

В. М. СИНЬОВ
Г. М. КОБЕРНИК

ОСНОВИ ДЕФЕКТО- ЛОГІЇ

Подано
характеристику
різних
категорій
аномальних
дітей
та навчально-
виховних
закладів
для них.
Висвітлено
особливості
виховання
і навчання
дітей
з вадами
фізичного
психічного
розвитку

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
ДЛЯ ВУЗІВ

Вища
школа

В. М. СИНЬОВ
Г. М. КОБЕРНИК

ОСНОВИ ДЕФЕКТО- ЛОГІЇ

*Затверджено Міністерством
освіти України
як навчальний посібник
для студентів
педагогічних інститутів,
що вивчають дисципліну
«Основи дефектології»*

КИЇВ
«ВИЩА ШКОЛА»
1994

Рецензенти: доктор педагогічних наук *І. С. Моргуліс* (НДІ педагогіки України), кандидат педагогічних наук *В. О. Луца* (Слов'янський педінститут)

Редакція літератури з філології і педагогіки
Редактор *Н. В. Леонова*

Синьов В. М., Коберник Г. М.

С38 **Основи дефектології: Навч. посібник.— К.: Вища шк., 1994.— 143 с.**
ISBN 5-11-004239-X.

Посібник знайомить студентів з основами дефектології — галузі педагогічної науки, яка розробляє питання вивчення, навчання, виховання та соціальної адаптації аномальних дітей. Подано характеристику різних категорій аномальних дітей та навчально-виховних закладів для них, висвітлено особливості процесу виховання і навчання дітей з вадами фізичного і психічного розвитку. Знання основ дефектології допоможе майбутнім педагогам на більш ранніх етапах навчання виявляти причини неуспішності учнів загальноосвітніх шкіл та своєчасно рекомендувати батькам таких учнів відповідні типи спеціальних навчальних закладів.

Для студентів педагогічних інститутів, що вивчають дисципліну «Основи дефектології». Буде корисний працівникам дошкільних закладів, педагогам початкових класів загальноосвітніх шкіл, батькам аномальних дітей.

431000000—108

С _____ БЗ—27—35—93

211—94

ББК 74.3я73

ISBN 5-11-004239-X

© В. М. Синьов, Г. М. Коберник,
1994

Фізична та інтелектуальна аномальності (сліпота, глухота, сліпоглухота, розумова відсталість тощо) збіднюють можливості участі особистості у виробництві та суспільному житті і значно ускладнюють її навчання та виховання. Саме тому спеціально організоване навчання аномальних дітей розпочалося порівняно пізно. Перші спроби індивідуального навчання таких дітей виникли в епоху Відродження (XVI ст.), спеціальні ж школи почали створюватися наприкінці XVIII ст. Оскільки навчання і виховання аномальних дітей справа дуже складна, її здійснення потребує специфічної фахової підготовки, вартість роботи спеціальних закладів для аномальних дітей дуже висока, скористатися їх послугами протягом тривалого часу могли тільки діти матеріально забезпечених батьків. Масове ж навчання аномальних дітей стало можливим лише наприкінці XIX — початку XX ст. Саме в цей час формується і дефектологія як окрема галузь знань в системі педагогічних наук.

Виховання і навчання дітей з вадами розумового і фізичного розвитку входять складовою частиною до єдиної державної системи освіти. Науково обгрунтована система спеціальної освіти аномальних дітей, що діє в наш час, розв'язує як єдині з загальноосвітньою масовою школою завдання, так і специфічні, які полягають у створенні найсприятливіших умов корекції аномального розвитку дитини.

В Україні створена і постійно розвивається державна система навчально-виховних установ, яка охоплює всіх дітей. Складовою частиною цієї системи є спеціальні школи-інтернати, де навчаються, виховуються, готуються до самостійного життя і суспільно корисної праці діти, що мають ті чи інші відхилення фізичного або психічного розвитку — глибокі порушення слуху, зору, мови, інтелекту тощо, що заважають їх навчання в масовій школі. Існує диференційована мережа спеціальних шкіл для аномальних дітей, яка налічує десять типів навчальних закладів.

Функціонують також окремі навчальні заклади і класи для дітей із комплексними порушеннями розвитку (складними дефектами).

У школах кожного типу навчання здійснюється за спеціальними навчальними планами, програмами, підручниками, методиками, навчальними і наочними посібниками.

За опублікованими даними досить багато дітей та підлітків, які навчаються в загальноосвітніх масових школах, страждають на важкі неврози і психічні захворювання; гармонійно розвинених всього 8,5 % школярів 1—11 класів масових шкіл. Практично здорових (тих, хто не має відхилень у здоров'ї) — 25—30 %. У 40—45 % школярів виявлено відхилення на рівні функціональних розладів, які за несприятливих умов можуть призвести до серйозних захворювань, у 25—30 % учнів — хронічні захворювання. В 1990 р. 90 % дітей страждали авітамінозами. В екологічно забруднених районах захворюваність дітей в 1,5—2 рази вища, ніж в інших¹.

Діти з психофізичними вадами в Україні становлять 4,5 % від загальної кількості населення, причому 2,6 % таких дітей навчаються в загальноосвітніх масових школах.

Усього спеціальних шкіл-інтернатів різних типів в Україні близько 400, в них навчаються і виховуються до 100 тис. учнів.

Однією з найважливіших проблем сучасної дефектології є проблема відбору дітей до спеціальних навчальних закладів на основі останніх досягнень медицини, психології, дефектології. Відбір здійснюється спеціальними медико-педагогічними комісіями, до складу яких входять спеціалісти різних професій: лікарі — психоневролог (психіатр), оториноларинголог, офтальмолог, ортопед, педіатр; педагоги — дефектолог, логопед, психолог.

Курс «Основи дефектології» — спеціальний навчальний курс, призначений для студентів недефектологічних факультетів педагогічних інститутів. Мета курсу — ознайомити майбутніх педагогів загальноосвітніх навчально-виховних закладів з дефектологією як наукою, що вивчає особливості розвитку, навчання й

¹ Есть ли у нас будущее? // Аргументы и факты. — 1991. — № 43 (576). — С. 5.

виховання дітей з дефектами розумового і фізичного розвитку.

У посібнику розглянуто найпоширеніші дитячі аномалії: порушення слухового й зорового аналізаторів, інтелектуального й мовного розвитку; комплексні порушення розвитку (сліпоглухі діти й діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів); інші дефекти розвитку (порушення опорно-рухового апарата, психопатичні форми поведінки) тощо. Належну увагу приділено також дітям, що мають часткові відхилення в розвитку, які з різних причин навчаються в масових школах. Аналізуються причини виникнення того чи того виду аномального розвитку, його особливості, методи виявлення й способи корекції.

Курс «Основи дефектології» має за мету забезпечити теоретичну підготовку студентів, розширити їхній загальний кругозір.

Знання зі спеціальної педагогіки допоможуть майбутньому вчителю загальноосвітньої школи в успішній роботі з учнями, котрі погано вчать, сприятимуть кваліфікованому виявленню аномальних дітей з наступним направленням їх через медико-педагогічні комісії до відповідних спеціальних закладів.

Розділ 1. АНОМАЛЬНІ ДІТИ (ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА)

§ 1. Поняття «аномальна дитина». Види дитячих аномалій та причини їх

Аномальними (від гр. *anomalos* — неправильний) називають дітей, у яких порушено нормальний перебіг загального розвитку, що спричинено наявністю фізичного або психічного дефекту. Проте наявність дефекту призводить до аномального розвитку лише за певних умов.

Наприклад, у дитини, яка не чує на одне вухо, не виявляють ніяких відхилень у розвитку, тому що в цілому слухова функція дозволяє їй досить повноцінно сприймати звукові (зокрема й мовні) сигнали та оволодівати мовою без якихось вад. Оскільки в цьому випадку дефект не викликає серйозних порушень у загальному розвитку дитини (вона може так само, як і інші діти, спілкуватися з навколишніми, виховуватись у дитячому садку, навчатись у масовій школі), її не відносять до категорії аномальних.

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

Отже, поняття «аномальні діти» передбачає наявність серйозних відхилень у розвитку, які виникли під впливом хвороби та зумовлюють необхідність створення спеціальних умов для навчання та виховання. Тому вживаючи термін «аномальні діти», маємо на увазі таких дітей, яких слід направляти до спеціальних дитячих навчально-виховних закладів.

В основі аномального розвитку завжди лежать органічні чи функціональні порушення нервової системи або периферичні порушення певного аналізатора.

Відхилення від нормального розвитку в ряді випадків можуть бути викликані і суто зовнішніми середовищними причинами, не пов'язаними з порушеннями аналізаторів або центральної нервової системи. Зокрема, несприятливі умови сімейного виховання дошкільника можуть призвести до «педагогічної занед-

баності». Така дитина на момент вступу до масової школи може відставати від своїх одноліток, які виховуються при сприятливіших обставинах, відчувати помітні ускладнення в засвоєнні навчальної програми. Проте її не можна відносити до категорії аномальних дітей, оскільки ніяких дефектів в організації матеріальної основи її психіки немає.

Виділяють такі основні групи аномальних дітей:

з вираженими та сталими порушеннями слухової функції (глухі, слабочуючі, пізнооглухлі);

з глибокими порушеннями зору (сліпі, слабозорі);

зі стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи (розумово відсталі);

з важкими мовними вадами (діти-логопати);

з комплексними порушеннями ряду функцій (сліпоглухі; діти, в яких тяжкі порушення слуху або зору поєднуються з розумовою відсталістю).

Крім зазначених, існують і деякі інші категорії аномальних дітей (з порушеннями опорно-рухового апарата, затримками психічного розвитку, психопатичними формами поведінки тощо).

Чому ж виникають аномалії у дітей? Залежно від причин виникнення дитячих аномалій їх поділяють на **вроджені** та **набуті**. Вроджені аномалії пов'язані з дією досить різноманітних чинників. По-перше, слід назвати різні шкідливі впливи на зародок та плід під час внутрішньоутробного періоду: інтоксикації, інфекції, травми, переохолодження, порушення живлення тощо. Це насамперед пов'язане із станом здоров'я та способом життя вагітної. Так, при ряді захворювань, систематичному недоїданні матері плода може не вистачити поживних речовин: білків, жирів, вуглеводів, вітамінів. Негативно відбитися на розвиткові плода можуть також різні інфекційні, вірусні захворювання матері.

Зокрема, таке інфекційно-паразитарне захворювання, як токсоплазмоз, основними поширювачами якого є свійські тварини та птахи, переходячи на плід від хворої матері, може призвести до вродженої розумової відсталості дитини, ураження органів зору та інших порушень.

Певну негативну роль у розвиткові плода можуть відіграти різні гормональні порушення у вагітної, застосування ряду медикаментів (зокрема антибіотиків,

сульфамідних препаратів) без дозволу лікаря, спроби зірвати вагітність, захворювання нирок та печінки, серцево-судинної системи, алкогольні отруєння тощо.

Внутрішньоутробний розвиток може порушитись і в результаті резусної несумісності груп крові матері та плода, що також є причиною різноманітних мозкових уражень дитини.

По-друге, вроджені дитячі аномалії виникають унаслідок дії генетичних (спадкових) факторів. Наприклад, можуть успадковуватися певні типи порушень слухового та зорового аналізаторів, деякі форми вродженої розумової відсталості. Порушення в будові та кількості хромосом, зумовлені аномаліями хромосомних наборів батьків, є причиною виражених форм розумової відсталості у дітей (зокрема хвороба Дауна).

Неповноцінність генеративних клітин батьків, що є основою дії генетичних факторів, сама по собі може бути зумовлена як спадковістю, так і зовнішніми впливами. Зокрема, відзначено, що ураження генеративних клітин матері пов'язане з дією на організм ядерного опромінення, деяких хімікатів, а також загальним довготривалим ослабленням організму.

Серйозною причиною вроджених аномалій у дітей є алкоголізм батьків. За даними одного з французьких лікарів, який довгий час спостерігав за дітьми з десяти родин алкоголіків, з 57 дітей, що народилися в цих сім'ях, 25 померли в віці до одного року, 12 страждали на розумову відсталість в тяжких ступенях, 11 — на такі важкі захворювання, як епілепсія (5) та водянка головного мозку (6), і тільки 9 не мали якихось помітних відхилень у розвитку.

Навіть помірне вживання алкогольних напоїв може негативно відбитися на розвиткові майбутньої дитини.

Набуті дитячі аномалії також, як і вроджені, викликані різноманітними шкідливими впливами на організм дитини при народженні та в наступні періоди розвитку.

Під час пологів неабияку небезпску являють механічні ушкодження плода, пов'язані з неправильним його положенням, затяжними пологами (так звані пологові травми). До тяжких наслідків може призвести пологова асфіксія (зупинка дихання у дитини), небезпечна розладами кровообігу, крововиливами в мозок.

У перші роки життя дитини до набутих аномалій

розвитку можуть призвести різноманітні інфекційні захворювання: енцефаліт (запалення мозку), менінгіт (запалення оболонок мозку), менінгоенцефаліт, поліомієліт, грип, кір, скарлатина, дизентерія, що викликані хвороботворними мікробами. Деяко рідше набуті аномалії спричинюють різні травми, інтоксикації. Треба всіляко оберегати дитину від захворювань вуха, носоглотки, ушкоджень органів зору, оскільки вони можуть призвести до тяжких дефектів відповідних аналізаторів і, як наслідок, до аномального розвитку дитини.

§ 2. Структура та особливості процесу аномального розвитку

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

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

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

Аналізуючи складну структуру аномального розвитку психіки, слід передусім розрізнити *первинний дефект*, безпосередньо викликаний тим або іншим хвороботворним фактором, і *вторинні відхилення*, що виникають у процесі онтогенетичного розвитку дитини як наслідок дії первинного дефекту. Наприклад, у структурі аномального розвитку глухої дитини первинним

дефектом є тяжке порушення слухового сприймання, яке виникло під впливом того чи іншого захворювання, що спричинило ушкодження слухового апарата дитини.

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

У свою чергу, недостатність оволодіння розмовною мовою, характерна для глухої або слабочуючої дитини, призводить до цілого ряду інших порушень в її психічному розвитку, оскільки мовна функція має першочергове значення для формування пізнавальної діяльності людини.

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

Розумова відсталість аномальної дитини може бути наслідком такого первинного дефекту, як слабкість орієнтувальної діяльності, пов'язана з низькою пізнавальною активністю (відсутність потреби у нових враженнях, пасивність у пізнанні навколишнього світу), слабкістю замикаючої функції кори головного мозку (від чого залежать швидкість та міцність утворення нових умовних зв'язків), інертністю нервових процесів,

низькою розумовою працездатністю. В результаті дії цих первинних («ядерних», за термінологією Л. С. Виготського) ознак розумової відсталості дитина з інтелектуальним дефектом, починаючи з ранніх етапів свого розвитку, не має змоги повноцінно «привласнювати» набутки людської культури — за звичайних умов виховання вона повною мірою не проходить ряду важливих «соціальних шкіл»: предметних дій, мовного спілкування з довоколишніми, колективної гри.

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

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

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

Дефектологи звернули увагу на взаємодію первинних дефектів та вторинних ознак відхилень в розвит-

кові. Ми вже розглянули приклади, коли первинний дефект викликає вторинну симптоматику. Проте й вторинні ознаки можуть у зворотному порядку впливати на первинний дефект. Наприклад, якщо дитина з тяжким порушенням слухової функції, але все ж таки не втраченим, залишковим слухом, не оволоділа розмовною мовою, то своїм залишковим слухом для сприймання чужої мови вона не користується. Проте в міру перетворення вторинного дефекту (мовного недорозвинення) все більш і більш адекватно використовуються можливості слухового сприймання (залишковий слух).

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

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

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

Чим раніше будуть створені спеціальні умови для виховання аномальної дитини, чим оптимальніше буде враховано специфіку її розвитку, первісно зумовлену ядерними ознаками дефекту, тим з більшою ефек-

тивністю можна буде запобігати чи певним чином згладжувати виникнення вторинних ускладнень.

Необхідно враховувати важливу закономірність аномального розвитку: чим далі від першопричини (первинного дефекту, викликаного хвороботворним фактором) відстоїть вторинне відхилення, чим більш опосередковано воно пов'язане з первинним дефектом, тим легше воно піддається виправленню за допомогою педагогічних засобів впливу.

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

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

Урахування закономірностей щодо піддатливості спеціальним засобам виправлення вторинних відхилень розвитку та можливостей профілактики їх виникнення має, крім теоретичного, й дуже важливе практичне значення, оскільки допомагає спрямовувати роботу спеціальних дитячих закладів для аномальних

дітей та їх сімейне виховання на оптимальне забезпечення реальних успіхів у їх розвитку.

У складній структурі аномального розвитку вторинні ознаки можна розглядати не тільки з точки зору їх негативної характеристики, а й як *прояви позитивних можливостей дитини з дефектом, що активізуються в процесі її пристосування до умов розвитку.*

Сліпа дитина, не маючи змоги за допомогою дотикового сприймання одразу впізнати якийсь конкретний предмет, залучає на допомогу здатність до розмірковування, використовуючи збережені узагальнені знання. Наприклад, вона спочатку не впізнає такий добре відомий предмет, як чайник. Проте послідовно обмацуючи предмет і розмірковуючи при цьому, вона фіксує словесно та враховує для подальшого впізнання окремі його ознаки: «От носик, щоб вода лилася. Сюди воду наливають. А це — звідси наливають у чашку або стакан. А тут за ручку тримають»¹.

Такий уповільнений процес пізнавання, неможливість сприйняти предмет в цілому слід, звичайно, розглядати як негативну ознаку розвитку пізнавальної діяльності сліпих, але тут проявляються й позитивні риси — виражена осмисленість і цілеспрямованість сприймання, необхідні для правильного впізнання без допомоги зору.

У процесі утворення нових зв'язків у розумово відсталій дитини виникають серйозні утруднення, викликані недорозвиненням у неї другої сигнальної системи та порушенням взаємодії першої та другої сигнальних систем при сприйманні словесних та безпосередніх зорових сигналів. Проте при цьому, як свідчать дослідження В. І. Лубовського, виявляються можливості розумово відсталих дітей виробляти нові умовні зв'язки без повної участі словесної системи, що можна певною мірою розглядати як результат позитивного пристосування (перебудови) психічної діяльності при органічних ураженнях центральної нервової системи².

Як приклад прояву вторинних симптомів розвитку, що виникають в результаті позитивного пристосування аномальної дитини до соціального оточення, можна

¹ Із досліджень М. І. Земцової. Цит за кн.: Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьякова. — М., 1965. — С. 33.

² Див.: Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей. — М., 1978.

Навести й факти, що свідчать про розвинені способи мімічного спілкування у глухих дітей, позбавлених можливості спілкуватися за допомогою розмовної мови: використовуючи міміку та жести, глухі навчаються передавати один одному інформацію.

Як же відбувається позитивне пристосування дитини з дефектом розвитку до навколишньої дійсності? Адже педагогічний процес повинен максимально сприяти такому пристосуванню, допомагати дитині переборювати труднощі в оволодінні соціальною культурою, «досвідом людства» для того, щоб забезпечити можливості розвитку соціально корисної особистості.

Передусім слід пам'ятати, що пристосування аномальної дитини до дійсності відбувається за рахунок *опори на більш збережені функції*. Так, при ушкодженні окремих аналізаторів до процесу пізнання, встановлення зв'язків з навколишнім світом інтенсивно залучаються ті аналізатори, в діяльності яких порушень немає. Слепа дитина насамперед використовує слух, дотик, нюхову чутливість. За їх допомогою вона одержує різноманітну інформацію, орієнтується в просторі. Педагогічний процес створює спеціальні умови для найбільш сприятливого використання збережених аналізаторів сліпою дитиною.

Глухі діти спираються в своєму пізнанні світу, головним чином на збережений зір. Для того щоб вони могли сприймати розмовну мову інших людей, їх спеціально навчають зоровому сприйманню мови (так зване читання з губ). У роботі з глухими використовують збережені можливості й інших аналізаторів, зокрема, при постановці звуків мови та навчанні контролю за власним мовленням до роботи залучається кінестетичний аналізатор.

Під час навчання розумово відсталих дітей необхідно також максимально використовувати їхні відносно збережені можливості, зокрема, широко спиратися на резерви кращого сприймання та осмислення наочного, ніж словесного матеріалу.

У процесі пристосування аномальної дитини до дійсності винятково важливу роль відіграє *мова людей, що її оточують*. За допомогою мови сліпим повідомляють інформацію, яку вони не можуть дістати шляхом дотику; глухим дають опосередковану інформацію про звукову характеристику різних сторін навколишньої дійсності (звичайно при цьому передбачається вже

розвинена у глухих здатність до розуміння мовних повідомлень). Словесні пояснення допомагають розумово відсталим зрозуміти те, що вони не спроможні осмислити без коментарів інших осіб. Різні види практичної та розумової діяльності інтелектуально неповноцінних дітей обов'язково потребують спрямовуючої допомоги (у вигляді інструкцій, порад, виправлень, підказок, підкріплень), яка здійснюється іншими особами головним чином за рахунок мови.

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

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

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

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

Важливим фактором, що впливає на своєрідність

розвитку дитини з тією або іншою аномалією, є *часовий фактор виникнення основного дефекту*, тобто вік, у якому він вишик.

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

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

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

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

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

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

§ 3. Предмет і завдання дефектології

Дефектологія — наука про закономірності та особливості розвитку, виховання та навчання різних категорій аномальних людей.

Основним предметом дослідження дефектології є діти з різноманітними дефектами психічного чи фізичного розвитку. Забезпечити оптимальні умови їхнього виховання та навчання з тим, щоб сприяти якомога кращій підготовці їх до самостійного активного суспільно корисного життя в нормальному соціальному оточенні,— відповідальна та складна соціальна і педагогічна проблема. Різноманітні аномалії в психічному та фізичному розвитку істотно позначаються на становленні пізнавальної діяльності дитини та її особистості в цілому. Проте, визнаючи провідний вплив соціальних факторів на розвиток особистості, прогресивна дефектологія оптимістично підходить до питання про можливість *соціальної реабілітації* аномальних осіб.

Ця мета є основою для теорії і практики дефектології. Поняття «реабілітація» (від лат. re — префікс, що позначає зворотну дію, та *habilitas* — придатність) у медико-педагогічному розумінні означає повернення хворої людини до нормального життя та праці в межах її психофізіологічних можливостей. Реабілітація досягається здійсненням певних медичних заходів, спрямованих на повне або часткове відновлення порушених хворобою функцій, та системи виховних засобів, що активізують особистість хворого, забезпечують йому сприятливу позицію у налагодженні різноманітних соціальних зв'язків, якісну психологічну та професійну підготовку до виконання доступних видів трудової діяльності.

Позитивно оцінюючи перспективи соціальної та трудової реабілітації аномальних дітей, дефектологія розробляє та науково обґрунтовує практичні шляхи розв'язання цього завдання. З цією метою в Україні створено систему спеціальних закладів для різних категорій аномальних дітей, де навчально-виховна робота максимально враховує особливості розвитку дітей з різними дефектами і спрямована на забезпечення повноцінного включення їх в активну трудову та суспільну діяльність.

Для цього необхідне глибоке з'ясування особливостей побудови навчального процесу в різних спеціальних школах з урахуванням специфіки оволодіння дітьми з тими чи іншими вадами розвитку загальноосвітніми знаннями, вміннями та навичками. Тому дефектологія послідовно розробляє питання *спеціальної дидактики* (теорії навчання аномальних дітей). Дидактичні проблеми, пов'язані зі змістом, принципами, методами, формами організації навчального процесу, розробляються стосовно кожного конкретного типу спеціальних шкіл.

Підготовка учнів спеціальних шкіл до активного суспільно корисного життя потребує ефективного здійснення виховання особистості аномальної дитини, тобто формування в неї тих особистісних якостей, які б забезпечували самостійну соціально нормативну поведінку (тобто таку, що відповідає прийнятим у суспільстві соціальним нормам — правовим, етичним, естетичним тощо). У зв'язку з цим дефектологія досліджує питання виховної роботи в спеціальних закладах для аномальних дітей з усіх напрямів виховання їх особистості (розумового, морального, трудового, фізичного, естетичного, патріотичного та інтернаціонального, правового).

Одне з важливих місць в розробці теорії навчання та теорії виховання аномальних дітей відводиться проблемі *трудового навчання та виховання* з метою ефективно підготовки вихованців спеціальних шкіл до якісного виконання доступних їм видів праці, зокрема виробничої. В зв'язку з цим визначається коло професій, якими можуть оволодіти різні категорії людей з порушеннями фізичного та розумового розвитку, намічаються і практично реалізуються шляхи формування у аномальних осіб професійної та психологічної готовності до виробничої діяльності.

У спеціальних школах створюються навчально-виробничі класи-майстерні з необхідною для здобуття професії матеріальною базою, вихованці проходять виробничу практику на підприємствах, провадиться різнобічна робота з їх професійної орієнтації з метою формування інтересу, любові до майбутньої професії.

Важливим напрямом розвитку дефектології є розробка та практичне застосування різноманітних *спеціальних технічних засобів*, що сприяють підвищенню якості навчання та орієнтації в навколишній дійсності дітей з частковими порушеннями діяльності аналізаторів. Передусім тут треба назвати слухові апарати для дітей з дефектами слуху, оптичні прилади для дітей з недоліками зору, що допомагають продуктивніше використовувати залишкові функції ушкодженого аналізатора. Створюються спеціальні технічні засоби, які полегшують сприймання різного роду зовнішніх сигналів для тотально сліпих, глухих, сліпоглухих дітей. Використання таких технічних засобів значно покращує розвиток аномальних дітей.

Розширено віковий діапазон контингенту аномальних осіб, на яких поширюється сфера діяльності наукової та практичної дефектології. З метою забезпечення якомога більш раннього позитивного впливу на розвиток аномальної дитини розробляються питання *ранньої диференційної діагностики* відхилень у розвитку, здійснюється *дошкільне виховання* аномальних дітей у спеціальних закладах.

Посилюється увага дефектології до *дорослих людей з порушеннями фізичного та психічного розвитку*. Розробляються питання їх післяшкільного навчання, входження у соціальне життя, у виробничу та громадську діяльність трудових колективів, підвищення якості трудової діяльності, посилення соціальної активності.

Для науково обґрунтованого розв'язання всіх зазначених питань, пов'язаних з проблемою соціальної реабілітації аномальних осіб, дефектологія глибоко вивчає *психофізіологічні особливості* людей з вадами фізичного та психічного розвитку. Зроблено, як зазначалося вище, значний внесок у розробку проблеми закономірностей аномального розвитку, зокрема у з'ясування складної структури дефекту з точки зору виявлення первинних його ознак та вторинних відхилень розвитку. Це дає змогу визначити, яким недолікам у розвиткові аномальних дітей можна запобігти, які пов-

ністю або частково згладити, й спрямувати систему лікувальних та педагогічних впливів на вирівнювання розвитку психіки, що відхиляється від норми.

Психологічні дослідження в галузі дефектології дають змогу об'єктивно визначити потенційні можливості розвитку пізнавальної діяльності та особистості в цілому різних категорій аномальних дітей і створити оптимальні умови, за яких ці можливості можуть бути реалізовані найповніше.

Таким чином, дефектологія розв'язує такі завдання:

1) здійснює різнобічне психолого-педагогічне та клініко-фізіологічне вивчення особливостей та закономірностей фізичного і психічного розвитку різних категорій аномальних осіб;

2) визначає структуру дефекту при різних аномаліях і потенційні можливості розвитку різних сторін особистості кожної категорії осіб з фізичними та психічними дефектами;

3) розробляє з психолого-педагогічних позицій класифікацію аномальних дітей, розв'язує задачі диференціації їх навчання та виховання;

4) обґрунтовує принципи створення та розвитку системи спеціальних закладів для виховання та навчання аномальних дітей з метою здійснення оптимального впливу на їх розвиток, формування активної соціально адекватної особистості, підготовку та залучення до самостійної трудової та суспільної діяльності;

5) визначає закономірності та особливості навчально-виховного процесу в спеціальних закладах для аномальних дітей; цілі, задачі, зміст, принципи, форми і методи їх навчання, виховання та трудової підготовки;

6) розробляє спеціальні технічні засоби, що допомагають аномальним особам у їх пізнавальній діяльності та встановленні контактів з оточенням;

7) визначає ефективні шляхи та засоби профілактики аномалій розвитку, попередження дитячої дефективності;

8) вивчає особливості та шляхи поліпшення життя та діяльності аномальних людей у соціальному оточенні (сім'ї, трудових та навчальних колективах тощо).

Уся наукова та практична діяльність, здійснювана дефектологами, спрямована на підвищення ефективності процесу *соціалізації* (від лат. *socialis* — суспіль-

ний) осіб з дефектами розвитку, тобто становлення особистості аномальної людини на основі оволодіння елементами соціальної культури та суспільними ціннісними орієнтирами.

Прогресивна дефектологія обстоює принципову можливість досягнення позитивних результатів у пізнавальному та особистісному розвитку аномальних дітей. Науковою підставою такого оптимізму в оцінці перспектив психічного розвитку аномальних є погляди видатних фізіологів І. М. Сеченова, І. П. Павлова та їхніх послідовників про велику пластичність центральної нервової системи, її піддатливість впливам умов життєдіяльності організму. Якщо за відповідних умов такі впливи будуть позитивними, завжди можна розраховувати на зміни на краще.

Численні експериментальні дослідження дефектологів і багаторічна практика виховання та навчання аномальних дітей у спеціальних школах переконливо підтверджують обґрунтованість оптимістичних підходів до розвитку таких дітей, оцінки можливостей виховання їх як свідомих і активних членів суспільства.

У наступних розділах буде наведено приклади видатних досягнень людей з вадами розвитку в різних галузях повноцінного творчого життя. Все це свідчить, що різні ознаки їх дефектного фізичного чи психічного розвитку виявились повністю або частково подолані під впливом *компенсаторно-корекційних процесів*. Компенсація та корекція аномального розвитку — основна проблема дефектології. Визначення ефективних умов, що сприяють цьому, є найважливішим завданням цієї науки.

Розгляньмо суть зазначених понять.

Компенсація (від лат. *compensatio* — відшкодування, врівноваження) в загальнобіологічному розумінні означає одну з форм пристосування організму до умов існування при випадінні або порушенні якоїсь його матеріальної структури або функції внаслідок перенесеного захворювання, травми, ушкодження. При цьому відбувається складний процес перебудови функцій. З фізіологічної точки зору основою компенсаторного процесу є мобілізація значних резервних можливостей вищої нервової діяльності. Відомо, що живий організм у цілому та його центральна нервова система мають великі запаси надійності.

У процесі компенсації на основі тісної взаємодії

органів і систем організму перебудовуються та заміщуються функції, які спрямовані на відновлення оптимальної взаємодії організму з середовищем при порушенні тієї чи іншої функції. Це здійснюється різними шляхами: функції дефектних органів заміщуються іншими, які дозволяють організмові підтримувати адекватні зв'язки з навколишнім середовищем; недорозвинені, порушені чи послаблені функції повністю або частково відновлюються, перебудовуються відносно між ними; формуються нові системи тимчасових зв'язків тощо. Внаслідок цього виникають нові способи одержання інформації, дій, поведінки в умовах дефектного функціонування або повного випадіння того чи іншого аналізатора (органа).

Процеси компенсації, як фізіологічної міри, характерні й для тварин: на основі інстинктивно-біологічного пристосування організм тварини при випадінні чи порушенні якоїсь функції прагне до врівноваження з середовищем. Тут спрацьовують закони біологічного пристосування, що розвинулись у процесі еволюції живої матерії.

Розвиток процесів компенсації у людини має якісно інший характер. Суть їх формування полягає не стільки в біологічному пристосуванні організму, хоча й тут ця фізіологічна реакція відіграє важливу роль, скільки в набутті нових способів дій, засвоєнні соціального досвіду в умовах свідомої, цілеспрямованої діяльності. Провідну роль у формуванні процесів компенсації в людини відіграють не елементарні, а вищі психічні функції, компенсація пов'язана з всебічним розвитком людської особистості.

Як підкреслює М. Д. Ярмаченко, в дефектології, на відміну від медико-біологічного розуміння суті компенсації, вона розглядається як процес відновлення суспільно-особистісних функцій людини, а не функцій її окремого органа¹.

Справді науковий підхід до проблеми компенсації пов'язаний з діалектико-матеріалістичним розумінням компенсації дефекту в аномальних дітей як своєрідним процесом розвитку, зумовленим синтезом біологічних та соціальних факторів при провідній ролі останніх.

¹ Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты.— К., 1976.— С. 46.

Свого часу Л. С. Виготський принципово поставив питання про необхідність переорієнтації дефектології з позицій біологічної компенсації на ідеї соціальної компенсації дефекту. Він підкреслював, наприклад, що достатній розвиток функцій збережених органів, які компенсують аномальній дитині втрачену можливість діяльності ураженого органа (слух, дотик у сліпих, зір у глухих), пояснюється не вродженою витонченою будовою їх, нібито заздалегідь передбаченою «мудрістю природи», а тим, що ці органи посилено функціонують в досвіді аномальної дитини для успішного забезпечення її зв'язків з навколишньою дійсністю. Вказуючи на те, що особливості психічного розвитку дитини з дефектом аналізатора визначаються не первинно власне дефектом, а вторинно-соціальними наслідками, викликаними цим дефектом, Л. С. Виготський вбачав головний шлях подолання відхилень у розвитку аномальних дітей у залученні їх до широкого кола соціальних відношень, спілкування з навколишнім світом, активної участі в загальнокорисній різноманітній діяльності при принциповій орієнтації на збережені можливості їх.

Ці дуже перспективні для теорії та практики дефектології ідеї Л. С. Виготського знайшли підтвердження та науковий розвиток у працях його послідовників, зокрема українських учених-дефектологів І. Г. Єременка, І. С. Моргуліса, Є. Ф. Соботович, І. П. Соколянського, Н. М. Стадненко, М. Д. Ярмаченка та ін.

Слід ураховувати, що не кожний дефект може бути повністю усунений на вищому рівні компенсаторного процесу. Наприклад, при серйозних порушеннях інтелектуальної діяльності у розумово відсталих дітей вищі психічні процеси розвиваються вкрай повільно внаслідок грубих дифузних (від лат. *diffusio* — поширення), тобто розлитих, органічних уражень головного мозку, що охоплюють всю його структуру. Проте й у цих випадках за сприятливих умов (головним чином педагогічного характеру) можна досягти значних успіхів у формуванні пізнавальної діяльності та якостей особистості таких дітей. У всякому разі, визнаючи певну обмеженість можливостей розвитку розумово відсталих дітей, не можна говорити про якісь заздалегідь втрачені менші й інші можливості розвитку.

