

ПОРУШЕННЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ: НОЗОЛОГІЯ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ КОНТЕКСТ

О. Царькова

доктор психологічних наук, доцент, провідний науковий співробітник

О. Прокоф'єва

кандидат психологічних наук, доцент, науковий співробітник

Г. Варіна

науковий співробітник

*Мелітопольський державний педагогічний університет
імені Богдана Хмельницького*

Істотна зміна ставлення суспільства до осіб, що мають проблеми зі здоров'ям і різняться від інших особливостями психофізичного розвитку, й оцінка можливостей дітей з особливими освітніми потребами впродовж останніх років є основними соціальними тенденціями в Україні. Все це пов'язано з усвідомленням факту, що психофізичні порушення не заперечують людської сутності, здатності відчувати, переживати й набувати соціального досвіду. Соціум починає розуміти істину: для кожної дитини необхідно створювати сприятливі умови розвитку, які враховуватимуть її індивідуальні освітні потреби та здібності. З огляду на це, потребує особливої уваги питання щодо усвідомлення проблем дітей з особливими освітніми потребами (ООП), повага й визнання їхніх прав на освіту, бажання і готовність долучити їх до дитячої спільноти.

Звільнення цієї категорії дітей від соціальної ізоляції сприятиме їх здоровій взаємодії з іншими дітьми та розвитку позитивного, толерантного й лояльного ставлення оточуючих. Соціалізація дуже важлива для кожної маленької людини, а для дитини з обмеженими можливостями, у першу чергу. Тому саме школа відіграє найважливішу роль у процесі її адаптації до життя. Аналіз стану здоров'я, порушення психофізичного розвитку дитини, бажання батьків надати їй освіту в загальноосвітній школі, виховання в сімейному колі зумовлюють зміни освітнього процесу.

Сучасною світовою тенденцією також є прагнення соціальної адаптації осіб з особливостями психофізичного розвитку. У нашому суспільстві починає формуватися нова культурна й освітня норма - повага до людей з фізичними й інтелектуальними вадами.

Кожна особистість унікальна по-своєму, маючи відповідні специфічні потреби.

З урахуванням цього аспекту, сьогодні дитина з ООП розглядається як особистість, котра має ті ж права, що й інші члени спільноти, але через особливості індивідуального розвитку потребує надання особливих освітніх послуг. Завдяки сучасній комплексній допомозі у дітей цієї категорії спостерігаються позитивні зміни особистісно-мотиваційної, пізнавальної та емоційно-вольової сфер.

Конвенція про права дитини та Декларація про права інвалідів, ухвалені Генеральною Асамблеєю ООН, пріоритетним для дітей з особливими потребами називають право на освіту, медичне обслуговування, професійну підготовку та трудову діяльність. Визнання нашою державою цих міжнародних документів підвищило увагу суспільства до проблем дітей з особливостями психофізичного розвитку, забезпечивши створення сприятливих умов для їхньої комплексної реабілітації та включення таких дітей до системи сучасних соціальних відносин.

Для забезпечення права на якісну освіту цієї категорії дітей міжнародна практика пропонує широкий вибір доступних форм здобуття освіти. Але визначальним, з точки зору державної політики, є реформування системи освіти, яке б дало змогу охопити навчанням усіх дітей, попри відмінності; законодавчо регламентувати принципи інклюзивної освіти.

Для успішної соціальної інтеграції дитини з особливими освітніми потребами вчитель, асистент учителя, психолог і батьки повинні знати причини порушень, усвідомлювати необхідність компенсаторного розвитку психічних функцій, виявляти оптимізм і вірити в її можливості.

Розвиток людини - процес становлення та формування особистості під впливом зовнішніх і внутрішніх, керованих і некерованих чинників, серед яких одним із провідних є цілеспрямоване виховання та навчання.

У процесі індивідуального життя такий розвиток називають онтогенезом. Він залежить від ендогенних (генетичних або внутрішніх) й екзогенних (середовищних або зовнішніх) чинників.

Дослідник ендогенних чинників В. Липа з-поміж них виокремлює:

- різні спадкові захворювання (наприклад, аплазія - недорозвинення внутрішнього вуха, яке призводить до глухоти; мікрофтальм - груба структурна зміна очей, що характеризується зменшенням розмірів одного ока або обох, що призводить до зниження гостроти зору; міопатія - порушення обміну речовин у м'язовій тканині, позначене м'язовою слабкістю);
- захворювання, пов'язані зі змінами чисельності або структури хромосом (наприклад, поліплодія - збільшення хромосомного набору в кілька разів; трисомія - збільшення хромосом в одній парі; моносомія - зменшення хромосом у парі на одну).

Науковець слушно наголошує на тому, що в певні періоди розвитку дитини екзогенні чинники також є різними:

• у пренатальному (внутрішньоутробному) періоді - це хронічні захворювання батьків, особливо матері; інфекційні хвороби, інтоксикація (отруєння) матері, особливості її харчування під час вагітності (нестача білків, мікроелементів, вітамінів); резус-конфлікт; травми тощо;

• у натальному (родовому) періоді - це родові травми (наприклад, дитячий церебральний параліч, кривошия); інфікування плода; асфіксія - задуха плоду;

• у постнатальному періоді (після народження) - це залишкові явища після різних інфекційних та інших захворювань; різні травми (черепно-мозкові, травми аналізаторів, кінцівок тощо); інтоксикації (алкогольні, нікотинові, наркотичні); недотримання санітарно-гігієнічних норм (наприклад, до короткозорості може призвести недотримання гігієни зору) тощо.

У свою чергу, С. Миронова до чинників розвитку дитини в постнатальний період відносить низку різноманітних соціальних факторів або соціально-психологічних причин, серед яких: переживання дитини, зумовлені неприйняттям у сім'ї чи школі, постійними стресами, хронічними соматичними та фізичними дефектами; несприятливі соціально-побутові умови; недостатність мовленнєвого спілкування; наслідування неправильного мовлення; психічні травми й педагогічна занедбаність. Окремі соціальні чинники впливають, передусім, на дітей з ослабленою нервовою системою, із певними характерологічними особливостями, такими як замкнутість, сором'язливість, несамостійність тощо.

Оцінка темпів психічного розвитку особистості потребує його зіставлення з віковими нормами. Науковець С. Нартова-Бочавер зміст поняття «психологічна норма» характеризує такими положеннями:

- норма визначається статистично: нормальним визнається те, що належить до середини розподілу (те, що зустрічається часто). Для оцінки якості потрібно співвіднести показник дитини із середніми показниками її однолітків, і таким чином визначити його місце серед нормального розподілу. Норми не є абсолютними, вони розвиваються, набувають значення емпірично для окремої групи й тому не можуть автоматично бути перенесеними на інші;

- норми, зумовлені соціальними стереотипами. Поведінка дитини, що не відповідає загальноприйнятій моделі для цього соціального середовища, може сприйматися як ознака відставання або інакшості;

- норми асоціюються з психічним здоров'ям, і тому, у контексті дитячого розвитку, психологічні оцінки часто поєднуються з неврологічними;

- уявлення щодо норм визначається очікуваннями, власним не узагальненим уявленням та іншими суб'єктивними змінними (наприклад, дитину порівнюють з її батьками у тому ж віці, молодшу дитину - зі старшою тощо).

Норми постійно оновлюються і змінюються, визначаючи специфіку людини в конкретному культурно-історичному вимірі. Відхилення від стадії вікового розвитку

(дизонтогенез) у біологічному стані людини характеризується терміном «порушення».

Порушення - це будь-яка втрата чи аномалія психологічної, фізіологічної, анатомічної структури або функції.

Ще у 1916 році видатний психолог П.Трошин зауважив: «... По суті, між нормальними та ненормальними дітьми немає різниці, і ті й інші - діти, чий розвиток відбувається згідно з однаковими законами. Відмінність полягає лише у способах розвитку». Усі діти, що мають відхилення в розвитку вирізняються низкою суттєво виражених, специфічних для кожної групи особливостей, які не властиві дітям з типовим розвитком: грубе порушення просторового орієнтування і координації рухів удітей з порушеннями зору; порушення моторики у дітей з вадами опорно-рухового апарату; своєрідність і ускладнення оволодіння рідною мовою спостерігаються у дітей з порушеннями слуху та специфічними мовленнєвими порушеннями, що перешкоджає адаптації дітей до соціального середовища. Доцільно зазначити, що діти з інтелектуальними порушеннями розглядаючи предмет, охоплюють його частково, не осмислюючи його властивостей і значення.

Специфічні риси порушення психічної діяльності представлені на рис. 1-5:

спричинює труднощі при отриманні інформації, вражень, формуванні предметно-практичної та ігрової діяльності, якісно та кількісно збіднює засвоєння знань;

Г обмежує контакти, спілкування, взаємодію з близькими, соціальне функціонування, передачу соціального досвіду від дорослого до дитини;

Г зумовлює специфічні особливості когнітивної сфери: сприймання, мовлення, пам'яті, уявлення, уяви, мислення;

Г кожний вид порушень створює свою, властиву тільки йому, своєрідну картину особливостей перебігу пізнавальних процесів;

у повільнює, затримує згідно з віковими нормами психофізичного розвитку, призводить до відставання, а іноді до відхилення в розвитку порівняно з нормою;

ускладнює перебіг психічного розвитку, провокуючи появу нових порушень

Рис. 1, Загальна характеристика психічних порушень

У сучасній психолого-педагогічній літературі послуговуються різними назвами категорії «діти з порушеннями розвитку», а саме: «діти з особливостями психофізичного розвитку», «діти з відхиленнями у розвитку», «нетипові діти», «діти

з труднощами у навчанні», «виняткові діти», «діти з обмеженими можливостями здоров'я» тощо.

Види дизонтогенезу (за В. Лебединським)

V

Загальне стійке недорозвинення. Виникає через ураження на ранніх етапах онтогенезу, спостерігається виражена незрілість мозкових систем. Типовий приклад стійкого недорозвинення - олигофренія.

V

Затриманий розвиток. Характеризується сповільненим темпом формування пізнавальної діяльності й емоційної сфери з тимчасовою фіксацією на більш ранніх вікових етапах. Варіанти затриманого розвитку: конституційний, соматогенний, психогенний, церебральний (церебрально-органічний).

Пошкоджений розвиток. В етіології пошкодженого розвитку мають місце спадкові захворювання, внутрішньоутробні, пологові та післяпологові інфекції, інтоксикації і травми центральної нервової системи, але патологічна дія на мозок виявляється на більш пізніх етапах онтогенезу (після 2-3 років). Характерна модель пошкодженого розвитку - органічна деменція.

Дефіцитарний розвиток. Цей вид пов'язаний з важкими порушеннями систем аналізаторів (зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату).

Викривлений розвиток. У даному випадку мають місце складні поєднання загального недорозвинення, затриманого, пошкодженого і прискореного розвитку окремих психічних функцій. Характерним прикладом є аутизм, який виявляється у відсутності або значному зниженні кількості контактів, у «зануренні» у свій внутрішній світ.

Дисгармонійний розвиток. Він характеризується вродженою або рано набутою стійкою диспропорційністю психічного розвитку в емоційній сфері. Характерна модель дисгармонійного розвитку - психопатія і патологічне формування особистості

Рис. 2. Етіологія дизонтогенезу (за В. Лебединським)

Уперше термін «діти з особливими освітніми потребами» був використаний у 1978 р. в доповіді британської дослідниці М.Уорнок, голови Комітету з питань освіти дітей та молоді з інвалідністю. Поступово це поняття почало охоплювати й інші категорії дітей.

Міжнародний стандарт класифікації освіти в країнах Європейського Союзу містить визначення «особливих освітніх потреб» як потреб, що «мають особи, навчання яких потребує додаткових ресурсів». Додатковими ресурсами можуть бути

персонал (для організації процесу навчання), матеріали (різноманітні дидактичні засоби навчання, у тому числі корекційні) і фінанси (бюджетні асигнування для одержання додаткових спеціальних послуг).

Фізичне порушення - тимчасове чи постійне порушення розвитку та/або функціонування органа людини, або хронічне чи інфекційне захворювання.

Психічне порушення - тимчасове або постійне порушення психічного розвитку людини, що включає порушення мовлення, емоційної сфери, у тому числі пошкодження мозку, інтелектуальні порушення, затримку психічного розвитку, зумовлюючи труднощі у навчанні.

а

Складне порушення - сукупність фізичних та/або психічних порушень

Рис. 3. Типологія порушень відповідно до сфери психофізичного розвитку

Органічні порушення - це незворотні у функціонуванні органа, або системи, порушення, відсутність органа або його частини. Органічні порушення можуть бути: генералізованими (інтелектуальні) або ізольованими (сліпота, глухота, порушення рухів, мовлення). Причини: спадкові, вроджені або набуті.

Функціональні порушення - це порушення функцій органа, або загальних функцій всього організму, без порушення тканини органа. Функціональні порушення бувають компенсованими або декомпенсованими. Компенсовані порушення можуть бути тимчасовими і мати зворотний характер. Прикладом можуть слугувати неврози, психоневрози, порушення поведінки. Причини: порушення соціальних зв'язків індивіда. Порушення може виявлятися й у темпі розвитку. Розрізняють два варіанти: акселерацію - прискорений розвиток; ретардацію (затримку) - відставання у розвитку. З одного боку вплив порушень на розвиток дитини ускладнює природний розвиток організму, а з іншого - сприяє посиленому розвитку інших функцій

Рис. 4. Класифікація порушень за походженням

Найбільшою групою, яка охоплює поняття «діти з особливими освітніми потребами» є «діти з особливостями (порушеннями) психофізичного розвитку».

котрі мають відхилення від нормального фізичного **чи психічного розвитку**, зумовлені вродженими чи набутими розладами.

Порушення розвитку розподіляють на первинні та вторинні:

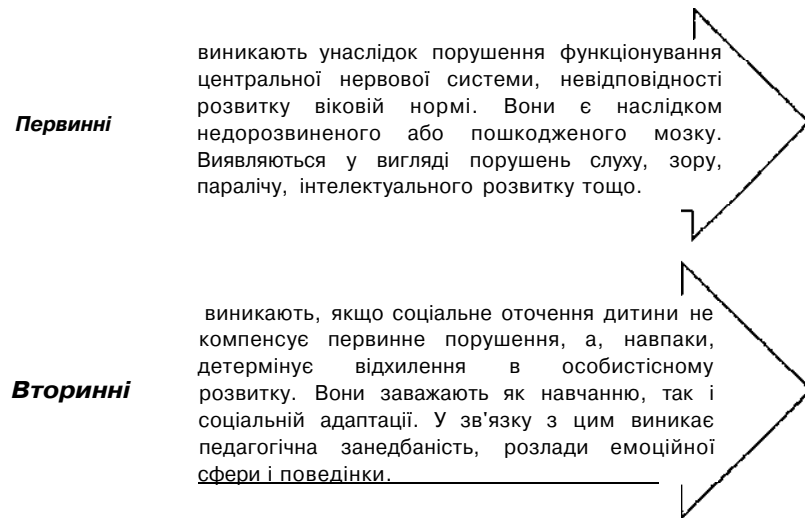


Рис. 5. Класифікація порушень за ступенем вияву

Залежно від типу порушення виокремлюють такі **категорії Дітей**:

- діти з мовленнєвими порушеннями;
- діти з порушенням слуху;
- діти з порушенням зору;
- діти із затримкою психічного розвитку;
- розумово відсталі діти;
- діти з синдромом Дауна;
- діти з розладом функцій опорно-рухового апарату;
- діти з синдромом гіперактивності з дефіцитом уваги;
- діти з розладами аутистичного спектру;
- діти, що мають складну комбіновану структуру порушень

Рис. 6 Загальна класифікація дітей з особливими освітніми потребами

Психологічні особливості дітей з порушенням мовлення

Оволодіння мовленням - складний, багатосторонній психічний процес, розвиток якого залежить від багатьох чинників. Мовлення починає формуватися лише тоді, коли головний мозок, слух і артикуляційний апарат дитини досягнуть певного рівня розвитку. На цей процес значною мірою може впливати й навколишнє

середовище. Якщо дитина не отримує нових яскравих вражень, не створено умови, що сприяють розвитку рухів і мовлення, то затримується її фізичний і психічний розвиток. Малюкові потрібна регулярна мовленнєва комунікація, турбота й любов оточуючих. Якщо дитину позбавити повноцінного спілкування з дорослими або звузити його тільки до одноманітних побутових ситуацій (годування, прогулянок та сну), у неї може виникнути затримка мовленнєвого розвитку.

У процесі дослідження розвитку особистості дитини з порушенням мовлення чимало науковців, зокрема І. Левченко, І. Марченко, Г. Юсунова, виявили низку особливостей, які полягають у заниженій самооцінці, комунікативних порушеннях, виявах тривожності й агресивності. Залежно від рівня комунікативних порушень і ставлення до мовленнєвого дефекту, дітей з порушенням мовлення можна умовно розподілити на три групи:

1) дітей не турбує власний мовленнєвий дефект, тому немає труднощів з мовленнєвим контактом; вони активно взаємодіють з дорослими й однолітками, застосовуючи невербальні засоби спілкування;

2) у дітей виникають труднощі в процесі встановлення контакту з оточенням, вони не прагнуть спілкування, уникають ситуацій, у яких потрібно застосовувати мовлення. У процесі гри вдаються до невербальних засобів спілкування, гостро переживають свій мовленнєвий дефект;

3) у дітей спостерігається мовленнєвий негативізм - відмовляються від спілкування, замкнені, можуть бути агресивними, мають занижену самооцінку.

Затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР) - це відсутність мовлення або значне його відставання у дітей раннього віку. Якщо вчасно це не помітити, ЗМР може перерости у складний розлад - загальний недорозвиток мовлення, який важко подолати.

Затримку мовленнєвого розвитку можна виявити вже з перших днів життя дитини. Ознакою, що має насторожити батьків щодо прогнозу мовленнєвого розвитку новонародженого, є слабкий, монотонний крик. Слід обов'язково проконсультуватися з учителем-логопедом, якщо:

- наприкінці 1 місяця немовля не кричить через неприємні відчуття (наприклад, коли воно мокре чи хоче їсти);
- наприкінці 4 місяця не посміхається, коли з ним розмовляють;
- наприкінці 5 місяця не вимовляє окремі звуки чи склади («ба-ба-ба» чи «га-га-га»), не намагається, знаходячись на руках у матері, відшуквати поглядом названі нею об'єкти («Де тато?»);
- наприкінці 7 місяця не намагається привернути до себе увагу певними звуками;
- наприкінці 9 місяця в мовленні не з'явилися повторювані однакові склади, що звучать як одне слово, наприклад: «ма-ма», «дей-дей», «дя-дя»;

- наприкінці 10 місяця малюк не може повторити за дорослим близько восьми різних звукосполучень і складів, не може заперечно похитати головою («ні-ні»), помахати рукою на прощання («бувай-бувай»);

- наприкінці 12 місяця не вимовляє жодного осмисленого «дитячого слова», що ним малюк називає одні й ті самі предмети, осіб, ситуації, не прислухається до музики, не може виконати просту інструкцію (наприклад, «дай машинку»);

- наприкінці 15 місяця адекватно не вживає слова «мама» й «тато»;

- наприкінці 19 місяця не вимовляє осмислених слів, не показує на частини тіла, котрі називає дорослий;

- наприкінці 29 місяця не розуміє значення слів «великий - маленький».

Перераховані показники вказують на передумови виникнення затримки мовленнєвого розвитку малюка.

Загалом, у дітей можуть виникати такі затримки мовленнєвого розвитку:

I. Затримка на стадії емоційного спілкування. Емоційний контакт з дорослим замінює для дитини вербальну комунікацію, тобто вона усміхається, лащить, і цих емоцій при спілкуванні з дорослим їй достатньо.

