

Ніжинський державний університет  
імені Миколи Гоголя

**А. М. Аніщук**

# **ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ**

*Навчально-методичний посібник  
для студентів факультету психології та соціальної роботи,  
спеціальність "Дошкільна освіта; практична психологія"*

Ніжин  
2012

УДК 371(075)  
ББК 74.1я73  
А64

Рекомендовано Вченою радою  
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя  
(НДУ ім. М. Гоголя)  
Протокол № 6 від 26.01.2012 р.

**Рецензенти:**

**Пихтіна Н. П.** – доцент, завідувач кафедри дошкільної освіти  
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, кандидат  
педагогічних наук;

**Новгородський Р. Г.** – доцент кафедри соціальної педагогіки  
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, кандидат  
педагогічних наук

**Аніщук А. М.**

А64 Основи дефектології та логопедії : навч.-метод. посіб. для  
студентів факультету психології та соціальної роботи, спеціаль-  
ність "Дошкільна освіта; практична психологія" / А. М. Аніщук. –  
Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 175 с.

Навчально-методичний посібник містить програму навчальної дисци-  
пліни і комплекс матеріалів, структурованих відповідно до цієї програми.  
Змістове наповнення охоплює аудиторну, самостійну та індивідуальну  
роботу студентів, надаючи їй системності, послідовності, сприяє форму-  
ванню цілісного погляду на проблеми навчальної дисципліни та розвитку  
достатнього рівня узагальнення матеріалів.

УДК 371(075)  
ББК 74.1я73

© А. М. Аніщук, 2012  
© НДУ ім. М. Гоголя, 2012

## ЗМІСТ

Передмова.....	4
<b>РОЗДІЛ 1. ЗМІСТ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ "ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ"</b> .....	7
Опис навчальної дисципліни .....	7
Зміст навчальної дисципліни .....	8
Орієнтовний тематичний план .....	17
Орієнтовний розподіл балів .....	17
Модульний контроль до навчальної дисципліни .....	20
Орієнтовні питання до екзамену .....	24
<b>РОЗДІЛ 2. ТЕКСТИ ЛЕКЦІЙ</b> .....	26
<b>Змістовий модуль 1. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору</b> .....	26
Тема 1. Введення у дефектологію.....	26
Тема 2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки .....	36
Тема 3. Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗГР).....	45
<b>Змістовий модуль 2. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями</b> .....	59
Тема 4. Теоретичні основи дошкільної логопедії .....	59
Теми 5–6. Порушення усного та писемного мовлення.....	63
<b>Змістовий модуль 3. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП</b> .....	77
Тема 7. Психолого-педагогічні особливості дітей з сенсорними порушеннями .....	77
Тема 8. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату .....	93
Тема 9. Проблема компенсації дефекту.....	109
<b>РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ</b> .....	117
Плани семінарських занять .....	117
Лабораторна робота .....	132
Самостійна робота .....	141
Тематика рефератів.....	150
Методичні рекомендації до виконання окремих лабораторних, самостійних та індивідуальних завдань.....	152
Тезаурус.....	161
Література.....	168

## Передмова

Демократичні зміни в українському суспільстві зумовлюють нові соціальні процеси, що стосуються уваги й ставлення держави до дітей з обмеженими фізичними і психічними можливостями й передбачають забезпечення їм гідного життя як повноправних членів суспільства відповідно до їх можливостей, індивідуальних здібностей.

Так, у Державній національній програмі "Освіта (Україна XXI століття)" наголошується на необхідності вдосконалення освіти дітей із вадами психофізичного розвитку в системі закладів суспільного виховання, забезпечення їх повноцінної життєдіяльності, соціального захисту, умов для максимальної психологічної та трудової реабілітації. Гострою залишається проблема забезпечення спеціальних навчальних закладів дефектологічними кадрами, спеціалістами, реабілітологами, діагностами, логопедами, практичними психологами тощо.

Досить важливою є проблема інтегрованого навчання дітей з особливими потребами. Вона стосується всіх освітніх ланок, в першу чергу, дошкільної.

Одним із суттєвих факторів розв'язання вищезазначених проблем є підготовка педагогічних кадрів, зокрема працівників дошкільних освітніх закладів, які повинні знати теоретичні основи дефектології та дошкільної логопедії, що допоможуть їм в організації корекційно-виховної роботи з дітьми з обмеженими можливостями або виявленні таких дітей, які є серед однолітків, що відвідують дошкільний заклад.

До переліку базових навчальних дисциплін, які вивчають студенти спеціальності "Дошкільне виховання", належить навчальна дисципліна "Основи дефектології та логопедії", мета якої – ознайомити студентів з дефектологією як наукою, її основними галузями, категоріями дітей з відхиленнями в розвитку та їх особливостями; основними напрямками, засобами, методами і прийомами корекційно-виховного впливу на дітей з особливими потребами.

Навчальна програма даної дисципліни включає три змістові модулі.

**Змістовий модуль "Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору"** передбачає ознайомлення студентів із дефектологією як наукою про дітей з відхиленнями в розвитку; основними галузями дефектології; основними формами розумової відсталості в дитячому віці та особливостями їх психічного розвитку; психолого-педагогічними особливостями дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР); загальною, типовою та індивідуалізованою моделями корекції ЗПР в умовах діагностико-корекційних груп, а також особливостями формування готовності до шкільного навчання при ЗПР.

**Змістовий модуль "Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями"** ознайомлює студентів з теоретичними основами дошкільної логопедії, історією її розвитку, особливостями розвитку мовлення дітей дошкільного віку та класифікацією мовленнєвих порушень; загальною психологічною характеристикою дітей з порушеннями мовлення.

Студенти засвоюють загальні уявлення про порушення усного та писемного мовлення, їх клінічні характеристики та причини виникнення.

У межах даного модуля студенти оволодівають практичними навичками організації логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку, спрямованої на подолання та корекцію у дітей недоліків усного та писемного мовлення.

**Змістовий модуль "Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП"** ознайомлює студентів з психолого-педагогічними особливостями дітей з сенсорними порушеннями; факторами, які викликають порушення слухової та зорової функції у дітей; особливостями психічних процесів у дітей з недоліками слуху та зору; їх особистісним та соціальним розвитком.

Студенти ознайомлюються з такими науками, як сурдопедагогіка та тифлопсихологія, предметом вивчення яких є розвиток, виховання та навчання дітей і дорослих з вадами слуху та зору; психологічними особливостями сліпоглухонімих дітей та досвідом роботи з дітьми даної категорії І.А.Соколянського.

Зміст даного модуля включає види патологій опорно-рухового апарату. Студенти засвоюють психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, зміст корекційної роботи у роботі з дітьми з ДЦП.

У науковому підґрунті навчальної дисципліни "Основи дефектології та логопедії" поряд з філософськими, соціокультурними, економічними, правовими основами чільне місце посідає система медичних знань.

Вивчення дисципліни "Основи дефектології та логопедії" дає змогу засвоїти вміння бачити проблему дітей з вадами психічного та розумового розвитку у світлі різних наукових шкіл, аналізувати взаємозв'язок причин та наслідків порушень психічного стану, визначити роль суспільства і сім'ї у виникненні та розвитку порушень, прогнозувати майбутнє як окремої дитини, так і суспільства, де збільшується кількість дітей, які потребують спеціальної допомоги.

**Мета посібника** – забезпечити студентів навчально-методичним матеріалом, що допоможе їм при вивченні дисципліни "Основи де-

фектології та логопедії", а саме при підготовці до семінарських та лабораторних занять, виконанні самостійних та індивідуальних завдань.

Навчальний посібник до курсу "Основи дефектології та логопедії", відповідно до визначених потреб студента, містить програму навчальної дисципліни та навчально-методичний комплекс, який включає: тексти лекцій; плани семінарських, практичних та лабораторних занять з навчальної дисципліни; завдання до самостійної та індивідуальної роботи студентів, методичні рекомендації до виконання окремих лабораторних, самостійних та індивідуальних завдань.

Посібник містить тезаурус, що дає можливість студентові легко знайти тлумачення потрібного йому терміна, та бібліографічний покажчик, який включає 108 джерел.

Посібник рекомендовано студентам вищих навчальних закладів, що навчаються за спеціальністю 7.01 01.01 "Дошкільна освіта".

**Розділ 1**  
**ЗМІСТ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**  
**"Основи дефектології та логопедії"**

**ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

**Таблиця 1**

<b>Напрямок, спеціальність, освітньо-кваліфікаційний рівень</b>	<b>Загальна характеристика навчальної дисципліни</b>	<b>Структура навчальної дисципліни</b>
<p><b>Шифр та назва напрямку 0101 – "Педагогічна освіта"</b></p> <p><b>Шифр та назва спеціальності:</b> 6.010101, 6.010107 "Дошкільна освіта; практична психологія"</p> <p><b>Освітньо-кваліфікаційний рівень:</b> бакалавр</p>	<p><b>Дисципліна професійної та практичної підготовки</b></p> <p><b>Семестр:</b> VI, VII, VIII</p> <p><b>Кількість кредитів ECTS:</b> 6</p> <p><b>Кількість змістових модулів:</b> 3</p> <p><b>Загальна кількість годин:</b> 216 <b>Аудиторних годин:</b> 82</p>	<p><b>Лекції:</b> 18 год.</p> <p><b>Семінари:</b> 42 год.</p> <p><b>Практичні:</b> 0</p> <p><b>Лабораторні:</b> 22 год.</p> <p><b>Самостійна робота:</b> 113 год.</p> <p><b>Індивідуальна робота:</b> 21 год.</p> <p><b>Вид контролю:</b> <i>екзамен</i></p>

# ЗМІСТ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

## Змістовий модуль 1

### Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору

#### Тема 1. Введення в дефектологію

Дефектологія як наука про дітей з відхиленнями в розвитку. Основні галузі дефектології: олігофренопедагогіка (олігофренопсихологія), сурдопедагогіка (сурдопсихологія), тифлопедагогіка (тифлопсихологія), логопедагогіка (логопсихологія).

Категорії дітей з відхиленнями в розвитку: діти з порушенням інтелектуальної сфери (розумово відсталі), діти з сенсорними відхиленнями (порушенням зорової та слухової функцій), діти з мовленнєвими вадами (діти-логопати), діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР), діти з порушенням опорно-рухової системи (діти з ДЦП), діти з порушенням емоційно-вольової сфери (діти з РДА), діти із складною структурою дефекту. Складний дефект у контексті відхиленого розвитку.

Сучасна термінологія, що використовується для позначення дітей, які потребують спеціальної психолого-педагогічної допомоги: "діти групи ризику"; "діти з особливими потребами", "діти з обмеженими можливостями здоров'я".

Причини виникнення дефекту та їх характер.

Поняття факторів розвитку. Фактори відхиленого розвитку. Класифікація біологічних і соціальних факторів відхиленого розвитку.

Поняття ретардації, дисфункції, асинхронії розвитку.

Дизонтогенез та його параметри. Класифікація видів психологічного дизонтогенезу. Вікова сприйнятливність до різних патогенних впливів.

Загальні і специфічні закономірності аномального розвитку. Дефект і компенсація.

Взаємозв'язок дефектології з іншими психолого-педагогічними та медичними дисциплінами.

Соціально-педагогічні питання корекційної педагогіки (інтеграція, питання особистісного і професійного самовленнязначення). Необхідні психолого-педагогічні, морально-етичні та економічні умовлення ефективної інтеграції.

**Ключові поняття:** дефектологія, корекційна педагогіка, спеціальна психологія, олігофренопедагогіка, олігофренопсихологія, сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, логопедагогіка, логопсихологія, дизонтогенез, складна структура дефекту.



## **Тема 2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки**

Поняття "розумова відсталість". Причини інтелектуальних порушень у дітей.

Л.С.Виготський про психологічну сутність розумової відсталості. Ефекти "психічного насичення", "повернення до перерваної дії".

Основні форми розумової відсталості в дитячому віці. Олігофренія та її ступені, основні клінічні ознаки олігофренії. Систематика олігофреній за етіологічною прикметою. Г.Є.Сухарева про основні особливості олігофренії як специфічної форми дизонтогенії.

Класифікація дітей-олігофренів на основі особливостей вищої нервової діяльності (А.Р.Лурія, М.С.Певзнер, В.І.Лубовський).

Три ступені олігофренії (дебільність, імбещильність, ідіотія) та їх психолого-педагогічна характеристика.

Особливості психічного розвитку розумово відсталих дітей з поточними нервово-психічними захворюваннями, такими, як епілепсія, шизофренія, гідроцефалія та інші, порівняно з психічним розвитком дітей-олігофренів.

Поняття деменції, її відмінності від олігофренії. Симптоми деменції.

Значення вчення Л.С.Виготського про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом.

Можливості використання педагогом клінічних психологічних знань в первинному виявленні дітей із розумовою відсталістю.

Соціально-психологічні проблеми та успіхи інтеграції розумово відсталих дітей у соціокультурний простір.

Психологічний аналіз ролі батьківських асоціацій і некомерційних освітніх закладів у цьому процесі.

**Ключові поняття:** розумова відсталість, олігофренія, деменція, диференційована та недиференційована олігофренія, розумова відсталість ендogenous та екзогенного походження.

## **Тема 3. Психолого-педагогічні особливості дітей з затримкою психічного розвитку (ЗПР)**

Поняття інтелекту та його структура. Визначення поняття ЗПР. Причини виникнення ЗПР. Визначення затримки психічного розвитку у дітей. Форми інфантилізму за К.С.Лебединською. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з ЗПР

Гармонійний психофізичний інфантилізм. Класифікація дітей із ЗПР на основі поєднання інфантилізму з іншими проблемами в

розвитку М.С.Певзнер. Дисгармонійний інфантилізм. Класифікація інфантилізму за етіологічними ознаками (за К.С.Лебединською).

Поняття мінімальної мозкової дисфункції (ММД). Динаміка вияву мінімальної мозкової дисфункції протягом онтогенезу дитини. Вік максимальних виявів симптомів.

Характеристика різноманітних методичних підходів до діагностики ЗПР: можливості медичної діагностики; психофізіологічні методи; нейропсихологічний підхід; комплекс психодіагностичних методик Л.І.Переслені, Е.М.Мастюкова; тестові методи; аналіз стану ведучої діяльності (зокрема гри); принципи диференціальної діагностики ЗПР від подібних станів, запропоновані В.І.Лубовським.

Психічний і соціальний розвиток дошкільників з різноманітними формами ЗПР. Особливості становлення та зміни форм спілкування із дорослими, порівняльна характеристика ігрової діяльності розумово відсталих дітей та дітей, які розвиваються нормально.

Особливості формування готовності до шкільного навчання при ЗПР. Дефіцитарність окремих психічних функцій при ЗПР.

Загальна, типова та індивідуалізована моделі корекції ЗПР в умовах діагностико-корекційних груп. Концепція корекційно-розвивального навчання. Вимоги до особистих якостей учителя, вихователя дітей із ЗПР.

**Ключові поняття:** ЗПР, інфантилізм, конституційний інфантилізм, психогенний інфантилізм, соматогенний інфантилізм, церебрально-органічний інфантилізм, ММД (мінімальна мозкова дисфункція), диспраксія, дискалькулія, соціальна депривація.

## **Змістовий модуль 2**

### **Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями**

#### **Тема 4. Теоретичні основи дошкільної логопедії**

Логопедія, її предмет і завдання. Історія розвитку логопедії. Зв'язок з історією розвитку медицини та педагогіки.

Дошкільна логопедія – галузь спеціальної педагогіки, яка вивчає дітей з відхиленнями в мовленнєвому розвитку та прийоми корекційно-педагогічної роботи з ними. Дидактичні основи і специфічні (корекційні) засоби та прийоми сучасної логопедії.

Загальні відомості про мову і мовлення. Імпресивне, експресивне мовлення, внутрішнє мовлення. Мовлення усне і писемне. Анатомо-фізіологічна характеристика мовлення. Центральні і периферичні механізми: роль кори головного мозку, органів слуху, дихання, голосу, артикуляції і зору в мовленнєвому акті. Особливості механізму мовлен-

ня у дітей дошкільного віку. Особливості розвитку мовлення у дітей дошкільного віку.

Поняття мовленнєвого порушення. Фізіологічні недосконалення і патологічні порушення мовлення; мовленнєві порушення функціонального і органічного, периферичного і центрального походження. Причини мовленнєвих порушень.

Класифікація мовленнєвих порушень. Фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення.

Порушення усного мовлення: порушення фонаційного (зовнішнього) оформлення вимовлювальної сфери мовлення; структурно-семантичне (внутрішнє) системне, або поліморфне, порушення мовлення.

Недоліки звукової сторони мовлення: порушення чи несформованість звуковимови (фізіологічні недоліки, функціональні і механічні дислалії), недолік голосу (афонія, дисфонія, фонастенія, ринофонія); порушення звуковимови і голосу (ринолалія), порушення звукової сфери мовлення (дизартрія), порушення темпу мовлення (брадилалія, тахилалія, заїкання). Недоліки слово- і фразоутворення: затримка мовленнєвого розвитку, алалія, афазія.

Порушення писемного мовлення. Недоліки читання (дислексія) і письма (дисграфія).

Негативний вплив мовленнєвих порушень на формування особистості дитини. Психологічні особливості дітей із порушенням мовлення. Структура дефекту при мовленнєвій патології.

Принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.Є.Левіною).

Загальна психологічна характеристика дітей із порушеннями мовлення, вплив мовленнєвих порушень на розвиток пізнавальних процесів і особистісно-соціальний розвиток дітей у дошкільному віці.

Порівняльна характеристика клінічної і психолого-педагогічної класифікацій мовленнєвих порушень. Принципи психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень. Значення даної класифікації у практиці комплектування корекційних груп.

Профілактика відхилень у мовленнєвому розвитку.

**Ключові поняття:** мова, мовленнєва діяльність, мовлення, мовленнєва вада, логопедія, мовленнєві порушення, усне мовлення, писемне мовлення.

## **Тема 5. Порушення усного мовлення**

Загальні уявлення про порушення усного мовлення (дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія) та структурно-семантичного ладу (алалія, афазія). Моторна й сенсорна форми афазії та алалії. Поняття про недоліки звуковимови у дітей.

Причини їх виникнення. Клінічна характеристика за причинами виникнення: функціональні і органічні (механічні) дислалії, ринолалії, дизартрії.

Дисфонія. Поняття про дисфонію. Причини виникнення даного порушення.

Порушення темпу мовлення: брадилалія, тахилалія. Поняття про брадилалію та тахилалію як про уповільнений та прискорений темпи мовлення. Причини виникнення брадилалії, тахилалії. Явище аграматизму.

Порушення комунікативної сторони мовлення:

а) фонетико-фонематичні порушення внаслідок різноманітних функціональних та органічних причин;

б) загальний недорозвиток мовлення як складний мовленнєвий розлад із порушенням усіх компонентів мовленнєвої системи.

Заїкання як порушення комунікативної функції мовлення. Причини виникнення. Два види заїкання: функціональне, органічне. Причини функціонального заїкання. Форми заїкання: клонічна, тонічна, клоно-тонічна або тоно-клонічна (змішана). Невротичне, неврозоподібне і комбіноване заїкання. Ступені заїкання: слабе (помірне), середнє й сильне (важке).

Дислалія. Поняття про дислалію. Механічна та функціональна дислалія. Причини механічної дислалії. Причини функціональної дислалії.

Види дислалії: сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, каппацизм, гаммацизм та ін. Лінгвістична характеристика недоліків звуковимови за основними формами прояву (відсутність звука, заміна, змішування, спотворення), за групами порушених звуків (сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, катацизм, йотацизм, дефекти дзвінкості і твердості приголосних). Способи і прийоми виявлення недоліків звуковимови у дітей. Основні логопедичні етапи у постановці звуків.

Ринолалія. Поняття про ринолалію, її види і форми. Причини ринолалії. Вплив уроджених розщелин губи і піднебіння на фізичний, психічний і мовленнєвий розвиток дитини. Особливості навчання і виховання дітей в умовах спеціального освітнього закладу.

Дизартрія. Поняття про дизартрію як про один із симптомів дитячого церебрального параліча (ДЦП). Види дизартрії та її причини. Психолого-педагогічна характеристика дітей з дизартрією. Структура дефекту при дизартрії. Принципи прийому обстеження дітей-дизартриків. Методи і прийоми корекційно-педагогічного впливу при дизартрії.

**Ключові поняття:** дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання, функціональне та органічне заїкання; клонічна, тонічна, клоно-тонічна форма заїкання; дислалія, сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, ка-

тацизм, йотацизм, ринолалія, дизартрія, загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ).

### **Тема 6. Порушення писемного мовлення**

Взаємозв'язок усного і писемного мовлення. Відмінності писемного мовлення від усного. Механізм формування писемного мовлення. Порушення писемного мовлення при різних порушеннях усного мовлення. Система подолання і попередження порушень письма і читання.

Загальні уявлення про види порушень писемного мовлення (дислексія, дисграфія). Причини виникнення.

Дислексія. Порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням деяких ділянок кори головного мозку. Клінічна характеристика. Алексія – повна нездатність до оволодіння читанням.

Дисграфія. Часткові специфічні розлади процесу письма. Клінічна характеристика. Аграфія – повна нездатність до оволодіння навичками письма.

**Ключові поняття:** дислексія, дисграфія, аграфія.

### **Тема 7. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку**

Система організації логопедичної допомоги дітям. Дитячі садочки для дітей із складними порушеннями мовлення, групи для дітей із складними порушеннями мовлення, медичні стаціонари і напівстаціонари при дитячих лікарнях і психоневрологічних диспансерах, санаторії, логопедичні і сурдологічні кабінети.

Місце логопедичної роботи у масовому дитячому садку. Сприятливість умов для подолання мовленнєвих порушень у дітей у дошкільному віці. Вимоги програм виховання і навчання в дитячому садку, які спрямовані на формування у дітей правильного, чистого мовлення.

Основні етапи послідовної корекційно-педагогічної (логопедичної) роботи з подолання у дітей недоліків звуковимови: підготовчі вправи, постановка правильного звука, автоматизація, диференціація і введення звука в самостійне мовлення дитини.

Одночасність роботи над фонематичним сприйняттям і розвитком артикуляційної моторики як провідний принцип усунення порушень звуковимови. Формування звуковимови як частина роботи з формування звукової культури мовлення (в цілому) і як частина роботи із загального розвитку і виховання дітей. Комплексний медико-педагогічний характер вивчення, навчання і виховання дітей, які мають недоліки звуковимови.

**Ключові поняття:** логопедична робота, складне порушення мовлення, правильне, чисте мовлення, корекційно-педагогічна робота, звуковимова, звукова культура мовлення, автоматизація звука, артикуляційна моторика.

### **Змістовий модуль 3**

#### **Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП**

#### **Тема 8. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями**

Значення слуху у житті людини. Пізнання оточуючої дійсності за допомогою слухового аналізатора. Фізична характеристика звука: сила, висота, тембр, їх значення у формуванні слухових відчуттів.

Фактори, які викликають порушення слухової функції. Уроджена і набута глухота та туговухість.

Ступінь мовленнєвого недорозвитку – основний принцип психолого-педагогічної класифікації дітей з недоліками слуху.

Глухі діти: специфіка компенсаторних процесів. Роль компенсаторних видів мовлення – писемного та дактильного – в психосоціальному розвитку дитини. Значення мовлення жестів. Можливості сприйняття і використання усного мовлення глухими. Читання з губ – головна умова оптимізації даного процесу. Психологічні відмінності між рано оглухлими та пізно оглухлими.

Слабкочуючі діти (туговухі): диференціація за ступенем зниження слуху і часу ураження слухової функції. Диференціально-діагностичні критерії чотирьох ступенів туговухості: легка, помірна, значна, важка.

Специфіка мовленнєвого недорозвитку при туговухості; небезпечність поєднання з такими проблемами в розвитку, як ЗПР, олігофренія в ступені дебільності, ЗНМ.

Специфічні методи визначення гостроти слуху, які використовуються в сурдопсихології: суб'єктивна та об'єктивна аудіометрія, мовленнєвий метод. Обстеження слуху мовленнєвим методом – доступний метод первинного виявлення дітей з порушеним слухом у сім'ї, загальноосвітніх закладах.

Характеристика дітей, що мають різні ступені туговухості. Особливості психічних процесів у дітей з недоліками слуху: деяке відставання в розвитку, швидкості зорового сприйняття, особливо перспективних зображень, у розумінні смислу і емоційних станів зображених персонажів; підвищений розвиток вібраційної, кінестетичної, смакової та нюхової чутливості. Зниження уваги, вищих форм пам'яті та мис-

лення при недоліках слуху. Особливості особистісного та соціального розвитку дітей даної категорії.

Питання інтеграції дітей з недоліками слуху в загальноосвітньому закладі.

Предмет і задачі тифлопсихології. Проблема психологічного відображення при випадінні ведучого сенсорного каналу сприйняття інформації.

Причини порушення зору у дітей. Розповсюдження дефекту. Категорії дітей із порушеннями зорової функції: сліпі, слабкобачучі, осліплі. Гострота зору – основний критерій вираженості дефекту. Методи визначення (виміру) гостроти зору (таблиці, перерахування пальців на різній відстані, розрізнення кольорів, контурів предметів, світла).

Сліпота абсолютна і практична – співвідношення в структурі зорових порушень.

Загальне та спеціальне в психічному розвитку дітей з недоліками зору порівняно з розвитком дітей, які розвиваються нормально.

Основні напрями компенсаторних процесів при порушенні зору. Значення шкірно-оптичного відчуття в життєдіяльності сліпих дітей. Роль дотику в діяльності сліпих і слабкобачучих дітей. Вібраційні відчуття в навчанні дітей з недоліками зору. Відчуття простору як "шосте почуття" дітей із порушеннями зору.

Особливості різних видів пам'яті (зорової, слухової, моторної) у сліпих і слабкобачучих дітей. Топографічні уявлення сліпих. Особливості розвитку різних видів мислення при порушенні зору. Своєрідність мовленнєвого розвитку сліпих дітей, розбіжність між словом та образом.

Соціально-особистісний розвиток дітей з порушеннями зору, можливість повноцінної соціалізації і інтеграції в єдиний соціокультурний простір.

**Ключові поняття:** сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, шкіряна чутливість, дотикова увага, тактильна чутливість, компенсація психічних функцій, дактилологія.