цеси за несприятливих умов (надмірні навантаження, погіршення стану здоров'я при хвороботворних впливах тощо) можуть розпадатися, оскільки компенсаторні пристосування мають відносну, а не абсолютну стійкість. Таке явище має назву *декомпенсації* (від лат. *de* — префікс, що позначає відсутність, недостатність, та *compensatio* — врівноваження), тобто це рецидиви функціональних порушень, раніше скомпенсованих. У випадках декомпенсації відмічають серйозні порушення розумової працездатності, зниження темпу розвитку, зміни ставлення до діяльності, людей. Тому тут необхідним є дотримання ряду спеціальних заходів, спрямованих на нормалізацію процесу розвитку.

Від компенсації слід відрізнити *псевдокомпенсацію* (від грец. *pseudos* — неправда, помилка; у складних словах відповідає поняттю «несправжній»), тобто такі уявно пристосовні, шкідливі утворення, які виникають як реакція дитини на ті чи інші небажані прояви до неї з боку оточення. До таких утворень можна віднести різні невротичні риси поведінки аномальної дитини, що формуються внаслідок низьких оцінок її особистості з боку інших людей. Наприклад, відповіддю на вкрай низьку оцінку навколишніх іноді можна пояснити навіть неадекватно завищену самооцінку розумово відсталих. Порушення поведінки розумово відсталою дитиною часто пов'язані з намаганням привернути до себе увагу людей, тому що зробити це іншим шляхом, позитивними засобами дитина неспроможна.

Сприятливий розвиток компенсаторних процесів у аномальних дітей залежить від цілого ряду спеціально створюваних умов, до яких дефектологія відносить диференціацію навчання та виховання різних категорій аномальних дітей з урахуванням специфіки їхнього розвитку; позитивні взаємостосунки між членами дитячого колективу, педагогами та учнями; органічне поєднання навчальної та трудової діяльності; застосування різноманітних методів навчання, які максимально активізують самостійну пізнавальну діяльність дітей, сприяють свідомому засвоєнню ними навчальної інформації; використання спеціальних технічних засобів, що допомагають покращити сприймання аномальними дітьми різноманітних сигналів ззовні; раціональний режим діяльності дітей, що запобігає перевантаженням і передбачає правильне чергування пра-

У цілому процеси компенсації найвдаліше формуються за допомогою різноманітних заходів, що забезпечують *корекційний вплив* на розвиток особистості аномальної дитини.

Під *корекцією* (від лат. *correctio* — поліпшення, виправлення) у дефектології в широкому плані розуміють сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

Термін «корекція» використовують також у вузькому значенні — виправлення окремих дефектів. Наприклад, «корекція вимови» — виправлення недоліків вимови дитини; «корекція зору» — застосування оптичних засобів (окулярів) для покращання зорової функції.

Стосовно здійснення позитивних впливів на розвиток особистості аномальної дитини, за допомогою яких певні якості її підлягають *коригуванню* як вже сформовані неправильно, а інші, які ще не склалися, потребують цілеспрямованого формування, виховання, дефектологія використовує поняття *корекційно-виховна робота*. Цей процес здійснюється у двох взаємопов'язаних напрямках: а) виправлення недоліків в тій чи іншій сфері розвитку дитини; б) сприяння подальшому розвитку її як цілісної особистості.

Проведення корекційно-виховної роботи є специфічним і дуже важливим завданням спеціальних дитячих закладів, оскільки від якості її багато в чому залежить успішність розвитку компенсаторних процесів. Корекційна робота, пов'язана з навчанням і вихованням аномальних дітей, пронизує всю систему діяльності таких закладів.

Кожен захід, що проводиться у спеціальній школі чи дитячому садку (урок чи позакласна бесіда, гра тощо), розглядають насамперед з погляду його ефективності в корекційно-виховному аспекті.

Дослідження дефектологів свідчать, що корекційна робота дає позитивні результати, якщо вона побудована на змістовному матеріалі, зрозумілому, доступному (але не занадто полегшеному), коли діти усвідомлюють важливість його засвоєння. Тому найдоцільніше проводити таку роботу в процесі формування в дітей загальноосвітніх і трудових вмінь та навичок, передбачених навчальними програмами для різних років навчання у різних типах спеціальних шкіл, а

також під час цікавих змістовних виховних заходів, що відповідають віковим особливостям розвитку дітей. Крім зазначених форм навчально-виховного процесу, передбачено також додаткові індивідуально-групові заняття лікувально-корекційного характеру (заняття з лікувальної фізкультури, логопедичні тощо).

Корекційно-виховна робота у спеціальних дитячих закладах передбачає *комплексний вплив* на різні сторони розвитку аномальної дитини, оскільки наявність певного дефекту не означає ізольованого випадіння тієї чи іншої функції, а створює цілісну картину атипового розвитку, що більш-менш виражено зачіпає різні сфери особистості. Тому корекційні зусилля спрямовуються на усунення недоліків та розвиток пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, фізичних, моторно-рухових якостей, мови, особистості дитини в цілому.

Засоби корекційного впливу ґрунтуються на максимальному використанні збережених можливостей дитини, що поступово дає змогу активізувати порушені чи недорозвинені функції. Головний акцент треба робити на вихованні у дітей вищих психічних процесів (аналізуючого сприймання, логічного мислення, відтворюючої та творчої уяви, довільного запам'ятовування тощо), оскільки вони відіграють провідну роль у загальному психічному розвитку людини. Навіть в умовах роботи з розумово відсталими дітьми, для яких характерне значне недорозвинення цих процесів, цей напрям корекційної роботи дає найвагоміші результати.

Ефективність корекційно-виховної роботи пов'язана з глибоким знанням педагогами *типологічних особливостей* розвитку різних категорій аномальних дітей та *індивідуальної специфіки* розвитку кожної дитини, а також з урахуванням *вікових особливостей* розвитку дітей у доборі змістовного матеріалу, визначенні методів і прийомів корекційно спрямованого навчання та виховання. Найважливішим є забезпечення свідомого, активного, зацікавленого та самостійного (що не виключає, звичайно, необхідної педагогічної допомоги) виконання дітьми різноманітних навчальних, ігрових і трудових завдань в умовах спеціальної організації їх предметно-практичної, мислительної та мовної діяльності.

Принципове значення має забезпечення постійних дійових зв'язків спеціальної школи з широким соціальним оточенням, а саме залучення аномальних дітей до суспільно корисної діяльності, позакласної та позашкільної роботи, пов'язаної з їх естетичним, фізичним, трудовим, моральним, ідейно-громадським вихованням, до активної та свідомої участі в суспільній роботі, встановлення шефських контактів школи з підприємствами та установами.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Дайте визначення поняття «аномальна дитина». Наведіть приклади, коли дитину не можна віднести до категорії аномальних.

2. Назвіть види дитячих аномалій, їх причини.

3. Як ви розумієте теорію про складну структуру аномального розвитку? Наведіть приклади первинного дефекту та вторинних відхилень при різних видах дитячих аномалій.

4. Які ознаки аномального розвитку легше піддаються виправленню? Чому?

5. Від чого залежить своєрідність розвитку аномальної дитини?

6. Схарактеризуйте основні завдання дефектології.

7. На чому базуються оптимістичні погляди прогресивної дефектології в оцінці можливостей розвитку аномальних дітей?

8. Розкрийте зміст поняття «компенсація». Які фактори відіграють головну роль у розвитку компенсаторних процесів у аномальної дитини?

9. Обґрунтуйте необхідність корекційно-виховної роботи з аномальними дітьми та розкажіть про умови підвищення її ефективності.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Єременко І. Г. Аномалії у дітей.— К., 1966.— С. 15—25.
Ланшин В. А., Пузанов Б. П. Основи дефектології.— М., 1990.— С. 8—31.
Ярмаченко Н. Д. Проблемы компенсации глухоты.— К., 1976.— С. 19—46.
Коберник Г. Н., Синев В. Н. Введение в специальность «Дефектология».— К., 1984.— С. 7—33.

Розділ 2. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ АНАЛІЗАТОРІВ

§ 1. Діти з порушенням слуху

Слухом називається здатність організму сприймати й диференціювати звукові коливання за допомогою слухового (або звукового) аналізатора. Слуховий ана-

лізатор складається із периферичного відділу, тобто звукоприймального рецептора (зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо), провідних нервових шляхів та центрального відділу аналізатора (мозкових клітин у скроневій області великих півкуль головного мозку).

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості.

Людина, позбавлена слуху, не має можливості сприймати ті звукові сигнали, які дуже важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних і всебічних уявлень про предмети і явища дійсності (шелест листя, спів пташок, звучання оркестру тощо).

При тяжких порушеннях слуху людина не здатна користуватись багатьма джерелами інформації (слухати радіопередачі, лекції тощо), повноцінно сприймати зміст телепередач, кінофільмів, театралізованих вистав. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Найважливіша роль слуху в оволодінні людиною мовою. За відсутності слуху або його значного зниження дитина спонтанно (тобто самостійно, без спеціального впливу ззовні) не оволодіває звуковою словесною мовою, бо позбавлена можливості сприймати мову людей, що її оточують, як необхідні звукомовні зразки для наслідування. Крім того, вона не здатна контролювати вимову різних звуків. Унаслідок цього обмежуються можливості спілкування з людьми, а отже, і пізнання, оскільки одним із важливих засобів передачі інформації є усна мова. Відсутність або недорозвиненість мови, в свою чергу, призводить до порушень в розвитку інших пізнавальних процесів і, головним чином, словесно-логічного мислення.

В оточенні однолітків, що чують нормально, дитина з важкими порушеннями слуху потрапляє в становище певної соціальної ізоляції, тому що її повноцінна участь в ігрових та інших видах спільної діяльності утруднена. Часто й сімейне виховання дитини, яка страждає на ураження слухової функції, має ряд особливостей (надмірна опіка, жалість або, навпаки, гру-

бість батьків, роздратованість), що негативно відбивається на її вихованні.

Таким чином, стійке порушення слуху, як первинний дефект, призводить до цілого ряду вторинних відхилень у розвитку, які зачіпають як пізнавальну діяльність, так і особистість дитини в цілому.

Залежно від ступеня ушкодження слуху і від часу втрати (або різкого зниження) його дітей з дефектами слухової функції поділяють на глухих, пізнооглухлих і слабчующих (туговухих). Якщо у дитини глибоке стійке двостороннє порушення слуху є вродженим або набутиим у ранньому дитинстві до того, як у неї сформувалася мова, таких дітей називають *глухими*.

Пізнооглухлі — діти, які втратили слух після того, як мова у них вже сформувалась, і тому збереглася тією чи іншою мірою.

Слабчующими (туговухими) називають дітей з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовного розвитку.

Кожне із цих стійких порушень слуху поділяється на *вроджену* і *набуту* патологію. Педагогічна класифікація дітей з вадами слуху визначається відповідно до стійких порушень слухової функції.

Так, обстеживши 310 глухих дітей, О. І. Дячков зробив висновок, що вроджена глухота наявна в 7 %, а решта — набута¹. За його даними, 67 % дітей втратили слух унаслідок захворювання мозку та його оболонки, 12 % — після інфекційних захворювань (кір, грип, скарлатина тощо), у 6 % дітей глухота зумовлена травмами. У решти (8 %) дітей причин виникнення глухоти з'ясувати не вдалося. У процесі дослідження було також з'ясовано час втрати слуху: глухі від народження — 9,4 %, втратили слух до одного року — 35,5 %, до двох — 25 %, до трьох — 10,3 %, після трьох років — 10,6 %, невідомо — 9,2 %. Згідно з цими даними, більшість глухих дітей втратили слух у ранньому віці, тобто в домовний період.

Інші автори² виділяють уроджену глухоту, що має

¹ Дьячков А. И. Воспитание и обучение глухонемых детей.— М., 1957.— С. 191.

² Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И. Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и туговухих учащихся.— М., 1961.

місце в 22 % дітей, та набуто — у 78 %. Причиною набутої глухоти найчастіше є церебрспінальний менінгіт (72 %). Близько 80 % дітей з набутою глухотою втратили слух у віці до двох років. Л. В. Нейман¹ з'ясував, що серед туговухих дітей з розгорнутою словесною мовою причинами враження слуху є менінгіт (22 %), отит (62 %) та інші захворювання (кір, скарлатина, травми — 16 %). Сюди ж віднесено й уроджену туговухість (1,8 %).

Аналогічні причини туговухості визначені і в учнів з глибоко недорозвиненою мовою. Проте тут спостерігається інше співвідношення між ними. Зокрема, менінгіт є причиною зниження слуху в 51 % дітей, отит — у 8 %, інші причини — у 41 % (кір, скарлатина, паротит, травми). Вроджену туговухість виявлено у 12 % випадків.

Незважаючи на певну розбіжність у кількісних показниках різних авторів, спільним є визначення вроджених і набутих форм глухоти й туговухості. Збігаються також дані про переважне виникнення патології слуху в ранньому дитинстві.

Останніми роками сталися істотні зміни в дослідженні структури причин виникнення й розвитку вад слуху в дітей. Протягом тривалого часу основна увага зверталася на з'ясування причин набутої форми глухоти чи туговухості. На перше місце ставилися захворювання слухового апарата (зовнішнього, середнього та внутрішнього вуха), зазначалася роль інфекційних захворювань, дія ототоксичних агентів та різних видів травм. Вивченню причин спадково зумовленої й уродженої форм туговухості відводилося незначне місце.

Розвиток сучасної медицини і насамперед медичної генетики дали змогу переглянути погляди на цю проблему. Усі причини виникнення дефектів слуху можна поділити на три групи.

1. Причини й фактори, що викликають зміни в структурах слухового апарата й призводять до спадкової глухоти чи туговухості. Незважаючи на досягнення медицини, кількість глухих і слабочуючих зі спадково зумовленим зниженням слуху не зменшується.

¹ Нейман Л. В. Слуховая функция у тугоухих и глухонемых детей.— М., 1961.

2. Фактори ендо- і екзогенного патологічного впливу на орган слуху плода, що викликають ураження слуху (при відсутності спадкових факторів).

Причинами вроджених порушень слуху можуть бути захворювання матері в період вагітності, токсичні фактори, імунний конфлікт, родові травми.

Найважливіше значення в етіології вродженої патології органа слуху мають інфекційні захворювання матері під час вагітності. Серед них особливе місце належить краснусі. Ступінь ураження слуху залежить від періоду вагітності, коли мати перенесла це захворювання. Найзагрозливішим є ранній термін вагітності. Ураження слуху в дитини має переважно нейросенсорний характер (рідше — кондуктивний) і часто супроводжується катарактою, пороком серця, розумовою відсталістю.

Негативно впливають на орган слуху плода віруси кору, вітряної віспи, паротиту, скарлатини, токсоплазмозу, туберкульозу тощо, проте питома вага цих інфекцій незначна.

Дефект слуху в дітей, матері яких перенесли одне з цих захворювань у першій третині вагітності, характеризується, як правило, ураженням звукоприймального відділу слухового аналізатора. Спостерігається зниження слуху від легкої туговухості до глухоти, що залежить від тих змін, які відбулися у завитці чи ядрах слухового нерва.

Клінічні спостереження свідчать, що на розвиток органа слуху плода впливають різні загальносоматичні захворювання матері (цукровий діабет, нефрит, авітамінози, токсикоз тощо). Проте вплив цих захворювань на розвиток органа слуху та його функцію у плода до цього часу вивчений недостатньо.

В останнє десятиріччя особливу увагу оториноларингологів привертають токсичні фактори, зокрема ототоксичні лікарські препарати (стрептоміцин, неоміцин, мономіцин, канаміцин та ін.).

Негативно впливають на орган слуху дитини алкоголь, нікотин, хімічні препарати, радіаційне опромінення, яке викликає зміни в завитці слухового органа плода в ранні строки вагітності.

Однією з причин уроджених вад слуху в дітей вважають недоношеність, оскільки в таких дітей спостерігається недорозвиненість багатьох органів і систем, зміни в судинах, центральній нервовій системі та по-

дальші зміни в аналізаторах, у тому числі й слуховому.

На стан слухової функції дитини негативно впливають травми матері під час вагітності, затяжні пологи й родові травми.

Таким чином, уроджена глухота чи туговухість може виникнути під впливом різноманітних ендо- й екзогенних факторів. Здебільшого вона має нейросенсорний характер, значно виражена за глибиною пошкодження й практично невиліковна.

3. Фактори, які негативно діють на орган слуху здорової від народження дитини в один із періодів її розвитку й призводять до набутої глухоти чи туговухості. Це найпоширеніша форма патології слуху.

До причин, що викликають набуті вади слуху, слід віднести такі: перенесені інфекційні захворювання (грип, паротит, скарлатину, дифтерит, токсіплазмоз та ін.); захворювання порожнини носа й носоглотки (що не стосуються безпосередньо вуха); запальні захворювання слухового ходу, барабанної порожнини, слухової труби (зовнішній отит, гострий середній отит, хронічний середній гнійний отит тощо); травми, здебільшого механічні, хоча трапляється й термічний вплив, а також негативна дія шуму; алергічні захворювання, які зумовлюють нейросенсорну туговухість; загальносоматичні захворювання, серед яких основна роль належить цукровому діабету, захворюванням нирок, крові та ін.; вплив екзогенних ототоксичних речовин, у тому числі медикаментів (антибіотиків, стрептоміцину) тощо.

Як зазначалося, залежно від стану слухової функції виділяють глухих, пізнооглухлих та з ослабленим слухом (туговухих) дітей.

До категорії *глухих* належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мови. Найхарактернішою рисою їхнього розвитку є те, що вроджене або набуте в самому ранньому (домовному) періоді різке ураження слуху робить неможливим сприйняття мови інших й призводить до *глухонімоти*, тобто дитина не оволодіває звуковою словесною мовою без спеціального навчання, оскільки не може сприймати й наслідувати мову довколишніх. Навіть якщо в глухій дитини до моменту втрати слуху був сформований певний мовний запас (наприклад, при настанні глухоти в дворічному віці), за відсутності спеціальних прийомів навчання й ви-

ховання він досить швидко втрачається. Загальний темп психічного розвитку в глухих дітей уповільнюється. Однак створення спеціальних корекційних умов виховання, які активізують компенсаторні процеси, дає змогу поступово вирівняти їх психічний розвиток.

У багатьох глухих дітей спостерігаються порушення функцій вестибулярного апарата, що найчастіше виникають при набутому ураженні слухової функції.

Глухота (первинний дефект), будучи пов'язаною причинним зв'язком із німотою (вторинне порушення розвитку), призводить до ряду інших відхилень у психічному розвитку. Так, серйозні порушення словесної мови, а тим більше її повна відсутність, негативно впливають на зорове сприймання, на розвиток не тільки словесно-логічного, а й наочного мислення, а також на інші пізнавальні процеси.

Оскільки обсяг інформації, яку людина дістає із зовнішнього світу, в свідомості глухої дитини помітно звужений через неможливість впливати на нього словесною мовою, її реакції на зовнішні впливи примітивніші та недостатньо різнобічні. Тому тут можна говорити про просту затримку розвитку. Справді, система органів чуття, завдяки яким глухий школяр відчуває зовнішній вплив — сукупну інформацію, змінена. Внаслідок цього середовище впливає на його психіку в зовсім інших співвідношеннях: деякі види впливу — майже в тому самому обсязі, що й у тих, хто чує, другі — в меншому, треті — як зовсім незначні. Отже, в глухих компоненти психіки розвиваються в інших, порівняно з людьми з нормальним слухом, пропорціях.

У пізнавальній діяльності глухих більшу роль відіграють наочно-зорові форми пізнання, ніж словесно-логічні. В розвитку словесно-мовної системи писемна мова (як засіб прийому інформації шляхом читання, передачі її шляхом письма) набуває для глухих незрівнянно більшої питомої ваги, ніж усна. Стосовно використання глухими усної мови (за умови її сформованості завдяки спеціальним прийомам навчання), слід зазначити, що їх словниковий запас ближче до норми, ніж граматичне оформлення висловлювань.

Відчуваючи потребу в спілкуванні з довколишніми, глухі користуються міміко-жестикulatoryною мовою, тобто своєрідним засобом передачі інформації за до-

помогою міміки і жестів, кожен з яких має своє значення. Як певна база для розвитку мислення й засіб спілкування, міміко-жестикуляторна мова не може повністю замінити словесну мову — могутній фактор розвитку психіки дитини. Функції її у спілкуванні з людьми досить обмежені, тому що розуміти міміко-жестикуляторну мову й використовувати її для передачі своїх думок може лише людина, яка володіє системою її знаків. У спілкуванні глухих із спеціально непідготовленими людьми, які чують, використання міміко-жестикуляторної мови вкрай обмежене. Тому найважливішу роль у вихованні глухих дітей відіграє формування в них словесної мови. Оволодіння словесною мовою для глухих є «...життєвою необхідністю, єдиним засобом прилучитися до чудової скарбниці людських знань і досвіду, засвоїти велику кількість знань, які виробило людство в процесі свого розвитку. З особливою силою це відбивається на розвитку їхнього мислення, відкриваючи необмежені можливості вдосконалення і тим самим розриваючи коло соціальної ізоляції глухих. Таким чином, оволодіння звуковою словесною мовою як засобом спілкування й мислення є одночасно й наймогутнішим фактором компенсації порушеної слухової функції»¹, — зазначає М. Д. Ярмаченко.

І лухі діти та підлітки вже в середньому й особливо в старшому шкільному віці, усвідомлюючи важливість оволодіння словесною мовою для спілкування з іншими людьми та кращого виконання своєї основної діяльності — навчання, виявляють велике бажання навчитися добре говорити й зчитувати з губ інших, щоб краще розуміти їх (дослідження Ж. І. Шиф). Це позитивно відбивається на загальному розвитку особистості глухих, зокрема з точки зору виховання спроможності до подолання труднощів.

З метою навчання глухих усної розмовної мови застосовують різні спеціальні засоби, засновані на використанні збережених аналізаторів (зорового, тактильного, вібраційного). На підставі спеціальних досліджень доведено, що серед глухих майже не зустрічаємо дітей з повною (тотальною) глухотою. Кожна дитина, як живий організм, виявляє певну реакцію на

¹ Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты. — С. 15.

звуків подразнення. Залишковий слух, який розрізняється, головним чином, за діапазоном сприймання частот, дає змогу більшості глухих тією чи іншою мірою сприймати гучний голос (а інколи і голос звичайної розмовної сили) біля вушної раковини. В роботі з розвитку усної мови глухих дітей особлива увага приділяється спеціальній корекції мовного дихання, оскільки в глухих воно має специфічні особливості, зокрема наявність пауз для вдиху перед кожним словом, а також виправленню дефектів голосу (мала звучність, зриви на фальцет, гугнявість).

Пізнооглухлі діти мають сприятливіші умови психічного розвитку, ніж глухі від народження або оглухлі в домовний період. За умови спеціальної роботи з ними вдається зберегти словниковий запас і навички правильної побудови висловлювань. У своїй пізнавальній діяльності така дитина зберігає можливість користуватися сформованими раніше словесними узагальненнями, що дозволяє повноцінніше пізнавати дійсність за допомогою словесно-логічного мислення, нехай навіть на найелементарнішому рівні.

Чим пізніше настала втрата або зниження слуху, тим більше зберігається можливостей для мовного й розумового розвитку пізнооглухлої дитини. При цьому особливу роль відіграють сформовані раніше навички читання й письма, адже писемна мова в таких випадках виконує важливі функції збагачення мовного розвитку й пізнання людської культури.

Навіть якщо слуховий дефект виник у дошкільному віці (3—5 років), за умови спеціального корекційного виховання можна досягти значних успіхів у збереженні й розвитку мови та навчанні таких дітей.

Основні труднощі в роботі з пізнооглухлими дітьми пов'язані з тим, що в них різко обмежені можливості сприймання розмовної мови інших людей. Тому особливу увагу в корекційній роботі звертають на формування навичок зорового сприймання усної мови по видимих рухах мовних органів (так зване читання з губ, з обличчя). Безперечно, читання з губ пов'язане зі значними труднощами, оскільки рухи губ, язика, міміка обличчя досить неповно відбивають звукову палітру мови. Однак при спеціальному навчанні діти з глибокими слуховими дефектами навчаються досить точно користуватися сформованими навичками зорового сприймання розмовної мови, що значною мірою

компенсує втрачену можливість чути мову інших людей.

Успіхи оволодіння читанням з губ тісно пов'язані з рівнем розвитку власної усної мови: її достатня сформованість допомагає використовувати свій мовний досвід для кращого розрізнення слів і фраз, які зчитуються з губ, з опорою на загальний зміст розмови.

У пізнооглухлих дітей внаслідок відсутності або різкого послаблення можливості слухового контролю за власною мовою виявляються ті чи інші дефекти вимови та побудови висловлювань; усунення подібних дефектів також є спеціальним завданням корекційної роботи з ними.

Туговухі діти характеризуються тим, що їхня часткова слухова недостатність призводить не тільки до зменшення обсягу сприймання мовної інформації, а й до певного порушення мовного й загального розвитку. До туговухих відносять дітей, у яких уражена слухова функція, але слух збережений настільки, що вони можуть самотинно хоча б мінімально оволодівати словесною мовою.

Наявність залишкового слуху значно більшою мірою, ніж у глухих дітей, дає змогу слабчучим спонтанно накопичувати певний словниковий запас і користуватися ним для спілкування з довколишніми.

При визначенні основних груп туговухих дітей за станом слуху враховується не висота звуків, доступних для сприймання (ці діти розрізняють звуки широкого мовного діапазону), а ступінь втрати слуху, виражений в децибелах, тобто на скільки одиниць дитина потребує збільшення сили звучання звуків певної частоти.

Залежно від втрати слуху в мовному діапазоні розрізняють три ступеня туговухості:

I — втрата слуху не перевищує 50 дБ;

II — втрата слуху від 50 до 70 дБ;

III — втрата слуху в мовному діапазоні більше ніж 70 дБ (80...85 дБ).

Діти з I ступенем туговухості сприймають розмовчу мову на відстані понад 1 м, тобто мовне спілкування цілком доступне. Друга група дітей (II ступінь) сприймає розмовчу мову лише на відстані, меншій ніж 1 м. З цими дітьми мовне спілкування утруднене. Діти з III ступенем туговухості розмовної мови не сприй-

мають, мовне спілкування з ними можливе лише за допомогою голосу підвищеної сили.

Як бачимо, кожна група дітей з ослабленим слухом потребує різного підсилення звуків. Проте спільним для них є те, що всі вони, навіть діти з III ступенем туговухості, можуть більш-менш самостійно оволодівати мовою на основі слухового сприймання.

Важливим фактором, який враховано при класифікації дітей, є рівень розвитку мовлення. За цим показником розглядувана категорія дітей досить неоднорідна. Тут наявні дві групи: діти з розгорнутим мовленням (що мають незначні мовні вади) та діти з глибоко недорозвиненим мовленням. Стан мовлення цих дітей також пояснюється різними причинами.

Зниження слухової функції у туговухих дітей призводить до різних недоліків у їхньому мовному розвитку: обмежений словниковий запас, порушена граматична будова мови (у фразах «випадають» ті чи інші члени речення, слова вживаються у спотвореному вигляді, характерні помилки у вживанні префіксів та суфіксів, відмінкових та родових закінчень).

Для дітей з ослабленим слухом характерні й типові недоліки у вимові слів: змішування дзвінких і глухих, шиплячих і свистячих, твердих і м'яких приголосних. Причому це пов'язано не з тим, що діти не можуть вимовити ті чи інші звуки внаслідок якихось утруднень в артикуляції (від лат. *articulatio* — розчленування), а з тим, що вони недостатньо володіють звуковим складом слова, оскільки неповноцінно сприймають слова на слух.

Обмеженість словникового запасу, помилки у сприйнятті звуків мови в дітей з ослабленим слухом пов'язані з неправильним розумінням значень слів і виразів у мові інших і недоречним їх вживанням у власній. Для писемної мови характерні спотворення слів, пов'язані із заміщенням букв та відповідні заміщення звуків у вимові.

Подекуди на розвитку такої дитини негативно позначається те, що на частковий дефект слухової функції, на відміну від повної відсутності слуху або його різкого зниження, своєчасно не звертають серйозної уваги. Дорослі, не розуміючи справжніх причин помилок та утруднень дитини, вважають її лінивою, малокмітливою й застосовують до неї такі засоби виховного впливу, які призводять до негативних наслідків:

дитина зневірюється в своїх силах, стає плаксивою, відлюдненою, необгрунтовано чинить опір вимогам дорослих (явища негативізму, від лат. *negō* — заперечую).

У початкових класах загальноосвітньої школи значну частину невстигаючих становлять діти з різними відхиленнями в розвитку слуху і мови. Вчитель початкової школи повинен якомога раніше виявити дітей з недоліками слуху та особливості їх утруднень в процесі навчання. Перебування цих дітей в умовах масової школи, що не відповідають їхнім можливостям, завдає великої шкоди їх розвитку.

При легко вираженій туговухості й достатньому розвитку мови діти можуть успішно навчатися в загальноосвітній школі, але вони потребують створення спеціальних педагогічних умов, індивідуального підходу, заснованих на глибокому розумінні вчителем дійсних причин утруднень дитини в навчанні. Знаючи типові помилки такого учня при письмі та читанні, вчитель допомагає подолати їх, а при потребі направляє його до лікаря-оториноларинголога для контролю за станом слуху і можливого лікування. В умовах класу такому учневі слід створити відповідні умови: посадити за першу парту, перевіряти, як він на слух сприймає навчальний матеріал, якщо необхідно — повторити завдання; оцінити роботу учня з урахуванням його реальних можливостей, провести з ним кілька додаткових занять. Батькам слід пояснити, як ставитись до особливостей їхньої дитини і правильно організувати її мовне виховання.

Таким чином, специфічні особливості розвитку різних категорій дітей, які страждають на різні порушення слуху, потребують диференційованого коригуючого підходу до їх навчання й виховання, що є важливим фактором оптимізації компенсаторних процесів.

Незважаючи на серйозний та різноплановий негативний вплив глухоти й туговухості на розвиток дитини, навіть при найтяжчих ураженнях слухової функції, але при збереженому інтелекті, можливості всебічного розвитку особистості дітей з порушеннями слуху необмежені. Під впливом соціальних факторів (головним чином спеціального навчання), виявляючи наполегливість у подоланні труднощів, викликаних дефектом, люди зі стійкими порушеннями слуху досягають значних успіхів у різних сферах виробничої і суспільної діяльності, в реалізації своїх творчих здібностей.

У книжці М. Д. Ярмаченка «Проблема компенсації глухоти» наведено багато конкретних фактів трудових успіхів глухих і людей з ослабленим слухом, їх досягнень в літературній, образотворчій, театральноконцертній діяльності, науці.

Борис Олександрович Комашинський оглух у п'ятирічному віці. Це не перешкодило йому здобути вищу освіту, стати кандидатом технічних наук, пройти в одному з науково-дослідних інститутів шлях від інженера до старшого наукового співробітника. Коло інтересів Б. О. Комашинського не обмежується інженерно-науковою діяльністю. Він любить спорт, серйозно займається поезією.

Серед глухих і слабочуючих чимало передовиків виробництва, талановитих літераторів, художників, артистів, учених високої кваліфікації — кандидатів і докторів наук. Усе це свідчить, що воля і наполегливість допомагають подолати тяжку фізичну недугу, жити повноцінним життям, відчувати радість творчої праці.

§ 2. Діти з порушенням зору

У психічному розвитку дитини важливу роль відіграє оптичне сприймання (зір), яке здійснюється завдяки зоровому аналізатору. Саме через зоровий аналізатор людина одержує найбільше вражень від навколишнього світу. Такі ознаки предметів і явищ, як світло, колір, розмір, форма, протяжність у просторі, ми пізнаємо насамперед за допомогою зору. Розвиток орієнтування в просторі також безпосередньо пов'язаний з діяльністю зорового аналізатора. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини.

Візуальне (від лат. *visualis* — зоровий) сприймання людьми одне одного дуже важливе для встановлення міжособових стосунків і визначається функціонуванням зорового аналізатора. При порушенні його діяльності у дитини виникають значні труднощі в пізнанні світу та орієнтуванні в ньому, в здійсненні контактів з людьми, що її оточують, у різних видах діяльності.

Зоровий аналізатор складається з трьох відділів: периферійного (око), провідникового (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення), центрального (мозкові клітини в зорових зонах кори головного мозку). Діяльність зорового аналізатора забезпечує

сприйняття й аналіз візуальних подразників. Порушення зору у дітей залежать від сили хворобливих впливів, які зачіпають різні відділи зорового аналізатора.

Відповідно до ступеня порушення функції зорового аналізатора дітей із стійкими дефектами зору поділяють на *сліпих* та *слабозорих*.

Сліпими є діти, в яких зорові відчуття або зовсім відсутні, через що обидва ока втрачають здатність до сприйняття світла і розрізнення кольору (абсолютна, тотальна сліпота), або зберігається відчуття світла чи незначний залишковий зір (максимальна гострота — 0,04 на оці, яке краще бачить з корекцією), недостатній для звичайної життєдіяльності (практична сліпота).

У *слабозорих* дітей гострота зору на оці, яке краще бачить при корекції звичайними засобами (окуляри), становить від 0,05 до 0,4. До цієї категорії відносять також дітей з дещо більшою гостротою центрального зору, які мають інші дефекти зорової функції (зокрема різке звуження межі поля зору). На відміну від сліпих, у слабозорих дітей навіть сильно порушений зір є провідним аналізатором, тобто здійснює в основному безпосереднє сприйняття предметів і явищ навколишньої дійсності. Слабозорі діти зустрічаються частіше, ніж сліпі.

Причини порушення зору в дітей різноманітні.

Вроджені порушення зорової функції можуть бути зумовлені генетичними факторами (наприклад, спадковими формами вроджених катаракт, помутнінням кришталика ока). Вроджені катаракти, які спричинюють сліпоту і слабозорість, зумовлені порушенням обміну речовин, вітамінозною недостатністю, внутрішньоутробними запаленнями тощо. Крім того, слабозорість може бути викликана (що буває найчастіше) різноманітними хвороботворними впливами на орган зору, який формується в період ембріонального розвитку. Найнебезпечнішими факторами, які можуть призвести до патології, є токсоплазмоз, захворювання вагітної краснухою, особливо у перші місяці, коли формується орган зору плода. Різноманітні пологові порушення, які викликають внутрішньочерепні й внутрішньоочні крововиливи, переломи і зміщення кісток черепа, також можуть бути причиною вроджених зорових дефектів.

Набуті зорові аномалії трапляються дещо рідше. Набута зорова недостатність може бути викликана різними ускладненнями після перенесених загальних інфекційних захворювань організму (наприклад, грипу, туберкульозного менінгіту, менінгоенцефаліту), а також травматичними ушкодженнями мозку, очей.