II. Затримка на стадії називання. Дитина намагається сказати те чи інше слово лише після того, як його промовив дорослий. У конкретній ситуації вона називає предмет, але в реальній взаємодії з людьми замінює мовлення вказівними жестами, вимогливими вигуками тощо. Це призводить до знервованості, примхливості дитини, адже вона не може усвідомити, чому її не розуміють ні дорослі, ні однолітки.

III. Відсутність цікавості до спілкування. У дитини не виникає потреби у створенні емоційних і вербальних контактів з оточуючими. Відсутність необхідних зв'язків з людьми виявляється у прагненні робити все самій; дорослий як партнер по спільній діяльності та співрозмовник їй не потрібен. Дитина вокалізує, продовжує маніпулювати з предметами, не реагуючи на звернене мовлення.

IV. Затримка на стадії «дитячих слів». Дорослий, намагаючись досягти якомога тіснішого контакту з дитиною, використовує у своєму мовленні «дитячі слова» на зразок «ам-ам» (істи), «ту-ту» (поїхали) та інші, що гальмує оволодіння правильним мовленням.

Доволі часто мовленнєві порушення у дітей можуть мати зовні однакові симптоми, але причини, що їх зумовили, - різняться.

Таблиця 1

Етіологія виникнення мовленнєвих порушень

| Внутрішні детермінанти | Зовнішні детермінанти |
|---|---|
| - захворювання матері під час вагітності; | - інфекційні захворювання, що впливають на мозок; |
| - спадкові захворювання; | - побічні дії медикаментозного лікування, передозування ліками; |
| - шкідливі звички батьків; | - травми голови; |

| | |
|--|--|
| - складні пологи родові травми; | - фізичні хронічні захворювання, що ослаблюють організм, впливають на загальний психічний розвиток; |
| - фізичні та психічні перевантаження під час вагітності. | -дефектність мовленнєвого оточення; |
| | -психогенні фактори в родині - відсутній/недостатній емоційний контакт з дорослими чи занадто конфліктні, агресивні відносини між батьками тощо; |
| | - психологічні травми (переляк може стати причиною заїкання або втрати голосу); |
| | - педагогічна занедбаність; |
| | - неправильні педагогічні підходи в родині (з дитиною дошкільного віку «сюсюкаються», вимовляючи спотворені слова). |

Загальна психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень

Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФНМ) - порушення процесів формування звуковимовної системи рідної мови у дітей з різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприймання та вимови фонем.

Головним фактором виявлення ФФНМ є незавершене формування процесів сприйняття фонем, подібних за акустико-артикуляційними характеристиками та вимовою. Діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови стикаються з серйозними проблемами при навчанні читання та письма, а також схильні до ризику формування дислексії та дисграфії в дошкільному віці.

Фонетико-фонематичне недорозвинення мови об'єднує групу дефектів мовлення, серед яких:

- S артикуляторно-фонематична дислалія - це дефекти звукового оформлення мовлення, зумовлені неправильно сформованими артикуляційними позиціями;

- S акустико-фонематична дислалія - це дефекти звукового оформлення мовлення, спричинені вибірковою несформованістю операцій перероблювання фонем за їх акустичними ознаками в сенсорній ланці механізму сприйняття мовлення;

- S дизартрія - порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи;

- S ринолалія - порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення має кілька ступенів вираження, а саме:

а) *легкий*, при якому спостерігається недостатнє розрізнення фонем, труднощі

при звуковому та складовому **аналізі, особливо при виокремленні певних звуків**, які порушені у вимові;

б) середній, який характеризується недостатньою диференціацією значної кількості звуків із кількох фонетичних груп, навіть при їх правильній вимові;

в) тяжкий, коли навички звукового та складового аналізу формуються зі значними труднощами та важко диференціюються відношення між звуковими елементами (Г. Каше, В. Коноваленко, С Коноваленко, Т. Філічева, Г. Чіркїна та ін.).

Діти з мовленнєвими порушеннями мають функціональні або органічні відхилення стану центральної нервової системи. Вони часто скаржаться на головний біль, нудоту, запаморочення. У багатьох дітей спостерігаються порушення рівноваги, координації рухів, недиференційованість рухів пальців та артикуляційних рухів. Під час навчання вони швидко виснажуються, втомлюються. їм притаманні дратівливість, збудливість, емоційна нестійкість. У них спостерігається нестійкість уваги й пам'яті, низький рівень контролю власної діяльності, порушення пізнавальної діяльності, низька розумова працездатність; часто виникають невротичні реакції на зауваження, низьку оцінку. Допомога таким дітям має бути комплексною і здійснюватися групою спеціалістів: невропатологом, логопедом, психологом, педагогом.

У дітей з ФФНМ інтелект і фізіологічний слух збережені, але присутній розлад особливого фонематичного слуху, що супроводжується дефектами при вимові звуків і слів, оскільки відповідає за розрізнення та пізнання фонем мови. Структура таких дефектів характеризується несформованістю звукової складової мовлення, порушенням структури слова та диференціації звуків, схожих за артикуляційними й акустичними ознаками, а також досить вираженими лексико-граматичними порушеннями.

У дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мови дефекти звукової складової мовлення виражені фонематичними порушеннями, такими як заміна або змішування звуків, і фонетичними - спотворенням звуків. Найчастіше артикуляційно складні звуки замінюються більш простими: [р] на [л], [з] на [т], [ш] на [ф] тощо. ФФНМ може спостерігатися й при недиференційованій вимові звуків, за якої цілий ряд звуків може замінюватися одним, наприклад: [т¹] замість [с¹], [ч], [ш]. Зміщення звуків і їхнє нестійке вживання в мові є ще одним виявом фонетико-фонематичного недорозвинення мови, оскільки звуки можуть як замінюватися артикуляційно або акустично близькими, так і вимовлятися правильно. Як правило, такі порушення в перспективі будуть супроводжуватися однотипними замінами літер на письмі - артикуляційно-акустичною дисграфією.

Досить часто фонематичні порушення поєднуються з фонетичними дефектами, зокрема із спотворенням вимови одного або декількох звуків (сигматизмом, ротацізмом, ламбдацізмом та ін.). При ФФНМ кількість таких,

дефектно вимовлених, звуків може досягати 16-20.

Діти з фонетико-фонематичним недорозвиненням мають чимало труднощів при оволодінні фонематичним аналізом, бо нездатні виокремити звуки на тлі слова, визначити їх послідовність і кількість, що є наслідком порушеної звуковимови. Таким дітям важко вимовляти складні слова та слова зі збігом приголосних. У процесі мовлення спостерігається перестановка та заміна складів і їх пропуски, додавання всередині складу зайвого звука тощо. Також, при ФФНМ може мати вияв нечітка артикуляція.

Грамматичний лад мови в дітей з ФФНМ, як і словниковий запас, зазвичай у межах вікової норми, хоча при спеціальному обстеженні виявляються помилки щодо узгодження частин мови, словозміни й вживання прийменників.

Крім дефектів вербального характеру, **діти з ФФНМ виявляють деякі особливості протікання ВПФ:**

- о звуження обсягу пам'яті (особливо щодо мовного матеріалу),
- о труднощі при розумінні абстрактних понять,
- о нестійкість довільної уваги,
- о труднощі перемикання,
- о уповільнення розумових процесів тощо.

Усі ці порушення несприятливо впливають на **успіхи в навчанні й зумовлюють** нестійку успішність на заняттях.

Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) - у дітей з повноцінним слухом і нормальним інтелектом іноді спостерігаються порушення формування лексико-граматичної, звукової та семантичної мови. Загальне недорозвинення мови супроводжується різними складними мовними розладами, які можуть варіювати від зв'язного мовлення із залишковими елементами лексико-граматичного та фонетико-фонематичного недорозвинення до повної відсутності загальнозвуженої мови, і залежать від рівня формування компонентів мовної системи.

Діагностується загальне недорозвинення мови в результаті спеціального логопедичного обстеження. Корекція ЗНМ - це збагачення словника дитини, розвиток розуміння мови, граматичного ладу мови, формування фразової мови, повноцінної звуковимови тощо.

Категорія дітей із загальним недорозвиненням мови за клінічним складом є неоднорідною, тому умовно розподіляється на 3 групи:

о **Неускладнені форми ЗНМ.** До цієї групи належать діти з мінімальною мозковою дисфункцією: незрілістю емоційно-вольової сфери, недостатньою регуляцією м'язового тону, моторних диференційованих рухів тощо.

о **Ускладнені форми ЗНМ.** У цій групі перебувають діти з психопатичними та неврологічними синдромами, такими як: гіпертензійно-гідроцефальний, церебрастенічний, гіпердинамічний, судомний та ін.

о **Грубе недорозвинення мови.** Охоплює дітей з органічними ураженнями мовних відділів головного мозку (наприклад, при моторній алалії).

Також, з урахуванням ступеня ЗНМ, науковцями виокремлено чотири рівні мовного розвитку, а саме:

1. **Перший рівень мовного розвитку-«безмовні діти»**- діти, у яких відсутня загальноживана мова.

2. **Другий рівень мовного розвитку** - діти з початковими елементами загальноживаної мови, що характеризуються бідністю словникового запасу і явищами аграматизму.

3. **Третій рівень мовного розвитку** - у дітей спостерігається поява розгорнутої фразової мови з недорозвиненням її звукової та смислової складових.

4. **Четвертий рівень мовного розвитку**- це діти із залишковими пробілами в розвитку лексико-граматичної та фонетико-фонематичної складових мовлення.

Незалежно від групи загального недорозвинення мови, діти з цим розладом пізно починають вимовляти перші слова - у 3-4 роки, іноді - у 5. Для них характерною є знижена мовна активність, нерозбірлива мова, позначена неправильним граматичним і звуковим оформленням. Через неповноцінну мовну діяльність страждають: увага, пізнавальна діяльність, пам'ять, розумові функції. Також у дітей із загальним недорозвиненням мови спостерігається недостатній розвиток загальної мовної моторики та координації рухів.

Діти із ЗНМ 1-го рівня. Фразова мова дітей за цим рівнем є несформованою. При спілкуванні вони бьлькочуть і використовують однослівні речення, зміст яких незрозумілий поза ситуацією, доповнюючи спілкування мімікою та жестами. Такі діти мають незначний словниковий запас, що охоплює в основному звуконаслідування, окремі звукові комплекси та деякі загальноживані слова. Також вони припускаються грубого порушення складової структури слова: діти частіше відтворюють тільки звукокомплекси, що складаються з одного-двох складів. У зв'язку з цим страждає імпресивна мова - діти не розуміють значення багатьох слів і граматичних категорій. У дітей з ЗНМ 1-го рівня спостерігається нечітка артикуляція, нестійка вимова звуків, багато звуків виявляються недоступними для вимови. Також простежується зародковий характер фонематичних процесів: фонематичний слух дитини грубо порушений, завдання фонематичного аналізу слова незрозуміле і нездійсненне.

Діти із ЗНМ 2-го рівня. До бьлькотіння та жестів, діти цього рівня додають прості речення, які, зазвичай, складаються з 2-3 слів. Але мова залишається бідною й однотипною за змістом, і висловлення найчастіше стосуються предметів і дій. Також, при ЗНМ цього рівня спостерігається значна кількісна і якісна нестача словникового запасу з огляду на вікову норму. Такі діти не знають багатьох слів і намагаються замінити їх схожими за змістом. Унаслідок того, що граматичний лад

мови несформований, діти не вміють правильно вживати відмінкові форми та зазнають труднощів при узгодженні частин мови, а також при вживанні однини та множини, прийменників тощо. Мають місце численні спотворення звуковимови, змішування та заміна звуків. У дітей з ЗНМ 2-го рівня фонематичне сприйняття відрізняється вираженою недостатністю, діти не готові до звукового аналізу та синтезу.

Діти з ЗНМ 3-го рівня. Діти можуть використовувати розгорнуту фразову мову, але при цьому, у більшості випадків, у мовленні вживають прості речення та стикаються з труднощами при побудові складних синтаксичних конструкцій. Вони нормально розуміють мову, але мають проблеми із засвоєння та розуміння складних граматичних форм, зокрема дієприкметникових і дієприслівникових зворотів, а також логічних зв'язків - тимчасових, просторових і причинно-наслідкових. У дітей з ЗНМ цього рівня значно збільшений обсяг словникового запасу. При спілкуванні вони вживають практично всі частини мови (переважно іменники та дієслова, значно менше - прикметники та прислівники). Типовим для них є неточне вживання назв предметів.

Діти з ЗНМ 4-го рівня. Такі діти стикаються з труднощами при звуковимові та повторенні складних за будовою слів, характеризуються низьким рівнем фонематичного сприйняття. Вони припускаються помилок при словозміні та словотворенні. Словниковий запас дітей з ЗНМ цього рівня досить різноманітний, але не завжди присутнє точне знання і розуміння значення рідковживаних слів, антонімів і синонімів, приказок, прислів'їв тощо. Ці діти не можуть логічно викладати інформацію про події в самостійному мовленні, часто роблять акцент на другорядних деталях, пропускаючи головне, і повторюють раніше сказане.

Клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень

За цією класифікацією виокремлюється 11 форм мовленнєвих порушень (рис. 8):

Афонія- це стан, при якому спостерігається відсутність голосового звучання в умовах можливості говорити пошепки. Під час вимови виходить звук, подібний до шепоту, іноді з домішкою деренчливих включень. Спостерігається при органічних ураженнях ЦНС, гортані, але може бути зумовлений і психогенією (найчастіше в межах істеричних психозів і неврозів). Така психогенна афонія має функціональний, зворотний характер. Також простежується неповне змикання голосових зв'язок при слабкій напрузі, однак у стані афекту може раптово з'явитися гучний, звучний голос.

Алалія - це значне недорозвинення мови або її повна відсутність, спричинена органічними ураженнями головного мозку дитини, зокрема його кіркових мовних центрів, ще внутрішньоутробно або в період до 3-х років. У дітей з цим діагнозом спостерігається пізня поява мовних реакцій, незначний словниковий запас, аграматизми, порушення звуковимови, складової структури та фонематичних

процесів. Вони потребують консультацій з неврологом і логопедом. Також діти при алалії зазнають психолого-медико-педагогічного впливу, який охоплює медикаментозну терапію, розвиток психічних функцій, зв'язного мовлення, фонетико-фонематичних і лексико-граматичних процесів. Фактори, які можуть призвести до алалії, різноманітні, і можуть впливати на дитину в різні періоди раннього онтогенезу. Наприклад, до органічного ураження мовних центрів кори головного мозку в антенатальному періоді можуть призвести: внутрішньоутробне інфікування (TORCH-синдром), токсикози, гіпоксія плоду, травмування плоду в процесі падіння майбутньої мами, загроза самовільного переривання вагітності, хронічні соматичні захворювання вагітної (сердечна або легенева недостатність, артеріальна гіпотонія або гіпертензія).

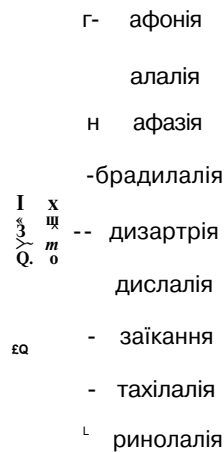


Рис. 8 Класифікація порушень усного мовлення

Перинатальна патологія й ускладнення пологів є наслідком несприятливого перебігу вагітності. З огляду на це, алалія може бути спровокована внутрішньочерепною родовою травмою при передчасних, швидкоплинних або зatoryжних пологах, застосуванням інструментальних акушерських засобів, асфіксією новонароджених або недоношеністю плоду.

У перші роки життя дитини можна вирізнити такі етіопатогенетичні чинники алалії, як:

- енцефаліти,
- менінгіти,
- черепно-мозкові травми,
- соматичні захворювання, **що призводять до виснаження центральної**

нервової системи (гіпотрофія).

Вище наведені твердження, дозволяють **деяким фахівцям висловлювати** припущення щодо спадкової схильності до алалії.

Вплив основних причин алалії посилюють:

- операції під загальним наркозом;
- часті й тривалі захворювання дітей в перші роки життя (ГРВІ, ендокринопатії, пневмонії, рахіт та інші);
- несприятливі соціальні умови (синдром госпіталізму, педагогічна занедбаність, дефіцит мовних контактів).

В анамнезі дітей з алалією найчастіше простежується вплив комплексу чинників, що призводить до ММД (мінімальної мозкової дисфункції).

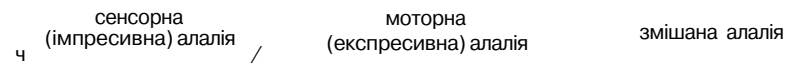


Рис. 9. Види алалії

У разі раннього органічного ураження коркового відділу мовнорухового аналізатора, виникає моторна форма алалії-у дитини не розвивається власна мова, але залишається нормальним розуміння чужого мовлення. Моторна алалія в залежності від пошкодженої зони головного мозку поділяється на аферентну моторну й еферентну моторну.

При органічному ураженні: 1) постцентральної звивини (нижніх тім'яних відділів лівої півкулі головного мозку) виникає аферентна моторна алалія, що супроводжується кінестетичною артикуляторною апраксією; 2) премоторної кори (центру Брока, задньої третини нижньої лобової звивини головного мозку) - еферентна моторна алалія, яка виявляється в кінетичній артикуляторній апраксії; 3) коркового відділу мовнослухового аналізатора (центру Верніке, задньої третини верхньої скроневої звивини головного мозку) - сенсорна алалія, що призводить до порушення вищого коркового аналізу та синтезу звуків мови, і, як наслідок, до того, що дитина не розуміє мови оточуючих, хоча її фізичний слух зберігається.

У дітей з моторною алалією спостерігаються як мовні, так і немовні (неврологічні, психологічні) прояви. При цьому неврологічна симптоматика супроводжується розладами опорно-рухової системи: слабкою координацією рухів, незручністю, недостатнім розвитком моторики пальців рук. Також наявні труднощі з навичками самообслуговування, такими як: шнування взуття, застібання гудзиків тощо. Виникають проблеми з виконанням дрібномоторних операцій (складання пазлів, мозаїки, дрібних деталей конструктора та інші).

Варто зазначити, що порушення пам'яті (особливо слухомовної), уваги, сприйняття й емоційно-вольової сфери в дитини виявляється при розгляді її психологічної характеристики. Діти з моторною алалією відповідно до поведінкових особливостей бувають загальмованими та малорухливими або розгальмованими та гіперактивними. Багато з них характеризуються стомлюваністю, зниженою працездатністю та мовним негативізмом. Через мовну недостатність вдруге страждає інтелектуальний розвиток дітей-алаліків, але інтелектуальні порушення поступово компенсуються з огляду на розвиток мови.

У дітей з аферентною моторною алалією (АМА) звуковимовна є грубо порушеною незважаючи на те, що для них потенційно доступне виконання будь-яких артикуляційних рухів (на відміну від дизартрії). Унаслідок цього виникають стійкі змішування та заміни артикуляційно суперечливих фонем, що призводить до неможливості повторення або відтворення звукового образу слова. Вони спотворюють складові структури слова, що зумовлюється неможливістю виконання серії послідовних артикуляційних рухів - це є основним мовним дефектом таких дітей.

На підставі моторної алалії через несформованість динамічного мовного стереотипу може з'являється заїкання.

Афазія - розлад мовлення, за якого частково або повністю втрачається можливість користуватися словами для вираження думок і спілкування з оточуючими, при цьому функції апарату артикуляції та слуху зберігаються. Афазія розподіляється на моторну, сенсорну й амнестичну. Найчастіше гострий розвиток афазії спостерігається при порушенні мозкового кровообігу, рідше - при пошкодженні їлозку, епі- та субдуральних гематомах (субдуральна - травматичний крововилив безпосередньо в мозку; епідуральна - травматичний крововилив, що виникає між внутрішньою поверхнею кісток черепа та твердою мозковою поверхнею), менінгоенцефаліті (запалення головного мозку та його оболонок) і пухлинах мозку.