## **Тема 9. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату**

Види патологій опорно-рухового апарату: захворювання нервової системи, вроджена патологія опорно-рухового апарату, набуті захворювання і пошкодження опорно-рухової системи.

Церебральний параліч як основна причина рухових розладів у дитячому віці.

Клінічна характеристика дітей з церебральним паралічем. Причини ДЦП. Форми мовленнєвих порушень у дітей із церебральним

паралічем: дизартрія, затримка мовленнєвого розвитку, алалія, порушення писемного мовлення.

Особливості рухового розвитку дітей з ДЦП: порушення м'язового тону (поняття спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії); обмеженість чи неможливість довільних рухів (парези, паралічі); наявність насильницьких рухів (гіперкінези, тремор); порушення рівноваги і координації рухів (атаксія); синкенезі.

Форми ДЦП: спастична диплегія ("хвороба Літтля"), подвійна геміплегія, геміпарез, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма, мішані форми ДЦП.

Супутні захворювання та вторинні порушення у дітей з ДЦП.

Особливості психічного розвитку дітей з ДЦП: особливості порушення пізнавальної сфери, особливості розладу емоційно-вольової сфери, порушення формування особистості при ДЦП. Зміст корекційної роботи при ДЦП. Основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій у дітей.

**Ключові поняття:** спастичність, ригідність, гіпотонія, дистонія, парези, паралічі, гіперкінези, тремор, атаксія, спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП.

## **Тема 10. Проблема компенсації дефекту**

Поняття компенсації психічних функцій. Два типи компенсації (внутрішня, міжсистемна). Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку спеціальної психології та корекційної педагогіки. Корекційно-виховна робота у спеціальних дитячих закладах. Засоби, методи і прийоми корекційного впливу.

Проблема компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера. Види компенсації за А.Адлером. Теорія компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським. Розкриття сутності складної структури дефекту. Основні положення теорії компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.

Типи порушення психічного розвитку (дизонтогенезу) за В.В.Лебединським; їх параметри. Класифікація психічного дизонтогенезу, запропонована В.В.Лебединським.

Приклади зверхкомпенсації – із життя, із художньої літератури, з літератури з корекційної педагогіки і психології.

**Ключові поняття:** компенсація дефекту, повна й неповна компенсація, надкомпенсація, удавана компенсація.



## ОРІЄНТОВНИЙ ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

Таблиця 2

№	Назва теми	Лекції	Семінар. заняття	Лабор. заняття	Сам. робота	Індив. роб.
<b>Змістовий модуль 1. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору</b>						
1.	Введення в дефектологію	2	4	–	12	2
2.	Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки	2	4	2	10	2
3.	Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР)	2	4	4	12	2
<b>Змістовий модуль 2. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями</b>						
4.	Теоретичні основи дошкільної логопедії	2	4	–	9	–
5.	Порушення усного мовлення	2	4	2	10	2
6.	Порушення писемного мовлення	2	2	2	10	2
7.	Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку	–	4	4	14	4
<b>Змістовий модуль 3. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП</b>						
8.	Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями	2	6	4	12	2
9.	Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	2	6	2	14	4
10.	Проблема компенсації дефекту	2	4	2	10	1
<b>Всього: 216</b>		<b>18</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>21</b>

## ОРІЄНТОВНИЙ РОЗПОДІЛ БАЛІВ

Таблиця 3

ПОТОЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ										ІНДЗ	Мод.р.	Екза-мен	Сума
Змістовий модуль 1			Змістовий модуль 2				Змістовий модуль 3			9	9	25	100
T.1	T.2	T.3	T.4	T.5	T.6	T.7	T.8	T.9	T.10				
3	4,5	7	6	5,5	4	6,5	9	6	5,5				

### РОЗПОДІЛ БАЛІВ

Робота на семінарському занятті – до 1 бала = 21 бал.

Лабораторна робота – до 1 бала = 11 балів.

Самостійна роботи = 25 балів (див. табл. 4)

Модульний контроль – 3 бали = 9 балів

Виконання ІНДЗ = 9 балів:

- написання реферату – 6 балів;
  - розробка програми корекційної роботи з дітьми – 3 бали.
- Екзамен – 25 балів.

### ТАБЛИЦЯ РЕЙТИНГОВОЇ ОЦІНКИ ЗНАТЬ СТУДЕНТІВ (у балах)

Таблиця 4

Змістові модулі, теми	Кількість балів для поточного та модульного контролю					Загальна кількість балів
	Лекції	Семінари	Лабораторні	Самостійна робота	Індивідуальна робота	
<b>Змістовий модуль I. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5,5</b>	<b>2</b>	<b>19,5</b>
1.1. Введення в дефектологію	–	2	–	1	–	3
1.2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки	–	2	1	1,5	1	5,5
1.3. Психолого-педагогічні особливості дітей з затримкою психічного розвитку (ЗПР)	–	2	2	3	1	8
<i>Модульний контроль (контрольна робота)</i>	3	–	–	–	–	3
<b>Змістовий модуль II. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>29</b>
2.1. Теоретичні основи дошкільної логопедії	–	2	–	4	1	7
2.2. Порушення усного мовлення	–	2	1	2,5	1	6,5
2.3. Порушення писемного мовлення	–	1	1	2	1	5
2.4. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку	–	2	2	2,5	1	7,5
<i>Модульний контроль (контрольна робота)</i>	3	–	–	–	–	3
<b>Змістовий модуль II. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>8,5</b>	<b>3</b>	<b>26,5</b>
2.1. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями	–	3	2	4	1	10
2.2. Психолого-педагогічні особливості дітей із порушеннями опорно-рухового апарату	–	3	1	2	1	7
2.3. Проблема компенсації дефекту	–	2	1	2,5	1	6,5
<i>Модульний контроль (контрольна робота)</i>	3	–	–	–	–	3
<i>Екзамен</i>	<b>25</b>	–	–	–	–	<b>25</b>
<b>РАЗОМ</b>	<b>25/9</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

## САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ (113 год.)

Таблиця 5

Змістові модулі, теми	Вид роботи, бали					Аналіз статей
	Робота зі словником	Побудова схеми	Виконання вправ	Реферативне повідомлення	Відгук на книгу	
<b>Змістовий модуль I. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (34 год.)</b>	<b>1,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,5</b>
1.1. Введення в дефектологію	0,5	0,5	–	–	–	–
1.2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки	0,5	–	–	1	–	–
1.3. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР)	0,5	–	–	–	1	1,5
<b>Змістовий модуль II. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (43 год.)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
2.1. Теоретичні основи дошкільної логопедії	0,5	–	0,5	1	–	2
2.2. Порушення усного мовлення	0,5	–	0,5	–	1	0,5
2.3. Порушення писемного мовлення	0,5	–	–	–	–	1,5
2.4. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку	0,5	–	1	–	–	1
<b>Змістовий модуль III. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП (36 год.)</b>	<b>1,5</b>	<b>0</b>	<b>2,5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>
3.1. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями	0,5	–	0,5	–	2	1
3.2. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	0,5	–	1,5	–	–	–
3.4. Проблема компенсації дефекту	0,5	–	0,5	1	–	0,5
<b>Загальна кількість балів 25</b>	<b>5</b>	<b>0,5</b>	<b>4,5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>

## Модульний контроль до навчальної дисципліни

### Змістовий модуль 1

#### Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору

##### Тема 1. Введення в дефектологію

1. Дати визначення дефектології.
2. Назвати основні галузі дефектології.
3. Виділити категорії дітей з відхиленнями у розвитку.
4. Продовжити фразу Виготського: "Дитина, розвиток якої ускладнений дефектом, не є просто менш розвинутою, ніж її нормальні однолітки, дитиною, але розвинутою..."
5. Назвати причини виникнення дефекту та його характер.
6. Дати визначення онтогенезу, дизонтогенезу.
7. Назвати основні завдання дефектології.
8. Навести приклад вади в контексті короткого анамнезу, яка б характеризувалася як біологічним і соціальним, так і вродженим та екзогенним характером.
9. Навести приклад дефекту в контексті короткого анамнезу, який би мав біологічне, вроджене і ендогенне походження.
10. Розкрити поняття складної структури дефекту, навести приклад.

##### Тема 2. Розумова відсталість дітей

1. Розкрити поняття "розумова відсталість".
2. Розкрити поняття "резидуальний", "прогресивний".
3. Назвати науки, які вивчають дітей з інтелектуальними відхиленнями.
4. Вибрати правильну відповідь: олігофренія – це перш за все порушення: а) опорно-рухового апарату; б) пізнавальної діяльності; в) емоційно-вольової сфери.
5. Виділити, що необхідно використовувати при роботі з дітьми-олігофренами (за Виготським).
6. Назвати основні форми розумової відсталості.
7. Назвати ступені олігофренії.
8. Дати визначення деменції.
9. Продовжити фразу: "Вроджена відсутність або різка недостатність ферменту гістидази називається..."
10. Написати назву найбільш розповсюдженої хвороби, яка обумовлена хромосомним порушенням.

### **Тема 3. Особливості дітей із затримкою психічного розвитку**

1. Вибрати правильну відповідь. ЗГП відноситься: а) до збірної групи розумової відсталості; б) до групи суміжних форм інтелектуальної недостатності; в) до групи дітей із порушенням емоційно-вольової сфери; г) до групи дітей із сенсорними порушеннями.
2. Вказати, яка із структур інтелекту збережена при ЗГП.
3. Написати, яке походження може мати ЗГП, на думку Лебединської?
4. Розкрити поняття ММД. Навести приклади.
5. Розкрити поняття інфантилізму.
6. Продовжити фразу: "Специфічне порушення моторних навичок називається..."
7. Продовжити фразу: "Часткове порушення арифметичних навичок називається..."
8. Дати визначення соціальної депривації?
9. Розкрити поняття інтелекту та його структуру.
10. Продовжити фразу: "Інтелектуальне ядро – це..."
11. Дати визначення соматогенного інфантилізму.

## **Змістовий модуль 2 Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями**

### **Тема 5. Особливості розвитку дітей з мовленнєвими вадами**

1. Вказати, що первинне: мова, мовлення, мовленнєва вада, мовленнєва діяльність.
2. Написати, які науки вивчають дітей з мовленнєвими відхиленнями.
3. Назвати умовлення для нормального розвитку мовлення дитини.
4. Вказати, з яким типом моторики пов'язаний розвиток мовленнєвої діяльності людини.
5. Написати, які принципи аналізу мовленнєвих порушень Ви знаєте. Хто їх виділив?
6. Скільки Ви знаєте мовленнєвих вад за клінічною класифікацією мовленнєвих порушень? Яка мовленнєва вада Вам найбільше запам'яталась?
7. Продовжити фразу: "Порушення темпо-ритмічної організації мовлення, яке обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату, називається..."

8. Назвати, що лежить в основі психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень.

9. Вказати причини, через які у дитини у віці 3-х років може бути відсутнє мовлення.

10. Назвати мовленнєву ваду, яка, на Вашу думку, найбільш розповсюджена серед дитячого населення.

11. Дати визначення поняття дрібної моторики. Її роль у розвитку мовлення.

12. Назвати фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення.

13. Вказати принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.Є.Левіною).

14. Назвати причини виникнення дисфонії.

15. Вказати основні етапи корекційної роботи дітей, хворих на дислалію.

16. Назвати способи і прийоми виявлення недоліків звуковимови у дітей.

17. Дати психолого-педагогічну характеристику дітей з дизартрією.

18. Виділити основні тенденції психічного розвитку дітей із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ).

19. Розкрити взаємозв'язок усного і писемного мовлення.

20. Виділити основні логопедичні етапи у постановці звуків.

### **Змістовий модуль 3**

#### **Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП**

##### **Тема 4. Особливості розвитку дітей із сенсорними порушеннями**

1. Дати визначення сурдопедагогіки.

2. Написати психолого-педагогічну класифікацію дітей з вадами слуху, яку Ви знаєте. Що лежить в її основі?

3. Продовжити фразу: "При порушеному слуху компенсаторно розвивається..."

4. Продовжити фразу: "Тифлопедагогіка – це..."

5. Назвати групи дітей з порушенням зору.

6. Виділити ступені сліпоти, які Вам відомі.

7. Дати визначення тактильної чутливості.

8. Дати відповідь на запитання: "Чи може спостерігатися порушення в інтелектуальній сфері при недорозвитку сенсорної функції? Якщо так, то який діагноз при цьому ставиться?"

9. Назвати науки, які вивчають дітей з порушенням сенсорної сфери?

10. Назвати ім'я та прізвище вченого, який працював у галузі сурдотифлопедагогіки і досягнув у ній значних результатів.

### **Тема 6. Особливості розвитку дітей із ДЦП**

1. Дати визначення ДЦП.
2. Назвати причини ДЦП.
3. Відповісти на запитання: "Що таке спастичність?"
4. Дати відповідь на запитання: "Що таке гіпотонія?"
5. Назвати форми ДЦП.
6. Продовжити фразу: "Хвороба Літтля – це..."
7. Виділити найскладнішу форму ДЦП. Описати її.
8. Розкрити ДЦП як складну структуру дефекту.
9. Розкрити особливості психічного розвитку при ДЦП.
10. Дати відповідь на запитання: "Хто з видатних людей епохи Відродження хворів на ДЦП?"

### **Тема 7. Проблема компенсації дефекту**

1. Розкрити поняття компенсації психічної функції.
2. Вкажіть типи компенсації, які Ви знаєте.
3. Назвати прізвище вченого, який працював над питанням компенсації дефекту.
4. Написати види компенсації будь-яких порушень, що виділяв Адлер.
5. Дати відповідь на запитання: "Що таке "бегство в болезнь"?"
6. Назвати прізвище вченого, який ввів поняття структури дефекту.
7. "На думку вченого, педагогічний вплив при роботі з дітьми, що мають складну структуру дефекту, в першу чергу направлений на подолання і попередження первинних чи вторинних дефектів." Чи згодні ви з думкою вченого? Обґрунтувати свою відповідь.
8. Назвати приклади надкомпенсації із життя, художньої літератури, спеціальної літератури.
9. Виділити, що компенсаторно розвинуте у глухих дітей?
10. Виділити, що компенсаторно розвинуте у сліпих дітей?

## ОРИЄНТОВНІ ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ

1. Поняття дефектології. Основні завдання дефектології.
2. Основні галузі дефектології.
3. Категорії дітей з відхиленнями в розвитку.
4. Поняття складної структури дефекту.
5. Поняття дизонтогенезу, фенотипу. Види ферментопатій. Галактозимія.
6. Зв'язок дефектології з іншими науками.
7. Поняття інтелекту та його структура.
8. Розумова відсталість, форми розумової відсталості.
9. Причини інтелектуальних порушень.
10. Розумова відсталість ендogenous та екзогенного характеру.
11. Олігофренія та її ступені. Основні клінічні ознаки олігофренії.
12. Класифікація олігофренії за М.С.Певзнер.
13. Поняття деменції, її відмінності від олігофренії.
14. Значення вчення Л.С.Виготського про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом.
15. Історія виникнення терміна "ЗПР".
16. Поняття "ЗПР". Його клініка. Відмінність ЗПР від розумової відсталості.
17. Класифікація ЗПР за М.С.Певзнер, Т.А.Власовою.
18. Класифікація ЗПР за етнологічним принципом К.С.Лебединської.
19. Основні форми ЗПР.
20. Методи подолання ЗПР у дітей дошкільного віку.
21. Логопедія як наука.
22. Історія розвитку логопедії. Зв'язок з історією розвитку медицини та педагогіки.
23. Дидактичні основи і специфічні (корекційні) засоби та прийоми сучасної логопедії.
24. Поняття мовлення, мовленнєвої діяльності, мовлення, мовленнєвого порушення.
25. Необхідні умовлення для нормального розвитку мовлення у дитини.
26. Поняття дрібної моторики. Її роль у розвитку мовлення.
27. Мовленнєві порушення у дітей.
28. Фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення.
29. Принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.Є.Левіною).
30. Порівняльна характеристика клінічної і психолого-педагогічної класифікації й мовленнєвих порушень.
31. Порушення усного мовлення. Причини їх виникнення.



32. Заїкування як порушення комунікативної функції мовлення. Специфіка психічного і соціального розвитку дітей при заїкуванні.
33. Порушення темпу мовлення.
34. Поняття про дислалію. Основні етапи корекційної роботи.
35. Поняття про дизартрію. Види дизартрії та її причини. Психолого-педагогічна характеристика дітей з дизартрією.
36. Основні тенденції психічного розвитку дітей із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ).
37. Профілактика відхилень у мовленнєвому розвитку.
38. Поняття про ринолалію. Її види і форми, причини виникнення.
39. Порушення писемного мовлення.
40. Предмет і завдання сурдопедагогіки.
41. Причини порушення слуху. Вроджені і набуті глухота і туговухість.
42. Психолого-педагогічна класифікація дітей з вадами слуху Р.М.Боскіс.
43. Психологічний розвиток дітей з порушеннями слуху як дефіцитарного типу дизонтогенезу.
44. Предмет і завдання тифлопедагогіки.
45. Категорії дітей з порушеннями зорової функції. Ступені порушення зору. Причини втрати зору.
46. Особливості психічного розвитку сліпої дитини.
47. Поняття тактильної чутливості, дотику, вібраційного відчуття, їх роль у навчанні дітей з вадами зору.
48. Психологічні особливості сліпоглухонімих дітей. Досвід І.А.Соколянського при роботі з дітьми даної категорії.
49. Види патологій опорно-рухового апарату.
50. Церебральний параліч як основна причина рухових розладів у дитячому віці. Причини ДЦП.
51. Клінічна характеристика дітей з церебральним паралічем.
52. Особливості рухового розвитку дітей з ДЦП.
53. Форми ДЦП.
54. Супутні захворювання та вторинні порушення при ДЦП.
55. Особливості психічного розвитку дітей з ДЦП.
56. Зміст корекційної роботи при ДЦП.
57. Поняття компенсації психічних функцій. Два типи компенсації.
58. Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку спеціальної психології та корекційної педагогіки.
59. Проблема компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера.
60. Теорія компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.

## РОЗДІЛ 2. ТЕКСТИ ЛЕКЦІЙ (18 год.)

### Змістовий модуль 1

#### Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (6 год.)

##### ТЕМА 1. Введення у дефектологію (2 год.)

1. Поняття дефектології. Основні задачі дефектології.
2. Основні галузі дефектології.
3. Категорії дітей з відхиленнями в розвитку.
4. Поняття складної структури дефекту.
5. Причини виникнення дефекту, їх характер.
6. Поняття дизонтогенезу, фенотипу.
7. Місце дефектології в системі медичних дисциплін.

**Основні поняття теми:** дефектологія, корекційна педагогіка, спеціальна психологія, олігофренопедагогіка, олігофренопсихологія, сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, логопедагогіка, логопсихологія; дизонтогенез, фенотип, складна структура дефекту.

##### Література

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994.
2. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр "Академия", 1999. – 280 с.
3. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.
4. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
5. Дефектология : словарь-справочник / авт-сост. С. С. Степанов ; ред. Б. П. Пузанов. – М., 2005. – 208 с.
6. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
7. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. праць / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Інститут спец. педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005. – Вип. 2. – 154 с.
8. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – 458 с.
9. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.

## Поняття дефектології

У дослідженнях останніх років фахівці проводять роботу з приводу впорядкування понятійно-термінологічного словника спеціальної педагогіки, зокрема перегляду титульної назви цієї педагогічної галузі. Упродовж сімдесяти років у нашій країні для цього використовувався термін "дефектологія" як титульна назва теоретичної і практичної галузі спеціальної освіти осіб із відхиленнями в розвитку. Паралельно до терміна "*дефектологія*" і більшою мірою стосовно науки використовуються також два тісно пов'язаних між собою терміни: "*спеціальна педагогіка*" і "*спеціальна психологія*".

*Дефектологія* (від лат. defectus – порушення, відхилення, вада, дефект, аномалія, патологія) – наука про психофізіологічні порушення дітей з психічними або фізичними недоліками, про закономірності їх навчання, виховання та освіти.

*Основним предметом* дослідження дефектології є діти з різноманітними дефектами психічного чи фізичного розвитку.

*Мета дефектології* – забезпечення оптимальних умов виховання та навчання дітей із різноманітними дефектами психічного чи фізичного розвитку для якомога кращої підготовки їх до самостійного активного суспільно корисного життя в соціальному оточенні; відновлення соціального статусу особи з обмеженими можливостями, збереження цілісності її особистості.

*Завдання дефектології:*

- здійснює різнобічне психолого-педагогічне та клініко-фізіологічне вивчення особливостей та закономірностей фізичного і психічного розвитку різних категорій дітей з обмеженими можливостями;
- визначає структуру дефекту при різних аномаліях і потенційні можливості розвитку різних сторін особистості;
- визначає найрезультативніші шляхи, способи та засоби, спрямовані на своєчасне виявлення, попередження й подолання відхилень у розвитку та поведінці даних дітей;
- розробляє з психолого-педагогічних позицій класифікацію дітей з відхиленнями у розвитку, розв'язує задачі диференціації їх навчання та виховання;
- обґрунтовує принципи створення та розвитку системи спеціальних закладів для виховання та навчання дітей з метою здійснення оптимального впливу на їх розвиток, підготовку і залучення до самостійної трудової та суспільної діяльності;
- визначає закономірності та особливості навчально-виховного процесу у спеціальних закладах;

- розробляє спеціальні технічні засоби, що допомагають особам з обмеженими можливостями у їх пізнавальній діяльності та встановленні контактів з оточенням;
- визначає ефективні шляхи та засоби профілактики аномалій розвитку, попередження дитячої дефективності;
- вивчає особливості та шляхи поліпшення життя та діяльності людей з особливими потребами у соціальному оточенні.

### **Основні галузі дефектології**

Дефектологія об'єднує ряд самостійних галузей. Це: *сурдопедагогіка*, яка вивчає питання виховання й навчання дітей із порушеннями слуху; *тифлопедагогіка* – питання виховання й навчання дітей із вадами зору; *корекційна психопедагогіка (олігофренопедагогіка)* – питання виховання й навчання розумово відсталих дітей; *логопедагогіка* – питання вивчення й корекція розладів мовлення; *ортопедагогіка* – питання виховання й навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Дефектологія включає також *спеціальну психологію, корекційну педагогіку, спеціальну (корекційну) педагогіку.*

*Спеціальна психологія* – галузь психологічної науки, яка вивчає людей, для яких характерне відхилення від нормального психічного розвитку, що пов'язане з уродженими або набутими порушеннями формування нервової системи.

*Корекційна педагогіка* є самостійною галуззю педагогічних наук і складається з низки спеціальних педагогічних дисциплін, кожна з яких вивчає педагогічні проблеми конкретних категорій дітей з обмеженими можливостями.

*Спеціальна (корекційна) педагогіка* – це багатогалузева наука, що вивчає психофізіологічні особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями та займається розробкою проблем їхнього виховання, навчання й корекції онтогенетичних недоліків. Вона забезпечує наукові основи роботи спеціальних освітніх корекційних шкіл і дошкільних установ, класів корекції (класів вирівнювання, компенсувального навчання), логопедичних пунктів, спеціальних дошкільних груп при масових школах і дитячих дошкільних установ, які займаються вирішенням як загальних педагогічних завдань (увсебічний розвиток і гуманістичне виховання особистості, навчання, трудове навчання, профорієнтація), так і специфічних: корекція порушень розвитку; корекційне навчання й виховання; лікувально-профілактична робота; професійна підготовка за доступною спеціальністю; соціокультурна інтеграція та адаптація.

### **Категорії дітей з відхиленнями в розвитку**

У вітчизняній психології використовувався термін "діти з аномаліями в розвитку". На сучасному етапі іде пошук гуманної термінології:

- діти групи ризику;
- діти з особливими потребами;
- діти із спеціальними освітніми потребами;
- діти з обмеженими можливостями здоров'я.

У наш час у спеціальній психології та корекційній педагогіці існують різні класифікації порушень у розвитку (Т.А.Власова і М.С.Певзнер, В.В.Лебединській, В.А.Лапшин і Б.П.Пузанов), однак немає єдиних критеріїв класифікації порушень у розвитку організму людини.

*Категорії дітей з відхиленнями в розвитку:*

- діти з відхиленнями в інтелектуальній сфері (розумово відсталі);
- діти з порушеннями сенсорної функції (слуху та зору);
- діти з порушеннями мовлення (діти-логопати);
- діти із затримкою психічного розвитку (ЗГР);
- діти з порушеннями опорно-рухової системи (діти з ДЦП);
- діти з порушеннями емоційно-вольової сфери, діти з раннім дитячим аутизмом (діти з РДА);

- діти із складною структурою дефекту: наприклад, глухота (четвертий ступінь глухоти):

- порушений слух (первинна вада);
- не розвивається мовлення;
- недорозвиток інтелектуальної сфери ЗГР;
- страждає особистісне становлення дитини.

*Дитина з ДЦП:*

- первинним є порушення опорно-рухової системи;
- затримка психічного розвитку (ЗГР), розумова відсталість;
- мовленнєва патологія – дизартрії, алалія.

*Діти з раннім дитячим аутизмом (РДА):*

- порушення емоційно-вольової сфери. Дитина від народження не має потреби у спілкуванні;
- порушення мовлення (загальний недорозвиток мовлення);
- ЗГР.

Найбільш придатною для практичної діяльності є класифікація, яка запропонована В.А.Лапшиним і Б.П.Пузановим (1990):

*1. Діти з порушеннями слуху і зору.*

*Дітей із порушеннями слуху поділять на дві групи:*

- *глухі* (ті, що нечують) діти – з тотальним (повним) випадінням слуху або залишковим слухом, який не може бути самостійно використаний для накопичення мовленнєвого запасу. Серед дітей, що нечують, розрізняють:

а) тих, які нечують, не володіють мовленням (*ранньооглухлі*);  
б) тих, що нечують, які зберегли мовлення тією чи іншою мірою (*пізньооглухлі*). У дітей, що нечують, зниження слуху складає 75–80 дБ;

- *слабочуючі* (туговухі) діти з частковою слуховою недостатністю, яка ускладнює мовленнєвий розвиток, але дає можливість самостійного накопичення мовленнєвого запасу за допомогою слухового аналізатора. У слабочуючих зниження слуху складає 20–75 дБ.