Важливо розрізняти *прогресуючі* та *стаціонарні* порушення зорового аналізатора. При прогресуючих дефектах зору спостерігається поступове погіршення зорових функцій, пов'язане з перебігом патологічного процесу. Це може бути спричинене такими важкими захворюваннями, як *глаукома*, при якій характерні підвищення внутрішньоочного тиску та зміни в тканинах ока, *незакінчена атрофія зорового нерва*, *пігментна дистрофія сітківки*, що є вродженим захворюванням і може проявитися в будь-якому віці.

Прогресуючі зорові порушення можуть бути пов'язані з пухлинами мозку, які розміщуються в області мозочка, й у дітей найчастіше бувають уродженими, доброякісними. Тривалий час вони не виявляються, але на певних етапах розвитку дитини призводять до поступового зниження зору аж до різкого, яке нерідко супроводжується головними болями, порушеннями розумової працездатності. В таких випадках чим раніше буде поставлено правильний діагноз і проведено оперативне втручання, тим краще для збереження зору дитини і її загального розвитку.

При порушенні санітарно-гігієнічних умов діяльності дитини, неправильному або слабкому освітленні, непомірному навантаженні на зір може розвинути *зорова недостатність*, пов'язана з аномаліями рефракції (заломлювальної функції ока), — *короткозорість* або *далекозорість*. Тому дуже важливі систематичні перевірки зору в дітей та обов'язкове дотримання порад лікаря в разі виявлення якихось відхилень (зокрема при потребі дитина повинна носити коригуючі окуляри, додержуватись режиму зорових навантажень тощо).

До *стаціонарних дефектів* зорового аналізатора належать насамперед деякі вроджені його пороки: *мікрофтальм* — аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях вираженості; *колобоми* — дефекти тканини повік або оболонок очного яблука; *астигматизм* — од-

на із аномалій здатності заломлюваності ока; *катаракта* та ін.

Крім уроджених факторів, стаціонарні дефекти зору можуть виникнути внаслідок захворювань та операцій на очах, якщо патологічний процес припинився та до подальшого зниження зорової функції не призводить.

За часом настання зорового дефекту сліпих поділяють на *сліпонароджених* (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років) та *осліплених* (тих, що втратили зір у наступні періоди життя й зберегли в пам'яті певні зорові образи).

Глибоке порушення зору як первинний дефект прямо або з різним ступенем опосередкованості зумовлює різноманітні особливості розвитку дітей.

Так, сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні й просторові ознаки об'єктів і явищ навколишньої дійсності, що серйозно збіднює їх чуттєвий досвід, ускладнює орієнтування в просторі, перешкоджає образному мисленню.

Сліпота негативно впливає на формування моторно-рухової сфери дитини. Своєрідність становища сліпої дитини серед однолітків і дорослих, яке нерідко поглиблюється помилками в сімейному вихованні, у ставленні до неї з боку довколишніх (головним чином це зводиться до надмірної опіки над дитиною, захисту її від труднощів, подолання яких сприяло б розвитку в неї цілого ряду цінних якостей), може викликати небажані відхилення в становленні її як особистості — низьку самостійність, негативізм, розпещеність тощо.

Сліпі діти усвідомлюють свій дефект, неминучі невдачі у різних видах діяльності (грі, праці, навчанні) і у спілкуванні, зумовлені неможливістю практично когнитуватися зоровою функцією, що часто викликає в них тяжкі переживання.

На розвитку вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення й мови, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги) сліпота, по суті, не відбивається. Однак певна дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних (пов'язаних з абстрактно-логічним мисленням) функцій у них нерідко має місце. Наприклад, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти подеколи володіють досить широким запам'ятовуванням.

сом абстрактно-словесних формально правильних знань, не наповнених, однак, адекватним конкретно-предметним змістом. Спостерігається у них і деяке відставання в розумінні слів з конкретним значенням.

На відміну від сліпонароджених, діти, які втратили зір після певного періоду нормального розвитку, зберігають сформовані раніше зорові уявлення. Так, залишки колишніх уявлень завдяки зоровій пам'яті відіграють важливу роль у відтворенні образів предметів і явищ при сприйнятті їх словесних описів. Ступінь збереженості зорових уявлень залежить від часу настання сліпоты (чим пізніше виник зоровий дефект, тим більший запас образів у дитини). від змісту та організації пізнавальної діяльності дітей, які втратили зір. Зазначимо, що зорові уявлення можуть зберегтися у них на досить тривалий час чи протягом усього життя.

Втрачена функція зорового аналізатора компенсується в сліпих дітей за рахунок активної діяльності збережених аналізаторів — слухового, рухового, тактильного та ін. У процесі розвитку в сліпих виникають нові засоби сприйняття й аналізу дійсності, орієнтування в оточенні, які відіграють значну роль в їх пізнавальній діяльності. Провідна роль тут належить спеціальному навчанню і вихованню сліпих дітей, що попереджають та коригують вторинні відхилення в їхньому розвитку, формуючи та стимулюючи компенсаторні процеси в різнобічній діяльності дитини. Для забезпечення успішності компенсаторного розвитку сліпих принципово важливо формувати в них високі соціальні установки й мотиви, забезпечувати їх свідомість і активність у різних видах діяльності, виховувати наполегливість і самостійність, оптимізувати процес їх спілкування в колективі.

Особливості розвитку *слабозорих дітей* пов'язані насамперед з тим, що вони, на відміну від сліпих, можуть використовувати для сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності та просторового орієнтування збережений у них (хоча й порушений) зір. Однак досить глибоке порушення зорової функції зумовлює такі особливості процесу візуального сприйняття, як уповільненість, занижена точність, звуження огляду. Зоровий дефект при слабозорості певною мірою утруднює й процес орієнтування у просторі. При цьому недоліки зорової функції у слабозорих ді-

тей не тільки кількісно знижують запас вражень (у порівнянні з нормою), а й викликають якісну своєрідність уявлень, що пов'язана із специфічністю зорового відбиття дійсності при різних формах слабозорості.

Так, у слабозорі дитини з порушенням відчуттям світла формуються збіднені (з точки зору кольорових характеристик) уявлення про предмети і явища. Діти, які страждають на сильно виражену короткозорість або далекозорість, поза спеціально організованого процесу зорового сприйняття можуть не вловити деяких важливих, але не дуже чітких зовні ознак об'єктів дійсності.

Неадекватні реальності предметні уявлення можуть сформуватися у слабозорих дітей з вродженою колобобою сітківки і судинної оболонки ока, тому що при цьому захворюванні предмет сприймається лише верхніми відділами ока.

Таким чином, «у дітей з частковою зоровою недостатністю за певних умов може бути виявлений не лише обмежений запас уявлень, а й можуть мати місце спотворені уявлення, які виникають унаслідок використання частково збереженого, проте неповноцінного сприйняття»¹.

Аналізуючи особливості розвитку слабозорих дітей, слід звернути увагу на те, що вони (як і діти з іншими частковими дефектами) на відміну від дітей з тотальними порушеннями не завжди цілком усвідомлюють свій дефект. Внаслідок цього дитина невірно оцінює свої невдачі й труднощі у навчанні, грі, спілкуванні, нерідко вони стають причиною роздратованості, замкненості, негативізму. Тому дуже важливим є своєчасне виявлення часткового дефекту зорової функції у дітей і створення для них спеціальних умов виховання і навчання.

Значна кількість слабозорих дітей потрапляє до спеціальних шкіл після кількох років перебування в загальноосвітній школі, де вони відчували певні труднощі. Ці діти не можуть оволодіти технікою читання або зрозуміти зміст прочитаного, розв'язати задачу або приклад. Те, що написано на класній дошці, зображене на таблицях, недоступне для їхнього візуального сприйняття. Працездатність таких дітей нестійка че-

¹ Основи обучения и воспитания аномальных детей.— М., 1965.— С. 45.

рез швидку втомлюваність від зорової роботи, тому в умовах звичайного шкільного режиму в них може статися перенапруження зору.

Учитель початкових класів масової школи повинен своєчасно розпізнати слабозору дитину, проконсультуватися з лікарем-офтальмологом про доцільність її подальшого навчання в масовій школі або направлення до школи для слабозорих.

Продовження навчання слабозорого в загальноосвітній школі без контролю з боку лікаря-спеціаліста може призвести до хронічної неуспішності, педагогічної занедбаності й подальшого погіршення зору. Така дитина потребує спеціального режиму, який виключає тривалі розумові й фізичні навантаження, різкі рухи і стрибки, нахили голови тощо.

Найбільшу групу становлять діти з порушенням зору, які за умови забезпечення їм індивідуального підходу можуть навчатися в масовій школі. Це діти з відносно легким порушенням зору, аномалією рефракції (короткозорість, далекозорість, астигматизм). В масових школах короткозорість — дуже поширене явище. Кількість дітей, які страждають на цей дефект зору, помітно збільнюється від молодшого до старшого шкільного віку. Одна з причин цього полягає в тому, що навантаження на зоровий аналізатор постійно зростає. Наприклад, доведено, що до погіршення зору певною мірою призводить робота з дисплеєм. Тому необхідний суворий контроль за обсягом завдань, які пов'язані з роботою на комп'ютері.

Усі види порушення зору, які викликані аномалією рефракції, як правило, коригуються за допомогою окулярів. Разом з тим короткозорість й інші дефекти зору в дітей можуть прогресувати. Коригуючі окуляри в цьому випадку обов'язкові. Повинні бути забезпечені такі умови: правильне освітлення, додержання режиму зорової роботи (чергування різних видів роботи та відпочинку), лікування супутніх хвороб, які ослаблюють організм та сприяють розвитку короткозорості.

Однак при виражених порушеннях або прогресуючих формах слабозорості дітей слід направляти до спеціальних шкіл і дошкільних закладів, де для них створюються оптимальні умови, спрямовані на виправлення дефектів з використанням оптичних засобів корекції (звичайних і телескопічних окулярів, луп),

спеціальних навчальних посібників і технічних засобів, із забезпеченням підвищеного освітлення робочого місця, раціонального режиму зорових та загальних навантажень. Необхідно забезпечити *охорону* та доцільне *тренування* порушеного зору слабозорих дітей. При цьому слід враховувати їхню підвищену втомлюваність при навантаженнях на зоровий аналізатор, що може викликати зниження як розумової, так і фізичної працездатності. При постійних перевантаженнях зору й організму дитини в цілому часто може спостерігатися погіршення зорових функцій, в той час як при охороні та розумному тренуванні в багатьох випадках зір може поліпшуватись.

Коригуючи пізнавальний і особистий розвиток слабозорих дітей, особливу увагу слід приділяти формуванню в них цілеспрямованої розумової діяльності (зокрема процесів зорового сприймання), активності й свідомості, поширенню й поглибленню кола їхніх інтересів. Виховання вищих психічних процесів позитивно впливає на пізнавальну діяльність слабозорих дітей, сприяє компенсації порушень, викликаних зоровою недостатністю.

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

Виробничо-трудова діяльність сліпих і слабозорих (із значним порушенням зору) організується головним чином на підприємствах товариства сліпих, де передбачені види професійної праці, доступні до виконання. Ці виробництва виготовляють складні електро- і радіоприлади, електродвигуни, світлотехнічну апаратуру, деталі й запасні частини для автомашин і сільськогосподарських агрегатів тощо. Сліпі працівники, серед яких багато передовиків виробництва, проявляють творче ставлення до праці, про що свідчать тисячі їхніх раціоналізаторських пропозицій та винаходів.

Трудова діяльність осіб з глибокими порушеннями зору не обмежується роботою на підприємствах товариства сліпих. Серед них чимало тих, хто займається інтелектуальною працею,— викладачів вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, учителів середніх шкіл, професійних вчених, музикантів, письменників тощо. Згадаймо імена письменника Миколи Ост-

ровського, поета Едуарда Асадова, поета й перекладача Володимира Забаштанського, який унаслідок нещасного випадку втратив зір, обидві руки і частково слух, піаніста Леоніда Зюзіна. Широко відомі наукові праці одного з провідних математиків Л. С. Понтрягіна, лауреата Державної премії доктора фізико-математичних наук В. І. Зубова, доктора геолого-мінералогічних наук В. В. Тихомирова, доктора біологічних наук А. І. Лопиріна та ін. Великий внесок у розробку наукових проблем навчання й виховання сліпих дітей зробив незрячий професор Б. Г. Коваленко.

Показово, що навіть у тих видах творчої діяльності, де зорове сприйняття відіграє принципову роль, сліпі можуть домогтися великих результатів. Наприклад, балерина Ліна По (Поліна Михайлівна Горенштейн) після повної втрати зору захопилася скульптурою й досягла в цьому мистецтві значних успіхів. У роботах цього майстра талановито передано не лише зовнішні риси героїв її скульптурних портретів та композицій, а й експресію руху, танцю.

Таким чином, компенсаторні процеси при глибоких порушеннях зору під впливом соціальних факторів й активної особистої позиції самого сліпого досягають такого рівня, який забезпечує високий розвиток творчих сил і здібностей особистості.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Яка роль слуху в розвитку дитини? До яких особливостей розвитку призводить порушення слухової функції?

2. Наведіть класифікацію слухових порушень та назвіть їх причини.

3. Порівняйте особливості розвитку глухої, пізнооглухлої та слабочуючої дитини. Назвіть загальні та відмінні риси розвитку цих категорій дітей.

4. Що повинен знати вчитель початкових класів про дітей з різними вадами слуху, які навчаються в загальноосвітній школі?

5. Самостійно ознайомтеся з прикладами досягнень осіб з порушеннями слуху за книгою М. Д. Ярмаченка «Проблема компенсації глухоти».

6. Як впливають глибокі порушення зору на особливості психічного розвитку дитини?

7. За якими ознаками диференціюють дітей з дефектами зорового аналізатора?

8. Чим відрізняються картини розвитку сліпих і слабозорих дітей? Що спільного між ними?

9. Розкажіть про шляхи соціальної адаптації дітей з порушеннями зору.

10. У чому полягає профілактика порушення зору в дітей у початковій школі? Що ви знаєте про заходи з охорони зору дітей у школі?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Акимушкин В. Н., Моргулис И. С. Трудовая реабилитация инвалидов по зрению.— К., 1983.

Воскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха.— М., 1987.

Дефектологический словарь / Под ред. А. И. Дьячкова.— М., 1970.

Єременко І. Г. Аномалії у дітей.— К., 1966.— С. 9—10, 30—35.

Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения.— М., 1973.

Литвак А. Г. Тифлопсихология.— М., 1985.

Основы обучения и воспитания аномальных детей.— М., 1965.— С. 38—48, 65—74, 75—85.

Свиридюк Т. П. Подготовка слабовидящих детей к школе.— К., 1984.

Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты.— К., 1976.— С. 148—164.

Розділ 3. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ МОВИ ТА ІНТЕЛЕКТУ

§ 1. Діти з порушенням мови

Найважливішою психічною функцією людини є мова — основний засіб спілкування людей. За допомогою мови людина передає іншим людям свої думки, почуття, бажання, досвід, спонукає їх до тих чи інших вчинків і дій. Мовне збагачення відіграє першочергову роль у засвоєнні дитиною культури, отже, і в її пізнавальному й особистому розвитку. На основі мови та її смислової одиниці — слова — формуються і розвиваються такі психічні процеси, як сприймання, уява, пам'ять. На велике значення мови для розвитку мислення і формування особистості неодноразово вказував Л. С. Виготський, який підкреслював, що розвиток усної мови найбільш зручне явище для того, щоб простежити механізм формування поведінки та зіставити підхід до цих явищ, типовий для вчення про умовні рефлекси, з психологічним підходом до них¹.

¹ Див.: Виготский Л. С. Собр. соч.— М., 1983.— Т. 3.— С. 164.

Розвиток мислення значною мірою зумовлений розвитком мови і, навпаки, розвиток мови залежить від розвитку мислення.

У багатьох загальнопсихологічних і дефектологічних дослідженнях доведено велику роль мови в розвитку компенсаторних процесів при різноманітних формах дитячих аномалій. Відзначено, що своєрідні порушення мовного розвитку характерні як вторинні ускладнення при ряді первинних дефектів (глухоті, розумовій відсталості).

Відомий сучасний дефектолог професор В. І. Лубовський експериментально довів, що порушення словесної регуляції діяльності є однією із загальних закономірностей розвитку психіки аномальних дітей¹.

До окремої групи відносять дітей із значними порушеннями мови при збереженому слуху та інтелекті. Це особлива категорія дітей — діти з порушеннями мови.

Вивченням, попередженням і корекцією порушень мови займається галузь наукової і практичної дефектології *логопедія* (від грец. *logos* — слово і *paideia* — виховання).

Порушення мови визначається як відхилення від норми, загальноприйнятої в певному мовному середовищі. Порушення мови характеризуються тим, що: а) з'явившись, самотійно не зникають, а закріплюються; б) не відповідають віковій мовця; в) потребують логопедичної допомоги залежно від їх характеру; г) виникнення неправильної мови може позначитися на подальшому розвитку дитини, затримуючи і спотворюючи його.

Таким чином, порушення мови, з якими має справу дефектологія, слід відрізнити від тих чи інших її тимчасових розладів, пов'язаних з особливостями вікового розвитку дітей, з окремими неправильностями вимовляння, які викликані звичкою, що сформувалася під впливом мовного середовища.

Різноманітні мовні дефекти, які є первинними у дітей з порушеннями мови, спричинюють вторинні відхилення в їх загальному і мовному розвитку. Так, вони утруднюють процес оволодіння грамотою, можуть негативно відбитися на розвитку мислення. Те, що

¹ Див.: Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей.— М., 1978.

дитина з вираженими мовними порушеннями в багатьох випадках викликає до себе певне негативне ставлення одноліток, ображає її самолюбство, змушує уникати колективних ігор, спілкування в інших видах діяльності, призводить до ряду небажаних відхилень у поведінці, характері (замкненості, draжливості, апатії, негативізму). Внаслідок вираженості цього дефекту, який дається взнаки у спілкуванні з навколишніми, такі діти, маючи збережений інтелект, часто дуже гостро переживають свій недолік.

Формування мовної функції є складним процесом, в якому, крім слухового аналізатора, що забезпечує сприймання і аналіз звукових (у тому числі й мовних) сигналів, бере участь також мовноруховий аналізатор, який складається з периферійної частини (периферичний мовний апарат, котрий включає три відділи — дихальний, голосовий і артикуляційний), провідних шляхів і клітин в центральній частині кори головного мозку.

Мова в своєму формуванні проходить ряд послідовних етапів (вважають, що розвиток мовної функції дитини завершується в 5—6 років). Це зумовлює велику вразливість дитячої мови.

Мовні порушення можуть мати як центральний, так і периферичний характер. Якщо хвороботворний вплив зачепив той чи інший відділ центральної нервової системи і спричинив порушення мови, він розглядається як центральний. У тих випадках, коли виявляються аномалії в будові периферичного мовного апарата, має місце периферичне порушення мови.

До факторів, що зумовлюють мовні порушення, відносять внутрішньоутробні та прижиттєві ураження центральної нервової системи, які викликані травмами, інфекціями, інтоксикаціями і зачіпають слухомовну ділянку кори головного мозку. Травми і хворобливі процеси можуть спричинювати різні анатомічні недоліки і в будові артикуляційного апарата. В них випадках мають місце *органічні* причини мовних порушень. Нерідко зустрічаються і *функціональні* порушення мови, коли немає ніяких органічних змін у будові ні периферичного, ні центрального відділів мовнорухового аналізатора. Характерним прикладом функціонального мовного порушення у дитини є заїкання, причиною якого може бути переляк, гостре переживання (особливо в період переходу дитини до

фразової мови та при загальному ослабленні її нервової системи і фізичного розвитку) тощо.

В основі методів логопедичної науки лежать принципи: розвитку, системного підходу, розгляду мовних порушень у взаємозв'язку мови з іншими сторонами психічного розвитку.

Принцип розвитку полягає в тому, що замість фіксації і опису мовних порушень, які має дитина на даний момент, необхідно встановити, якими патологічними факторами викликані ці зміни та простежити динаміку їх розвитку. Наприклад, безпосереднім наслідком деяких уражень периферичного мовного аналізатора (артикуляційного апарата) є обмежена рухомість органів мовлення (зокрема внаслідок парезу лицевого нерва). Утруднення в артикулюванні звуків мови викликають різні недоліки вимовляння. Нечіткість артикуляції може призвести до відставання в оволодінні звуковим складом слова, а це, в свою чергу, до аграматизмів у писемній мові. Крім того, нечіткість артикуляції (погане вимовляння) призводить до обмеження мовної активності. Дитина, боячись глузування довоколишніх, обмежує коло свого мовного спілкування, що веде до зниження активного і пасивного словникового запасу.

Принцип системного підходу відтворює складну структуру мовної функції, яка включає звукову (фонетичну), вимовляльну сторону мови, фонематичні процеси, лексику і граматичну будову. Мовні порушення можуть зачіпати різні компоненти мови. Деякі з них стосуються лише процесів вимовляння і виявляються в порушеннях виразності мови без будь-яких супровідних виявів. Інші зачіпають фонематичну систему мови і виявляються не лише в дефектах вимовляння, а й у недостатньому оволодінні звуковим складом слова що призводить до порушення читання і письма.

Найскладніші мовні порушення зачіпають як фонетико-фонематичну, так і лексико-граматичну сторону мови, призводять до загального недорозвинення її — від повної відсутності або лепетного стану до розгорнутої мови, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвинення.

Р. Є. Левіна¹ виділяє три рівні загального недо-

¹ Див.: Основи теорії і практики логопедії / Под ред. Р. Е. Левинной.— М., 1967.

розвинення мови. Перший рівень характеризується цілковитою або майже цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли в нормальної дитини (5—6 років) мова в основному сформована. При цьому рівні мовного розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових і звуко-наслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило, незрозумілими для навколишніх.

Другий рівень характеризується тим, що мовні можливості дітей значно зростають, спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів і лепетних уривків слів, а й мовними засобами, хоч і досить спотвореними в фонетичному і граматичному відношеннях.

Третій рівень передбачає розгорнуту повсякденну мову без грубих фонетичних і лексико-граматичних відхилень, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

Мовна діяльність формується і функціонує в тісному зв'язку з психікою дитини в цілому, з різноманітними її процесами, які протікають у сенсорній, інтелектуальній, афективно-вольовій сферах.

Розкриття індивідуальної своєрідності перебігу тих чи інших психічних процесів у дитини дає змогу зрозуміти аномальний перебіг того чи іншого мовного порушення. Так, при послабленому зорі, коли компенсаторні можливості зорового аналізатора знижені, такі порушення, як алексія і аграфія, відбуватимуться в більш тяжкій формі, хоч природа і ступінь цих порушень ті самі, що й у випадках сприятливого компенсаторного фону.

Найчастіше об'єктами логопедичного дослідження і впливу є стани, коли сам патологічний процес уже завершився і спостерігаються лише залишкові явища, які свідчать про перенесене захворювання (наприклад, дизартрія внаслідок перенесеного дитячого церебрального паралічу).

Останніми роками досягнення в галузі педіатрії, психіатрії, патопсихології, психолінгвістики, в ряді інших медичних і психолого-педагогічних дисциплін, а також у самій логопедії змусили фахівців переглянути традиційні погляди на класифікації мовних порушень — клініко-педагогічну і психолого-педагогічну (педагогічну). Між цими класифікаціями немає суперечностей — вони ніби доповнюють одна одну і відображають певний підхід до конкретного мовного пору-

шення і вибір відповідних засобів його корекції. Ці класифікації розроблені переважно щодо первинного порушення мови у дітей, тобто до таких дітей, у яких немає порушень слуху й інтелекту.

Позитивним у клініко-педагогічній класифікації є те, що вона ґрунтується на ознаках, які максимально диференціюють види мовних порушень, дозволяючи логопеду на основі комплексного підходу кваліфікувати дефект мови при різних формах аномального розвитку і здійснювати логопедичний вплив з максимальним урахуванням індивідуальних особливостей дитини. В свою чергу, принципи, покладені в основу психолого-педагогічної класифікації, допоможуть в організації логопедичної роботи при різних формах аномалій, але при спільності виявів мовного дефекту.

У клініко-педагогічній класифікації, на відміну від чисто клінічної, виділені види мовних порушень суворо не прив'язуються до тих чи інших форм захворювання. Провідна роль належить психолінгвістичним критеріям. На їх основі картина мовного порушення описується в термінах і поняттях, які допомагають логопеду зосередити увагу на тих особливостях мовного порушення, які повинні стати об'єктом саме логопедичного впливу.

Усі види мовних порушень, які розглядає клініко-педагогічна класифікація, слід поділити на дві групи: порушення усної мови і порушення писемної мови.

Порушення усної мови, в свою чергу, поділяються на два типи: 1) порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення вимовляльної сторони мови і 2) структурно-семантичне (внутрішнє) системне, або поліморфне, порушення мови.

Фонаційні (від грец. *phone* — звук, голос; фонація — голосоутворення) мовні розлади диференціюються залежно від ураження тієї чи іншої ланки: а) голосоутворення; б) темпоритмічної організації висловлювання; в) інтонаційно-мелодичної; г) звуковимовляльної. Ці розлади можуть бути як самостійними, так і в різних сполученнях. Залежно від цього виділяються такі види порушень мови.

Дисфонія (афонія) (від грец. *dis* — префікс, який означає розлад, і *phone* — голос; а — частка, яка означає заперечення) — відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарата. (Синоніми — порушення голосу, порушення фонації, фо-

ляторні порушення, вокальні порушення). Виявляється або у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дисфонія). Може бути зумовлена органічними або функціональними розладами голосоутворюючого механізму центрального або периферичного характеру, виникає на будь-якому етапі розвитку дитини. Порушення може бути самостійним (ізольованим) або входити до ряду інших порушень мови.

Брадилалія (від грец. *bradis* — повільний і лат. *lalia* — мова) — патологічно повільний темп мови. (Синонім — брадифразія.) Виявляється у повільній артикуляції, яка зумовлена порушенням мовних центрів у корі головного мозку. За своєю природою може бути органічною або функціональною.

Тахилалія (від грец. *tachis* — швидкий, лат. *lalia* — мова) — патологічно прискорений темп мови. (Синонім — тахифразія.) Характеризується прискореною артикуляцією. За своєю природою є центрально обумовленою, органічною або функціональною. При уповільненому темпі мова здається розтягнутою, в'ялою, монотонною, при прискореному темпі — поспішливою, стрімкою, напористою. Прискорення мови може супроводжуватись аграматизмами. Це явище іноді виділяють як самостійне порушення — *батаризм* (від франц. *battre* — бити), парафразія. Якщо патологічно прискорена мова супроводжується необгрунтованими паузами, запинками, вона позначається терміном *полтерн*. Брадилалія і тахилалія об'єднуються під загальною назвою — порушення темпу мови. Наслідком порушення темпу мови є порушення плавності мовного процесу, ритму та мелодійно-інтонаційної виразності.

Заїкання — порушення темпоритмічної сторони мови, зумовлене судорожним станом м'язів мовного апарата. (Синонім — логоневроз.) Є центрально обумовленим, має органічну або функціональну природу, найчастіше виникає в процесі мовного розвитку дитини в період переходу до фразової мови і пов'язане з різкою емоційно негативною реакцією дитини на зовнішній подразник. Найсприятливішим ґрунтом для виникнення заїкання є недостатня стійкість нервової системи дитини, інколи пов'язана з органічними ураженнями мозку. Причиною порушення плавності мови (зупинок в її плинності) при заїканні є судороги різних частин периферичного мовного апарата — дихального, голосо-

вого або артикуляційного. Такі судороги виникають на початку проголошення слова або фрази. Заїкання, яке супроводжується іншими інтелектуальними або мовними дефектами, як правило, не призводить до порушення смислової сторони мови, однак нерідко пов'язане з побоюванням висловлювання, а також з деякими відхиленнями в характері дитини — підвищеною збудливістю або, навпаки, апатичністю, млявістю.

У запобіганні заїканню важливу роль відіграє мовне середовище дитини. Причиною виникнення заїкання у маленьких дітей може бути надто швидка або ускладнена мова дорослих, а також надмірні вимоги і навантаження до мовного розвитку дитини — спонукання до досить довгих і складних переказів, до вживання таких мовних конструкцій і виразів, які не відповідають віку дитини, незрозумілі їй. Усе це призводить до перенапруження нервових сил дитини. Інколи заїкання у дітей пояснюється наслідуванням заїкуватій мові інших осіб.

Заїкання піддається логопедичній корекції, яка у деяких випадках доповнюється медичними заходами. Цей дефект мови найкраще усувається в початковий період його виникнення.

Дислалія (від грец. *dis* — префікс, який означає розлад, лат. *lalia* — мова) — порушення звуковимовляння при нормальному слуху і збереженій іннервації мовного апарата. (Синоніми — косномовність; дефекти звуковимовляння, фонетичні дефекти, недоліки вимовляння фонем.) Виявляється у неправильному звуковому (фонемному) оформленні мови: спотвореному вимовлянню звуків, заміні звуків або їх змішуванні. Дефект може бути зумовлений тим, що у дитини неповністю або неправильно сформувалася артикуляторна база (набір артикуляційних позицій, необхідних для вимовляння звуків). Розрізняють *механічну* дислалію, яка пов'язана з анатомічними дефектами артикуляторного апарата, та *функціональну*, причини якої полягають у несприятливих умовах розвитку мови або в порушеннях фонематичного слуху.

Ринолалія (від грец. *rhinos* — ніс, лат. *lalia* — мова) — порушення тембру голосу та звуковимовляння, які зумовлені анатоомо-фізіологічними дефектами мовного апарата. (Синоніми — гугнявість, палатолалія.) Проявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореному звуковимовлянню внаслідок порушення

нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосотворенні. Через щілину в м'якому і твердому піднебінні повітряний струмінь при звукоутворенні проходить не тільки через рот, а й через носову порожнину. В цьому випадку всі звуки мови стають назалізованими (носовими), мова малозрозумілою, монотонною. Таку форму ринолалії називають відкритою, на відміну від закритої, яка проявляється при порушенні нормальної прохідності носової порожнини при аденоїдах, пухлинах носоглотки, викривленнях носової перегородки, хронічних запалювальних процесах носоглотки. При закритій ринолалії носовий резонатор повністю або частково виключається із процесу звукоутворення і голос у цьому випадку позбавляється ряду обертонів, звучить глухо, спотворюються носові звуки «м» і «н».

Дизартрія (від грец. *dis* — префікс, який означає розлад, *arthron* — сполучати) — порушення вимовляльної сторони мови, зумовлене органічною недостатністю іннервації мовного апарата. (Синоніми — косномовність, невиразна мова). При дизартрії спостерігається несформованість усіх ланок механізму звуковимовляння, наслідком чого є голосові та артикуляційно-фонетичні дефекти. При тяжкому ступені дизартрії (анартрії) цілковито відсутня звуковимовляльна сторона мови. В легких випадках, коли дефект переважно виявляється в артикуляційно-фонетичних порушеннях, мова йде про стерту форму дизартрії. У цьому випадку її слід диференціювати від дислалії (це може зробити тільки спеціаліст-логопед).

Дизартрія є наслідком ураження центральної нервової системи при дитячому церебральному паралічу, проте може виникнути й на будь-якому етапі розвитку дитини як результат нейроінфекції та інших захворювань мозку.

Серед загальних системних порушень мови виділяють алалію.

Алалія (від грец. *a* — частка, що означає заперечення, лат. *lalia* — мова) — відсутність або недорозвиненість мови внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини. (Синоніми — дисфазія, рання дитяча афазія, афазія розвитку, слухонімота.) Це один із найскладніших дефектів мови, при якому ушкоджені операції відбору та програму-

вання на всіх етапах сприймання та відтворення мовного висловлювання. При цьому система мовних засобів (фонематичних, граматичних, лексичних) не формується. Порушується управління мовленнєвими рухами, що відбивається на відтворенні звуків і складів.

Алалія виникає при ураженнях мовних зон великих півкуль головного мозку (центр Брока і центр Верніке).

Велике значення в практиці логопедичної роботи має відмежування алалії (як первинного дефекту) від вторинних порушень мовного розвитку при розумовій відсталості і порушенні слуху.

Афазія (від грец. а — заперечення і phasis — мова) — цілковита або часткова втрата раніше сформованої мови, пов'язана з локальними ураженнями головного мозку: судинними порушеннями, запальними процесами, черепно-мозковими травмами. (Синоніми — розпад, втрата мови.) Як правило, до афазії відносять мовне порушення, якщо воно відбулося після трирічного віку. На відміну від афазії дорослих виділяється дитяча, або рання, афазія.

Розрізняють *моторну* і *сенсорну* форми алалій і афазій.

При моторній формі внаслідок органічного ураження мовнорухового мозкового центра втрачається або різко порушується здатність говорити, але значною мірою зберігається здатність до розуміння мови інших. При сенсорній формі алалії або афазії характерне різко виражене порушення розуміння мови, тому що у цих випадках виявляється органічне ураження переважно сенсорних (сприймальних, чуттєвих) центрів мови. Найважчі випадки системних мовних порушень пов'язані зі сполученням моторної і сенсорної форм алалії і афазії.

Діти з різними формами алалії і афазії повинні навчатися і виховуватися в спеціальних навчально-виховних закладах системи Міністерства освіти України, де створено оптимальні умови логопедичної та загальної корекційно-виховної роботи, які сприяють виправленню цих тяжких мовних порушень.

Внаслідок загального системного порушення мови органічного центрального характеру (алалії або афазії), а також через деякі інші мовні порушення, пов'язані, головним чином, із дефективністю фонематичного (мовного) слуху, в дітей можуть виникнути повні

або часткові розлади в оволодінні читанням і письмом.

Порушення писемної мови можна поділити на дві групи залежно від того, який вид її порушено — продуктивний (порушення самого акту письма) або рецептивний (розлади читання).

1. *Дислексія* (від грец. *dis* — префікс, який означає розлад, і *lego* — читаю) — порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням деяких ділянок кори головного мозку. Виявляється в утрудненні при розпізнаванні букв, при злитті їх у склади і складів у слова, що призводить до уповільненого, часто відгадувального характеру читання, до неправильного відтворення звукової форми слова, неправильного розуміння навіть найпростішого тексту. Тяжкий ступінь цього порушення являє собою *алексію* — повну нездатність до оволодіння читанням.

2. *Дисграфія* (від грец. *dis* — префікс, який означає розлад, і *grapho* — пишу) — часткові специфічні розлади процесу письма. Проявляються в нестійких оптико-просторових образах букв, у перекрученнях звуко-складового наповнення слова і структури речення. В основі дисграфії у дітей лежить недорозвиненість усної мови (крім оптичної форми), зокрема неповноцінність фонематичного слуху, і недоліки вимовляння, які перешкоджають оволодінню фонетичним (звуковим) складом слова. Найскладніший ступінь цього порушення — *аграфія* — являє собою повну нездатність до оволодіння навичками письма.

