалого аналізатора замінюються інтенсивним використанням підлягаючих зберіганню.

Разом з тим, навіть в умовах дефіцитарного розвитку виявляються не тільки негативні сторони, але і позитивні можливості дитини. Вони є способом пристосування особи дитини до певного вторинного дефекту (6; 7). Так, у глухих дітей у зв'язку з обмеженням мовленнєвого спілкування виникає мімічне жестове спілкування, за допомогою якого передається необхідна інформація. Ці виразні засоби розвиваються і перетворюються на своєрідну мовленнєву систему. Починаючи з вказівних жестів і жестів, що імітують різні дії, дитина переходить до пластичного опису і зображення предметів і дій, опанувавши розвиненою міміко-жестикуляторним мовленням.

Таким чином, дефіцитарний розвиток при порушеннях окремих сенсорних систем дає найбільш яскраві приклади компенсації за рахунок збереження інших каналів зв'язку і інтелектуальних можливостей. Ця компенсація здійснюється в умовах адекватної коректувальної допомоги.

Дизонтогенез, що протікає за типом *спотвореного розвитку*, характеризується поєднанням загального недорозвинення, затриманого, пошкодженого і прискореного розвитку окремих психічних функцій. Це, у свою чергу, приводить до ряду якісно нових патологічних утворень. Даному типу дизонтогенеза властива найбільш виражена асинхронія. В процесі формування психічних функцій спостерігається інша послідовність розвитку окремих систем, протилежна нормальному онтогенезу.

Найбільш характерною моделлю є дизонтогенез при синдромі раннього дитячого аутизму. На думку К.С. Лебединської, О.С.Никольської, М.М. Ліблінг, аутистичний дизонтогенез вже з самих початкових його проявів формується за типом спотвореного розвитку всіх психічних функцій (9). А саме, поєднання в їх патологічній структурі ознак недорозвинення і акселерації. Явища акселерації наголошуються лише в тих компонентах будь-якої функції, які задіяні в спонтанній аутичній активності дитини, не направленій на пристосування до навколишнього світу. Явища недорозвинення виступають в тих компонентах психічної функції, які призначені забезпечувати адаптацію до середовища, - починаючи від вегетативних, вітальних потреб і закінчуючи складними функціями взаємодії.

Так, в афектній сфері наголошується відсутність зорової взаємодії з людиною при патологічній фіксації на вітальних індиферентних подразників; симбіоз з матір'ю разом з ворожістю до неї; слабкість зовнішньої реакції на те, що оточує при нерідко тонкому сприйнятті емоційної сторони ситуації. У інтелектуальному розвитку - накопичення достатнє відвернутого для цього віку знань, схильність до узагальнення, символіці при поганій орієнтації в конкретній побутовій ситуації. У мовленнєвому розвитку - відсутність у дитини відгуку на голос або гіперсензитивність до немовленнєвих звуків; тонке розуміння не зверненої до нього розмови при ігноруванні елементарної інструкції.

Специфіка асинхронії розвитку може виявляється: у випереджаючому формуванні інтелекту при відставанні дозрівання моторної і вегетативної сфер, відсутність фізіологічної інволюції ряду функцій раннього віку, наявність якісна нових, в основному, псевдокомпенсаторних утворень.

Дисгармонічний розвиток також виявляється в поєднанні явищ ретардації одних систем з парціальною акселерацією інших. Спостерігається і порушення ієрархії в послідовності розвитку ряду психічних функцій. Основна відмінність даного типу дизонтогенеза від спотвореного розвитку в тому, що основою дисгармонійного розвитку є не поточний хворобливий процес, що створює на різних етапах різні види спотворених міжфункціональних зв'язків, а природжена або рано придбана стійка диспропорційна психіки переважно в емоційно-вольовій сфері.

Моделлю даного типу дизонтогенеза є ряд психопатій і так звані патологічні формування особи в результаті несприятливих умов виховання.

При дисгармонійному розвитку немає грубих психопатологічних розладів і прогресування порушень розвитку. Ступінь вираженості психопатії і навіть саме її формування значною мірою залежать від умов виховання і соціального оточення дитини.

**3. КАТЕГОРІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.**

Виділяють такі основні групи аномальних дітей:

До першої трупі відносяться діти з порушеннями аналізаторів - слуху та зору.

Всіх дітей з вадами слуху ділять на 2 групи:

глухі (нечуючі) діти - з тотальним (повним) випадінням слуху або залишковим слухом, який не може бути самостійно використаний для накопичення мовленнєвого запасу. Серед нечуючих дітей розрізняють: а) нечуючих без мовлення (ранооглохлі), б) нечуючих, які зберегли в тій чи іншій мірі мовлення (позднооглохлі). У нечуючих дітей зниження слуху від 75-80 дБ:

слабкочуючі (туговухі) діти з частковою слуховою недостатністю, що утрудняє мовленнєвий розвиток, але зберігає можливість самостійного накопичення мовленнєвого запасу за допомогою слухового аналізатора. У слабкочуючих зниження слуху від 20-75 дБ.

Всіх дітей зі стійкими дефектами зору ділять на 2 групи:

сліпі (незрячі) діти - з повною відсутністю зорових відчуттів або збереженим світловідчуття або залишковим зором (з максимальною гостротою зору 0,04 на краще бачачому очі із застосуванням звичайних засобів корекції - окулярів).

слабкозорі діти - з гостротою зору на краще бачачому оці від 05-0,4 (із застосуванням окулярів).

До другої групи відносяться розумово відсталі діти та діти із затримкою психічного розвитку.

Розумова відсталість - стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічного ураження головного мозку. Розумова відсталість виражається у двох формах: олігофренія і деменція.

Олігофренія виявляється на більш ранніх етапах онтогенезу (до 1,5-2 років), деменція (розпад психіки) - на більш пізніх етапах онтогенезу (після 1,5-2 років). Деменція може бути виражена в двох варіантах: резидуальна (залишкова) і прогредієнтна (прогресуюча).

Виділяють три ступені інтелектуального недорозвинення: важкий ступінь, помірний, легкий ступінь.

Затримка психічного розвитку. Ці діти не можуть бути віднесені до розумово відсталим, так як у межах наявних знань вони виявляють достатню здатність до узагальнення, широку "зону найближчого розвитку".

Цих дітей підрозділяють на 4 групи:

ЗПР конституційного походження або гармонійний інфантилізм;

ЗПР соматогенного походження:

ЗПР психогенного походження;

ЗПР церебрастенічного характеру.

До третьої групи відносяться діти з важкими порушеннями мовлення (логопати).

Всі види мовленнєвих порушенні можна розділити на 2 великі групи:

- Порушення усного мовлення (дисфонія, брадилалія, тахілалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія, алалія, афазія):

- Порушення писемного мовлення (дисграфія).

До четвертої групи належать діти з порушеннями опорно-рухової системи.

Основний контингент цієї категорії - діти, які страждають дитячим церебральним паралічем (ДЦП). ДЦП - захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різних шкідливих чинників, діючих в період внутрішньоутробного розвитку, в момент пологів і на першому році життя дитини.

До дітей з комбінованим дефектом, тобто до п'ятої групі, відносяться діти зі змішаним (складним) дефектом, наприклад:

розумово відсталі нечуючі або слабкочуючі;

розумово відсталі слабкозорі або незрячі:

сліпоглухонімі і т.п.

До шостої групи належать діти з спотвореним розвитком - психопатією (стійкий дисгармонічний склад психіки), з патологією потягів.

**4. СТРУКТУРА ДЕФЕКТУ ЗА Л.С. ВИГОТСЬКИМ**

Аномалії у дітей зумовлюють своєрідність їхнього розвитку. Проте слід пам'ятати, що своєрідність не означає наявність лише негативних ознак розвитку аномальної дитини. Хоча дефект зумовлює цілу низку певних порушень загального розвитку аномальної дитини, але можуть бути і деякі позитивні зміни, що виникають за відповідних умов виховання як наслідок пристосування дитини до реального оточення. Так, у сліпих дітей добре розвиваються способи орієнтування, пов'язані з тактильними, слуховими та іншими відчуттями, які певною мірою компенсують втрачену зорову функцію.

Підпорядковуючись в цілому загальним закономірностям, психічний розвиток аномальної дитини має й деякі відмінності.

Ще в 30-і роки видатний психолог і дефектолог Л. С. Виготський висунув ідею про складність структури аномального розвитку дитини, згідно з якою наявність дефекту якогось одного аналізатора чи інтелектуальної вади не спричинює ізольованого випадіння однієї функції, а призводить до цілої низки відхилень, внаслідок чого виникає цілісна картина своєрідного атипового розвитку.

Аналізуючи складну структуру аномального розвитку психіки, слід передусім розрізняти первинний дефект, безпосередньо викликаний тим або іншим хвороботворним фактором, і вторинні відхилення, що виникають у процесі онтогенетичного розвитку дитини як наслідок дії первинного дефекту. Наприклад, у структурі аномального розвитку глухої дитини первинним дефектом є тяжке порушення слухового сприйманий, яке виникло під впливом того чи іншого захворювання, що спричинило ушкодження слухового апарата дитини.

Дія повної чи часткової глухоти як первинного дефекту не обмежується зниженням (або повним випадінням) функції слухового сприймання. Слух відіграє важливу роль в оволодінні дитиною словесним мовленням. Якщо ж дитина на ранніх етапах свого розвитку втратила слух, у звичайних умовах її розмовне мовлення не розвивається, виникає німота. Ця вада є відхиленням у розвиткові глухої дитини, яке викликане дією первинного дефекту. За умов повної або відносної глухоти для навчання дитини мовленню використовують різноманітні «обхідні шляхи», що спираються на збереженість інших аналізаторів (зору, кінестетичних відчуттів тощо). Проте без повноцінної участі слуху оволодіння мовленням характеризується значною своєрідністю: різко порушується вимова, повільно накопичується запас слів, дають про себе знати серйозні недоліки у формуванні граматичної побудови мовлення, в розвиткові розуміння значень окремих слів та словосполучень.

У свою чергу, недостатність оволодіння розмовним мовленням, характерна для глухої або слабочуючої дитини, призводить до цілого ряду інших порушень в її психічному розвиткові, оскільки мовленнєва функція має першочергове значення для формування пізнавальної діяльності людини.