Дітей із порушеннями зору поділяють на дві групи:

- *сліпі* (незрячі) діти – з повною відсутністю зорових відчуттів або світловідчуттям, яке збереглося, чи залишковим зором (з максимальною гостротою зору 0,04 на оці, яке краще бачить, із застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів);

- *слабозорі* діти – з гостротою зору на оці, яке краще бачить, від 0,05 до 0,4 (із застосуванням окулярів).

2. *Розумово відсталі діти та діти із затримкою психічного розвитку.*

Дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) диференціюють з 4 категоріями:

- діти із ЗПР конституційного походження (гармонійний інфантилізм);

- діти із ЗПР соматогенного походження;

- діти із ЗПР психогенного походження;

- діти із ЗПР церебрастенічного характеру.

3. *Діти з важкими порушеннями мовлення.* Усі види мовленнєвих порушень поділяються на 2 групи:

- *порушення усного мовлення* (*дистонія* – порушення голосу, вокальні порушення, *брадилалія* – повільний темп мовлення, *тахилалія* – швидкий темп мовлення, *заїкання* – порушення темпоритмічної сфери мовлення (логоневроз), *дислалія* – порушення звуковимови при нормальному слуху, *ринолалія* – порушення тембру голосу, *дизартрія* – порушення вимовляльної сфери мовлення (невизначне мовлення), *алалія* – *відсутність або недорозвиненість мовлення* внаслідок ураження мовленнєвих зон кори головного мозку; *афазія* – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мовлення, пов'язана з ураженнями головного мозку (втрата мовлення);

- *порушення писемного мовлення* (*дислексія* – порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням деяких ділянок кори головного мозку, *дисграфія* – часткові специфічні розлади процесу письма (в основі лежить недорозвиненість усного мовлення).

4. *Діти з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА)*. Основний контингент цієї категорії – діти, які страждають на дитячий церебральний параліч. ДЦП – захворювання незрілого мозку, що виникає під впливом різних шкідливих чинників, які діють у період внутрішньоутробного розвитку, у момент пологів і на першому році життя дитини.

5. *Діти із змішаним (складним) дефектом*. Наприклад: розумово відсталі, які не чують або слабочуючі; розумово відсталі слабозорі або незрячі; сліпоглухонімі тощо.

6. *Діти із спотвореним розвитком* – психопатією (стійкий дисгармонійний склад психіки). Основою цього типу дизонтогенезу є вроджена або рано набута стійка диспропорційність психіки, переважно в емоційно-вольовій сфері, а також так звані патологічні формування особистості в результаті неправильних умов виховання. Іноді ці відхилення називають порушеннями емоційно-вольової сфери.

Наведена типологія дітей з відхиленнями в розвитку не вичерпує усіх відхилень у дитячому розвитку, за яких виникає потреба у новій організації педагогічного процесу. Такими є, наприклад, діти з порушеннями емоційно-вольової сфери. Вони можуть також бути віднесені до категорії дітей із порушеннями психофізичного розвитку, хоча повинні навчатися за окремими програмами і за допомогою спеціальних методів.

### **Поняття складної структури дефекту**

Л.С.Виготський висунув ідею про *складність структури* аномального розвитку дитини, згідно з якою наявність дефекту якогось одного аналізатора чи інтелектуальної вади не спричинює ізольоване випадіння однієї функції, а призводить до цілої низки відхилень, унаслідок чого виникає цілісна картина своєрідного атипового розвитку.

Розрізняють *первинний дефект*, 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 апарату дитини.

Дія повної чи часткової глухоти як первинного дефекту не обмежується зниженням (або повним випадінням) функції слухового сприймання. Слух відіграє важливу роль в оволодінні дитиною словесним мовленням. Якщо дитина на ранніх етапах свого розвитку втратила

слух, у звичайних умовах її *розмовне мовлення не розвивається, виникає німота*. Ця вада є відхиленням у розвитку глухого дитини, яке викликане дією первинного дефекту. За умов повної або відносної глухоти для навчання дитини мовлення використовують різноманітні "обхідні шляхи", що спираються на збереженість інших аналізаторів (зору, кінестетичних відчуттів, тощо). Проте без повноцінної участі слуху мовлення характеризується значною своєрідністю: різко порушується вимова, повільно накопичується запас слів, даються ознаки серйозні недоліки в оволодінні граматики, в розвитку розуміння значень слів та словосполучень.

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

Пристосування дитини з обмеженими можливостями 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.

### **Причини виникнення дефектів, їх характер**

*Причини виникнення дефектів:*

- *спадковий фактор* (передається мовленнєва патологія, сліпота, глухота). Часто у слабкочуючих батьків народжуються нормальні діти і патологія спостерігається в онуків;

- *різноманітні генетичні аномалії* – хвороба Дауна, порушення обміну речовин (галактодімія), вплив амінокислот (ферментопатії), гістидинемія (порушення інтелектуальної сфери дитини), ДЦП (може бути генетичного порядку);

- *шкідливі звички* – паління (не вистачає кисню – кисневе голодування, страждає центральна нервова система (алалія, дизартрія)), алкоголю.

- *хвороби матері під час вагітності* (краснуха, інфекційні захворювання);

- *вживання медикаментів* вагітною жінкою;

- *медична занедбаність* (невдало прийняті пологи, неправильно поставлений діагноз).



## Поняття дизонтогенезу, фенотипу

Термін "дизонтогенез" (від грец. *dys* – префікс, що означає відхилення від норми, *ontos* – суще, істота, *genesis* – розвиток) вперше вживте Й.Швальбе в 1927 р. для позначення відхилення внутрішньоутробного формування структур організму від нормального ходу розвитку. У вітчизняній дефектології дані стану об'єднуються в групу порушень (відхилень) розвитку. Результатом дизонтогенезу є вади розвитку органів і тканин, у тому числі мозку, відставання в розвитку (*ретардація*), прискорений розвиток (*акселерація*), *асинхронії розвитку* (нерівномірність дозрівання різних систем), що породжують різноманітні дизонтогенетичні симптоми і синдроми як негативні (затримка і недорозвинення психіки або окремих функцій, ранній дитячий аутизм), так і продуктивні фазово-специфічні для різних вікових періодів (патологічне фантазування, нав'язливі ідеї тощо).

*Дизонтогенез* – порушення індивідуального розвитку організму.

*Онтогенез* – це процес розвитку організму. У психології онтогенез – це формування основних структур психіки індивіда протягом дитинства. Основний зміст онтогенезу складає предметна діяльність і спілкування. Формування психіки в онтогенезі – це процес соціальний, який відбувається в умовах активного, цілеспрямованого впливу з боку суспільства.

Основними проявами психічного дизонтогенезу є *ретардація*, *акселерація* та *асинхронія розвитку*.

*Ретардація* – незавершеність окремих етапів розвитку, за якої не відбуваються зміни більш ранніх форм розвитку більш прогресивними. Характерна для олігофренії і ЗПР.

*Акселерація* – прискорення росту і розвитку дітей та підлітків, а також настання статевої зрілості у більш ранньому віці.

З *асинхронним* розвитком ми зустрічаємося відносно частіше у випадках соматичних і ментальних дефектів. Досить часто одним з перших симптомів асинхронії розвитку є зміна успішності в школі. К.Вагнер довів, що синхронність розвитку забезпечує відносно добру успішність у школі у прискорених і уповільнених (ретардрованих) індивідів, у той час як асинхронний перебіг дозрівання буває пов'язаний із зниженням успішності в школі. Також і процес соціалізації поведінки може бути тимчасово порушений при станах асинхронії.

## Види психічного дизонтогенезу

Ранні порушення розвитку центральної нервової системи можуть бути викликані як *біологічними*, так і *соціальними* чинниками.

До *біологічних* факторів дизонтогенезу відносяться:

- генетичні (спадкові хвороби обміну, хромосомні аберації, генні мутації, ендогенні захворювання тощо);

- внутрішньоутробні порушення (токсикози вагітності, конфлікти в системі крові, зокрема резус-фактор, внутрішньоутробні інфекції, інтоксикації тощо);
  - патологія пологів;
  - ранні захворювання з переважним ураженням центральної нервової системи (дефекти обміну, прогресуючі гідроцефалії, дегенеративні захворювання, пухлини мозку, енцефаліти, шизофренія тощо).
- До *соціальних* факторів дизонтогенезу відносяться:
- різні види емоційної та соціальної депривації;
  - різноманітні соціальні психологічні стреси.

Великий інтерес представляють дослідження *В.В.Лебединського*, який диференціював наступні варіанти психічного дизонтогенезу.

1. *Загальне стійке недорозвинення*. Типовий ранній час ураження, коли спостерігається виражена незрілість мозкових систем. Прикладом стійкого недорозвинення є *олігофренія*.

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

3. *Ушкоджений розвиток*. В етіології ушкодженого розвитку – спадкові захворювання, внутрішньоутробні, пологові й післяпологові інфекції, інтоксикації та травми центральної нервової системи, але патологічна дія на мозок виявляється на пізніших етапах онтогенезу (після 2–3 років). Характерна модель ушкодженого розвитку – *органічна деменція*.

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

5. *Спотворений розвиток*. Спостерігаються складні поєднання загального недорозвинення, затриманого, ушкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій. Характерним прикладом є *ранній дитячий аутизм*.

6. *Дисгармонійний розвиток*. Спостерігається вроджена або рано набута стійка диспропорційність психічного розвитку в емоційно-вольовій сфері. Характерна модель дисгармонійного розвитку – *психопатія та патологічне формування особистості*.

*Фенотип* (від грец. *phainotip* – вляю, знаходжу) – сукупність характеристик, властивих індивіду на певній стадії розвитку. Будь-яка *спостережувана характеристика* чи *риса* організму: його морфологія, розвиток, біохімічні та фізіологічні властивості чи поведінка.

*Фенотипи* формуються під дією *генотипу*, опосередкованого низкою факторів довкілля та можливими взаємодіями між ними двома.

Усі, які можна визначити клінічно – зріст, вага тіла, колір очей, форма волосся, група крові тощо, є *фенотипними*.

### **Місце дефектології в системі медичних дисциплін**

Складність багатоаспектних проблем сучасної теорії і практики вищої дефектологічної освіти зумовлює їх розв'язання шляхом міждисциплінарного підходу через інтеграцію даних різних наук.

У науковому підґрунті дефектології поряд з філософськими, соціологічними, економічними, правовими основами чільне місце посідає система медичних знань.

В історії різних галузей дефектологічної науки залишилися імена видатних лікарів М.Монтессорі, С.Ф.Хотовицького, С.С.Корсакова, В.М.Бехтерева, В.П.Кашенка, В.О.Гіляровського, О.А.Осипова, Г.Є.Сухарєвої, М.С.Певзнер, О.М.Мастюкової та ін., які зробили величезний внесок у вивчення психофізичних особливостей дітей з вадами розвитку, у побудову системи корекційної роботи з ними.

Про нерозривний зв'язок медицини і дефектології свідчать навіть поширені назви відповідних сфер діяльності з виховання, освіти і реабілітації дітей з особливими освітніми потребами ("лікувальна педагогіка", "соціальна педіатрія" тощо), а також широке використання медичної термінології у тезаурусі корекційної педагогіки та спеціальної психології.

Видатний учений у галузі загальної і спеціальної психології, а також соціального компенсаторного виховання Л.С.Виготський наголошував на тому, що вивчення важких і відсталих дітей повинно вестися спеціалістом, обізнаним у питаннях психопатології, дефектології і лікувальної педагогіки.

Не випадково освітні програми підготовки спеціалістів у галузі практичної дефектології (олігофренопедагогів, тифлопедагогів, сурдопедагогів, логопедів) завжди передбачали відповідний обсяг медичних знань. Оскільки професійна діяльність педагога-дефектолога виходить за межі традиційної вчительської діяльності, щільно взаємодіючи і переплітаючись з різними видами соціально-педагогічної, реабілітаційної, консультативно-діагностичної, психотерапевтичної, власне корекційної та іншими видами "невчительської" діяльності, системоутворювальним критерієм комплексу наукових і практичних знань педагога-дефектолога виступає *антропологічний принцип* (Н.М.Назарова), який визначає відбір та інтеграцію всієї значущої для діяльності дефектолога інформації, зокрема медичного змісту.

Можна стверджувати, що система медичних знань, будучи складовою професійної культури педагога-дефектолога, сприяє фунда-

менталізації його освітньої підготовки, а це є важливою умовою наближення вітчизняної практики вищої дефектологічної освіти до міжнародних стандартів.

## **ТЕМА 2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки (2 год.)**

1. Розумова відсталість, форми розумової відсталості. Причини інтелектуальних порушень.

2. Олігофренія та її ступені; основні клінічні ознаки олігофренії. Класифікація олігофренії за М.С.Певзнер. Інші категорії розумово відсталих дітей.

3. Поняття деменції, її відмінності від олігофренії.

4. Значення вчення Л.С.Виготського про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом. Ефекти "психічної насиченості" і "повернення до перерваної дії".

**Основні поняття теми:** розумова відсталість, олігофренія, деменція, диференційована та недиференційована олігофренія, розумова відсталість ендogenous та екзогенного походження.

### **Література**

1. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др. ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной]. – М. : Издательский центр "Академия", 2003. – 320 с.

2. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

3. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М., 1985. – 154 с.

5. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. – М., 1989.

6. Умственно отсталый ребенок / под ред. Л. С. Выготского. – М. : Учпедгиз, 1935. – 176 с.

7. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников : кн. для учителя / А. А. Катаева. – М. : БУК-МАСТЕР, 1993. – 191 с.

8. Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984.

Т. 5. – 1984. – С. 257–321.

9. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманитарно-издательский центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

10. Филичева Т. Б. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада : в 2 ч. / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Альфа, 1993. – 87 с.

Ч. 2. Второй год обучения (подготовительная группа). – 1993. – 87 с.

### **Розумова відсталість, форми розумової відсталості. Причини інтелектуальних порушень**

Розумово відсталі діти – найбільш численна група серед дітей з обмеженими психічними і фізичними можливостями. Психолого-педагогічна характеристика дітей із помірно і тяжкою розумовою відсталістю висвітлена у наукових працях О.Гаврилова, Л.Занкова, Д.Ісаєва, У.Крістен, О.Маллера, Г.Сухарєвої, Г.Цикото, Л.Шипіциної та ін.

*Розумова відсталість* – стійке порушення пізнавальної діяльності в результаті органічного ураження головного мозку (ГМ). У цьому визначенні слід підкреслити наявність трьох ознак:

- органічне дифузне пошкодження кори ГМ;
- системне порушення інтелекту;
- виразність та незворотність цього порушення.

Брак хоча б однієї з цих ознак свідчатиме про те, що ми маємо справу не з розумовою відсталістю, а з якимось іншим видом дизонтогенезу. Науковці вважають, що за легкої розумової відсталості не завжди має місце органічне пошкодження мозку. Деякі вчені поняття *розумова відсталість* розуміють як відставання у розвитку, що зумовлюється несприятливими соціальними умовами, деривацією, педагогічною занедбаністю. Дитина пропускає сензитивний період.

*Розумова відсталість* – збірна група різноманітних за етіологією форм інтелектуальних порушень як резидуального, так і прогресивного походження.

Розумова відсталість виражається у двох формах: *олігофренія* та *деменція*.

Серед внутрішніх *причин*, що викликають розумову недостатність, виділяють:

- фактор спадковості, який виявляється в хромосомних захворюваннях;
- порушення білкового і вуглеводного обміну в організмі (фенілкетонурія);

- хвороби немовляти на ранніх етапах життя, зокрема запалення мозку (менінгіт);

Останніми роками зустрічається все більше випадків, коли виявляється розумова відсталість у дітей, які проживають у місцевості із значно підвищеним рівнем радіації.

### **Олігофренія та її ступені, основні клінічні ознаки олігофренії**

*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);
- зараження плода паразитами, які потрапили до організму матері (токсоплазмоз);
- алкоголізм батьків (передусім тому, що він спричинює неповноцінність їхніх генеративних клітин, а також може призвести до алкогольної інфекції плода);
- пологові травми та асфіксія.

*Уроджена* олігофренія може бути пов'язана з порушеннями хромосомного набору, білкового обміну в організмі (фенолкетонурія), з несумісністю крові матері та дитини (резус-фактор) тощо.

На перших етапах *прижиттєвого розвитку* дитини олігофренія виникає внаслідок запальних захворювань головного мозку, які вона перенесла (менінгіти, менінгоенцефаліти при різних вірусних інфекціях, що вражають мозок), а також як результат травматичних пошкоджень головного мозку.

У ході клінічних досліджень встановлено, що при олігофренії кора великих півкуль мозку вражена *дифузно*, тобто анатомічні зміни мають місце не на окремих її ділянках, а поширені на всю кору. Це не виключає поєднання дифузного ураження кори з її *локальними пошкодженнями*, що в деяких випадках зачіпають і підкіркові зони. Все це зумовлює різноманітні порушення в розвитку пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери дітей-олігофренів. Проте загальною ознакою для всіх таких дітей є *недорозвинення складних форм вищої нервової діяльності*, головним чином, таких функцій мислення, як *абстрагування* (здатність до уявного виділення з усіх ознак, властивостей, зв'язків конкретного предмета

саме тих, які є основними, найзагальнішими, відокремлення їх від інших) та *узагальнення* (здатність до уявного об'єднання загальних властивостей предметів та явищ).

За глибиною дефекту розрізняють *три ступені* інтелектуального недорозвинення:

*ідіотія* (найважчий ступінь);

*імбецильність* (середній та більш легкий порівняно з ідіотією);

*дебільність* – найлегший ступінь (порівняно з ідіотією та імбецильністю).

*Ідіотія* (від грец. *Idioteia* – невігластво, неосвіченість) – найглибший ступінь інтелектуальної недорозвиненості, вродженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства.

Ідіоти не здатні усвідомлювати оточення; їх мовлення розвивається обмежено (до вимовляння окремих слів); характерні важкі порушення моторної сфери з особливою недорозвиненістю координації рухів. У них важко сформувати елементарні 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).

*Імбецильність* (від лат. *Imbecillus* – слабкий, німецький) – легший ступінь порушення інтелектуального та загального розвитку, середній ступінь слабоумства, розумової відсталості. Такі діти спроможні засвоювати деякі елементарні навички практичної та розумової діяльності, тому можуть оволодівати нескладними видами фізичної праці й елементами грамоти (якщо імбецильність не дуже глибока).

Проте за важких дефектів сприймання, пам'яті, мислення, мовленнєвого розвитку, які поєднуються з порушеннями емоційно-вольової сфери та моторики, практично неможливо здійснювати навчання імбецилів у допоміжних школах.

Таких дітей виховують у спеціальних дитячих будинках системи соціального забезпечення, де у них вдається сформувати нескладні навички самообслуговування і фізичної праці, а також засобами корекційної роботи сприяти певним позитивним зрушенням у розвитку психічної та фізичної сфер. Проте надалі вони потребують постійної опіки, тому що їхні можливості щодо самостійного життя обмежені.

*Дебільність* – менш глибокий ступінь розумової відсталості, проте інтелектуальний дефект не дозволяє дітям-дебілам оволодівати програмою навчального закладу.

Унаслідок вираженої недорозвиненості вищих психічних процесів у таких дітей обмежені можливості свідомого засвоєння понять,

узагальнених правил, закономірностей, теоретичного матеріалу, перенесення здобутих знань на нові ситуації. Оскільки в них порушена пам'ять (особливо процес логічного запам'ятовування), обсяг навчального матеріалу значно зменшений.

Уповільненість темпу сприймання та осмислення інформації призводить до того, що дебілам для усвідомлення знань треба набагато більше часу, ніж їхнім одноліткам, які розвиваються нормально.

Визначення *ступеня* розумової відсталості відбувається шляхом психометричного тестування та підрахунку коефіцієнта інтелекту (IQ – відношення психічного віку до біологічного). Таким чином, на основі IQ вирізняють: *психічну норму* (IQ = 70–100); *легку розумову відсталість* (IQ = 50–69), що відповідає розумовій відсталості ступеня дебільності; *помірну (середню) розумову відсталість* (IQ = 35–49), що відповідає розумовій відсталості ступеня легкої імбецильності; *тяжку (виразну) розумову відсталість* (IQ = 20–34), що відповідає розумовій відсталості ступеня виразної імбецильності; глибоку розумову відсталість (IQ = до 20), що відповідає розумовій відсталості ступеня ідіотії.

При цьому в окремих джерелах зазначається, що такий поділ розумової відсталості має певне клінічне значення, оскільки глибина порушення впливає на особливості клінічних проявів. Він також має практичне значення, оскільки від ступеня дефекту залежить вирішення питання про тип освітнього закладу, до якого рекомендують направити дитину.

*Діти з легкою розумовою відсталістю* – це контингент спеціальних загальноосвітніх (допоміжних) шкіл, у яких вони набувають нецензової освіти, що характеризується зниженим рівнем вимог до освіченості вихованців (переважно в межах початкової середньої школи та трудової підготовки за однією з робітничих професій). Навчання у таких школах здійснюється за спеціальними корекційно спрямованими програмами, що відповідають психофізіологічним особливостям та можливостям учнів. Це забезпечує набуття учнями предметних знань, умінь та навичок, а також уможливорює корекцію їхнього розвитку.

Однак увага звертається на те, що кількісне визначення ступеня інтелектуальної недостатності не відображає всієї структури дефекту та особливостей клінічних проявів. IQ має бути не підставою для діагнозу, а лише частиною комплексної психолого-медико-педагогічної діагностики та корекції. Визначення інтелектуального рівня слід здійснювати на основі всієї доступної інформації, враховуючи клінічні дані, адаптивну поведінку та продуктивність за психометричними тестами.



## **Класифікація олігофренії за М.С.Певзнер**

Професор М.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 олігофренії*.

1. *Основна, неускладнена*, яка характеризується дифузним, але відносно поверхневим ураженням кори півкуль головного мозку, що призводить до олігофренічної недорозвиненості всієї пізнавальної діяльності; при цьому не спостерігаються значні додаткові порушення у діяльності органів чуття, в емоційній, вольовій, моторній, мовленнєвій сферах, немає патологічної неврівноваженості процесів збудження та гальмування.

2. *Поєднання 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 зосереджуватися на завданні, довільно гальмувати свої імпульсивні дії, діяти цілеспрямовано і планомірно, спочатку разом з учителем, а надалі – на основі зразка, самоінструкції 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, враховуючи також, що темп їхніх дій не збігається з темпом роботи групи.

3. *Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з додатковими порушеннями мовленнєвого розвитку* (як моторної, так і сенсорної сфер) або *просторового сприймання*, що зумовлює, зокрема, значні додаткові утруднення в засвоєнні арифметичного матеріалу, навіть найпростіших лічильних операцій, числових уявлень. У таких випадках слід індивідуалізувати та диференціювати вимоги навчальних програм щодо засвоєння матеріалу з мовлення або математики. Необхідно також вести з такими дітьми додаткову спеціальну корекційну роботу, зокрема логопедичну.

4. *Поєднання загальної недорозвиненості складних форм пізнавальної діяльності з порушеннями особистісного розвитку в цілому*. Це спостерігається за наявності в дитини-олігофрена локальних ушкоджень лобних долей головного мозку, що відбивається на розвитку моторики.

## **Інші категорії розумово відсталих дітей**

Розумова відсталість може бути зумовлена органічним ураженням головного мозку, яке дитина перенесла *на пізніших* (порівняно з олігофренією) *етапах розвитку*.

У 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 значно 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.

Розумова відсталість, що виникла на пізніших 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 мовленні 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 виникла на пізніших 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, у 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.

### **Поняття деменції, її відмінності від олігофренії**

*Деменція* (лат. *dementia*) – набуте недоумство, стійке зниження пізнавальної діяльності з втратою тією або іншою мірою раніше засвоєних знань та практичних навичок і неможливістю набуття нових. На відміну від розумової відсталості (олігофренії), недоумства вродженого або набутого в дитинстві, що є недорозвиненням психіки, деменція – це розпад психічних функцій, що відбувається в результаті уражень мозку, найчастіше – в старості.

*Деменція* – це стійке порушення когнітивних функцій у результаті органічного ураження мозку. Частота деменції збільшується з віком: від 2% у віці до 65 років до 20% у хворих 80 років і старших.

Існує декілька причин виникнення деменції. В цілому, деменція частіше зустрічається в літньому віці. Це захворювання виникає, коли пошкоджуються окремі частини мозку, які відповідають за процеси пам'яті і мислення. Найбільш поширена форма деменції – хвороба Альцгеймера.

*Причини виникнення деменції* – це різні захворювання: порушення функції щитовидної залози, отруєння наркотиками, недолік тіаміну як наслідок алкоголізму тощо, пошкодження мозку, інсульти, розсіяний склероз, інфекційні захворювання мозку (зокрема менінгіт і сифіліс), ВІЛ, гідроцефалія, хвороба Піка (спадкове захворювання на генетичному рівні) і пухлини мозку.

Деменція може бути двох *видів*: кіркова і підкіркова, залежно від того, яка частина мозку у людини пошкоджена.

*Кіркова деменція*: уражається корковий відділ мозку, який відповідає за мислення і мовлення. Найчастіше у людей з таким видом деменції спостерігається повна втрата пам'яті і порушення мовлення.

*Підкіркова деменція*: уражається підкірковий відділ мозку, при цьому людина стає дуже забудькуватою, спостерігається порушення мислення.

### *Симптоми*

1. *Порушення короточасної та довготривалої пам'яті* (за даними психіатричного інтерв'ю, суб'єктивного та об'єктивного анам-

незів, нейро- та патопсихологічної діагностики). Принаймні одне з наступного:

- порушення абстрактного мислення;
- порушення критики, що виявляється як нездатність будувати реальні плани відносно оточуючих, рідних та питань, пов'язаних з роботою;

- нейропсихологічні симптоми і синдроми: афазія, апраксія, агнозія ("три А"), а також порушення оптико-просторових функцій і конструктивної діяльності;

- особистісні зміни.

2. *Соціальна дезадаптація у родині та на роботі.*

3. *Відсутність проявів деліріїю (марення) в період деменції.*

4. *Наявність органічного фактору в історії хвороби* (за результатами лабораторних досліджень, аналізів тощо).