Афазія може мати стійкий або швидкоплинний характер. Останній зумовлений транзиторними порушеннями мозкового кровообігу, що виникають в результаті стенозу лівої середньої мозкової або лівої сонної артерії (звуження патології отвору артерії внаслідок патології її клапану). Транзиторні порушення мовлення можуть спостерігатися також при асоційованій мігрені.

Моторна афазія характеризується втратою здатності до вимови слів; мовлення стає невиразним, сповільненим; вимовлені слова спотворюються в результаті ускладнення формування звуків і складів, а також слів. Також порушується процес перемикання уваги з однієї мовної одиниці (звук, слово) на іншу. Ззовні це виявляється у формі персеверації: дитина наче застрягла на одному складі або слові, повторюючи його як відповідь на всі питання. Граматична будова мовлення є

неправильною (аграматизм або так званий «телеграфний стиль» - наприклад, людина уникає прийменників, не узгоджує слова в роді та числі). У важких випадках афазії зберігається вимова лише окремих слів («мовний ембол»-людина повторює одне слово або мовний зворот, супроводжуючи його різною, в залежності від теми розмови, мімікою та виразом обличчя). Порушується внутрішня мова. Моторна афазія часто поєднується з геміпарезом (асиметричне ураження мозку).

Сенсорна афазія - втрата здатності розуміти мовлення оточуючих. Елементарний слух збережений, але фонемний - порушений. Унаслідок відсутності слухового контролю зазнає змін і моторна (експресивна) мова. Хворі на сенсорну афазію говорять багато, але незрозуміло. Слова вимовляються неправильно. Часто один звук (буква) замінюється іншим - вербальні парафазії. В результаті цього мовлення стає незрозумілим і нагадує потік безглуздих звуків, що позначаються термінами «словесна окрошка», «словесний салат». Однак дитина не усвідомлює, що говорить неправильно, що має мовний дефект. Хворий сприймає своє мовлення як цілком нормальне, звичайне, а ось мовлення інших людей йому незрозуміле. Поєднання моторної та сенсорної афазій позначається як тотальна афазія.

Амнестична афазія. Найбільш характерною межею цього порушення мовлення є випадання з пам'яті назв предметів, натомість хворий використовує позначення функції або якості цього предмету. При амнестичній афазії допомагає підказка.

Номінальна афазія - порушення здатності називати предмети. Дитина повністю усвідомлює, що саме хоче сказати, перед її мисленнєвим зором з'являється відповідна картинка. Однак хворому важко дати назву предмету чи явищу, тож він пояснює її описово, парафразом, наприклад: кішка - тварина, пухната, живе в будинку. Якщо часто спілкуватися з такою дитиною, то можна навчитися досить легко і правильно її розуміти. Номінальна афазія за своїми проявами схожа на амнестичну, проте остання - тимчасова, може виліковуватися повністю, характеризується тим, що людина просто забула слово, яке раніше використовувала без проблем. У випадку номінальної афазії дитина не може дібрати необхідну назву, бо вона цієї назви не сприймає: проблема не в пам'яті, а в неможливості відтворення номінації.

Інколи можуть спостерігатися псевдоафазії, наприклад у хворих істерією. У цьому випадку мовлення втрачається повністю, тоді як хворі з органічною афазією завжди зберігають якісь елементи мовлення.

Брадилалія - це патологічно уповільнений темп мовлення, зумовлений труднощами артикуляції внаслідок ураження блідої кулі та чорної речовини головного мозку або мозочка. Вирізняють так звану мозочкову брадилалію, спричинену ураженням мозочка, яка доволі часто поєднується з іншими порушеннями мови, наприклад зі скандованою або неправильно модульованою

промовою. Брадилалія може спостерігатися при загальній психічній загальмованості, деменції та психоорганічному синдромі. При важкому ступені порушується процес комунікації та розлади мови характеризуються як патологічні. Прояви уповільненого темпу мовлення пояснюються превалюванням процесів гальмування в роботі вищої нервової системи й мозку над процесами збудження. При обстеженні виявляється ураження мозочка та ділянок головного мозку. Серед факторів, що викликають формування брадилалії, виокремлюють:

- генетичні (схильність до уповільнення мовлення є спадковим);
- екзогенні (інтоксикація, гіпоксія в дітей у період гестації та в дитинстві);
- педагогічні (неправильне виховання, схильність дитини наслідувати когось з подібною мовною особливістю).

Брадилалія може зустрічатися як самостійний синдром, або як паралельний вияв, характерний для будь-якого захворювання. Саме тому важливо провести ретельне обстеження дитини, щоб правильно встановити причини таких виявів і вжити необхідних заходів. Цей синдром може виявлятися не тільки в мовленні, а й в моториці.

Таблиця 2

Особливості прояву брадилалії

| Мовні прояви | Рухові прояви |
|--|---|
| > уповільнення загального темпу мовлення (як зовнішнього, так і внутрішнього); | > рухи також уповільнені та мляві; |
| > істотне зниження швидкості читання та письма; | > мімічні прояви знижені; |
| > характерною є подовжена вимова окремих звуків; | ^* слабо розвинена загальна моторика, координація; |
| > наявність довгих пауз між словами в словосполученнях і реченнях; | > дрібна моторика також відрізняється невисоким рівнем розвитку |
| > мові властива монотонність, незначна емоційність. | |

Батьки одразу помічають низьку активність дитини, оскільки вона воліє більше сидіти, аніж бігати й стрибати. Такі діти не дуже схожі на «активних дослідників», якими вони мають бути в ранньому віці.

Дизартрія- порушення вимови, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Це важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки вимова майже усіх груп звуків, але й просодична складова мовлення: голос, інтонація, темп, ритм. Дизартрія - це неврологічний діагноз.

Причиною дизартрії є органічне ураження центральної нервової системи в

результаті впливу негативних факторів на мозок дитини, що може виникати:

- під час внутрішньоутробного розвитку (гострі та хронічні інфекції); інтоксикації; токсикози; резус-конфлікти; гіпоксії (киснєве голодування);
- під час пологів (асфіксія; пологові травми, крововиливи при стрімких або тривалих пологах);
- у ранньому віці (інфекційні хвороби нервової системи - менінгіти, менінгоенцефаліти).

Дизартрія має як тяжку, так і легку форму. Тяжка найчастіше є компонентом дитячого церебрального паралічу. Діти з такою формою дизартрії отримують комплексну допомогу в спеціалізованих закладах. Маючи легку форму (стерта форма, дизартричний компонент), вони можуть відвідувати дитячі садки та школи загального типу й отримувати допомогу логопеда в районній поліклініці або логопедичному пункті.

Дітям зі стертою формою дизартрії властиві певні особливості: вони нечітко розмовляють та погано їдять. Зазвичай не люблять м'ясо, хлібні скоринки, моркву, тверде яблуко, бо їм важко жувати - трохи пожувавши дитина або тримає їжу за щокою, або починає «давитися» нею. Деякі батьки, перетираючи дитині їжу, цим сприяючи затримці розвитку рухів артикуляційного апарату. Такі діти не можуть самостійно полоскати рот, оскільки в них слабо розвинені м'язи щік, язика. Вони або ковтають воду, або виливають її. У дітей з дизартрією порушена дрібна моторика рук. Вони не можуть застігнути гудзики, їм важко шнурувати черевики, стикаються з труднощами, коли виконують будь-яку дію, що потребує тонких рухів пальців рук. Такі діти неправильно тримають олівець і часто не вміють користуватися ножицями. У них порушена й загальна моторика - їм складно виконувати фізичні вправи. Таким дітям важко втримати рівновагу, часто вони не вміють стрибати на одній нозі.

Дислалія - порушення звуковимови при нормальному слухові та збереженій іннервації мовного апарату. В залежності від локалізації порушення та причин, що зумовлюють дефект звуковимови, вирізняють дві основні форми дислалії: механічну та функціональну.

Механічна дислалія - різновид неправильної звуковимови, спричинений:

1) органічними дефектами периферичного мовного апарату, його кісткової та м'язової будови. Доволі часто причиною механічної дислалії є укорочена під'язична вуздечка (під'язична зв'язка). При цьому ускладнюються рухи язика, коротка вуздечка не дає можливості високо підняти язика. Також правильну артикуляцію може порушувати дуже великий і широкий, або дуже маленький і вузький язик;

2) дефектами будови щелеп, що призводять до аномалії прикусу. Нормальним вважається прикус, коли при зімкненні щелеп верхні зуби трохи прикривають нижні. Аномалії прикусу мають декілька варіантів:

- прогнатія - верхня щелепа сильно видається вперед, у результаті чого нижні

передні зуби зовсім не змикаються з верхніми;

- прогенія - нижня щелепа виступає вперед, передні зуби нижньої щелепи виступають попереду передніх зубів верхньої щелепи;

- відкритий прикус - між зубами верхньої та нижньої щелеп, при їх зімкненні, залишається проміжок. У деяких випадках цей проміжок з'являється лише між передніми зубами (передній відкритий прикус);

- боковий відкритий прикус - може бути лівостороннім, правостороннім і двостороннім;

- неправильна будова зубів, зубного ряду також може призвести до дислалії. Наприклад, при великих щілинах між зубами, язик під час вимови деяких звуків просувається між ними, спотворюючи вимову.

Регуляція зубів в щелеп проводиться лікарем-стоматологом і лікарем-ортодонтом за допомогою накладання на зуби спеціальних пластинок.

3) неправильною будовою піднебіння, що також негативно впливає на звуковимову. Вузьке, надто високе («готичне») піднебіння, або, навпаки, низьке, плоске перешкоджає правильній артикуляції багатьох звуків;

4) товсті губи, або укорочена, малорухлива верхня губа ускладнюють чітку вимову губних і губно-зубних звуків.

Функціональна дислалія - різновид неправильної звуковимови, при якому немає жодних дефектів артикуляційного апарату, тобто немає будь-якої органічної основи.

Причини функціональної дислалії:

1) неправильне мовленнєве виховання дитини в родині - дорослі протягом довгого часу «белечуть» з малюком, у результаті чого затримується розвиток правильної звуковимови;

2) наслідування - малюк копіює спотворену звуковимову дорослих членів сім'ї, або спілкується з молодшими дітьми, у яких ще не сформувалася правильна звуковимова;

3) двомовність в сім'ї - батьки розмовляють на різних мовах, а дитина переносить особливості вимови однієї мови на іншу;

4) педагогічна занедбаність - мовлення дитини не піддається необхідному впливу дорослих, що гальмує нормальний мовленнєвий розвиток; оскільки дорослі не звертають уваги на звуковимову дитини, не виправляють помилки малюка, не дають йому взірць чіткої та правильної вимови;

5) недорозвиток фонематичного слуху - у дитини спостерігаються ускладнення диференціації звуків, що розрізняються між собою тонкими акустичними ознаками, наприклад: дзвінких і глухих, м'яких і твердих, свистячих і шиплячих приголосних. У результаті таких ускладнень розвиток правильної звуковимови надовго затримується;

б) недостатня рухливість органів артикуляційного апарату, спричинена невмінням дитини втримувати язик в потрібній позиції або швидко переходити від одного руху до іншого.

Види дислалії Відповідно до характеру дефекту вимови, що стосується окремої групи звуків, розрізняють наступні види дислалії:

S *сигматизм* - порушення вимови свистячих [с, з, ц,] та шиплячих [ш, ж, ч, щ] звуків, один з найбільш розповсюджених видів порушень вимови;

- *S* *ротацизм* - порушення вимови звуку [р];

- / *лямбдацизм* - порушення вимови звуку [л].

Також науковцями виокремлено дефекти вимови піднебінних звуків:

- *S* *капацизм* - порушення вимови звуку [к];

- *S* *гаммацизм* - порушення вимови звуку [г];

- *S* *хітизм* - порушення вимови звуку [х];

- *S* *йотацизм* - порушення вимови звуку [й].

Дефекти вимови дзвінких приголосних звуків - порушення вимови, які виражаються в заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими: [б-п], [д-т], [в-ф], [з-с], [ж-ш], [г-к].

Заїкання - порушення ритму, темпу та плавності мовлення, пов'язане з судомою мовного м'язового апарату. Клінічною ознакою є мимовільне переривання мовлення, вимова слів по складах чи звуках, багаторазове повторення слів або складів. Від заїкання страждає приблизно 5-8% дітей, до того ж хлопчики в 4 рази частіше за дівчат. Критичними періодами вважаються 2-4 і 5-7 років. У переважній більшості випадків до заїкання призводять такі чинники:

- сильне розумове перенапруження;

- психічна травма;

- сильний переляк;

- стрес;

- патологія нервової системи, наприклад під впливом інфекційних захворювань (енцефаліт, менінгіт та інші).

У клінічній практиці розрізняють невротичне та неврозоподібне заїкання. Перше виникає в результаті стресу й не пов'язане з проблемами мозку, відносно легко піддається лікуванню. Зазвичай дітям приписують седативні та знеболювальні препарати. Але якщо запустити процес і не звертати увагу на порушення, то лікування буде складнішим: з часом у дитини закріплюються умовні рефлекси, до них приєднується страх, депресія, страждання через розуміння того, що вона не така, як інші діти, - і заїкання посилюється. Що ж стосується неврозоподібного заїкання - це більш серйозна форма, яка передається генетично та передбачає певні зміни мозку. Лікування набагато серйозніше, але пусковим механізмом є та сама стресова ситуація.

До груп ризику, у яких заїкання виникає частіше, ніж в інших, є діти, які:

- хворіють у ранньому дитячому віці на спазмофілію - тобто ті, у яких підвищена судомна активність;
- мають родичів із заїканням;
- характеризуються схильністю до тривоги;
- часто присутні при сімейних конфліктах;
- мають затримку мовного розвитку (це одна з **основних причин заїкання в дітей 4-5 років**);
- мають підвищені вимоги від близьких, **котрі намагаються пришвидшити мовний розвиток дитини**;
- спілкуються з людьми із заїканням;
- з раннього віку вивчають дві та більше мов;
- проводять багато часу перед телевізором чи комп'ютером, через що перевантажені інформацією.

Порушення мови при заїканні можуть мати такий характер:

- періодична повторюваність слів або окремих звуків;
- збільшення часу, який дитина витрачає на відтворення звуків чи складів (так звана пролонгація);
- періодичні зупинки мовлення;
- нерішучість при відтворенні звуків чи складів, через що псується ритміка мовлення.

За характером порушення мовлення існують своєрідні форми заїкання:

- тонічна - характеризується паузою при відтворенні звуків чи складів, або подовженням будь-якого звуку;
- клонічна - спостерігається у випадку, коли декілька разів повторюються одні й ті самі звуки, склади чи слова;
- змішана - одночасно спостерігаються порушення мовлення, які є характерними для тонічної та клонічної форм заїкання.

Залежно від причини виникнення розрізняють такі форми заїкання:

- неврозоподібна - з'являється при неврологічних порушеннях. Діти з таким різновидом заїкання відстають у розвитку від однолітків, розмовляти починають із запізненням;
- невротична - виникає на тлі стресових станів - одномоментних (переляк, переживання) чи хронічних (постійна психологічна напруга в середовищі, де перебуває людина). Розвиток таких дітей відбувається нормально. Дорослі з такою формою заїкання практично без заминки розмовляють у нормальній атмосфері, але починають заїкатись при стресовій ситуації.

Тахілалія - патологічно прискорений темп мовлення. При нормі вимови до 15 звуків на секунду дитина здатна «видавати» до 20-30! При цьому також часто

страждають звуковимова, лексична і граматична складові мови. Крім прискореного темпу розмови, у дітей виникає моторне занепокоєння, що пояснюється порушеннями роботи вищої нервової системи. Існують кілька факторів, які провокують зміни темпу мовлення:

- спадковість (за результатами досліджень родин, де є дитина з тахілалією, як правило, завжди знаходиться близький родич із подібним діагнозом);
- схильність дітей до наслідування виконує негативну роль, оскільки чуючи пришвидшене мовлення, дитина починає говорити так само;
- інші причини належать до різних порушень роботи нервової системи, в результаті чого відбувається підвищення темпу моторики та розмовної мови - різні нейроінфекції, черепно-мозкові травми, неврологічні захворювання;
- неврози та неврозоподібні стани.

Види тахілалії:

^ чиста - крім прискореного темпу мовлення в дитини **немає інших** порушень;

- S у поєднанні з порушенням звуковимови;
- S з неправильною граматичною побудовою фраз;
- S з труднощами при підборі слів, перестановкою і повтором складів;
- S з порушенням слухової уваги.

Діти з тахілалією не тільки поспішають говорити, цей стан є наслідком порушення роботи нервової системи та має низку характерних ознак: , ,

- запинки, повтори, проковтування складів і навіть слів;
- порушення внутрішнього мовлення;
- прискорені, метушливі моторні рухи (навіть уві сні);
- зниження обсягу пам'яті;
- запальність, дратівливість, раптова агресія;
- порушення письмового мовлення;
- неправильне дихання під час розмови. Дитина так поспішає щось сказати, що не завжди навіть встигає набрати повітря для вдиху - відповідно порушується і тембр мови, і її виразність. Мовлення стає монотонним, емоційно не забарвленим;
- зниження концентрації уваги, неправильна соціальна поведінка. Дитина починає говорити, не дослухавши співрозмовника, не розуміючи питання;
- тахілалія може бути пов'язана з мовними порушеннями при СДУГ.

Ринолалія - порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлене анатомічно-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. При ринолалії артикуляція звуків відхиляється від норми. Так, при нормальній фонації в дитини під час вимови усіх (окрім носових) звуків мовлення відбувається відділення носоглоткової та носової порожнин від глоткової та ротової. Під час мовлення м'яке піднебіння безперервно опускається та піднімається на різну висоту в залежності від

звуків, що вимовляються та швидкості мовлення. При порушенні функцій піднебінно-глоткового зімкнення з'являється специфічний для ринолалії носовий відтінок мовлення. В залежності від характеру порушення функції піднебінно-глоткового зімкнення виокремлюють різні форми ринолалії: відкриту, закриту та змішану.

Відкрита ринолалія. Для нормальної фонації характерною є наявність засову між ротовою та носовою порожнинами, коли голосова вібрація проходить тільки через ротову порожнину. Якщо ж між ротовою та носовою порожниною розподіл неповний, тоді вібруючий звук проходить і в носову порожнину. В результаті порушення перепони між ротовою та носовою порожниною збільшується голосовий резонанс. При цьому змінюється тембр звуків, особливо голосних. Найпомітніше змінюється тембр голосних звуків [i] та [y], при артикуляції яких ротова порожнина стає вужчою. Менш назально звучать голосні звуки [e] та [o], ще менше - порушений голосний [a]. Крім тембру голосних звуків, при відкритій ринолалії порушується тембр деяких приголосних. При вимові шиплячих та фрикативних звуків [ф, в, х] додається хрипливатий звук, що виникає в носовій порожнині. Вибухові звуки [п, б, д, т, к, г], а також сонори [л] та [р] звучать нечітко, тому що в ротовій порожнині не може утворитися повітряний тиск, необхідний для їх правильної вимови.

Відкрита ринолалія може бути органічною та функціональною. Органічна ринолалія має або вроджений характер (розщелина м'якого та твердого піднебіння), або набутий (виникає при травмі ротової та носової порожнини чи в результаті набутого паралічу м'якого піднебіння).

Одна з її функціональних форм є традиційна відкрита ринолалія, що спостерігається після великих аденоїдних розростань, виникає в результаті тривалого обмеження рухливості м'якого піднебіння.