При тяжких порушеннях мовлення, що виникли внаслідок недостатності слухової функції, виявляються серйозні утруднення в розвиткові словесно-логічного мислення дитини, зокрема в оволодінні мовленнєвими узагальненнями, в запам'ятовуванні словесного матеріалу. Обмеженість повноцінного мовленнєвого спілкування з довколишніми може призвести до ряду відхилень у формуванні характеру, особистості глухого.

Розумова відсталість аномальної дитини може бути наслідком такого первинного дефекту, як слабкість орієнтувальної діяльності, пов'язана з низькою пізнавальною активністю (відсутність потреби у нових враженнях, пасивність у пізнанні навколишнього світу), слабкістю замикаючої функції кори головного мозку (від чого залежать швидкість та міцність утворення нових умовних зв'язків), інертністю нервових процесів, низькою розумовою працездатністю. В результаті дії цих первинних («ядерних», за термінологією Л. С. Виготського) ознак розумової відсталості дитина з інтелектуальним дефектом, починаючи з ранніх етапів свого розвитку, не має змоги повноцінно «привласнювати» набутки людської культури — за звичайних умов виховання вона повною мірою не проходить ряду важливих «соціальних шкіл»: предметних дій, мовленнєвого спілкування з довколишніми, колективної гри.

Саме тому в розумово відсталої дитини виникають вторинні відхилення розвитку: недорозвинення вищих форм мислення, пам'яті, уваги, різноманітні порушення розвитку особистості (волі, впевненості, самооцінки, критичності, самостійності).

Розрізнення первинного дефекту і вторинних відхилень допомагає розібратися в складній структурі розвитку й при інших формах дитячих аномалій. Так, при сліпоті та слабозорості первинним дефектом є порушення функції зорового сприймання, зумовлене хвороботворним впливом на орган зору. При цьому як вторинні відхилення виникають недостатність орієнтації у просторі, обмеженість та порушення адекватності предметних уявлень про навколишній світ, своєрідність ходи, міміки обличчя, деякі особливості характеру. У дітей-логопатів первинним є мовленнєвий дефект, безпосередньо викликаний хвороботворним фактором, який також призводить до цілого ряду вторинних відхилень у розвитку. Якщо в дитини з таким первинним дефектом, як порушення звуковимови, що виникла внаслідок порушення будови органів порожнини рота, спостерігаються недостатність в оволодінні звуковим складом слова, а також пов'язані з цим певні розлади письма, то ці ознаки відносяться до вторинних порушень мовленнєвого розвитку.

Отже, розвиток аномальної дитини характеризується рядом специфічних симптомів, проте, як підкреслював Л. С. Виготський, всі симптоми не вишикуються в один ряд, кожний член якого перебуває в цілком тотожному відношенні до причини, що породила весь ряд. Одні з таких симптомів безпосередньо викликані хвороботворними факторами (первинні дефекти), інші — пов'язані з ними в різній за ступенем опосередкування мірі (вторинні ускладнення чи ознаки).

Дефектологи звернули увагу на взаємодію первинних дефектів та вторинних ознак відхилень в розвиткові. Ми вже розглянули приклади, коли первинний дефект викликає вторинну симптоматику. Проте й вторинні ознаки можуть у зворотному порядку впливати на первинний дефект. Наприклад, якщо дитина з тяжким порушенням слухової функції, але все ж таки не втраченим, залишковим слухом, не оволоділа розмовним мовленням, то своїм залишковим слухом для сприймання чужого мовлення вона не користується. Проте в міру подолання вторинного дефекту (мовленнєвого недорозвинення) все більш і більш адекватно використовуються можливості слухового сприймання (залишковий слух).

Інший приклад. Порушення механічного запам'ятовування у розумово відсталої дитини є первинною ознакою інтелектуального дефекту, оскільки воно пов'язане з біологічно зумовленою неповноцінністю замикаючої функції кори головного мозку. Воно може бути певною мірою згладжене за рахунок виправлення такої вторинної ознаки розумової відсталості, як порушення логічної пам'яті.

Слід підкреслити, що позитивному педагогічному впливу піддаються саме вторинні ускладнення в розвиткові аномальної дитини, оскільки їх виникнення головним чином пов'язане з дією середовищних факторів розвитку психіки. Якщо виховання дитини з тим чи іншим дефектом вже на ранніх періодах її розвитку не враховує специфічних особливостей і труднощів оволодіння нею соціальною культурою, що викликані первинним дефектом, то в розвиткові дитини з'являються вторинні відхилення. За таких умов, як зазначав Л. С. Виготський, виникає дивергенція, тобто розходження біологічного та соціального планів розвитку, тоді як для розвитку нормальної дитини характерне саме злиття цих двох планів.

Таку незбіжність біологічних передумов розвитку та середовищних впливів на аномальну дитину, які не пристосовані до її особливостей, оскільки традиційно розраховані на нормальну психофізіологічну організацію, можна вважати, за Л. С. Виготським, основною специфічною рисою психічного розвитку аномальної дитини.

Чим раніше будуть створені спеціальні умови для виховання аномальної дитини, чим оптимальніше буде враховано специфіку її розвитку, первісно зумовлену ядерними ознаками дефекту, тим з більшою ефективністю можна буде запобігати чи певним чином згладжувати виникнення вторинних ускладнень.

Необхідно враховувати важливу закономірність аномального розвитку: чим ближч вторинний симптом до першопричини, тим складніша його корекція.

Наприклад, у мовленнєвому розвитку глухої дитини важче виправити недоліки вимовляння звуків і слів, тому що вони найбільш пов'язані з первинним дефектом, оскільки неправильність вимови в даному випадку залежить від неможливості людини забезпечити слуховий контроль над власним мовленням. Інші недоліки мовленнєвого розвитку глухих (обмежений словниковий запас, неправильні граматична будова мовлення та розуміння значення слів) піддаються виправленню за відповідних педагогічних умов успішніше, тому що вони більш опосередковано пов'язані з первинним дефектом. Для їх виправлення можна широко використовувати збережене зорове сприймання глухих, зокрема розуміння ними писемного мовлення, значні можливості в здійсненні активної мислиннєвої діяльності.

Ще один приклад. У роботі, спрямованій на інтелектуальний розвиток розумово відсталих дітей, дуже важко досягти успіхів у вихованні гнучкості, динамічності їх мислення, оскільки косність мислення щільно пов'язана з інертністю нервових процесів у корі головного мозку (як з однією з ядерних ознак розумової відсталості) . Водночас значно більшої ефективності можна досягти при цілеспрямованому педагогічному впливі на такі типові недоліки розумово відсталих дітей, як знижена самокритичність, порушення адекватної самооцінки, що пов'язані з невпевненістю у власних силах. У більшості форм розумової відсталості усі ці вади прямо не пов'язані з ядерними ознаками дефектного розвитку, вони виникли опосередковано, як вторинні відхилення.

Урахування закономірностей щодо піддатливості спеціальним засобам виправляння вторинних відхилень розвитку та можливостей профілактики їх виникнення має, крім теоретичного, й дуже важливе практичне значення, оскільки допомагає спрямовувати роботу спеціальних дитячих закладів для аномальних дітей та їх сімейне виховання на оптимальне забезпечення реальних успіхів у їх розвиткові.

Одночасно з вторинними негативними симптомами можна відзначити і ряд симптомів, що виникають як результат позитивного пристосування аномальної дитини до соціального середовища:

* У глухих - мімічне спілкування, міміко-жестикуляторне мовлення.
* У сліпих - так зване "шосте відчуття", відчуття відстані, дистантне розрізнення предметів при ходінні, що виникає як результат розвитку здатності інтегрувати подразники, сприймані збереженими аналізаторами (слуховим, тактильним та ін.)

При порушенні аналізатора пристосування дитини з дефектом в першу чергу відбувається за рахунок інтенсивного використання збережених аналізаторів.

Глухі - зоровий, руховий, тактильно-вібраційний (під час виклику голосу) і температурна чутливість (для розрізнення характеру повітряного струменя при вимові деяких звуків).

Сліпі - дотик, нюхова чутливість.

Розумово відсталі - за рахунок опори на більш збережені функції (зорове сприйняття, пам'ять).

Своєрідність розвитку аномальної дитини визначається насамперед ступенем вираження та якістю первинного дефекту.

Так, розумова відсталість може бути викликана різними ступенями органічного ураження центральної нервової системи, від чого залежать індивідуальні можливості розвитку пізнавальної діяльності. Якісні особливості первинного дефекту, виявлені у дітей з уродженою або набутою в ранньому дитинстві розумовою відсталістю, різноманітні і вони багато в чому визначають специфічність картини розвитку (з точки зору виникнення вторинних відхилень).

При частковому порушенні зорового аналізатора (слабозорості) функція, яка від нього залежить, відіграє дещо іншу роль, ніж при повній відсутності зору. Це призводить до якісної своєрідності розвитку: в дітей з частковим зоровим дефектом запас уявлень, пов'язаних із зоровим сприйманням, звичайно багатший, ніж у тотально сліпих, але в цих уявленнях виявляються серйозні перекручення, зумовлені тим, що діти використовують частково збережене, але неповноцінне зорове сприймання. Наприклад, при деяких уроджених захворюваннях органа зору дитина може сприймати предмети лише за допомогою верхніх відділів очей, що вже з раннього віку призводить до виникнення спотворених уявлень. Те саме можна сказати й про специфічність розвитку дітей з частково збереженим слухом у порівнянні з тотально глухими. Слабочуючі на відміну від глухих можуть самостійно засвоювати деякі слова, проте дуже часто ці слова перекручені.

Таким чином, від ступеня вираження та якості первинного дефекту залежать не тільки кількісна, а й якісна своєрідність вторинних відхилень у розвиткові аномальної дитини.

Важливим фактором, що впливає на своєрідність розвитку дитини з тією або іншою аномалією, є часовий фактор виникнення основного дефекту, тобто вік, у якому він виник.

Так, основна розбіжність між пізнооглухлими дітьми та глухими від народження або оглухлими в найранішому періоді свого розвитку (у віці до трьох років) полягає в тому, що у них внаслідок відносно пізнього виникнення глухоти в тій чи іншій мірі зберігається розмовне мовлення. Чим пізніше виникла глухота В дитини, тим більше зберігається її мовленнєвий розвиток, що відбивається й на інших особливостях розвитку психіки (зокрема, створює сприятливіші передумови для розвитку мислення, дає змогу ширше користуватися мовленнєвими узагальненнями в пізнанні дійсності).