Уроджене слабоумство з ознаками недорозвинення (*олігофренію*) прийнято відрізняти від *деменції* – набутого слабоумства з розпадом психічної діяльності.

*Олігофренія* виявляється на більш ранніх етапах онтогенезу (до 1,5–2 років), *деменція* – на пізніших етапах онтогенезу (після 1,5–2 років). *Деменція* може мати дві форми: *резидуальна* (залишкова) та *прогресивна* (прогресуюча).

При *олігофренії* недостатність мозку носить резидуальний непрогресивний характер, що дає підстави для оптимістичного прогнозу відносно розвитку дитини, яка після перенесеної хвороби виявляється фактично здоровою, оскільки хворобливі процеси, які мають місце в її центральній нервовій системі, припиняються.

На відміну від *олігофренії*, при *деменції* порушення кори головного мозку виникають після досить тривалого (протягом 2–5 років) більш нормального розвитку дитини. *Деменція* може бути наслідком органічних захворювань мозку або травм. Як правило, інтелектуальний дефект при *деменції* носить незворотний характер.

### **Значення вчення Л.С Виготського про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом**

*Зона найближчого розвитку* (ЗНР) – розбіжність між рівнем актуального розвитку (він визначається ступенем складності завдань, що вирішуються дитиною самостійно) і рівнем потенційного розвитку (якого дитина може досягти, вирішуючи завдання під керівництвом дорослого).

Поняття "зона найближчого розвитку" введено Л.С.Виготським, який вважав, що ЗНР визначає психічні функції, що знаходяться в процесі дозрівання. Суть поняття полягає в тому, що на кожному етапі

свого розвитку дитина може розв'язувати певне коло проблем лише під керівництвом дорослих або спільно з більш здібними дітьми. Потім ці завдання і дії вона буде виконувати самостійно, але здатність до цього виникає внаслідок спільних дій у процесі навчання, актуальний зміст, форми і методи якого зібрані саме у "зоні найближчого розвитку".

ЗНР свідчить про провідну роль навчання в розумовому розвитку дітей, відображення внутрішнього зв'язку між навчанням та психічним розвитком індивіда.

Навчання, коли воно, згідно з Л.С.Виготським, йде попереду розвитку, пробуджує і викликає до життя психічні функції, що лежать у ЗНР, яка дає уявлення про потенційні можливості розвитку, що, у свою чергу, дозволяє визначити науково обґрунтований прогноз і практичні рекомендації щодо оптимальних термінів навчання як для всіх дітей, так і для кожної окремої дитини. Визначення актуального і потенційного рівня розвитку, а також ЗНР складає те, що Л.С.Виготський називав нормативною віковою діагностикою, на відміну від симптоматичної діагностики, яка спиралася лише на зовнішні ознаки розвитку. Визначення ЗНР, зокрема, відіграє вирішальну роль у розмежуванні ЗПР і олігофренії.

Отже, Л.С.Виготський стверджував, що педагогіка повинна орієнтуватися не на вчорашній, а на завтрашній день дитячого розвитку. Тільки тоді вона зможе в процесі навчання здійснювати психічний розвиток дітей з обмеженими можливостями.

### **ТЕМА 3. Психологічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) (2 год.)**

1. Поняття інтелекту та його структура.
2. Визначення поняття ЗПР.
3. Причини виникнення ЗПР.
4. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР:
5. Класифікація ЗПР за М.С.Певзнер, Т.А.Власовою.
6. Класифікація ЗПР за етіологічним принципом К.С.Лебединської.
7. Основні форми ЗПР.
8. Значення корекційно-виховної роботи для дітей з ЗПР.

**Основні поняття теми:** ЗПР, інфантилізм, конституційний інфантилізм, психогенний інфантилізм, соматогенний інфантилізм, церебрально-органічний інфантилізм, ММД (мінімальна мозкова дисфункція), диспраксія, дискалькулія, соціальна депривація.

## Література

1. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.
2. Журба Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : ВНИИМИ, 1980. – 50 с.
3. Защиринская О. В. Психология детей с задержкой психического развития : хрестоматія / О. В. Защиринская. – М. : Речь, 2003. – 432 с.
4. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.
5. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
6. Лебединская К. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. – М., 1988.
7. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 154 с.
8. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
9. Ульяновская У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульяновская. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.
10. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб. : Институт специальной педагогики и психологии, 1998. – 124 с.
11. Лопатина Л. В. Логопедическая работа по развитию восприятия устной речи дошкольниками с задержкой психического развития : учеб. пособ. / Л. В. Лопатина, О. В. Иванова. – СПб. : КАРО, 2007. – 176 с.

## Поняття інтелекту та його структура

Термін *"інтелект"* вживається у 2-х значеннях: вузьке – це процес мислення; широке – усі пізнавальні процеси індивіда, починаючи від сприймання і закінчуючи творчими процесами. Інтелект – це структура, що складається із:

- ядра;
- його передумов;
- інвентаря.

*Інтелектуальне ядро* – це інтелектуальні здібності до процесів узагальнення, умовленняводів, абстрагування тощо.

*Передумова інтелекту* – це усі психічні процеси індивіда (сприйняття, ява, пам'ять, мислення, мовлення).

*Інвентар* – знання, навички, досвід, які людина здобуває протягом життя.

*Завдання, які дають дитині для перевірки інтелектуального ядра:*

1. Дитині дається невербальне завдання ("Вилучи зайвий предмет").

2. Малюнок. У центрі стоїть хлопчик, який плаче, зліва – радісний хлопчик, який протягує м'ячик, справа – похмурий хлопчик, який не дає м'ячик. Дитина із затримкою розвитку не розкаже зміст сюжету, не побачить логічні зв'язки.

У дитини з вадами ЗПР обов'язково збережене інтелектуальне ядро. На відміну від розумово відсталої дитини, у дітей-олігофренів не порушується структура, є системність і сталість.

### **Визначення поняття ЗПР**

*Затримка психічного розвитку (ЗПР)* – порушення нормально-го темпу психічного розвитку, коли окремі психічні функції (пам'ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають у своєму розвитку від прийнятих психологічних норм для даного віку. Це стан легкої інтелектуальної недостатності, який займає проміжне положення між інтелектуальною нормою та порушенням пізнавальної діяльності за типом олігофренії.

ЗПР як психолого-педагогічний діагноз ставиться тільки в дошкільному та молодшому шкільному віці. Якщо до закінчення цього періоду залишаються ознаки недорозвинення психічних функцій, то мова йде вже про конституційний інфантилізм або про розумову відсталість. Однак на відміну від проблеми розумового розвитку при затримці психічного розвитку недоліки в здатності міркувати, робити умовленнясновки, встановлювати причиново-наслідкові зв'язки між явищами, тобто абстрактно мислити, хоч і можуть за несприятливих умов виховання і розвитку дитини закріплюватися, набувати стійкого характеру, все-таки не є визначальними.

Вони вторинні, а *первинними виступають порушення працездатності, розлади уваги, пам'яті, сенсомоторних процесів, пізнавальної активності*. Ці порушення особливо виразно виявляються в дошкільному віці, і саме вони перешкоджають вчасно і повноцінно формуватися мисленню та мовленню. Якби з дошкільниками послідовно проводилася корекційна робота, то багато хто з них міг би успішно навчатися в загальноосвітній масовій школі.

*Затримка психічного розвитку розглядається як явище тимчасове*. Це відбите і в її назві. Особливо яскраво вона простежується на

початку шкільного навчання, коли виявляються недостатність знань і уявлень про навколишній світ, незрілість емоційної сфери та мотивації (відсутність пізнавальних і переважання ігрових мотивів), несформованість довільної поведінки, відставання у розвитку мовлення.

Термін "затримка" підкреслює часовий (невідповідність рівня психічного розвитку паспортному віку дитини) і тимчасовий характер самого відставання, яке долається з віком, і тим успішніше, чим раніше створюються спеціальні умовлення для навчання і виховання цих дітей.

Дітей із ЗГПР нерідко помилково відносять до олігофренів. У зв'язку з цим, на думку більшості дослідників, діагностика затримки психічного розвитку повинна здійснюватися переважно у психолого-педагогічному плані, у формі навчального експерименту.

У процесі психолого-педагогічного вивчення рекомендується застосовувати завдання в наочно-дієвому плані, що значно підвищує якість їх виконання. Для об'єктивнішої оцінки рівня розвитку мислення необхідно зіставляти результати роботи дитини у завданнях із словесно-логічним і наочно-дієвим матеріалом. У дітей із ЗГПР великий розрив між тим, як вони можуть виконати завдання самостійно і за допомогою дорослого. На відміну від розумово відсталих, вони краще використовують допомогу та способи *застосування показаного способу дії при виконанні аналогічних завдань*. Цей факт дуже важливий як для діагностики затримки психічного розвитку, так і для позитивного прогнозу при навчанні таких дітей. У деяких випадках остаточне рішення може бути ухвалене тільки після тривалого психолого-педагогічного вивчення у процесі навчання.

На відміну від олігофренії, при якій спостерігається стійке загальне недорозвинення психіки, у дітей із ЗГПР недорозвинення вищих психічних функцій *носить тимчасовий характер*. Ця обставина показує, що діти із ЗГПР володіють повноцінними можливостями для подальшого розвитку. Діти із ЗГПР можуть навчатися в спеціальній (корекційній) школі для розумово відсталих та в класах корекційно-розвивального навчання при масовій школі.

Початок корекції у шкільному віці – це завжди важча і менш оптимістична справа, бо доводиться долати наслідки педагогічної занедбаності, яка буває особливо згубною для дітей з певними проблемами психофізичного розвитку.

### **Причини виникнення ЗГПР**

За проявами та глибиною порушень затримка психічного розвитку досить нерівномірна, що зумовлено як різними причинами її



виникнення, так і неповторністю індивідуальності кожної дитини, історії її виховання та розвитку.

Причини виникнення ЗПР можна розділити на дві великі групи:

- 1) причини біологічного характеру;
- 2) причини соціально-психологічного характеру.

До причин біологічного характеру відносять:

- різні варіанти патології вагітності (важкі інтоксикації, резус-фактор);
- недоношеність дитини;
- родові травми;
- різні соматичні захворювання (важкі форми грипу, рахіт, хронічні хвороби – пороки внутрішніх органів, туберкульоз тощо);
- неважкі мозкові травми.
- органічні ураження ЦНС (мінімальна мозкова дисфункція).

Серед причин соціально-психологічного характеру виділяють наступні:

- ранній відрив дитини від матері та виховання в повній ізоляції в умовах соціальної деривації, що призводить до неможливості задовольнити потребу в емоційному контакті з близькими дорослими;
- дефіцит повноцінної, що відповідає віку, діяльності: предметної, ігрової, спілкування з дорослими тощо.
- умовлення виховання дитини в сім'ї (гіпоопіка, гіперопіка) або ж авторитарний тип виховання.

Ще тяжчими бувають наслідки, якщо поєднуються біологічні та соціальні фактори. На жаль, частіше саме так і буває. Наприклад, відомо, що в дитячих будинках переважна більшість дітей має батьків, які не змогли виконувати свої батьківські обов'язки, не дбали ні про фізичне здоров'я, ні про виховання власних дітей. Зазначимо, що й умовлення інтернату теж не є оптимальними для повноцінного формування особистості дитини. Саме тому в цих закладах виявляється дуже багато дітей із затримкою психічного розвитку. Немало їх і в неблагополучних сім'ях. Усі вони потребують комплексної психолого-медико-педагогічної допомоги. Вона починається з діагностики, зокрема із з'ясування, у чому полягають проблеми психічного розвитку дитини та як методи педагогічного впливу необхідно вжити для їх подолання.

Основною причиною ЗПР, на думку більшості дослідників (Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединська та ін.), є *слабовиражені (мінімальні) органічні ураження головного мозку*, які можуть бути вродженими або виникати під час пологів, а також ранньому періоді життя дитини. У деяких випадках може спостерігатися й *генетично обумовлена недостатність центральної нервової системи. Інток-*

сикації, інфекції, обмінно-трофічні розлади, травми тощо. ведуть до негрубих порушень темпу розвитку мозкових механізмів або викликають легкі церебральні органічні ушкодження. Унаслідок цих порушень у дітей протягом досить тривалого періоду спостерігається функціональна незрілість центральної нервової системи, що, у свою чергу, виявляється в слабкості процесів гальмування та збудження, ускладненнях у утворенні складних умовленнєвих зв'язків.

### **Класифікація ЗПР за М.С.Певзнер, Т.А.Власовою**

Вивчення дітей із затримкою психічного розвитку почалося у 50-ті рр. ХХ ст. Дослідниками Т.А.Власовою, М.С.Певзнер, К.С.Лебединською, В.І.Лубовським та ін. серед неуспішних молодших школярів були виявлені учні, неуспішність і особливості поведінки яких часто давали помилкову підставу вважати їх розумово відсталими.

У ході подальших досліджень серед дітей цієї категорії Т.А.Власовою і М.С.Певзнер були виділені дві групи.

*До першої групи* увійшли діти з порушеним темпом фізичного та розумового розвитку, які були охарактеризовані як діти з *психофізичним і психічним інфантилізмом*. Затримка їх розвитку викликана сповільненим темпом дозрівання лобної частини кори головного мозку та її зв'язків з іншими ділянками кори та підкірки. Ці діти поступаються одноліткам у фізичному розвитку, вирізняються інфантилізмом у пізнавальній діяльності і вольовій сфері, повільно включаються в навчальну діяльність, швидко стомлюються, для них характерна низька працездатність.

*Другу групу* склали учні з функціональними розладами психічної діяльності (*церебрастенічними станами*), які звичайно є наслідком мозкових травм. Для цих школярів характерна слабкість основних нервових процесів, хоча глибоких порушень пізнавальної діяльності у них немає і в періоди нормалізації стану вони можуть досягти високих результатів у навчанні.

На підставі проведених досліджень були розроблені рекомендації для педагогів щодо роботи з дітьми, що мають подібні відхилення в розвитку. Пізніше таких дітей стали називати дітьми із затримкою психічного розвитку.

### **Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР**

У появі синдрому ЗПР істотну роль виконують *конституційні чинники*: органічна недостатність нервової системи генетичного походження, тривалі несприятливі умовлення виховання. Несприятливі соціальні чинники посилюють відставання в розвитку, але не є єдиною або головною причиною ЗПР.

*У значної частини дітей основною причиною неуспішного засвоєння знань є неспроможність цілеспрямовано працювати. У них зазвичай дуже нестійка увага, низька працездатність. Зовні це може виявлятися в діаметрально протилежних станах. Одні діти справляють враження дуже активних, непосидючих, у яких енергія так і вирує. Насправді ж вони просто перезбуджені, їхня активність – це псевдоактивність. Дитина не керує своєю поведінкою: вона, не подумавши, хапається за все і відразу облишає, зіткнувшись із першою трудностю, береться до чогось іншого.*

Справді активна, енергійна дитина, хоч і може бути швидкою, цілеспрямованою, але послідовно розв'язує поставлене перед собою завдання.

Є й інші прояви розладів уваги та цілеспрямованості, коли на тлі загальної нервової ослабленості переважають гальмівні процеси, тому дитина буває млявою, малорухливою, нерішучою, боязкою. Їй особливо важко розпочати нову справу. Часто без втручання дорослих вона залишається бездіяльною.

Поодинокими є випадки, коли під час психологічного обстеження у дітей з названими розладами *виявляється цілком достатній інтелектуальний розвиток*. Але реалізувати свої інтелектуальні можливості такі діти не можуть без індивідуальної допомоги дорослого, який бере на себе функцію організації їхньої діяльності. На занятті ж разом із групою дітей вони зовсім не працюють і майже нічого не засвоюють.

Тим часом у шкільному віці навчання є провідною діяльністю, основною рушійною силою розвитку дитини в цей час. Тому, коли дитина не включається в навчання, значно сповільнюється й її інтелектуальний розвиток: загальна обізнаність стає поверховою, відстає формування мислительних операцій і схематичних знань. Такі діти часто ростуть у сім'ях з особливим типом батьківського ставлення до виховання. Батьки або дуже опікають дитину, випереджають усі її бажання, вважають маленькою, або надто "старанно виховують": контролюють кожен крок, прискіпливо вимогливі, схильні до тиску, мало зважають на реальні можливості дитини.

*Найчисленнішу групу дітей із затримкою психічного розвитку становлять такі, що насамперед привертають увагу відставанням від своїх ровесників в інтелектуальному розвитку. У них значна обмеженість знань та уявлень про навколишній світ, несформованість мислительних операцій, що виявляється не тільки в словесно-логічному мисленні, а й у сприйманні конкретних якостей предметів, у розвитку мовлення дуже збіднений словник, недорозвинені граматично висловлювання. У процесі розв'язання діагностичних завдань вони*

мають значні труднощі через обмеженість досвіду, несформованість навичок інтелектуально працювати, недорозвиненість мовлення, яке, як відомо, дає змогу усвідомити свої дії та керувати ними. Проте в межах доступного матеріалу ці діти здатні скористатися допомогою; вони дуже чутливі до позитивної стимуляції, під впливом якої стають уважнішими і продуктивнішими. Тому такі діти в умовах індивідуальної роботи виявляють здатність засвоювати знання і свідомо ними керуватися. Але вони зовсім не готові до навчання в умовах масової школи. Саме тому їм необхідна тривала й систематична корекція у спеціально організованих умовах навчання.

*Найважче піддаються корекції діти, проблеми інтелектуального розвитку яких зумовлені насамперед зниженим рівнем засвоєння знань.* Це виявляється в особливій негнучкості, інертності мислення, внаслідок чого дитині важко буває змінити непродуктивний підхід до розв'язання завдання на продуктивніший, скориставшись додатковими знаннями: підказкою, поясненням. Особливо виразно це помітно під час класифікації об'єктів, для якої потрібно виділити суттєве, абстрагуватися від другорядного, узагальнити. Ще важчим завданням є знаходження іншої спільної ознаки. На відміну від описаних вище дітей з достатньо збереженою научуваністю, представники цієї групи мають труднощі і в оперуванні наявним у них досвідом. Діти мають великі труднощі у засвоєнні програмного матеріалу навіть в умовах спеціального закладу.

В основі зниженої научуваності таких дітей лежать такі негативні характеристики функціонування центральної нервової системи, які зумовлені *хворобою, спадковими вадами*. За змістом ці розлади часто нагадують розумову відсталість, хоч і м'якше виражені. Діти зі зниженою научуваністю, як правило, потребують спеціального навчання не тільки в початковій школі, а й в основній. Досвід показав, що, відчувачи труднощі в засвоєнні теоретичних знань, вони досить продуктивні в здобутті практичного досвіду і непогано опановують багато різних професій. Тому перспектива розвитку школи інтенсивної педагогічної корекції, зокрема її основної ланки, пов'язана з поглибленням професійно-трудової підготовки учнів.

*Окремої уваги заслуговують діти, які мають порушення певних функцій, таких як мовлення, просторове сприймання, зорово-рухова координація.* Вони є причиною того, що діти, маючи цілком достатній інтелектуальний розвиток, не можуть опанувати письмо, читання, лічбу. Названі порушення в поєднанні з іншими факторами затримки психічного розвитку створюють картину особливо значних труднощів у навчанні дітей.

Таким чином, для дітей із ЗПР характерні:

- значна неоднорідність порушених і збережених ланок психічної діяльності;
- яскраво виражена нерівномірність формування різних сфер психічної діяльності;
- низький рівень розвитку сприйняття – необхідність тривалішого періоду часу для прийому і переробки сенсорної інформації (не завжди дізнаються і часто змішують схожі за зображенням літери і їх окремі елементи; часто помилково сприймають поєднання літер і так далі);
- неповноцінність тонких форм зорового і слухового сприйняття, недостатність планування і виконання складних рухових програм;
- недостатньо сформовані і просторові уявлення: орієнтування в просторі; часто виникають труднощі при просторовому аналізі і синтезі ситуації;
- нестійкість, неухважність, низька концентрація, труднощі під час переключення уваги;
- відхилення в розвитку пам'яті – зниження продуктивності запам'ятовування і його нестійкість; велике збереження мимовільної пам'яті; помітне переважання наочної пам'яті над словесною; низький рівень самоконтролю в процесі заучування і відтворення;
- розвиток пізнавальної діяльності цих дітей, починаючи з ранніх форм мислення – наочно-дієвого і наочно-образного;
- недостатньо сформована аналітико-синтетична діяльність в усіх видах мислення – при аналізі предмета або явища діти називають лише поверхневі, несуттєві якості з недостатньою повнотою і точністю;
- зниження пізнавальної активності – одні діти практично не ставлять запитання про предмети і явища навколишньої дійсності (повільні, пасивні, з уповільненою промовою); інші діти ставлять запитання, що стосуються, в основному, зовнішніх властивостей навколишніх предметів (дещо розгальмовані, багатослівні);
- поверхневість і неповнота знань про предмети і явища навколишнього світу, які отримуються дітьми переважно із засобів масової інформації, книг, шляхом спілкування з дорослим;
- загальна неорганізованість, імпульсивність, недостатня цілеспрямованість, слабкість мовленнєвої регуляції; низька активність в усіх видах діяльності, особливо спонтанній;
- порушений контроль над виконуваною діяльністю, вони часто не помічають невідповідності своєї роботи запропонованому зразку, не завжди знаходять допущені помилки навіть після прохання дорослого перевірити виконану роботу;
- послаблення регуляції в усіх ланках;

- знижена потреба в спілкуванні як з однолітками, так і з дорослими;
- недорозвинення соціальної зрілості;
- несформованість ігрової діяльності;
- зниження рівня навчальної діяльності порівняно з дітьми, що нормально розвиваються. На відміну від розумово відсталих, вони мають відносно високий рівень навчання, тому після наданої їм допомоги у більшості випадків можуть опанувати способами вирішення запропонованої задачі і користуватися ними надалі;
- відставання в становленні мовлення, низька мовленнєва активність, недостатність динамічної організації мовлення, обмеженість словника, неповноцінність понять, низький рівень практичних узагальнень, труднощі в розумінні і вживанні ряду лексем, недостатність словесної регуляції дій.

### Класифікація ЗПР

#### за етіологічним принципом К.С.Лебединської

*Загальні форми затримки психічного розвитку.*

#### **1. Затримка психічного розвитку у зв'язку з порушенням темпу зрілості психічних функцій.**

Саме у цій формі розглядаються *форми інфантилізму*, які виділяє К.С.Лебединська:

- *інфантилізм конституційного походження – психічний і психофізичний інфантилізм (від лат. Infantilis – дитячий)*. Характерний тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі свого розвитку, виявляє риси поведінки, притаманні дітям більш раннього віку. Такі діти відрізняються зовнішністю, відставанням у емоційній сфері, у них спостерігаються велика вираженість емоційних проявів, яскравість емоцій і разом з тим їх нестійкість, характерні легкі переходи від сміху до сліз, яскраво виражені ігрові інтереси;

- *соматогенний інфантилізм (від грец. soma – тіло)*. Затримка пов'язана з тривалими соматичними захворюваннями у ранньому дитинстві (дизентерією, скарлатиною, туберкульозом), алергічними захворюваннями, захворюваннями шлунку, серцево-судинною недостатністю, хронічними запаленнями легень, захворюваннями нирок. Усе це призводить до затримки центральної нервової системи (ЦНС). У зв'язку з хворобою гальмуються пізнавальні процеси;

- *психогенний* (беруться до уваги умовлення виховання дитини, середовище – гіпоопіка, гіперопіка). При несприятливих умовах виховання виникають порушення у формуванні особистості. Недостатність розвитку ЦНС;

- *церебрально-органічний* (від лат. cerebrum – мозок) – нервово-психічна слабкість, зумовлена захворюванням мозку (інфекції, травми).

Легкі ураження нервової системи, оскільки більш тяжкі спричинюють розумову відсталість, тобто стійке порушення пізнавальної діяльності, тоді як при церебрально-органічній затримці психічного розвитку інтелект первинно збережений. Причини: різні патологічні родові травми, асфіксія, інфекції, захворювання у перші роки життя. – органічний інфантилізм. Спостерігається мінімальна мозкова дисфункція (ММД).

**2. Зі спеціальним чи частковим недорозвитком психічних функцій** (діти з ДЦП, із загальним недорозвитком мовлення, з дискалькулією, диспраксією).

(Дис) – часткове порушення.

(а) – повне заперечення певного процесу.

*Дискалькулія* – порушення навичок рахунку.

Симптоми дискалькулії виражаються в труднощах:

- розуміння побудови чисел і понять числа;
- розуміння внутрішнього складу числа і зв'язку чисел між собою;
- розуміння лівого і правого компонентів числа, значення нуля;
- побудова автоматизованих цифрових, особливо порядкових

рядів;

- виконання елементарних розрахункових дій;
- розпізнавання числових знаків;
- заучування таблиці множення;
- розв'язування задач тощо.

*Диспраксія* (апраксія) – своєрідні рухові розлади, за яких немає ні паралічів, ні порушень м'язового тону, але дитина відчуває труднощі в координації і при виконанні складних рухів. Часто здорові діти проходять через стадію незграбності, але більшість переростають її. У дітей з диспраксією тенденція до незручності зберігається і спричинює невдачі в щоденному житті. У більшості дітей, які страждають на диспраксію, виникають проблеми в поведінці. Диспраксія виявляється приблизно в однієї дитини з двадцяти, в більшості випадків у хлопчиків. Диспраксія має інші назви: синдром незграбної дитини, розлад координації, мінімальна дисфункція мозку (МДМ), труднощі рухових реакцій. Своєчасна діагностика цього стану дуже важлива, щоб знизити ймовірність проблем у поведінці чи навчанні.

**3. Затримка, яка спостерігається у зв'язку з порушенням сенсорної сфери, аналізаторів (слухового та зорового).**

**4. У зв'язку із соціальною депривацією (діти без сім'ї).**

*Депривація* – обмеження або позбавлення доступу до матеріальних і духовних ресурсів, можливостей.

Виділені К.С.Лебединською варіанти відрізняються один від одного особливістю структури та характером співвідношення двох основних компонентів даної аномалії розвитку: типом інфантилізму та характером нейродинамічних розладів. У клініко-психологічній структурі кож-

ного з перерахованих варіантів ЗГР є специфічне поєднання незрілості емоційної та інтелектуальної сфер.