Закрита ринолалія характеризується зниженим фізіологічним носовим резонатором під час вимови звуків мовлення. Найбільш сильний резонанс у нормі спостерігається при вимові носових [м, м', н, н]. У процесі артикуляції цих звуків носоглотковий засув залишається відкритим і повітря проходить до носової порожнини. Якщо ж носовий резонанс відсутній, ці фонеми звучать як ротові [б, б', А, А']-

Окрім вимови носових приголосних звуків при закритій ринолалії порушується вимова голосних, вона набуває неприродного відтінку.

Причинами закритої ринолалії переважно є органічні порушення в носовому просторі або функціональні порушення піднебінно-глоткового зімкнення, спричинені хворобливими явищами, в результаті яких зменшується прохідність носа й ускладнюється носове дихання. Передня задня ринолалія виникає при хронічній гіпертрофії слизової оболонки носа, насамперед задніх відділів нижніх раковин, при поліпах у носовій порожнині, при викривленні носової перегородки та пухлинах

носової порожнини. Задня задня ринолалія у дітей є наслідком великих аденоїдних розростань, іноді носоглоткових поліпів, фіброми або інших носоглоткових пухлин.

Функціональна задня ринолалія зустрічається у дітей доволі часто, але не завжди правильно розпізнається. Вона характеризується тим, що виникає при нормальній прохідності носової порожнини та непорушеному носовому диханні. При функціональній закритій ринолалії тембр носових і голосних звуків може бути порушений більше, ніж при органічній. Причина в тому, що м'яке піднебіння при фонації та вимові носових звуків піднімається вище за норму й закриває звуковим хвилям доступ до носоглотки.

Змішана ринолалія виникає через поєднання носової непрохідності з недостатнім піднебінно-глотковим зімкненням.

Етіологія виникнення ринолалії:

- мозкові крововиливи, черепно-мозкові травми;
- укорочене м'яке піднебіння;
- відсутність маленького язичка, укорочений або роздвоєний м'який язичок;
- поліпи, аденоїди, пухлини, викривлення носової перегородки, гіпертрофія слизової носа, травми піднебіння, наслідки операцій і хвороб (рубці);
- розщелини піднебіння і губи;
- порушення процесів дихання, опущене м'яке піднебіння, наслідування «гнусавого» мовлення оточуючих, хвороби евстахієвої труби.

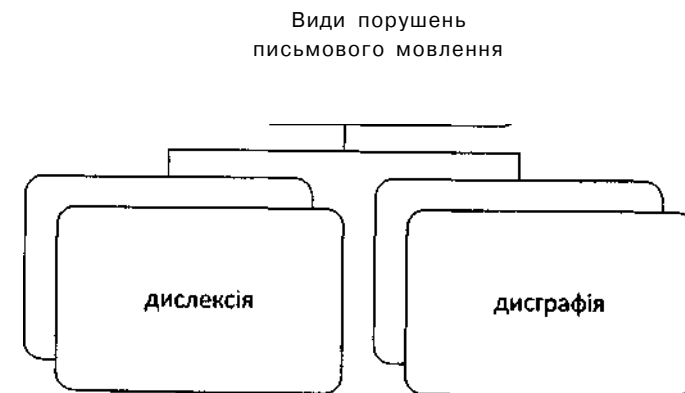


Рис. 10. Види порушень письмового мовлення

Дислексія- часткове специфічне порушення процесу читання, що виявляється через стійкі специфічні помилки, зумовлені несформованістю або розладами

функцій, які забезпечують цей процес. За ступенем вияву ознак розрізняють: алексію - повну неможливість навчитися читати або повну її втрату та дислексію - труднощі в опануванні читання та порушення його формування. Дислексія може бути самостійним розладом та проявлятися поряд з іншими важкими порушеннями мовлення - дислаліями, дизартріями, алаліями.

Види дислексій

Фонематичні дислексії зумовлені недорозвиненням функції фонемної системи: слуховимовної диференціації фонем, фонематичного аналізу й синтезу. При недорозвитку функцій фонематичного аналізу та синтезу в дітей спостерігається побуквене читання, спотворення звукової складової слова (вставки, пропуски, перестановки звуків), труднощі читання у зворотному порядку. Наприклад, аптека - «патека», булка - «бука», поквала - «покавала». В основі цих порушень читання лежить недорозвиток функцій фонематичного аналізу. У дітей з порушеннями читання переважно виявляється несформованою найбільш складна форма функції фонематичного аналізу - визначення кількості, послідовності та місця звуків у слові. При фонематичних дислексіях у більшості дітей спостерігається недорозвинення та порушення усного мовлення (неправильне використання певних граматичних форм, обмежений словник).

Оптичні порушення читання пов'язані з недорозвиненням вищих зорових функцій: зорового аналізу та синтезу, оптико-просторових уявлень. Діти стикаються з труднощами при конструюванні зображень, визначенні схожості та відмінності зорових зображень, перетворенні фігур. У них спостерігаються неточності змалювання та конструювання:

- а) спрощення фігур, зменшення кількості елементів,
- б) неправильне просторове розташування ліній порівняно із зразком.

У процесі оволодіння читанням у цих дітей виникають проблеми при засвоєнні схожих графічних букв, їх змішування та заміна (т-г, д-л, в-з, х-к).

Аграматичні порушення читання часом спостерігаються у дітей з загальними недорозвитком мовлення. Для такого порушення характерним є неправильне вживання відмінкових закінчень, неправильне узгодження різних частин мови тощо.

Мнестичні порушення читання пов'язані з труднощами встановлення зв'язків між звуками та буквами. Ці порушення супроводжуються проблемним засвоєнням усіх літер, у недиференційованих їх замінах при читанні. Дитина запам'ятовує, яка буква відповідає тому чи іншому звуку.

Семантичні порушення читання (механічне читання) - це порушення розуміння прочитаного за умов технічно правильного читання. Семантичні дислексії спричиняються двома факторами:

- 1) недорозвиток звуко-складового синтезу;
- 2) нечіткість і недиференційованість уявлень про синтаксичні зв'язки слів у

середині речення.

Розподіл слова на склади в процесі читання - традиційна причина нерозуміння прочитаного слова, речення. Учні з порушенням звуко-складового синтезу, читаючи слово по складах, не можуть об'єднати їх в єдине слово, співвіднести розподілене на склади слово та відповідне слово в усному мовленні, тобто не впізнають його. В такому випадку дитина читає механічно, не розуміючи змісту цієї інформації, яку вона розшифровує. У дітей з семантичними порушеннями читання недостатньо сформована можливість синтезувати, встановлювати у своєму уявленні розподілені на склади слова та речення. Внаслідок несформованості граматичних узагальнень, діти з семантичними дислексіями в процесі читання речень і тексту не знаходять зв'язку між словами.

Дисграфія - частковий розлад процесу письма, що супроводжується специфічними та стійкими помилками, зумовленими несформованістю або порушенням функцій, які забезпечують цей процес.

Дисграфія в дітей - це часткове порушення формування та повноцінного використання письма, тобто ускладнення при оволодінні процесом письма. Поряд із дисграфією, за якої процеси письма порушені, виокремлюють аграфію - повну нездатність до опанування письма, або його повна втрата.

Доволі часто дисграфія пов'язана з різними порушеннями мовлення: дислаліями, дизартріями, алаліями та виявляється в особливих труднощах щодо оволодіння письмовим мовленням. У важких випадках опанування грамотою відбувається повільно та вимагає тривалої спеціальної допомоги. Письмове мовлення школяра-дисграфіка відрізняється від письма його однолітків великою кількістю специфічних помилок, до яких належать:

- помилки фонетичного характеру (заміни букв, що повторюються, за схожістю їх вимови);
- спотворення складової структури слова: пропуски голосних (вулиця - вулця), приголосних (сніг - сіг) і цілих складів (барабан - баран), перестановки складів (пустила - путисла);
- окреме написання частин одного слова (при йшов, пі шов) і написання двох слів разом (настолі, вруці);
- помилки граматичного характеру: вилучення прийменників (були лісі, книга столі), помилки при узгодженні відмінкових закінчень (немає білих подушках), родових (великий дівчинка);
- помилки графічного характеру: заміни букв за графічною схожістю (ш - и, т - п, л - м, є - в, и - і, х - ж, н - ю) і за розташуванням в просторі (є - з, б - д, т - ш);
- помилки щодо правил правопису - серед них переважають помилки на ненаголошені голосні, написання дзвінких і глухих у кінці слова та складу, на пом'якшення приголосних.

**Загальні рекомендації щодо взаємодії з дитиною,
яка має порушення мовлення**



- / - не ігноруйте дитину, якій складно говорити;
- не намагайтеся пришвидшити розмову;
- будьте готові до того, що розмова потребуватиме більше часу;
- не перебивайте, не виправляйте і не квапте;
- дивіться в обличчя, підтримуйте візуальний контакт. Не думайте, що ускладнення - показник низького рівня інтелекту, і що дитина не може зрозуміти вас;
- спочатку намагайтеся ставити такі запитання, які передбачають короткі відповіді, або відповідні рухи голови;
- не вдавайте, що зрозуміли, якщо це не так. Повторіть те, що Ви зрозуміли і не соромтеся перепитати якщо не зрозуміли. У разі невдачі, попросіть дитину вимовити слово повільніше, по буквах;
- якщо у Вас виникла проблема при спілкуванні, запитайте: чи не хоче Ваш співрозмовник використати інший спосіб комунікації - написати, надрукувати тощо.
- \

Рис. 10. Загальні принципи взаємодії з дитиною, яка має порушення мовлення

Психологічні особливості дітей з порушенням слуху

Нормальна функція слухового аналізатора має особливе значення для загального розвитку дитини. Стан слуху має вирішальний вплив на мовленнєве та психічне становлення дитини. За його відсутності вона самостійно, без спеціального впливу ззовні, не може опанувати словесне мовлення. Крім того, дитина не може контролювати вимову різних звуків. Відсутність або недостатній розвиток мовлення зумовлюють порушення розвитку інших пізнавальних процесів, насамперед словесно-логічного мислення та словесної пам'яті. Причинами порушення слуху в дітей можуть бути вроджена деформація слухових кісточок, атрофія або недостатній розвиток слухового нерва, хімічні отруєння, пологові травми, механічні травми, спадковість, алкоголізм батьків, перенесені інфекційні захворювання (менінгіт, енцефаліт, кір, скарлатина, отит, грип та його ускладнення). Різні захворювання органу слуху викликають різні слухові порушення.

Нондуктивно туговухість - це порушення слуху, за якого блокується проходження сигналу від джерела звуку до завитка, що є результатом ушкоджень

частин зовнішнього й середнього вуха.

Кондуктивна
туговухість

Глухота

сенсоневральна
туговухість



Комбіновані
порушення слуху

Рис. 11. Види порушень слуху

Сенсоневральна туговухість (нейросенсорна) виникає при пошкодженні структури завитка, слухового нерва та головного мозку - ураження підкоркових і коркових центрів та нервових клітин слухової системи. Сенсоневральна туговухість призводить до порушення обробки мозком мовленнєвих і немовленнєвих звуків та мовлення як процесу й кінцевого результату.

Комбіновані порушення слуху - це захворювання, локалізовані в структурах зовнішнього, середнього чи внутрішнього вуха, які охоплюють структури головного мозку.

До категорії осіб із порушеннями слуху належать діти, які мають стійке (тобто слух відновити не можна), двостороннє (на обидва вуха) порушення слухової функції, при якому звичайне (на слух, без застосування засобів компенсації) мовленнєве спілкування з оточуючими ускладнене (туговухість) або неможливе (глухота).

До порушень слуху належать глухота, туговухість, пізня втрата слуху, що виникає у дітей віком 3-4 років і пізніше, які зберегли мовлення у зв'язку з відносно пізнім виникненням глухоти.

Глухота - стійка втрата слуху, при якій розбірливе сприймання мовлення неможливе. До категорії глухих належать діти, у яких слух пошкоджено так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення. Такі діти опановують мовлення за допомогою зорового (читання з губ та обличчя співбесідника) та слухозорового (за допомогою звукопідсилювальної апаратури)

способів сприймання словесного мовлення тільки в процесі спеціального навчання.

Тугоухість - стійке ураження слуху, яке зумовлює труднощі при сприйманні мовлення. Дітей із тугоухістю називають слабочуючими або зі зниженим слухом. До цієї категорії належать особи з пошкодженою слуховою функцією, але слух збережений настільки, що вони можуть самостійно, хоча б у мінімальному об'ємі, опанувати словесне мовлення.

Залежно від того, коли людина втратила слух, виокремлюють дві групи пацієнтів: з *долінгвальною* глухотою, коли слух було втрачено в ранньому дитинстві до початку повноцінного оволодіння мовленням (пізно оглухлі пацієнти). При втраті слуху після 5-ти років діти, як правило, зберігають словниковий запас, уміння висловлюватись. Основними завданнями цього періоду є забезпечення зворотного зв'язку, уміння слухо-зоро-вібраційного сприймання та розуміння усного мовлення оточуючих. Діяльність дорослих має бути спрямованою на забезпечення дитині з постлінгвальною глухотою можливостей розуміння зверненого до неї мовлення та збереження фонематичної, лексичної та граматичної сторін власного мовлення, ефективність якісного спілкування й розвитку дитини.

Особи з порушенням слуху погано сприймають мовлення й інші звуки. У більшості випадків туговухим людям допомагає слуховий апарат, який регулює частотний діапазон звуків, доступних слуховому сприйманню, здійснює компресію звуків, підсилює їх. Однак при тяжких порушеннях слуху та глухоті, особливо, якщо ушкоджені або втрачені волоскові клітини, слуховий апарат не допомагає. За цих умов внутрішнє вухо не може перетворити звукові коливання на електричні сигнали, необхідні для сприйняття звуків мозком. Саме для таких випадків застосовується кохлеарний імплант. Підбирання слухового апарату може здійснюватися як на одне, так і на два вуха.

Діти, слухопротезовані двома слуховими апаратами, розуміють мовлення й особливо діалог значно краще, ніж ті, що користуються лише одним. Люди з нормальним бінауральним слухом можуть упевнено вказати на джерело звуку або відповісти, звідки він виходить, а також куди переміщується. Це свідчить про те, що людина може сфокусувати свою увагу на тому, що хоче чути. Тільки бінауральне протезування гарантує особі з порушенням слуху впевненішу участь у групових дискусіях, при спілкуванні з кількома людьми, перебуванні в школі та інших громадських місцях.

Психічний розвиток слабочуючої та глухої дитини відбувається з відхиленнями від норми, оскільки фізичний недолік спричиняє порушення багатьох функцій психіки та психічних процесів. Наявне порушення сприймання мовлення, що заважає становленню мовленнєвих механізмів, призводить до недорозвитку мовленнєвої діяльності. У дитини мовленнєвий недорозвиток, зумовлений повноцінним слухом, призводить до порушення її пізнавальної діяльності та

своєрідного розвитку таких психічних процесів, як мислення, пам'ять, уява тощо. Це ускладнює соціальну взаємодію дитини з порушенням слуху. Труднощі словесного спілкування є однією з головних причин порушень розвитку. Однак сучасні досягнення науки (техніки, медицини, сурдопедагогіки) зумовили розробку високих технологій, необхідних для практичного вирішення більшості проблем дітей з порушенням слуху.

Дитина з порушенням слуху здатна опанувати специфічні знання та вміння, якими не володіє слабчуча дитина - це читання з губ, здатність обробляти мовленнєву інформацію лише за окремими фрагментами звукового потоку (фонемами, складами, окремими словами), розпізнавати мовлення за тактильно-вібраційними сигналами тощо. Глуха дитина здатна сприймати специфічне звучання мовлення та ідентифікувати з конкретними фонемами лише третину, а в окремих текстах лише чверть усіх звуків, які містить звернене до неї усне повідомлення (текст). Саме за цією обмеженою кількістю доступних слуховому сприйманню звуків, їй необхідно зрозуміти звернене до неї мовлення. Ось чому завдання фахівців і батьків полягає у тому, щоб забезпечити дитині доступність сприймання якомога більшої кількості звуків та їх ідентифікації з фонемами, що забезпечить якісніше сприймання, аналіз і розуміння мовлення. Педагоги повинні пам'ятати, що сприймання та розуміння глухою дитиною усного словесного мовлення є складною аналітико-синтетичною діяльністю, від якої вона швидко втомлюється.

Відчуття та сприймання у дітей з порушенням слуху

Оскільки у дитини, яка погано чує, порушена чи відсутня акустична складова, то всі види сприймання, в залежності від ступеня порушення слухового аналізатора, розвиваються в зміненому вигляді.

У дитини з вадами слуху спостерігається недостатній рівень розвитку слухового сприймання, що є природним каналом відчуття звуків (шумів) навколишнього середовища, несе важливу інформацію про простір, час, предмети (об'єкти), їх характеристики, та сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення цих функцій призводить до уповільненості розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним. У дітей з порушеннями слуху рухова чутливість є менш розвиненою, водночас зорове сприймання та вібраційна чутливість - більш досконалі.

Тактильні відчуття відіграють велику роль під час пізнання довкілля, в організації зорового сприймання предметів при їх обстеженні, при запам'ятовуванні слів у процесі обстеження та пізнання предметів, їх деталей, у формуванні аналітичного й синтетичного сприймання та мислення. Розвиток тактильного сприймання, використання цих відчуттів як сигналів для називання предметів та їх Деталей є своєрідним засобом формування пізнавальної активності, ініціативності

при з'ясуванні та запам'ятовуванні словесних позначень предметів, деталей. Дослідження предметів неминуче призводить дитину до потреби ставити запитання про призначення предмета, його деталей. Отже, пізнання предметів докільця з опорою на тактильне (тактильно-зорове, тзктильно-зоро-слухове) сприймання є засобом формування в дитини з вадами слуху пізнавальної активності, реалізації пізнавальних інтересів.

Специфіка мисленневих процесів у дітей з порушенням слуху.

Унаслідок обмеженості слухового сприймання можуть виникати (або виникають) негативні наслідки при формуванні когнітивної сфери особистості. Раціональне використання слуху, зору, тактильних і тактильно-вібраційних відчуттів дозволяє покращити сенсорну основу розвитку психічних процесів, розширити можливості отримання інформації про навколишнє середовище з його звуковим наповненням (побутовими, технічними, мовленневими звуками). Пізнання на сенсорному рівні багатовимірних характеристик предмета не тільки забезпечує дитині можливість створити чуттєві уявлення про конкретний предмет, а й сприяє ефективному опануванню мовлення, запам'ятовуванню слів, які позначають певний предмет, його якості та характеристики. Поступове обстеження предмета, його деталей розвиває аналітико-синтетичне сприймання та логічне мислення.

У дітей з порушеннями слуху, які мають відхилення мовленнєвого розвитку від нормативних показників онтогенезу, спостерігається недорозвинення мисленневих операцій, словесно-логічного мислення, що зумовлює відставання в розвитку словесної пам'яті. У глухих дітей, на відміну від дітей, які чують, менш стійко й тривало зберігаються точні образи об'єктів. Продуктивність уваги таких дітей залежить від ступеня виразності об'єктів, що сприймаються.

Особливості розвитку особистості дитини з порушенням слуху

Відставання в мовленнєвому розвитку спричинює ускладнення в усвідомленні власних і чужих емоційних станів, що, у свою чергу, призводить до спрощення міжособистісних відносин. Напрямами розвитку особистості можуть бути:

- формування уявлення про якості особистості, емоційні якості та **норми** поведінки;
- розвиток уміння бачити ці прояви в поведінці інших людей;
- формування адекватної самооцінки.

Для цього педагогам і батькам можуть стати в нагоді такі методи роботи, як: аналіз ситуацій, драматизація, пантоміма з обов'язковим поєднанням зі словесними засобами навчання.