Діти з уродженою або набутою в ранньому дитинстві розумовою відсталістю (олігофрени) досить помітно відрізняються за картиною розвитку від дітей, у яких органічне ураження кори головного мозку, що викликало стійкий інтелектуальний дефект, виникло пізніше. Наприклад, у дітей, які перенесли травму мозку вже після того, як у них був період нормального розвитку, недоліки мислення, мовлення, логічної пам'яті виражені, як правило, не так сильно, як у олігофренів. їхня розумова відсталість виявляється у надмірній втомлюваності при інтелектуальних навантаженнях, що, в свою чергу, призводить до порушень стійкої уваги, довільного запам'ятовування, а також деяких характерологічних особливостей.

Розглянемо такий важливий фактор, що зумовлює своєрідність розвитку аномальної дитини, як середо- вищні (насамперед педагогічні) умови, в яких вона виховується.

Якщо, наприклад, для розумово відсталої дитини постійно створювати ситуації, що пробуджують наявні в неї пізнавальні інтереси, широко залучати до її виховання різноманітні та спеціально організовані предметно-практичні дії з їх мовленнєвим оформленням, надавати їй можливість дійти нехай елементарних, але більш-менш самостійних висновків, спеціально організовувати та формувати її пізнавальну діяльність (вчити аналізувати, порівнювати, узагальнювати, встановлювати логічні зв'язки тощо), розвиток її розумової діяльності відбуватиметься набагато ефективніше.

Якщо сліпій дитині надати змогу максимально активно використовувати свої збережені аналізатори, вчити її самостійно пересуватися у просторі, вона значно краще пристосується до свого дефекту, і багато вторинних порушень в її розвитку будуть згладженими або повністю перебореними.

Відшуканням таких оптимальних умов, що допомагають вирівняти перебіг аномального розвитку дітей з тими чи іншими вадами, саме й займається наукова та практична дефектологія.

Лекція 2

Тема: Загальна характеристика сучасної системи освітньо-корекційних послуг

ПЛАН

1. Система спеціальної освіти України.

2. Інтегрована та інклюзивна освіта дітей з вадами психофізичного розвитку.

3. Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами.

Література

1. засенко В.В. Рівний доступ до якісної освіти дітей з особливими потребами // Кроки до демократичної освіти. – 2002. ‑ №1. – С. 34.

2. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади: Монографія.- К.: Педагогічна думка, 2007 р. – 458 с.

3. Інклюзивна школа: особливості організації та управління**:** Навчально – методичний посібник / Кол.:авторів: Колупаєва А.А., Найда Ю.М., Софій Н.З. та ін. За заг.ред. Даниленко Л.І. - К.:2007.- 128с.

4. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник / за заг. ред. Колупаєвої А.А. - К: « А. С. К. », 2012. - 308 с.

**1. СИСТЕМА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

**Система корекційної освіти** це сукупність різних типів закладів, які забезпечують відповідну освіту, виховання, корекційну роботу, соціальну допомогу дітям з вадами психофізичного розвитку.

Організація спеціальних закладів ґрунтується на певних принципах. Окремі з них є загальними для побудови загальноосвітніх закладів України. Це, зокрема:

* державний характер освіти;
* єдина перспективна мета;
* наступність у ланках освіти;
* загальність і обов'язковість навчання;
* доступність закладів;
* урахування вікових особливостей дитини;
* відокремлення закладів від політики, церкви.

Проте слід враховувати і спеціальні принципи, які стосуються осіб з вадами психофізичного розвитку, зокрема:

* диференційованість закладів залежно від категорії порушення, ступеня інтелекту, можливості самостійно пересуватись, сформован ості навичок самообслуговування;
* поєднання загальноосвітнього і професійно-трудового навчання;
* корекційна спрямованість навчання і виховання.

Більша частина спеціальних закладів підпорядковується Міністерству освіти і науки. Другу ланку складають заклади Міністерства праці та соціальної політики; третю - заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я. У кожної ланки своя мета, яка передусім зорієнтована на можливості дитини та реалізацію її потреб. Заклади системи Міністерства освіти і науки покликані забезпечувати навчально-виховну і корекційну роботу. Заклади Міністерства праці та соціальної політики проводять соціальну роботу, здійснюють догляд. Заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я, передусім оздоровлюють дітей, забезпечують лікувально-корекційну роботу.

У всіх типах закладів діти одержують різнобічну допомогу — педагогічну, психологічну, медичну, соціальну тощо.

При виборі для дитини закладу враховуються такі ***показники:***

* вік дитини;
* категорія аномального розвитку (нозологія);
* конкретний клінічний діагноз;
* інтелектуальний ступінь;
* особливості психофізичного розвитку;
* потреби і можливості дитини.

***Заклади, підпорядковані Міністерству освіти і науки України***

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

***Заклади, підпорядковані Міністерству праці та соціальної політики України***

1. дитячі будинки та будинки-інтернати для дітей-інвалідів (помірний та глибокий рівень олігофренії);
2. реабілітаційні заклади.

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

***Заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України***

1. спеціальні групи при будинках малюка для дітей-сиріт з вадами психофізичного розвитку;
2. дитячі психоневрологічні санаторії;
3. дитячі відділення при психоневрологічних лікарнях;
4. заклади для психохроніків (виразна імбецильність, ідіотія);
5. реабілітаційні заклади.

Останнім часом в Україні розпочато створення реабілітаційних закладів, які підпорядковуються різним Міністерствам залежно від контингенту дітей і змісту допомоги. Міністерству освіти і науки України підпорядковуються навчально-реабілітаційні центри, які керуються у своїй діяльності «Положенням про навчально-реабілітаційний Центр» (1997 p.), а навчання дітей відбувається згідно програм, передбачених для певного спеціального освітнього закладу (відповідно до віку і вад дітей).

Згідно Положення **навчально-реабілітаційний центр** - це заклад освіти, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку.

Найчастіше у таких закладах контингент вихованців складається із дітей із складними вадами, часто комплексними, наприклад, розумова відсталість у поєднанні з вадами опорно-рухового апарату. Відповідно і допомогу діти одержують комплексну - лікувальну, психологічну, педагогічну, соціальну. На відміну від традиційних спеціальних закладів у штаті реабілітаційних значно більше персоналу: не лише вчителі та вихователі, а й лікарі, масажисти, соціальні працівники.

При навчально-реабілітаційних закладах діють різні служби, зокрема, служба роботи з сім'ями вихованців; відділення ранньої корекційної допомоги; групи тимчасового перебування та ін.

Однією із суттєвих відмінностей є співпраця з сім'ями, що виховують дітей з вадами психофізичного розвитку, участь сім'ї у вихованні й соціалізації дитини. У традиційних закладах, більшість з яких с інтернатними, робота з сім'ями проводиться епізодично і не є системною.

Якщо ж за станом здоров'я дитина не може знаходитись у колективі, їй пропонують *індивідуальне навчання за програмою того закладу, який відповідає діагнозу й віку дитини.*

Відповідно до «Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» (2003 р.) ***індивідуальне навчання*** с однією з форм організації навчально-виховного процесу і впроваджується для забезпечення права громадян на здобуття повної загальної середньої освіти з урахуванням індивідуальних здібностей та обдарувань, стану здоров'я, демографічної ситуації, організації їх навчання.

Діти з порушеннями психофізичного розвитку також мають право на таку форму навчання в разі, якщо за медичними показаннями їм протипоказано знаходитись у колективі, наприклад, наявність епілептичних нападів, психотичних розладів, виразних соматичних захворювань тощо. До учнів, які за станом Здоров'я не можуть відвідувати спеціальну школу, вчитель приходить додому.

Індивідуальне навчання може бути призначено і дітям, батькияких відмовляються від їхнього направлення у спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат).

Індивідуальне навчання здійснюється за індивідуальним навчальним планом, затвердженим директором навчального закладу, який складається на підставі навчального плану тієї школи, що відповідає показникам розвитку дитини (нозологія, конкретний діагноз, вік). Відповідно за основу береться і стандарт освіти для певної категорії дітей. Якщо ж серйозні розлади здоров'я (соматичного, фізичного, психічного) або специфічні вади розвитку (акалькулія, аграфія) перешкоджають дитині засвоїти загальні навчальні програми, то вони для неї індивідуалізуються.

***Індивідуальне навчання*** дітей з порушеннями психофізичного розвитку ґрунтується на принципах спеціальної дидактики, тому обов'язково *є* ***корекційно спрямованим.*** Зміст та засоби корекції обумовлюються специфікою наявного порушення, а не формами організації навчання.

Згідно з «Положенням про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» (2003 р.) індивідуальне навчання має здійснюватись педагогічними працівниками з відповідною фаховою (дефектологічною) освітою. Адже для реалізації корекційного навчання вчитель має на високому фаховому рівні оволодіти спеціальною психологією, педагогікою та методикою у **певній** галузі дефектології. Саме тому **вчитель індивідуального навчання повинен мати відповідну дефектологічну освіту.**

Перспективним завданням сучасної корекційної освіти постає інтегроване та інклюзивне навчання. Ще Л. С Виготський у своїх працях казав про те, що спеціальна школа створює для дитини замкнений світ, у якому все є прилаштованим до дефекту. Внаслідок штучної ізоляції дітей, відриву їх від сім'ї і здорових ровесників формується невпевнена в собі, власних силах і можливостях особистість, яка є непідготовленою до життя у суспільстві. Особливо гостро проблема інтеграції та інклюзії постає перед дітьми із легкими (невиразними) вадами у психофізичному розвитку, оскільки вони не охоплені закладами корекційної освіти.

**2. ІНТЕГРОВАНА ТА ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ДІТЕЙ З ВАДАМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ.**

Серед основних завдань розвитку дошкільної і загальної середньої освіти на найближчі навчальні роки Міністерство освіти і науки України вбачає створення умов для інклюзивного та інтегрованого навчання дітей з особливими потребами. Шляхи розвитку інклюзивної освіти, завдання органам управління освітою, які випливають з них визначено у таких нормативних документах:

Метою інтеграції є соціальна адаптація осіб з порушеннями розвитку до умов життя у суспільстві. Інтеграція відображає спробу залучити учнів з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл. Учень пристосовується до вимог школи.

Інтеграція ґрунтується на концепції «нормалізації», в основу якої докладено ідею про те, що життя і побут людей з обмеженими можливостями повинні бути якомога більше наближеними до умов і стилю життя суспільства, в якому вони перебувають.