Психолого-педагогічна класифікація виникла у зв'язку з необхідністю логопедичного впливу в умовах роботи з колективом дітей (групою, класом). Для цього потрібно було знайти загальні прояви мовного дефекту при різних формах аномального розвитку мови у дітей. Такий підхід потребує побудови класифікації на основі лінгвістичних і психологічних критеріїв, серед яких враховуються структурні компоненти мовної системи (звукова сторона, граматична будова, словниковий запас), функціональні аспекти мови, співвідношення видів мовної діяльності (усної і писемної). Порушення мови за цією класифікацією поділяються на дві групи.

Перша група — порушення засобів спілкування (фонетико-фонематична та загальна недорозвиненість мови).

Фонетико-фонематична недорозвиненість мови — порушення процесів формування вимовляльної системи рідної мови у дітей з різними мовними розладами внаслідок дефектів сприймання і вимовляння фонем.

Загальна недорозвиненість мови — різні складні мовні розлади, при яких порушено формування всіх компонентів мовної системи, які належать до звукового та смислового її боку. Як загальні ознаки слід назвати: пізній початок розвитку мови, обмежений словниковий запас, аграматизми, дефекти вимови, дефекти фонемоутворення. Ця недорозвиненість може бути виражена по-різному: від відсутності мови або лепетного її стану (алалія) до розгорнутої, але з елементами фонематичної і лексико-граматичної недорозвиненості (дислалія). Залежно від ступеня сформованості мовних засобів у дитини загальна недорозвиненість мови поділяється на три рівні.

Друга група — порушення у застосуванні засобів спілкування, куди слід віднести заїкання, яке розглядають як порушення комунікативної функції мови при правильно сформованих засобах спілкування. Трапляється і комбінований дефект, при якому заїкання сполучається із загальною недорозвиненістю мови.

У цій класифікації не виділяють окремо порушень читання і письма. Їх розглядають у складі фонетико-фонематичної і загальної недорозвиненості мови як їх системні, відстрочені наслідки. Ця класифікація ґрунтується на принципі системного підходу, в основі якого лежить співвідношення порушень мови як одного із психічних процесів з іншими сторонами психіки дитини, розвиток яких тісно пов'язаний з мовою.

Усі зазначені порушення мовної функції можуть бути подолані під час проведення з дітьми спеціальної логопедичної, а також загальної корекційно-виховної роботи, яка враховує особливості первинного дефекту та його вплив на весь хід психічного розвитку дитини. Ефективність корекційних впливів залежить від своєчасності і якості їх здійснення.

Для дітей із важкими розладами мовного розвитку (які розглядаються як первинний дефект) створено спеціальні дошкільні й шкільні навчально-виховні заклади.

Так, для дітей з важкими розладами мови існують спеціальні школи-інтернати системи Міністерства освіти України, куди зараховують дітей з нормальним

слухом і первинно збереженим інтелектом. У складі цих шкіл функціонують два відділення.

До першого відділення приймають дітей із загальною недорозвиненістю мови важкого ступеня: алалією, афазією, дизартрією, ринолалією, а також загальною недорозвиненістю мови в більш легкій формі, що супроводжується заїканням. При зарахуванні до першого відділення береться до уваги рівень мовного розвитку дитини, який встановлюється індивідуальною перевіркою вимовляння, словникового запасу, самостійного володіння розгорнутою (описово-розповідною) мовою; у тих, хто навчався раніше, виявляється ступінь володіння навичками читання і письма.

До другого відділення приймають дітей із важкою формою заїкання при нормальному розвитку інших компонентів мови.

З року в рік зростає мережа спеціальних дошкільних закладів для дітей з мовними порушеннями. Крім того, відкриваються дошкільні групи для дітей з порушеннями мови при дитячих садках, дошкільних дитячих будинках загального типу, в школах-інтернатах для дітей з важкими розладами мови. Зростає мережа логопедичних пунктів при загальноосвітніх школах, що дає змогу виявляти і виправляти легкі форми мовної патології на ранній стадії та охоплювати логопедичним обстеженням значний контингент дітей.

Логопедична допомога надається також по лінії охорони здоров'я через мережу логопедичних кабінетів при дитячих психоневрологічних диспансерах спеціалістами-логопедами.

§ 2. Діти з порушенням інтелектуального розвитку

Особливості психічного розвитку дітей-олігофренів

Серед аномальних дітей найбільший відсоток тих, у яких спостерігаються порушення інтелекту, тобто сукупності *пізнавальних здібностей*. Таких дітей називають розумово відсталими. Проте слід зазначити, що будь-яке, наприклад тимчасове, ситуативне, порушення інтелектуальної діяльності не є розумовою відсталістю. Так, учителям початкових шкіл, вихователям

дошкільних установах доводиться зустрічатися з дітьми, які порівняно з більшістю не спроможні самостійно виконати те чи інше пізнавальне завдання, гірше сприймають, розуміють і запам'ятовують навчальний матеріал, швидше стомлюються, характеризуються уповільненим темпом діяльності, зниженням працездатності, «випадають» з дитячого колективу внаслідок якихось незвичайних, незрозумілих для педагога проявів у загальній поведінці тощо. Проте це ще не дає вагомих підстав вважати таку дитину розумово відсталою. Зазначені відхилення у пізнавальній діяльності чи поведінці можуть бути спричинені педагогічною занедбаністю в попередньому досвіді дитини, тимчасовим погіршенням стану фізичного чи психічного здоров'я, несформованістю певних навчальних вмінь та навичок, необхідних для фронтальної роботи класу чи групи, ситуативним зниженням інтересу до навчання чи гри, деформованістю стосунків, які склались у конкретного вихованця з дітьми чи педагогами, а також іншими обставинами.

Для того щоб обгрунтовано порушувати питання діагностики розумової відсталості дитини і при потребі направлення її до установи відповідного типу, педагогу слід чітко усвідомлювати визначення цієї категорії аномального розвитку.

Під розумовою відсталістю дефектологія розуміє стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи (головного мозку).

Існують різні форми розумової відсталості, серед яких найпоширеніша *олігофренія* (від грец. *olugos* — малий, *phren* — розум). Це форма психічної недорозвиненості, що виникла як наслідок ураження центральної нервової системи (насамперед кори головного мозку) у переднатальний (внутрішньоутробний), натальний (під час пологів) або постнатальний (на ранніх етапах прижиттєвого розвитку, як правило, до трьох років) періоди.

Причинами олігофренії найчастіше є різноманітні зовнішні фактори, що викликають органічне ураження головного мозку: інфекційні захворювання вагітної (вірусний грип, краснуха тощо), зараження плода паразитами, які потрапили до організму матері (токсоплазмоз), алкоголізм батьків (передусім тому, що він спричинює неповноцінність їхніх генеративних клітин,

ож може призвести до алкогольної інфекції пто-
іологові травми та асфіксія.

оджена олігофренія може бути пов'язана з по-
ннями хромосомного набору, білкового обміну в
ізімі (фенулкетонурія), з несумісністю крові ма-
та дитини (резус-фактор) тощо.

а перших етапах прижиттєвого розвитку дитини
френія виникає внаслідок запальних захворювань
вного мозку, які вона перенесла (менінгіти, ме-
енцефаліти при різних вірусних інфекціях, що вра-
ть мозок), а також як результат травматичних
коджень головного мозку.

аналізуючи розвиток дитини-олігофрена, врахову-
що хворобливі процеси в її головному мозку при-
илися й дитина здатна до поступального пізнава-
ого розвитку, хоча й з вельми серйозними утруд-
нями, які зумовлені тим, що він відбувається на
кодженій, патологічній біологічній основі.

У ході клінічних досліджень встановлено, що при
гофренії кора великих півкуль мозку вражена *ди-
зно*, тобто анатомічні зміни мають місце не на окре-
х її ділянках, а поширені на всю кору. Це не ви-
очає поєднання дифузного ураження кори з її *ло-
ьними пошкодженнями*, що в деяких випадках за-
гають і підкіркові зони. Все це зумовлює різнома-
ні порушення в розвитку пізнавальної діяльності
емоційно-вольової сфери дітей-олігофренів. Проте
гальною ознакою для всіх таких дітей є *переважне
дорозвинення складних форм вищої нервової діяль-
сті*, головним чином таких функцій мислення, як
бстрагування (здатність до уявного виділення з усіх
знак, властивостей, зв'язків конкретного предмета са-
е тих, які є основними, найзагальнішими, відокрем-
ення їх від інших) та *узагальнення* (здатність до
явного об'єднання загальних властивостей предметів
а явищ).

З цим головним психологічним симптомом оліго-
френії, фізіологічною основою якого є значне пору-
шення динаміки нервових процесів у дифузно ушкод-
женій корі головного мозку, пов'язані й інші недоліки
пізнавальної діяльності — неточність, уповільненість,
взв'язкість сприймання, недорозвиненість різних функ-
цій мовлення, порушення довільної уваги, пам'яті (як
механічної, так і логічної та довільної) Все це зумов-
лює характерне для дітей-олігофренів значне пору-

шення здатності до розуміння та засвоєння інформації. Найбільші труднощі виникають у олігофренів під час передачі інформації у словесній формі, а також в тих випадках, коли треба зробити відносно самостійні висновки, встановити зв'язки між окремими об'єктами та явищами.

Загальна недорозвиненість пізнавальної діяльності в різних категорій дітей-олігофренів може поєднуватися із порушенням працездатності, цілеспрямованості розумової та практичної діяльності, своєрідністю поведінки. Деяким дітям притаманна патологічна збудливість, імпульсивність; іншим, навпаки,— надмірна загальмованість, інертність, в'ялість. Ці відмінності спричинені неврівноваженістю нервових процесів збудження та гальмування, патологічним переважанням одного над іншим.

Для всіх олігофренів характерна певна недорозвиненість емоційно-вольової сфери, якостей особистості: бідність емоційних переживань (особливо складних вищих, наприклад естетичного змісту), слабкість волевових зусиль, зниження критичності та самокритичності, самостійності. Здебільшого ці недоліки є вторинними відхиленнями в розвитку, але окремі з них при деяких якісно своєрідних формах олігофренії можуть бути спричинені безпосередньо додатковими локальними ураженнями в тих чи інших кіркових та підкіркових зонах головного мозку. Так, поєднання дифузного ураження кори з підкірковими призводить до таких форм олігофренії, за яких загальна інтелектуальна недорозвиненість ускладнюється психопатичними виявами в поведінці: грубістю, нестриманістю, розгальмованістю потягів, неспроможністю контролювати власну поведінку. А якщо на фоні дифузного ураження кори головного мозку переважно недорозвинені її лобні долі, спостерігається своєрідна картина олігофренічного розвитку з особливо яскравими порушеннями якостей особистості: нестійкістю мотивів поведінки, різким зниженням критичності та самокритичності. Ураження лобних долей мозку зумовлює й своєрідні грубі порушення моторної сфери — діти дуже незграбні, у них дуже утруднене виконання рухів довільно та за інструкцією. Ті або інші порушення моторики та загального фізичного розвитку характерні для більшості дітей-олігофренів.

На підставі якісного аналізу своєрідності дефект-

ого розвитку при різних формах олігофренії професор

С. Певзнер розробила чітку класифікацію олігофреній, що має важливе значення для здійснення диференційованого та індивідуального корекційного підходу до таких дітей у процесі їх навчання та виховання. За цією класифікацією розрізняють чотири форми лігофренії.

1. *Основна, неускладнена*, яка характеризується дифузним, але відносно поверховим ураженням кори і вікулів головного мозку, що призводить до олігофренічної недорозвиненості всієї пізнавальної діяльності; при цьому не спостерігається значних додаткових порушень у діяльності органів чуття, в емоційній, вольовій, моторній, мовній сферах, немає патологічної нерівноваженості процесів збудження та гальмування.

2. Поеднання недорозвиненості пізнавальної діяльності з вираженими *нейродинамічними розладами*:

а) з патологічним переважанням збудження над гальмуванням, коли в корекційній роботі особливу увагу слід приділити формуванню в дитини вміння зосереджуватись на завданні, довільно гальмувати свої імпульсивні дії, діяти цілеспрямовано і планомірно, початку разом з учителем, а надалі — на основі зрозумітих, самоінструкцій тощо;

б) з патологічним переважанням гальмування над збудженням. Такі діти виявляють млявість, уповільненість у різних видах діяльності та поведінці в цілому, тому їх слід постійно активізувати ззовні, враховуючи також, що темп їхніх дій не збігається з темпом роботи класу чи групи.

3. Поеднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з додатковими *порушеннями мовного розвитку* (як моторної, так і сенсорної її сфер) або *просторового сприймання* (що зумовлює, зокрема, значні додаткові утруднення в засвоєнні арифметичного матеріалу, навіть найпростіших лінійних операцій, числових уявлень). У таких випадках слід індивідуалізувати та диференціювати вимоги шкільних програм щодо засвоєння навчального матеріалу з мови або математики та деяких інших предметів, наприклад географії в старших класах. Необхідно також вести з такими дітьми додаткову спеціальну корекційну роботу, зокрема логопедичну.

4. Поеднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з *порушеннями особис-*

тості в цілому. Як уже зазначалося, це спостерігається за наявності в дитини-олігофрена локальних ушкоджень лобних долей головного мозку, що, крім різкої зміни в системі потреб та мотивів, негативно відбивається на розвиткові моторики. Є також олігофрени з явно вираженими психопатичними формами поведінки, патогенетичною основою чого є локальні порушення підкірки.

Класифікація олігофреній за глибиною дефекту

За глибиною дефекту розумову відсталість при олігофренії поділяють на три різновиди: ідіотія, імбецильність, дебільність.

Найтяжчий з них — *ідіотія* (від грец. *idioteia* — невігластво, неосвіченість) — найглибший, крайній ступінь інтелектуальної недорозвиненості, природженого або набутого в ранньому дитинстві педоумства. Ідіоти не здатні усвідомлювати оточення; їхня мова розвивається вкрай обмежено (до вимовляння окремих слів); для них характерні важкі порушення моторної сфери з особливою недорозвиненістю координації рухів і цілеспрямованих рухових актів. У ідіотів дуже важко сформувані навіть найелементарніші навички самообслуговування та людської поведінки взагалі. Діти-ідіоти не підлягають навчанню, їх направляють для спостереження та догляду до спеціальних закладів системи соціального забезпечення (інвалідних будинків).

Дещо легшим, ніж ідіотія, ступенем порушення інтелектуального та загального розвитку є *імбецильність* (від лат. *imbecillus* — слабкий, немічний). Її вважають середнім ступенем слабоумства, розумової відсталості. В олігофренів цієї категорії дефекти розвитку виражені не так різко, як в ідіотів, але все ж досить глибоко. Імбецили спроможні засвоювати деякі елементарні навички практичної та розумової діяльності, тому вони можуть оволодівати окремими нескладними (механічними) видами фізичної праці й навіть елементами грамоти (якщо імбецильність не дуже глибока). Проте за наявності важких дефектів сприймання, пам'яті, мислення, мовного розвитку, які поєднуються з порушеннями емоційно-вольової сфери та моторики, практично неможливо здійснювати навчання ім-

цилів у допоміжних школах. Як правило, таких дітей виховують та елементарно навчають у спеціальних дитячих будинках системи соціального забезпечення, де вдається прищепити їм нескладні навички мообслуговування і фізичної праці, а також засоби корекційної роботи сприяти певним позитивним ушенням у розвиткові психічної та фізичної сфер. Юте надалі вони потребують постійної опіки, тому їхні можливості до самостійного життя та трудової діяльності в суспільстві дуже обмежені.

Дебільність — значно менш глибокий (порівняно з ума схарактеризованими вище) ступінь розумової сталості, проте інтелектуальний дефект не дозволяє дітям-дебілам оволодівати навчальною програмою сової школи. Внаслідок яскраво вираженої недорозуменості вищих психічних процесів у таких дітей обмежені можливості свідомого засвоєння понять, узагальнених правил, закономірностей, теоретичного матеріалу, перенесення здобутих знань на нові ситуації. Кільки в них порушена пам'ять (особливо процес лічного запам'ятовування), обсяг навчального матеріалу, який вони можуть засвоїти, значно зменшений. Уповільненість темпу сприймання та осмислення формації призводить до того, що дебілам треба нагато більше часу, ніж їхнім одноліткам, які розвиваються нормально, для усвідомлення знань, що їм відомляються.

Вивчення матеріалу з будь-якої шкільної дисципліни для дебілів пов'язане з величезними труднощами. К, оволодіваючи письмом та читанням, вони відчують значні утруднення в розумінні зв'язків між звуком та буквою, у злитті букв у склади та слова, в розгкові навичок вільного читання. Все це фізіологічно мовлене недорозвиненістю аналітико-синтетичної інкції центральної нервової системи, порушеннями нематичного слуху, що є характерним для дебільності. Засвоєння навіть елементарного математичного теріалу потребує абстрагування, а оскільки ця функція мислення в дітей-дебілів порушена, вони з великими труднощами оволодівають лічбою (якщо це не зується на конкретних предметах), найпростішими пильними операціями. Вади логічного мислення (тоб-вміння послідовно встановлювати правильні зв'язміж фактами), притаманні дебілам, призводять до ачних утруднень у розв'язанні арифметичних задач.

Недостатній розвиток здібностей до встановлення та розуміння часових, просторових, причиново-наслідкових зв'язків між об'єктами та явищами відчутно відбивається на засвоєнні дебілами географічного, історичного, природознавчого матеріалу.

Порушення в розвитку моторики, дефекти пізнавальної діяльності, зниження цілеспрямованості та планомірності дій стають перешкодою при формуванні в дебілів трудових вмінь та навичок.

Слід ураховувати, що на навчальну діяльність та поведінку дітей-дебілів негативно впливають недоліки розвитку їх особистості — помітне зниження пізнавальних інтересів, самокритичності, самостійності, наполегливості. Ці вади досить часто є наслідками неправильного дошкільного виховання таких дітей, безпідставного перебування їх у масових школах (де багато хто з дебілів, особливо при легкому ступені дебільності, починають навчання — адже в дошкільному віці далеко не завжди вдається встановити аномалію їхнього розвитку). Навчаючись в масовій школі, вони не розуміють і не запам'ятовують матеріалу, зміст та методи вивчення якого розраховані на дітей, що розвиваються нормально. Одразу ж стає помітним їхнє відставання від класу. Дитина потрапляє до категорії учнів, які постійно відстають від інших, що зумовлює її неблагополучне становище в класному колективі. Нездоланні труднощі в навчанні, погані оцінки, дорікання та покарання з боку вчителя та рідних, відповідне негативне ставлення однокласників — усе це спричинює різні невротичні реакції (грубість, підвищену нервозність та збудженість або, навпаки, — апатію, замкненість тощо), зневіру у власних силах, негативне ставлення до школи, навчальної праці, інших дітей. Тому дуже важливо своєчасно створити для дитини-дебіла умови навчання та виховання, які максимально враховували б особливості її розвитку. Такі умови можуть бути створені лише в спеціальній допоміжній школі, де дебіли оволодівають елементарними загальноосвітніми знаннями та вміннями, здобувають професійно-трудова підготовку з нескладних видів промислової та сільськогосподарської праці, що надає їм змогу у подальшому вести самостійне трудове життя в суспільстві.

Інші категорії розумово відсталих дітей

Олігофрени-дебіли становлять основний контингент учнів допоміжних шкіл. Крім них, у спеціальних авчальних закладах цього типу навчаються й інші категорії розумово відсталих дітей.

Розумова відсталість може бути зумовлена органічним ураженням головного мозку, яке дитина перенесла *на більш пізніх* (порівняно з олігофренією) *етапах розвитку*. В таких дітей до ураження мозку, яке викликало розумову відсталість, був певний період нормального розвитку. Пізнавальні можливості такої дитини, як правило, дещо вищі, ніж в олігофренів, але звичайно нижчі, ніж у нормальної дитини відповідного віку. Проте в дітей цієї категорії інтелектуальний дефект ускладнений певними додатковими специфічними порушеннями розвитку.

Так, до цієї категорії належать діти, що перенесли *травми головного мозку*. В таких випадках стійкі дефекти пізнавальної діяльності спричинені насамперед різким зниженням розумової працездатності внаслідок підвищеної втомлюваності. Навіть при відносно невеликих для інших дітей навчальних навантаженнях у травматиків може виникнути помітне погіршення інтелектуальної діяльності в процесі виконання тих чи інших завдань, пов'язане з відволіканням уваги, зниженням запам'ятовування, загальмованістю мислення. Все це пояснюється саме низьким рівнем витривалості при розумовій праці. Здебільшого ця дефектна особливість травматиків негативно позначається і на їхній поведінці.

Розумова відсталість, що виникла на більш пізніх етапах розвитку, може бути викликана *енцефалітом* (запаленням мозку), який був перенесений дитиною. В таких випадках, крім інтелектуального дефекту (що також, як правило, виражений менше, ніж при олігофренії), спостерігаються або надмірна розгальмованість, імпульсивність реакцій, нестійкість уваги, зниження критичності мислення, або патологічна уповільненість, загальмованість, що позначається на моториці та мові дитини, її загальній поведінці у різних видах діяльності. Наслідки енцефаліту також можуть викликати вторинні ускладнення дефектного розвитку — деякі негативні риси характеру та відхилення у поведінці.

Дітей, у яких розумова відсталість випикла на більш пізніх етапах розвитку, з дітьми-олігофренами єднає те, що хворобливий процес, який викликав органічне ураження центральної нервової системи, завершився, і вони, хоча й розвиваються далі на дефектній біологічній основі, практично здорові, їхня розумова відсталість не прогресує, а, навпаки, під впливом корекційно-педагогічних зусиль рівень психічного розвитку закономірно підвищується.

Проте існує й така категорія розумово відсталих дітей, у яких інтелектуальна неповноцінність пов'язана з такими захворюваннями центральної нервової системи, як епілепсія, шизофренія, сифіліс головного мозку, ревматичні ураження.

Кожне з цих захворювань викликає своєрідні порушення психічного розвитку, причому чим інтенсивнішим є перебіг хворобливого процесу, тим негативнішим є його вплив на пізнавальну діяльність та особистість дитини в цілому. Так, при епілепсії характерні такі риси, як надмірна уповільненість, інертність усієї психічної діяльності; при шизофренії відбуваються глибокі зміни в емоційно-вольовій сфері особистості — зниження інтересу до навколишньої дійсності та потреби у спілкуванні, патологічна замкненість у собі, в світі власних ілюзій. Для всіх дітей, віднесених до цієї категорії розумової відсталості, характерною є *деградація*, тобто зниження психічної діяльності, що прогресує. Педагог, який працює з такими дітьми, повинен, крім проведення з ними відповідної корекційної навчально-виховної роботи, спрямованої на покращання їхньої психічної діяльності, бути дуже уважним до симптомів, які свідчать про загострення психічного захворювання (різке зниження успішності, розлади поведінки тощо). В таких випадках необхідно негайно забезпечити дитині кваліфіковану медико-психіатричну допомогу.

Особливості корекційної роботи з розумово відсталими дітьми

На відміну від інших форм дитячих аномалій прогноз щодо розвитку розумово відсталих дітей стриманіший: необоротний, виражений інтелектуальний дефект, зумовлений органічними ураженнями всієї цент-

ьної нервової системи, не може бути повністю ком-
сований, що не дає змоги вести мову про можли-
гі розвитку повноцінної, по-справжньому творчої
бістості розумово відсталого (такою мірою, як при-
оті з аномальними, які мають порушення аналіза-
ів, про що йшлося вище).

Проте сучасна прогресивна дефектологія, оцінюючи
спективи розвитку розумово відсталих та їх соці-
но-особистісної реабілітації, твердо базується на
ицях *реального оптимізму*. Під впливом спеціаль-
цілеспрямованої корекційної роботи вже в дошкі-
ому віці розумово відсталі діти досягають поміт-
позитивних зрушень у психічному та фізичному
витку, що покращує їхню поведінку, різні види ді-
пості, полегшує наступне оволодіння програмовим
еріалом у спеціальній школі. Корекційно орієнто-
е навчання та виховання розумово відсталих дітей
опоміжних школах дають їм змогу оволодіти пев-
) трудовою спеціальністю, в них формуються розу-
мі здібності, що дозволяють самостійно орієнтува-
я в явищах навколишньої дійсності, виховуються
ить стійкі риси особистості, що зумовлюють таке
влення до людей, колективу, праці, морально-есте-
них норм, яке відповідає ціннісним орієнтаціям
пільства.

Про це переконливо свідчить багаторічний досвід
юти допоміжних шкіл України, випускники яких за-
чені до самостійної суспільно корисної трудової ді-
ності в нормальному соціальному оточенні. Біль-
ть таких осіб виконують свої трудові та громадські
в'язки активно, свідомо, успішно.

Успіхи соціально-трудової адаптації випускників
юміжних шкіл певною мірою залежать від ступеня
аженості та якісної своєрідності дефекту, але вирі-
льним фактором є ефективність усієї системи ко-
щійно-виховної роботи, що проводиться з розумово
сталими учнями в школі.

Які ж основні вимоги слід враховувати та реалі-
зувати під час проведення такої роботи в процесі
вчання та виховання розумово відсталих дітей?

Передусім вона повинна мати *комплексний харак-*
) і охоплювати всі напрями впливів на різні ушкод-
ні сторони розвитку такої дитини — її пізнавальну
льність (сприймання, мислення, пам'ять, уяву),
вні здібності, емоційно-вольову сферу, фізичний

розвиток, поведінку в цілому, в якій виявляється зумовлена специфічними особливостями особистості розумово відсталого та умовами його соціального виховання система суб'єктивно-особистісних відношень до людей, колективу, праці, правових та моральних норм, до самого себе.

Під час корекційно-виховної роботи необхідно здійснювати як *диференційний* (який базується на врахуванні типологічних особливостей різних форм розумової відсталості, різних ступенів дефектності пізнавальної діяльності), так й *індивідуальний підхід*, пов'язаний з глибиною інтелектуальної недорозвиненості конкретної дитини, рівнем її розумової та фізичної працездатності, особливостями емоцій, почуттів, волі, спрямованості особистості тощо.

Найбільшого ефекту в корекційній роботі з розумово відсталими дітьми можна досягти тоді, коли вона орієнтована на розвиток їхніх *вищих психічних функцій* — насамперед логічного мислення, яке передбачає вміння встановлювати зв'язки між явищами реальної дійсності, доводити або спростовувати судження; довільної уваги, пам'яті, поведінки в цілому, що базується на усвідомленні власних дій та вчинків, розумінні їх мотивів, самокеруванні ними; вищих емоцій та почуттів, тобто виховання соціально адекватних, посправжньому людських переживань морального, естетичного, інтелектуального характеру.

Корекційна робота потребує органічного *сполучення двох ліній педагогічного впливу* на особистість розумово відсталого дитини. З одного боку, важлива спеціальна *адаптація* змісту, умов, способів впливу на учнів з урахуванням їхніх знижених пізнавальних можливостей для того, щоб забезпечити розуміння, засвоєння, оволодіння ними тією різноманітною інформацією, яка адресована їхній свідомості.

З цією метою в процесі загальноосвітнього та професійно-трудового навчання та виховання розумово відсталих учнів:

спрощується структура інформаційного матеріалу, його вводять меншими порціями, забезпечують уповільнений темп його подання, повторюваність, багаторазові вправи на користування тими чи іншими значними та способами діяльності;

обов'язково застосовується конкретна наочність, опора на предметно-практичну діяльність;

надається допомога в диференціюванні зовнішньо-всвітніх, але за своєю суттю відмінних один від одного об'єктів, явищ, понять, оскільки розумово відсталі діти підставі чисто зовнішньої схожості схильні до їх збігнення;

різноманітні логічні зв'язки в інформації, що надається, спеціально роз'яснюють, оформлюють в ві педагога відповідними сполучниками («тому що», «наслідок цього», «не дивлячись на це», «хоча» то);

дуже обережно застосовуються метафоричні за-би;

у багатьох випадках необхідна спеціальна, так зва-словникова робота, спрямована на додаткове (або переджаюче) викладання цілісного матеріалу, тлу-чення нових слів, термінів, понять, висловів;

обов'язково перевіряється правильність та усвідом-ність розуміння дітьми навчального матеріалу.

Вимог адаптації змісту та форм роботи з розумово відсталими дітьми дотримуються також при організації їхньої практичної діяльності, зокрема трудової. Це здійснюється шляхом:

докладного попереднього інструктажу, демонстра-цією зразків виконання дій;

вимог щодо повторення інструкцій з обов'язковою перевіркою їх розуміння;

супроводження діяльності дітей поточним інструк-ажем;

додаткових, спрямовуючих, стимулюючих, уточню-ючих, коригуючих, підкріплюючих втручань педагога діяльність дітей.

Отже, адаптуючи зміст, методи, форми роботи з розумово відсталими дітьми до їхніх особливостей, педагоги значною мірою пристосовуються до їхнього ефективного розвитку. Зрозуміло, що це є необхідним. Проте якщо постійно спрощувати інтелектуальні та практичні завдання, весь час надавати розумово від-сталім дітям всебічну допомогу, яка максимально по-легшує їхню діяльність, усуває будь-які труднощі та перешкоди в її виконанні, вони так ніколи і не на-вчаться самостійно її виконувати, не зможуть, спи-раючись на власні сили, розуміти звернену до них мо-ву, розібратися в інструкціях, завданнях, дорученнях, переносити засвоєні знання та навички в нові ситуа-ції, змінювати набуті способи діяльності, якщо цього

вимагають умов нових завдань, саморегулювати власні дії та поведінку.

Для підготовки розумово відсталих дітей до самостійного життя та діяльності корекційна робота з ними, крім адаптації педагогічного процесу до їхніх знижених можливостей і особливостей дефекту, має бути орієнтована на максимально можливий *розвиток у них здібностей до оволодіння різними елементами соціальної культури (знаннями, способами дій, досвідом продуктивної діяльності) в неадаптованому вигляді*, тобто в таких формах, в яких вони представлені в природних, звичайних умовах життєдіяльності людини.

Для розв'язання цього найважливішого завдання корекційної роботи, яке полягає насамперед у тому, щоб максимально згладжувати недоліки інтелектуального розвитку розумово відсталих дітей, вторинні порушення різних сфер особистості, що виникають на цій основі, та поведінки в цілому, необхідна всіляка активізація їхньої пізнавальної діяльності та формування вмінь самостійно її здійснювати, тобто користуватися пізнавальними діями та прийомами.

З цією метою в процесі навчання та виховання розумово відсталих дітей треба постійно пропонувати їм для виконання різноманітні види пізнавальних завдань, серед яких найкориснішими в корекційному плані є такі:

на порівняння предметів, явищ, фактів, подій за схожістю та розбіжністю;

на узагальнення ряду однорідних явищ на підставі істотної схожості їхніх ознак;

на конкретизацію узагальнених понять, правил, закономірностей;

на встановлення причиново-наслідкових зв'язків між явищами та подіями;

на доведення чи спростування;

на критичну та самокритичну оцінку;

на планування майбутньої діяльності як практичного, так і розумового характеру;

на монологічне відтворення цілісної системи здобутих знань.

Слід пам'ятати, що лише постановки таких завдань перед дітьми недостатньо. Необхідним є спеціальне та наполегливе навчання розумово відсталих учнів виконання цих завдань, формування в них відповідних способів розумової діяльності. З учнями відпрацю-

гь моделі побудови порівнянь, доведень, узагальнень, пошуку причин та наслідків, монологічних вилучень тощо, демонструють зразки правильного снення відповідних розумових дій.

Надання корекції інтелектуального розвитку розумово відсталих дітей потребують також спеціальної роботи, спрямованої на компенсацію їхніх відчуттів прийнятності, уваги, подолання пізнавальної індивідуальності, виховання самостійності в розумовій роботі. Важливо забезпечити формування тих якостей, які дозволяють дитині правильно користуватися знаннями: широтності, узагальненості та конкретності, усвідомленості, систематизованості та повноти, міцності, динамічності.

Корекційна робота з розумово відсталими дітьми вичерпується виправленням інтелектуальних вад. Як було вказано на те, що вона повинна охоплювати різні сфери психофізичного розвитку особистості. Важливо, як для корекції недоліків *мовного розвитку* дітей, так і важливо постійно розширювати запас слів та вживань, спонукаючи її до активного користування ними, стимулювати розвиток техніки читання та письма як засобів комунікації, домагатися осмисленого висловлювання, зв'язку мови з практичною та розумовою діяльністю, привчати оформляти власні висловлювання так, щоб вони були зрозумілими для ін-

дивідуальній роботі над *моторикою* розумово відсталих дітей враховують необхідність розвитку в них спрямованих, точно вивірених та диференційованих рухів, вміння виконувати їх за словесною інструкцією, усвідомлювати зв'язок між рухом та його метою, будувати рухи, дозувати м'язові зусилля, за потреби пояснювати та виправляти помилки у власних діях тощо. Індивідуальні особливості фізичного розвитку, моторики розумово відсталих (зокрема підвищену втомлюваність, уповільненість темпу рухової діяльності, специфічні фізичні вади) враховують при організації для них профілю трудового навчання у доповільній школі.

Нарешті, при проведенні з розумово відсталими дітьми корекційної роботи, спрямованої на їх поведінку, педагог повинен:

1. забезпечувати послідовність, максимальну чіткість виконання педагогічних вимог до дітей;

частіше використовувати позитивні підкріплення щодо навіть найменших гарних вчинків та успіхів дітей, застосовувати так звані авансовані заохочення, всіляко пробуджувати у розумово відсталих позитивні емоції;

навчати дітей самоконтролю поведінки, залучати їх до порівнянь, оцінок, причинових обґрунтувань актів поведінки;

домагатися повного усвідомлення дітьми заохочень і покарань, які до них застосовуються, не зловживати покараннями, дбати про їх справедливість та обґрунтованість;

послідовно підвищувати вимоги до поведінки дітей;

будувати виховний процес на конкретних позитивних прикладах, вказувати на зразки для наслідування, допомагати дітям осмислювати та узагальнювати позитивні форми поведінки, які вони спостерігають або проявляють;

забезпечити кожній дитині посилене доручення, враховуючи її індивідуальні здібності, інтереси, захоплення, докладно роз'яснити вимоги до його виконання, надавати допомогу та здійснювати контроль за виконанням доручень;

зберігати та розвивати почуття власної гідності дитини, захищати її від насміхань та принижень з боку інших;

особливу увагу необхідно приділяти дітям з низьким соціальним статусом у системі міжособистісних стосунків групи, класу, реалізувати всі можливості для покращання їх особистого благополуччя серед інших, зокрема за рахунок опори на наявні вміння, поєднання «ізолюваної» дитини спільним дорученням з тією, в якій високий статус у колективі; посилити свій особистий емоційний контакт з дитиною, статус якої поганий;

залучати учнів до роботи з самовиховання, але з постановкою максимально конкретної та реальної мети, забезпеченням постійного контролю та підсиленого педагогічного керівництва цим процесом;

проводити будь-який виховний захід із забезпеченням високого емоційно-позитивного фону;

враховувати, що в ряді випадків порушення поведінки розумово відсталого дитини, невиконання завдань та доручень, зниження результатів навчальної діяльності можуть бути пов'язані не з її небажанням доб-

себе поводити чи працювати, а з особливостями дечкого розвитку (наприклад, з порушенням працатності, довільної уваги або з підвищеною навіюватю, з наявністю психопатоподібних нашарувань у руктурі дефекту тощо); тому необхідно підтримати постійний контакт з лікарем-психоневрологом, обливо у випадках помітного погіршення поведінпідвищеного збудження або, навпаки, загальмування, замкнення в собі, невротичних реакцій тощо; запобігати конфліктам між дітьми, а в разі їх викнення сприяти швидкому та позитивному їх роззання, навчати розумово відсталих правильної подінки в конфліктних ситуаціях, прогнозування надідків нестриманості тощо.