Проблеми з глухими дітьми в умовах інклюзивного навчального середовища є значно складнішими, аніж у роботі зі слабчочуючими дітьми. Тому, як правило, для

них більш ефективним є інтегроване навчання (у спеціальному класі в умовах загальноосвітнього навчального закладу) або навчання у звичайному класі, але з обов'язковими індивідуальними додатковими заняттями з основних предметів і корекційно-розвивальними заняттями із сурдопедагогом.

Важливо правильно розміщувати учнів зі зниженим слухом у класі. Вони повинні сидіти близько до вчителя (на відстані 1,5-2 м). Під час пояснення педагог мусить знаходитись у статичному положенні, краще біля столу. Учням легше «зчитувати» з обличчя тоді, коли воно знаходиться на рівні очей дитини. Вона засвоює неспішне мовлення, чітку артикуляцію, стежить за освітленням обличчя. Учитель повинен урахувати, що в дітей із глибокими порушеннями слуху переважає конкретне мислення, тому при виникненні проблем із засвоєнням завдань на абстрактно-логічному рівні важливо використовувати наочність. У роботі з дітьми зі зниженим слухом важливо чітко структурувати навчальний матеріал, використовувати структурно-логічні схеми й опорні конспекти.

Для того, щоб привернути увагу дитини до себе, замість слів можна використовувати умовні жести, стукання по столу, удар підбором по підлозі. Можна попросити дитину, яка сидить поруч, привертати увагу дитини з порушенням слуху. Варто використовувати й жести, які означають підтримку, інформують про успіхи та досягнення дитини.

Учителю також треба врахувати, що такі учні часто зчитують інформацію з губ, тому треба переконатися, що:

- обличчя достатньо освітлене;
- мовлення чітке, не дуже швидке;
- висловлювання короткі, фрази змістовні;
- висловлене підкріплюється відповідним виразом обличчя;
- коли це можливо, варто показувати числівники на пальцях.

Для кращого засвоєння навчального матеріалу треба використовувати широкий спектр дидактичного й технічного забезпечення, а саме:

- перед початком заняття роздати учням з порушеннями слуху надрукований конспект уроку;
- використовувати роздавальний матеріал;
- використовувати наочний матеріал - таблиці, схеми, графіки;
- заохочувати учнів з порушеннями слуху до використання слухових апаратів;
- призначити помічника з-поміж учнів, які чують, для допомоги в освоєнні навчального матеріалу.

У процесі контролю сприймання навчального матеріалу педагогу важливо:

- перевіряти, чи правильно зрозуміли учні з порушеннями слуху інформацію перед тим, як продовжувати висловлюватись далі;
- перефразувати та спрощувати речення при збереженні його змісту;

- пропонувати учням з порушеннями слуху вести словник термінів і дозволяти їм користуватись ним при відповідях;
- ураховувати, що таким учням потрібно більше часу для виконання завдань;
- сприяти розвитку комунікативних умінь шляхом застосування інтерактивних методів навчання.

Психологічні особливості дітей з порушенням зору

Основну інформацію про навколишній світ (до 90 %) дитина отримує через зір, який є провідним сенсорним каналом взаємодії з дійсністю, тому порушення зору суттєво впливають на розвиток дитини. Основним критерієм зорових порушень є гострота зору, оскільки вона має найбільше значення для життєдіяльності людини. При зорових порушеннях гостроту зору розподіляють на:

- відносну (гострота зору без окулярів),
- абсолютну (гострота зору в окулярах/лінзах).

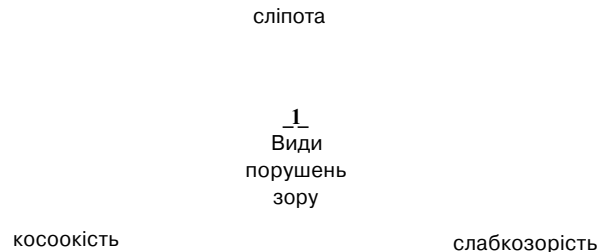


Рис. 12. Типологія порушень зору

Сліпі (незрячі) діти - це діти з абсолютною гостротою очей, які краще бачать з оптичною корекцією від 0 до 0,04, тобто в них або зовсім відсутнє зорове відчуття (через те, що обидва ока втрачають спроможність до відчуття світла та кольоророзрізнення), або спостерігається світловідчуття чи незначний залишковий зір.

Тотально сліпі - діти, у яких гострота зору дорівнює 0 або залишається тільки світловідчуття. До цієї категорії та кож належать особи з різким звуженням поля зору.

Частково (парціально) сліпі - наявний залишковий збережений форменими зір (здатність розрізняти форми, виокремлювати фігури предметів та яскраві кольори на загальному тлі, що надає можливість орієнтуватись під час ходьби). Залишковий зір може мати різні характеристики залежно від клінічних форм захворювання очей і є глибоким порушенням системи зорового сприймання.

Суттєве значення для психічного розвитку дитини має час виникнення

глибокого порушення зору:

а) *сліпонароджені* - діти з вродженою тотальною сліпотою, які втратили зір до становлення мовлення (приблизно до трьох років) і не мають зорових уявлень, тобто весь процес психічного розвитку проходить в умовах повного «випадіння» зорової системи;

б) *осліплі* - діти, які втратили зір у дошкільному віці й пізніше, тобто мають зорові уявлення;

в) *слабозорі діти* - діти з абсолютною гостротою ока, що краще бачать або зі звуженням поля зору. Такі порушення зору в основному відбуваються у зв'язку з тяжкими захворюваннями зорового аналізатора. Діти з таким станом зору мають труднощі в навчанні та процесі пізнання довкілля. Однак зір у них залишається провідним аналізатором сприймання предметів та явищ, і може використовуватись як провідний у навчальній, професійній та інших видах діяльності. Тому його треба оберігати, необхідною умовою цього є регуляторна діагностика, періодичні консультації в офтальмолога й тифлопедагога;

г) *діти зі зниженим зором* - особи з абсолютною гостротою зору з використанням звичайних засобів корекції. Зниження зору відбувається внаслідок функціональних порушень зорового аналізатора. Своєчасна спеціальна цілеспрямована лікувально-профілактична робота та корекційно-розвивальна організація навчально-виховного процесу (зазвичай у спеціальному дошкільному початковому закладі для дітей з порушеннями зору) можуть сприяти нормалізації гостроти зору в дітей цієї групи, що дає можливість для подальшого навчання в загальноосвітніх навчальних закладах.

Причини порушення зорової функції можуть бути вродженими та набутими.

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

Набуті порушення зору спричинені зовнішніми та внутрішніми впливами на процес життєдіяльності: механічними травмами ока, черепно-мозковими травмами, фізичними перенавантаженнями, перенесеними хворобами (цукровий діабет, менінгіт), інтоксикацією різного походження.

Особливості психофізичного розвитку дітей з порушеннями зору спостерігаються передусім у сфері чуттєвого пізнання: у дитини порушуються зорові відчуття та сприймання, що впливає на формування кількості зорових уявлень, а це, у свою чергу, позначається на формуванні образів, уявлень, понять і мовлення;

порушується співвідношення образного та понятійного в мисленнєвій діяльності; спостерігаються особливості емоційно-вольової регуляції; знижується пізнавальна активність і послаблюється розвиток пізнавальних процесів.

Відчуття та сприймання у дітей з порушенням зору

Сліпі діти втрачають функцію зорового аналізатора, яка компенсується за рахунок активної діяльності збережених аналізаторів - слухового, рухового, тактильного тощо. Велике значення для сприймання та пізнання довкілля в сліпих і слабкозорих має дотик. Тактильне сприймання забезпечує отримання комплексу різних відчуттів (торкання, тиснення, рух, тепло, холод, біль, фактура матеріалу) й допомагає визначити форму, розміри, встановити пропорційні відношення. Відчуття, що сприймаються нервовими закінченнями шкіри та слизовими оболонками, передаються до кори головного мозку у відділ, пов'язаний з роботою рук і кінчиків пальців. Так незрячі вчаться бачити руками та пальцями.

Поряд із дотиком важливу роль відіграють слухове сприймання й мовлення. За допомогою звуків діти з порушенням зору можуть визначати предметні та просторові властивості навколишнього середовища. Від уміння орієнтуватись у просторі залежить успішність оволодіння різними видами діяльності. Просторове орієнтування є істотною частиною вільного руху в просторі, тому незрячих треба спеціально вчити просторового орієнтування: уміння втримувати напрямок руху, визначити своє місце в просторі, долати або обходити перешкоди.

Просторова орієнтація в різних видах діяльності сліпих людей потребує здатності диференціювати звуки, шуми, локалізувати джерело звуків, тому при частому використанні слуху підвищується слухова чуттєвість. Сліпі та слабкозорі діти поступаються своїм одноліткам у розвитку точності рухів, в оцінці рухів і м'язовій напрузі. Їм важко сприймати предмети на відстані й ті, що рухаються, а також великі та дрібні за розміром, тому багато чого залишається поза увагою цих дітей та збіднює їхні уявлення про навколишній світ.

Пам'ять та мислення у дітей з порушенням зору

Сліпі та слабкозорі діти вимушені запам'ятовувати й утримувати в пам'яті таку кількість інформації, яку не треба пам'ятати людині, що бачить. Тому, зазвичай, у сліпих і слабкозорих людей обсяг пам'яті досить значний. Систематизація, класифікація, групування матеріалу та створення умов для його чіткого відтворення є передумовами розвитку пам'яті при порушеннях зору.

Формування таких мисленнєвих операцій, як: синтез, аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення, відбувається у слабкозорих дітей пізніше, ніж у дітей, які бачать. Труднощі встановлення змістовних зв'язків і відставання в розвитку зазначених операцій зумовлені недостатнім розвитком наочно-дієвого й наочно-

образного мислення. Проте пряма залежність між ступенем порушення зору та рівнем розвитку пізнавальної діяльності не спостерігається.

У дітей з порушеннями зору наявна дисгармонія при взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань, спостерігається також певне відставання в розумінні слів із конкретним значенням.

У дітей з порушеннями зору помітним є переважання слухової уваги над зоровою, а також значні труднощі у формуванні довільної уваги. Важливо зазначити, що всі якості уваги (активність, спрямованість, обсяг, розподіл, переключення, інтенсивність, стійкість) знаходяться під впливом порушень зору, але здатні до високого розвитку, який може перевищувати рівень дітей, що бачать.

Мовленнєвий розвиток дитини з порушенням зору

Особливості мовлення виявляються в складності встановлення предметної співвіднесеності слова й образу, розумінні конкретного значення слів, використанні понять у мовленні.

Емоційно-вольова сфера дитини з порушенням зору

Сліпі та слабкозорі діти є найбільш вразливими, особливо за шкалою самооцінки. Водночас слабкозорі діти є більш тривожними й емоційними, ніж сліпі, їм властивий страх перед невідомим простором і невідомими предметами. Це стосується і знайомства з іншими людьми. Їхні емоції мало виражаються через міміку, жести, пози - в основному це відбувається через інтонацію, тембр і гучність голосу. Вони дуже добре відчують емоційний стан співрозмовника.

Педагогам та батькам, які взаємодіють з дітьми з порушення зору, важливо адаптувати середовище до потреб цих дітей. Якщо учень є слабкозорим, він потребує додаткового освітлення робочого місця, спеціальних підручників, зошитів, збільшувальної техніки. Якщо дитина сліпа, їй будуть потрібні підручники, надруковані шрифтом Брайля, текст, записаний для відтворення у звуковому форматі. При спілкуванні з такою дитиною важливо дати їй зрозуміти, хто з нею розмовляє, повідомляючи конкретну інформацію про себе. У класі не повинно бути жодних перешкод, які можуть заважати пересуванню дитини.

Важливо підготувати інших учнів у класі до виконання функції помічника такої дитини. Педагог не повинен уникати таких слів, як «поглянь», «дивись», бо ці слова є природними та повинні ввійти в лексикон дитини. Учитель також повинен озвучувати все, що він пише на дошці. Його пояснення вчителя не повинні бути швидкими чи складними - треба пояснювати просто, зрозуміло, з наведенням

доказів, використовуючи додаткові, за можливості об'ємні наочні засоби. Від педагога вимагається вияв терпіння для багаторазового пояснення й надання вказівок про виконання завдання дитині, яка не бачить. Важливо надавати таким дітям можливість ознайомитися з дидактичним матеріалом, який будуть використовувати під час уроку, ще до початку його проведення.

Педагоги класів з інклюзивним навчанням повинні попереджувати втомлюваність дітей з порушеннями зору, брати до уваги їх повільність у процесі читання, письма, яка передбачає звільнення навчального матеріалу від другорядного й несуттєвого. Необхідно чітко регламентувати безперервне зорове навантаження, яке не повинно перевищувати 5-7 хвилин для слабкозорих дітей і 10-15 хвилин - для дітей зі зниженим зором, хоча й таке навантаження може втомлювати багатьох із них.

Слабкозорі та сліпі діти можуть мати як знижену, так і завищену самооцінку. Наголосимо, що сліпі старшокласники не вміють вести діалог, слухати співрозмовника, не ставлять запитань, не співвідносять свої висловлювання з висловлюваннями інших - при діалозі переходять на монолог. Тому важливо, починаючи з молодших класів, учити та привчати їх розуміти позицію інших, формувати навички спілкування. З метою створення сприятливої атмосфери у класі сліпу чи слабкозору дитину слід представити всьому класу, надати дітям можливість поспілкуватися, стимулювати запитання з боку інших дітей і самостійну відповідь цієї дитини.

Педагогам, які працюють з дітьми з порушеннями зору, треба пам'ятати, що основним каналом для сприймання інформації в них є слух, тому важливо забезпечити можливість використання аудіозаписів, урахувавши, що така дитина має сидіти ближче до вчителя. Педагог повинен висловлюватись чітко і розбірливо, а демонструючи малюнок, схему чи таблицю, робити їх чіткі пояснення.

Для кращого засвоєння навчального матеріалу важливо використовувати широкий спектр дидактичного й технічного забезпечення:

- підготовку дидактичного забезпечення в альтернативній формі (наприклад, використовуючи збільшений, електронний чи рельєфний формат);
- призначення в класі консультанта (асистента) для такої дитини, які можуть допомагати при записі матеріалу, читанні текстових фрагментів, за потреби супроводжувати дитину, яка не бачить.

Під час контролю процесу сприймання навчального матеріалу важливо враховувати, що учні з порушеннями зору виконують завдання значно повільніше, ніж інші діти, тому вчитель під час заняття повинен частіше звертатись до учнів з порушеннями зору, залучати їх до групової роботи, використовуючи інтерактивні методи викладання, допомагати їм підвищити свою активність і комунікабельність.

Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку

Затримка психічного розвитку (ЗПР) - порушення нормального темпу психічного розвитку, за умов якого окремі психічні функції (пам'ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають у своєму розвитку від загальноприйнятих психологічних норм для даного віку. Цей характер відставання з часом долається, і тим успішніше, чим раніше виявляється причина. Дуже важливо створити необхідні умови корекції, які забезпечують нормальне навчання й виховання дітей цієї категорії. Характер затримки психічного розвитку зумовлює зміст і глибину порушень структури навчально-пізнавальної діяльності цієї категорії учнів.

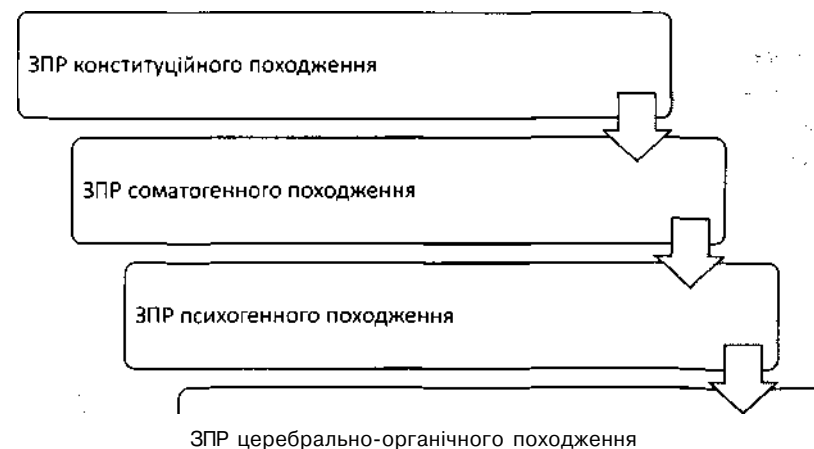


Рис. 13. Етіологія затримки психічного розвитку дитини

Конституційно зумовлена фор/иоЗПР-дитина мініатюрна та ззовні тендітна, структура її емоційно-вольової сфери відповідає більш ранньому вікові, організм слабкий і це знижує продуктивність пам'яті, уваги, працездатності, гальмує розвиток пізнавальної діяльності. Сповільненість і нерівномірність розвитку різних систем дитячого організму зумовлює те, що дитина відстає від розвитку інших дітей як фізично, так і психічно. До цього типу відносять спадково зумовлений психічний і психофізичний інфантілізм. У дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, «дитячість» поведінки. У школі вони проявляють себе як типові дошкільники: безпосередні, емоційні, не вміють керуватися правилами поведінки на уроці. У межах ЗПР конституційного походження також вирізняють спадково зумовлену парціальну (часткову) недостатність таких функцій, як: праксис (здатність виконувати цілеспрямовані рухи), гнозис (здатність упізнавати предмети), зорова і слухова пам'ять, мовлення, які лежать в основі формування складних міжаналізаторних навичок (малювання, читання, письмо, лічба тощо). У більшості випадків таку форму ЗПР називають конституційно зумовленою.

Соматично зумовлена форма ЗПР спричинена хронічними соматичними захворюваннями внутрішніх органів дитини - серця, нирок, печінки, легенів, ендокринної системи. Психічний розвиток гальмується насамперед стійкою астеною, яка знижує загальний фізичний і психічний тонус дитини, робить її млявою, нерішучою, безініціативною, капризною, боязкою, несприйнятливою до різноманітних уражень. До негативного впливу самої хвороби часто додається й негативний вплив умов виховання. Оскільки діти ростуть в умовах режиму, що їх оберігає, гіперопіки-у них ускладнене формування позитивних якостей особистості, коло їх спілкування обмежене, недостатність сенсорного досвіду впливає на поповнення уявлень про довкілля.

Психогенно зумовлена форма ЗПР пов'язана з несприятливими умовами виховання, які обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Численні спостереження за розвитком дітей свідчать про те, що ЗПР може виникнути в результаті дефіциту спілкування в ранньому дитинстві. Часто цей тип ЗПР виникає у дітей, які виховуються батьками з психічними розладами. Постійні залякування, покарання пригнічують дитину, знижують її психічний тонус і тим самим призводять до ІПР. Залежно від м'якості умов особливостей психіки дитини виникають різні типи емоційного реагування: в одних дітей спостерігаються агресивність, непослідовність, необдуманість та імпульсивність дій, в інших - нерішучість, плаксивість, різні страхи.

Церебрально-органічна форма ЗПР - це найпоширеніша і найтяжча форма ЗПР у дітей, пов'язана з ураженням головного мозку, що викликає найбільш виражені порушення емоційно-вольової та пізнавальної діяльності загалом. Виокремлюють два основних клініко-психологічних варіанти ЗПР церебрально-органічного генезу- У дитини затримується формування всіх провідних видів діяльності, у тому числі й навчальної.