Концепція нормалізації стосовно дітей також означає, що:

\* дитина з особливими освітніми потребами має загальні для усіх дітей потреби, головна з яких — потреба в любові та атмосфері, що стимулює її розвиток;

\* дитина повинна вести життя, максимально наближене до нормального;

\* кращим місцем для дитини є її дім, і обов’язком місцевої влади є сприяння тому щоб ці діти виховувались у своїх сім’ях;

\* учитися можуть усі діти, якими б тяжкими не були порушення розвитку, тому всі повинні мати можливість отримати освіту.

У існуючих нормативних документах та наукових джерелах описано наступні ***форми інтегрованого навчання:***

*повна —* включення дитини з психологічною готовністю до спільного навчання та відповідним віковій нормі рівнем психофізичного і мовного розвитку в масовий заклад як рівноцінної із здоровими однолітками; корекційну допомогу дитина при цьому одержує згідно потреб у спеціалістів за місцем навчання та проживання;

*комбінована —* діти з близьким до норми рівнем психофізичного та мовленнєвого розвитку навчаються у разом із здоровими однолітками, у процесі навчання одержують допомогу вчителя-дефектолога;

*часткова* — перебування дітей з особливими потребами, котрі не спроможні нарівні із здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, у масових закладах лише частину дня;

*тимчасова —* періодичне об'єднання зі здоровими дітьми для проведення спільних заходів.

В умовах масової школи інтеграція здійснюється шляхом організації спеціальних класів або включенням дітей з психофізичними вадами до звичайних класів. Наголосимо, що ***форми інтеграції залежать від рівня розвитку дитини,*** а саме: повна і комбінована форми є прийнятними для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку; часткова і тимчасова форми доцільні для дітей з нижчим рівнем розвитку.

Починаючи з 90-х років XX століття на зміну поняттю «інтеграція» приходить поняття «інклюзія» — включення. Основоположним у теорії включення є те, що не особистість має прилаштовуватися до суспільства, а навпаки — суспільство має створити умови для задоволення особливих потреб кожної особистості; зміщуються акценти від адаптації людини до навколишнього середовища в бік адаптації середовища для задоволення потреб людини.

**Освітня інтеграція** передбачає надання можливості дітям з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах (групах) загальноосвітньої школи (дошкільного навчального закладу), при цьому такі діти мають опанувати програму масової або спеціальної школи (дошкільного навчального закладу), їм надаються усталені освітні послуги. Як колективна форма освітньої інтеграції можуть функціонувати спеціальні класи (групи), в яких діти з особливостями психофізичного розвитку здобувають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідного типу або загальноосвітнього закладу.

**Інклюзивне навчання** передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Інклюзивне навчання — гнучка., індивідуалізована система навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи (дошкільного навчального закладу) за місцем проживання. Навчання відбувається за індивідуальною програмою в дошкільному навчальному закладі та за індивідуальним навчальним планом у школі, також дитина забезпечується медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом.

Проте на часі в Україні впровадження інтегрованого та інклюзивного навчання гальмується такими ***недоліками:***

* недостатня розробленість законодавчо-правової бази;
* слабка інформованість громадськості про проблеми дітей з психофізичними вадами;
* непідготовленість спеціалістів до роботи в системі інтеграції;
* труднощі у науково-методичному забезпеченні навчально-виховного і корекційного процесу.

**3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.**

*Психолого-педагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та корекційного педагога, спрямована на створення комплексної, .системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що, сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.*

*Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами розглядається як цілісна діяльність, командна взаємодія (вихователів, помічників вихователів, практичного психолога, логопеда, медпрацівника, соціального педагога, батьків, вихователя-методиста, директора)*, у межах якої виокремлюються обов'язкові взаємопов'язані компоненти:

• систематичне дослідження психолого-педагогічного статусу дитини (відповідності тих вимог, які ставить перед нею дошкільний навчальний заклад, особливостям розвитку дошкільника) та динаміки її психічного розвитку в процесі виховання і навчання;

• створення соціально-психологічних умов для розвитку особистості дитини;

• створення спеціальних соціально-психологічних умов для надання допомоги дітям, які мають проблеми в розвитку та навчанні.

Фахівці з інклюзивної освіти (В. В. Засенко. А. А. Колупаєва. Ю. М. Найда, Н. З. Софій та ін.) зазначають, що супровід навчання та виховання дітей з особливими потребами передбачає забезпечення доступності усіх форм навчання й освітніх послуг; запровадження спеціальних технологій, адаптивних технічних засобів навчання; забезпечення індивідуалізації та адаптації навчальних програм з урахуванням потреб і можливостей дитини; поєднання традиційних та інноваційних підходів до розвитку дитини з особливими потребами; створення сприятливих умов для соціалізації, самовизначення та самореалізації дитини.

*Психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами* *передбачає* певну систему діяльності, яка охоплює:

*1) первинне діагностування дитини під час вступу в дошкільний начальний заклад з метою вивчення сильних і слабких сторін розпитку особистості, виявлення і вирішення проблем*, що виникають у процесі *інтеграції її в освітній простір* (вивчення дитини має на меті виявити не лише сильні та слабкі сторони її психіки, а також дати якісні характеристики сформованості у неї пізнавальних процесів і дій);

2) проведення діагностичних мінімумів на різних етапах розвитку дошкільника з метою *вивчення динаміки розвитку дитини* та вирішення можливих проблем під час кризових періодів;

3) *надання психологічної підтримки педагогами* (*створення* на основі отриманих даних *індивідуальних карт дітей і розроблення індивідуальних навчальних програм*);

4) *психолого-педагогічну підтримку батьків*.

*Супровід дитини полягає також в тому, що педагог (фахівець), детально вивчивши індивідуальні особливості дитини, її проблеми, допомагає створити оптимальні умови для її розвитку.*

У процесі психолого-педагогічного супроводу пріоритетними напрямами розвитку дитини з особливими потребами є соціально-особистісний, емоційний, фізичний, пізнавальний і мовленнєвий розвиток.Названі лінії розвитку дошкільників реалізуються під час корекційно-розвивального навчання, основу якого складає зміст життєдіяльності людей, конкретні види діяльності (гра, малювання, конструювання, елементарна праця), які перебувають у сфері інтересів і потреб дитини. Потрібно створювати такі види діяльності, які містили б розвиток сильних сторін особистості та її діяльності зі зміцнення успіхів у вузько окреслених галузях.

Оцінювати дитину потрібно у відносно дій, які діти щодня виконують у межах своєї культури і які складають частину їхнього щоденного життя: за справами (праця в куточку природи, миття рук); за видами діяльності (сюжетно-рольова гра, малювання, ліплення); за дотримання щоденного розкладу (час на вживання їжі, сон). Оцінювання має базуватись на сильних сторонах дитини, а не фокусуватись на тому, щоб визначити й перелічити лише речі, які дитина робити не може.

Дитина з особливостями психофізичного розпитку проходить ті самі етапи розвитку, що й дитина, яка нормально розвивається, але із затримкою в часі. Отже, враховуючи спільність основних закономірностей розвитку в нормі й патології, у практиці дошкільного виховання і навчання дітей з особливими освітніми потребами здійснюється фізичне виховання, формування різних видів дитячої діяльності, уявлень про себе і навколишній світ, розвиток мовлення, формування елементарних математичних уявлень, музичне виховання. Але для того, щоб досягнути бажаного корекційно-розвивального ефекту в роботі з проблемними дітьми, мають бути створені особливі умови, адекватні специфіці психофізичного розвитку дошкільників при різних варіантах дизонтогенезу.

*Особистістю орієнтований підхід є основною вимогою до організації взаємодії дорослого з проблемною дитиною під час психолого-педагогічного супроводу і спрямований на забезпечення психологічної захищеності й створення психологічного комфорту такій дитині.*

Лекція 3

**Тема**: Діти з порушеннями інтелектуального розвитку.

*Мета*: Ознайомити з поняттям розумової відсталості та ЗПР, її класифікаціями, а також з психолого-педагогічною характеристикою дітей з різними порушеннями інтелекту.

План

1. Розумова відсталість. Загальна характеристика.

2. Класифікація олігофреній за М.С. Певзнер та Г.Є. Сухаревою, за глибиною дефекту.

3. Особливості психічного розвитку дітей з розумовою відсталістю.

4. Поняття, етіологія та патогенез ЗПР.

5. Класифікація ЗПР

6. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР.

Література

1. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. В. В. Воронковой. — М., 1994.
2. Дошкольное воспитание аномальных детей: Книга для учителя и воспитателя / Под ред. Л. П. Носковой. — М., 1993.
3. Забрамная С.Д, Ваш ребенок учится во вспомогательной школе — М., 1993.

1. поняття «розумова відсталість». загальна характеристика.

Для ефективної організації роботи спеціалістів з розумово відсталими дітьми потрібне правильне розуміння феномену розумової відсталості та знання причин її виникнення. Усвідомлене і обережне вживання терміна для називання проблеми - не лише показник високого рівня професійної майстерності, але й важливий чинник створення атмосфери довіри у стосунках з дитиною та членами її сім'ї, спосіб протидії стигмі, пов'язаній з діагнозом. Помилкове визначення розумової відсталості може призвести до зарахування у спеціальні заклади дітей, які знаходяться на значно вищому щаблі інтелектуального розвитку, але мають низькі інтелектуальні показники через порушення мовлення, слухової чи зорової функції, загальну фізичну ослабленість, педагогічну занедбаність. Ця патологія називається "відставання у розумовому розвитку", має тимчасовий характер і може бути компенсована шляхом використання корекційної роботи з розвитку тих чи інших ушкоджених функцій або функціональних систем.

Терміном **"розумова відсталість"**у вітчизняній дефектології прийнято вважати стійке порушення пізнавальної діяльності людини та інших вищих психічних функцій, яке виниклі; внаслідок органічного дифузного пошкодження цей тральної нервової системи.

Ступінь ураження головного мозку може бути різним на складністю, локалізацією, часом впливу на нього того чи іншого хвороботворного фактору. Це є свідченням того, що етіологія даного патологічного стану може бути надзвичайно різноманітною, що в свою чергу, викликає різноманітні індивідуальні особливості фізіологічного, емоційно-вольового та інтелектуального розпитку такого суб'єкта.