### **Основні форми ЗГР**

*ЗГР конституційного походження* – так званий гармонійний інфантилізм (неускладнений психічний та психофізичний інфантилізм), за якого емоційно-вольова сфера знаходиться на більш ранньому ступені розвитку, багато в чому нагадуючи нормальну структуру емоційного складу дітей молодшого віку. Для таких дітей характерні переважання емоційної мотивації поведінки, підвищений фон настрою, безпосередність і яскравість емоцій при їх поверховості та нестійкості, легка навіюваність. Ускладнення в навчанні, які нерідко спостерігаються в молодших школярів, пов'язані з незрілістю мотиваційної сфери та особистості в цілому, переважанням ігрових інтересів. Таким дітям часто відповідає інфантильний тип статури з дитячою пластичністю, мімікою та моторикою. Причинами цього виду ЗГР є вроджено-конституційна етіологія, а також внутрішньоутробні або обмінно-трофічні розлади перших років життя.

Діти із ЗГР конституційного походження за зростанням та фізичним розвитком відстають від своїх однолітків на 1,5–2 роки. Для них характерні жива міміка, виразна жестикуляція, швидкі, поривчасті рухи. На перший план виступає невтомлюваність у грі та швидка втомлюваність при виконанні практичних завдань. Особливо швидко цим дітям набридають одноманітні завдання, які вимагають зосередженої уваги досить тривалий час (малювання, лічба, читання, письмо). Дітям властиві слабка здібність до розумового напруження, навіюваність. Діти з інфантильними рисами поведінки несамостійні та некритичні до своєї поведінки. На заняттях не виконують завдання. Можуть плакати через дрібниці, але швидко заспокоюються при переключенні уваги на гру або на щось інше, що приносить їм задоволення. Люблять фантазувати, замінюючи й витісняючи своїми вигадками неприємні для них життєві ситуації.

*ЗГР соматогенного походження* обумовлена тривалими хронічними захворюваннями (інфекціями та алергічними станами), уродженими або набутими соматичними захворюваннями, вадами серця. На уповільнення темпу психічного розвитку дітей впливає стійка астения, яка знижує не тільки фізичний, але й психічний тонус. Часто має місце й затримка емоційного розвитку – соматогенний інфантилізм, який обумовлений рядом невротичних станів – невпевненістю, боязню, які пов'язані з відчуттями своєї фізичної неповноцінності, а іноді викликані режимом заборон і обмежень, у якому знаходиться ослаблена і хвора дитина.



У дітей із ЗПР соматогенного походження через недостатнє вироблення гормонів, яке викликане ендокринними захворюваннями, у віці 12–13 років може бути затримка статевого дозрівання. При цьому формуються своєрідні особливості психіки підлітка, які частіше виявляються у хлопчиків. Знижується пам'ять, увага швидко розсіюється, тому учень робить багато помилок. Це діти з нормальним інтелектом, вони відрізняються великою ерудицією.

*ЗПР психогенного походження* обумовлена несприятливими умовами виховання, які перешкоджають правильному формуванню особистості дитини. Цей тип ЗПР слід відрізнити від явища педагогічної занедбаності, яке не є патологічним станом унаслідок недостачі інтелектуальної інформації.

ЗПР психогенного походження спостерігається перш за все з причини психічної нестійкості, яка найчастіше обумовлена явищем гіпоопіки, за якої у дитини не формуються почуття обов'язку та відповідальності. Не стимулюється розвиток пізнавальної діяльності, інтелектуальних інтересів. Тому риси патологічної незрілості емоційно-вольової сфери у вигляді афектної лабільності, імпульсу, підвищеної навіюваності у цих дітей часто поєднуються з недостатнім рівнем знань та уявлень, які необхідні для засвоєння шкільної програми.

Варіант ЗПР за типом "кумир сім'ї" обумовлений, навпаки, гіперопікою – вихованням із зайвою ніжністю, за якого дитині не прищепляються риси самостійності, ініціативності, відповідальності. Для цього психогенного інфантилізму разом з малою здібністю до вольового зусилля властиві риси егоцентризму та егоїзму, нелюбов до праці, установка на отримання постійної допомоги та опіки.

Варіант ЗПР за невротичним типом частіше спостерігається в дітей, батьки яких виявляють грубість, жорстокість, деспотичність. Зростаючій особистості характерні боязнь, емоційна незрілість, нерішучість, малоактивність та безініціативність.

*ЗПР церебрально-органічного походження* зустрічається частіше за інші типи, які описані вище, і нерідко має велику стійкість та вираженість порушень як в емоційно-вольовій сфері, такі в пізнавальній діяльності. Причинами цього типу ЗПР є: патологія вагітності (важкий токсикоз, інфекції, інтоксикації та травми, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором), недоношеність, асфіксія і травми при пологах, післяпологові нейроінфекції.

У даної категорії дітей спостерігаються: затримка фізичного розвитку (недорозвинення мускулатури, недостатність м'язового та судинного тону, затримка зростання), затримка у формуванні статичних функцій, ходьби, мовлення, навичок охайності, етапів ігрової діяльності.

Емоційно-вольова незрілість представлена органічним інфантилізмом. У дітей відсутні жвавість і яскравість емоцій, які є типовими

для здорової дитини; характерна слабка зацікавленість в оцінці, низький рівень домагань. Ігрову діяльність характеризує бідність уявлення й творчості, монотонність і одноманітність. Так, на гру перетворюється діяльність, яка вимагає цілеспрямованої інтелектуальної здатності.

Для дітей із ЗПР церебрально-органічного походження характерні порушення пізнавальної діяльності, які обумовлені недостатністю пам'яті, уваги, інертністю психічних процесів, їх повільністю та зниженим переключенням.

Залежно від походження, а також від часу дії на організм дитини шкідливих чинників ЗПР дає різні варіанти відхилень в емоційно-вольовій та пізнавальній діяльності.

### **Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми із ЗПР**

Поліпшення корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи заходів. Сьогодні відомо, що такі діти є майже в усіх групах дитячих дошкільних закладів, у кожному класі початкової школи. Проте для точнішого уявлення масштабів відповідної корекційної допомоги цій категорії дітей необхідне здійснення їх моніторингу серед дошкільників та молодших школярів.

Практика широкого впровадження корекційної допомоги дітям із затримкою психічного розвитку потребує системи їх активного виявлення. Вона може бути забезпечена узгодженою співпрацею дошкільної та шкільної психологічної служб із психолого-медико-педагогічними консультаціями, мережа яких нині недостатня, хоча поволі зростає. Потрібне й подальше удосконалення навчальних програм та корекційних технологій, поглиблення їх диференціації відповідно до різних категорій дітей із затримкою психічного розвитку. Особливої уваги заслуговує забезпечення соціально-трудової адаптації та професійної підготовки цих дітей.

Такі діти потребують спеціальної допомоги у процесі навчання та соціально-трудової адаптації. Вони значною мірою визначають контингент учнів, особливо початкової школи, які постійно не встигають. Тому своєчасна корекція цієї специфіки в розвитку дітей є водночас і розв'язанням проблеми шкільного невстигання та правопорушень учнів. Більше половини неповнолітніх правопорушників, як засвідчує статистика, мають знижений рівень інтелектуального розвитку. Причини такого взаємозв'язку досить очевидні: дитина, яка не знайшла свого місця в школі через труднощі в навчанні, опиняється на вулиці, шукає самоствердження в асоціальній поведінці. Отже, налагодження системи допомоги дітям із затримкою психічного розвитку набуває важливого суспільного значення.

Сучасні підходи до вивчення проблеми затримки психічного розвитку дитини дають змогу розглядати її як межовий стан психіч-

ного розвитку. Йому властиві розлади інтелектуальної та емоційно-вольової сфер. Пізніше, якщо дитина не отримує своєчасної допомоги, у неї під впливом невдач у навчанні, спілкуванні з ровесниками та дорослими виникають і негативні зміни в особистості.

## **Змістовий модуль 2**

### **Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (6 год.)**

#### **ТЕМА 4. Теоретичні основи дошкільної логопедії (2 год.)**

1. Мовленнєві порушення у дітей.
2. Логопедія, її предмет і завдання.
3. Фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення
4. Принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.С.Левіною).
5. Порівняльна характеристика клінічної і психолого-педагогічної класифікацій мовленнєвих порушень.

**Основні поняття теми:** мова, мовленнєва діяльність, мовлення, мовленнєва вада, логопедія, мовленнєві порушення, дислалія, дизартрія, ринолалія, дисфонія, алалія, афазія, брадилалія, тахилалія, заїкування, дисграфія, дислексія.

#### **Література**

1. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – Київ. : Актуальна освіта, 2005.  
Вип. 2 – 2005. – 154 с.
2. Логопедія : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит-изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.
3. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
4. Основы логопедической работы с детьми : учеб. пособие для логопедов, воспитателей, учителей начальных классов, студентов педучилищ / под ред. д. п. н., проф. Г. В. Чиркиной – 2-е изд., испр. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.

#### **Мовленнєві порушення у дітей**

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

Формування мовленнєвої функції є складним процесом, у якому, крім слухового аналізатора, що забезпечує сприймання і аналіз

звукових (у тому числі й мовленнєвих) сигналів, бере участь також мовноруховий аналізатор, який складається з периферичної частини (периферичний мовленнєвий апарат включає три відділи – дихальний, голосовий і артикуляційний), провідних шляхів і мовленнєвих центрів кори головного мозку. Мовленнєві порушення можуть мати як *центральный*, так і *периферичний характер*.

*Центральний характер* – якщо хвороботворний вплив зачепив той чи інший відділ центральної нервової системи і спричинив порушення мовлення.

*Периферичне* порушення мовлення наявне у тих випадках, коли виявляються аномалії в будові периферичного мовленнєвого апарата.

У багатьох дефектологічних дослідженнях доведено велику роль мовлення в розвитку компенсаторних процесів при різноманітних формах дитячих аномалій.

До окремої групи відносять дітей із значними порушеннями мовлення при збережених слуху та інтелекті. Порушення мовлення характеризується тим, що:

- з'явившись, самостійно не зникають, а закріплюються;
- не відповідають віковій мовці;
- потребують логопедичної допомоги залежно від їхнього характеру;
- виникнення неправильного мовлення може позначитися на подальшому розвитку дитини, затримуючи і спотворюючи його.

Порушення мовлення, з якими має справу дефектологія, слід відрізнити від тих чи інших її тимчасових розладів, пов'язаних з особливостями вікового розвитку дітей, з окремою неправильною вимовою, яка викликана звичкою, що сформувалася під впливом мовленнєвого середовища. Різноманітні мовленнєві дефекти, які є первинними у дітей із порушеннями мовлення, спричинюють вторинні відхилення в їх загальному і мовному розвитку.

*Необхідна умова для нормального розвитку мовлення у дитини:* нормальне функціонування та дозрівання мовленнєвих зон головного мозку.

### **Логопедія, її предмет і завдання**

Вивченням, попередженням і корекцією порушень мовлення займається галузь наукової і практичної дефектології – *логопедія*.

Термін *логопедія* утворений від грецьких слів: *logos* (слово, мовлення) і *paideia* (виховую, навчаю), що в перекладі позначає "виховання мовлення".

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

*Предметом* логопедії як наукової дисципліни є вивчення закономірностей навчання й виховання осіб з порушеннями мовлення й пов'язаними з ними відхиленнями в психічному розвитку.

Логопедія поділяється на дошкільну, шкільну й логопедію дорослих.

*Основні завдання логопедії:*

- 1) вивчення закономірностей спеціального навчання й виховання дітей з порушенням мовленнєвого розвитку;
- 2) визначення поширеності й симптоматики порушень мовленнєвих в дітей дошкільного й шкільного віку;
- 3) дослідження структури мовленнєвих порушень і вплив мовленнєвих розладів на психічний розвиток дитини;
- 4) розробка методів педагогічної діагностики мовленнєвих розладів і типології мовленнєвих розладів;
- 5) розробка науково обґрунтованих методів усунення й попередження різних форм мовленнєвої недостатності;
- 6) організація логопедичної допомоги.

Логопедія має тісні *міждисциплінарні зв'язки* з іншими науками, насамперед із психологією, педагогікою, лінгвістикою, психолінгвістикою, мовознавством, фізіологією мовлення, різними областями медицини.

Комплексний підхід до вивчення й подолання мовленнєвих порушень припускає знання теоретичних досягнень кожної з вищезгаданих галузей науки, координовану розробку практичних заходів.

Корекція мовленнєвих дефектів у дітей здійснюється методами навчання й виховання. Велике значення має вміле використання загальнодидактичних принципів, розроблених у загальній і дошкільній педагогіці.

У логопедії розроблені різні форми впливу: *виховання, навчання, корекція, компенсація, адаптація, реабілітація*. У дошкільній логопедії переважно використовуються *виховання, навчання й корекція*.

Отже, величезне значення для здійснення повноцінного логопедичного впливу має рівень педагогічної кваліфікації вихователя й логопеда. Працюючи зі складним контингентом дітей, педагог повинен мати професійні знання в галузі логопедії й дефектології, добре знати психологічні особливості дітей, виявляти терпіння й любов до дітей, постійно відчувати громадянську відповідальність за успіх їхнього навчання, виховання й підготовки до життя й роботи.

Подолання й попередження мовленнєвих порушень сприяють гармонійному розгортанню творчих сил особистості, долають перешкоди для реалізації її суспільної спрямованості, набуття знань. Тому логопедія, будучи галуззю дефектології, водночас бере участь у вирішенні загальнопедагогічних завдань.

Спеціальне навчання тісно пов'язане з корекційно-виховним впливом, напрямок і зміст якого визначаються залежністю мовленнєвих порушень від особливостей інших сфер психічної діяльності дитини.

### **Фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення**

До факторів, що зумовлюють мовленнєві порушення, відносять:

1) *різні внутрішньоутробні патології*, що призводять до порушення розвитку плода. Найбільш грубі дефекти мовлення виникають при порушенні розвитку плода в період від 4 тижнів до 4 місяців. Виникненню мовленнєвої патології сприяють токсикоз при вагітності, вірусні й ендокринні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором та ін.;

2) *родові травми й асфіксію* (недостатність кисневого постачання мозку) під час пологів, які приводять до внутрішньочерепних крововиливів;

3) *різні захворювання в перші роки життя дитини*. Особливо пагубними для розвитку мовлення є часті інфекційно-вірусні захворювання, менінгоенцефаліти й ранні шлунково-кишкові розлади;

4) *травми черепа, що супроводжуються струсом мозку*;

5) *спадкові фактори*. У цих випадках порушення мовлення можуть становити лише частину загального порушення нервової системи й сполучатися з інтелектуальною й руховою недостатністю;

6) *несприятливі соціально-побутові умовлення*, що призводять до педагогічної занедбаності, вегетативної дисфункції, порушення емоційно-вольової сфери, мовлення.

При аналізі причин виникнення порушень варто враховувати співвідношення мовленнєвого дефекту й збережених аналізаторів і функцій, які можуть бути джерелом компенсації при корекційному навчанні.

### **Принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.Є.Левіною)**

Р.Є.Левіна виділяє *три рівні* загального недорозвинення мовлення.

*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 мовленнєвого розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових і звуконаслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило, незрозумілими для навколишніх.

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

*Третій рівень* передбачає розгорнуте повсякденне мовлення без грубих фонетичних і лексико-граматичних відхилень, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

### **Порівняльна характеристика клінічної і психолого-педагогічної класифікації й мовленнєвих порушень**

Клініко-педагогічна і психолого-педагогічна класифікації мовленнєвих порушень доповнюють одна одну і відображають певний підхід до конкретного мовленнєвого порушення та вибір відповідних засобів корекції.

Позитивним у *клініко-педагогічній класифікації* є те, що вона ґрунтується на ознаках, які максимально диференціюють види мовленнєвих порушень, дозволяючи логопеду на основі комплексного підходу кваліфікувати дефект мовлення 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 мовленнєвого дефекту.

У *клініко-педагогічній класифікації*, на відміну від суто клінічної, виділені види мовленнєвих порушень не об'єднуються з тими чи іншими формами захворювання. Провідна роль належить психолінгвістичним критеріям. На їх основі картина мовленнєвого порушення описується в термінах і поняттях, які допомагають логопеду зосередити увагу на тих особливостях мовленнєвого порушення, які повинні стати об'єктом саме логопедичного впливу.

Усі види мовленнєвих порушень, які розглядає клініко-педагогічна класифікація, слід поділити на дві групи: *порушення усного мовлення і порушення писемного мовлення*.

### **ТЕМИ 5–6. Порушення усного та писемного мовлення (4 год.)**

#### **1. Порушення усного мовлення:**

- 1.1. Дисфонія. Причини виникнення даного порушення.
- 1.2. Порушення темпу мовлення: брадилалія, тахилалія.
- 1.3. Заїкання як порушення комунікативної функції мовлення.
- 1.4. Дислалія. Види дислалії.
- 1.5. Риолалія.
- 1.6. Дизартрія.

#### **2. Порушення писемного мовлення.**

- 2.1. Дислексія.
- 2.2. Дисграфія.

**Основні поняття теми:** дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія, алалія, афазія, усне мовлення, писемне мовлення.

### **Література**

1. Бабушкина Р. Л. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / Р. Л. Бабушкина, О. М. Кислякова ; под ред. Г. А. Волковой. – СПб. : КАРО, 2005.

2. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для пед. вузов / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Секачев, 2001. – 319 с.

3. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и доп. – М. : Гуманитарно-изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

4. Селиверстов В. И. Заикание детей : Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : "ВЛАДОС", 2000. – 208 с.

5. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

6. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. праць / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005. – Вип. 2. – 154 с.

7. Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

### **Порушення усного мовлення**

*Порушення усного мовлення поділяються на два типи:*

1) *порушення фонаційного* (зовнішнього) оформлення мовленевого висловлювання;

2) *структурно-семантичне* (внутрішнє) системне, або поліморфне, порушення мовлення.

*Фонаційні* (від грец. *phone* – звук; голос; фонація – голосоутворення) мовленнєві розлади диференціюються залежно від ураження тієї чи іншої ланки:

а) голосоутворення;

б) темпоритмічна організація висловлювання;

в) інтонаційно-мелодична;

г) звуковимовна.

Ці розлади можуть бути як самостійними, так і в різних сполученнях. Залежно від цього виділяються такі *види порушень* мовлення.



## **1. Дисфонія**

**Дисфонія** (афонія) (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *phone* – голос; *a* – частка, яка означає заперечення) – відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату. Виявляється або у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дистонія).

Може бути зумовлена *органічними* або *функціональними* розладами голосоутворювального механізму центрального або периферичного характеру, виникає на будь-якому етапі розвитку дитини. Порушення може бути самостійним (ізолюваним) або входити до ряду інших порушень мовлення.

## **2. Порушення темпу мовлення**

Одним із виразних засобів усного мовлення є його *темп*. Нормальному темпу мовлення властиве то вповільнення, то прискорення. Зазначені коливання у швидкості висловлювань будуть залежати від швидкості вимовлення фонем, слів, фраз і від частоти й тривалості пауз між словами й реченнями.

Необхідною умовою для нормального темпу мовлення є правильне співвідношення основних процесів, що відбуваються в корі головного мозку, – *прискорення й гальмування*.

Більшість дітей не відразу опановують нормальним темпом мовлення. Багато дошкільників говорять занадто швидко. Це пояснюється тим, що в них ще слабкі гальмівні процеси й контроль за власним мовленням. Часто недосконалість темпу мовлення виникає в результаті наслідування навколишніх. Дитина говорить то дуже швидко, то занадто повільно навіть у межах однієї фрази. Але в більшості випадків такі явища з віком зникають.

У дітей може виникати патологічне прискорення темпу мовлення або його вповільнення.

### **2.1. Брадилалія**

**Брадилалія** (від грец. *bradis* – повільний, лат. *lalia* – мова) – патологічний повільний темп мовлення. При брадилалії мовлення надмірно вповільнене, з розтягуванням голосних звуків, із млявою, нечіткою артикуляцією, яка зумовлена порушенням мовленнєвих центрів у корі головного мозку. Більшості дітей з такою патологією властива загальна млявість, загальмованість, уповільненість. Часто відзначається вповільнений темп не тільки зовнішнього, але й внутрішнього мовлення. У дітей із брадилалією звичайно бувають і порушення загальної моторики, уваги, пам'яті, мислення. За своєю природою брадилалія може бути *органічною* або *функціональною*.

М.Е.Хватцев відзначав, що патологічно вповільнений темп мовлення нерідко зустрічається в розумово відсталих дітей.

*Причини брадилалії:*

- патологічне посилення гальмівного процесу, що починає домінувати над процесом збудження;
- передається спадково;
- у результаті наслідування або неправильного виховання.

## *2.2. Тахилалія*

*Тахилалія* (від грец. *tachis* – швидкий, лат. *lalia* – мова) – патологічно прискорений темп мовлення. Характеризується прискороною артикуляцією. За своєю природою є центрально обумовленою, органічною або функціональною. При прискороному темпі мовлення здається поспішливим, стрімким, напористим. Часто від швидкості висловлювання відбувається повторення складів або, навпаки, їх пропуск, перекручування звуків, а іноді слів. Але все це мовець, як правило, не помічає. Бурхливий потік звуків і слів вимовляється без перепочинку, до повного видиху. Іноді непомірковано швидкий темп мовлення супроводжується швидкими, часом безладними рухами рук, ніг або всього тіла.

Прискорення мовлення може супроводжуватись *аграматизмами* (вид порушення мовлення і мислення при деяких нервово-психічних захворюваннях. Хворі, зберігаючи здатність вимовляти окремі слова, неспроможні об'єднувати їх у синтаксично правильно побудовані речення. Мовлення таких хворих набуває своєрідного характеру ("телеграфний стиль") або зовсім безладне). Це явище іноді виділяють як самостійне порушення – *батаризм* (від франц. *batter* – бити – заїкання), *парафразія* (хворобливий розлад мовлення, який полягає в неправильному вживанні одних слів замість інших). Якщо патологічно прискорене мовлення супроводжується необґрунтованими паузами, зупинками, воно позначається терміном *полтерн*.

*Тахилалія* може виникнути вже в дитинстві і, якщо не проводити спеціальну корекційну роботу, посилиться в перехідному віці й залишиться на все життя.

*Причини тахилалії:*

- найчастіше виникає в дітей нервових, збудливих, рвучких, неврівноважених;
- розлад темпу зовнішнього й внутрішнього мовлення за рахунок патологічної переваги процесів збудження над процесами гальмування;
- передається спадково.

## **3. Заїкання**

*Заїкання* – складне порушення темпоритмічної сторони мовлення (синонім – логоневроз). Як правило, виникає у легко збудливих

дітей у 2–5 років, найчастіше в період переходу до фразового мовлення і пов'язане з різкою емоційно негативною реакцією дитини на зовнішній подразник. Загострюється у зв'язку зі вступом до школи, а також у підлітковому та юнацькому віці.

Найсприятливішим ґрунтом для виникнення заїкання є недостатня стійкість нервової системи дитини, інколи – органічні ураження мозку.

Причиною порушення плавності мовлення (зупинок у її плинності) при заїканні є судоми м'язів тих або інших органів мовлення в момент вимовлення (губ, язика, м'якого піднебіння, гортані, грудних м'язів, діафрагми, черевних м'язів). До судом м'язів мовленнєвого апарату іноді приєднуються судоми обличчя і кінцівок. Нездатність до повноцінного оформлення мовленнєвого висловлювання створює серйозні ускладнення в спілкуванні.

Заїкання, яке супроводжується іншими інтелектуальними або мовленнєвими дефектами, як правило, не призводить до порушення смислової сторони мовлення, однак нерідко пов'язане з побоюванням висловлюватися, а також з деякими відхиленнями в характері дитини – підвищеною збудливістю або, навпаки, апатичністю, млявістю.

Розрізняють *два види заїкання*:

1) *функціональне* (виникає в дітей у віці від 2 до 5 років у період формування розгорнутого контекстного мовлення, найчастіше зустрічається в легкозбудливих, нервових дітей);

2) *органічне* (викликане органічними поразками центральної нервової системи, спричиненими черепно-мозковими травмами, нейроінфекціями тощо, виникає в будь-якому віці).

*Причини функціонального заїкання*:

- перевантаження нервової системи дитини в поєднанні з непосильним мовленнєвими навантаженням (повторення незрозумілих і важких слів; спонукання до досить довгих і складних переказів, вивчення складних за змістом і великих за обсягом віршів; запам'ятовування казок, оповідань, які не відповідають віку дитини);

- неправильна вимова звуків;

- надзвичайно швидке мовлення;

- загальне недорозвинення мовлення, коли в дитини не вистачає елементарного запасу слів і граматичних засобів для вираження думок;

- неправильні умовлення виховання дитини, фізичні покарання, сильний переляк;

- у результаті наслідування.

За типами судом, що періодично виникають у різних відділах периферичного мовленнєвого апарату, розрізняють *три форми* заїкання:

- легка форма – *клонічна*, за якої повторюються звуки або склади (до-до-кішка, б-б-бабуся, ба-ба-бака);
- важка форма – *тонічна*, за якою у мовленні з'являються тривалі зупинки на початку або всередині слова (к...нижка, каранд...аш, зм...ія);
- змішана форма – *клоно-тонічна* або *тоно-клонічна* (за переважанням характеру судом).

Поділ заїкання на *клонічні* і *тонічні* форми (залежно від характеру судом мовленнєвої мускулатури) сьогодні є недостатнім. Заїкання рідко виступає в самостійному вигляді і майже завжди співіснує з іншими нервово-психічними розладами. Виходячи з цього, М.І.Буянов і Б.З.Драпкін виділили наступні *форми* заїкання: *невротичне, неврозоподібне і комбіноване*.

*Невротичне заїкання* – психогенний розлад, який виявляється в психотравмуючих ситуаціях, посилюється при фіксації уваги на мовленнєвому дефекті і, навпаки, значно зменшується при відволіканні уваги. Виникає в результаті травм.

*Неврозоподібне заїкання* – зовні нагадує невротичне, але не має психогенного походження, а виникає в межах шизофренії, епілепсії, олігофренії, при органічному ураженні центральної нервової системи, може бути спадковим. На відміну від невротичного заїкання, неврозоподібне не залежить від ситуації, воно зменшується, якщо людина стежить за своїм мовленням. Неврозоподібні заїкання характеризуються порушенням темпу мовлення (*тахилалія* і *брадилалія*).