§ 3. Діти з затримкою психічного розвитку

Затримка психічного розвитку у дітей та її причини

У процесі диференційованого дослідження дітей з зними відхиленнями було виділено категорію дітей, обливості психічного розвитку яких не дають змоги повноцінно засвоювати навчальну програму масої школи без спеціально створених умов, проте вони готно відрізняються від розумово відсталих, які нааються в допоміжних школах. До зазначеної катерії належать діти *із затримкою психічного розвитку*.

Як правило, на початку шкільного віку такі діти трапляють до масової школи, але там відчувають ачні труднощі в навчанні, які за звичайних умов не реборюються та призводять до стійкої неуспішності тини. Діти по два-три роки вчать в одному класі; дагоги та батьки, не розуміючи справжніх причин дставання дитини в навчанні, вважають її лінивою впертою. Важким стає особистісне становище такої тини в класному колективі, що відбивається на форуванні її характеру. Якщо така дитина продовжує звчання в масовій школі, її переводять з класу до тасу, прогалини в знаннях накопичуються, то заимка психічного розвитку посилюється педагогічною недбаністю.

Якщо її помилково визнають розумово відсталою і визначають для неї такий тип навчального закладу, < допоміжна школа, це також не сприяє її оптималь-

ному розвитку, оскільки зміст навчального матеріалу, розрахований на дійсно розумово відсталих дітей, значно нижчий справжніх пізнавальних можливостей дітей із затримкою психічного розвитку. Зокрема, їхня істотна відмінність від дітей-олігофренів полягає в тому, що вони здатні оволодіти ширшим і глибшим обсягом знань, ніж у відповідному класі допоміжної школи, а, маючи певні знання, спроможні їх самостійно узагальнювати, конкретизувати, застосовувати до нових умов. Для таких дітей характерна ширша «зона пайближчого розвитку», тобто вони, порівняно з олігофренами, краще використовують педагогічну допомогу у виконанні пізнавальних та інших завдань, з якими на даний момент не можуть упоратися самостійно.

Таким чином, виділення цих дітей в спеціальну категорію має велике практичне значення, адже глибоке вивчення особливостей їхньої психіки і визначення на цій підставі відповідних педагогічних умов навчання та виховання допомагають успішно коригувати хід їх пізнавального розвитку та становлення особистості.

Затримки розвитку у дітей можуть бути викликані різними причинами, серед них захворювання вагітної на вірусний грип, малярію, черевний тиф тощо; серцево-судинні хвороби матері; виснаження її організму під час вагітності; резус-факторна несумісність крові матері та плода; пологові травми та асфіксії, інфекційні захворювання та інтоксикації, перенесені дитиною на ранніх етапах її розвитку (які уразили центральну нервову систему або тільки внутрішні органи, серцево-судинну систему), травми мозку тощо.

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

Основні типи затримки психічного розвитку та їх психолого-педагогічна характеристика

Категорія дітей, яку тут розглядаємо, є досить різномірною за складом. До неї відносять *дітей з психічним і психофізичним інфантилізмом*, який часто поєднується з деяким недорозвиненням пізнавальної ді-

льності, а також дітей з астенічними та цереброастенічними станами, що виникли на відносно ранніх етапах розвитку.

Розглянемо ці групи дітей.

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

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

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

Досить часто інфантилізм емоційно-вольової сфери ускладнюється певною затримкою розвитку пізна-

вальної діяльності, відставанням у функціонуванні мислення, пам'яті від рівня розвитку дітей цього віку. Наприклад, порівняно з дітьми, які розвиваються нормально, дитина з ускладненим психофізичним інфантилізмом проявляє більш низькі здібності до запам'ятовування навчального матеріалу, осмислення інформації, що їй повідомляють, оволодіння аналізом, порівнянням, узагальненням. Це створює утруднення в повноцінному засвоєнні знань та вмінь з різних предметів шкільної програми, у самостійному оволодінні знаннями про навколишню дійсність, які дитина з нормальним розвитком засвоює легко і без спеціального навчання. Багато дітей молодшого шкільного віку із затримкою психічного розвитку не знають чітко, як звуть їх по-батькові (а іноді навіть і прізвища), назви вулиці, на якій вони живуть, не можуть відповісти на інші елементарні запитання. При виконанні навчальних завдань такі діти припускаються значної кількості помилок, яких самі не помічають і не виправляють, оскільки для них характерні несформованість самоконтролю, невміння правильно оцінити результати власної діяльності. Нерідко помилки у виконанні завдань пов'язані з порушенням цілеспрямованості діяльності, невмінням правильно зрозуміти та утримати в пам'яті інструкцію до завдання, особливо якщо вона містить кілька вимог.

Із наведених відомостей про особливості пізнавальної діяльності дітей, у яких поєднується інфантилізм емоційно-вольової та інтелектуальної сфер, очевидно, що в них виявляються недоліки, типові для дітей-олігофренів. Проте на відміну від останніх ці недоліки виражені не так яскраво та, що дуже важливо, з набагато більшим успіхом піддаються педагогічній корекції. Тут неабияку роль відіграє те, що діти з затримкою психічного розвитку, зазнаючи труднощів у самостійному виконанні тих або інших завдань, значно результативніше, ніж олігофрени, використовують педагогічну допомогу; вони здатні розв'язувати завдання, якщо їм задають навідні запитання, демонструють відповідну наочність, фіксують їхню увагу на меті завдання. За таких умов показники виконання різноманітних завдань цими дітьми наближаються до показників їхніх нормальних ровесників. На відміну від розумово відсталих діти з затримкою розвитку виявляють намагання розібратися в змісті завдання,

ре його виконати, активніше шукають засобів досягнення мети. Вони частіше з власної ініціативи звертаються по допомогу, просять повторити інструкцію, міркують уголос, шукаючи підтвердження правильності своїх думок та висновків.

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

Термін *астенія* (від грец. *a* — частка, що означає зменшення, *sthenos* — сила) означає слабкість, безсилля та використовується в тих випадках, коли йдеться про ослабленість організму в цілому або деяких його нервово-психічних функцій. Залежно від причин, що викликали астенічний стан, розрізняють церебральну соматогенну астенію.

При *церебральній* (від лат. *cerebrum* — мозок) астенії нервово-психічна слабкість зумовлена захворюваннями мозку (інфекції, травми). Звичайно, тут мають на увазі легкі ураження центральної нервової системи, оскільки більш тяжкі спричиняють розумову сталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при цереброастеніях, які зумовлюють затримки психічного розвитку, інтелект первинно збережений. *Соматогенна* (від грец. *soma* — тіло) астенія зв'язана із загальними соматичними захворюваннями організму (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом).

Першопричиною порушень пізнавальної діяльності дітей з астенічними станами є надмірна втомлюваність, яка різко знижує продуктивність діяльності. Тільки в тих випадках, коли розумова працездатність їх не порушена (на початку роботи, в спокійній обстановці, після відпочинку), діти виявляються досить витривалими, активно сприймають і розуміють навчальний матеріал, правильно й відносно самостійно виконують різні практичні завдання, розв'язують інтелектуальні задачі. Проте такий стан зберігається у дітей-геніїв (особливо при цереброастеніях) не довго, правило, при виконанні завдань, обмежених за обсягом, і таких, що не потребують значного інтелектуального напруження. В процесі навчальної діяльності

швидко настає виснаження нервової системи, працездатність різко знижується, порушується увага, послаблюються пам'ять, розумові операції, частішають відволікання від роботи, зростає пасивність. У такому стані діти неспроможні виконати навіть нескладні навчальні завдання, хоча на початку роботи вони могли досить успішно впоратися із значно важчими завданнями.

Звичайно, подібні часті переходи від продуктивної та активної діяльності до пасивності та вкрай низької працездатності відчутно позначаються на навчальних успіхах дітей з астенічними станами: вони зазнають значних труднощів в оволодінні письмом, лічбою, читанням, у свідомому та міцному засвоєнні навчальної інформації.

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

Слід ще раз наголосити, що описані порушення пізнавальної діяльності та поведінки схарактеризованої групи дітей залежать від стану їхньої нервово-психічної працездатності, що, в свою чергу, пов'язано з умовами, в яких організовано їхню діяльність. Усі зазначені недоліки психічної діяльності більш явно виражені при церебральних астеніях, ніж при астеніях соматичного характеру.

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

Фізична слабкість, швидка втомлюваність, часто пов'язані з нею роздратованість, плаксивість у багатьох випадках призводять до ізолюваності дитини в колективі одноліток, у яких вона викликає глузування. В ослабленій дитини зникає інтерес до колективних ігор, навчання, з'являються озлобленість, агресивність, замкненість. Якщо мова йде про дитину шкільного віку, тривалі пропуски занять можуть привести до про-

ін у знаннях, відставання у навчанні, а при загаль-
у ослабленні організму непродумані додаткові за-
тя з метою ліквідації таких прогалин створюють
мірні навантаження і не дають позитивних резуль-
татів.

Діти досить часто тяжко переживають свої нев-
дачі, проте без чуйної, розумної педагогічної та лікар-
ської допомоги не можуть знайти виходу із станови-
ща, що склалося. Астенічні риси поведінки посилюю-
ться, накопичуються, особливо, якщо дорослі, не ро-
завшись у справжніх причинах утруднень дитини,
вимагають її за лінощі, небажання вчитися.

Наведемо конкретний приклад.

Учень третього класу масової школи Микола А., 9,5 років,
хворів на скарлатину, що викликало астенічний стан, поси-
люючи несприятливими умовами виховання. Хлопчика було на-
слано на медико-педагогічну консультацію в зв'язку з пору-
шеннями дисципліни, частими пропусками шкільних занять, різ-
ьким зниженням успішності. З'ясувалося, що до 6 років він
вивався нормально, у сприятливих сімейних умовах. Коли
мало було 6 років, помер його батько, незабаром в сім'ї з'я-
вився вітчим. Хлопчик поставився до нього неприязно. Мати по-
тала, що Микола став роздратованим, грубим, неслухняним.
Через рік він пішов до школи і перші два роки вчився добре.
Згодом на початку 3-го класу Микола тяжко перехворів на скар-
латину і через це пропустив три місяці шкільних занять. Коли
повернувся до класу, були помічені його підвищена втомлю-
ючість, роздратованість, схильність до порушень дисципліни.
На початку діяльність хлопчик втягувався важко, тому не міг
довести прогалин у знаннях, а, навпаки, все більше й більше
губив од класу. Вчитель, не розібравшись у причинах змін у
дітці та навчанні Миколи і не застосувавши відповідних за-
ходів індивідуального підходу до нього, викликав до школи
батьків та поскаржився на хлопчика. Вдома його почали кара-
ти, особливо вітчим. Микола озлобився, став ще більш грубим,
неслухняним, втратив інтерес до школи і, не знайшовши
виходу із ситуації, що склалася, почав пропускати заняття,
зрештою і взагалі перестав ходити до школи, цілими днями
бував удома, почав палити, зв'язався із сумнівною компа-

нією. Обстеження дитини лікарями та педагогами засвідчило, що
хлопчик має нормальний інтелект. Він усвідомлював неправильність
свої поведінки, глибоко переживав несприятливу ситуацію, що
склалася в школі й вдома. Водночас Микола проявляв озлобле-
ність щодо вітчима і вчителя, вважаючи їх несправедливими.
З'ясувалося, що у хлопчика, як наслідок перенесеної скарлатини,
малися астенічні риси, фізична ослабленість, підвищена втомлю-
ючість, періодичні головні болі. Хлопчика направили до дитя-
чої санаторії, де було забезпечено відповідне лікування, інди-
відуальний педагогічний підхід до нього. Було проведено роз'-
робочу роботу з батьками, вчителем школи. Все це допо-
могло повністю скоригувати поведінку та навчальну діяльність

Миколи, в результаті чого він зміг продовжувати досить успішне навчання у тій самій школі¹.

Отже, відхилення в розвитку, зумовлене соматогенною астеною і посилене несприятливим станом дитини в сім'ї та школі, вдалося компенсувати створенням доцільних медико-педагогічних умов.

Зазначимо, що в ряді випадків (особливо при ускладненому психофізичному інфантилізмі, астеніях соматичного характеру) затримки психічного розвитку вдається повністю подолати, що дає змогу таким дітям навчатись у масовій школі.

Проте в тих випадках, коли затримки розвитку виникають на тлі легко виражених органічних уражень центральної нервової системи, як це буває при ускладнених формах психофізичного інфантилізму або при церебральних астеніях, доцільно виділяти таких дітей у спеціальні класи та школи, де з ними проводиться досить тривала та цілеспрямована корекційна робота, в результаті якої діти успішно оволодівають програмою загальноосвітньої школи.

Діагностика затримок психічного розвитку в дітей та особливості корекційно-виховної роботи з ними

Відрізнити дитину з затримкою психічного розвитку від розумово відсталої — нелегка справа, яка під силу лише компетентній медико-педагогічній комісії, укомплектованій висококваліфікованими фахівцями медичного, психологічного, педагогічного, спеціального дефектологічного профілів. Педагогам масових дошкільних установ та початкових класів загальноосвітніх шкіл досить часто доводиться мати справу з дітьми із затримкою психічного розвитку. Тому слід враховувати виявлені в спеціальних дослідженнях особливості їх психічної діяльності та специфіку оволодіння ними шкільними дисциплінами.

Передусім пригадаймо основні показники затримки психічного розвитку дитини, які відрізняють дітей цієї категорії від нормальних однолітків, а саме:

знижена працездатність, швидка втомлюваність;

¹ Див.: Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии.— М., 1973.— С. 65—66.

довільненість сприймання та переробки інформації навіть при сенсорному її сприйманні;
обмеженість кола загальних життєвих уявлень;
збіднений словниковий запас; наявність окремих слів вимови, хоча в цілому мова не має грубих ушень лексики та граматичної будови;
переважання у мисленні наочно-дійових форм над абстрактно-логічними операціями (аналізом, порівнянням, синтезом, узагальненням, встановленням логічних зв'язків у інформації, введеній словесно);
погана пам'ять, невміння використовувати допоміжні засоби при запам'ятовуванні матеріалу;
знижений рівень самоконтролю, критичності, мислення;
незрілість емоційно-вольової сфери;
недостатня сформованість усіх видів діяльності, в тому числі ігрової.

Звичайно, всі ці недоліки характерні й для розумово відсталих дітей, але порівняно з дітьми із затримкою психічного розвитку в олігофренів вони виражені менш явно і мають певну якісну специфіку.

Зже згадувалось, що на відміну від розумово відсталих дітей при затримках психічного розвитку дитина значно краще використовує сторонню допомогу. У разі при медико-педагогічному обстеженні для диференціальної діагностики затримок психічного розвитку найпоказовішим є метод навчального експерименту. Завдання йому полягають у тому, що спочатку обстежуваній дитині пропонують виконати завдання самостійно, а потім послідовно надають певні «порції» педагогічної допомоги. Діагностичним показником є скільки таких «порцій» знадобиться дитині, щоб вона змогла впоратися із завданням. При цьому аналізують якісний бік діяльності: її усвідомленість, довільність, цілеспрямованість, ставлення до допомоги.

Наприклад, у ході дослідження дитині пропонувалася самостійно проаналізувати й описати об'єкт, що містить щонайменше 20 ознак. Дитина з нормальним розвитком при цьому називала принаймні 12 з них; розумово відстала — десь 4—5, а дитина з затримкою психічного розвитку — 6—7. Далі досліджуваній дитині надавалася допомога: пояснювався принцип виконання завдання, використовувався інструктаж при виконанні аналогічного завдання. Виконуючи контрольне завдання після одержання педагогічної допомоги, діти

з затримкою психічного розвитку виділяли вже до 10—11 ознак (тобто майже наблизились до показників нормальних дітей при самостійному виконанні завдання), тоді як результати дітей-олігофренів практично не змінилися: вони виділили 5—6 ознак (дослідження В. І. Лубовського¹).

За принципом навчального експерименту здійснюється й обстеження наявних у дитини шкільних навичок. Так, діти з затримкою психічного розвитку стикаються з труднощами при оволодінні складом числа, лічбою з переходом через десяток, розв'язанні арифметичних задач, особливо якщо умову подано у незвичному оформленні. Проте на відміну від розумово відсталих дітей вони досить швидко і правильно виконують відповідні завдання, сприймаючи спеціальну педагогічну допомогу.

Їхні показники зростають також при виконанні діагностичних завдань на перевірку навичок читання і розуміння тексту. Тут навіть незначна допомога у вигляді навідного зачитання дозволяє дитині із затримкою розвитку правильно встановити логічний (наприклад, нескладний причиново-наслідковий) зв'язок між подіями, про які повідомляється в тексті, і передати його у власному переказі, тоді як розумово відсталі діти, як правило, і за такої умови зробити цього неспроможні. До того ж, у порівнянні з олігофренами діти з затримкою психічного розвитку, навіть при низькому рівні сформованості техніки читання майже завжди намагаються зрозуміти текст, з власної ініціативи повторно прочитуючи його.

Отже, при обстеженні дитини з метою розпізнання затримки психічного розвитку від розумової відсталості обов'язково звертають увагу на позитивні риси, наявні у дітей першої категорії: кращу здатність до використання зовнішньої допомоги, пристосування виробленого способу виконання завдання до нових умов, аналогічних ситуацій, більш продуктивну, усвідомлену та цілеспрямовану діяльність тощо.

Якщо в дитини виявлено затримку психічного розвитку, її направляють до школи чи класу спеціального типу. Це має велике практичне значення: створення адекватних педагогічних, лікувальних та охорон-

¹ Див.: Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии.— М., 1990.— С. 66.

умов, які відповідають особливостям стану здоров'я розвитку дитини, допомагає боротися з шкільною спішністю, запобігає виникненню вторинних ускладнень розвитку, зокрема негативних рис характеру, які поною мірою відбиваються на соціальній поведінці бистості.

У спеціальних школах для дітей цієї категорії створено систему лікування та профілактики погіршення його здоров'я, застосовується щадний медико-педагогічний режим, санітарно-гігієнічний контроль умов навчання, праці, відпочинку учнів. Зокрема, для учнів молодших класів передбачено обов'язковий денний сон (за рекомендацією лікаря і для окремих старшокласників), під час уроку проводяться фізкультурні паузи тощо.

Хоча зміст навчання в спецшколах для дітей із римкою психічного розвитку базується на програмі масової школи, навчальний процес має свої особливості: значна увага приділяється пропедевтичним урокам, протягом яких учнів готують до вивчення глибокого матеріалу з основних предметів, збагачують досвід, усувають прогалини в знаннях, навичках організації та здійснення навчальної діяльності; по-не місце відведено спеціальним урокам повторення, що сприяє кращому засвоєнню знань, а це є особливо важливим, якщо враховувати послаблену пам'ять дітей цієї категорії; передбачено додаткові спеціальні експериментальні заняття для усунення недоліків мовного чи психічного розвитку, моторної сфери.

Корекційна робота ведеться на кожному уроці. Вона здійснюється на основі ґрунтовного вивчення особливостей дітей з різними типами затримки психічного розвитку, диференційованого та глибоко індивідуального підходу до кожного з них з урахуванням цих особливостей.

Важливою вимогою до корекційної роботи в школах цього типу є *запобігання виникненню втоми*, для чого використовують такі педагогічні засоби та методи прийому, як подання навчального матеріалу великими дозами, чергування розумових та практичних видів діяльності, використання цікавого дидактичного матеріалу, яскравої наочності, проведення фізкультпауз, активізація та формування пізнавальних процесів дітей, їхньої мислительної діяльності, зокрема введенням в урок ігрових моментів тощо.

Неабияку роль у корекційній роботі відіграє *заохочення* дитини навіть за найменші успіхи, педагогічний *такт, уважність та доброзичливість* з боку вчителів та вихователів, готовність прийти на допомогу, наполегливе формування в учнів *впевненості* у власних можливостях.

Особливу увагу слід приділяти озброєнню дітей уміннями користуватися *узагальненими способами* виконання навчальної діяльності, що дає їм змогу здійснити її більш самостійно та ефективно, одержуючи задоволення від зростання успіхів у своїх шкільних справах.

Більш ніж десятирічний досвід роботи спеціальних шкіл для дітей з затримкою психічного розвитку в Україні свідчить, що функціонування цього типу навчальних закладів є досить ефективним: учні, які після певного періоду спеціального корекційно спрямованого навчання в них повертаються до масової школи (на підставі рішення педагогічної ради школи за участю медичних працівників після закінчення дитиною початкової спеціальної школи), успішно продовжують навчання в середніх та старших класах за звичайних умов. Ті, у кого спостерігаються глибокі та стійкі форми затримки психічного розвитку, продовжують навчання у 4—8-х класах спеціальної школи, здобуваючи восьмирічну освіту, а після її закінчення досить успішно адаптуються в суспільстві.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Схарактеризуйте поняття мовного порушення.
2. Які сторони мовного розвитку можуть бути порушені у дітей? Розкажіть про причини таких порушень.
3. У чому полягає принцип системного підходу до мовних порушень?
4. Обґрунтуйте вплив мовних порушень на хід розвитку дитини.
5. Назвіть різні типи недорозвиненості мови.
6. Дайте визначення клініко-психологічної класифікації.
7. Назвіть види мовних порушень, використовуючи клініко-психологічну класифікацію.
8. Дайте визначення психолого-педагогічної класифікації та наведіть приклади мовних порушень згідно з нею.
9. Назвіть основні види логопедичної допомоги.
10. Дайте визначення розумової відсталості.
11. Чим відрізняється олігофренія від інших категорій розумової відсталості?
12. Схарактеризуйте основні особливості психічного розвитку дітей-олігофренів.

13. Які ви знаєте форми олігофренії? Що спільного та які відмінності між ними?
14. Як поділяють олігофренів за глибиною інтелектуального кту? Чим відрізняється імбецильність від ідіотії?
15. Чому в дітей, у яких розумова відсталість виникла на ц пізніх етапах життя, інтелектуальний розвиток дещо ви- ніж в олігофренів? Назвіть такі категорії розумової від- ості.
16. На що принципово важливо звернути увагу в роботі зумово відсталими дітьми з психічними захворюваннями, ми, як епілепсія, шизофренія тощо?
17. Назвіть та обґрунтуйте основні вимоги до корекційної ти з дітьми-олігофренами.
18. Придумайте 1—2 приклади на кожний вид пізнавальних ань, які найбільш корисні для корекції інтелектуального атку розумово відсталих дітей.
19. Чому діти із затримкою психічного розвитку потребують альних умов навчання?
20. Назвіть основні причини затримки психічного розвитку ни.
21. Чим схожі і чим відрізняються діти з психофізичним ілізізмом від дітей-астеників?
22. Схарактеризуйте розвиток дитини з ускладненою фор- інфантилізму.
23. Яка основна риса пізнавальної діяльності дітей з асте- ми станами? Які особливості їхнього розвитку виникають горинні ознаки?
24. Чим діти із затримкою психічного розвитку схожі, а чим ципово відрізняються від розумово відсталих?
25. Дайте психолого-педагогічне обґрунтування головних і- до проведення навчальної та корекційно-виховної роботи з ми із затримкою психічного розвитку.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Зласова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонени в развитии.— М., 1983.— С. 17—29, 25—31, 37—46.
- Дети с задержкой психического развития / Под ред. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной.— М., 1984.
- Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа во вспомогательной школе.— М., 1981.
- Зременко И. Г. Олигофреопедагогика.— К., 1985.
- Катаева А. А., Стребелева Е. А. Дошкольная олигопедагогика.— М., 1988.
- Коберник Г. Н., Синев В. Н. Введение в специальность «Дефектология».— К., 1984.
- Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями слуха и речи: Сб. науч. трудов.— К., 1989.
- Талшии В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии.— М., 1990.
- Тогопедия / Под ред. Л. С. Волковой.— М., 1989.
- Обучение детей с задержкой психического развития: Подсказки для учителей / Под ред. Т. А. Власовой.— М., 1981.
- Основы специальной дидактики: 2-е вид. / За ред. І. Г. Єрема.— К., 1986.

Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной.— М., 1968.

Правдина О. В. Логопедия.— М., 1973.

Расстройства речи у детей и подростков / Под ред С. С. Ляпидевского.— М., 1969.

Рубишштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника.— М., 1986.

Стадненко Н. М. Особенности мышления учащихся вспомогательной школы.— К., 1980.

Розділ 4. ДІТИ З КОМПЛЕКСНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ

Серед аномальних дітей є діти із складними, комплексними порушеннями в розвитку. Характерним для таких дітей є те, що первинний дефект у них пов'язаний безпосередньо не з одним, а з рядом факторів, тобто в ньому виявляється поєднання повного або часткового випадіння функцій різних аналізаторів, наприклад слухового і зорового, або поєднання сенсорної (лат. *sensus* — чуття, відчуття), тобто пов'язаної безпосередньо з відчуттям, та інтелектуальної недостатності.

Дослідження, навчання та виховання цієї категорії аномальних дітей вітчизняна дефектологія розпочала нещодавно (в останні 10—15 років). Усю науково-дослідну та навчально-методичну роботу в цьому плані здійснюють і коригують НДІ педагогіки та НДІ психології України.

Підвищену увагу до цієї (відносно невеликої) категорії аномальних дітей останнім часом можна пояснити подальшим розширенням диференційованого підходу до навчання й виховання аномальних дітей, а також тенденцією до кількісного збільшення цієї категорії.

До дітей із складним, комплексним дефектом відносять: сліпоглухонімих; розумово відсталих глухих або туговухих; глухих слабозорих; розумово відсталих слабозорих або сліпих.

У дефектологічній практиці зустрічаються також діти з багатьма дефектами — розумово відсталі сліпоглухі, діти з порушеннями опорно-рухового апарата в поєднанні з порушеннями органів слуху або зору тощо.

Нерідко в школах для дітей з ослабленим зором, особливо в початкових класах, виявляються діти з за-

кою психічного розвитку, яких нерідко можна
ести до слабозорих олігофренів і які також потре-
ть комплексного дослідження, спеціальних мето-
их підходів у навчанні.

1. Сліпоглухонімі діти

До цієї кількісно невеликої категорії аномальних
жуть діти з повним або частковим ураженням
кцій як зорового, так і слухового аналізаторів.
іпоглухонімих дітей слух порушений повністю або
кій мірі, що робить неможливим засвоєння мови
основі слухового сприймання. Таким чином, глу-
зумовлює німоту. Зір у сліпоглухонімих дітей та-
характеризується тотальним порушенням або на-
ки знижений, що зорове орієнтування практично
ужливе.

Ікщо глухота і сліпота наступають у дорослому
це, як правило, не призводить до втрати мови.
е, слід розрізняти *сліпоглухонімих*, у яких здат-
до словесної мови втрачена або взагалі не роз-
лася, і *сліпоглухих*, у яких раніше сформована
і збереглася.

Сліпоглухонімота може бути викликана різними
инами. За даними авторів, які проводили медико-
олого-педагогічне обстеження в групі сліпоглухо-
х дітей і підлітків, найчастіше спостерігаються
жені глухота і сліпота (в основному вроджена
ракта), які можна пояснити внутрішньоутробним
хенням плода в ранній період вагітності, коли
увається формування слухового й зорового ана-
горів. Це, зокрема, пов'язане із захворюванням
ної на краснуху, а також впливом спадкових (ге-
чних) факторів¹.

Іабута сліпоглухонімота може бути зумовлена по-
вими черепно-мозковими травмами, частіше — пе-
сеними в дошкільному віці тяжкими захворюван-
і головного мозку (менінгіти, менінгоенцефаліти),
ідками яких можуть бути, зокрема, ураження
рішнього вуха і слухових нервів, які призводять
лухоти у сполученні із атрофією зорових нервів,
причиною глибоке ослаблення зору або сліпоту.

Певзнер М. С., Бертинь Г. П., Марсева Р. А. Комп-
е изучение детей со сложными сенсорными дефектами // Де-
логия.— 1979.— № 4.— С. 3—11.

Таким чином, у сліпоглухонімих дітей одночасно різко порушуються основні канали, які забезпечують зв'язок із зовнішнім світом. Втрата або глибоке порушення цих двох важливих функцій ізолює дитину від людей, що її оточують, та предметного середовища, не дає їй змоги оволодівати спонтанно (без спеціального навчання) соціальною культурою, а отже, ставить у такі умови, за яких поза спеціальним педагогічним впливом психіка дитини не розвивається. Сліпоглухонімий може протягом усього життя не засвоїти навіть найелементарніших навичок людської поведінки, не навчитися жодного слова, не одержати хоч скільки-небудь сформованого запасу предметних уявлень про світ. Слід відзначити, що втрата або різке зниження діяльності слухового і зорового аналізаторів негативно впливає на функціонування кори великих півкуль головного мозку. Адже відомо, що її загальний тонус, створення й підтримання якого на певному рівні необхідне для утворення нових зв'язків і оперування вже утвореними, залежить від постійного припливу подразників, які надходять до головного мозку із різних рецепторів. У тих випадках, коли функціонування слухового і зорового аналізаторів порушене, приплив їх подразників до кори головного мозку різко обмежується. Це відбивається на тонусі і послаблює замикальну функцію. Тому при одночасній втраті зору і слуху та відсутності спеціального педагогічного впливу «дитина взагалі може перебувати в тривалому дрімотному стані — настільки знижується тонус кори великих півкуль її головного мозку»¹.

Таким чином, сліпоглухонімота створює вкрай важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак якщо вона не сполучається з розумовою відсталістю, сліпоглухонімі діти потенційно мають можливості для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку і за сприятливих умов виховання можуть стати соціально корисними людьми. З одного боку, це зумовлено властивістю нервової системи замінювати утрачені функції одних аналізаторів функціями інших, збережених структур. Саме завдяки пластичності нервової системи при сліпоглухонімості відсутність зору і

¹ Лубовский В. И., Мешеряков А. И. Физиологические особенности аномальных детей // Основы обучения и воспитания аномальных детей.— М., 1965.— С. 96.

ку компенсується збереженою здатністю відчувати приймати навколишній світ за допомогою дотику, у, різних вібраційних та температурних відчуттів. те, з іншого боку, приведення в дію цих компенсаційних здібностей нервової системи при сліпоглухоні-вирішальним чиним визначається спеціальними педагогічними впливами. Тому в дефектології висувається ідея *універсальної провідної ролі навчання* в лічпому розвитку сліпоглухонімої дитини. Ця ідея новоположною в оригінальній продуктивній системі навчання сліпоглухонімих, яку створили видатні психологи І. П. Соколянський і О. І. Мещеряков та нині практично реалізується у спеціальному навчально-виховному закладі (дитячому будинку) для сліпоглухонімих у м. Сергіїв Посад Московської області.

Найпереконливіше виражена універсальна роль навчання сліпоглухонімих при формуванні в них початкових форм людської поведінки — найперших потреб і способів їх задоволення. Справді, людські потреби виникають внаслідок присвоєння дитиною культурно-вироблених соціальним досвідом людей засобів задоволення її вроджених природних потреб (в їжі, захисту від холоду тощо), а не розвиваються спонтанно знову дозрівання мозку. Тому на початкових етапах виховання сліпоглухонімої дитини педагогічна робота будується таким чином, щоб перетворити органичні потреби організму на перші суто людські потреби, тобто виховати у дитини вміння задовольняти одні потреби прийнятими в суспільстві способами (наприклад, користуватись ложкою при вживанні їжі).

Цією метою організується *спільна предметно-діяльна діяльність* сліпоглухонімої дитини й дорослої людини, яка її виховує. Ця діяльність скерована на формування культурних способів задоволення певних потреб. При цьому предметна дія, якій навчається сліпоглухонімого, *поділяється*. Рухи, які виконують дитини, спочатку повністю скеровуються руками вихователя (наприклад, рука дорослого міцно вхоплює руку вихованця, в яку вкладається ложка, і їжа подається до рота дитини її рукою, яка скерована на руку дорослого). Із зростанням активності дитини і форма активності дорослого поступово знижується. У дитини все більше закріплюється навичка виконання певної дії з предметом, і нарешті, вихователь ли-

ше подає сигнал до дії, а дитина виконує її самостійно.

Для формування в дитини предметних зразків об'єктів і дій спершу використовують спеціальні засоби спілкування із сліпоглухонімими — жести, які позначають ці предмети і дії. В подальшому на зміну спочатку окремим жестам, а потім все більший їх кількості приходять слова, які повідомляються сліпоглухонімому в дактильній формі. Дактилогія (від грец. *daktylos* — палець, *logos* — слово) — ручна азбука, в якій букви алфавіту замінюються спеціальними знаками, що передаються пальцями руки. На відміну від зорового сприймання дактильних знаків, яким користуються глухі, сліпоглухоніми використовують спеціальний пальцевий алфавіт, в якому кожна буква передається дотиком пальців «мовця» до певних точок долоні «слухача».

Роль словесної мови, оформленої дактильно, постійно і послідовно зростає. Крім оволодіння дактилологією, сліпоглухоніми навчаються також усної звукової мови: використовуючи спеціальні логопедичні прийоми, їм ставлять вимову звуків і навчають контролювати висоту звучання голосу за допомогою тактильно-вібраційних відчуттів (притулянням руки до горла).

Велике значення у подальшому навчанні й розвитку сліпоглухонімих належить оволодінню писемною мовою, яка оформлюється рельєфно-крапковим шрифтом Брайля, що ним користуються сліпі. В цьому шрифті кожна буква, цифра, розділові знаки передаються різними комбінаціями випуклих крапок, які сприймаються дотиком пальців руки до паперу. Оволодіваючи словесною мовою, сліпоглухоніми одержують змогу прилучатися до людської культури, що відіграє вирішальну роль в їхньому розумовому, моральному й естетичному розвитку.