Термін "розумова відсталість" вказує не лише на кількісну, а й на якісну характеристику порушення, що передбачає певний позитивний розвиток дитини, внаслідок організації цілеспрямованого корекційно-розвивального впливу на неї, який враховує її потенційні можливості і опирається на збережені або менш ушкоджені її функції чи функціональні системи.

Розумова відсталість як патологія може бути констатована лише у тому випадку, якщо в одного суб'єкта е водночас три ***основні ознаки:***

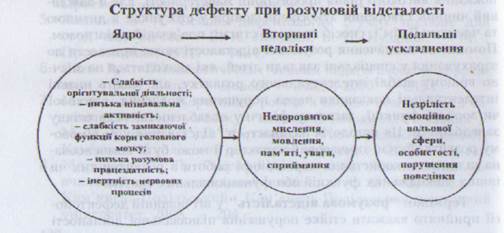
*1) органічне ураження головного мозку дифузного характеру (набуте або спадкове);*

*2) порушення пізнавальної діяльності, зокрема, усіх розумових операцій (аналіз****,****синтез, узагальнення, абстрагування тощо), пам'яті, мовлення;*

*3) стійкість порушення або його регресивність.*

*Через наявні ознаки дитина не може оволодіти програмою загальноосвітньої школи у повному обсязі в усталені терміни.*

*Структура дефекту у розумово відсталих дітей є достатньо складною. Загальний її аналіз (за Л. Виготським) подамо у вигляді схеми:*



*Визначаючи розумову відсталість, далеко недостатньо обмежитись загального вказівкою порушення, слід обов'язково встановити і його структуру Це набуває вагомого значення для проведення з дитиною корекційної роботи. Передусім, безумовно, глід враховувати первинні порушення у структурі дефекту. Вони відображаються на розвитку психіки дитини, ускладнюють його. Проте педагогічні зусилля необхідно спрямовувати на вторинні та подальші ускладнення, оскільки саме іони піддаються інфекційному впливу.*

До групи розумово відсталих належать особи з клінічними діагнозами, які згідно сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ — 10) позначаються відповідними шифрами:

***F* — *розумова відсталість;***

***F 70* — *легка розумова відсталість;***

***F 71 — помірна розумова відсталість;***

***F 72 — важка розумова відсталість;***

***F 73 — глибока розумова відсталість;***

***F 78 — інша розумова відсталість;***

***F* *79 — неуточнена розумова відсталість.***

До основного діагнозу можуть бути супутні психіатричні проблеми:

***F 7x.O* — *мінімальні поведінкові відхилення або їх відсутність;***

***F 7х. 1 — значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів;***

***F 7х. 8* — *інші поведінкові відхилення;***

***F 7х. 9 — поведінкові відхилення не визначені.***

Від часу пошкодження головного мозку РВ поділяється на ***два види:*** олігофренія і деменція:

**Олігофренія** виникає в результаті мозкових захворювань у період внутрішньоутробного розвитку, в ранньому дитинстві чи як наслідок пологових травм. У дітей — олігофренів недорозвиненими є вищі форми пізнавальної діяльності. Олігофренія характеризується відсутністю прогредієнтності, тобто у дитини в процесі її розвитку розумова відсталість не прогресує. За спеціально організованих умов дитина — олігофрен здатна оволодіти певними знаннями, вміннями і навичками, досягнути певного рівня розвитку.

**Органічна деменція**

Стійка **інтелектуальна недостатність**, що виникає у дітей старше 2-3 років після інфекцій, інтоксикацій та травм НС, позначається терміном «**органічна деменція**». Іноді органічна деменція може бути викликана спадковими дегенеративними, захворюваннями мозку. При органічній деменції, на відміну від олігофренії, має місце період нормального інтелектуального розвитку та відбувається розпад вже більш-менш сформованих інтелектуальних функцій.

У ранньому віці деменція виявляється у втраті пізно придбаних навичок. Структура інтелектуальної недостатності виявляється в нерівномірній недостатності різних пізнавальних функцій, залежної від характеру і ступеня дії чинника, області локалізації ураження. Наголошується невідповідність між запасом знань і обмеженими можливостями їх реалізації. Характерні виражені порушення розумової працездатності, пам'яті, уваги, регуляції поведінки, мотивації; особові і емоційні розлади - діти розгальмовані, їх емоції примітивні. Структура дефекту відрізняється більшим поліморфізмом, ніж при олігофренії, в інтелектуальному, емоційному, особовому відношенні.

Характерні **ознаки** деменції:

- Відсутність критики і цілеспрямованої розумової діяльності;

- Виражені порушення уваги, пам'яті, іноді ряду гностичних функцій;

- Більш виражені емоційні порушення, які не корелюють зі ступенем зниження інтелекту;

- Частіше спостерігаються порушення інстинктивної сфери: підвищені або перекручені потягу, імпульсивні дії або, навпаки, ослаблення інстинктів (відсутність почуття страху, інстинкту самозбереження);

- Характерна дисоціація між ступенем інтелектуального дефекту і порушенням діяльності; поведінка дитини часто неадекватно ситуації, навіть за відсутності різко вираженою інтелектуальної недостатності.

Залежно від динаміки хворобливого процесу виділяють :

**- Резидуальну** органічну деменцію - порушення інтелекту є залишковими явищами ураження мозку;

- **Прогресуючу** органічну деменцію, викликану поточним органічним патологічним процесом в головному мозку, при якому явища інтелектуального розпаду постійно наростають. До прогредієнтних форм деменції відносяться: епілептична; шизофренічна; ревматична; сифіліс головного мозку.

**2. КЛАСИФІКАЦІЯ ОЛІГОФРЕНІЙ ЗА ГЛИБИНОЮ ДЕФЕКТУ ТА ЗА КЛАСИФІКАЦІЯМИ М. ПЕВЗНЕВ, Г. СУХАРЕВОЇ, В. КОВАЛЬОВА.**

**Класифікація олігофреній за Г.Є. Сухаревою (1972 р.) (за етіологічним критерієм)**

1. Олігофренії ендогенної природи:

· істинна мікроцефалія;

· хвороба Дауна, синдром Шерешевського-Тернера, синдром Клайнфелтера та ін.;

· ксеродермічні форми (синдром Рада);

· ензимопатичні форми, які обумовлені порушеннями білкового, углеводного, ліпідного та інших видів обміну – фенілкетонурія, галактоземія, гаргоілізм тощо;

· мутагенне ураження генеративних клітин батьків (іонізуюча радіація, хімічні речовини тощо).

2. Ембриопатії та фетопатії:

· олігофренія, яка обумовлена вірусними інфекціями (краснуха вагітних, грип, вірусний гепатит);

· олігофренії, які обумовлені токсоплазмозом;

· олігофренії, які обумовлені вродженим сифілісом;

· олігофренії, які викликані гормональними порушеннями та іншими ендогенними і екзогенними токсичними факторами.

3. Олігофренії, які викликані шкідливими факторами, які діють під час пологів, в ранішній період і перші три роки життя дитиини:

· олігофренії, які виникли внаслідок асфіксії плода і пологової травми;

· олігофренії, викликані в дитинстві (до 3-х років) інфекціями і черепно-мозковими травмами;

· атипічні олігофренії, обумовлені гидроцефалією, поєднання з ДЦП, тяжкі порушення сенсорних функцій.

**Класифікація олігофреній за В.В. Ковальовим (1979 р.)**

В.В. Ковальов виділяє такі клінічні форми:

1) ретардація, тобто стійке психічне недорозвинення (загальне або парціальне) або уповільнений психічеий розвиток;

2) асинхронія (дисгармонічний психічний розвиток), який включає ознаки ретардації і акселерації.

Явище *ретардації* – відсутність еволюції ранніх форм психічного розвитку.

Окремі періоди розвитку незавершені. Це явище характерне для олігофреній, а також затримки психічного розвитку (ЗПР).

Явище *акселерації* окремих функцій: це стосується ранного прояву сексуального потягу при передчасному статевому дозріванні.

Класифікація М. С. Певзнер

Олігофренія поділяється на декілька груп, які відрізняються патофізіологічною, клінічною і психологічною характеристикою. Зокрема ***(Д/з: характеристику розкрити самостійно):***

* неускладнена олігофренія;
* олігофренія, ускладнена переважанням збудження над гальмуванням;
* олігофренія, ускладнена переважанням гальмування над збудженням;
* олігофренія, ускладнена грубим порушенням особистості, різкою зміною потреб і мотивів;
* олігофренія, ускладнена частковим порушенням слуху, мовнослухової системи, моторики.

***Класифікація за глибиною дефекту***

Згідно сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ — 10) за складністю й виразністю порушення розумову відсталість поділяють на ***чотири ступені,*** які співвідносяться з відповідним інтелектуальним коефіцієнтом (IQ):

легка розумова відсталість (дебільність) (F 70) - IQ = 50 - 69;

помірна розумова відсталість (легка імбецильність) (F71) - IQ = 35 -49;

важка розумова відсталість (виразна імбецильність) *(F 72) -* IQ = 20-34;

глибока розумова відсталість (ідіотія) (F 73) - IQ = 0 - 19.

**3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ.**

*Легкий ступінь розумової відсталості*

Діти з легким ступенем РВ є основним контингентом спеціальної (допоміжної) школи для дітей з порушеннями розумового розвитку, оскільки рівень їхнього розвитку, за умови проведення корекційної роботи, дозволяє їм оволодіти певнім освітнім рівнем і нескладними професійними навичками.

Найбільш порушеними (у порівнянні з нормальними однолітками) у дітей з легким ступенем розумової відсталостi виявляються вищі психічні процеси (мислення, мовлення, пам'ять), хоча й інші (увага, сприймання, відчуття) — можуть недорозвиненими.

У цієї категорії дітей мислення є конкретним, стереотипним, критичним, обмежується безпосереднім досвідом і необхідністю лечения нагальних потреб; операції мислення, вміння встановлювати причинено-наслідкові зв'язки є несформованими. Такі діти оволодівають мовленням з деякою затримкою, здатні використовувати його у своєму щоденному спілкуванні, підтримувати розмови на побутову тематику, брати активну участь у бесіді. Мовлення цих дітей характеризується загальним недорозвитком, що виражається у порушенні всіх його сторін: фонетико-фонематичних та граматичних порушеннях, звуження словникового запасу, недостатності розуміння слів та неадекватному їх вживанні, несформованості зв'язного мовлення, часто системні порушення усного мовлення відображаються й на оволодінні письмом та читанням. Обсяг запам'ятовування дітей є звуженим, мнемічні процеси - уповільненими, нестійкими, через що страждає і якість запам’ятовування: воно є неточним, фрагментарним, поверхневим, не опосередковується мисленням.