Таблиця 3

Загальні прояви затримки психічного розвитку дитини

| | |
|--|--|
| <i>Порушення працездатності та поведінки</i> | Причиною цього явища є надлишкова виснаженість нервових процесів, їх інертність. У дітей із ЗПР дуже коротка тривалість продуктивної роботи -усього 15-20 хвилин, після чого настає втома. Її прояви неоднакові: одні діти стають млявими, сонними, інші, навпаки, - непосидючими, багато розмовляють, не реагують або негативно реагують на зауваження. |
| <i>Пізнавальна діяльність</i> | Зазвичай діти із ЗПР не є допитливими. Задовольняються першою відповіддю на своє запитання й не виявляють наполегливості в процесі вирішення завдання, яке їх зацікавило. Інколи дитина ставить багато запитань, але всі вони одноманітні та свідчать не стільки про інтерес дитини, скільки про його обмеженість. |

| | |
|--|---|
| <i>Сенсомоторний розвиток і чуттєве пізнання дійсності</i> | У зв'язку з порушеннями центральної нервової системи опрацювання отриманої інформації від органів чуття відбувається менш успішно. Дітям із затримкою психічного розвитку буває складно розрізнити літери, особливо якщо вони подібні за формою; складно написати листа, бо це вимагає досить високого рівня просторової орієнтації, щоб розпізнати та відтворити графічне зображення букв, їх розміщення на сторінках зошита. Несформованість просторових уявлень зумовлює й те, що на початку навчання у школі діти із ЗПР ще невпевнено можуть розрізнити праву й ліву сторони, поняття «під, над, вище, нижче, далі, ближче, внизу, зверху». |
| <i>Мислення</i> | Стереотипність мислення, його шаблонність. Дітям із ЗПР не вдається діяти за наочним зразком через порушення операцій аналізу, цілісності, цілеспрямованості, активності сприйняття - усе це призводить до того, що дитина не може проаналізувати зразок, виокремити головні частини, встановити взаємозв'язок між частинами та відтворити цю структуру в процесі власної діяльності. |
| <i>Пам'ять</i> | Діти мають труднощі із запам'ятовуванням букв і цифр, таблиці множення, віршів. Довільна та мимовільна пам'ять є слабкою. |
| <i>Знання уявлення про навколишній світ</i> | Доволі часто діти із ЗПР не знають родинних зв'язків, послідовності днів тижня, місяців, пір року тощо. Спостерігається брак системності знань. |
| <i>Розвиток особистості</i> | Окрім загальних виявів особистості дітей із ЗПР, у них інколи простежуються риси, зумовлені хворобливими порушеннями функціонування нервової системи. На тлі надлишкової виснаженості, загальмованості нервових процесів у деяких дітей проявляються такі характеристики, як млявість, боязкість, плаксивість. Надлишкова збудливість, яка також пов'язана зі швидким виснаженням, є причиною бурхливих реакцій на зауваження, постійних конфліктів з товаришами, бійок. На порушення поведінки негативно впливає і мікросоціальне середовище, у якому ці діти виховуються, особливо їхній статус у колективі, досвід неуспішного навчання в школі. |

Характерні особливості дітей із ЗПР:

- зниження працездатності;
- підвищена виснажуваність;

- нестійка увага;
- недостатність довільної пам'яті;
- відставання в розвитку мислення;
- дефекти звуковимови;
- своєрідна поведінка;
- незначний словниковий запас;
- низька навичка самоконтролю;
- незрілість емоційно-вольової сфери;
- обмежений запас загальних відомостей та уявлень;
- слабка техніка читання;
- труднощі в підрахунку і розв'язанні завдань з математики.

У роботі з дітьми, які мають ЗПР, важливо забезпечити їх готовність до навчання в школі: розвиток дрібної моторики, фонематичного слуху, формування правильної звуковимови, уточнення доматематичних понять, формування соціально прийнятої поведінки.

Загальні рекомендації до взаємодії та навчання дитини з ЗПР:

- Зосередьте увагу на сильних сторонах учня та спирайтеся на них у процесі **навчання**. Водночас, будьте готові, що доведеться поступово заповнювати **прогалини** у знаннях, вміннях і навичках дитини.
- Подавайте зміст навчального матеріалу невеликими частинами, **винористовуючи** мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). **Якомога** більше повторюйте та закріплюйте вивчене.
- Заохочуйте учня, підтримуйте позитивну мотивацію навчання.
- Дещо сповільніть темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність учня. Будьте терплячими, якщо учневі необхідно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайдіть оптимальний варіант взаємодії з ним (поясніть новий матеріал до уроку, на занятті дайте письмовий тезовий план, алгоритм дій тощо).
- Розчленовуйте завдання на окремі невеликі частини. У разі потреби - складайте письмовий алгоритм поетапного виконання завдання. Усні інструкції давайте по одній, доки учень не навчиться утримувати у пам'яті одразу кілька.
- Практикуйте прикладне застосування набутих учнем знань.
- Спільно з учнем покроково аналізуйте виконання завдання.
- Урізноманітнюйте навчальну діяльність, однак, забезпечуйте плавний перехід від одних видів діяльності до інших.
- Завдання мають відповідати можливостям учнів і виключати відчуття стійких невдач.
- Надавайте учням достатньо часу для виконання завдання та практичного

застосування нових умінь і навичок, водночас, **надто тривале виконання** однієї справи може стомити їх.

- Не перекладайте подолання проблем у навчанні виключно на батьків. Допмагайте їм усвідомлювати найменші успіхи учня та закріплювати їх. Діти, що мають труднощі в навчанні, потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, а виваженого, доброзичливого ставлення.
- Подолання труднощів у навчанні-це результат спільної тривалої та копіткої роботи педагогів, психологів, батьків і навіть терапевтів.

Психологічні особливості розумово відсталих дітей

Розумова відсталість - сукупність спадкових, вроджених (олігофренія) або рано набутих (деменція) стійких синдромів загального психічного відставання в розвитку, які виявляються через труднощі соціальної адаптації, головним чином через переважаючий інтелектуальний дефект. Біологічне пошкодження головного мозку порушує спонтанний розвиток дитини, тобто динаміка її психічного розвитку через наслідування та самоосвіту виявляється неефективною. Унаслідок порушення взаємозв'язку між пізнавальними й емоційними процесами дитина не має достатньо розвинених здібностей до контролю та самоконтролю власної поведінки; у неї спостерігається низький рівень активності та пізнання, її безпосередні потреби й емоційні прояви не підпорядковуються мисленню, не усвідомлюються та не контролюються самою дитиною.

Почуття цих дітей незначні й недиференційовані. Недостатній розвиток мислення та його критичності обмежує можливості розумово відсталих дітей щодо аналізу своєї поведінки. На цьому фоні в них найчастіше формується завищена самооцінка. Для ефективної організації роботи спеціалістів з розумово відсталими дітьми потрібне правильне розуміння феномену розумової відсталості та знання причин її виникнення.

Термін «розумова відсталість» вказує не лише на кількісну, а й на якісну характеристику порушення, що передбачає певний позитивний розвиток дитини, унаслідок організації цілеспрямованого корекційно-розвивального впливу на неї, який враховує її потенційні можливості й опирається на збережені або менш ушкоджені її функції чи функціональні системи. З огляду на це, С. Миронова слушно зазначає, що розумова відсталість як патологія може бути констатована лише в тому випадку, якщо в одного суб'єкта є 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.

Розумова відсталість класифікується за видами, формами, **ступенями**, діагнозами, кожен із яких має як спільні, так і відмінні особливості.

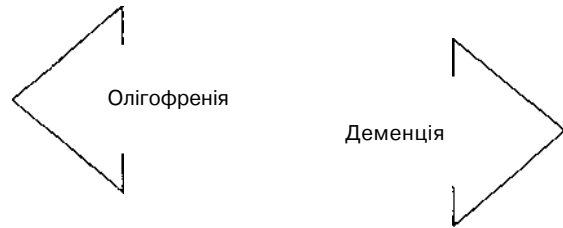


Рис. 14. Види розумової відсталості .

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 в дитини в процесі її розвитку розумова відсталість не прогресує. За спеціально організованих умов дитина-олігофрен здатна оволодіти певними знаннями, вміннями та навичками, досягнути певного рівня розвитку.

Таблиця 4

| Класифікація дітей з олігофренією (за М. Певзнер) _____ | |
|--|--|
| Форма олігофренії | Характеристика форми |
| <i>Неускладнена форма</i> | Дитина характеризується врівноваженістю основних нервових процесів. Відхилення пізнавальної діяльності не супроводжується грубими порушеннями аналізаторів. Емоційно-вольова сфера відносно збережена. Дитина здатна до цілеспрямованої діяльності, однак лише в тих випадках, коли завдання їй зрозуміле й доступне. У звичній ситуації її поведінка не має різких відхилень. _____ |
| <i>Олігофренія, що характеризується нестійкістю емоційно-вольової сфери за типом збудливості або загальмованості</i> | Властиві дитині порушення виразно проявляються у змінах поведінки та зниженні працездатності. |
| <i>Олігофренія з порушенням функцій аналізаторів</i> | При цій формі дифузне ураження кори поєднується з більш глибокими ураженнями тієї чи іншої системи аналізаторів. Діти додатково мають локальні дефекти мовлення, слуху, зору й опорно-рухового апарату. _____ |

| | |
|--|---|
| <i>Олігофренія з психопатоподібною поведінкою</i> | У дитини спостерігається різке порушення емоційно-вольової сфери. На першому плані виявляється недорозвинення особистісних компонентів, зниження критичності щодо себе й оточуючих людей, розгальмування потягів. Дитина схильна до невинуватих афектів. |
| <i>Олігофренія з вираженою лобовою недостатністю</i> | Порушення пізнавальної діяльності поєднуються зі змінами особистості згідно з лобовим типом з різними порушеннями моторики. Такі діти є млявими, безініціативними та безпорадними. їхнє мовлення є багатослівним, беззмістовним і має наслідувальний характер. Діти не здатні до психічного напруження, цілеспрямованості, активності, слабо враховують ситуацію. |

Деменція виникає на більш пізньому етапі розвитку дитини внаслідок перенесеного захворювання центральної нервової системи після трьох років або плинного захворювання мозку, що розпочалося у дошкільному, молодшому шкільному чи підлітковому віці. Може бути *непрогредієнтною* через травматичні пошкодження головного мозку, менінгіти, енцефаліти. Проте є дементні діти, які страждають на плинне захворювання головного мозку.

До прогредієнтних форм деменції належать:

- епілептична;
- шизофренічна;
- ревматична;
- сифіліс головного мозку.

Відповідно до сучасної Міжнародної класифікації хвороб (МКХ 10) за складністю й виразністю порушення розумову відсталість розподіляють за чотирма ступенями, які співвідносяться з відповідним інтелектуальним коефіцієнтом (IQ):

- легка розумова відсталість (дебільність) (F 70) - IQ= 50-69;
- помірна розумова відсталість (легка імбецильність) (F 71) — IQ 32 = 35-49;
- важка розумова відсталість (виразна імбецильність) (F 72) - IQ = 20-34;
- глибока розумова відсталість (ідіотія) (F 73) - IQ= 0-19.

Категорія осіб із легкою розумовою відсталістю складає більшість серед тих, хто страждає на розумову відсталість.

Легкий ступінь розумової відсталості - F70 (легка розумова субнормальність, легка олігофренія, дебільність). За умови використання стандартних тестів визначення коефіцієнта інтелекту (IQ) для легкої розумової відсталості властиві параметри від 70 до 50 одиниць (на відміну від нормального розвитку, який дорівнює в середньому 100 (115 одиницям)).

Особи з легким ступенем розумової відсталості засвоюють мову з певною

затримкою, проте вони здатні її використовувати у своєму щоденному спілкуванні, підтримувати розмову на побутову тематику, брати участь у бесіді. Але їхньому мовленню притаманні фонетичні викривлення, обмеження словникового запасу, недостатність розуміння слів, їхнє неточне розуміння та неадекватне вживання. Слово повністю не використовується як засіб спілкування. Спостерігається відставання активного словника від пасивного. Такі діти розуміють значно більше слів, аніж використовують у своєму мовленні. Активна лексика не лише обмежена, а й перевантажена штампами. Порушення граматичної будови пов'язане з нечастим використанням прикметників, прийменників і сполучників, яких не вистачає в активному словнику. Фразове мовлення бідне, односкладове, без використання складних граматичних конструкцій. Відчуваються труднощі під час формулювання своїх думок, при переказі прочитаного або почутого. У деяких випадках спостерігається загальний мовленнєвий недорозвиток.

Звуження й уповільнення зорових, слухових, кінестетичних, тактильних, нюхових та смакових відчуттів і сприймань призводять до труднощів в орієнтуванні серед довкілля. Недостатній розвиток сприймання не дає можливості отримати правильне уявлення про те, що є навкруги розумово відсталі дитини, і про те, ким вона є сама. Суб'єктами цієї групи недостатньо вловлюється подібність і відмінність між предметами та явищами, які мають лише окремі однакові ознаки (наприклад, колір). Вони часто не відчують відтінків, помилково оцінюють глибину, об'єм різних властивостей предметів, віддаленість від спостерігача, що пояснюється труднощами аналізу та синтезу інформації, яка сприймається.

Характеризуючи розумово відсталіх дітей із легким ступенем інтелектуального дефекту необхідно зазначити, що їхня довільна увага не цілеспрямована, необхідна значна напруга під час її концентрування, фіксації, вона нестійка, швидко виснажується. Ці діти характеризуються підвищеною розсіяністю, невмінням утримувати увагу на будь-якій діяльності тривалий час. Це створює підвищені труднощі під час оволодіння шкільною програмою, елементами самообслуговування, трудовими операціями. Характеризуючи увагу, необхідно зазначити, що несамостійність, безініціативність, невміння керувати своїми діями, небажання долати навіть елементарні перешкоди, протистояти спокусам і впливам поєднуються з протилежними ознаками. У випадку необхідності, такі діти виявляють неабияку впевненість при досягненні мети, яка викликає у них емоційне задоволення. Потрібно зазначити, що з віком увага розумово відсталіх дітей легкого ступеня покращується як в кількісному, так і в якісному відношенні.

У розумово відсталіх дітей цієї групи мислення конкретне, обмежене безпосереднім досвідом і необхідністю забезпечення нагальних потреб, непослідовне та стереотипне, некритичне. Слабка роль мислення в регулюванні поведінки, здатність до узагальнюючих процесів знижена. Розумово відстала дитина

не планує своєї активності по етапах і, тим паче, не прагне передбачити наслідки. Під час своєї діяльності вона не враховує труднощі, оскільки в умовах неповноцінного чуттєвого пізнання, мовленнєвого недорозвитку, обмеженої практичної діяльності має певну специфічність. Таким дітям притаманна низька здатність до узагальнень й абстрагувань.

Пам'ять дітей із легким ступенем стійких інтелектуальних порушень характеризується уповільненістю, нестійкістю, неточністю під час необхідності відтворення певних подій. Найбільш нерозвиненим є логічне опосередковане запам'ятовування. Поряд із цим, механічна пам'ять може бути збережена та навіть досить непогано сформована. У більшості випадків такі діти запам'ятовуються лише зовнішні ознаки предметів і явищ; мають значні труднощі щодо пригадування внутрішніх логічних зв'язків та при узагальнених мовленнєвих висловлюваннях.

Емоції в них недостатньо диференційовані, неадекватні. Вони не відповідають значним змінам, які відбуваються навколо, з самою розумово відсталою дитиною. Характеризуються нестійкістю, недостатньо диференційовані; часто бувають неадекватними, непропорційними впливам зовнішнього світу за своєю динамікою. Дуже важко та повільно у цієї категорії дітей формуються вищі почуття: гностичні, моральні, естетичні тощо. Незважаючи на те, що такі діти оволодівають поведінковими нормами, їхні рольові функції в суспільстві досить обмежені. Несамостійність, підвищена навіюваність і здатність до наслідування часто призводить до того, що поведінка перебуває у значній залежності від прагнень та афектів, від безпосередніх обставин, у яких перебуває розумово відсталий суб'єкт.

Психомоторний недорозвиток виявляється в уповільненні темпу розвитку локомоторних функцій, у непродуктивності та недостатній доцільності рухів, у руховій тривожності, неадекватній руховій активності. Рухи в цілому недостатньо плавні, рухові режими характеризуються бідністю, непластичністю, інертністю. Спостерігається наявність рухових штамтів. Значні труднощі виникають під час дрібної моторної активності, а також жестикуляції та міміки.

Більшість дітей із легким ступенем розумової відсталості досягають цілковитої самостійності в навичках самообслуговування (харчування, одягання, особистої гігієни), навіть якщо темп розвитку цих функцій значно повільніший, аніж у дітей з нормальним психофізичним розвитком. Головні труднощі зазвичай проявляються під час навчання в школі, де в багатьох з них виникають проблеми з читанням і письмом. Проте за відповідної підтримки та допомоги, такі діти можуть опанувати базові навички догляду за собою, їхня відсталість може бути значною мірою компенсована.

Помірний ступінь розумової відсталості - F71 (помірна розумова субнормальність, помірна олігофренія, імбецильність). Коефіцієнт інтелекту (IQ) за стандартними тестами для цієї групи знаходиться в межах від 49 до 35 одиниць.

Помірна розумова відсталість-це середній ступінь психічного недорозвитку, що характеризується несформованими пізнавальними процесами. Мислення у таких дітей конкретне, непослідовне, інертне і, як правило, не здатне до утворення абстрактних понять. Особи з таким ступенем розумової відсталості мають відставання в розвитку розуміння та використання мовлення, їхні можливості у цій сфері обмежені.

Мовлення починає формуватись у віці 3-5 років, супроводжується дефектами. Словниковий запас досить незначний, становить приблизно 200 (300) слів. Активний словник значно менший, ніж пасивний, але використання з пасивного словника слів дітьми цієї групи спостерігається досить рідко. Вони краще розуміють звернене до них мовлення. Самостійно побудувати складну мовленнєву конструкцію не можуть; здатні повторити мовленнєві висловлювання інших.

Розвиток навичок самообслуговування та функцій рухового апарату також відстає: таким людям упродовж всього життя потрібна допомога та контроль. Рухи уповільнені, вайлуваті, що стає перешкодою для формування навичок бігу та не дозволяє навчитись стрибати. Моторна недостатність спостерігається практично у всіх дітей. Вони мають значні труднощі при переключенні рухів, швидкої зміни поз і дій. Якщо дитина має значні порушення моторики у вигляді паралічів і парезів - формування навичок самообслуговування, санітарно-гігієнічних навичок вимагає значної затрати енергії з боку педагогів. Найчастіше виникають труднощі у випадку необхідності виконання дій, які вимагають диференційованих рухів пальців.

Також спостерігаються 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. Увага одразу ж перемикається, якщо така дитина починає відчувати під час виконання тих чи інших операцій навіть елементарні труднощі. В деяких випадках спостерігаються парадокси - неможливість відволікти дитину на інший подразник. Інколи це зустрічається за умови, коли діяльність, якою вона зайнята, викликає у неї емоційно-позитивні реакції.

Описуючи пам'ять дітей цієї категорії, необхідно наголосити, що вона формується досить повільно, матеріал запам'ятовується лише після багаторазових повторень, швидко забувається. Знання погано використовуються на практиці. Стосовно цієї особливості, М.Соловйов зазначає, що її причина полягає в недосконалості замикаючої функції кори головного мозку, яка зумовлює малий обсяг та уповільненість темпу формування нових умовних зв'язків, їхню нетривалість. Логічна та механічна пам'ять знаходяться на однаково низькому рівні. Діти не можуть запам'ятати назви предметів, пригадати, про що йшлося на попередньому занятті. Але поряд з цим, у деякого з них спостерігаються випадки

надзвичайно розвиненої пам'яті на цифри, дати, події, імена тощо (так звана гіпертрофія пам'яті).

Досить яскраво недоліки мислення у цієї категорії дітей виявляються при формуванні навичок читання, письма, лічби. Вихованці не здатні зрозуміти прочитане (хоч інколи навчаються технічно правильно відтворювати текст), допущені помилки ними не помічаються, і, отже, не виправляються. Вони можуть навчитись рахувати у межах 10, інколи - 100, на наочному матеріалі, але абстрактний рахунок, навіть у межах першого десятка, їм переважно недоступний.