*Комбіноване заїкання* – поєднання невротичного і неврозоподібного заїкання.

*Ступені заїкання*: слабкий (помірний), середній та сильний (важкий).

*Слабкий ступінь*, за якого заїкання виявляється ледь помітно й не заважає мовленнєвому спілкуванню.

*Сильний ступінь*, за якого у результаті тривалих судом мовленнєве спілкування стає неможливим.

Крім того, при сильному ступені виявляються також супутні рухи (судорожні явища, які виникають у різних групах м'язів у немовленнєвій мускулатурі: обличчя, шиї, тулуба, кінцівок) й *емболофразія* (вставляння складів, слів, обривків речень ("От"; "Це"; "Я сам" тощо).

Ще одним характерним симптомом заїкання є *страх перед мовленням*, острах певних звуків або слів, які, на думку заїк, особливо важкі для вимовлення. Це явище називається *логофобією*.

Усі види заїкання дуже непостійні, мінливі. Нестійкими виявляються й супутні рухи: зникають одні й з'являються нові. Стан заїкання також змінюється. Ці зміни пов'язані з найрізноманітнішими обставинами.

У логопедичній практиці заїкання піддається логопедичній корекції, яка у деяких випадках доповнюється медичними заходами. Існують різні методи корекції заїкання, які в разі потреби використовуються в поєднанні з медикаментозним, фізіотерапевтичним і психотерапевтичним лікуванням. Діти, які страдають важкими формами заїкання, направляються в спеціальні освітні установи.

#### **4. Дислалія**

*Дислалія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, лат. *lalia* – мова) – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій функції мовленнєвого апарату. Виявляється у неправильному звуковому (фонемному) оформленні мовлення: спотвореній вимові звуків, заміні звуків або їх змішуванні. Дефект може бути зумовлений тим, що у дитини неповністю або неправильно сформувалася артикуляційна база (набір артикуляційних позицій, необхідних для вимовлення звуків).

Розрізняють *механічну* дислалію, яка пов'язана з анатомічними дефектами артикуляційного апарату, та *функціональну*, причини якої полягають у несприятливих умовах розвитку мовлення або в порушеннях фонематичного слуху.

##### *Причини механічної дислалії*

1. Укорочена вуздечка язика (під'язичне зв'язування): утруднені рухи язика, тому що занадто коротка вуздечка не дає йому можливості високо підніматися (при верхніх звуках).

Крім того, дислалія може бути викликана й тим, що язик або занадто великий, ледь уміщується в роті й від цього неповороткий, або занадто малий і вузький, що також утрудняє правильну артикуляцію.

2. Дефекти будови щелеп ведуть до аномалії прикусу. Нормальним вважається такий прикус, коли при змиканні щелеп верхні зуби злегка прикривають нижні. Аномалії прикусу можуть мати кілька варіантів:

- *прогнатія* – верхня щелепа сильно висувається вперед. У результаті цього нижні передні зуби зовсім не замикаються з верхніми;
- *прогенія* – нижня щелепа виступає вперед, передні зуби нижньої щелепи виступають поперед передніх зубів верхньої щелепи;
- *відкритий прикус* – між зубами верхньої й нижньої щелеп при їхньому змиканні залишається проміжок. У деяких випадках цей проміжок тільки між передніми зубами (передній відкритий прикус);
- *бічний відкритий прикус* може бути лівостороннім, правостороннім і двостороннім;

- *неправильна будова зубів, зубного ряду.*

3. *Неправильна будова піднебіння* негативно позначається на звуковимові. Вузьке, занадто високе піднебіння або, навпаки, низьке, плоске перешкоджає правильній артикуляції багатьох звуків.

4. *Товсті губи*, часто з відвислою нижньою губою, або вкорочена, малорухома верхня губа утрудняють чітку вимову губних і губно-зубних звуків.

#### *Причини функціональної дислалії*

1. *Неправильне мовленнєве виховання дитини в родині.* Іноді дорослі протягом тривалого періоду "сюсюкаються" з малям, підлаштовуючись під мовлення дитини. У результаті в дитини надовго затримується розвиток правильної звуковимови.

2. *Наслідування.* Шкідливим для дитини є постійне спілкування з малолітніми дітьми, у яких ще не сформувалася правильна звуковимова; постійне спілкування з людьми, у яких незрозуміле, занадто квапливе, а іноді з діалектними особливостями мовлення.

3. *Двомовленнєвість* у родині погано позначається на мовленні дітей. Розмовляючи різними мовами, дитина часто переносить особливості вимовлення однієї мовлення на іншу.

4. *Педагогічна занедбаність*, коли дорослі зовсім не звертають увагу на звуковимову дитини, не виправляють помилки маляти, не подають йому зразок чіткої й правильної вимовлення.

5. *Недорозвиток фонематичного слуху.* При цьому у дитини спостерігаються утруднення у сприйманні звуків, що різняться між собою незначними акустичними ознаками, наприклад, дзвінких і глухих приголосних, м'яких і твердих свистячих і шиплячих. У результаті таких утруднень розвиток правильної звуковимови надовго затримується. Недоліки звуковимови, коли вони виражаються в заміні звуків або в змішуванні їх у словах, можуть у свою чергу утруднювати формування фонематичного слуху й надалі служити причиною загального недорозвинення мовлення й порушень письма й читання.

6. *Недостатня рухливість органів артикуляційного апарату:* язика, губ, нижньої щелепи. Вона може бути викликана й невмінням дитини втримувати язик у потрібному положенні або швидко переходити від одного руху до іншого.

7. *Зниження слуху.* На ґрунті приглухуватості виникає до 10% випадків порушень звуковимови. Найчастіше при цьому спостерігається утруднення в диференціації шиплячих і свистячих звуків, дзвінких і глухих приголосних.

8. *Недостатній розумовлення розвиток дитини.* В дітей-олігофренів у понад 50% випадків відзначаються порушення звуковимови.

### *Різновиди диспалії*

1. Відсутність тих або інших звуків. Відсутність звуку в мовленні може виражатися в його випаданні на початку слова (наприклад, замість "риба" дитина говорить "иба").

2. Перекручування тих або інших звуків.

3. Заміна одного звуку іншим.

*За кількістю порушених звуків диспалія ділиться на:*

- *просту*, якщо у вимові наявні до чотирьох дефектних звуків;
- *складну*, якщо у вимові наявні п'ять і більше дефективних звуків.

Відповідно до характеру дефекту вимовлення, виділяються наступні *види диспалії*:

1) *сигматизм* (від назви грецької букви "сигма", що позначає звук с) – недоліки вимовлення свистячих (с, с', з, з', ц) і шиплячих (ш, ж, ч, щ) звуків. Один з найпоширеніших видів порушень вимовлення;

2) *ротацизм* (від назви грецької букви "ро", що позначає звук "р") – недоліки вимовлення звуків р і р';

3) *ламбдацизм* (від назви грецької букви "ламбда", що позначає звук "л") – недоліки вимовлення звуків л і л';

4) дефекти вимовлення піднебінних звуків: *каппацизм* – звуків к і к'; *гаммацизм* – звуків г і г'; *хитизм* – звуків х і х'; *йотацизм* – звуку й (від назв грецьких букв "каппа", "гама", "хи", "йота", що позначають відповідно звуки к, г, х, й);

5) *дефекти озвучення* – недоліки вимовлення дзвінких приголосних звуків. Ці дефекти виражаються в заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими звуками: б–п, д–т, в–ф, з–с, ж–ш, г–к тощо;

6) *дефекти пом'якшення* – недоліки вимовлення м'яких приголосних звуків, що полягають, в основному, в заміні їх парними твердими, наприклад д'–д, п'–п, к'–к, р'–р тощо;

Виняток становлять тільки звуки ш, ж, ц, що не мають м'яких пар, і звуки ч, щ, й, які вимовляються завжди м'яко й не мають твердих пар.

### **5. Ринопалія**

*Ринопалія* (від грец. *rhinos* – ніс, лат. *lalia* – мова) – порушення тембру голосу та звуковимови, які зумовлені анатоомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (заяча губа, вовча паша). Виявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореній звуковимові внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини (носового резонатора) у голосоутворенні.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяються *дві форми ринопалії*: *закрита* і *відкрита*.

1) *Закрита ринопалія* характеризується зниженим фізіологічним носовим резонансом під час вимовлення звуків. Якщо носовий резонанс відсутній то носові фонемі м, м', н, н' звучать як ротові б,

б', д, д'. Крім вимовлення носових приголосних звуків при закритій ринолалії порушується вимова голосних. Вона набуває неприродного, мертвого відтінку.

*Причинами* закритої ринолалії є органічні зміни в носовій порожнині або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання. Органічні зміни бувають викликані хвороботворними явищами, у результаті яких зменшується прохідність носа й утруднюється носовий видих повітря.

*Передня закрыта ринолалія* виникає при хронічній гіпертрофії слизової носа, головним чином задніх відділів нижніх раковин, при поліпах у носовій порожнині, при скривленні перегородки носа й пухлинах носової порожнини.

*Задня закрыта ринолалія* в дітей найчастіше є наслідком аденної розростань, зрідка носоглоткових поліпів або інших носоглоткових пухлин.

*Функціональна закрыта ринолалія* зустрічається в дітей часто, але не завжди правильно розпізнається. Вона характерна тим, що виникає при гарній прохідності носової порожнини й непорушеному носовому видиху. Тембр носових і голосних звуків може бути порушений сильніше, ніж при органічній. Причина полягає в тому, що м'яке піднебіння при фонації й вимові носових звуків піднімається вище норми й закриває звуковим хвилям доступ до носоглотки. Подібні явища частіше спостерігаються при невротичних розладах у дітей.

Насамперед усувають причини непрохідності носової порожнини. Як тільки з'являється правильний носовий видих, зникає й дефект. Якщо ж після усунення непрохідності носової порожнини закрыта ринолалія або ринофонія триває у звичайній формі, звертаються до вправ (вправляння у вимові носових звуків). Проводиться підготовча робота з диференціації ротового й носового входу й виходу повітря.

*2. Відкрита ринолалія.* Для нормальної фонації характерна наявність перегородки між ротовою й носовою порожнинами, коли голосова вібрація проникає тільки через ротову порожнину. Якщо ж перегородка між носовою порожниною й ротовою неповна, вібруючий звук проникає й у носову порожнину. У результаті порушення перегородки між ротовою й носовою порожниною збільшується голосовий резонанс. При цьому змінюється тембр звуків, особливо голосних.

Крім тембру голосних звуків, при відкритій ринолалії порушується тембр деяких приголосних. При вимові шиплячих звуків і фрикативних "ф, в, х" додається хриплий звук, що виникає в носовій порожнині.

Відкрита ринолалія може бути *органічною й функціональною*. *Органічна* відкрита ринолалія буває *вродженою або набутою*. Най-



більш частою причиною *вродженої* форми є розщеплення м'якого й твердого піднебіння.

*Набута* відкрита ринолалія утворюється при травмі ротової й носової порожнини або в результаті набутого паралічу м'якого піднебіння.

*Функціональна відкрита ринолалія* буває при фонації в дітей із млявою артикуляцією м'якого піднебіння. Функціональна відкрита форма виявляється при істерії, іноді як самостійний, або спадковий дефект.

Ознакою функціональної відкритої ринолалії є те, що звичайно порушується вимова тільки голосних звуків, у той час як при вимові приголосних піднебінно-глоткове змикання гарне й назалізація не відбувається.

Назальний тембр зникає після спеціальних вправ, а порушення вимовлення усуваються звичайними методами, які застосовуються при дислалії.

## **6. Дизартрія**

*Дизартрія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розпад, *arthon* – сполучати) – порушення вимовленнєвої сторони мовлення, зумовлене органічною недостатністю іннервації (забезпечення органів і тканин нервами, що забезпечують їх зв'язок з центральною нервовою системою) мовленнєвого апарату. При дизартрії спостерігається несформованість усіх ланок механізму звуковимови, наслідком чого є голосові та артикуляційно-фонетичні дефекти. При тяжкому ступені дизартрії (анартрії) цілковито відсутня звуковимовна сторона мовлення.

*Причинами дизартрії є:*

- *органічні поразки ЦНС* у результаті впливу різних несприятливих факторів на мозок дитини, що розвивається у внутрішньоутробному і ранньому періодах розвитку;

- внутрішньоутробні пошкодження, що є результатом гострих хронічних інфекцій, кисневої недостатності (гіпоксії), інтоксикації, токсикозу вагітності;

- ряд інших факторів, які створюють умовлення для виникнення родової травми (у дитини виникає асфіксія, народжується недоношеною);

- несумісність за реус-фактором;

- вплив інфекційних захворювань нервової системи в перші роки життя дитини.

## **7. Афазія**

*Афазія* (від грец. *a* – частка, яка означає заперечення, *phasis* – мова) – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мов-

лення. Як правило, до афазії відносять мовленнєве порушення, якщо воно відбулося після трирічного віку.

*Причини афазії* полягають у різноманітних органічних порушеннях мовленнєвих систем головного мозку в період уже сформованого мовлення. При даній патології спостерігаються ушкодження в лобових, тім'яних, потиличних і скроневих частинах кори лівої півкулі.

*Афазія є результатом:*

- важких травм головного мозку;
- запальних процесів і пухлин мозку;
- судинних захворювань і порушень мозкового кровообігу.

Форма афазії, важкість дефекту й характер його перебігу залежать від таких *факторів*:

- просторість вогнища поразки і його локалізація;
- характер порушення мозкового кровообігу;
- стан неушкоджених відділів мозку, які виконують компенсаційні функції.

Афазія найчастіше виникає в дорослому віці. Але іноді вона спостерігається й у дітей.

### **8. Алалія**

*Алалія* (від грец. *α* – частка, що означає заперечення, лат. *lalia* – мова) – відсутність або недорозвиненість мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

Це один із найскладніших дефектів мовлення, за якого ушкоджені операції програмування на всіх етапах сприймання та відтворення мовленнєвого висловлювання. При цьому система мовленнєвих засобів (фонематичних, граматичних, лексичних) не формується. Порушується управління мовленнєвими рухами, що відбивається на відтворенні звуків і складів.

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

*Причини виникнення алалії:*

- ураження мовленнєвих зон великих півкуль головного мозку (центр Брока і центр Верніке);
- запальні, травматичні поразки головного мозку (ускладнення після мінінго-енцефаліту, краснухи, травм);
- крововилив у мозок унаслідок важких і швидких пологів;
- обмінні порушення в період внутрішньоутробного розвитку плода, під час родового акту, а також у період раннього розвитку дитини у віці від одного місяця до одного року;

- перенесення дітьми складних захворювань дихальної системи, важкого рахіту, порушення сну й харчування в ранні місяці життя.

Розрізняють *моторну* й *сенсорну* форми афазії та алалії

*Моторна* пов'язана з порушенням діяльності мовнорухового аналізатора, а *сенсорна* – з порушенням мовнослухового аналізатора.

1. *Моторна афазія, або алалія*, виникає при поразці мовнорухового центра (центр Брока). Характерним є те, що хворий або зовсім втрачає здатність говорити, або в нього зберігаються дуже незначні мовленнєві можливості. Моторний афазик чує мову, розуміє її, але сам не володіє здатністю відтворювати мовлення. Йому важко правильно повторити підказані слова, пропозиції, хоча в ряді випадків він може вимовляти випадкові склади, слова, частини речень.

Поряд з такою важкою картиною експресивного мовлення при "чистій" формі моторної афазії розуміння мовлення зберігається.

2. *Сенсорна афазія, або алалія*. В першу чергу порушується сприйняття мовлення (центр Верніке). Афазик чує мову, але не розуміє, про що говорять, тому що у цих випадках виявляється органічне ураження переважно сенсорних (сприймальних, чуттєвих) центрів мовлення.

Словниковий запас у дітей із сенсорною афазією сильно відстає від норми, слова спотворені, часто зустрічається заміна одного елемента мовлення іншими. Втрачаються навички письма й читання: дитина не впізнає написаних слів, навіть тих, які вона раніше добре знала; розрізняючи окремі букви, вона не може зрозуміти зміст складених з них слів.

Діти з різними формами афазії повинні навчатися і виховуватися в спеціальних навчально-виховних закладах, де створено оптимальні умовлення логопедичної та загальної корекційно-виховної роботи, які сприяють корекції цих тяжких мовленнєвих порушень.

### **Порушення писемного мовлення**

Поряд з патологією усного мовлення існує й порушення писемного мовлення. Це порушення *письма й читання*.

Оскільки письмо і читання взаємозалежні, порушення письма, як правило, супроводжуються порушеннями читання. Щоб контролювати своє письмо, дитина повинна читати написане, і, навпаки, при читанні вона користується написаним нею або іншим текстом.

Встановлено, що порушення письма й читання в дітей найчастіше виникають у результаті загального недорозвитку всіх компонентів мовлення: *фонетико-фонематичного й лексико-граматичного*.

Це пояснюється тим, що діти недостатньо розрізняють на слух фонему, близькі за артикуляційними або акустичними ознаками. Крім того, володіючи вкрай обмеженим словниковим запасом, дити-

на не розуміє значень деяких навіть найпростіших слів і тому спотворює їх, пропускає, замінює, змішує. Недостатня сформованість граматичного порядку мовлення призводить до пропусків, замін або перекручувань речень, до помилок у керуванні й узгодженні тощо.

*Порушення писемного мовлення* можна поділити на дві групи залежно від того, який вид її порушено, – продуктивний (порушення самого акту письма) чи рецептивний (розлади читання).

Раннє виявлення дітей з відхиленнями в розвитку в першу чергу проводиться в сім'ях з "підвищеним ризиком". До таким відносяться:

- 1) сім'ї, де вже є дитина з тим або іншим дефектом;
- 2) сім'ї з розумовою відсталістю, захворюванням на шизофренію, порушенням слуху в одного з батьків або в обох;
- 3) сім'ї, де матері перенесли під час вагітності гостре інфекційне захворювання, важкий токсикоз;
- 4) сім'ї, в яких діти перенесли внутрішньоутробну гіпоксію (кисневе голодування), природову асфіксію, травму або ж нейроінфекцію, черепно-мозкові травми в перші місяці життя.

До порушень писемного мовлення відносяться: *дислексія* і *дисграфія*.

### **1. Дислексія**

*Дислексія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *lego* – читаю) – порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвитком деяких ділянок кори головного мозку. Виявляється в утрудненні при розпізнаванні літер, 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 називається *алексією* – це повна нездатність до оволодіння читанням.

### **2. Дисграфія**

*Дисграфія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *grapho* – пишу) – часткові специфічні розлади процесу письма. Виявляються в нестійких оптико-просторових образах літер, у перекрученнях звуко-складового наповнення слова і структури речення. В основі дисграфії у дітей лежить недорозвиток усного мовлення (крім оптичної форми), зокрема неповноцінність фонематичного слуху, і недоліки вимовлення, які перешкоджають оволодінню фонетичним (звуковим) складом слова. Найскладніший ступінь цього порушення – *аграфія* – повна нездатність до оволодіння навичками письма.

**Висновок.** У психічному розвитку дитини мовлення має велике значення, виконуючи три головні функції: *комунікативну, узагальнювальну й регулювальну*.

Відхилення в розвитку мовлення відбиваються на формуванні особистості дитини. Вони утруднюють спілкування з навколишніми, нерідко перешкоджають правильному формуванню пізнавальних процесів, впливають на емоційно-вольову сферу. Під впливом мовленнєвого дефекту часто виникає ряд вторинних відхилень, які утворюють картину аномального розвитку дитини в цілому. Вторинні прояви мовленнєвої вади коригуються педагогічними засобами, а ефективність їхнього усунення пов'язана з раннім виявленням структури дефекту.

### **Змістовий модуль 3**

#### **Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП (6 год.)**

#### **ТЕМА 7. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями (2 год.)**

1. Предмет і завдання сурдопедагогіки.
2. Причини порушення слуху. Вроджені й набуті глухота і тугоухість.
3. Психолого-педагогічна класифікація дітей з вадами слуху за Р.М.Боскіс.
4. Психологічний розвиток дітей з порушеннями слуху як дефіцитарного типу дизонтогенезу.
5. Предмет і завдання тифлопедагогіки.
6. Категорії дітей з порушеннями зорової функції. Ступені порушення зору. Причини порушення зору.
7. Особливості психічного розвитку сліпої дитини.
8. Психологічні особливості сліпоглухонімих дітей. Досвід І.А.Соколянського і О.І.Мещерякова при роботі з дітьми даної категорії.

**Основні поняття теми:** сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, дотикова увага, тактильна чутливість, компенсація психічних функцій.

#### **Література**

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1989.
2. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н. И. Белова. – М. : Просвещение, 1985. – С. 88–97.
3. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. – С. 175.

4. Богданова Т. Г. Сурдопсихологія : учеб. посібник для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – М. : Академія, 2002. – С. 224.
5. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 222 с.
6. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит / А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. – М. : Педагогика, 1969. – 77 с.
7. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.
8. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
9. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева. – М. : Педагогика, 1971. – С. 448.
10. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева и др. – М. : Педагогика, 1971. – 448 с.
11. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
12. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. Скороходова. – М. : Педагогика, 1972. – 448 с.
13. Виготский Л. С. Слепой ребенок / Л. С. Виготский // Собр. Соч.: в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. Т. 5. – 1983. – С. 86–100.

### **Предмет і завдання сурдопедагогіки**

*Сурдопедагогіка* (від лат. *surdus* – глухий) – розділ спеціальної педагогіки про розвиток, виховання та навчання дітей і дорослих з вадами слуху.

*Предмет сурдопедагогіки* – процеси розвитку, виховання та навчання дітей і дорослих з вадами слуху.

Завдання сурдопедагогіки обумовлюються поглядами суспільства на можливості розвитку глухих і слабочуючих дітей, розумінням необхідності надання їм педагогічної допомоги, а також на перспективи соціальної адаптації осіб з вадами слуху.

До основних завдань сурдопедагогіки відносяться:

- розробка методів діагностики порушень слуху, в тому числі раннього виявлення;
- вивчення особливостей психічного розвитку дітей в умовах слухової депривації;

- дослідження закономірностей компенсації вад слуху;
- розробка теоретичних основ розвивальної та корекційної роботи з глухими і слаббачуючими дітьми;
- удосконалення методів корекційно-розвивальної роботи з дітьми з вадами слуху, в тому числі – формування мовлення, розвитку слухового сприйняття, навчання вимови;
- визначення завдань, принципів, змісту і методів навчання та виховання дітей з вадами слуху на різних ступенях освіти;
- організація допомоги батькам у вихованні дітей з вадами слуху;
- сприяння повноцінній інтеграції осіб з вадами слуху в суспільство.

### **Причини порушення слуху.**

#### **Вроджені і набуті глухота і туговухість**

Класифікація порушень слуху визначається характером поразки слухової функції і станом мовлення.

Виділяються два види слухової недостатності: *глухота і туговухість*.

*Глухота* – найбільш різкий ступінь ураження слуху, за якого розбірливе сприйняття мовлення стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. В більшості випадків зберігаються хоч би невеликі залишки слуху. З їх допомогою дитина може сприймати дуже гучні, різкі немовленнєві звуки (дзвінок, свисток), окремі звуки мовлення, а іноді прості, добре знайомі слова, вимовлені голосно біля вушної раковини. При глухоті самостійне оволодіння мовленням неможливе.

Глухота може бути *вродженою і набутою*.

Вроджена глухота зустрічається рідше. Причинами її є:

- неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері (вплив спадкового чинника);
- несприятливі умовлення розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників у період вагітності матері, зокрема перенесені інфекційні захворювання – грип, кір, травми тощо;
- вживання матер'ю алкоголю;
- лікування стрептоміцином та іншими лікарськими препаратами;
- травма плоду в перші місяці вагітності.

*Набута* глухота найчастіше є:

- результатом запальних процесів у внутрішньому вусі і слуховому нерві при різних захворюваннях: менінгіті, скарлатині, грипі, свинці тощо.

- перенесені інфекційні захворювання (грип, паротит, скарлатина, дифтерія, токсіплазмоз тощо);
- 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;
- загальносоматичні захворювання, серед яких основна роль належить цукровому діабету, захворюванням нирок, крові тощо;
- вплив екзогенних токсичних речовин, у тому числі медикаментів (антибіотиків, стрептомицину тощо).

Залежно від часу виникнення розрізняють *ранню* глухоту, що виникла в період передмовленнєвого розвитку, і *пізню*, яка наступила, коли у дитини мовлення вже сформувалося.

*Тугоухість* – зниження слуху, за якого виникають утруднення в сприйнятті та самостійному оволодінні мовленням, але залишається можливість оволодіння за допомогою слуху хоча б обмеженим і викривленим запасом слів.

*Причини виникнення тугоухості:*

- результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни в середньому вусі – прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що призводить до порушення рухливості барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок;
- результат хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїдні розростання); при цьому порушується прохідність євстахієвої труби;
- результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатина, грип, кір);
- результат вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

*Я.С.Тьомкін* запропонував вирізняти наступні *ступені тугоухості:*

- утруднення при сприйнятті мовлення в незвичних обставинах – за наявності стороннього шуму або деякого перекручування мовлення (на зборах, по радіо, телефону тощо);
- утруднення в звичайній обстановці, нерозбірливе сприйняття окремих слів, розуміння слів лише після повторення;
- явне ускладнення спілкування, наближення вуха до співрозмовника, прохання говорити гучніше;
- потреба в слуховому апараті для звичайного спілкування.



В основу цієї класифікації був покладений принцип соціальної адекватності, професіональної придатності та можливої компенсації дефекту слуховим апаратом. Однак, як вказував автор, ця класифікація не враховує клінічні особливості і сутність туговухості, а відповідно, й перспективи її розвитку, тобто прогноз.

При визначенні основних груп туговухих дітей за станом слуху враховується не висота звуків, доступних для сприймання, а ступінь втрати слуху, виражений в *децибелах*, тобто на скільки одиниць дитина потребує збільшення сили звучання звуків певної частоти.