Таким чином, педагоги-дефектологи «створюють чудо» — абсолютно безпорадних у самостійному сприйнятті світу й спілкуванні з людьми дітей перетворюють у високоосвічених, творчих, соціально активних особистостей. Досвід навчання сліпоглухонімих має велике наукове значення — виходячи за межі дефектології, він, безперечно, доводить вирішальну роль соціального фактора в формуванні людської психіки, матеріалістичну зумовленість цього процесу.

есвітньо відомими стали сліпоглухонімі, які досягли високого розвитку. Так, американка Еллен Келлер, яку виховала Суліван, здобула вищу освіту, стала доктором філософії. Тологія пишається досягненнями сліпоглухонімої Ольги Іва-Скороходової. Її приклад переконливо свідчить про великі можливості дефектології у формуванні компенсаторних процесів при таких складних дефектах, яким є сліпоглухонімота.

Іванівна народилася в селі Білозірка на Херсонщині в Україні. У віці 5 років внаслідок перенесеного мепінгіту вона повтратила зір, а потім і слух. Коли їй було 10 років, вона пішла до спеціальної школи-клініки для сліпоглухонімих дітей м. Харкові. Керував роботою цього закладу видатний педагог-голог професор І. П. Соколянський. Він і був вихователем Скороходової, будуючи її навчання за оригінальною системою з використанням тактильного алфавіту й брайлівського алфавіту. У Харкові О. І. Скороходова здобула середню освіту. Після цього вона продовжила навчання в Москві, в Інституті дефектології. У 1947 р. була видана її книга «Як я сприймаю навколишній світ» (М.: Вид-во АПН РСФСР), яка відразу завойовувала популярність вчених і широкого кола читачів. У 1954 р. у тому ж видавництві вийшла друга книга О. І. Скороходової «Як я сприймаю навколишній світ». У 1961 р. О. І. Скороходова захистила дисертацію, стала кандидатом психологічних наук. У 1962 р. у видавництві «Педагогика» виходить її третя книга — «Як я сприймаю, уявляю й розумію навколишній світ». Усі три книги об'єднані єдиним заголовком, який був вдало реалізований автором. У них розкрито особливості пізнавальної діяльності сліпоглухонімих.

Ці книги сприймаються з великим інтересом, як гімн величезній людській здібності, її волі й наполегливості; їх ладуно на кілька іноземних мов.

О. І. Скороходова неодноразово виступала з доповідями на конференціях психологів і дефектологів. Вона добре володіла розмовною мовою, вміла захопити аудиторію. Ольга Іванівна часто зустрічалася із студентами дефектологічних факультетів, школярями, брала активну участь у роботі Сергієвопосадської школи-інтернату для сліпоглухонімих дітей. Будучи різнобічно освіченою й обдарованою людиною, О. І. Скороходова серйозно займалася поезією. У книгах її трилогії вміщено чимало талановитих віршів.

Високою оцінку досягненням О. І. Скороходової, її гуманізму, її гуманності, її соціально корисною, активною, її мужності й волею видатний учений-фізіолог І. П. Павлов, який підкреслював, що Скороходова щаслива своїми прагненнями, думками про людську природу людини над природою. О. І. Скороходова померла в Харкові 1968 р.

Іодальший розвиток система навчання і виховання сліпоглухонімих І. П. Соколянського знайшла в Україні в особі О. І. Мещерякова. Завдяки запровадженню у практику наукових досліджень і висококваліфікованої наполегливій роботі педагогів четверо випускників Сергієвопосадської спеціальної школи-інтернату —

Н. Корнеєв, Ю. Лернер, С. Сироткін, О. Суворов — закінчили факультет психології університету і ведуть науково-дослідну роботу.

§ 2. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів

Останнім часом у зв'язку з посиленням диференційованого підходу до навчання і виховання аномальних дітей різних категорій увагу вчених-дефектологів і практичних працівників привернули діти з поєднанням сенсорного дефекту (порушенням слухового або зорового аналізатора) і первинної (викликаного дифузним ураженням кори головного мозку) розумової відсталості. Аналізуючи особливості розвитку таких дітей, слід враховувати, що їхня інтелектуальна недостатність є первинною, оскільки різні специфічні порушення пізнавальної діяльності можуть виникати як вторинні відхилення в розвитку при ураженнях слуху або зору, але при первинно збережених розумових здібностях.

Проведене клініко-психолого-педагогічне дослідження розумово відсталих дітей з додатковими глибокими порушеннями слуху або зору свідчить, що такі складні дефекти зумовлені різними причинами: гемолітичною хворобою новонароджених, яка пов'язана з несумісністю крові матері й плода (резус-фактор); внутрішньоутробними ураженнями плода внаслідок застосування матір'ю на перших місяцях вагітності різних засобів з метою її зриву; пологовими травмами, глибокою недоношеністю; тяжкими захворюваннями дитини в ранньому віці (пневмонія, менінгіт, менінгоенцефаліт), для лікування яких застосовувалися значні дози токсичних медичних препаратів. У ряді випадків відмічається вплив спадкової обтяженості (зокрема кровно-родинні шлюби), причому спадкова схильність виявляється під впливом різних шкідливих зовнішніх факторів.

Завдяки успіхам медицини й охороні дитинства роль цих причин у виникненні сліпоты і глухоти в дітей неухильно зменшується, проте відносно збільшується процент випадків, які викликані порушеннями внутрішньоутробного розвитку. Таким чином, поєднання того чи іншого сенсорного дефекту з уродженою розумовою відсталістю (олігофренією) може проявля-

ся частіше. Необхідно враховувати також, що точ- виявлення дітей із складним поєднанням сенсор- го й інтелектуального дефектів залежить від мето- з діагностики відхилень у розвитку — адже розме- ування справжньої розумової відсталості й інтелек- альної недорозвиненості, насправді вторинного від- лення при глибокому порушенні слуху або зору — дто складне завдання.

Навчання сліпої (слабозорої) або глухої (тугову- ї) розумово відсталой дитини у спеціальних школах- гернатах для сліпих (слабозорих) або глухих (туго- хих) дітей також, як і в спеціальній допоміжній колі, яка розрахована на дітей із збереженим зором слухом, недоцільне і практично неможливе, оскільки тіст і методи навчання в таких умовах не відпові- тимуть пізнавальним можливостям дітей з комплекс- ими порушеннями сенсорної сфери й інтелекту. То- у для них при школах для дітей з недоліками зору бо слуху створюються спеціальні допоміжні класи, з враховується специфіка їхнього розвитку.

Дослідження *глухих і туговухих інтелектуально не- звноцінних дітей* свідчить, що обидва первинних де- екти обтяжують один одного. Так, типові для оліго- ренічного розвитку риси — тугорухомість мислення, руднощі у створенні нових зв'язків і в перебудові вже формованих, зниження стійкості уваги, цілеспрямо- аності діяльності, низька критичність, слабке сприй- ання педагогічної допомоги, порушення розумової рацездатності тощо — у дітей з бінарним (подвійним) ефектом виступають гостріше, ніж у олігофренів з ормальним слухом, оскільки первинна інтелектуаль- а недостатність посилюється вторинними порушен- ями пізнавальної діяльності, викликаними уражен- ям слухової функції, яка зумовлює недорозвиненість ови і словесно-логічного мислення.

Крім того, корекція мовного розвитку, який пору- цений при глухоті й туговухості, в олігофренів з гли- бокими ушкодженнями слухового аналізатора здійс- нюється менш успішно, ніж у глухих і туговухих з ормальним інтелектом. Це пов'язане з тим, що ком- пенсаторні процеси про органічних ураженнях цент- ральної нервової системи послаблені, вищі психічні функції, які відіграють важливу роль у компенсації, в даному випадку недорозвинуті. Наприклад, олігофре- нів, які погано чують, і глухих важче навчити дактиль-

ної мови, ніж інтелектуально нормальних дітей з порушеним слуховим аналізатором, тому що для оволодіння нею необхідне осмислення мовних знаків, міцне запам'ятовування й чітке відтворення кожного знака й комплексів їх, висока динамічність й рухомість пальців рук, уміння використовувати допомогу, достатній ступінь навчання. Первинна розумова відсталість позначається на розвитку олігофренів з глибокими дефектами слуху також в тому, що вони не здатні використовувати свій залишковий слух. Значні труднощі виникають і під час логопедичної роботи з ними при постановці звуків усної мови.

Останнім часом контингент учнів шкіл для сліпих і слабозорих значно змінився. Намітилась тенденція до зменшення кількості дітей з важкими порушеннями зору (сліпих). Проте збільшився контингент слабозорих дітей. Серед них є й такі, які не засвоюють шкільної програми. Комплексне дослідження цих дітей виявило наявність у них, крім дефекту зору, розумову відсталість. Обстеження учнів шкіл для сліпих і слабозорих свідчать про зростання цієї групи дітей (6,5 % у 1967 р. і 17,3 % у 1981 р.).

Якщо розумова відсталість у дитини поєднується з глибокими порушеннями діяльності зорового аналізатора, то зоровий дефект обтяжує й інтелектуальну недостатність, а вона, в свою чергу, утруднює розвиток компенсаторних пристосувань сліпої (слабозорої) дитини.

Психолого-педагогічне вивчення таких дітей свідчить, що сліпота ще більше обмежує можливості пізнання навколишньої дійсності розумово відсталими дітьми, ніж при збереженості у них нормального зору. Розумова відсталість також значно уповільнює, знижує інтенсивність формування компенсаторних процесів при глибоких порушеннях зору. З'ясовано, що розумово відсталі сліпі діти володіють значно меншим запасом конкретних уявлень про навколишній світ, ніж сліпі з нормальним інтелектом чи розумово відсталі зрячі. Помітна різниця спостерігається в умінні користуватися збереженим аналізатором (дотиком) для вивчення особливостей предметів, їх розпізнавання. Розумово відсталі сліпі, дослідивши предмет обмацуванням, на відміну від інтелектуально повноцінних сліпих, дуже часто помиляються, не вміють міркувати про ті окремі ознаки об'єкта, які вони сприймають для

, щоб утворити цілісне уявлення про нього, від-
и його до відомої їм групи об'єктів.

Невідповідність між словом — назвою предмета
ого образом у сліпих розумово відсталих виявляє-
гостріше, ніж у інтелектуально нормальних слі-
і розумово відсталих зрячих (хоча тенденція до
ї невідповідності характерна як для одних, так і
інших). Це зумовлене типовими для розвитку ро-
ово відсталих дітей недосконалістю розумових опе-
ій аналізу, синтезу, порівняння, абстрагування,
гальнення, невмінням користуватися з пізнаваль-
о метою словесно-узагальнюючими знаннями, логіч-
ти умовиводами.

Логічна обробка того, що сприймається за допомо-
о збережених аналізаторів, предметно-образного ма-
іалу допомагає інтелектуально повноцінним сліпим
лабораторним компенсувати недостатність чуттєвого
нання, сприяє формуванню правильних знань про
едмети, явища, зв'язки між ними. Цьому сприяє
кож пізнавальна зацікавленість, цілеспрямованість,
злідовна планомірність здійснення пізнавальної ді-
ьності. Однак при первинних порушеннях інтелек-
ального розвитку всі ці якості недостатньо розвинені,
о негативно позначається на формуванні компенса-
рних пристосувань у дітей з бінарним дефектом (зо-
і розумового розвитку). Це виявляється і в розвитку
осторової орієнтації їх, і у використанні засобів
ілкування з навколишніми.

Найважчі для виховання й навчання діти з поєд-
нням розумової відсталості із сліпоглухонімотою.
важкі порушення функцій основних аналізаторів, які
безпечують зв'язок психіки людини з навколишнім
ітом, у поєднанні з інтелектуальним дефектом, різ-
о знижуючи дійсність компенсаторних сил організму,
створюють вкрай несприятливі умови розвитку. Тим
зсом при наполегливому, цілеспрямованому, науково
бгрунтованому корекційно-педагогічному впливі на
озвиток сліпоглухонімої розумово відсталого дитини
авіть у разі глибоких порушень інтелекту (в ступені
мбесцільності) можна досягти помітних успіхів у фор-
гуванні в неї елементарних уявлень про реальну дійс-
ість, навичок самообслуговування, просторової орієн-
ації¹.

¹ Див.: Мещеряков А. И. Опыт обучения детей, страдаю-
щих множественными дефектами // Дефектология.— 1973.— № 3.

Дослідження дефектологів, практика роботи допоміжних класів спеціальних шкіл для дітей з фізичними вадами переконливо свідчать про те, що корекційне навчання й виховання аномальних дітей з кількома дефектами з урахуванням своєрідності їх розвитку допомагають забезпечити поступальний розвиток психіки дитини навіть за наявності в неї складного комплексного дефекту, що поєднує порушення сенсорної та інтелектуальної діяльності.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Назвіть причини сліпоглухонімоти.
2. Які основні принципи системи навчання сліпоглухонімих, розробленої І. П. Соколянським та О. І. Мещеряковим?
3. Самостійно ознайомтеся з працями О. І. Скороходової, присвяченими питанням естетичного виховання сліпоглухонімих.
4. Яке загальнонаукове значення має досвід виховання сліпоглухонімих, які досягли високого рівня пізнавального й індивідуального розвитку?
5. У чому особливості розвитку й вивчення дітей з комплексними дефектами?
6. Що утруднює процес навчання й виховання розумово відсталих з глибокими порушеннями слуху, з ураженням функції зорового аналізатора? Порівняйте загальні особливості розвитку розумово відсталих з нормальним зором і слухом та дітей з поєднанням сенсорного й інтелектуального дефектів.
7. Дайте визначення складного (комбінованого) дефекту.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Клинико-психологическое исследование глухих детей со сложным дефектом: Сб. науч. трудов / Под ред. М. С. Певзнер, Т. В. Розановой.— М., 1980.

Мещеряков А. И. Опыт обучения детей, страдающих множественными дефектами // Дефектология.— 1973.— № 3.

Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети.— М., 1974.

Молчановская И. В. Анализ трудностей овладения правописанием умственно отсталыми учащимися с нарушением зрения // Дефектология.— 1979.— № 5.

Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Доиска Я. Ю. Клинико-психолого-педагогическое изучение учащихся вспомогательных классов школ для слабослышащих детей // Дефектология.— 1979.— № 3.

Певзнер М. С., Бертынь Г. П., Мареева Р. А. Комплексное изучение детей со сложными сенсорными дефектами // Дефектология.— 1979.— № 4.

Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир.— М., 1972.

Учащиеся вспомогательной школы (клинико-психологическое изучение) / Под ред. М. С. Певзнер, К. С. Лебединской.— М., 1979.— С. 135—158.

Розділ 5. ДІТИ З ІНШИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

§ 1. Діти з порушеннями опорно-рухового апарата

Серед дітей з відхиленнями в розвитку виділяють категорію дітей з важкими порушеннями опорно-рухового апарата. До таких порушень призводять різні хворювання, найчастіше — *дитячий церебральний параліч*, при якому вражуються рухові системи головного мозку.

Церебральні паралічі розрізняють за часом виникнення. Інфекції, інтоксикації, травми, перенесені згінною, особливо в перші 3—4 місяці, можуть привести до вродженого (внутрішньоутробного) церебрального паралічу. Припологові та післяпологові паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плода та народженої дитини, порушенням озкового кровообігу в результаті асфіксії тощо.

У дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч, спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, голови, тулуба, зумовлені спазмом м'язової системи. Паралічі, гіперкінези (від грец. *híper* — надмірно, *ínesis* — рух) — надмірні мимовільні, зайві, недоцільні, неупоряджені рухи (повороти, вигинання, тремтіння, посмикування). Затримується загальний розвиток рухових функцій — дитина з помітним запізненням починає тримати голову, повертатися, сидіти, стояти, ходити. Досить часто церебральний параліч поєднується з органічно зумовленими іншими дефектами розвитку — порушеннями слуху, розладами рухів очей, різними мовними аномаліями, найчастіше дизартріями, тобто порушеннями вимови, викликаними обмеженою рухливістю артикуляційного апарата. Всі ці дефекти в сукупності призводять до затримки загального розвитку дитини. Виявляються утруднення в оволодінні читанням, писанням, у формуванні просторових та часових уявлень.

Порушення опорно-рухового апарата у дітей можуть бути пов'язані з *м'язовою дистрофією* — захворюванням, яке поступово веде до паростаючої атрофії м'язів без ураження нервової системи. *Атрофія* (від грец. *a* — префікс, що означає заперечення, та *trophos* — годування) — це патологічні зміни в будові

тканин організму, пов'язані з порушенням обміну речовин у них, що призводить до розладу їх функцій. Залежно від того, у якій групі м'язів переважно розвивається атрофічний процес, м'язова дистрофія викликає різноманітні порушення опорно-рухового апарата — ураження м'язів спини та тазового поясу, м'язів верхніх або нижніх кінцівок тощо. Серед причин прогресуючої м'язової дистрофії виділяють спадкову схильність, хоча бувають випадки цього захворювання, не пов'язані із спадковістю, а зумовлені загальними захворюваннями організму, зокрема інфекційного характеру, недокрів'ям та ін. Раніше ця хвороба вважалась невиліковною, зараз медицина знайшла деякі комплексні шляхи боротьби з нею: вітамінозні ін'єкції, переливання донорської крові тощо.

Тривалий час однією з основних причин, що викликають глибокі порушення опорно-рухового апарата у дітей, був *поліомієліт* (від грец. *polios* — сірий, *myelos* — спинний мозок) — гостре інфекційне захворювання центральної нервової системи, що вражає переважно сіру речовину спинного мозку. Потрапляння до організму дитини фільтрівного вірусу внаслідок контакту з хворим, зараження краплинним шляхом через травлення, органи дихання викликає в'ялі паралічі кінцівок, атрофію м'язів, зниження рухових рефлексів. Нині завдяки успіхам медицини, яка запропонувала ефективні засоби вакцинації, що попереджають виникнення захворювання, а також послідовній реалізації ряду гігієнічних умов поліомієліт майже переборено. Проте якщо дитина все ж таки перенесла цю тяжку хворобу, яка викликала порушення опорно-рухового апарата, вона отримує неврологічну та ортопедичну допомогу, їй створюють спеціальні педагогічні умови.

В окремих випадках порушення опорно-рухового апарата у дітей зумовлені й іншими причинами. Вони виникають як наслідки *артрогрипозу* (від грец. *artro* — суглоб і франц. *grippe* — гостре інфекційне вірусне захворювання) — ураження суглобів грипозною інфекцією; *травм*, що викликають механічні пошкодження рухового апарата; *вроджених деформацій*.

Основним дефектом цієї категорії аномальних дітей є різні вади моторної сфери: серйозні утруднення у виконанні як спонтанних (мимовільних), так і довільних рухів, у пересуванні, значні порушення коорди-

ції, уповільненість, швидка втомлюваність. Такі діти сто виявляються безпорадними, пасивними, замкненими, уникають контактів з однолітками, позбавлені жливості брати повноцінну участь у рухливих і ро-ових іграх та інших видах колективної діяльності.

Тривале обмеження рухової активності таких дітей, докременість від середовища одноліток, які розвивються нормально, надмірна опіка з боку батьків, ігостреність уваги на власному дефекті — все це зувляє своерідність їхнього розвитку. Певне звужен- і джерел життєвого досвіду, пов'язане з хворобою, кож може відчутно відбитися на розвиткові таких тей. Так, при вивченні деяких якостей особистості під- ітків з порушеннями опорно-рухового апарата з'ясо-ано, що в них часто знижені мотиви навчальної діяль-ості. Це виявляється у пізнавальній пасивності, ерегулярності виконання навчальних завдань, пору-леннях уваги при сприйманні навчального матеріалу. агато хто з підлітків своерідно проводить свій вільний ас — «хворі діти менше читають, грають, гуляють, ідше майструють, спілкуються з природою. Значна астина вільного часу хворих підлітків присвячена айдикуванню»¹, що пов'язане з пасивністю їхніх по-анавчальних інтересів. Вольові риси характеру (ціле-прямованість, наполегливість, ініціативність, самос-ійність, стриманість) у дітей з порушеннями опорно-рухового апарата розвинені недостатньо. Тут певну оль відіграє власне захворювання та такі його наслід-ки, як загальне послаблення організму, труднощі при виконанні діяльності, що вимагає активних рухів, м'яз-зових зусиль, обмеженість моторної діяльності.

Однак основною причиною зазначених відхилень є своерідна соціально-психологічна позиція хворої дитини або підлітка, яка виникає внаслідок неправильного ставлення до неї з боку батьків — вони досить часто не надають таким дітям розумної самостійності, знімають з них навіть елементарні обов'язки з самооб-слуговування, виконання домашніх справ, намагають-ся задовольнити будь-які їхні бажання та примхи. Ди-тина звикає до такої надмірної опіки, не вчиться до-

¹ Сарасєва Н. М. Характеристика волевої активності под-ростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата по мате-риалам экстенсивных методов // Дефектология.— 1979.— № 6.— С. 26.

лати труднощі, регулювати свою поведінку та дії во-льовими зусиллями. Як наслідок, багато дітей з порушеннями опорно-рухового апарата, поступаючи до спеціальних лікувальних та навчально-виховних закладів, не володіють найпростішими навичками самообслуговування, відмовляються виконувати доручення суспільно корисного та побутового характеру.

Звичайно, така позиція не є характерною для абсолютно всіх дітей. У ряді випадків пов'язані з хворобою переживання, навпаки, викликають у дитини намагання переборювати труднощі, напружувати во-льові зусилля, проявляти вимогливість до себе, самодисципліну. Однак для розвитку цих якостей особисто-сті необхідна цілспрямована педагогічна робота.

У системі виховання, навчання та лікування дітей з порушеннями опорно-рухового апарата важливе місце посідає різноманітна трудова діяльність, пов'язана з самообслуговуванням, виконанням суспільно корисних трудових завдань, навчанням ручної праці, професійною підготовкою з ряду доступних спеціальностей з урахуванням особливостей того чи іншого рухового дефекту. Трудове навчання та виховання в таких випадках виступає й як лікувальний фактор, є трудово-терапією.

З такими дітьми проводиться також багатопланова спеціальна лікувально-корекційна робота, спрямована на розвиток їхньої рухової сфери,— заняття лікувальною фізкультурою, спеціальні рухливі ігри, ортопедична допомога, масаж тощо. Дуже корисно залучати учнів до індивідуальних та колективних спортивних змагань за спеціальними програмами для інвалідів з порушеннями опорно-рухової сфери.

Корекційна робота в спеціальних закладах для таких дітей, а також у тих випадках, коли вони навчаються у звичайних масових школах, не обмежується лише розвитком моторики. Вкрай важливо наполегливо формувати мотиви їх навчальної діяльності, виховувати наявні в них нахили та уподобання, розвивати коло інтересів. Особливе значення тут має принцип опори на позитивне в особистості дитини, що активізує її життєву позицію, вирівнює становище в системі міжособових стосунків класного колективу. При цьому слід мати на увазі, що серед дітей з порушеннями опорно-рухового апарата є такі, які досить добре освічені в різних сферах мистецтва (музиці, жн-

пису), літературі, техніці, науці, самі активно займаються творчістю. Звичайно, це необхідно використати, об підняти особистий статус дитини в колі інших.

Проте слід пам'ятати й інше: у багатьох дітей з пошкодженнями опорно-рухового апарата, особливо при церебральних паралічах, наявні ще й недоліки суто пізнавальної діяльності. Тому система корекційно-виховної роботи з такими дітьми включає спеціальні засоби розвитку зорового сприймання, фонематичного аналізу, словникового запасу та розуміння мови, узагальнень та диференціювань в мислительній діяльності, виправляння недоліків просторових і часових зв'язків та орієнтувань. Важливу роль відіграє логопедична робота по корекції вимови.

За умов проведення комплексної корекційної навчально-виховної та лікувальної роботи стає можливим виховання учнями з порушеннями опорно-рухового апарата програмою загальноосвітньої школи, що дає їм змогу продовжувати післяшкільне навчання. Так, матеріали спеціально проведених катамнестичних¹ досліджень свідчать, що чимало випускників спеціальних шкіл для дітей з порушеннями опорно-рухового апарата надалі закінчили технікуми та вузи (зокрема університети), здобувши вищу та середню спеціальну освіту з таких спеціальностей, як фінансово-економічна, медична, музично-художня, математична, філософська тощо. Абсолютна більшість випускників спеціальних шкіл даного типу, якщо і не продовжують післяшкільного навчання, працюють в різних сферах господарства і адаптовані досить успішно.

§ 2. Реактивні стани та конфліктні переживання у дітей

Відхилення в розвитку дітей, шкільна неуспішність, негативні зміни в поведінці можуть бути пов'язані з важкими психічними переживаннями дитини. Звичайно, далеко не кожне з них призводить до порушення нормального розвитку. Тут багато залежить від вагості та гостроти тієї ситуації, яка може спричинити вплив, що травмує, психіку дитини, тривалості тако-

¹ Катамнез (від грец. kata — після, тпетоінен — запам'ятовую) — в дефектології сукупність відомостей, які характеризують аномальну особу після певного періоду спостережень за нею; в даному випадку — після закінчення спеціальної школи.

го впливу, загального стану здоров'я дитини, її віку, індивідуальних особливостей.

Якщо ж ті або інші несприятливі ситуації, які важко переживає дитина, викликають у неї тимчасові нервово-психічні розлади, що не пов'язані з органічними або функціональними порушеннями центральної нервової системи, то такі розлади визначаються як *реактивні стани*. Ці стани виникають як *невротичні реакції* на надсильні для психіки подразники та виявляються по-різному: у вигляді *загальної депресії* (від лат. *depressio* — придавлення, пригноблення) — пригніченого стану, при якому все уявляється в похмурих кольорах; у *психомоторному збудженні*, коли дитина стає розгальмованою, метушливою, робить безцільні рухи, здійснює невмотивовані вчинки; у *розладах свідомості* за типом сутінкових станів, що проявляється у раптового, несподіваному більш чи менш тривалому замороченні свідомості та веде до порушення орієнтування в оточенні, здійсненні дій та вчинків, яких дитина не усвідомлює й згодом не може про них згадати.

При реактивних станах у дитини можуть виникнути безпідставні страхи, тривожність, іноді елементи замареного ставлення до дійсності, висловлювання, що не відповідають реальності та непіддатні корекції, тимчасові випадіння тих або інших функцій: глухота, мутизм (від лат. *mutus* — німий) — припинення мовного спілкування (мовчання) як невротична реакція на той чи інший подразник, занадто сильний для ослаблених кіркових клітин. З реактивними станами пов'язане також виникнення заїкання.

Реактивні стани можуть бути спричинені різними обставинами. До причин, що травмують психіку дитини, належать *енурез* (нетримання сечі), який виникає у фізично ослаблених та нервових дітей внаслідок потрясіння, переляку, тривалої психічної напруженості або соматичного захворювання, що виснажує організм. Дорікання, глузування, образи з боку дорослих та інших дітей викликають у дитини, яка страждає на енурез, почуття власної неповноцінності, боязливості, замкненості або агресивності, озлоблення.

Інші дефекти — *фізичні* (косоокість, кульгавість, горбатість та ін.) або *нервові* (заїкання, тики) — також можуть вкрай негативно відбитися на характері та поведінці дитини, особливо при неправильному, не-

товному ставленні з боку навколишніх. У дітей ви-ають різні небажані реакції, боязнь спілкування, ажання ходити до школи, роздратованість, упер-ь, що, в свою чергу, може призвести до зниження ішності, до нових дорікань, які ще більше посилю- невротичні прояви у характері та поведінці.

Невротичні реакції, зокрема на відчуття та суб'ек-не переживання власної неповноцінності, сприяють икненню у деяких дітей, а особливо в підлітків, *истичних* (від грец. autos — сам) нахилів, тобто та-о хворобливого стану психіки, при якому людина реджується на власних переживаннях, «входить у », втікає від реального оточення. На самоті вона льна до фантазій компенсаторного змісту: уявляє з вродливою, сильною, улюбленою іншими тощо. ихологічно це можна трактувати як своєрідну захис-реакцію особистості. Такого ж роду псевдокомпен-рними реакціями є й деякі вчинки, що зовні мають іальний характер: прогулювання уроків, втечі з у, намагання палити, вживати алкоголь, вести бро-ницьке життя.

Педагог повинен знати, що невротичні реакції час-е виникають у сором'язливих, несміливих, невпев-их у собі дітей. Педагоги та батьки повинні уваж-тактовно ставитися до дітей з невротичними риса-характеру і відповідними проявами у поведінці, ьністю до реактивних станів. Треба насамперед атися на наявні в них позитивні риси та можли-і, уважно і докладно з'ясовувати справжні причини ушення поведінки, максимально усувати ситуації, травмують психіку. Необхідна велика роз'ясню-ьна робота з іншими членами дитячого колек-у, в якому перебуває така дитина. Ефективним екційним засобом є залучення таких дітей та під-ів хоча б до елементарного самопізнання та само-вання з наданням їм посиленої педагогічної до-оги. В ряді випадків важливою є кваліфікована до-ога дитині з боку лікаря-психоневролога.

Порушення психічного розвитку у дітей можуть бу-юв'язані також із внутрішніми тяжкими *конфлікт-и переживаннями*, коли у свідомості дитини вини-і гостро відчувається суперечливе ставлення до зьких людей або до ситуацій, що мають для неї ве-е особисте значення.

Гакі внутрішні конфлікти мають соціальний харак-

тер і виникають у тих випадках, коли переживання дитини тривалі, важкі, коли вона постійно думає про цей нерозв'язний для неї конфлікт. За таких умов конфліктне переживання захоплює дитину цілковито, витісняючи інші інтереси та потреби, стає нібито центром всього її психічного життя.

У ряді випадків конфліктне переживання не тільки відчутно позначається на характерологічних якостях дитини та її поведінці, викликаючи двоїстість, суперечливість, грубість, замкненість, негативізм, роздратованість, підозрілість, а й може гальмувати розумовий розвиток.

Виникнення тяжких конфліктних переживань у дітей найчастіше пов'язане з несприятливою атмосферою в сім'ї (гострі та постійні конфлікти між батьками, розпад сім'ї, поява мачухи чи вітчима). Нерідко причиною таких переживань є зловживання батьків алкоголем та пов'язане з цим вкрай несприятливе для виховання суперечливе (від пестощів до жорстокості) ставлення до дитини.

Конфліктні переживання дітей можуть бути зумовлені й травмуючими ситуаціями, що складаються у школі. Наприклад, у свідомості дитини стикаються дві протилежні тенденції — з одного боку, вона любить навчання, товаришів, а з іншого — уникає школи, тому що вчителі їй постійно й необгрунтовано дорікають, скаржаться батькам, які, у свою чергу, карають її, тощо.

У такій ситуації в дитини може сформуватися двоїсте ставлення до навчання: хоча її й тягне до школи, вона пропускає заняття; хоч вона й важить думкою педагогів, проте озлоблена на них за несправедливі (хоча й у суб'єктивному сприйманні самої дитини) карання, тому грубить, чинить безпідставний опір зовнішнім впливам, демонстративно відмовляється виконувати вимоги. Все це призводить до нових дорікань, покарань, які дитина важко переживає. Проте виходу з цього «замкненого кола» вона самостійно не знаходить. І в таких випадках, природно, конфліктне переживання може вкрай негативно позначитися на характері, поведінці, успішності дитини.

На виникнення та якісні характеристики конфліктних переживань впливають індивідуальні особливості психічного розвитку дитини (її вразливість, коло інтересів, система ціннісних орієнтацій, стан нервової

теми), умови її виховання в сім'ї та дитячих умовах, стосунки з іншими дітьми та дорослими.

Корекційна робота, спрямована на виведення дитини з конфліктної ситуації та подолання недоліків її поведінки та характеру, що були нею зумовлені, передбачає глибоке вивчення справжніх причин відхилення поведінки, встановлення з дитиною тісного емоційного контакту, усунення чи максимальне послаблення факторів, що травмують психіку, залучення дитини до дитячого колективу, цікавої діяльності, яка сприяла розширенню та збагаченню її інтересів. У деяких ситуаціях необхідними є контакт з лікарем, призначення відповідного лікування, оскільки гострота конфліктних переживань може посилюватися внаслідок фізичного та нервового виснаження після перенесеного матичного захворювання.

Подолання негативних наслідків конфліктних переживань — справа досить нелегка та копітна, але за умов продуманої та наполегливої психолого-педагогічної роботи небажані відхилення в характері та поведінці таких дітей можуть бути повністю компенсовані. Основою для такого оптимістичного прогнозу є те, що порушення поведінки та характерологічні зміни в сфері цієї категорії не пов'язані з грубими структурними змінами особистості, мають не органічний, а функціональний характер, розвиваються на тлі першо-періодично неуразженої емоційно-вольової сфери та збереженого інтелекту.

§ 3. Діти з психопатичними формами поведінки

Порушення розвитку дітей можуть бути зумовлені такими формами психопатій. *Психопатією* (від грец. *psyche* — душа, *pathos* — хвороба) називають патологію психічної діяльності, що характеризується передусім дисгармонією в емоційно-вольовій сфері та в сфері інстинктів. Основними ознаками психопатії як патологічного складу характеру, розладу, ненормальності психіки є надмірно виражена неврівноваженість поведінки, погана пристосованість до умов зовнішнього середовища, невміння підкорюватись зовнішнім вимогам, підвищена реактивність.

Психопатію звичайно розглядають не як хворобу, як своєрідний аномальний перебіг розвитку дитини.

Водночас важливо враховувати, що не усяке порушення поведінки чи характерологічне відхилення в розвитку дитини має відношення до психопатії. Про неї йдеться лише в тих випадках, коли аномалії в характері та поведінці зумовлені *спадковими факторами* або *органічними ураженнями* підкіркових мозкових систем внаслідок шкідливих чинників на мозок під час внутрішньоутробного періоду або на ранніх етапах розвитку дитини.

Факторами, що викликають психопатії, можуть бути мозкові інфекції, алкоголізм батьків, токсоплазмоз, тривалі та тяжкі соматичні захворювання дитини. При цьому біологічні фактори, що зачіпають матеріальну основу психіки — мозок, слід розглядати лише як вихідні моменти, передумови, здатні викликати психопатичний розвиток дитини.

Вирішальну роль у виникненні та прояві типових характерологічних рис психопатій відіграють соціальні фактори, головним чином, умови виховання дитини. Якщо ці умови сприятливі, психопатичні риси розвитку можуть бути значною мірою компенсовані. Та навпаки — за несприятливих умов виховання у дитини-психопата розвиваються значні патологічні зміни в характері та поведінці.