Поряд із порушеннями абстрагування й узагальнення у цих дітей спостерігається слабкість регулюючої функції мислення. Вони не вміють своєчасно користуватись вже засвоєними діями, не обдумують свої вчинки, не передбачають результат. У них не виникає сумнівів у правильності своїх дій, вони не думають про те, що їхні вчинки можуть бути неправильними або антисоціальними. Слабкість регулюючої функції мислення не дозволяє цій категорії дітей виокремити суттєве і відкинути другорядне, різко знижує якість пам'яті. Недостатнє орієнтування й усвідомлення матеріалу призводить до того, що він запам'ятовується лише у випадкових співвідношеннях. Ці діти повільно утворюють логічні зв'язки і, як правило, краще запам'ятовують те, що безпосередньо пов'язане із задоволенням їхніх фізіологічних потреб. Вони не вміють цілеспрямовано й усвідомлено пригадувати матеріал.

Тяжкий ступінь розумової відсталості - F72 (тяжка розумова субнормальність, тяжка олігофренія, тяжка імбецильність). Коефіцієнт інтелекту Юза стандартними тестами для цієї групи перебуває в межах від 34 до 20 балів. Ця категорія дітей за клінічною картиною й ознаками органічного ураження центральної нервової системи подібна до групи з помірною розумовою відсталістю.

Так само, як і для осіб з помірною розумовою відсталістю, для цих суб'єктів характерним є низький рівень засвоєння різних навичок. їм притаманні низькі рівні функціонування. У більшості спостерігається низький рівень розвитку моторики, порушення координації рухів, наявність інших відхилень, зумовлених органічними порушеннями головного мозку.

Моторна невмілість іноді має такий характер, що їм потрібно значно більше часу для оволодіння навичками самообслуговування та санітарно-гігієнічними навичками. Більшості, навіть після тривалих тренувань, не вдається опанувати такі дрібні рухи як застібання гудзиків, шнурування, накладання одного предмета на інший тощо. Оскільки формування навіть елементарних знань щодо лічби, письма, читання не сприяє елементарному просуванню в цьому напрямку, то робота з ними зводиться до розвитку та простого тренування необхідних аспектів самообслуговування та санітарно-гігієнічних навичок, навичок соціальної адаптації та виконання елементарних трудових операцій.

Чимало дітей цієї групи не вміють самостійно пересуватись. Дефекти моторики супроводжуються значними відхиленнями в будові черепно-мозкової коробки, опорно-рухового апарату, патологічним розвитком кінцівок, порушенням функціонування шкіри й органічними відхиленнями у функціонуванні внутрішніх органів, диспластичною тілобудовою, дисгенетичними ознаками тощо. 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 та другорядні подразники. Сконцентрувати увагу надзвичайно складно. У кращому випадку, після тривалих занять можна зацікавити таку дитину якоюсь певною діяльністю на декілька (3-5) хвилин. Абстрактне мислення практично відсутнє. Вони не можуть зробити навіть елементарних висновків або узагальнень. Як правило, інтелектуальні порушення супроводжуються вираженою неврологічною патологією: паралічами, парезами, гіперкінезами.

Глибокий ступінь розумової відсталості - F73 (глибока розумова субнормальність, глибока олігофренія, ідіотія). Коефіцієнт інтелекту IQ у цієї категорії суб'єктів нижчий за 20. Цей факт свідчить про те, що такі особи є дуже обмеженими щодо можливостей розуміти або виконувати інструкції. Більшість із них є малорухливими або значно обмеженими в моторних можливостях, страждають на хронічні захворювання внутрішніх органів, енурез, емпокрес тощо. Потреби та дії мають примітивний характер, рухові реакції хаотичні, нецілеспрямовані, спостерігаються явища гіперкінезу, інколи виникає моторне збудження без будь-яких причин і наявності зовнішніх подразників.

При цій патології повністю відсутня пізнавальна діяльність. Діти жодним чином не реагують на оточуючих, навіть сильним звуком і яскравим світлом не можна привернути їхню увагу й утримувати її хоча б деякий час. Вони не здатні до будь-яких диференціацій. Часто не впізнають рідних, близьких, реагують лише на тих людей, які постійно працюють з ними. Такі глибокі порушення визначаються як нездатність утворювати нові зв'язки, робити навіть елементарні висновки й узагальнення. Вони здатні розуміти лише прості форми невербального спілкування, в основі яких лежать реакції щодо отримання задоволення. Такі діти не можуть опанувати елементарні навички самообслуговування, не вміють піклуватись про себе та потребують постійної допомоги, опіки й контролю. Лише одиниці можуть навчитись самостійно їсти.

Розуміння мовлення, в кращому випадку, обмежується сприйманням і виконанням окремих команд, інструкцій, які дають їм ті люди, що задовольняють їхні потреби, вмінням за допомогою звуків повідомити про необхідність нагальної допомоги. Дехто з них може частково навчитись орієнтуватись у навколишньому просторі, адже органи чуттів (зір, слух) у них можуть бути не порушеними. На основі

збережених аналізаторних систем декому вдається сформувати елементарні санітарно-гігієнічні навички та навички самообслуговування, про які вони можуть повідомити і при виконанні яких має бути присутнім дорослий, який здійснює постійний контроль і допомагає при виконанні необхідних дій.

У таких дітей порушені смакові та нюхові відчуття, у результаті чого вони можуть їсти неістівні предмети та практично не реагувати на різкі запахи. Вони не відрізняють гаряче від холодного, не мають уявлення про глибину й висоту. Емоційні реакції у них практично відсутні. Емоції не є показником стану такої дитини. Про її стан не можна зрозуміти за виразом обличчя, за позою, за рухами. Така дитина може перейти з одного стану в інший (від ейфоричного до дисфонічного, або навпаки) без жодних зовнішніх подразників, які б до цього її стимулювали.

Вольові якості у будь-яких проявах відсутні. У них часто виникають афективні спалахи, які виявляються в прагненні завдати собі шкоди (аутоагресія). Під час таких спалахів вони можуть битися головою об стіну, кусати собі руки, бити п'ятами об підлогу, викручувати пальці тощо. Через пониженою больову чутливість такі пошкодження не викликають у них дискомфорту. Одні з них - апатичні, повільні, інші, навпаки, - злостиві, агресивні, дратівливі.

У роботі з дітьми, які мають порушення розумового розвитку, педагогу важливо знати про ефективні методи, прийоми та засоби навчання, які враховують особливості їхнього психічного розвитку:

- особливого значення набуває супровід навчального процесу наочністю, що є засобом формування повноцінних знань, збагачення мовлення; наочність можна представити натуральними предметами, малюнками, картинками, схемами, діаграмами та посібниками;

- навчальний матеріал повинен подаватись поступово, з частими повтореннями; для учнів початкових класів, які мають порушення розумового розвитку, краще використовувати індуктивний метод формування знань (спочатку в досвіді дитини накопичуються факти, спостереження, якості й ознаки, а вже потім цей досвід узагальнюється);

- у навчальному процесі враховується значущість першочергового запам'ятовування, у зв'язку з цим навчальний процес будується таким чином, щоб перше сприймання об'єкта було вірним, повним і точним; учитель запобігає неправильному написанню на дошці, помилковій відповіді, передбачає швидке й послідовне підкріплення, використання матеріалу, який має значення для учнів і відповідає їхнім інтересам;

важливо врахувати динаміку працездатності на уроці: діти з порушенням розумового розвитку не можуть швидко (через 1-2 хвилини), включитись у роботу, отріоні вправи на мобілізацію їхньої уваги; дуже короткою є фаза оптимально дуктивної роботи, що зумовлює подання вчителем невеликого обсягу

навчального матеріалу, нетривале пояснення та зміну видів діяльності на уроці.

Основні завдання у роботі з дітьми, які мають порушення розумового розвитку:

- сприяння соціальної адаптації;
- формування та розвиток елементарних побутових навичок;
- організація та забезпечення соціальної взаємодії дитини.

Навчання насамперед повинно орієнтуватись не на оволодіння знаннями, а сформування життєво важливих умінь і навичок.

Психологічні особливості дітей із синдромом Дауна

Синдром Дауна (СД) - це генетичне порушення, що полягає в порушенні рівня розумового розвитку (різного ступеня), слуху та зору, характерних рисах обличчя, вроджених вадах серця та інших медичних проблемах. Проте ступінь вияву всіх цих ознак є дуже різним для кожного з пацієнтів.

Цей синдром є однією з найпоширеніших вроджених вад розвитку, що мають генетичну природу. Частота виникнення становить приблизно 1 на 800 або 1000 новонароджених. Синдром спричинюється хромосомними розладами: унаслідок порушення розвитку клітини, в ній нараховується 47 (замість 46, як це буває при нормальному розвитку) хромосом. Ця додаткова хромосома змінює перебіг розвитку організму і, зокрема, мозку.

Фізичні особливості дітей із синдромом Дауна формуються під впливом їхнього генетичного матеріалу. Оскільки малюки успадковують гени як від матері, так і від батька, вони певною мірою бувають схожі на своїх батьків - будовою тіла, кольором волосся та очей. Однак через наявність додаткового генетичного матеріалу - зайвої хромосоми у 21 парі - у них з'являються такі тілесні особливості, що роблять їх не схожими на батьків, братів, сестер або дітей, які не мають хромосомних порушень. Ця зайва хромосома є в клітинах кожної дитини із синдромом Дауна, отже, спостерігається багато спільних фізичних рис, і такі діти виглядають досить схожими один на одного.

Обличчя немовляти із синдромом Дауна виглядає трохи пласким через недорозвинення лицьових кісток, з маленьким носом. Перенісся зазвичай широке і сплющене. Носові проходи у більшості малюків вузькі. Очі зазвичай бувають нормальної форми, але очні щілини вузькі та спрямовані вгору і назовні. Вушна раковина може бути дещо деформованою. Слухові канали вузькі. У дитини маленький рот, дехто тримає його відкритим, а язик трохи висунутим. Коли дитина зростає, на її язик можуть з'явитися борозенки. Губи взимку досить часто тріскаються. Піднебіння нормальної висоти, але його довжина і ширина дуже зменшені. Іноді зубів бракує, деякі діти можуть мати злегка відмінну від нормальних форму. Щелепи маленькі, що часто призводить до того, що корінні зуби заважають

один одному. Прорізування зубів, як правило, відбувається із затримкою, зуби нерівні за розміром, відрізняються формою. Нерідко спостерігається надмірне слиновиділення. У більшості дітей із синдромом Дауна зуби руйнуються рідше, ніж у звичайних дітей. У них часто спостерігається збіжна косоокість і лише зрідка - розбіжна.

У новонародженої дитини із СД шкіра м'яка та гладенька, але згодом вона стає згрубілою й надмірно сухою. Руки пухкі, пальці короткі. Середня фаланга мізинця звичайно маленька, на пальці міститься одна замість двох згинальних складок. Дистальна долонна борозна, що зазвичай проходить від ліктьового краю руки до основи вказівного пальця, відсутня, а середня борозна йде упоперек. Пальці ніг часто закінчуються на одній прямій лінії. У результаті слабкості зв'язок і гіпотонії м'язів спостерігається надмірна рухливість суглобів - характерна риса синдрому Дауна.

Після того як діти із СД навчаються сидіти, вони часто нахиляються вперед і кладуть голову й тулуб між витягненими ногами. Розвивається Х-подібна деформація ніг і плоскостопість. Невеликий зріст зумовлений короткими нижніми кінцівками. Яскравою специфічною ознакою синдрому є дифузна м'язова гіпотонія, що виявляється в підвищеній рухливості суглобів, їх слабкому опорі. Характерними є незвичайні пози дитини: специфічне положення ніг; «поза кравця» та «гімнастична» рухливість ніг і стоп.

Пізній розвиток рухових функцій залежить не лише від фізичного недорозвинення, а й від зниження загальної психічної активності. Проблеми із серцем є важливою характерною рисою синдрому Дауна. Приблизно 40% таких дітей мають уроджені вади серця: вади міжшлуночної перегородки є найпоширенішими, дефекти міжпередсердної перегородки - менш. Уповільнене статеве дозрівання.

Слід наголосити: не в кожній дитини з синдромом Дауна наявні всі зазначені вище особливості. Крім того, в одних дітей певні ознаки можуть бути більш помітними, ніж в інших. Таким чином, хоча дітей із СД можна розпізнати за однаковими для всіх них фізичними характеристиками, не всі вони виглядають однаково.

Зазвичай такі діти розвиваються вдвічі повільніше, і за 9 років проходять програму 1-4 класів загальноосвітньої школи. Найпомітнішим у таких дітей є відставання в мові. У них досить чітко виявляються розбіжності між пасивним та активним словником, що особливо помітно під час зв'язного мовлення. Цю особливість учителю необхідно враховувати, якщо він використовує завдання з відтворення навчального матеріалу. Так само потрібно брати до уваги й те, що в цих вихованців більше, порівняно з іншими, порушена дрібна моторика пальців рук, яка умовляє значні труднощі в процесі опанування навичок письма, лічби, трудової

діяльності.

Рівень розумового відставання у хворих із синдромом Дауна може бути різним - від легкого до край важкого. Однак, у більшості з них спостерігається середній ступінь розумового відставання. Як правило, такі дітки дуже слабкі, тому в них підвищений ризик серцевих захворювань, проблеми шлунково-кишкового тракту, може бути слабко вираженою функція щитовидної залози, спостерігається порушення зору.

Недорозвиток мови цих дітей маскує справжній стан мислення, і створюється відчуття наявності нижчих пізнавальних здібностей. Але при виконанні невербальних завдань (класифікація предметів, додавання та віднімання) деякі діти з синдромом Дауна можуть демонструвати такі ж результати, що й решта. При формуванні здібностей до міркування та вибудовування доказів ці діти відчувають значні труднощі. Обмеженість уяви, труднощі є побудові висновків, які лежать в основі розумової діяльності, перешкоджають багатьом дітям з синдромом Дауна вивчати окремі шкільні предмети.

Пам'ять характеризуються гіпомнезією (зменшений об'єм), потрібно більше уваги для вивчення та засвоєння нових навичок, запам'ятовування нового матеріалу. Недостатньо розвиненою є короткотривала пам'ять та мають місце проблеми з обробки інформації, яка сприймається на слух. Активна увага нестійка, період концентрації уваги короткий, діти легко відволікаються, втомлюються. Образ не виникає в уяві, а сприймається лише зорово. Вони здатні співвідносити частини малюнка, проте з'єднувати їх в ціле зображення не можуть. В основному ці діти слухняні, добродушні, готові робити те, про що їх попросять.

У дітей з СД зберігаються елементарні емоції. Більшість із них ласкаві, контактні. Деякі виявляють позитивні емоції до всіх дорослих, вступають з ними в контакт, дехто - переважно до тих, з ким постійно спілкується. Позитивні емоції спостерігаються частіше, ніж негативні. Відносно збережена емоційно-вольова сфера цих дітей дозволяє досить успішно проводити з ними виховну роботу.

Більшість дітей з цим синдромом можуть навчатися ходити, читати, писати та робити все те, що вміють інші діти. Але для цього їм необхідно забезпечити адекватне оточення та застосувати відповідну програму навчання. Під впливом спеціальної освіти в цих дітей відбувається подальше вдосконалення усного мовлення, координації рухів, дрібної моторики, навичок комунікативної та практично-діяльничної поведінки, соціально-побутової праці, самообслуговування й трудових операцій.

Попри відставання в розвитку, малюки із СД мають компенсаторні тенденції! *Гарне зорове сприйняття і здібності до наочного навчання, увага до деталей.* З перших занять малюкові потрібно демонструвати картки з цифрами і предметами, називаючи їх. Денна норма - 2-3 нових поняття. Цього цілком достатньо. Подальше

навчання має спиратися на наочні посібники, піктограми (певні знаки / позначення) та жести.

Здатність вчитися на прикладі однолітків і дорослих, прагнення копіювати їхню поведінку. Уважно стежте за своїми діями та словами, адже дитина з синдромом Дауна чудово наслідує дії дорослих і дітей відповідного віку. Якщо потрібно сформулювати певну навичку, просто на власному прикладі демонструйте правильний порядок дій. Однак ураховуйте, що повторювати дії доведеться неодноразово, адже малюк не одразу все запам'ятовує.

Здатність навчатися за індивідуальним навчальним планом та під час практичних занять. Такі діти можуть вивчити написаний текст і навіть користуватися ним. Слід навчати їх вітатися, прощатися з людьми, висловлювати свої прохання. Ефективним підкріпленням стане демонстрація дій жестами.

Мають творчі здібності. Діти із синдромом Дауна люблять співати й танцювати, виступати на сцені, писати вірші. Тому фахівці часто використовують для їхнього розвитку арт-терапію - малювання, ліплення з пластиліну та глини, розпис по дереву й інші технології розвитку творчої діяльності.

Досягають спортивних успіхів. Такі діти починали свій шлях у спорті з виконання звичайних вправ на заняттях з фізкультури, котрі вони відвідують із задоволенням.

Успішно опановують навички роботи на комп'ютері для задоволення своїх потреб. Ці навички допомагають їм при здобутті майбутньої професії. Люди із синдромом Дауна успішно працюють, використовуючи ІТ-технології.

У дітей із СД добре розвинена емоційна сфера. Вони надзвичайно емоційні, дуже тонко відчувають оточуючих, здатні до співпереживання та співчуття.

Загальні рекомендації психолого-педагогічного супроводу та навчання дітей з синдромом Дауна:

1. Головна умова, що має передувати процесу навчання та виховання, і супроводжувати його - обов'язкове вивчення індивідуальних особливостей кожної дитини та індивідуальний підхід.

2. При плануванні й організації корекційної роботи необхідно враховувати можливості дитини та рівень її розвитку: завдання повинно лежати в зоні помірних труднощів, а в подальшому-ускладнюватися.

3. Одним з найважливіших елементів навчально-виховного процесу постає єдність вимог і наполегливість усіх педагогів та фахівців, які супроводжують дитину.

4. Створення необхідних умов для поліпшення можливостей розвитку дитини в цілому й організація допомоги дитині в складних ситуаціях.

5. Мета та результати не повинні бути занадто віддалені в часовому вимірі від початку виконання завдання: вони повинні бути вагомими для учня.

6. Необхідно забезпечити дитині переживання ситуації успіху на тлі певної витрати зусиль.

7. Корекційні заняття проводяться з **огляде на виявлення психологом** індивідуальних проблем у розвитку та навчанні.

8. Зміст індивідуальних занять повинен охоплювати формальний механічний підхід (підготовку до формування окремих навичок).

9. При підготовці та проведенні занять необхідно використовувати різноманітні ігрові ситуації, дидактичні ігри, ігрові вправи та завдання.

10. Рекомендується застосовувати технічні засоби навчання (ТЗН), стимулюючи уяву та мислення учнів: різноманітне обладнання та яскраву, привабливу наочність, а також натуральні предмети, їх об'ємні зображення, макети.

11. Необхідно частіше використовувати та створювати ситуації, властиві природному мовному середовищу, спонтанним мовним висловлюванням, додаткову стимуляцію:

- перепитувати, просити повторити слово;
 - висловлювати схвалення та стимулювати подальші дії (словами «добре», «а далі»);
 - ставити запитання про те, чому дитина виконала ту чи іншу дію;
 - ставити запитання, які наштовхнуть на відповідь або висловлювати критичні вислови;
 - підказувати, давати пораду діяти тим чи іншим способом;
 - демонструвати дії та просити повторити їх самостійно;
 - навчати того, як треба виконувати завдання.
12. Умова успішної роботи - постійна взаємодія з батьками, щоденні індивідуальні консультації з методик викладання матеріалу, що вивчається;
- інформування про досягнення та невдачі, обговорення й вибір шляхів їх подолання.