За Л.В.Нейманом, розрізняють *три ступені туговухості* залежно від величини втрати слуху в мовленнєвому діапазоні частот (500–4000 Гц):

I ступінь – втрата слуху не перевищує 50 дБ (для дитини мовленнєве спілкування залишається доступним, вона може сприймати мовлення розмовленнєвої гучності на відстані більше 1–2 м);

II – середня втрата слуху від 50 до 70 дБ (мовленнєве спілкування утруднене, розмовне мовлення сприймається на відстані до 1 м);

III – втрата слуху вище 70 дБ (мовлення розмовленнєвої гучності сприймається нерозбірливо навіть біля самого вуха).

Утруднення в оволодінні мовленням можуть виникати у дитини при зниженні порогу чутливості до 15–20 дБ, за Л.В.Нейманом, це межа між нормальним слухом і туговухістю. Межа між туговухістю та глухотою – 85 дБ.

Важливим фактором, який враховано при класифікації дітей, є рівень розвитку мовлення.

Класифікація *туговухості* може здійснюватись з урахуванням: 1) її ступеня; 2) характеру зниження слуху; 3) локалізації ураження в слуховому апараті; 4) причин ураження слуху; 5) стану розвитку мовлення. Тільки з урахуванням усіх цих елементів можлива правильна оцінка стану, правильне лікування та виховання дитини, що втратила слух.

### **Психолого-педагогічна класифікація дітей з вадами слуху за Р.М.Боскіс**

Важливою є класифікація *Р.М.Боскіс*, яка базується на одночасному врахуванні стану слухової функції та мовлення і є основою для визначення напрямків і методів корекційної роботи. За Р.М.Боскіс, виділяються наступні *групи дітей з вадами слуху*.

Діти з *вродженою або ранньою набутою глухотою (глухі)*, яка наступила в період до оволодіння мовленням. Такі діти не здатні до самостійного оволодіння словником, не зможуть без спеціальних

умов розвивати мовлення. У спеціальних умовах дитина оволодіває зоровим сприйняттям або слухо-зоровим.

Діти з *пізньою глухотою (пізньоглухі)*. Стан мовлення значною мірою визначається віком настання глухоти, а також наявністю корекційного впливу. Діти втратили слух, коли мовлення було сформоване, тому воно збереглося тією чи іншою мірою. У таких дітей може бути різний ступінь порушення слуху і різний рівень мовленнєвого розвитку. Розвиток мислення у більшості випадків схожий із розвитком мислення дитини, яка чує.

### **Психологічний розвиток дітей з порушеннями слуху як дефіцитарного типу дизонтогенезу**

Розвиток здійснюється у спеціальних умовах. Відомо, що виключення або зниження діяльності органів слуху як результат вродженої або набутої у ранньому дитинстві глухоти або приглухуватості позбавляє дитину одного з найважливіших джерел інформації, видозмінює її пізнавальну діяльність. Порушення слуху негативно впливає і на формування особистості дитини, яке проходить в особливих умовах. Відбувається уповільнене формування складних міжфункціональних взаємодій через ураження слуху, об'єм зовнішнього впливу звужений, взаємодія із середовищем збіднена. Внаслідок цього психічна діяльність спрощується і реакції на зовнішні впливи є складними. Це відображено в міміці дитини. Спостерігається нерівномірність у розвитку наочних та понятійних форм мислення.

Своєрідність слухового аналізатора полягає в тому, що він відіграє вирішальну роль у розвитку мовлення (в першу чергу як засобу спілкування). Будь-яка освіта, інтелектуальний розвиток можливі лише за наявності другої сигнальної системи, а це, в свою чергу, є основою розвитку мислення та формування психічної діяльності.

У дітей з порушенням слуху переважає писемне мовлення над усним, збережена тактильна чутливість, компенсаторно розвинене зорове сприйняття. Велике значення має збереження інших складних і перцептивних систем інтелектуальної сфери, системи регуляції.

Так, за даними А.Адлер, у багатьох глухих розвиваються неврози та інші девіації як наслідок дії "уроджених" сил. Різноманітні невротичні розлади у глухих частіше зустрічаються в період певних вікових криз (3–4 роки, 6–7 років, 13–14 років). На думку В.Гіляровського, глухота часто призводить до значних особистісних деформацій зі схильністю до параноїдальних установок. Прикладом патологічних змін характеру є поява відчуття неповноцінності.

У глухих дітей спостерігається синдром ретардації психічного розвитку, ядром якого є вторинна парціальна затримка інтелектуального розвитку, етіологічно пов'язана з глухотою та її наслідком – відсутністю формування мовлення в перші роки життя. Вона виражається в типовій затримці словесного абстрактно-логічного мислення із збереженням конкретних форм мислення. Синдром ретардації стає фоном, на якому розвиваються граничні нервово-психічні порушення.

Але, хоча інтелектуальний розвиток глухих має досить добрі перспективи, синдром ретардації, особливо у дошкільному віці, має багато симптомів емоційно-вольової незрілості (нестійкість інтересів, недостатня самостійність, навіюваність, емоційна лабільність зі схильністю до афективних сплесків).

Таким чином, *специфічними закономірностями психічного розвитку* дітей з порушеннями слуху є:

- 1) зниження здатності до прийому, переробки, зберігання та використання інформації;
- 2) утруднення словесного опосередковування;
- 3) уповільнення процесу формування понять;
- 4) диспропорційність розвитку окремих психічних процесів;
- 5) зниження темпів психічного розвитку в перші роки життя;
- 6) залежність рівня психічного розвитку від особистісних якостей та корекційно-розвивального впливу.

### **Предмет і завдання тифлопедагогіки**

*Тифлопедагогіка* – наука, що вивчає закономірні процеси виховання, навчання і розвитку дітей, які мають порушення зору.

*Предметом* тифлопедагогіки є особливості розвитку дітей, навчання та їх виховання.

Як розділ загальної педагогіки тифлопедагогіка розвивається на основі філософії, принципів гуманістичного виховання і на загально-дидактичних принципах навчання, з урахуванням своєрідності розвитку дітей і дорослих з порушенням зору.

Природничою основою тифлопедагогіки є вчення І.М.Сеченова та І.П.Павлова про вищу нервову діяльність. Тифлопедагогіка є частиною дефектології.

*Завданнями* тифлопедагогіки як науки є:

- психолого-педагогічне та клінічне вивчення осіб з глибокими порушеннями зору;
- з'ясування типології порушень функцій зору та аномалій психічного і фізичного розвитку при порушеннях;
- вивчення шляхів та умов компенсації, корекції та відновлення порушених і недорозвинених функцій при сліпоті та слабкзорості;

- забезпечення умов формування і всебічного розвитку особистості при різних формах порушення функцій зору;
- визначення типів і структури спеціальних установ для їх навчання і виховання;
- розробка наукових основ побудови навчальних планів, програм, підручників, приватних методик;
- створення спеціальних технічних засобів, які сприяють розширенню пізнавальних можливостей осіб з порушеним зором, підвищенню ефективності їх навчання та підготовки до праці в сучасному суспільстві;
- розробка системи гігієнічних заходів з охорони і розвитку неповноцінного зору (нормативів освітленості, режиму зорового навантаження тощо);
- проектування спеціальних будівель для навчання, виховання і трудової підготовки.

У ролі *методів* дослідження тифлопедагогіка використовує:

- спостереження за процесом навчання, виховання і розвитку дітей;
- природний, навчальний, лабораторний і психолого-педагогічний експеримент;
- бесіди;
- аналіз дитячих робіт (письмовленнях робіт, зразків різних видів образотворчої та трудової діяльності тощо).

Сучасна тифлопедагогіка має розв'язувати такі *завдання*:

- створення позитивного іміджу незрячої людини в суспільстві. Проведення масштабної кампанії в засобах масової інформації, серед науковців і творчої інтелігенції з правдивого висвітлення життя незрячих в Україні та світі з метою підвищення позитивного ставлення громадськості до людей із порушеннями зору;
- видання та розповсюдження літератури просвітницького характеру. Буклети та брошури, що вміщують інформацію стосовно функціональних обмежень незрячих людей, їх традиційних талантів, а також життєписи видатних незрячих, які завдяки своєму високому професіоналізму досягли значного становища в суспільстві (політиків, учених, музикантів, літераторів), як свідчить світова практика, суттєво підвищують рівень відкритості суспільства до особливостей і потреб людей із порушеннями зору;
- розширення мережі вищих навчальних закладів, що надають тифлопедагогічну освіту. Створення кафедр тифлопедагогіки у всіх педагогічних університетах України;

- надання тифлопедагогічних і тифлотехнічних послуг широким верствам населення. Відкриття тифлопедагогічних центрів у складі районних служб соціального захисту населення з метою надання інформативних, консультативних і навчально-методичних послуг, а також організації супроводу для осіб, які цього потребують;
- робота з батьками, родичами та друзями незрячих. Забезпечення всіх, із ким незрячий щоденно спілкується, належним рівнем тифлопедагогічних знань – запорука того, що його родичі та близькі усвідомлюватимуть і краще розумітимуть потреби незрячого та шляхи їх найкращого задоволення;
- організація процесу навчання та виховання незрячих відповідно до норм, проголошених "Конвенцією з прав людини ООН". Донесення до усвідомлення незрячими того, що вони – повноправні члени суспільства з такими, як у всіх, правами та обов'язками;
- упровадження процесу навчання та виховання незрячих тифлокоректною мовою, уникаючи негативно забарвленої лексики. Людей із порушеннями зору слід називати "незрячими", а не "сліпими"; а малюнки, схеми, таблиці вони "роздивляються руками", а не "мацають". Ніде в світі немає інвалідів, а є люди з обмеженим здоров'ям;
- урахування психологічних особливостей незрячих під час роботи з ними. Тифлопедагог коректно, але наполегливо активізує компенсаторні здатності учнів чи студентів, приводячи в дію механізм відновлення особистісного потенціалу;
- ознайомлення незрячого не тільки з існуючими в Україні законодавчими нормами щодо людей із порушеннями зору та тифлотехнічними засобами, а й з найкращими зразками світової практики;
- спрямованість навчально-виховного процесу на подолання незрячими комплексу неповноцінності з одночасною акцентуалізацією на саморозвиток та досягнення якнайповнішої самореалізації;
- виховання самостійної, позитивно спрямованої особистості, котра здатна сама, своїми вміннями і талантом вибороти гідне "місце під сонцем", обстоюючи власні права й не забуваючи про обов'язки перед родиною та суспільством.

Послідовне і творче виконання цих завдань сприятиме, з одного боку, поліпшенню ставлення до незрячих у суспільстві, а з іншого, прискоренню процесу їх інтеграції та налагодженню нормальної життєдіяльності.

*Тифлопедагогіка* спирається на суміжні з нею науки: загальну педагогіку, дефектологію, тифлопсихологію, патофізіологію, офтальмологію, шкільну гігієну, педіатрію, дитячу психоневрологію тощо.

### **Категорії дітей з порушеннями зорової функції**

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

*Сліпі діти* – це діти з порушеннями зорового аналізатора, у яких повністю відсутні зорові відчуття або має місце незначне *світловідчуття або залишковий* зір на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції. У них повністю відсутні зорові відчуття або збережене світловідчуття, можлива гострота зору – 0,04.

За часом настання зорового дефекту сліпих поділяють на *сліпонароджених і осліплених*.

*Сліпонароджені* – це діти, які народилися сліпими або втратили зір до становлення мовлення, тобто приблизно до 3-х років.

На відміну від сліпонароджених, діти, що *осліпли* після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані у них раніше. Такі сліди зорових уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті і відіграють важливу роль у відновленні образів і предметів під час сприймання їхнього словесного опису. Ступінь збереження зорових уявлень залежить від віку, в якому відбулося порушення зору, від змісту й організації пізнавальної діяльності сліпих дітей. Необхідно відзначити, що образні уявлення у них можуть зберігатися досить довго, навіть протягом усього життя.

*Слабкозорі* – це діти, які здатні розрізнати світло й кольори і користуватися зоропідсиленою апаратурою. Зір у межах від 0,05–0,4.

Найбільшу групу становлять *діти з порушенням зору*, які за умовлення забезпечення їм індивідуального підходу можуть навчатися в масовій школі. Це діти з відносно легким порушенням зору, аномалією *рефракції* (короткозорість, далекозорість, астигматизм). У масових школах короткозорість – дуже поширене явище. Кількість дітей, які мають на цей дефект зору, помітно збільшується.

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 умовлення: правильне освітлення, додержання режиму зорової роботи (чергування різних видів роботи та відпочинку), лікування супутніх хвороб, які ослаблюють організм та сприяють розвитку короткозорості.

### **Ступені порушення зору**

За ступенем порушення зору сліпі діти поділяються на:

1) *абсолютно* сліпих, до яких відносяться діти із залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля

зору. (*Поле зору – це простір, усі точки якого видно при сталому погляді*);

2) *частково сліпих*, до яких відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів; дозволяє орієнтуватись під час ходьби, розрізняти на деякій відстані форми предметів та яскраві кольори.

На відміну від сліпих, у слабкозорих дітей навіть сильно порушений зір є провідним аналізатором.

### **Причини порушення зору в дітей**

*Причини* виникнення зорової патології прийнято поділяти на *вроджені і набуті*.

*Вроджені порушення* зорової функції можуть бути зумовлені генетичними факторами (наприклад, спадковими формами вроджених катаракт, помутнінням кришталика ока). Вроджені катаракти, які спричинюють сліпоту і слабкозорість, зумовлені порушенням обміну речовин, вітамінозною недостатністю, внутрішньоутробними запаленнями тощо. Крім того, слабкозорість 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. Різнманітні пологові пошкодження, які викликають внутрішньочерепні й внутрішньоочні крововиливи, переломи і зміщення кісток черепа.

*Набуті зорові аномалії* викликані різними ускладненнями після перенесених загальних інфекційних захворювань організму (наприклад, грипу, туберкульозного менінгіту, меніцеогенцефаліту), а також травматичними uszkodженнями 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 важким захворюваннями, як *глаукома*, за якої характерні підвищення внутрішньоочного тиску та зміни в тканинах ока, *незакінчена шатрофія зорового нерва*, *пігментна дистрофія сітківки*, що є вродженим захворюванням і може виявитися в будь-якому віці.

*Прогресуючі зорові uszkodження* можуть бути пов'язані з пухлинами мозку, які розміщуються в області мозочка і 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 розвинутися *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 певних відхилень (зокрема, за потреби дитина повинна носити коригувальні окуляри, додержуватися 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 оболочок очного яблука; *астигматизм* – аномалії здатності заломлюваності ока; *катаракта* тощо.

### **Особливості психічного розвитку сліпої дитини**

Процес розвитку підлягає тим же основним законам, що і розвиток зрячих людей. Проте втрата зору обумовлює деякі особливості у розвитку сліпих дітей, зокрема виникають труднощі у сприйнятті і спостереженні предметів візуального характеру. Світло, колір, форма не сприймаються сліпими опосередковано. *Сліпі* діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні й просторові ознаки об'єктів і явищ навколишньої дійсності, що збіднює їх чуттєвий досвід. Сліпота негативно впливає на розвиток моторно-рухової сфери.

Сліпі діти усвідомлюють свій дефект, неминучі невдачі у різних видах діяльності (грі, праці, навчанні), що часто викликає в них тяжкі переживання.

На розвитку вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення й мовлення, 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, переважання словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти інколи володіють досить широким запасом 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 зберігатися 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 тощо. У процесі розвитку в сліпих виникають і нові засоби сприйняття й аналізу дійсності, орієнтування в оточенні, які відіграють значну роль у 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.

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

Отже, для сліпих характерні:

- затримка у формуванні рухів;
- зміни в емоційно-вольовій сфері;
- використання збережених аналізаторів (розвинутий слух і тактильна чутливість);
- особливості сліпої дитини не відображаються на розвитку вищих форм психічної діяльності.

### **Сліпоглухонімі діти. Причини виникнення дефекту**

До цієї кількісно невеликої категорії належать діти з повним або частковим ураженням функцій як зорового, так і слухового аналізаторів. У *сліпоглухонімих* дітей слух порушений повністю або такою мірою, що робить неможливим засвоєння мовлення на основі слухо-

вого сприймання. Таким чином, глухота зумовлює німоту. Зір у сліпоглухонімих дітей також характеризується тотальним порушенням або настільки знижений, що зорове орієнтування практично неможливе. Це 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 та інтелектуальної недостатності.

Якщо глухота і сліпота настають у дорослому віці, це, як правило, не призводить до втрати мовлення. Отже, слід розрізняти *сліпоглухонімих*, у яких здатність до словесного мовлення втрачена або взагалі не розвивалася, і *сліпоглухих*, у яких раніше сформоване мовлення збереглося.

*Сліпоглухонімота* може бути викликана різними причинами. Найчастіше спостерігаються *вроджені глухота і сліпота* (в основному, вроджена катаракта), які можна пояснити *внутріньоутробним ураженням* плода в ранній період вагітності, коли відбувається формування слухового й зорового аналізаторів. Це, зокрема, пов'язане із захворюванням вагітної на краснуху, а також впливом спадкових (генетичних) факторів.

*Набута* сліпоглухонімота може бути зумовлена пологовими черепно-мозковими травмами, частіше – перенесеними в дошкільному віці тяжкими захворюваннями головного мозку (менінгіти, менінгоенцефаліти), наслідками яких можуть бути, зокрема, ураження внутрішнього вуха і слухових нервів, які призводять до глухоти у сполученні з атрофією зорових нервів, що спричинює сильне ослаблення зору або сліпоту.

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 умовлення, за яких поза спеціальним педагогічним впливом психіка дитини не розвивається.

*Сліпоглухонімий* може протягом усього життя не засвоїти навіть найелементарніших навичок людської поведінки, не засвоїти жодного слова, не одержати хоч скільки-небудь сформованого запасу предметних уявлень про світ.

## **Психологічні особливості сліпоглухонімих дітей. Досвід І.А.Соколянського і О.І.Мещерякова при роботі з дітьми даної категорії**

*Сліпоглухонімота* створює важкі передумовлення 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 втрачені функції одних аналізаторів функціями інших, збережених структур. Саме завдяки пластичності нервової системи при сліпоглухонімоті відсутність зору, слуху компенсується збереженою здатністю відчувати й сприймати навколишній світ за допомогою дотику, нюху, різних вібраційних і температурних відчуттів. Проте, з іншого боку, приведення в дію цих компенсаторних здібностей нервової системи при сліпоглухонімоті вирішальним чином визначається спеціальними педагогічними впливами.

Тому в дефектології висувається ідея *універсальної провідної ролі навчання* в психічному розвитку сліпоглухонімої дитини. Ця ідея є основоположною в оригінальній продуктивній системі навчання сліпоглухонімих, яку створили видатні дефектологи *І.П.Соколянський і О.І.Мещеряков* та яка нині практично реалізується у спеціальному навчально-виховному закладі (дитячому будинку) для сліпоглухонімих.

Найпереконливіше виражена універсальна роль навчання сліпоглухонімих при *формуванні в них початкових форм людської поведінки* – найперших потреб і способів їх задоволення. Справді, людські потреби виникають унаслідок присвоювання дитиною культурних, вироблених соціальним досвідом людей засобів і *задоволення її вроджених природних потреб* (у їжі, захисті від холоду тощо), а не розвиваються спонтанно на основі дозрівання мозку. Тому на початкових етапах виховання сліпоглухонімої дитини педагогічна робота будується таким чином, щоб перетворити органічні потреби організму на перші суто людські потреби, тобто виховати у дитини вміння задовольняти природні потреби прийнятими в суспільстві способами (наприклад, користуватися ложкою при вживанні їжі).

З цією метою організовується *спільна предметно-практична діяльність* сліпоглухонімої дитини й дорослої людини, яка її виховує. Ця діяльність скерована на формування культурних способів задоволення природних потреб. При цьому предметна дія, якій

навчають сліпоглухонімого, *розділяється між дією дорослого і дитини*: рухи, які виконують руки дитини, спочатку повністю скеровуються руками вихователя. Наприклад, рука дорослого міцно тримає руку вихованця, в яку вкладається ложка, і їжа підноситься до рота дитини її рукою, яка скерована рукою дорослого. Із зростанням активності дитини міра і форма активності дорослого поступово знижуються. У дитини все більше закріплюється навичка відповідної дії з предметом, і нарешті, вихователь лише подає сигнал до дії, а дитина виконує її самостійно.

Для формування в дитини предметних зразків об'єктів і дій спочатку використовуються спеціальні засоби спілкування із сліпоглухонімими – жести, які позначають ці предмети і дії. В подальшому на зміну спочатку окремим жестам, а потім усе більшій 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, сліпоглухонімі використовують спеціальний пальцевий алфавіт, в якому кожна буква передається дотиком пальців "мовця" до певних точок долоні "слухача".

Роль словесної мовлення, оформленої дактильно, постійно і послідовно зростає. Крім оволодіння *дактилологією*, сліпоглухонімі навчаються також *усного звукового мовлення*: 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 писемним мовленням*, яке оформляється 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 словесним мовленням, сліпоглухонімі одержують змогу прилучатися до людської культури, що відіграє вирішальну роль у їхньому розумовому, моральному й естетичному розвитку.

Досвід навчання сліпоглухонімих має велике наукове значення – виходячи за межі дефектології, він, безперечно, доводить вирішальну роль соціального фактора у формуванні людської психіки, матеріалістичну зумовленість цього процесу.

## **ТЕМА 8. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (2 год.)**

1. Види патологій опорно-рухового апарату.
2. Церебральний параліч як основна причина рухових розладів у дитячому віці. Причини ДЦП.
3. Клінічна характеристика дітей з церебральним паралічем.
4. Особливості рухового розвитку дітей з ДЦП:
  - а) порушення м'язового тону (поняття спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії);
  - б) обмеженість чи неможливість довільних рухів (парези, паралічі);
  - в) наявність насильницьких рухів (гіперкінези, тремор);
  - г) порушення рівноваги і координації рухів (атаксія);
  - г) синкенезії.
5. Форми ДЦП: спастична диплегія ("хвороба Літтля"), подвійна геміплегія, геміпарез, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма, мішані форми ДЦП.
6. Супутні захворювання та вторинні порушення.
7. Зміст корекційної роботи при ДЦП

**Основні поняття теми:** спастичність, ригідність, гіпотонія, дистонія, парези, паралічі, гіперкінези, тремор, атаксія, спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП.

### **Література**

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) : монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 80 с.
2. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 216 с.
3. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровье, 1988. – 328 с.
4. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мاستюкова. – М., 1993. – 198 с.
5. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. – 287 с.
6. Лапшин В. А. Основы дефектологии: учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

7. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 192 с.

8. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.

9. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам) / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

10. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 192 с.

11. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

12. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М. В. Ипполитовой. – М., 1988. – 145 с.

### **Види патологій опорно-рухового апарату**

Патології опорно-рухового апарату спричиняють захворювання, за яких уражаються рухові системи головного мозку.

Рух є одним з основних проявів життєдіяльності організму, і його найважливіші функції – дихання, кровообіг, ковтання, переміщення тіла в просторі, звуковимовна сторона мовлення – реалізуються рухом – скороченням м'язового апарату.

У осіб із пошкодженням *опорно-рухового апарату* (ОРА) порушений весь хід моторного розвитку, що, природно, несприятливо впливає на формування нервово-психічних функцій.

Порушення функцій ОРА можуть носити як *вроджений, так і набутий* характер.

Визначають наступні *види патологій опорно-рухового апарату*.

1. **Захворювання нервової системи:** дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт.

2. **Вроджені патології ОРА:** вивих стегна, деформації стоп, аномалії розвитку хребта (сколіоз), недорозвинення та дефекти розвитку кінцівок, аномалії розвитку пальців кисті, *артрогрипоз* – уроджені множинні викривлення кінцівок з обмеженням або відсутністю рухів у суглобах.

3. **Набуті захворювання та ушкодження ОРА:** травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку та кінцівок; поліартрит, захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт);

системні захворювання скелету (*ахондродістрофія* – відставання в зростанні кісток кінцівок при нормальному зростанні тулуба, шиї і голови; *міопатія* – захворювання, яке пов'язане з порушенням обміну речовин у м'язовій тканині, характеризується м'язовою слабкістю та атрофією м'язів; рахіт).

У дітей з порушеннями ОРА ведучим є *руховий дефект* (недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій). Основну групу серед них складають діти з церебральним паралічем (89%).

### Причин виникнення ДЦП

Світова статистика свідчить, що на одну тисячу новонароджених припадає дві-три дитини, які страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП).

*Церебральний параліч* – це складне порушення рухових функцій на рівні центральної нервової системи. Раніше таких дітей називали *спастиками*.

*ДЦП* – захворювання незрілого мозку, яке виникає під впливом різноманітних шкідливих факторів, які діють у період внутрішньо-утробного розвитку, на момент народження і на першому році життя дитини (Є.М.Мастюкова).

ДЦП за часом виникнення розділяють на *вроджений, припологовий та післяпологовий*.

*Причинами вродженого* церебрального паралічу можуть бути інфекції, інтоксикації, травми, які перенесені вагітною, особливо в перші 3–4 місяці.

*Припологові та післяпологові* паралічі пов'язані з травматичними ураженнями головного мозку плоду та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу у результаті асфіксії тощо.

Світова статистика свідчить про те, що *вроджені* причини виникнення ДЦП складають 25% та пов'язані з генетичними вадами розвитку (мутації, хромосомна аберація (відхилення від істини)), тератогенними чинниками (алкогольний синдром у зародка), інфекційними захворюваннями (краснуха, кір) та негативними чинниками, які пов'язані з організмом матері. *Пологові* причини складають 50% та пов'язані з недоношеністю, травмами, лікарською помилкою. *Післяпологові* причини складають 5% та обумовлені інфекціями, травмами, лікарською помилкою. Проте причина 20% випадків виникнення ДЦП залишається невідомою.

Поєднання внутрішньоутробної патології та родової травми є в даний час однією з *причин виникнення ДЦП*. У дітей, що перенесли стан асфіксії (недолік кисню в крові, порушення дихання, серцевої

діяльності новонародженого), є високий ступінь ризику для виникнення ДЦП.