Основні ознаки психопатичного розвитку належать до емоційно-вольової сфери дитини і є виявами дисгармонічного розвитку окремих психічних функцій. Ці вияви можуть бути різноманітними. В одних випадках діти схильні до надмірної вразливості, образливості, плаксивості, дражливості (*астенічні психопати*), постійних сумнівів і невпевненості в собі (*психастенічні психопати*). Цим дітям, зокрема, притаманна така риса, як вибіркова нав'язлива прихильність до якоїсь однієї людини з кола близьких при повній байдужості щодо інших. В інших випадках відмічають патологічний егоїзм, надмірно завищену самооцінку та рівень намагань, що є причинами конфліктів з іншими дітьми та дорослими.

Характерними рисами психопатичного розвитку є слабка воля, невміння стримувати себе відповідно до обставин, імпульсивність реакцій і подекуди — афективні спалахи. Так, безпідставні вибухи гніву або відчаю властиві збудливим психопатам.

Недорозвиненість емоційно-вольової сфери виявляється у дітей-психопатів і в певному зниженні праце-

тності, пов'язаному з невмінням доволіно зосеруватись, долати труднощі при виконанні завдань. Оце можна назвати і такі варіанти психопатичного витку, при яких дитина, навпаки, проявляє надмірнаполегливість на шляху до реалізації якоїсь мети, виникла у неї внаслідок потягу до утворення надних ідей (*параноїчні психопати*).

Як уже зазначалося, психопатичні порушення розку поділяють на органічні та конституційні психопатії.

При *органічній психопатії*, в основі якої лежить анічне ураження підкіркових мозкових систем, пеозвищеність особистості, порушення емоційно-вольо-сфери, які проявляються у вадах характеру та поінці, даються ознаки найвиразніше. При цьому вишно виникають такі ознаки дефектного розвитку, схильність до афективних вибухів, роздратованість, ртість, нестійкість та поверховість емоцій, приміність потягів та їх розгальмованість, невміння підити поведінку та діяльність вимогам ситуації. Як-своєчасно не докласти зусиль, спрямованих на коцію розвитку таких дітей, на початок шкільного у зазначені недоліки закріплюються, перетворивсь на стійкі характерологічні утворення, які, в свою гу, утруднюватимуть нормальне навчання та вихоня дитини в школі, призводячи до ряду вторинних силень розвитку — порушення навчально-пізнаваль-діяльності при первинно збереженому інтелекті, приятливої ушкодженої позиції в дитячому колекі. неправильного ставлення до дорослих. Усе це зводить до грубих порушень шкільної дисципліни оже стати причиною асоціальної поведінки дитини ганічною психопатією.

Корекційна робота з такими дітьми передбачає виання цілеспрямованості та планомірності діяльно-формування гальмівних реакцій, розвиток інтегуальних інтересів, навчання правильної самооцін-власної поведінки та діяльності. Важливо зспечити чіткий режим, постійний контроль, єдність ог до таких дітей. У роботі з ними необхідними є кійний, рівний тон, запобігання афективним вибу-. Велику роль відіграє правильно організована дова діяльність дітей, яка сприяє формуванню на-ок саморегулювання, цілеспрямованості дій. У ряді адків доцільне застосування спеціальних лікуваль-

них засобів, тому важливий постійний контакт педагога з лікарем-психоневрологом.

Окрім органічної психопатії, трапляються випадки так званої *конституційної психопатії*, при яких психопатичні стани в дітей зумовлені патологічною спадковістю. Наприклад, якщо хтось із батьків хворий на епілепсію, у дітей можуть проявлятися риси *епілептоїдної психопатії*. У таких дітей при первинно збереженому інтелекті та відсутності типових ознак епілептичного захворювання проявляються своєрідні особливості поведінки та характеру — тривала підвищена роздратованість, погане переключення з однієї ситуації чи дії на іншу, запальність, злостивість, агресивність щодо інших дітей, зосередженість на власних переживаннях, егоцентризм (від лат. ego — я і центр) — негативна риса характеру, що полягає в крайньому егоїзмі, індивідуалізмі. Водночас у них можуть спостерігатись й окремі позитивні риси — ретельність, цілеспрямованість, наполегливість у виконанні різних видів діяльності, що треба використовувати в корекційно-виховній роботі відповідно до важливого принципу опори на позитивне.

У сім'ях, де були хворі на шизофренію, можуть народжуватися діти з *шизоїдною психопатією*, своєрідність поведінки яких проявляється в одних випадках у пасивності, млявості, в других — у руховому занепокоєнні, в третіх — у надмірній вразливості. Загальними ознаками при шизоїдних рисах характеру є знижена потреба в спілкуванні, уникнення контактів з іншими членами дитячого колективу, замкненість у колі своїх інтересів. Може проявитися схильність до абстрактних розмірковувань. У ряді випадків має місце своєрідність моторної сфери — рухова неспритність, а також погана пристосованість до виконання практичної діяльності. Всі ці ознаки можуть поєднуватися з досить високим рівнем інтелектуального розвитку з переважанням абстрактного мислення над практичним¹. Проте загальна емоційна млявість, яка виявляється з самого раннього дитинства, відсутність потреби в спілкуванні, інтересу до іграшок, до практичної діяльності, а також характерологічні відхилення, що виникають пізніше, зокрема невпевненість у собі, замк-

¹ Слід урахувати, що наявність шизоїдних рис характеру ще не означає захворювання на справжню шизофренію.

ність, перепади у настрої, створюють труднощі не тільки у вихованні, а й у навчанні таких дітей.

Корекційна робота з ними передбачає різноманітні зусилля з розвитку моторики, практичних дій, залучення дитини до колективних форм діяльності, розширення її інтересів, активізацію позиції особистості, томогу у встановленні міжособових контактів.

Чим раніше розпочинається така робота, чим пролонгованішим є здійснюваний у її процесі індивідуальний вплив на вихованця з урахуванням особливостей його розвитку, тим з більшим успіхом компенсуються шкідливі стани та досягається гармонійний розвиток особистості дитини.

Труднощі в поведінці мають місце також у дітей-гіпопатів з *истеричними рисами характеру (демонстративно-истеричні психопати)*. Найхарактернішою рисою їхньої поведінки є егоцентризм — намагання за будь-яку ціну бути в центрі уваги, виставити свою особистість на перший план. Цим дітям властиві нестійкість настрою, підвищена навіюваність, зниження наполегливості та цілеспрямованості.

У стосунках з іншими дітьми та дорослими, в поведінці істероїдних дітей спостерігаються схильність до конфліктів, примхливість, вередування, роздратованість, подекуди гострі істеричні реакції, коли дитина з того щоб наполягти на своєму, лементує, плаче, падає на підлогу, б'є інших.

Корекційна робота в цих випадках базується на обмеженні сторонах особистості дитини — нормальності інтелекту, наявності тих чи інших здібностей, для розвитку яких треба створювати дитині спеціальні умови, прагненні до самоутвердження. Таким шляхом можна дати певний позитивний вихід егоцентричним тенденціям таких дітей і на цій основі коригувати їхню поведінку та характер. Багато уваги приділяють визначенню цілеспрямованої діяльності, формуванню в дитині почуття обов'язку, відповідальності, вміння враховувати та поважати інтереси інших, підкорятися законам колективу, вміння стримувати свої емоції, передбачати напади істерії та запобігати їм. Враховуючи те, що діти та підлітки з істеричною психопатією часто схильні до нездорового фантазування, брехні, в якій вони навмисно прикрашають свої досягнення, «героїчні вчинки» тощо, їх треба постійно, наполегливо, але тактично відучати від цього.

У підлітковому віці особливої уваги та контролю з боку педагогів та батьків потребують учні, в яких психопатія пов'язана з розгальмованістю потягів, коли якась потреба стає настільки сильною, що намагання її задовольнити підкорює собі весь спосіб життя підлітка. Зокрема, у дівчат (рідше — у хлопчиків) такою може стати патологічно підвищена сексуальність. Викликає серйозне занепокоєння і виражена схильність ряду підлітків до бродяжництва, алкоголізму, наркоманії та токсикоманії, крадіжок з елементами непереносності у задоволенні цих потягів. Якщо педагог спостерігає навіть пайперші тенденції в розвитку таких рис поведінки дитини, необхідне кваліфіковане психотерапевтичне втручання, а в разі загострення відповідного стану — направлення до психоневрологічного стаціонару. Адже такі підлітки належать до «групи ризику» з точки зору формування в них стійкої асоціальної, кримінальної поведінки.

У цілому в переважній більшості форм психопатичної поведінки за умов доцільного корекційно-виховного впливу в поєднанні (якщо це необхідно) з лікувальними засобами можна досягти значних успіхів у компенсації розвитку таких дітей.

Кілька порад слід дати педагогам масових навчально-виховних закладів щодо роботи з дітьми з психопатичними чи невротичними рисами, якщо такі потрапляють до числа їх вихованців.

Направляючи на консультацію чи лікування до психіатричного закладу, слід подавати педагогічну характеристику, — вона допомагає дитячому чи підлітковому психіатру знайти підхід до пацієнта. Такі характеристики повинні містити об'єктивні дані про успішність, характер, поведінку учня, його уподобання, стосунки з навколишніми тощо. Проте досвідчені психіатри звертають увагу на те, що характеризуючи саме школярів з психопатичними чи психопатоподібними рисами, педагоги подекуди відчувають роздратування й навіть злобу, і тому втрачають об'єктивність та почуття міри. «Тут дуже важливо зберегти холодний розум і не піддаватися емоціям. Якщо педагогу важко бути точним в аналізі стану свого підопічного, краще просто навести приклади вчинків школяра... Але педагог повинен не тільки констатувати те, що є в поведінці та характері учня. Він повинен у міру можливості підказати лікареві, чого насамперед слід позбавляти

, в якому напрямі слід проводити лікувальні заходи — наприклад, чи потрібно спочатку зменшити нестримість, гарячкуватість школяра, а потім уже зайнятися його вихованням, чи слід насамперед вилучити з ненормальних сімейних обставин, чи потребує цей пацієнт суворого докору чи, навпаки, ласкавого хвального слова. Лікар вбачає в дитині передусім ента: він швидко помічає патологічні компоненти цих іки, а на «нормальні» компоненти часто не звертає належної уваги. Ось саме тут педагог і повинен допомогти медикові, детально описавши всю сукупність психічних властивостей школяра. Від цього багато чому залежить своєчасна та правильна діагностика, лікування»¹.

Педагог має проводити роботу з батьками дитини — хопата чи невротика, якщо саме сімейні обставини спричиняють патологічний стан виховання, допомогти розв'язати конфліктну ситуацію, нормалізувати стосунки з дитиною. Якщо педагог виявить, що він сам чи його колеги є причиною виникнення психологічного дискомфорту дитини, йому слід критично поставитися до своєї поведінки, змінити її, покращити стосунки з учнем на основі взаємної довіри. Педагог повинен вміти «тримати язик за зубами» — адже він має велику інформацію про психічно хвору дитину, зібрену йому батьками та медиками. Якщо вчитель не зможе спекулювати нею, використовувати її на шкоду школяреві та його батькам, то він швидко втратить свій авторитет. Педагог ні в якому разі не повинен розповідати школярам про душевні захворювання вчителів, він має щадити хворих. Він повинен бути вищою мірою делікатним та обережним: адже в разі душевнохворих спостерігається підвищена чутливість, вразливість, підозрілість, вони хворобливо реагують, що навколишні дізнаються про їхні страждання і будуть їх висміювати. Тут ще більше необхідна чуйність педагога, його такт, гнучкість, педобачливість. Педагог, звичайно, має бути добрим, але не добреньким: коли це є необхідним, він повинен бути вимогливим і навіть суворим. Діти потребують постійного виховання, душевно нездорові — тим більше.

¹ Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии. — М., 1986. — 203.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Назвіть основні причини порушень опорно-рухового апарату у дітей. Як ці порушення відбиваються на особливостях розвитку дитини?

2. Схарактеризуйте головні напрями корекційно-виховної роботи при порушеннях опорно-рухового апарату у дітей та вимоги до такої роботи.

3. У чому полягають особливості розвитку дітей з реактивними станами та конфліктними переживаннями? Назвіть причини цих станів.

4. Наведіть приклади ситуацій із шкільного життя дитини, які можуть травмувати її психіку. Що повинен зробити педагог для попередження таких ситуацій або зменшення шкідливості їх впливу на особистість учня?

5. Дайте визначення психопатії, назвіть її основні ознаки. Чи завжди є підстави при зовнішніх розладах поведінки говорити про справжню психопатію? А коли такі підстави є?

6. Схарактеризуйте особливості поведінки дітей при різних проявах психопатій та обґрунтуйте специфіку індивідуального корекційно-виховного підходу в окремих випадках.

7. Розкажіть про загальні вимоги до діяльності педагога, якщо в дитячому колективі є дитина з психопатичними, психопатологічними або невротичними рисами особистості та поведінки.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии.— М., 1986.

Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии.— М., 1973.— С. 67—111.

Данилова Л. А. Коррекционная работа при обучении детей с церебральными параличами // Дефектология. — 1972. — № 4.

Кузьмина В. К. Дети с расстройствами поведения.— К., 1981.

Розділ 6. УСТАНОВИ ДЛЯ АНОМАЛЬНИХ ДІТЕЙ. КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ДІТЕЙ ДО СПЕЦІАЛЬНИХ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИХ ЗАКЛАДІВ

§ 1. Принципи організації системи спеціальних закладів для аномальних дітей

Історія суспільного виховання й навчання аномальних дітей у Росії починається з другої половини ХІХ ст. Так, на початку 80-х років ХІХ ст. існувало тільки одне Санкт-Петербурзьке училище для сліпих, три училища для глухих і кілька притулків та приватних шкіл для розумово відсталих дітей, де виховувалося і навчалася не більше двох тисяч вихованців.

До початку ХХ ст. лише у двох допоміжних школах дітям надавали логопедичну допомогу. За відомостями кінця ХІХ ст. кількість аномальних дітей, які потребували суспільної допомоги, досягала 600 тис. (у тому числі сліпих — 250 тис., глухих — 150 тис., недомкуватих у важкому ступені — 200 тис.).

Проблема навчання і виховання аномальних дітей вперше обговорювалася в 1896 р. на 2-му з'їзді представників професійної й технічної освіти, де було створено секції навчання сліпих, глухонімих і ненормальних дітей. Тут розглядалися питання суспільного становища аномальних дітей у Росії, привернення уваги уряду і громадськості до виховання глухих, сліпих і розумово відсталих дітей, розширення мережі спеціальних закладів та поліпшення їх стану. Це, по суті, був перший з'їзд дефектологів Росії. Учасники з'їзду підтвердили, що піклування про аномальних дітей — обов'язок суспільства. Вони визначили не тільки основні форми допомоги цим дітям, а й типи і структуру установ для них — як шкільних, так і дошкільних. При розв'язанні цих питань було враховано досвід роботи зарубіжних установ для аномальних дітей.

Установи для аномальних дітей існували, як правило, на благодійницькі кошти, мали яскраво виражений філантропічно-опікунський характер і охоплювали лише незначну кількість дефективних дітей. Усе це створювало великі труднощі й перешкоди для їхньої діяльності й розвитку.

Враховуючи своєрідність розвитку цієї категорії учнів, дефектологія конкретизує загальні підходи до організації народної освіти в деяких спеціальних принципах, які стосуються навчання і виховання осіб з різними відхиленнями в психофізичному розвитку.

Сучасною дефектологією науково обґрунтований і послідовно реалізується на практиці принцип *диференційованості* системи закладів для аномальних дітей.

Відповідно до нього для кожної категорії дітей з відхиленнями в розвитку створено спеціальні заклади, наприклад дитячі садки і школи-інтернати для дітей з глибокими порушеннями зору, дошкільні і шкільні заклади для глухих і туговухих дітей, дошкільні заклади і допоміжні школи-інтернати для розумово відсталих дітей, дитячі садки і школи для дітей з важкими розладами мови та ін.

Система спеціальних закладів пройшла складний шлях розвитку. На її формування впливали соціально-політичні й економічні умови, наукові досягнення в галузі дефектології, здобутки практики. У світлі вимог життя на тому чи іншому етапі розвитку суспільства змінювалися завдання спеціальних шкіл, структура їх, вдосконалювався зміст, організаційні форми, система й методи навчання. Незмінним залишалось положення про те, що лише шляхом спеціально організованого процесу навчання можна забезпечити підготовку осіб з вадами фізичного і розумового розвитку до активної участі в трудовій діяльності і громадсько-політичному житті.

Створення й розвиток диференційованої системи закладів для аномальних дітей є важливим досягненням теорії і практики дефектології.

Готуючи своїх вихованців до самостійного трудового життя в умовах звичайного соціального оточення, прагнучи створити для аномальних дітей передумови для їхнього подальшого навчання, спеціальні школи організовують свою роботу згідно з принципом *урахування особливостей навчання дітей з дефектами відповідно до вимог загальноосвітньої (масової) школи*. Це означає, що в різних типах спеціальних шкіл для аномальних дітей школярі здобувають таку загальноосвітню підготовку, яка відповідає вимогам до навчання в масовій школі, проте при цьому враховуються можливості оволодіння певним обсягом загальноосвітніх знань, вмінь і навичок учнями з тим або іншим відхиленням у розвитку.

У різних організаційних варіантах особи з глибокими дефектами слуху, зору, мови, опорно-рухового апарата мають можливості здобути загальну середню освіту, що дає їм змогу продовжувати навчання у вищих навчальних закладах на загальних підставах.

Повноцінна підготовка вихованців спеціальних шкіл до самостійного життя неможлива без оволодіння ними певною трудовою професією. У зв'язку з цим спеціальні школи організовують свою роботу на основі принципу *поєднання загальноосвітнього і професійно-трудового навчання*. Це означає, що в старших класах спеціальних шкіл, поряд із здобуттям знань з основ наук, передбачено трудову підготовку учнів як кваліфікованих робітників за обраною професією. Для цього в навчальних планах спеціальних шкіл усіх типів

значна кількість годин відводиться на професійно-трудове навчання старшокласників, виробничу практику їх на підприємствах.

В організації системи спеціальних закладів для аномальних дітей діє принцип *урахування вікових особливостей вихованців*. Відповідно до цих особливостей усі заклади для дітей з дефектами розумового та фізичного розвитку поділяються на три типи:

1) дошкільні заклади (дитячі садки, дитячі будинки для дошкільників, дошкільні відділення при спецшколах, групи при масових дитячих садках);

2) школи-інтернати для різних категорій аномальних дітей;

3) вечірні, очно-заочні школи для дорослих, виробничо-технічні училища, технікуми (або спеціальні групи при звичайних технікумах).

У системі спеціальних закладів для аномальних дітей закладено ідею створення оптимальних умов для реалізації принципу *всебічного сприяння навчально-виховного процесу розв'язанню завдань корекції і компенсації недоліків розвитку дітей*. Лише за умови повноцінного розв'язання цієї задачі спеціальні заклади можуть домогтися позитивних результатів у підготовці вихованців до самостійного життя.

§ 2. Типи установ для аномальних дітей

Спеціальні навчально-виховні заклади здійснюють навчання дітей і дорослих з різними аномаліями слуху, зору, мови, інтелекту, рухів, а також дітей з комплексними порушеннями розвитку. Більша частина цих закладів належить до системи Міністерства освіти (спеціальні дитячі садки і школи, спеціальні вечірні школи для дорослих), деякі — до системи Міністерства соціального забезпечення (дитячі будинки для глибоко розумово відсталих дітей і для сліпоглухонімих), а окремі підпорядковані Міністерству охорони здоров'я (клініки для дітей і дорослих з порушеннями мови і логопедичні кабінети при поліклініках, школи-санаторії для дітей з порушеннями психічного розвитку).

У спеціальних навчально-виховних закладах аномальні діти здобувають залежно від типу шкіл початкову, неповну середню, а деякі — середню освіту.

Навчання і виховання дітей з порушенням слуху здійснюється в двох типах спеціальних загальноос-

вітніх шкіл-інтернатів: для глухих дітей та тих, що погано чують (туговухих), і пізньооглухлих дітей (у двох відділеннях).

Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для глухих дітей є навчально-виховними закладами, які розв'язують питання виховання, загальноосвітньої і трудової підготовки глухих школярів, а також корекції і компенсації недоліків їхнього розвитку. Ці школи мають у своєму складі 1—10 класи і підготовчий клас для дітей, які не одержали організованої дошкільної підготовки до навчання у школі. Глухі діти, навчаючись у школі-інтернаті, здобувають освіту в обсязі неповної середньої загальноосвітньої школи. Учні випускного класу складають екзамени, і їм видають свідоцтво за неповну середню школу.

Школа-інтернат для глухих дітей, враховуючи особливості їхнього розвитку, розв'язує спільні із загальноосвітньою школою навчальні й виховні завдання, дає загальноосвітню, політехнічну і трудову підготовку. Особлива увага приділяється формуванню і розвитку словесної мови і словесно-логічного мислення, а також розвитку залишкового слуху, корекційній і компенсаційній роботі.

Робота з формування і розвитку зрозумілої усної мови глухих учнів, розширення активної мовної практики здійснюється на всіх уроках і в позакласний час.

Різноманітна трудова діяльність учнів — від самообслуговування і уроків предметно-практичного навчання до уроків трудової підготовки — посідає провідне місце в навчально-виховній роботі. При школах для глухих створено допоміжні класи для розумово відсталих (дебілів) глухих дітей (1—9 класи) та класи для глухих дітей з порушеннями опорно-рухового апарата.

Лікувально-профілактичну, санітарно-гігієнічну і консультативну роботу в школі-інтернаті здійснюють лікарі-спеціалісти (оториноларинголог, психоневролог, педіатр) і медсестри. Ця робота спрямована на максимальне збереження залишкового слуху дітей. Вона передбачає нагляд за динамікою слухової функції кожного учня, рекомендації щодо застосування звукопідсилювальної апаратури.

Спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей з ослабленим слухом і пізньооглухлих є навчально-

Виховними закладами, які здійснюють виховання, загальноосвітню і трудову підготовку, подолання наслідків зниження слуху й мовної недорозвиненості цієї категорії дітей. Такі школи мають два відділення: перше — для дітей з легкою недорозвиненістю мови внаслідок порушення слуху. Це діти, які практично володіють мовою з незначними порушеннями фонематичної і граматичної її будови, звуко-буквеного складу слів; друге відділення — для дітей з глибокою недорозвиненістю мови. У таких дітей при обмеженому запасі слів і вкрай спотвореній вимові грубо порушена граматична будова мови.

Випускники першого і другого відділень шкіл для дітей з ослабленим слухом здобувають освіту в обсязі неповної середньої школи.

У школах цього типу при першому чи другому відділенні (залежно від рівня мовного розвитку) можуть бути відкриті класи для учнів, які поряд з дефектами слуху мають порушення інтелекту або опорно-рухового апарата.

Для дітей з дефектами слуху дошкільного віку організовано спеціальні дошкільні заклади. Робота цих закладів, які комплектуються з урахуванням мовної підготовки, стану слуху і віку, поряд із загальним і розділами виховання передбачає формування мови, вимови, компенсацію і корекцію недоліків розвитку.

Навчально-виховна робота в цих школах-інтернатах максимально спрямована на розв'язання загальноосвітніх завдань та забезпечення професійної підготовки. Реалізація цих завдань в умовах спеціального навчання сприяє подоланню мовної недорозвиненості і пов'язується з формуванням, розвитком і корекцією словесної мови як засобу спілкування і знаряддя мислення. Методи, які застосовують педагоги, повинні стимулювати дітей до активної мовної діяльності, розвитку слухового сприймання і навичок читання з губ. Усі класи школи обладнані звукопідсилювальною апаратурою, яка допомагає ефективнішому сприйманню матеріалу уроку і поліпшує вимову учнів. Корекційна робота з подолання мовного недорозвинення і зумовлених ним специфічних особливостей загального психічного розвитку здійснюється на всіх уроках і у позанавчальний час.

Спеціальні дошкільні й шкільні заклади створено й для дітей з глибокими порушеннями зору. Ці діти на-

вчаються в школах-інтернатах для сліпих і для слабозорих.

Перший тип спеціального загальноосвітнього закладу забезпечує навчання і виховання, загальний розвиток, трудову підготовку сліпих дітей з повною втраченою зору (вони становлять 6—8 %) або тих, що мають залишки зору (до 0,04 нормального зору), а також з більш високою гостротою центрального зору (0,05—0,08), але з такими офтальмологічними захворюваннями, які ведуть до прогресуючого зниження зору.

Абсолютно (тотально) сліпі діти користуються в навчальній роботі тактильно-кінестетичними і слуховими засобами сприйняття навчального матеріалу і орієнтації в просторі.

Діти із залишками зору, з гостротою зору в межах від 0,01 до 0,04 в основному користуються зорово-кінестетичними і слуховими засобами сприйняття і орієнтації.

Враховуючи велике значення залишкового зору для психічного і фізичного розвитку таких дітей, у школах створюють оптимальні умови, які дозволяють багатьом з них користуватися зором при деяких видах робіт. Це сприяє розвитку функції залишкового зору та підвищенню можливостей зорового сприймання (при деяких клінічних формах порушення зору). Учні цієї школи перебувають під постійним наглядом лікаря-офтальмолога, психоневролога і педіатра.

Існують два типи шкіл-інтернатів для сліпих дітей: десятирічна, яка дає освіту в обсязі основної середньої загальноосвітньої школи, і дванадцятирічна, яка дає загальну середню освіту.

У школі для сліпих діти здобувають політехнічну освіту і професійну підготовку.

Зміст навчання в школі для сліпих в основному відповідає змістові навчання в масовій школі, але з деяким збільшенням часу на вивчення програмового матеріалу. Разом з цим ряд дисциплін (фізичне виховання, виробнича підготовка, рельєфне малювання і креслення тощо) мають спеціальні програми.

Корекційно-виховна робота спрямована на подолання вторинних відхилень у розвитку сліпих дітей і здійснюється за допомогою спеціальних прийомів навчання, спеціального обладнання, навчальних посібників і тифлотехнічних засобів.

У школах-інтернатах для дітей з ослабленим зором

навчаються і виховуються діти з гостротою зору 0,05—0,4, а також діти з більш високою гостротою зору залежно від характеру офтальмологічних захворювань та вміння дитини користуватися слабким зором. До шкіл-інтернатів для слабозорих дітей належать десятирічні загальноосвітні школи, які відповідають масовим неповним середнім, і дванадцятирічні середні школи з виробничим навчанням, які забезпечують підготовку в обсязі масової середньої школи.

У школах для дітей з ослабленим зором створено умови для охорони, зміцнення, розвитку зору, проводиться корекційна робота, спрямована на виправлення вторинних недоліків загального психофізичного розвитку слабозорих дітей, активізацію їхніх компенсаторних процесів.

Успіх навчання і виховання слабозорих дітей залежить від умов зорової роботи. В класі використовують спеціальний навчальний і наочний матеріал, спеціальні оптичні й технічні засоби і методи навчання, спрямовані на корекцію спотворених зорових уявлень дітей. Шкільне обладнання пристосоване до індивідуальних особливостей зору дітей: підвищене освітлення (але не більше 500 лк), спеціальна конструкція парт з рухомою похилою кришкою, підручники для масової школи, надруковані великим шрифтом, зошити з особливою розліповкою.

Сліпі й слабозорі діти з порушеним інтелектом навчаються в допоміжних класах, які створені при відповідних школах-інтернатах.

Дошкільне виховання дітей з важкими порушеннями зору здійснюється в спеціальних дитячих садках, де з дітьми проводиться кваліфікована медико-офтальмологічна і корекційно-педагогічна робота.

Логопедичні заклади для дітей з мовними порушеннями належать до системи народної освіти і охорони здоров'я. В системі охорони здоров'я при поліклініках функціонують логопедичні й слухомовні кабінети, які обслуговують дітей дошкільного віку та дорослих, а також в ряді випадків і дітей шкільного віку. Спеціальні заняття, в процесі яких усуваються різні мовні порушення, проводять вчителі-логопеди.

Спеціалізована медико-педагогічна допомога надається дітям-логопатам по лінії Міністерства охорони здоров'я і в логопедичних стаціонарах при психоневрологічних диспансерах і деяких лікарнях. У цих уста-

новах групова та індивідуальна логопедична робота здійснюється вчителями-логопедами з урахуванням характеру і причин мовних порушень, особливостей психічного розвитку дітей. Ефективності логопедичної роботи сприяють медикаментозні, психотерапевтичні та фізіотерапевтичні заходи. Такий комплексний корекційний лікувально-педагогічний вплив на важкі мовні порушення (різні форми алалій і афазій, дизартрій і ринолалій, аграфій і дисграфій, заїкання тощо) триває від трьох місяців до року.

Більшість дітей, які страждають на патологію мови, одержують допомогу в системі установ народної освіти. Це спеціальні логопедичні дитячі садки або логопедичні групи при звичайних дитячих садках, де корекція недоліків мови починається з раннього віку.

Для дітей шкільного віку з різними мовними порушеннями, які перешкоджають їхньому навчанню в масовій школі, створюються логопедичні пункти при одній із масових шкіл району з метою надання логопедичної допомоги всім школярам, що її потребують. Учитель-логопед здійснює логопедичне обстеження учнів загальноосвітніх шкіл, які прикріплені до його логопункту. Крім виявлених при обстеженні, на логопедичний пункт приймають також дітей з недоліками мови за направленнями лікарів районної поліклініки, вчителів, за звертаннями батьків.

Логопедичні заняття з усунення недоліків усної і писемної мови учнів в логопедичних пунктах проводяться, головним чином, у групах відповідно до характеру мовного порушення. Індивідуальні заняття ведуться з дітьми, які не підготовлені до групової роботи. Заняття проводяться регулярно три рази на тиждень у контакті з батьками і шкільними вчителями.

Діти, які через важкі мовні дефекти не можуть вчитися в масовій школі, навчаються у *спеціальних школах-інтернатах для дітей з важкими розладами мови*. В цих школах навчаються діти з первинно збереженим інтелектом, які страждають на алалію, афазію, важку дизартрію і дислалію, алексію, аграфію, різко виражену дисграфію і важку форму заїкання. Такі школи мають два відділення. В першому відділенні — з 10-річним строком навчання і з підготовчим класом для дітей, які не пройшли спеціальної дошкільної підготовки, — вчаться діти з важкою загальною недорозви-

неністю мови. У другому — з 10-річним строком навчання — вчать лише діти з важкою формою заїкання при нормальному загальному розвитку інших сторін мови.

Учні шкіл-інтернатів цього типу (першого і другого відділень) здобувають освіту в обсязі неповної середньої загальноосвітньої школи.

Головне завдання школи-інтернату полягає в корекції дефектів усної і писемної мови, відхилень у психічному і фізичному розвитку учнів, закріпленні мовних навичок, активізації мовних форм спілкування.

Контингент учнів школи-інтернату наприкінці кожного навчального року переглядається. Педагогічна рада з висновками медико-педагогічної комісії розв'язує питання про переведення деяких учнів до масової школи (в міру усунення, ослаблення мовного дефекту) або спеціальної школи іншого типу.

Розумово відсталі діти становлять найчисленнішу категорію аномальних дітей і залежно від ступеня і характеру інтелектуальної недорозвиненості навчаються в спеціальних навчально-виховних закладах, які входять до системи народної освіти або соціального забезпечення.

В Україні створено диференційовану систему спеціальних дошкільних закладів для розумово відсталих дітей. Для дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю в ступені дебільності організуються спеціальні допоміжні дитячі садки; за певних умов дошкільні групи створюються при допоміжних школах. Основна мета цих закладів — фізичний, розумовий і моральний розвиток, а також підготовка до навчання в допоміжній школі з урахуванням індивідуальних можливостей кожної дитини. Корекційно-виховна робота в дошкільних закладах спрямована на подолання і попередження дефектів розвитку.

Для розумово відсталих дітей шкільного віку відкрито спеціальні загальноосвітні школи-інтернати (допоміжні школи). В них навчаються діти із зниженим інтелектом в ступені дебільності. За дев'ять років навчання допоміжна школа забезпечує загальноосвітню підготовку (приблизно в обсязі початкової масової школи), професійно-трудове навчання і оволодіння доступною професією (столярною, слюсарною, картонажно-палітурною, малярно-штукатурною, швейною справою, сільськогосподарською та ін.). Трудове навчання поси-

дає значне місце в навчальному процесі і є одним із розділів роботи школи з підготовки учнів до самостійного життя і суспільно корисної діяльності. Навчання ручної праці в молодших класах, професійно-трудова навчання старшокласників різним видам промислової і сільськогосподарської праці, виробниче навчання у випускному класі розв'язують у допоміжній школі спеціальні завдання соціальної адаптації і реабілітації.

Для дітей з глибокими ступенями розумової відсталості (імбецилів, ідіотів) у системі соціального забезпечення організовано дитячі будинки, до яких приймають дітей віком від 4 до 18 років. У дитячих будинках для глибоко розумово відсталих дітей проводиться робота з їх психофізичного розвитку, прищеплення елементарних трудових умінь, навичок самообслуговування, додержання санітарно-гігієнічних вимог. У дітей-імбецилів завдяки спеціальному навчанню вдається сформувати елементарні загальноосвітні знання і вміння (читання, письмо, лічби); при постійній допомозі й організації їхньої діяльності вони здатні навчитися виконувати нескладні трудові завдання — картонажні роботи, ручну роботу в саду, на городі.

Діти дошкільного віку з глибоким ступенем розумової відсталості (в ступені імбецильності) або ускладненою формою дебільності (дитячим церебральним паралічем, вираженою психоподібною поведінкою, хворобою Дауна, шизофренією та ін.) направляються до закладів системи соціального забезпечення (спеціальних інтернатів) або системи охорони здоров'я (спеціальних ясел для дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи, спеціальних психоневрологічних санаторіїв).

Дітей з найважчим ступенем розумової відсталості (ідіотів) надсилають до колоній психохроніків системи охорони здоров'я.

Розумово відсталі діти, які страждають на психічні захворювання, залежно від стану перебувають в дитячих психоневрологічних стаціонарах або в дитячих відділеннях психіатричних лікарень.

У зв'язку з реалізацією завдань диференційованого навчання аномальних дітей виникла проблема навчання *дітей із затримкою психічного розвитку*. Для них відкрито спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, де здійснюється освіта в обсязі неповної середньої

масової школи. До цих шкіл приймають дітей до підготовчого і 1—2 класів. Поряд із загальноосвітньою підготовкою тут здійснюється комплексна лікувально-профілактична, санітарно-гігієнічна робота, а також корекційні групові й індивідуальні заняття з метою подолання недоліків психофізичного розвитку. Важливе значення у роботі з такими дітьми має принцип диференційованого підходу на основі даних психолого-педагогічного і клінічного обстеження дитини.