Довільна увага дітей є недорозвиненою; порушеними є такі її властивості, як цілеспрямованість, концентрація, стійкість Ці діти характеризуються підвищеною розсіяністю, невмінням утримувати увагу на будь-якій діяльності тривалий час. Це створює їм підвищені труднощі під час оволодіння шкільною програмою, елементами самообслуговування, трудовими операціями.

Недостатній розвиток сприймання цих дітей не дозволяє їм оволодіти правильними уявленнями про навколишній світ, адже їхнє сприймання є фрагментарним, нецілеспрямованим, звуженим, уповільненим, результати сприймання не осмислюються.

Емоції дітей-з легким ступенем РВ є недостатньо диференційованими, часто нестійкими, хоча й адекватними у доступних їхньому розумінню ситуаціях. Через недорозвиток мислення дуже важко і повільно у цієї категорії дітей формуються вищі почуття: гностич ні, моральні, естетичні тощо.

*Помірний ступінь розумової відсталості (легка імбецильність)*

Помірна розумова відсталість характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення у таких дітей є конкретним, непослідовним, інертним; діти є практично не здатними ми до утворення абстрактних понять. Вони не вміють своєчасно користуватись вже засвоєними діями, не обдумують свої вчинки, не передбачають результат. Ці діти повільно утворюють логічні зв'язки і зазвичай краще запам'ятовують те, що безпосередньо пов'язується з задоволенням їхніх фізіологічних потреб.

Особи з таким ступенем розумової відсталості мають значний недорозвиток мовлення. Словниковий запас досить бідний, наявні аграматизми. Активний словник с значно меншим, ніж пасивний, але використання з пасивного словника слів дітьми даної групи спостерігається досить рідко. Ці діти краще розуміють звернене мовлення. Самостійно побудувати складну мовленнєву конструкцію не можуть; хоча й здатні повторити мовленнєві висловлювання інших.

Пам'ять у дітей цієї категорії формується досить повільно, матеріал запам'ятовується лише після багаторазових повторень, швидко забувається. Знання погано використовуються на практиці. Поряд з цим у деяких імбецилів відмічають випадки надзвичайно розвиненої пам'яті на цифри, дати, події, імена тощо (так звана гіпертрофія пам'яті).

Спостерігаються й значні порушення уваги. Вона швидко розсіюється, діти повільно концентруються, часто відволікаються на другорядні ознаки, не вміють довго її утримувати на одній діяльності. Слабка активна увага перешкоджає досягненню будь-якої поставленої мети, навіть елементарної.

Розвиток навичок самообслуговування та функцій рухового апарату також відстає, таким людям впродовж всього життя потрібна допомога і контроль. Рухи є уповільненими, вайлуватими; моторна недостатність спостерігається практично у всіх дітей даної групи. Вони мають значні труднощі при переключенні рухів, швидкій зміні поз і дій. Найчастіше виникають труднощі при виконанні дій, які вимагають диференційованих рухів пальців.

Досить яскраво недоліки пізнавальних процесів проявляються у цієї категорії дітей при формуванні у них навичок читання, письма, рахунку. Вихованці не здатні зрозуміти прочитане (хоча інколи навчаються технічно правильно відтворювати текст), допущені помилки ними не помічаються, і, отже, не виправляються. Вони можуть навчитись рахувати у межах 10, інколи в межах 100 на наочному матеріалі, але абстрактний рахунок, навіть у межах першого десятка, є для них переважно недоступним.

У процесі спеціальної корекційно-виховної роботи діти можуть оволодіти деякими базовими навичками самообслуговування. Спеціально розроблені навчальні програми відповідають сповільненому характеру навчання з невеликим обсягом матеріалу, який потрібно засвоїти. У зрілому віці люди з помірною розумовою відсталістю зазвичай спроможні виконати просту практичну роботу, якщо при ньому їм даються доступні вказівки і організовується контроль її виконання. Повністю незалежне проживання дорослої людини з помірною розумовою відсталістю здебільшого є неможливим. Проте такі люди є цілковито мобільними та фізично активними. Більшість з них здатні встановлювати контакти, спілкуватись з іншими людьми, бути залученими до простих соціальних дій.

*Важкий ступінь розумової відсталості (виразна імбецильність)*

Ця категорія дітей подібна до групи дітей з помірною розу-эю відсталістю за клінічною картиною та ознаками органічного ураження центральної нервової систему. Так само, як і для дітей з помірною розумовою відсталістю, для них є характерним низький рівень засвоєння різних навичок. У більшості з них стерігаються низький рівень розвитку моторики, порушення координації рухів, наявність інших відхилень, обумовлених органічними порушеннями головного мозку. Частина дітей цієї категорії не вміють самостійно пересуватись.

Спостерігається значне порушення вищих психічних функцій. Вони запам'ятовують лише ту діяльність або ті явища чи процеси, які викликають у них позитивні емоційні переживання. Увага не концентрується, вони можуть відволікатись на будь-які, навіть незначні і другорядні подразники. Вони не можуть зробити навіть елементарних висновків або узагальнень. Як правило, інтелектуальні порушення супроводжуються виразною неврологічною патологією: паралічами, парезами, гіперкінезами.

Ця категорія осіб є нездатною до оволодіння навіть елементарними знаннями з рахунку, письма, читання. Робота з ними полягає у розвитку і простому тренуванні необхідних навичок самообслуговування та санітарної гігієни, соціальної адаптації і виконання елементарних трудових операцій. Проте через моторну незграбність та грубі порушення пізнавальної діяльності їм для цього потрібно набагато більше часу. Частині з них навіть після тривалих тренувань не вдається оволодіти такими дрібними рухами, як застібання ґудзиків, шнурування, накладання одного предмету на інший тощо. Самостійно використати навіть натреновані знання діти цієї категорії в більшості випадків не зможуть.

У дітей цієї групи не має достатнього для спілкування словникового запасу, що значно ускладнює їхню соціалізацію. У своєму мовленні вони використовують лише найбільш знайомі слова і мовленнєві штампи, заучені граматичні конструкції, часто при цьому не усвідомлюючи їхнього змісту. При спілкуванні використовують додаткові невербальні форми комунікації - жести, міміку, окремі звуки, якими висловлюють свої бажання і потреби. Краще ідуть на контакт зі знайомими людьми, завдяки чому після тривалих тренувань у них вдається сформувати елементи соціалізованих емоцій.

Принципова відмінність між помірною та важкою розумовою відсталістю полягає в тому, що у останніх є виразні моторні відхилення або інші клінічні прояви, які свідчать про глибинне органічне ураження. Відхилення, притаманні цій категорії осіб, не дозволяють їм самостійно, без спеціальної опіки, жити у соціальному середовищі.

*Глибокий ступінь розумової відсталості*

Це найважчий ступінь розумової відсталості, при якому органічно уражається не лише кора головного мозку, а й частково підкірка, що призводить до грубого порушення фізичного та психічного розвитку.

Більшість з таких дітей є малорухомими або значно обмеженими в моторних можливостях, страждають на хронічні захворювання внутрішніх органів, енурез, енкопрез тощо. їхні потреби й дії мають примітивний характер, рухові реакції є хаотичними, нецілеспрямованими

При цьому ступені пізнавальна діяльність є повністю несформованою. Діти ніяк не реагують на оточуючих, навіть сильним звуком і яскравим світлом не можна привернути їхню увагу і утримувати її хоча б деякий час. Вони часто не впізнають рідних, близьких, реагують лише на тих людей, які постійно працюють з ними; здатні розуміти лише прості форми невербального спілкування, в основі яких лежать реакції отримання задоволення, не можуть оволодіти елементарними навичками самообслуговування, не вміють піклуватись про себе і потребують постійної допомоги, опіки і контролю. Окремі з них можуть навчитись самостійно їсти.

У них порушені смакові і нюхові відчуття, в результаті чого вони можуть їсти неїстівні предмети і практично не реагувати на різкі запахи. Емоційні реакції у них практично відсутні. Емоції не є показником стану такої дитини. Про її стан не можна зрозуміти за виглядом її обличчя, позою, рухами. У них часто виникають афективні спалахи, під час яких вони можуть битися головою об стіну, кусати собі руки, бити п'ятками об підлогу, викручувати пальці тощо. Через понижену больову чутливість такі рани не викликають у них дискомфорту. Одні з них є апатичними, повільними, інші — навпаки, злобливими, агресивними, дратівливими.

Поведінка дітей з глибоким ступенем РВ повністю залежить від зовнішніх стимулів, є нецілеспрямованою, неусвідомленою.

**4. ПОНЯТТЯ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ЗПР.**

Діти, які за своїми психофізичними показниками не відповідали дітям з нормальним психофізичним розвитком і в той же час не належали до розумово відсталих, почали привертати увагу спеціалістів порівняно недавно. Зокрема, на початку ХХ століття відомі дослідники дитячого інтелекту А. Біне і Т. Сімон виділили групу "псевдоненормальних дітей", які не були розумово відсталими і водночас не могли бути віднесені до норми. Вони описувались як "субнормальні", діти "малограмотні", "ненормальні". Незалежно від використовуваної термінології для більшості закордонних дослідників притаманний неклінічний підхід до даної проблеми. Не дивлячись на опис різних розладів, які спостерігаються при граничній інтелектуальній недостатності, у більшості праць клінікопатопсихологічний аналіз тих чи інших форм даної патології заміняється лише кількісним психометричним визначенням рівня інтелектуального розвитку.

Систематичне дослідження цих дітей на території Радянського Союзу було розпочато Г. Є. Сухаревою у 50-і роки, продовжено Т. А. Власовою та М. С. Певзнер у 60-70-і роки. Вони пропонували термін "тимчасова затримка психічного розвику", який вказував на те, що через певний проміжок часу ця затримка компенсується, дитина досягне рівня своїх однолітків і її розвиток увійде у нормальне русло. Введення цього підходу на тривалий час визначило основні підходи до корекції і діагностики значного прошарку цих дітей. Затримка психічного розвитку розумілась як сповільнення темпу психічного розвитку.

Психічний недорозвиток у дітей не обов'язково набуває характеру одночасного відставання у дозріванні всіх психічних процесів. Часто він має характер асинхронного, коли одні сторони особистості розвиваються нормально, а з боку інших спостерігається відставання і викривлення за структурою.