Психологічні особливості дітей з розладом функцій опорно-рухового апарату

У всіх дітей цієї категорії провідним є недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій. Домінуючим серед цих розладів є дитячий церебральний параліч. Залежно від тяжкості ураження, такі діти можуть пересуватися самостійно, на милицях, за допомогою «ходунка», у візку. Водночас, чимало з них можуть навчатися у звичайній школі за умови створення для учнів безбар'єрного середовища, забезпечення спеціальним устаткуванням (пристрої для письма; магнітні дошки; шини, які допомагають краще контролювати рухи рук; обладнане робоче місце, що дає змогу утримувати певне положення тіла тощо).

До порушень опорно-рухового апарату призводять різні причини:

- захворювання нервової системи;
- дитячий церебральний параліч;
- поліомієліт;

- вроджені патології опорно-рухового апарату;
- вроджений вивих стегна;
- кривошия;
- аномалії розвитку хребта (сколіоз);
- клишоногість та інші деформації стоп;
- недорозвиток і дефекти кінцівок;
- аномалії розвитку пальців кисті;
- артрогрипоз (вроджене каліцтво);
- набуті захворювання та порушення опорно-рухового апарату;
- травматичні ураження спинного та головного мозку, кінцівок;
- поліартрит;
- захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт);
- системні захворювання хребта (рахіт, хондродист).

Таблиця ь

Класифікація порушень опорно-рухового апарату

| | |
|---|--|
| Захворювання нервової системи | дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт |
| Вроджена патологія | вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації стопи, аномалії розвитку хребта, недорозвинення і дефекти кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, артрогрипоз |
| Хронічні захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату | травматичні пошкодження спинного та головного мозку, кінцівок; поліартрит; захворювання скелету; системні захворювання скелету |

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - одне з важких порушень психофізичного розвитку дітей. Воно виявляється, насамперед, у порушеннях рухових функцій, які часто поєднуються з розладами мовлення, іншими ускладненнями формування психічних функцій особистості, а також зі зниженням інтелекту. Серед інших порушень опорно-рухового апарату дитячий церебральний параліч є найбільш інвалідизуючим захворюванням дитячого віку.

Причини (етіологія) дитячого церебрального паралічу різноманітні. Раніше це захворювання вважалося результатом лише внутрішньої родової травми дитини. Упродовж двох останніх десятиліть численні дослідження та спостереження за цією категорією дітей призвели до змін поглядів на етіологію й патогенез захворювання. Виявлено раніше невідомі фактори, які зумовлюють виникнення ДЦП, а саме: інфекції, інтоксикації, пологові травми тощо. Виходячи з тривалості впливу шкідливих факторів на мозок плоду та дитини, виокремлюють три групи факторів, що діють:

- у внутрішньоутробному **періоді**;
- під час пологів;
- у період новонародженості, коли вищі відділи мозку ще не сформувалися (до 2-3 років),

Найнегативніший вплив в етіології дитячих церебральних паралічів має внутрішньоутробна патологія. Шкідливі фактори, які діють внутрішньоутробно, можуть бути різноманітними: інфекційні захворювання матері під час вагітності (краснуха, грип, нейроінфекції, токсоплазмоз та ін.), токсикоз вагітності, резус- і групова несумісність крові матері та плоду, хронічні захворювання матері (туберкульоз, ревматизм та ін.), гормональні порушення під час вагітності, травми матері, інтоксикації лікарськими препаратами (алкоголь, антибіотики, протизаплідні засоби), недоношення та переносження. Усі ці фактори зумовлюють стан хронічного кисневого голоду (гіпоксію) та зниження адаптаційних можливостей плоду, що може негативно вплинути на плід навіть при пологах, що протікають нормально.

Під внутрішньородовою черепною травмою розуміють сукупність різних форм патології (вузкий таз, неправильне положення плоду, швидкі пологи, акушерське втручання та ін.), які призводять до задухи (асфіксії), що нерідко поєднується з механічною травмою мозку новонародженого. Внаслідок внутрішньочерепної родової травми відбувається розлад мозкового кровообігу, крововилив у речовину мозку та мозкові оболонки.

Деякі автори вважають, що в основі окремих випадків захворювання на дитячий церебральний параліч певну роль відіграє **спадковий фактор**.

При церебральному паралічі людина неспроможна повністю контролювати моторні функції. Залежно від зони ураження та важкості пошкодження центральної нервової системи у таких осіб можуть спостерігатися один або кілька з перелічених нижче **симптомів**:

- судоми м'язів;
- проблеми з тонусом м'язів, тобто в стані спокою вони занадто розслаблені або занадто напружені;
- мимовільні рухи м'язів і кінцівок;
- порушення ходи й інших рухів;
- різні види приступів;
- незвичні відчуття, нечутливість до болю, або, навпаки, підвищена чутливість **шкіри**;
- порушення зору, слуху та мовлення, затримка психічного розвитку.

Форми ДЦП

Відповідно до останньої вітчизняної класифікації, розробленої згідно з класифікацією ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), розрізняють 5 основних форм захворювання: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміплегічна

чи геміпаретична, **пперкінетична, тонічно-астенічка форми. Усі вони можуть поєднуватися.**

1. Подвійна геміплегія - найважча форма, характеризується руховими розладами усіх кінцівок. Ступінь порушення функцій верхніх і нижніх кінцівок може бути однаково тяжким (зазвичай параліч більше виражений у руках), швидко розвивається тугорухливість у суглобах (контрактура). При цій формі завжди наявні мовні розлади у формі псевдобульбарної дизартрії в поєднанні із затримкою мовного розвитку. У хворих з подвійною геміплегією часто спостерігається розумове недорозвинення ступеня важкої дебільності, імбецильності чи навіть ідіотії.

2. Спастична диплегія - форма, яка виникає доволі часто, більш відома як хвороба Літтла. Характеризується руховими розладами, за яких більше уражуються нижні кінцівки. Ступінь порушення рук може бути різним: від виражених парезів до легкої моторної незграбності при цілеспрямованих рухах. У 70-89,6% випадків спостерігаються мовні розлади, рідше - затримка мовного розвитку, різні види дизартрії, моторна алалія. Інтелектуальний дефект менше виражений, переважає затримка розвитку.

3. Геміплегічна чи геміпаретична форма. Рухові розлади спостерігаються в правих чи лівих кінцівках, важче вражаються руки. Мовні розлади спостерігаються у 25-45% випадків, найчастіше - це затримка мовленнєвого розвитку, рідше - псевдобульбарна дизартрія й моторна алалія. Інтелектуальний дефект різного ступеня вираженості спостерігається у 70% дітей, серед яких у 25-35% - олігофренія, у 45-50% - затримка психічного розвитку.

4. Пперкінетична форма характеризується насильницькими рухами різного характеру (хореїчний гіперкінез, атетоз, торсіонна дистонія), Інтелект найчастіше буває збереженим чи нерізно зниженим. Мовні порушення спостерігаються у 90% дітей, головним чином у вигляді гіперкінетичної дизартрії.

5. Тонічно-астенічна чи в'яла форма дитячого церебрального паралічу характеризується різким зниженням м'язового тону й порушенням координації рухів. Мовні розлади спостерігаються у 60-90,9% дітей у вигляді мозочкової, рідше - псевдобульбарної дизартрії. Інтелектуальний дефект спостерігається у 55% хворих, ступінь вираженості його варіює від олігофренії (дебільності й імбецильності) до легкої затримки психічного розвитку.

Деякі автори виокремлюють у самостійну форму й інші клінічні синдроми: мозочкова форма; псевдобульбарний параліч.

6. Мозочкова форма характеризується порушенням координації рухів у поєднанні зі спастичними паралічами. При цій формі розумове недорозвинення буває рідко, а якщо й буває, то помірно виражене. Мовні розлади у формі мозочкової дизартрії спостерігаються у 60-75% випадків.

Діти з ДЦП з граничними формами розумової відсталості (за тестом

Векслера /Q - 71-89 балів) в основному характеризуються ознаками незрілості емоційно-вольової сфери, відрізняються недостатньою продуктивністю будь-якої сфери діяльності, де вимагається вольове зусилля. Ці діти надають перевагу грі, заняттям ЛФК, емоційно й інтелектуально інфантильні. У поведінці завжди переважають мотиви безпосередніх задовольень і бажань. Часто звертають на себе увагу надмірною залежністю від матері, несамостійністю, страхом перед медичною апаратурою, лікарями. Вони важко адаптуються до дитячого колективу, підвищено плаксиві, часто капризують. У школі важко зосереджуються на завданні, легко відволікаються, швидко стомлюються. За умови організації активної адекватної педагогічної допомоги можуть засвоїти програму загальноосвітньої школи, отримати відповідний їхньому вікові багаж знань і вмінь. Мовлення є достатньо правильним, словниковий запас відповідає віку дитини.

Діти з ДЦП з легким ступенем розумової відсталості (за тестом *Векслера IQ - 50-70 балів*) характеризуються перш за все конкретністю свого мислення, низькою здатністю до узагальнень, абстрагувань. Переважно вони є непогано адаптованими в сім'ї, сусідському оточенні, легко знаходять вирішення елементарних побутових проблем, орієнтуються у знайомих ситуаціях соціального оточення. Але при цьому програму загальноосвітньої школи у тому темпі й на тому рівні, як це притаманно дітям з нормальним психофізичним розвитком, засвоїти не можуть. Вони не вміють творчо гратися, фантазії їхні бідні й одноманітні. Через свою неуспішність вони стають об'єктами глузувань з боку однолітків, що призводить до небажання відвідувати школу, формування агресивності, апатичності, створює підвищену конфліктність. Неусвідомлення їхнього стану педагогом призводить до виникнення конфліктів з учителями та, як наслідок, негативного ставлення до самого процесу навчання.

Діти з ДЦП з помірним, тяжким, глибоким ступенем розумової відсталості в загальноосвітній школі не навчаються.

У дітей із діагнозом ДЦП, незалежно від ступеня рухових дефектів, можуть спостерігатися розлади емоційно-вольової сфери. Емоційно-вольові розлади виявляються в підвищеній збудливості дитини, надмірній чутливості до всіх зовнішніх подразників і лякливості. Деякі діти - неспокійні, метушливі, розгальмовані, інші - мляві, пасивні, безініціативні й загальмовані в руховій сфері.

Розлади психомоторної сфери, характерні для дітей з ДЦП наведено на рис. 15.

Важливо пам'ятати, що ДЦП є захворюванням не прогресуючим, однак постає стійкою причиною тяжкого стану дитини. У дітей з дитячим церебральним паралічем часто спостерігаються психічні порушення, характер і ступінь яких залежить від складності та локалізації уражень мозку. У 30-40 % наявна розумова відсталість різного ступеня, в інших - при задовільному розвитку логічного мислення часто

відбувається недорозвинення функцій, пов'язаних з недостатнім просторовим аналізом і синтезом. Ці фактори впливають на розвиток дитини, психічні функції формуються нерівномірно, що зумовлює вторинну затримку психічного розвитку.

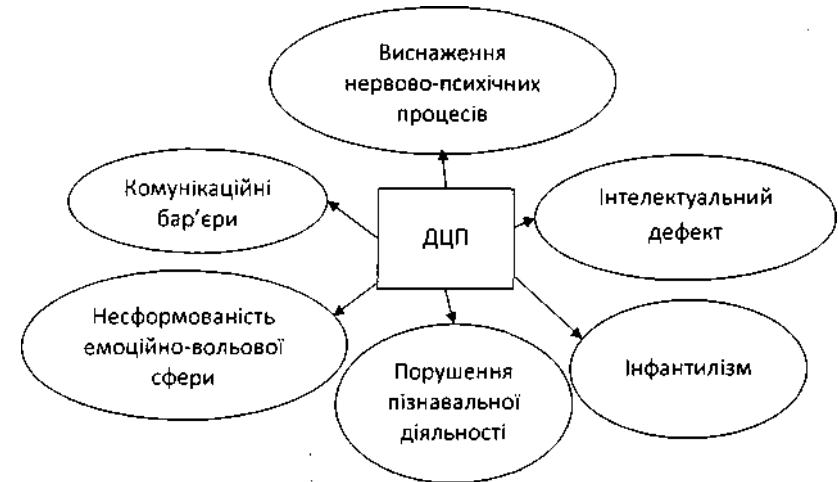


Рис. 15. Розлади психомоторної сфери, характерні для дітей з ДЦП

Мовленнєві труднощі, порушення міміки, інколи слинотеча, можуть створювати негативне враження про інтелектуальний розвиток дітей, не відповідаючи дійсності. Реальний психічний стан можна визначити лише шляхом уважного спостереження та спеціальних методів діагностики.

Дітям цієї категорії властиві емоційна збудливість, зміна настрою. У міру дорослішання в них виникає почуття неповноцінності, безпомічності. У зв'язку з цим можуть розвиватись патологічні риси характеру - замкнутість, відстороненість від реальної дійсності.

До психотравмуючих обставин, які впливають на розвиток особистості, призводять такі чинники:

- переживання недоброзичливого ставлення однолітків, надмірної уваги оточуючих;
- обмеженість міжособистісних відносин у дитячому колективі;
- емоційна депривація (психічний стан, пов'язаний з неможливістю задовольняти основні життєві потреби);
- труднощі у процесі навчання зумовлені паралічем, гіперкнезом, порушеннями просторового сприймання.

Основними напрямками **корекційної роботи з дітьми з ЦП є:**

- розвиток рухової сфери;
- розвиток сенсорних функцій;
- розширення й уточнення уявлень **про навколишнє середовище;**
- розвиток пізнавальної діяльності;
- корекція мовленнєвого розвитку;
- психокорекція емоційно-особистісного розвитку.

Таблиця б

Рекомендації для створення здоров'язберігаючого корекційно-розвиваючого середовища для дитини з ДЦП

| Рекомендовано | Не рекомендовано |
|---|--|
| Виховання мотивації до рухової активності | Пперопіка та виховання за типом гіперпротекції |
| Проведення вправ у положенні, що відповідає хронологічному віку | Проведення вправ переважно у лежачому положенні |
| Розсіяне навантаження на групи м'язів, зоровий, слуховий аналізатори | Неадекватне тривале фізичне та сенсорне навантаження |
| Розвиток здатності до розслаблення м'язів | Вправи для збільшення напруження спазмованих м'язів |
| Гальмування насильницьких рухів за допомогою самоконтролю, обтяжувачів, фіксаторів | Виконання вправ у швидкому темпі |
| Розвиток рівноваги та координації | Формування паталогічного стереотипу певної рухової функції |
| Попередження та корекція контрактур тугорухливості в суглобах за допомогою ортезів, ортопедичного взуття | Перебування дитини тривалий час в одному положенні |
| Розвиток здібностей до самостійної рухової активності та самообслуговування за допомогою допоміжних засобів пересування: вертикалізаторів, ходунів тощо | Використання переважно інвалідного візка підчас пересування для «полегшення» переміщення |
| Розвиток зорово-моторної координації та функціональних можливостей кисті й пальців | Обмеження функціонування рук |

Для успішного розвитку дітей із ДЦП обов'язковим є створення безбар'єрного середовища. Корекційна робота охоплює усунення рухових порушень, розвиток пізнавальної діяльності, форм поведінки та соціальної взаємодії.

Отже, існує загальноприйнята класифікація вад психофізичного **розвитку дітей**, яка виокремлює такі групи дітей з особливими освітніми потребами:

1) діти із сенсорними вадами (діти з порушенням слуху та зору);

2) діти з опорно-руховими порушеннями (дефекти опорно-рухової системи можуть виникнути в результаті перенесених хвороб (дитячий церебральний параліч, де виділяють такі форми: спастична диплегія, геміпаретична форма ДЦП, гіперкінетична форма ДЦП, подвійна геміплегія, атонічноастенічна форма), унаслідок травми хребта або ампутації);

3) діти з вадами розумового розвитку (олігофренія, затримка психічного розвитку: легкий ступінь розумової відсталості, середній ступінь розумової відсталості, глибока розумова відсталість (ідіотія), синдром Дауна);

4) діти з порушенням мовлення (порушення усного мовлення (дистонія, брадилалія, тахілалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія, алалія, афазія) та порушення писемного мовлення (дислексія, дисграфія);

5) діти з комбінованими вадами (діти зі змішаним (складним) дефектом, наприклад: розумово відсталі й глухі, розумово відсталі та слабозорі або незрячі, сліпоглухонімі тощо);

6) діти з дисгармонійним розвитком - психопатією (стійкий дисгармонійний склад психіки).

Згідно Міжнародної класифікації психічних та поведінкових розладів виокремлюються такі групи дітей з особливими освітніми потребами: розумова відсталість; порушення психічного розвитку; поєднані та емоційні розлади, що розпочинаються в дитячому і підлітковому віці; розлади поведінки; змішані розлади поведінки й емоцій; емоційні розлади, специфічні для дитячого віку; тікозні розлади; інші поведінкові та емоційні розлади, що розпочинаються в дитячому й підлітковому віці.

У всіх вищезначених категорій дітей наявні специфічні труднощі й проблеми розвитку, обумовлені характером і ступенем вираженості відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення дитини на ранніх етапах її розвитку. Водночас для всіх категорій дітей із вадами психофізичного розвитку властиві такі проблеми розвитку (О.Л. Венгер, О.А. Єкжанова, Н.М. Назарова, О.А. Стребельєва):

- соціальна дезадаптованість дитини;
- вади мовленнєвого розвитку;
- недоліки розвитку моторики;
- уповільнене й обмежене сприймання;
- недоліки розвитку мисленнєвої діяльності;
- недостатня, порівняно зі звичайними дітьми, **пізнавальна активність**;
- прогалини в знаннях й уявленнях про **навколишній світ, міжособистісні**

стосунки;

- *недоліки в розвитку особистості (невпевненість у собі, невинуватана залежність від оточуючих, низька комунікабельність, егоїзм, песимізм, занижена або завищена самооцінка, невміння керувати власною поведінкою).*

Водночас слід зауважити, що загальні засади психолога педагогічного- супроводу дітей з особливими освітніми потребами базуються не тільки на засвоєнні теоретичної бази нозології психофізичних порушень відповідної категорії дітей, але й на розумінні *компенсаторних можливостей* дітей з різними категоріями психофізичних розладів. Важливим є впровадження практичних засад культурно- історичного підходу Л.С. Виготського, а саме актуалізація «зони найближчого розвитку» в процес навчання, виховання та соціалізації дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивний підхід в освіті покликаний сформувати педагогічну свідомість учителів, психологів, соціальних педагогів, логопедів і вихователів, стерти негативні стереотипи й установки, які заважають сприймати дитину з особливими освітніми потребами як цілісну особистість. Знання про особливості розвитку цих дітей необхідні всім учасникам навчально-виховного процесу для того, щоб краще розрізнати і оцінювати глибину відставання у психічному розвитку дитини, яку вони виховують, нести відповідальність за рівень її психосоціальної реабілітації. Відповідно, досить актуальним сьогодні залишається питання трансформації уявлень, переконань учасників навчально-виховного процесу про можливості навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальних навчальних закладах. Необхідно навчитися сприймати дітей з особливими освітніми потребами як рівних собі, а неоднорідність дитячого колективу сприймати як норму і атрибут реальності. Що стосується корекційної спрямованості навчання, то в кожному окремому випадку психолого-педагогічні послуги мають відповідати специфіці особливостей у психофізичному розвитку, що вимагає ґрунтовної професійної підготовки. Основна місія соціального педагога, практичного психолога, вчителя в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами полягає в пристосуванні освітнього простору до потреб дитини, з урахуванням особливостей та потенційних можливостей розвитку дитини.