Після закінчення початкового навчання і в міру корекції дефектів розвитку діти можуть переводитися до масової загальноосвітньої школи. У випадках стійких форм затримки психічного розвитку діти залишаються в спеціальній школі на весь строк навчання.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарата навчаються в спеціальних школах-інтернатах. Навчання, виховання і лікування таких дітей проводиться з урахуванням стану здоров'я, рухових можливостей, медичних рекомендацій. Лікувально-оздоровчу і реабілітаційну роботу ведуть лікарі-спеціалісти (ортопед, психоневролог, педіатр, фізіотерапевт), інструктор-методист з лікувальної фізкультури, масажист, логопед. Ця комплексна лікувальна робота скерована на максимальне відновлення функціональних можливостей учнів, на підготовку їх до трудової діяльності.

У школах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарата здійснюється трудова терапія, спрямована на відновлення або компенсацію рухових порушень. У кожному класі передбачено індивідуальні заняття з корекції порушень. До розкладу включено групові та індивідуальні заняття з лікувальної гімнастики та з вчителем-логопедом. Навчання здійснюється за навчальними програмами масової школи. Трудове навчання і заняття фізкультурою ведуться за спеціальними програмами.

У міру відновлення здоров'я рішенням медико-педагогічної комісії учнів можна переводити до масових шкіл. Для розумово відсталих дітей у ступені дебільності з порушеннями опорно-рухового апарата при школі створюються спеціальні допоміжні класи, в яких навчання ведеться за програмами допоміжної школи. Для дітей віком від 2 до 7 років існують спеціальні дитячі дошкільні заклади, в яких вони одержують загальний розвиток, коригуюче виховання, відновлення порушених функцій, готуються до навчання в школі.

Сліпоглухонімі діти навчаються в спеціальних закладах. Як уже зазначалося, навчання і виховання таких дітей за спеціальною методикою, розробленою І. П. Соколянським та О. І. Мещеряковим, допомагає їм досягти значних успіхів у психічному розвитку.

§ 3. Принципи і організація комплектування спеціальних установ для аномальних дітей

Однією з проблем перебудови системи спеціального навчання є відбір аномальних дітей до спеціальних шкіл і дошкільних закладів, тобто науково обгрунтоване і організаційно вдосконалене їх комплектування. Воно залежить від кваліфікованого диференційованого підходу до відбору дітей з різними аномаліями в розвитку, які перешкоджають навчанню в масовій школі. Адже якщо дитину помилково направити до закладу, тип якого не відповідає особливостям її розвитку, їй можна нанести шкоду.

При комплектуванні спеціальних закладів існують певні труднощі, пов'язані з тим, що при різних аномальних станах спостерігаються схожі прояви у пізнавальній діяльності дітей. Наприклад, у дитини, що слабо чує, як вторинні ознаки дефекту можуть виникнути такі порушення мовного розвитку і пізнавальної діяльності, які іноді помилково розцінюють як ознаки первинної розумової відсталості. Зрозуміло, що при направленні такої дитини до допоміжної школи умови навчання і виховання у цьому закладі гальмуватимуть її розвиток. Таким чином, перш ніж направляти дитину до відповідного навчального закладу, спеціалісти повинні розібратися в структурі її дефекту, визначити первинні симптоми, з'ясувати їх причини.

Система раціонального комплектування спеціальних закладів перебуває у прямій залежності від методів ранньої диференційованої діагностики аномалій розвитку.

Дефектологія досягла значних успіхів у методах виявлення і оцінки порушень слуху, зору, опорно-рухового апарата на ранніх етапах розвитку дитини. Поряд з цим у діагностиці порушень розумового розвитку за останні десятиріччя мало що змінилося, хоча діти з вадами інтелектуального розвитку становлять 80 % усіх аномальних дітей, а при порушеннях слуху, зору, опорно-рухового апарата все частіше відмічаються й

недоліки розумового розвитку як додатковий дефект. У цьому випадку має місце ускладнений дефект, а не його вторинний прояв у вигляді порушення інтелекту. Особливі труднощі являє розрізнення розумово відсталих дітей і дітей з затримкою психічного розвитку.

Дефектологією розроблено систему принципів добору дітей до спеціальних навчально-виховних закладів. Основні з них такі:

1. *Принцип комплексності* обстеження дитини означає, що достовірний висновок щодо особливостей її дефекту може бути зроблено лише на підставі спільного висновку різних спеціалістів (педагога-дефектолога, логопеда, психолога, лікаря-психоневролога або психіатра, оториноларинголога, офтальмолога і лікарів інших спеціальностей, якщо це необхідно). В ході обстеження визначається характер психічних відхилень, стан слуху, зору, мови, фіксуються особливості пізнавальної діяльності й емоційно-вольової сфери дитини. Спільне обговорення даних медичного і психолого-педагогічного обстежень дитини необхідне для правильного визначення типу установи, до якої вона повинна бути направлена.

2. *Принцип всебічності і цілісності* передбачає вивчення причин аномального стану і структури дефекту (залежність, взаємозв'язок, взаємозумовленість його проявів), тому що окремі прояви і симптоми не дають повної картини аномалії розвитку дитини. У ході обстеження аналізуються особливості кожного пізнавального процесу дитини (сприймання, предметно-практичного, наочно-образного, словесно-логічного мислення, логічної пам'яті, уяви); мовний розвиток (активний і пасивний словниковий запас, граматична будова мови, розуміння мови та ін.); просторова орієнтація; емоційно-вольова сфера; увага; інтереси, критичність і самокритичність, самостійність; фізичний розвиток, розумова працездатність, сформованість шкільних знань і навичок. Усебічне й цілісне вивчення дитини надає змогу визначити структуру дефекту, відмежувати її первинні й вторинні ознаки, збережені та більшою чи меншою мірою вражені сторони розвитку, встановити зв'язки між різними особливостями в картині аномального розвитку.

3. Відповідно до *принципу динамічності* вивчення дитини обстеження організується таким чином, щоб виявити потенційні можливості її розвитку, а не тіль-

ки ті особливості, які відображають вже сформовані здібності. Продуктивним способом динамічного вивчення є надання дитині в процесі обстеження різноманітних видів педагогічної допомоги. При цьому звертається увага на те, як дитина використовує ту чи іншу допомогу, чи переносить показаний дорослим спосіб розв'язання на виконання аналогічних нових завдань. Таким чином, динамічне вивчення дитини передбачає якісний аналіз різноманітних видів її діяльності — як самостійної, так і здійснюваної за допомогою педагога. Все це дає можливість визначити не тільки рівень актуального розвитку, а й зону ближнього розвитку дитини, що має важливе значення для диференційованої діагностики, зокрема з метою більш точного відмежування розумової відсталості від станів, подібних до неї за деякими проявами особливостей пізнавальної діяльності.

4. У процесі обстеження дитини важливо додержуватися *принципу індивідуального підходу*, який означає, що з обстежуваною дитиною необхідно встановити контакт, створити масимально сприятливі умови для діяльності з урахуванням її стану на момент обстеження, різних індивідуальних особливостей. Це дає змогу попередити помилки у визначенні діагнозу, які можуть бути пов'язані з тим, що дитина надмірно замкнута у незвичній для неї обстановці або дуже схвильована.

Ці принципи забезпечують достатньо високий теоретичний рівень комплектування навчально-виховних закладів для аномальних дітей, відповідають основним методологічним позиціям дефектології.

Практичне комплектування спеціальних закладів, тобто відбір аномальних дітей, здійснюють *медико-педагогічні комісії*. Ці комісії працюють при обласних управліннях народної освіти (залежно від конкретних умов вони можуть створюватись на міському і районному рівнях). До складу такої комісії входять: представник відділу народної освіти — на правах голови комісії; представники обласних відділів охорони здоров'я і соціального забезпечення; лікарі (психоневролог або психіатр), педагог-дефектолог, логопед, психолог.

Діти з різними відхиленнями в розвитку (порушеннями слуху, зору, мови, розумового розвитку, опорно-рухового апарата) направляються районними лікувальними закладами, дитячими садками, масовими

школами, батьками. На засіданні комісії розглядаються такі документи: педагогічна характеристика дитини, її письмові роботи (для тих, хто навчається в школі), виписка з історії розвитку дитини із висновком лікаря-педіатра про загальний стан здоров'я дитини; психоневролога — з характеристикою розумового розвитку дитини з обґрунтованим діагнозом; оториноларинголога — з даними обстеження стану слухової функції і органів, які беруть участь в акті мови; офтальмолога — з характеристикою органів зору; ортопед — для дітей з порушеннями опорно-рухового апарата.

З метою комплексного всебічного вивчення дитини медико-педагогічні комісії використовують різні методи психолого-педагогічного обстеження: бесіду з дитиною, спостереження за її діяльністю (зокрема ігровою), аналіз стану шкільних знань і навичок (читання, письма, лічби, розв'язування задач), експериментальне дослідження пізнавальних процесів (завдання на порівняння, узагальнення, класифікацію).

На комісію запрошуються батьки дитини або особи, що їх замінюють. У бесіді з ними члени комісії з'ясовують детальний анамнез дитини, тобто відомості про історію її розвитку на різних етапах (включаючи вагітність і пологи), про спадковість, перенесені захворювання, особливості розвитку мови, моторики, навчання, поведінки. Анамнестичні відомості значною мірою допомагають встановити діагноз дитини.

У випадках, коли медико-педагогічна комісія на основі одноразового обстеження не може встановити остаточний діагноз, дитина направляється до спеціальної школи (допоміжної) строком не більше одного навчального року в діагностичний клас, де вона проходить глибше і триваліше обстеження. У своїй роботі медико-педагогічні комісії керуються відповідними інструкціями щодо прийому аномальних дітей до різних типів закладів.

Найскладніші в діагностичному відношенні і конфліктні випадки за поданням обласних медико-педагогічних комісій розглядає *Республіканська медико-педагогічна комісія*, до складу якої входять кваліфіковані спеціалісти (дитячий психоневролог або психіатр, оториноларинголог, офтальмолог, ортопед, педагог-дефектолог, логопед, психолог), представники міністерств освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення. Висновок цієї комісії є остаточним.

Вивчення рівня підготовленості направлених до школи дітей та розподіл їх по класах здійснюють *шкільні медико-педагогічні комісії*.

Дослідження особливостей розвитку аномальних дітей покликані сприяти вдосконаленню теорії і практики відбору до відповідного спеціального закладу. Ця проблема має важливе значення і для поліпшення роботи масових шкіл і дитячих садків, оскільки некомпетентний відбір дітей і незадовільна діагностика аномального розвитку зумовлюють необгрунтоване навчання в масовій школі учнів, які потребують направлення до спеціальних закладів. Навчання таких дітей у масовій школі, з одного боку, ускладнює і дезорганізує навчально-виховну роботу педагогів з нормальними дітьми, а з іншого — прирікає дітей із відхиленнями в розвитку на безглузду втрату часу в умовах, неадекватних їхнім можливостям. Проте в ряді випадків діти з відставанням у розвитку могли б успішно навчатися в масовій школі за умови попереднього виховання і навчання (протягом 1—2 років) у спеціальному дитячому садку або школі для дітей з затримкою психічного розвитку.

Правильне комплектування спеціальних шкіл залежить від знання і розуміння особливостей невстигаючих дітей вчителями початкових класів масової школи.

Велика кількість дітей, які направляються із масових шкіл на медико-педагогічну комісію, не потребують спеціального навчання. Лише незначна частина з них є дійсно розумово відсталими і потребують навчання у допоміжній школі. Інші псевдоаномальні діти, виявляючи відставання у навчанні й розвитку, помилково розглядаються як розумово відсталі через брак своєчасної допомоги і індивідуального підходу з боку вчителя початкової школи. Ці діти стають відстаючими з різних причин: через недорозвиненість мови, астеничний стан (фізична і нервова-психічна кволість, швидка стомлюваність, непосидючість, знижена працездатність) та інші недоліки.

Учителі початкових класів повинні знати особливості цих дітей. Здобуті знання із спеціальної педагогіки допоможуть вчителю початкових класів в успішній боротьбі з неуспішністю, сприятимуть кваліфікованому своєчасному виявленню аномальних дітей з наступним направленням їх до відповідних типів спеціальних закладів.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Схарактеризуйте загальні й специфічні принципи організації системи спеціальних закладів для аномальних дітей.
2. Які типи закладів для аномальних дітей створено в системі міністерств освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення?
3. Чим відрізняється організація навчально-виховного процесу і лікувальної роботи в різних типах закладів для аномальних дітей?
4. Які основні принципи комплектування закладів для аномальних дітей?
5. Як організована робота медико-педагогічної комісії? Які медико-педагогічні комісії ви знаєте?
6. Чому вчителів початкових класів масової школи необхідно знати особливості розвитку аномальних дітей?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Власова Т. А., Певзнер М. С. О дестях с отклонениями в развитии.— М., 1973.— С. 152—165.
- Дефектологический словарь.— М., 1970.
- Забрамная С. Д. Наглядный материал для психолого-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях.— М., 1985.
- Збірник основних керівних матеріалів про спеціальні школи-інтернати для дітей з дефектами розумового і фізичного розвитку.— К., 1984.
- Лубовский В. И. Научные и практические проблемы работы медико-педагогических комиссий // Дефектология.— 1988.— № 1.
- Основы обучения и воспитания аномальных детей.— М., 1965.
- Отбор детей во вспомогательную школу: Пособие для учителей / Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебедиская, В. Ф. Мачихина.— М., 1983.

Розділ 7. ПЕДАГОГ-ДЕФЕКТОЛОГ

§ 1. Роль педагога в навчанні, вихованні та корекції розвитку аномальних дітей

Навчально-виховну та корекційну роботу в спеціальних закладах для аномальних дітей здійснюють педагоги-дефектологи. Їм належить вирішальна роль у підготовці учнів до самостійного трудового життя на основі корекції розвитку особистості дитини, зокрема її пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, системи потреб та мотивів, фізичного розвитку.

У роботі з аномальними дітьми значення педагогічного керівництва їхнім розвитком помітно зростає. Поза кваліфікованою допомогою з боку педагога діти з відхиленнями в розвитку досить часто неспроможні оволодіти навіть елементарними знаннями, вміннями, навичками, способами поведінки, якими нормальні діти звичайно оволодівають самостійно в процесі накопичення життєвого досвіду. Тому необхідна значна педагогічна допомога, спрямована на спеціальну організацію розумової та практичної діяльності дітей з метою формування в них системи дій, важливих для пізнання навколишнього світу, орієнтування в ньому, виконання практичних трудових завдань, спілкування з людьми, адекватного емоційного реагування на те, що відбувається навколо, та оцінки його.

У дефектологічних дослідженнях та в практичному досвіді спеціальних шкіл доведено величезну роль особистого прикладу педагога у вихованні аномальних дітей, оскільки багато хто з них схильний до засвоєння способів дій та поведінки за наслідуванням.

У процесі повсякденного ділового та неофіційного спілкування зі своїми вихованцями педагог-дефектолог повинен постійно демонструвати високі зразки моральності, етичної та естетичної культури, організованості, громадянської зрілості. Слід враховувати, що учні спеціальних шкіл (у тому числі й розумово відсталі діти) здатні проявляти критичне ставлення до особистості педагога, причому найвагомішими для позитивної чи негативної оцінки його з точки зору дітей є ділові, комунікативні та авторитарні якості¹.

Інтерес до особистості вчителя, позитивне ставлення до нього часто виявляються важливими, навіть вирішальними факторами, що визначають ставлення аномальних школярів до того чи іншого навчального предмета.

Успішність навчально-пізнавальної діяльності учнів спеціальних шкіл, головним чином, залежить від того, як учитель допомагає дітям у процесі цієї діяльності. Проте слід враховувати, що така допомога за всієї необхідності у спеціальних школах не повинна гальмувати розвиток самостійності діяльності та пове-

¹ Див.: Горожанкина Р. И. Некоторые вопросы восприятия и оценки личности учителя учащимися вспомогательной школы // Изучение личности аномального ребенка.— М., 1977.

дінки аномальної дитини; до того ж, як свідчать спеціальні дослідження (Р. Б. Кафеманас та ін.), учні цих шкіл, особливо в підлітковому віці, далеко не завжди позитивно ставляться до такої допомоги, виявляючи бажання до дедалі більшої самостійної роботи.

Педагог-дефектолог, будучи прикладом для аномальних дітей, є водночас їхнім найближчим порадиником, помічником, захисником — адже в більшості спеціальних шкіл діти перебувають цілодобово, рідко бувають вдома, до того ж, не завжди одержують в сім'ї те, що є необхідним для дитини.

Педагог-дефектолог — людина, авторитетне оціночне судження якої з приводу поведінки та діяльності дитини є для неї дуже важливим. Та й не тільки для неї. Як свідчать досвід та експерименти, в спеціальній школі оцінка педагога, особисте його ставлення до дитини дуже часто є вагомим фактором, що визначає становище учня в системі стосунків між членами дитячого колективу. Врахуємо, що загальною специфікою таких колективів у різних типах спеціальних закладів для аномальних дітей, на відміну від колективів нормальних дітей, є недостатній розвиток системи неформальних емоційних позитивних взаємостосунків, унаслідок чого багато хто з дітей мають статус ізольованих. Це травмує психіку дитини, тому педагог-дефектолог повинен намагатися виправити таке несприятливе становище дитини в колективі, посилюючи, активізуючи власні емоційні контакти саме з таким вихованцем.

Аномальні діти відчувають потребу в спілкуванні з учителем на уроці; якщо ця потреба залишається незадоволеною внаслідок того, що вчитель не вміє розподілити свою увагу на всіх учнів, у окремих школярів виникають різні порушення поведінки як своєрідні засоби привернути до себе увагу, компенсувати недостатність спілкування.

На вчителів та вихователів спеціальних шкіл усіх типів поширюються права та обов'язки, передбачені для педагогів масових шкіл. Нагадаймо, зокрема, що вчитель, виконуючи державне завдання навчання та виховання підростаючого покоління, зобов'язаний: озброювати учнів усвідомленими, міцними та дійовими знаннями, вміннями та навичками з основ наук; формувати в них сучасний світогляд; розвивати пізнавальні здібності та інтереси з урахуванням та поважанням

індивідуальних особливостей; виховувати їх у дусі високої моралі та громадської активності, поваги до вимог соціально позитивної поведінки особистості у суспільстві; піклуватися про охорону здоров'я; вивчати індивідуальні особливості, умови життя дитини; підтримувати тісні зв'язки з батьками та громадськістю, пронагувати та розповсюджувати педагогічні знання; систематично підвищувати свій загальнокультурний та фаховий рівень.

Вихователі, які працюють з дітьми в школах-інтернатах та групах подовженого дня, повинні, зокрема, прищеплювати дітям любов до праці, високі моральні якості, навички культурної поведінки, виконання правил особистої гігієни; регулювати режим дня вихованців, контролювати своєчасність підготовки домашніх завдань та організовувати діяльність учнів на таких заняттях в різних формах; надавати дітям допомогу в навчанні та організації дозвілля, здійснювати заходи, що сприяють зміцненню здоров'я та фізичному розвитку вихованців; підтримувати постійні зв'язки з учителями, учнівськими громадськими організаціями, медичним персоналом, батьками.

Окрім цих, загальних для всіх педагогів обов'язків, дефектологи повинні проводити спеціальну роботу, спрямовану на максимально можливу корекцію недоліків психофізичного розвитку аномальних дітей, на їх всебічний компенсаторний розвиток з метою забезпечення соціалізації та соціальної адаптації вихованців. Для цього необхідні знання особливостей розвитку кожної категорії аномальних дітей та оволодіння системою тих специфічних психолого-педагогічних засобів компенсаторно-корекційної роботи, які розроблені у відповідних галузях наукової та практичної дефектології.

Спеціальні обов'язки педагогів-дефектологів визначені положеннями про кожний тип спеціальних шкіл-інтернатів та дошкільних установ для аномальних дітей.

§ 2. Вимоги до особистості педагога-дефектолога та його професійної підготовки

Педагогові-дефектологу належить провідна роль у становленні особистості аномальної дитини як громадянина суспільства. Тому він повинен бути високоос-

віченою людиною, яка має чіткі світоглядні позиції, вміє їх обґрунтувати та відстоювати, поважаючи при цьому думки інших. Інформація, яка надходить від педагога до свідомості аномальної дитини (а саме він здебільшого є найкомпетентнішим джерелом інформації для дітей), має бути достовірною, багатою за змістом, переконливою та цікавою. Тому в процесі професійної підготовки дефектологів, як і педагогів — спеціалістів з інших профілів, значне місце посідає оволодіння системою знань з соціально-економічних дисциплін, історії та сучасного стану світової культури, зокрема культури своєї держави. Підкреслимо, що процес збагачення власної гуманітарної підготовки, оволодіння культурою людства в її ідеологічних, естетичних (літературних, музичних, художніх тощо), моральних, правових компонентах є безперервним і нескінченним, тому постійна робота з самоосвіти, культурного самовиховання — одне з найважливіших завдань педагога взагалі та дефектолога зокрема.

Враховуючи, що в процесі розвитку, навчання і виховання діють основні закономірності, спільні для роботи як з нормальними, так і з різними категоріями аномальних дітей, дефектолог повинен володіти знаннями загальної, вікової та педагогічної психології, загальної педагогіки. Ці знання є фундаментом, на якому ґрунтуються прикладні, суто дефектологічні знання та вміння. Наприклад, до вивчення аномальної дитини ставляться вимоги, які відображені в принципах вивчення особистості, розроблених загальною психологією: активності та цілеспрямованості, всебічності та комплексності, об'єктивності, динамічності, конкретності, єдності вивчення особистості та її соціального оточення тощо. Знаючи ці принципи, педагог-дефектолог зможе правильно розв'язувати принципові завдання глибокого вивчення своїх вихованців і, використовуючи в цьому процесі методи пізнання особистості, також в цілому спільні для загальної та спеціальної психології (бесіда, спостереження, вивчення документації, анкетування, збирання, зіставлення та узагальнення незалежних характеристик, природний та лабораторний експеримент, психодіагностичний метод тощо), знайде при застосуванні кожного з них оптимальні прийоми з урахуванням специфіки роботи з аномальними дітьми.

Цю специфіку вивчають такі дисципліни, як спе-

ціальна психологія (олігофрено-, сурдо- і тифлопсихологія), дефектологічна психодіагностика, яка, зокрема, розробляє принципи та методи відбору дітей до спеціальних шкіл та дошкільних установ. Не менш важливими для дефектолога є й знання з різних галузей медицини (анатомії та фізіології людини, її вищої нервової діяльності та окремих органів — слуху, зору, мови; патофізіології, невропатології, психопатології тощо), оволодіння якими дає змогу зрозуміти природу того чи іншого виду аномального розвитку дитини, усвідомити первинні матеріальні причини порушень психофізичного розвитку з точки зору дії біологічного фактора, який в єдності із соціальним визначає особливості та перспективи становлення особистості.

Нарешті, в підготовці педагога-дефектолога значна роль належить оволодінню системою спеціальних дефектологічних знань та вмінь (для кожної дефектологічної спеціальності — переважно в окремих галузях цієї науки), що стосуються принципів, методів та прийомів навчальної, виховної та корекційної роботи з дітьми різних вікових категорій (дошкільниками, школярами), які мають ті чи інші відхилення в розвитку. Цих знань та вмінь дефектологи набувають у процесі вивчення курсів спеціальної педагогіки (олігофрено-, сурдо-, тифло-), окремих методик викладання дисциплін, що вивчаються в спеціальних школах, методики організації виховної роботи в цих школах, логопедії, дошкільної спеціальної педагогіки, ряду спецкурсів та спецсеінарів (наприклад, з диференційованого навчання, методики корекційної роботи тощо). Педагогів-дефектологів досконало озброюють специфічними системами прийому та передачі інформації, необхідними для спілкування з певними категоріями аномальних дітей. Йдеться, зокрема, про мову жестів, дактилологію (ручну азбуку, яка відтворює букви та слова умовними знаками, зображуваними пальцями рук), техніку читання з губ як засоби спілкування глухих, дактилографію (письмо пальцем), що використовується як засіб спілкування з сліпоглухим співрозмовником, письмо та читання за допомогою шрифту Брайля, чому навчають сліпих.

Як уже зазначалося, в цілому в навчанні та вихованні аномальних дітей діють ті самі принципи загальної педагогіки, що й у роботі з нормальними дітьми,

Так, у спеціальних школах усіх типів істотно значення зберігають загальні дидактичні принципи: свідомості та активності, науковості та систематичності, доступності, наочності, міцності засвоєння знань, умінь та навичок, розвиваючого навчання, індивідуального підходу до учнів тощо. Закономірності процесу виховання аномальних дітей також підпорядковуються загальнопедагогічним принципам зв'язку школи з життям суспільства, єдності, цілісності, системності виховного процесу, виховання в колективі та через колектив, органічного поєднання поваги та вимогливості до вихованців, освіти та переконання учнів з доцільною організацією їхнього життя та діяльності, врахування вікових та індивідуальних особливостей дітей та здійснення особистісного підходу.

У теорії та практиці різних галузей дефектології розроблено оригінальні дійові прийоми корекційної роботи з аномальними дітьми, що використовуються при застосуванні загальнопедагогічних методів навчання (словесних, наочних, практичних, інформаційно-рецептивних, репродуктивних, частково пошукових, творчих тощо) та виховання (переконання, формування досвіду поведінки, заохочення та покарання, змагання та ін.). Зокрема, в керівництві навчально-пізнавальною діяльністю аномальних школярів використовуються спеціальні прийоми, спрямовані на її корекцію: додаткового стимулювання; усвідомлення та довіільності виконання; запобігання та активного виправлення помилок; підведення до самостійних висновків, узагальнень, встановлення зв'язків; переводу від предметно-практичного до розумового плану здійснення та співвіднесення зовнішнього та внутрішнього планів діяльності; посилення самоконтролю, самоорганізації, критичності та самокритичності тощо.

Окрім ґрунтовної теоретичної та практичної підготовки, яка дозволяє педагогу-дефектологу ефективно розв'язувати завдання, що стоять перед ним, він повинен володіти цілим рядом особистих якостей, без яких неможлива успішна робота з аномальними дітьми. Дефектологіві необхідні такі якості, котрі б відповідали вимогам суспільства до людини, якій доручено справу виховання громадянина. В цьому відношенні дефектолог, як і будь-який інший педагог, має бути зразком культури, освіченості, морально бездоганної поведінки.

Водночас педагогу-дефектологу мають бути притаманні й деякі суб'єктивні характерологічні риси, що в поєднанні з об'єктивними знаннями та вміннями є необхідними для його продуктивної роботи. До таких рис належать: педагогічна чуйність, що полягає в здатності за найнезначнішими виявами помічати зміни в психічній діяльності, поведінці, загальному стані дитини і адекватно на них реагувати; терпіння та наполегливість у досягненні поставленої мети у роботі з аномальними дітьми; твердість і послідовність, організованість, педагогічний такт.

Маючи на увазі підвищену збудливість аномальних дітей, схильність багатьох з них до негативізму, афективних проявів, нестійкість діяльності та поведінки, дефектологія стверджує необхідність створення в спеціальних школах щадного педагогічного режиму, що оберігає ослаблену нервову систему аномальної дитини. Величезна роль у цьому належить витриманості педагога, його доброзичливості, здатності підтримувати, мобілізувати діяльність дитини, пробуджувати в неї оптимізм, бадьорість духу, вмінню попереджати та педагогічно правильно долати зриви в поведінці, активізувати здорові, сильні сторони її особистості.

Педагог-дефектолог має пам'ятати про важливість оволодіння технікою мовного спілкування з аномальними дітьми, оскільки сприймання, розуміння, ставлення їх до словесної інформації характеризуються рядом специфічних особливостей. Тому необхідна постійна робота педагога над відпрацюванням оптимального темпу, ритму, грамотності, інтонації мови. Адже слово вчителя є не тільки засобом інформації, а й способом стимулювання дітей до діяльності, керівництва нею, організації поведінки вихованців.

§ 3. Система підготовки фахівців для практичної та наукової діяльності в галузі дефектології

Ефективність діяльності навчально-виховних закладів для аномальних дітей визначальним чином залежить від якості професійної підготовки педагогічних кадрів. В Україні їх готують на дефектологічних факультетах трьох педагогічних вузів (київського, слов'янського, кам'янець-подільського), найстарішим з яких є київський, що працює вже багато десятиліть.

З диференціацією системи спеціальних навчально-виховних установ для аномальних дітей, із зростанням досягнень наукової та практичної дефектології неухильно вдосконалюється процес вузівської підготовки педагогів-дефектологів. Якщо на перших етапах становлення вищої дефектологічної освіти студенти здобували загальну дефектологічну підготовку, то надалі виникла потреба готувати педагогічні кадри, які б спеціалізувалися в галузі олігофренопедагогіки, сурдопедагогіки, тифлопедагогіки, логопедії.

Оскільки одним з найважливіших навчальних предметів у спеціальних школах є праця, що дає змогу надати учням цих шкіл певну професію (а це є необхідним для їхньої успішної післяшкільної соціально-трудової адаптації), фахівців-дефектологів з професійно-трудового навчання аномальних дітей готують за спеціалізованими навчальними планами та програмами.

З розвитком важливої ланки системи спеціальних закладів для аномальних дітей — спеціальних дитячих садків (для дітей з порушеннями інтелекту, мови, слуху, зору) на деффаках також готують фахівців з різних галузей дошкільної дефектології. Студенти-дефектологи здобувають теоретичні знання з суспільно-економічних, загальногуманітарних, медичних, загальних та спеціальних психологічних, педагогічних, конкретно-методичних дисциплін і навчаються реалізувати ці знання в роботі з аномальними дітьми.

Після закінчення вузу робота педагога-дефектолога над підвищенням своєї фахової кваліфікації не завершується. Бути на сучасному рівні розвитку психолого-педагогічної та дефектологічної науки практичним працівникам спеціальних шкіл дає змогу наполеглива самоосвіта, а також різні внутрішкільні та позашкільні форми вдосконалення вчителів.

У спеціальних дитячих навчально-виховних установах створено методичні об'єднання вчителів з різних предметів (за циклами) та вихователів. Члени методоб'єднань готують та обговорюють теоретичні та практичні доповіді, реферати та огляди науково-літературних новин, методичні розробки уроків і виховних заходів тощо.

Обласні (міські), республіканські інститути вдосконалення вчителів, відповідні факультети підвищення кваліфікації педагогічних вузів приділяють багато

уваги вдосконаленню професійної майстерності педагогів-дефектологів. Однією з форм такої роботи є курси для вчителів різних спеціальностей, вихователів, логопедів.

Науково-дослідну роботу в різних галузях дефектології здійснюють кафедри дефектологічних факультетів педвузів, відповідні лабораторії науково-дослідних інститутів педагогіки та психології України, де працює чимало вчених, чиї наукові праці широко відомі.

Дефектологічні дослідження багато в чому збагачують також загальну психологію та педагогіку, оскільки в ряді випадків вони дають змогу чітко визначити такі закономірності, зв'язки, тенденції в розвитку психіки, формуванні особистості, її навчанні та вихованні, які при дослідженнях дітей з нормальним розвитком залишаються прихованими. Це, зокрема, підкреслював Л. С. Виготський: «Відхилення від нормального типу, патологічні зміни процесів розвитку є ... пібито спеціально обладнаний експеримент, що виявляє та розкриває перед нами часто з надзвичайною силою справжню природу та побудову процесу, що нас цікавить»¹.

ЗАПИТАННЯ І ЗАВДАННЯ

1. Якими факторами пояснюється зростаюча роль педагога у навчанні та вихованні аномальних дітей?

2. Назвіть обов'язки, спільні для педагогів масової та спеціальної шкіл, а також специфічні завдання дефектологів.

3. Оволодіти якими науково-навчальними дисциплінами необхідно дефектологу для опанування його складної професії?

4. Обґрунтуйте вимоги до особистості педагога-дефектолога. Чи є у вас такі риси?

5. Схарактеризуйте систему безперервної освіти педагогів-дефектологів у різних ланках.

6. Який зв'язок між науково-дослідною роботою в галузях загальної педагогіки, психології та дефектології?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Коберник Г. Н., Синев В. Н. Введение в специальность «Дефектология». — К., 1974. — С. 125—142.

О с и о в ы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьячкова. — М., 1965. — С. 332—338.

¹ Виготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 1960. — С. 53.

Вступ	3
Розділ 1. Аномальні діти (загальна характеристика)	6
§ 1. Поняття «аномальна дитина». Види дитячих аномалій та причини їх	6
§ 2. Структура та особливості процесу аномального розвитку	9
§ 3. Предмет і завдання дефектології	18
Розділ 2. Діти з порушенням аналізаторів	28
§ 1. Діти з порушенням слуху	28
§ 2. Діти з порушенням зору	40
Розділ 3. Діти з порушенням мови та інтелекту	49
§ 1. Діти з порушенням мови	49
§ 2. Діти з порушенням інтелектуального розвитку	61
§ 3. Діти з затримкою психічного розвитку	77
Розділ 4. Діти з комплексними порушеннями розвитку	90
§ 1. Сліпоглухонімі діти	91
§ 2. Діти з поєднанням сенсорного та інтелектуального дефектів	96
Розділ 5. Діти з іншими вадами розвитку	101
§ 1. Діти з порушеннями опорно-рухового апарата	101
§ 2. Реактивні стани та конфліктні переживання у дітей	105
§ 3. Діти з психопатичними формами поведінки	109
Розділ 6. Установи для аномальних дітей. Критерії відбору дітей до спеціальних навчально-виховних закладів	116
§ 1. Принципи організації системи спеціальних закладів для аномальних дітей	116
§ 2. Типи установ для аномальних дітей	119
§ 3. Принципи і організація комплектування спеціальних установ для аномальних дітей	128
Розділ 7. Педагог-дефектолог	133
§ 1. Роль педагога в навчанні, вихованні та корекції розвитку аномальних дітей	133
§ 2. Вимоги до особистості педагога-дефектолога та його професійної підготовки	136
§ 3. Система підготовки фахівців для практичної та наукової діяльності в галузі дефектології	140

Навчальне видання

Синьов Віктор Миколайович
Коберник Георгій Миколайович

ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ

Обкладинка та художнє редагування *І. Г. Сухенка*
Технічний редактор *Т. Г. Шепновська*
Коректор *Г. І. Якименко*

Здано до набору 19.05.93. Підписано до друку 08.04.94. Формат 84×108^{1/32}. Папір друк. № 2. Гарнітура літературна. Високий друк. Умов.-друк. арк. 7,56. Умов. фарбовідб. 7,77. Обл.-внд. арк. 7,95. Вид. № 9583. Замовлення 169.

Видавництво «Вища школа»,
252054, Кнїв-54, вул. Гоголівська, 7

Білоцерківська книжкова фабрика,
256400, Біла Церква, вул. Лєся Курбаса, 4.

ОСНОВИ
ДЕФЕКТО-
ЛОГІЇ