Під **затримкою психічного розвитку** розуміють збірну за клінічними ознаками групу різних варіантів відставання у психічному розвитку, які не характеризуються загальним психічним недорозвитком (як це має місце при олігофренії) але мають такі особливості інтелекту й особистості, які передусім не дозволяють дітям своєчасно і якісно оволодіти елементарними шкільними знаннями.

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

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

Патогенез затримки психічного розвитку вивчений недостатньо. Вважається (Т. А. Власова, В. В. Лебединський, М. С. Певзнер), що основним механізмом затримки психічного розвитку є порушення дозрівання і функціональна недостатність більш молодих і складних систем мозку, які відносяться головним чином до лобних відділів кори великих півкуль головного мозку і забезпечують проведення усвідомлених актів поведінки і діяльності суб'єкта. В одних випадках переважає механізм затримки темпу розвитку більш молодих функціональних систем мозку, в інших (з більш стійкою інтелектуальною недостатністю) — механізми негрубого органічного порушення мозку з випаданням структурних і функціональних елементів, необхідних для виконання більш високого рівня інтелектуальних процесів.

**5. КЛАСИФІКАЦІЯ ЗПР**

На теперішній нас існує багато класифікацій затримок психічного розвитку, де за основу береться психічних розвиток, педагогічна характеристика, клінічні ознаки, етіологія, патогенез розвитку різних груп дітей. Традиційною є ***класифікація***на основі етіологічного принципу, в основу якої покладено виділення чотирьох *основних варіантів затримки психічного розвитку:*

■ конституційного походження;

■ соматогенного походження;

■ психогенного походження;

■ церебрально-органічного походження.

У клініко-психологічній структурі кожного з перерахованих варіантів затримки психічного розвитку є специфічне поєднання недорозвитку емоційно-вольової та інтелектуальної сфери.

При **ЗПР конституційного походження** (від лат. слова — *побудова — індивідуальні анатомічні і фізіологічні особливості людини, які складаються в певних соціальних і природних умовах і проявляються в її реакції на різні (в тому числі і хвороботворні) впливи)* спостерігається поєднання недорозвитку емоційно-вольової, психічної сфер з інфантильним типом тілобудови, недостатністю моторного розвитку, мовлення, дитячістю пластичності міміки. Ці діти мають менший зріст, меншу вагу, недорозвиток рухової сфери, які притаманні нормальному розвитку дітей молодшого віку. Так, дитина з конституційною ЗПР 6-7-ми років за своїми емоційно-вольовими параметрами подібна до дитини з нормальним психофізичним розвитком 4-5-ти років. Ці діти є невтомними під час гри, в якій проявляють багато творчості й видумки і водночас швидко стомлюються під час цілеспрямованої інтелектуальної діяльності. Тому на початку шкільного навчання у них виникають конфлікти і через недостатню спрямованість на сам процес оволодіння знаннями, і через невміння підпорядковуватись правилам шкільної поведінки й дисципліни. Ця "гармонійність" розвитку особистості утруднює їхню соціальну адаптацію, а несприятливі умови життя сприяють патологічному формуванню особистості за нестійким типом.

Як синонім ЗПР конституційного походження вживають термін психічний або психофізичний гармонійний інфантилізм.

**ЗПР соматогенного походження** характеризується емоційною незрілістю, обумовленою тривалими, хронічними захворюваннями, які призводять не лише до зниження фізичної, а й інтелектуальної працездатності, ослаблюючи клітини головного мозку. До таких захворювань відносяться вроджені й набуті пороки соматичної сфери (серця, органів дихання, кишково-шлункового тракту тощо). Хронічні фізична і психічна астенія гальмують розвиток активних форм діяльності, що сприяє формуванню таких рис особистості, як нерішучість, боязкість, невпевненість у своїх силах. Ці ж якості значною мірою обумовлюються і створенням для хворої або фізично ослабленої дитини спеціального режиму заборон, який обмежує її й так недостатню активність і самостійність. Таким чином, до цієї затримки додається і штучно створена інфантилізація, обумовлена фактором гіперопіки.

**ЗПР психогенного походження** ,обумовлена несприятливими умовами соціального оточення, в якому перебуває дитини, неправильністю її виховання. Вже доведено, що несприятливі умови соціального середовища, які починають рано впливати на дитину і мають тривалий, затяжний вплив на психіку дитини, призводять не лише до відставання в отриманні знань та інформації про навколишній світ, але й до стійких порушень її нервово-психічної сфери, обумовлюючі патологічний розвиток психіки. Залежно від несприятливого соціального впливу виділяють ЗПР психогенного походження, обумовлену:

— по типу *психічної нестійкості*або фактором *гіпоопіки*(недостатністю соціальної допомоги та соціального керівництва в отриманні інформації про навколишній світ) - призводить до невміння гальмувати свої емоції і бажання, імпульсивності, відсутності почуття відповідальності. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань і уявлень, необхідних для засвоєння навчальних предметів на початку і в процесі шкільного навчання;

- фактором *гіперопіки*(надлишком уваги до дитини, що не дозволяє їй самостійно оволодівати соціально-ціннісними формами і правилами поведінки) призводить до формування егоцентричних та егоїстичних установок, нездатності до вольового зусилля, праці, спрямованість на постійну допомогу і опіку;

- фактором неправильного виховання по типу *Попелюшки*(явного або прихованого відторгнення дитини батьками або одним із членів сім'ї);

- фактором неправильного виховання по *невротичному*типу (це зустрічається в сім'ях, де культивується агресивне, жорстоке ставлення до дітей або до членів родини) призводить до відсутності ініціативи і самостійності, нерішучості, низької активності, невпевненості.

Крім несприятливих умов виховання заслуговує на увагу і ще один негативний середовищний фактор, який приєднується пізніше. Це, зокрема, прихотравмуюча ситуація, пов'язана з проблемами шкільного навчання. Н. Л. Білопольська зазначає, що відчуття власної неповноцінності пов'язано не лише з об'єктивними труднощами, але й з несприятливою емоційною атмосферою, яка створюється у класі навколо невстигаючих у навчанні дітей. Низька оцінка однолітками їхніх інтелектуальних здібностей неправомірно поширюється й на їхню зовнішність, моральні якості. Довготривала психотравмуюча ситуація призводить до невротичних утворень і викликає у дітей із ЗГІР різного ґенезу негативне ставлення до школи, часто наштовхує на неправильні шляхи самоствердження і сприяє формуванню цілого ряду асоціальних форм поведінки у підлітковому віці (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, К. С. Лебединська та ін.).

**ЗПР церебрально-органічного походження***.* Цей тип затримки посідає провідне місце у поліморфній групі цієї аномалії розвитку. Він зустрічається частіше інших варіантів, має більшу стійкість і виразність порушень як у емоційно-вольовій сфері по типу органічного інфантилізму, так і у пізнавальній діяльності. Для цієї форми затримки притаманне уповільнення зміни вікових фаз психічного розвитку.

Уповільнення темпу формування пізнавальної сфери у цих дітей значною мірою пов'язане з нейродинамічними розладами. Емоційно-вольова незрілість проявляється у вигляді органічного (церебрально-органічного) інфантилізму. Він характеризується передусім підвищеною стомлюваністю, яка впливає на порушення працездатності, пам'яті, уваги, інших вищих психічних функцій, уповільненням темпу інтелектуальної діяльності з швидким настанням виснаженості. У цих дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, їм притаманна слабка диференційованість, відсутність зацікавлення в оцінці, низький рівень домагань. Навіюваність має більш грубий відтінок і часто відображає органічний дефект критики. Ігрова діяльність характеризується малою творчістю, уявою, певною монотонністю і одноманітністю, перевагою компонентів розгальмованості. Саме прагнення до гри часто набуває характеру опосередкованого втікання від цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, яка викликає в них негативні емоційні переживання.

Ця форма затримки передбачає наявність органічних порушень у корі головного мозку. Саме через це її найскладніше відмежувати від розумової відсталості легкого ступеня. Проте органічні порушення при цій формі ЗПР не лише характеризуються меншою важкістю ушкодження нервової системи, але й іншою клініко-психологічною структурою дефекту. Більш пізнє ушкодження призводить до практично обов'язкової наявності порушень систем з більш коротким терміном розвитку. На відміну від олігофреній з тотальним недорозвитком при ЗПР церебрально-органічного походження спостерігається вибірковість порушень.

**6. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ЗПР.**

Діти із затримкою психічного розвитку мають своєрідну пізнавальну діяльність. Учителям загальноосвітніх навчальних закладів необхідно обов’язково володіти цією інформацією. Зупинимося на основних аспектах.

**Увага.** Усім дітям із затримкою психічного розвитку властиве зниження уваги. Слід відзначити, що зниження стійкості уваги може мати різний характер: максимальне напруження уваги на початку виконання завдання й подальше її зниження; настання зосередження уваги після певного періоду роботи; періодичні зміни напруження уваги та її спаду впродовж усього часу роботи.

**Сприйняття.** Спостерігається неповноцінність зорового і слухового сприйняття, просторові й часові розлади, недостатність планування й порушення у виконанні складних рухових програм. Таким дітям потрібно більше часу для прийому й опрацювання зорових, слухових та інших вражень. Подібні якості предметів сприймаються ними як однакові (овал, наприклад, сприймається як коло). Недостатньо сформованими є просторові уявлення: орієнтування в напрямках простору здійснюється на рівні практичних дій, сприйняття перевернених зображень утруднене, виникають складнощі під час просторового аналізу й синтезу ситуації.

**Пам'ять**. Особливо страждають ті її види, які вимагають частих розумових процесів (опосередковане запам'ятовування). Знижені й найбільш елементарні види нам'яті. Механічна пам'ять характеризується зниженою продуктивністю перших спроб запам'ятовування, але час, необхідний для повного заучування, близький до норми. Хоча такі діти й зазнають труднощів на початковому етапі запам'ятовування слів, у більшості випадків вони успішно справляються із завданням (розумово відсталі діти впоратися з цим не в змозі).

**Мислення**. Діти демонструють високий порівняно з розумово відсталими дітьми рівень розумової діяльності, особливо під час розв'язання наочно-дійових і наочно-образних завдань. Доволі високі показники спостерігаються під час виконання завдань за наочним зразком. Деякі труднощі викликають завдання, в яких відсутній наочний зразок. Особливості розумової діяльності найбільш яскраво виявляються в словесно-логічному мисленні: відсутність готовності до рішення, недостатня виразність орієнтовного стану в їхньому розв'язанні, нездатність до необхідного зусилля, невміння контролювати себе в процесі виконання завдання, низький рівень розвитку головних розумових операцій.

**Мовленнєва діяльність** також має низку особливостей:

* словниковий запас бідний (особливо активний), поняття звужені, недиференційовані, іноді помилкові;
* істотні труднощі в оволодінні граматичним ладом мови (особливо в розумінні та вживанні логіко-граматичних структур);
* своєрідне формування словотворчої системи мови;
* більш пізнє опанування здатності усвідомлювати мовлення як особливу діяльність, що відрізняється від предметної;
* порушення у формуванні монологічного мовлення.

Перелічені особливості мовленнєвої діяльності створюють значні труднощі під час навчання дітей читання й письма. Такі діти припускаються помилок у разі послідовного виділення звуків, виявляють непідготовленість до мовленнєвих спостережень, не вміють виокремлювати речення з тексту.

У дітей із ЗПР бракує математичних знань і вмінь. Часто вони вміють лічити до десяти, але це зовсім не означає, що вони можуть свідомо оперувати натуральним рядом чисел. Вони мають труднощі у зворотній лічбі, не можуть полічити до заданого числа, не розуміють, що кожне наступне чи попереднє число є збільшенням чи зменшенням на одиницю, не відрізняють порядку лічби від кількості. Через таку обмеженість дошкільної підготовленості до засвоєння знань з математики шкільна програма для дітей із затримкою психічного розвитку є недоступною без спеціальної роботи, спрямованої на ліквідацію прогалин у попередніх математичних знаннях і уявленнях.

У цих дітей недостатній мовленнєвий розвиток. Переважна більшість дітей цієї категорії має недоліки фонематичного слуху: вони недостатньо розрізняють звуки мови та відтворюють їх артикуляційним апаратом. Часто неправильна вимова відтворюються і на письмі, що свідчить про глибше порушення фонематичного слуху та несформованість звукового аналізу слова.

З початком навчання у школі виявляється недорозвиненість усного мовлення у цих дітей. На побутовому рівні воно може бути задовільним: діти невимушено спілкуються між собою на перерві, але для цього достатньо коротких прохань, запитань, відповідей, окликів. Обмеженість мовленнєвих засобів добре виявляється на уроці, коли дитині потрібно відповісти на конкретне запитання. Вона не може сформулювати свою думку й тому мовчить, іноді справляючи враження сором'язливої.

Час продуктивної роботи у таких дітей надзвичайно короткий –   
15-20 хв, після чого настає втома. Прояви її різноманітні: одні діти стають апатичними, безініціативними, бліднуть, лягають на парту, стають сонливими, інші – розгальмовуються, переключаються з однієї діяльності на іншу, зачіпають товаришів, не реагують на зауваження, зухвало на них відповідають.

Надмірна інертність нервових процесів у деяких дітей цієї групи зумовлює труднощі переходу від однієї діяльності до іншої. Такі діти відволікаються, не знають з чого почати, по кілька разів перепитують про це вчителя; переходять від однієї діяльності до іншої, не закінчуючи жодної початої праці; на уроках фізкультури їм важко переключитися з виконання одного руху на інший.

Як ми вже зазначали, ЗПР, особливо нескладних форм, важко диференціюється до початку шкільного навчання. Це обумовлюється рядом причин, і передусім тим, що, *по-перше,*батьки не помічають якихось "незначних" відхилень у розвитку дитини. Вона грається, трохи пізніше починає говорити (але таке буває у багатьох дітей), товариська; за порушеннями емоційно-вольової сфери вони не вбачають якихось значних негараздів. Якщо їхня дитина не оволодіває тими знаннями, якими оволодівають більшість дітей дошкільного віку, вони це відносять до, скоріше, відсутності у них педагогічного досвіду, необхідних навичок організації навчання. Вони думають, що дитина прийде до школи і там вчитель, який володіє необхідними методичними прийомами, краще за них навчить їхню дитину. *По-друге,*як би ми не говорили, для кожного батька та матері їхня дитина є найкращою у світі. І саме тому більшість негараздів у поведінці, інтелектуальному, особистісному розвитку батьки просто не хочуть помічати. Крім того, вони не мають зразків для порівняння, в кращому випадку порівнюють її зі своєю старшою дитиною чи сусідською. І знову ж таки певні труднощі, притаманні молодшому синові або доньці, ними відносяться до відсутності достатнього часу, своєї підвищеного завантаженості, певною вседозволеністю по відношенню до меншої дитини. Знову ж таки, дитина піде до школи, де є дисципліна, проводяться уроки і дитина отримає необхідні навички поведінки і відповідну базу знань.

Що ж помічають вчителі, коли така дитина приходить до школи?*По-перше,*це меншу підготовленість до шкільного навчання. Більшість дітей у першому класі вже володіють певними навичками рахунку, обчислення у межах десяти, знають літери і можуть їх показати або записати чи прочитати. Вони у дошкільному віці вивчали віршики, запам'ятовували казки, розповіді про навколишній світ і певною мірою обізнані з його правилами та умовами життя.

У дітей з ЗПР такі знання відсутні, або перебувають на дуже низькому рівні. Вони не володіють навичками рахунку (у кращому випадку технічно завчили цифровий ряд без його усвідомлення), не знають літер, на вміють їх показати. Відсутність достатньої поінформованості про навколишній світ не дає їм можливості адекватно реагувати на певні зміни їхнього соціального статусу, пов'язаного з навчанням у школі; багато речей, про які розповідав вчитель, для них є незрозумілими.

*По-друге,*у цих дітей спостерігається відсутність або недостатнє розуміння їхнього нового соціального статусу - статусу учня. Вони не розуміють правил шкільного життя, їм важко всидіти на уроці, дотримуючись при цьому відповідних правил поведінки. Вони можуть встати, ходити по класу, залізти під парту; відмовляються відповідати на запитання вчителя або викрикують відповіді тоді, коли їх не викликають. Накопичення втоми на уроках призводить до зривів у їхній нервово-психічній діяльності: вони починають плакати, сміятись, викрикувати, стають неврівноваженими. Надмірна втома призводить до виникнення ейфорійного, або дисфорійного стану, які легко змінюються і переходять з одного в інший.

Діти із ЗПР спочатку шкільне навчання, як і їхні однолітки, сприймають із задоволенням. Вони дуже хочуть іти до школи, адже всі їхні друзі навчаються. 1 тому нові покупки, які роблять батьки перед початком шкільного навчання (шкільна форма, портфель, шкільне приладдя, спортивна форма тощо) викликають у них задоволення. Проте коли починається навчання, нові "іграшки" (ті ж самі підручники, олівці, ручки, ранець) швидко набридають. Діти починають приносити на уроки свої іграшки, вже справжні, і, уникаючи негативних емоцій від навчання, починають ними гратися. Вони залазять з ними під парту, граються на підвіконнях. Це провокує конфлікти між вчителем і такою дитиною, між самими дітьми. Через брак знань про навколишній світ пояснення вчителя не розуміються ними, і, як наслідок, не виконуються. Такі діти випадають з загального темпу роботи, поступово накопичуються прогалини у знаннях вже на початку шкільного навчання.

*По-третє,*в них спостерігається низька пізнавальна активність. У зв'язку з певними хворобливими змінами у функціонування нервової системи, зниженням працездатності діти із ЗПР відрізняються від більшості однолітків значно нижчою пізнавальною активністю, яка є суттєвим показником загального розвитку дитини.

Діти із ЗПР є недопитливими і задовольняються першоюж почутою відповіддю на поставлене запитання. Вони не проявляють наполегливості у отриманні відповіді. Часто такі діти ставлять багато запитань, але при цьому вони поверхові, не стосуються сутності предмета або явища і свідчать про обмеженість інтересів, невміння спостерігати. Знижена пізнавальна активність відображається на всіх пізнавальних процесах і, як наслідок, позначається на всій діяльності дитини із ЗПР.

*По-четверте,*цим дітям значною мірою притаманні розлади працездатності і поведінки. Причиною цього є надмірна виснаженість нервових процесів, їхня інертність, неврівноваженість. У таких дітей час продуктивної роботи є надзвичайно коротким — 15-20 хв., після чого настає втома. Прояви її різноманітні: одні діти стають апатичними, безініціативними, бліднуть, лягають на парту, стають сонливими, інші — навпаки, розгальмовуються, переключаються з однієї діяльності на іншу, зачіпають товаришів, не реагують на зауваження, зухвало на них відповідають.

Працездатність характеризується і темпом роботи, і здатністю переключатись на інші види діяльності. Деякі діти відрізняються підвищеною імпульсивністю, переходять від виконання однієї діяльності до іншої не закінчивши першу, потім так само швидко кидають її і починають робити щось іще. Надмірна інертність нервових процесів у деяких дітей цієї групи зумовлює труднощі переходу від однієї діяльності до іншої. Такі діти не можуть працювати разом з класом, відволікаються, не знають, з чого почати, по декілька разів перепитують про це вчителя. Інертність таких дітей є особливо помітною на уроках фізкультури і ритміки: їм важко переключитись з виконання одного руху на інший.

Іноді буває, що розлади працездатності виступають головною причиною, яка перешкоджає дитині вчитися і нормально розвиватися. Такі діти привертають увагу своєю виразною фізичною і психічною ослабленістю, астенічністю, яка пронизує всю їхню діяльність.

Функціональний розлад нервової системи у дітей із ЗПР позначається не лише на їхній працездатності, а й на поведінці в цілому. У окремих дітей помітною є виразність переваги процесів збудження над процесами гальмування, їм важко володіти своєю поведінкою, вони ні на чому не зосереджуються, постійно крутяться, відволікаються, заводять сварки; зачіпають інших дітей.

Хворобливий стан нервової системи цих дітей, її недостатня витривалість до навантажень і напруження призводять до того, що вони недостатньо володіють своєю поведінкою і у конфліктних ситуаціях демонструють бурхливі реакції: плачуть, падають на підлогу, б'ються.

Завданням вчителя є вчасно помітити особливості навчальної та ігрової діяльності цих учнів, їхньої поведінки, поспостерігати за дітьми самому й водночас; направити їх до шкільного психолога для всебічного обстеження і встановлення проблем, що призводять до відставань у психофізичному розвитку та труднощів у навчанні.