*ДЦП, як правило, не є спадковим захворюванням.* При цьому, у першу чергу вражаються рухові зони головного мозку, а також відбувається затримка та порушення його дозрівання в цілому. Тому в дітей, які страждають на ДЦП, спостерігаються різноманітні порушення: *рухові, інтелектуальні, мовленнєві, розладнання інших вищих коркових функцій.*

Отже, причинами виникнення ДЦП є:

- інфекційні захворювання під час вагітності (краснуха, різні види герпесу);
- серцево-судинні та ендокринні порушення у матері;
- токсикози;
- фізичні травми, ушкодження плоду;
- несумісність крові матері і плоду за резус-фактором;
- фізичні фактори (перегрівання, переохолодження, шкідливий вплив ультрафіолетових променів);
- вплив лікарських препаратів;
- дія алкоголю, наркотиків;
- екологічний фактор.

### **Клінічна характеристика дітей з церебральним паралічем**

У дітей, які страждають на ДЦП, спостерігаються важкі порушення рухів рук, ніг, голови, тулуба, які зумовлені спазмом м'язової системи. Дитина з помітним запізненням починає тримати голову, повзати, сидіти, стояти, ходити. Порушення рухової функції при даному захворюванні може виявлятися в *гіперкінезах*.

*Гіперкінези* (від грец. *hiper* – надмірно, *kinesis* – рух) – це неупорядковані, зайві, недоцільні рухи (повороти, вигинання, тремтіння). Досить часто дитячий церебральний параліч поєднується з порушеннями функцій слухового та зорового аналізаторів, різними мовленнєвими аномаліями, які викликані обмеженою рухливістю артикуляційного апарату. Усе це призводить до затримки загального розвитку дитини.

Виявлення *гіперкінезів* у мовленнєвій мускулатурі грубо перекручує мовлення, робить його незрозумілим, а інколи й неможливим. Крім цього, у дітей можуть відмічатися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що, у свою чергу, грубо порушує дихання, плавність мовлення, а у складних випадках призводить до появи вимушених викриків або стонів.

Рухові, мовленнєві та психічні порушення можуть бути різними за ступенем вираженості – від мінімальних до максимальних.



Найважче страждають "молоді" відділи мозку – великі півкулі, які регулюють довільні рухи та мовлення.

*Лобна частина* кори має передню центральну звивину, в якій знаходиться рухова зона із суворо визначеною проекцією ділянок тіла. Вона є центром довільних рухів. У передній центральній звивині починається пірамідний шлях, який йде до стовбура мозку, частково перехрещуючись і спускаючись у спинний мозок. За пірамідним шляхом передаються імпульси довільного руху. У задніх відділах лобної частини розташовується *екстрапірамідний центр* кори. Екстрапірамідна система забезпечує автоматичну регуляцію рухових актів, підтримує загальний м'язовий тонус, перерозподіляє його при рухах, бере участь у підтримці оптимальної пози.

У середній лобній звивині знаходиться *окоруховий центр*, що здійснює контроль за узгодженим поворотом голови та очей, що особливо важливо у формуванні орієнтованих рефлексів.

*У тім'яній частині* розташовані центри *праксиса*.

*Праксин* – автоматизовані цілеспрямовані рухи, які виробляються у процесі навчання та постійної практики протягом життя, наприклад ходьба, їжа, одягання, письмо, праця. *Праксис* – вищий прояв рухових функцій, які властиві людині.

*Мозочок* пов'язаний з іншими відділами центральної нервової системи – трьома парами ніжок, у яких проходять провідні шляхи. Мозочок забезпечує точність цілеспрямованих рухів, координує діяльність м'язів, регулює м'язовий тонус, підтримує рівновагу. Мозочок тісно пов'язаний із вестибулярним апаратом, ретикулярною формацією та корою. При цьому кора виконує головну регулювальну функцію, оскільки в кору головного мозку поступає та оброблюється вся інформація від провідників та органів чуття.

У дітей із захворюванням на ДЦП у зв'язку з обмеженням рухів порушується весь хід моторного руху, що сприяє небажаному впливу на формування нервово-психічних функцій, системи дихання, кровообігу тощо.

Ураження рухових зон та провідних шляхів незрілого мозку гальмують і змінюють послідовність етапів його дозрівання. У зв'язку з цим відбувається порушення процесу формування усєї рухової функціональної системи, і вищі рухові центри перестають здійснювати гальмувальний вплив на примітивні вроджені рефлексорні рухові реакції.

Нерідко у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату праві кінцівки вражаються більше, тому вони вимушені користуватися лівою рукою як ведучою, що утруднює оволодіння навичками само-

обслуговування та графічними навичками. Практично у всіх не розвинені дрібна моторика рук і тонкі рухи пальців.

У дітей з ДЦП наявні *астенічні прояви*: знижена працездатність, виснаженість всіх психічних процесів, сповільнене сприйняття, труднощі переключення уваги, малий обсяг пам'яті.

У дітей з ДЦП спостерігається *знижений запас відомостей і уявлень про оточення*. Це обумовлено декількома причинами:

а) вимушена ізоляція; обмеження контактів з однолітками та дорослими людьми у зв'язку з тривалим знаходженням без рухів або труднощами у пересуванні;

б) ускладнення пізнання навколишнього світу, яке пов'язане з проявом рухових розладів;

в) порушення сенсорних функцій.

При ДЦП наявні *порушення координованої діяльності різних систем аналізаторів*. Патологія зору, слуху, м'язово-суглобного чуття істотно позначається на сприйнятті навколишнього світу в цілому, обмежує обсяг інформації, утруднює інтелектуальну діяльність дітей із церебральним паралічем.

Велике число дітей відрізняються *низькою пізнавальною активністю*, яка виявляється у відсутності інтересу до завдань, поганій зосередженості, повільності і зниженому переключенні психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана з церебральним синдромом, стомленням, яке швидко наростає при виконанні інтелектуальних завдань. Найвиразніше він виявляється у шкільному віці, при цьому порушується цілеспрямована діяльність.

*За рівнем розвитку інтелекту діти* з церебральним паралічем є вкрай різномірною групою: одні з них мають нормальний або близький до нормального інтелект, у інших спостерігається затримка психічного розвитку, у третіх має місце олігофренія. Діти без відхилень у психічному (зокрема інтелектуальному) розвитку зустрічаються відносно рідко. Основним порушенням пізнавальної діяльності є затримка психічного розвитку *церебрально-органічного генезу*.

### **Особливості рухового розвитку дітей з ДЦП**

У дітей із ДЦП наявні затримка й порушення формування всіх рухових функцій: повільно і з запізненням формується функція утримання голови, навички сидіння, стояння, ходьби, маніпулятивної діяльності.

Рухові порушення обумовлені дією ряду чинників, які безпосередньо пов'язані із специфікою захворювання:

**1. Порушення м'язового тонусу** (за типом спастичності, *ригідності, гіпотонії, дистонії*). Регулювання м'язового тонусу забезпечується узгодженою роботою різних ланок нервової системи.

Часто при ДЦП спостерігається підвищення м'язового тонусу – *спастичність*. Характерним є наростання м'язового тонусу при спробах зробити той або інший рух (особливо при вертикальному положенні тіла), яке визначає особливу поставу дітей: ноги зігнуті в колінних суглобах, опора на пальці, руки притиснуті до тулуба, зігнуті в ліктьових суглобах, пальці стиснуті в кулаки

При *ригідності* м'язи напружені і знаходяться в стані тетануса (максимальне підвищення м'язового тонусу). Порушуються плавність та злагодженість м'язової взаємодії.

При гіпотонії (низький м'язовий тонус) м'язи кінцівок і тулуба є в'ялими, млявими, слабкими. При гіпотонії обсяг пасивних рухів значно більший за нормальний.

*Дистонія* – характер м'язового тонусу, що змінюється. М'язовий тонус у цьому випадку відрізняється нестійкістю, мінливістю. У спокої м'язи розслаблені, при спробах до руху тонус різко наростає, внаслідок чого рух може виявитися неможливим.

При ускладнених формах ДЦП може відбуватися поєднання різних варіантів порушень м'язового тонусу. Характер цього поєднання може змінюватися з віком.

**2. Обмеження або неможливість довільних рухів** (*парези та паралічі*). Залежно від тяжкості ураження мозку може спостерігатися повна або часткова відсутність тих або інших рухів. Повна відсутність довільних рухів, яка обумовлена ураженням рухових зон кори головного мозку та провідних рухових (пірамідних) шляхів, називається *центральним паралічем*, а обмеження обсягу рухів – *центральним парезом*. Обмеження обсягу довільних рухів звичайно поєднується із зниженням м'язової сили: дитині важко або неможливо підняти руки вгору, витягнути вперед, у боки, зігнути або розігнути ноги.

**3. Наявність рухів, які виконуються насильно.** Для багатьох форм ДЦП характерні насильницькі рухи, які можуть виявлятися у вигляді *гіперкінезів* і *тремора*.

*Гіперкінези* – мимовільні рухи, які виконуються насильно та обумовлені тонусом м'язів, що змінюється, з наявністю неприродних поз та незавершених рухів. Вони можуть спостерігатися у спокої та посилюватися при спробах здійснити рухи, а також під час хвилювання. Гіперкінези завжди утруднюють здійснення довільного рухового акту, а іноді роблять його неможливим. Рухи, які виконуються

насилно, можуть бути виражені в м'язах артикуляційного апарату, шиї, голови, різних відділів кінцівок, тулуба.

**Тремор** – тремтіння пальців рук і мовлення. Він найбільше виражений при цілеспрямованих рухах (наприклад, при письмі). У кінці цілеспрямованого руху тремор посилюється, наприклад, при наближенні пальця до носа при закритих очах (пальце-носова проба).

**4. Порушення рівноваги та координації рухів (атаксія).** Спостерігається тулубна атаксія у вигляді нестійкості при сидінні, стоянні та ходьбі. У важких випадках дитина не може сидіти або стояти без підтримки. Спостерігається нестійкість ходи: діти ходять на широко розставлених ногах (з метою компенсації дефекту), похитуючись, відхиляючись убік. Порушення координації виявляються в неточності, невідповідності рухів (перш за все, рук). Порушена координація тонких, диференційованих рухів. У результаті дитина зазнає труднощів у маніпулятивній діяльності та при письмі.

**5. Порушення відчуття рухів (кінестезії).** Відчуття рухів здійснюється за допомогою спеціальних чутливих клітин (пропріорецепторів), які розташовані в м'язах, сухожиллях, зв'язках, суглобах та передають у центральну нервову систему інформацію про положення кінцівок і тулуба в просторі, ступені скорочення м'язів. Ці відчуття називають *м'язово-суглобним чуттям*. При всіх формах церебрального паралічу порушується пропріоцептивна регуляція руху. У дітей з церебральним паралічем спостерігається ослаблене відчуття пози; у деяких спотворене сприйняття напрямку руху (наприклад, рух пальців рук по прямій може відчуватися ними як рух по колу або убік). Порушення відчуття рухів ще більш збіднює руховий досвід дитини, сприяє розвитку одноманітності в здійсненні окремих рухів, затримує формування тонких координованих рухів.

**6. Недостатній розвиток ланцюгових настановних випрямних рефлексів (статокінетичних рефлексів).**

Статокінетичні рефлексив забезпечують формування вертикального положення тіла дитини і довільної моторики. При недорозвиненні цих рефлексів дитині важко утримувати в потрібному положенні голову і тулуб. У результаті вона зазнає труднощів в оволодінні навичками самообслуговування, трудовими операціями.

**7. Синкинезії** – це мимовільні рухи, які супроводжуються виконанням активних рухів (наприклад, при спробі взяти предмет однією рукою відбувається згинання іншої руки; дитина не може розігнути зігнуті пальці рук, а при випрямленні всієї руки пальці розгинаються).

**8. Наявність патологічних тонічних рефлексів.** При ДЦП спостерігається запізнення в згасанні вроджених безумовно-реф-

лекторних рухових автоматизмів, до яких і відносяться позотонічні рефлекси. Патологічно посилені позотонічні рефлекси не тільки порушують послідовний хід розвитку рухових функцій, але й є однією з причин формування патологічних поз, рухів, контрактур і деформацій. Розвиток моторики при ДЦП найчастіше зупиняється на тій стадії, де тонічні рефлекси роблять вирішальний вплив. Дитині може бути 2 роки, 5, 10 років та більше, а її руховий розвиток буде знаходитися на рівні 5–8-місячного здорового немовляти.

Рухові порушення в дітей із церебральним паралічем можуть мати різний *ступінь вираженості*.

При *важкому* ступені рухового порушення дитина не опановує навичками ходьби та маніпулятивної діяльності, не може обслуговувати себе.

При *середньому* ступені рухових порушень діти оволодівають ходьбою, але ходять невпевнено, часто за допомогою спеціальних пристосувань (милиць, тростини тощо). Вони неспроможні самостійно пересуватися містом, їздити на транспорті. Навички самообслуговування у них розвинені погано.

При *легкому* ступені рухових порушень діти ходять самостійно, впевнено як у приміщенні, так і за його межами, можуть самостійно їздити міським транспортом, повністю себе обслуговують, у них достатньо розвинена маніпулятивна діяльність. Проте в дітей можуть спостерігатися неправильні пози та положення, порушення ходьби, понижена м'язова сила.

### Форми ДЦП

ДЦП описаний ще в працях Гіппократа і К.Галена. Проте основоположником вивчення проблеми церебральних паралічів є англійський хірург-ортопед *Літтль* (1862). Надалі детально описану їм *спастичну диплегію* стали називати *хворобою Літтля*. Різні класифікації ДЦП були запропоновані також Фрейдом (1897), К.Бобаті, Б.Бобат (1964), Фелпсом (1970).

У нашій країні користуються класифікацією К.А.Семенової.

*Форми ДЦП:*

- спастична диплегія;
- подвійна геміплегія;
- гіперкінетична форма;
- геміпаретична форма;
- атонічно-астатична форма.

*Спастична диплегія ("хвороба Літтля")* – форма ДЦП, яка характеризується центральними паралічами кінцівок з переважан-

ням спастичного *парапарезу* (виникають деформації верхніх кінцівок: розвиваються привідні та внутрішньоротаційні контрактури в плечових суглобах, згинальні контрактури в ліктьових та променево-зап'ястних суглобах). Зустрічається у 50% випадків.

Уражаються руки і ноги. Нижні кінцівки пошкоджуються сильніше.

*Ознаки*: підвищений тонус м'язів; обмеженість сили і об'єму руху; парези; різні ступені дизартрії; розумова відсталість.

За поширеністю рухових порушень – це *тетрапарез* (парез усіх чотирьох кінцівок), за якого ноги вражаються більше, ніж руки. Прогноз рухових можливостей менш сприятливий, ніж при *геміпарезі*. (Геміпарез – неповний параліч, ослаблення однієї половини тіла. Префікс "гемі" позначає порушення в одній половині тіла; "пара" – в обох ногах або руках, "тетра" – у всіх кінцівках). Лише 20–25% хворих ходять самостійно, без допоміжних засобів, близько 40–50% здатні пересуватися, використовуючи милиці або на візку. Ступінь соціальної адаптації може досягати рівня здорових при нормальному розумовому розвитку та гарній функції рук.

*Двобічна геміплегія* – найважча форма ДЦП із тотальним ураженням великих півкуль. При двобічній геміплегії рухові розлади виражені рівною мірою в руках і ногах, або руки ушкоджені сильніше, ніж ноги. Ланцюгові випрямні рефлекси можуть не розвинутиися взагалі. Довільна моторика різко порушена, діти не сидять, не стоять, не ходять, функція рук не розвинена. Мовленнєві порушення грубі, за принципом анартрії, у 90% спостерігається розумова відсталість, у 60% – судоми, діти не підлягають навчанню. Прогноз рухового, мовленнєвого та психічного розвитку несприятливий.

*Характерно*: паралічі; відсутність мовлення; глибока ЗГР; наявність судом.

*Гіперкінетична форма* – пов'язана з ураженням підкіркових відділів мозку. Причиною є білірубінова енцефалопатія (несумісність крові матері та плоду за резус-фактором). Характеризується порушенням координації рухів та рівноваги, м'язовою гіпотонією та затримкою темпу вікового психомоторного розвитку. За цієї форми церебрального паралічу рухові розлади представлені *гіперкінезами* (насилницькі рухи) – *атетозом*, *хореатетозом*, *торсіонною дистонією*, які виникають мимовільно, посилюючись від хвилювання та стомлення. Гіперкінези мінімальні у спокої, зникають під час сну, посилюються при довільних рухах, провокуються емоціями, більш виражені в положенні на спині та стоячи. При спробі мовленнєвого спілкування на обличчі виникають гримаси.

Довільні рухи розмашисті, дискоординовані, порушені навички письма, мовлення. У 20–25% уражений слух, в 10% можливі судоми.

**Ознаки:** ходьба розвивається у вигляді поштовхів; вона асиметрична, рівновага під час ходьби порушується, але іти легше, ніж стояти; мовлення порушується у вигляді дизартрії; 20–25% ураження слуху; 10–15% – судомні прояви в організмі; 75% – інтелект збережений; 25% – розумова відсталість.

Прогноз розвитку рухових функцій та соціальної адаптації залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезів. У 60–70% випадків діти навчаються самостійно ходити. Сильно утруднений процес навчання через поганий контроль голови та порушення дрібної моторики.

**Геміпаретична форма (спастична геміплегія)** – форма церебрального паралічу, що характеризується ураженням однойменних кінцівок (вражаються руки і ноги з одного боку). Верхня кінцівка переважно уражена більше, ніж нижня. М'язовий тонус в уражених кінцівках підвищений. Пов'язано це з ураженням півкулі мозку (при правобічному геміпарезі порушується функція лівої півкулі, при лівобічному – правої).

**Ознаки:** порушення мовлення – алалія, дисграфія; дискалькулія.

Прогноз рухового розвитку при адекватному лікуванні сприятливий. Діти ходять самі, рівень навчання залежить від психічних і мовленнєвих порушень. Соціальна адаптація визначається інтелектуальними можливостями.

**Атонічно-астатична форма** (у ранньому віці – гіпотонічна форма) виникає при порушенні функції мозочка. При цьому спостерігається низький м'язовий тонус, порушення рівноваги у спокої та ходьбі, порушення координації рухів. Хворі з цією формою церебрального паралічу не можуть утримувати вертикальну позу внаслідок дефектів механізму поступального контролю. Рухи невідповідні, неритмічні, порушене самообслуговування, письмо. У 50% спостерігаються мовленнєві та психічні порушення різного ступеня важкості. Прогнози щодо становлення функціональних можливостей та соціальної адаптації несприятливі.

### **Супутні захворювання та вторинні порушення**

1. **Контрактури й деформації** – якщо у дитини з ДЦП не формуються настановні рефлекси, то й не формуються шийний і поперековий лордоз (викривлення хребта), рано з'являється надмірно виражений кіфоз (викривлення верхнього відділу хребта) у грудному відділі хребта, що сприяє швидкому розвитку кіфосколіозу. При затримці формування навички стояння та ходьби виникає дисбаланс м'язів кульшового суглобу. Дисбаланс м'язів гомілковостопного суглобу призводить до деформації стоп.

2. *Гіпертензійно-гідроцефальний* синдром. При ДЦП надмірно збільшується продукція ліквору (спинномозкова рідина), порушується всмоктування в шлуночках мозку, підвищується внутрішньочерепний тиск, що у свою чергу здавлює клітини та судини головного мозку. При цьому можливі млявість, сонливість, апатія, підвищення м'язового тону.

3. *Судомний синдром* – часто супроводжує ДЦП, і у відповідь на екзогенні або ендогенні подразники розвиваються *епілептиформні пароксизми*, (явища вербального галюцинозу).

4. *Порушення вегетативної нервової системи* – у вигляді зниження апетиту, розладу сну, занепокоєння, періодичного підвищення температури, підвищеного потовиділення, порушення імунітетної реактивності тощо.

5. *Порушення слуху* – частіше виникають при гіперкінетичних формах. Звичайно порушене сприйняття високого тону. Такі звуки, як "в", "к", "с", "ф", "м", дитина просто може не вживати у своєму мовленні. Недорозвинений фонематичний слух, можливе зниження гостроти слуху. Будь-яке порушення слухового розвитку призводить до затримки мовленнєвого розвитку.

6. *Порушення зору* – при ДЦП знижується гострота зору, порушуються поля зору, можуть виникати аномалії рефракції, косоокість, яка сходиться і розходиться, обмеження полів зору, парез погляду, зміна очного дна. Такі порушення зустрічаються у 20–25% дітей, хворих на ДЦП.

7. *Порушення мовлення* – при центральному ураженні головного мозку, уповільненні темпу його дозрівання, неузгодженій діяльності правої і лівої півкуль виявляються різноманітні розлади формування мовлення, частота яких складає 80%. Мовленнєві порушення утруднюють спілкування дітей з оточуючими і негативно позначаються на їхньому розвитку.

Особливості порушень мовлення та ступінь їх вираженості залежать, у першу чергу, від локалізації та важкості ураження мозку. Відставання в розвитку мовлення при ДЦП пов'язані з обмеженням обсягу знань та уявлень про оточення, недостатністю наочно-практичної діяльності. Несприятливий вплив на розвиток мовлення роблять помилки виховання, які допускають батьки. Часто батьки надмірно опікають дитину, прагнуть багато що зробити за неї, задовольняють усі її бажання або виконують їх замість дитини.

Велике значення у механізмі мовленнєвих порушень при ДЦП має сама рухова патологія. Наголошується взаємозв'язок між мовленнєвими та руховими порушеннями у дітей з церебральним паралічем.



При ДЦП порушена функція апарату *артикуляції* і перш за все фонетична вимова звуків – звуки вимовляються спотворено або замінюються близькими за артикуляцією, що призводить до невиразності мовлення та обмеження спілкування з однолітками та дорослими. Мовленнєворухові утруднення повторно призводять до порушення аналізу звукового складу слів. Діти не можуть розрізнити звуки на слух, повторити склади, виділити звуки в словах.

Лексика у дітей з ДЦП збільшується повільно, не відповідає віку, дуже складно формуються абстрактні поняття, просторово-часові відношення, сприйняття форми та об'єму тіла.

У зв'язку з порушеннями лексики недостатньо розвивається граматична будова мовлення. Порушення фонетико-фонематичного розвитку обмежує накопичення граматичних засобів.

До клінічних проявів мовленнєвих порушень при ДЦП відносять *дизартрію, алалію, дислексію, дисграфію, неввроподібні порушення мовлення за типом заїкання унаслідок порушення мовленнєворухової функції, анартрію* (відсутність мовлення). Вираженість дизартричних порушень може бути різною: від легких форм до абсолютно нерозбірливого мовлення. Порушення вимовлення у більшості випадків ускладнене загальним недорозвитком мовлення. Мовленнєві порушення при ДЦП рідко зустрічаються в ізольованому вигляді. Наприклад, найчастіша форма мовленнєвої патології – дизартрія – часто поєднується із затримкою мовленнєвого розвитку, рідше – з алалією.

У деяких дітей виражені дизартричні розлади поєднуються з порушеннями слуху.

Порушення мовлення нерідко поєднуються з розладами дихання та голосоутворення. У дітей з церебральними паралічами переважає прискорене, аритмічне, поверхнєве дихання. Часто порушена координація між диханням, фонацією та артикуляцією. Дихальні порушення особливо виражені при гіперкінетичній формі церебрального паралічу, при цьому довільний контроль за диханням утруднений. Порушення голосу пов'язані з парезами та паралічами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, гортані. При цьому голос дитини слабкий, тихий, глухий, монотонний, емоційно невиразний.

Діти з церебральними паралічами важче опановують читання та письмо. Дислексія та дисграфія звичайно поєднуються з недорозвиненням усного мовлення та бувають при різних формах дизартрії. Тривалий час діти повільно читають за складами, переставляють букви, пропускають рядки. У письмі спотворюється графічний образ букв, виникають труднощі при об'єднанні літер у слова, а слів – у фрази, зустрічається дзеркальність письма.

Порушення читання та письма пов'язане з оптико-гностичними розладами, еластичністю м'язів кисті, очей, звуженням полів зору, порушенням взаємодії мовленнєвослухової, мовленнєворухової та зоровомоторної систем.

8. *Психічні порушення при ДЦП* обумовлені раннім органічним ураженням головного мозку, обмеженням рухової активності, соціальних контактів, а також умовами виховання. Пізнання навколишньої дійсності з перших місяців життя порушене, а пізнавальна діяльність є основою пам'яті, мислення, уявлення. Негативну дію на нервову систему може надати психологічний стан у сім'ї, неможливість повноцінної ігрової діяльності, педагогічна занедбаність.

Психічні порушення при ДЦП виявляються у вигляді розладів пізнавальної діяльності, емоційно-вольової та особистісної сфер.

*Порушення пізнавальної діяльності* виявляється у відсутності інтересу до завдань, поганій зосередженості, повільності, низькій розумовій працездатності та концентрації уваги, зниженні пам'яті, мислення, зниженому переключенні всіх психічних процесів. Низька розумова працездатність частково пов'язана з церебрастенічним синдромом, стомленням, яке швидко наростає при виконанні інтелектуальних завдань.

При спастичній диплєгії та геміпаретичній формі порушені просторові уявлення, конструктивний праксис; при гіперкінетичній формі порушені вербальне мислення, пам'ять, увага. Психічні порушення можуть варіюватися від затримки психічного розвитку до олігофренії в легкому і помірному ступені.

*Порушення емоційно-вольової сфери* виявляється найчастіше у вигляді підвищеної емоційної збудливості у поєднанні з нестійкістю вегетативних функцій, підвищеної виснаженості нервової системи. В одних дітей емоційні прояви виявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової розгальмованості, в інших – у вигляді загальмованості, соромливості, боязкості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій. Так, почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися. Підвищена емоційна збудливість нерідко поєднується з плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту, які посилюються у новій для дитини обстановці та при стомленні. Іноді спостерігається радісний, підведений, благодушний настрій із зниженням критики (ейфорія).

У дошкільному віці діти відрізняються надмірною вразливістю, схильністю до страхів, руховою розгальмованістю, підвищеною емоційною збудливістю.

*Особливості особистості:* достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною навіюваністю. Особистісна незрілість виявляється у наївності думок, слабкій орієнтованості у побутових та практичних питаннях. Нерідко спостерігається затримання розвитку за типом *психічного інфантилізму*. У своїх вчинках діти, в основному, керуються емоціями задоволення, вони егоцентричні, не підкоряються вимогам колективу, вольові зусилля недостатні. Хворі емоційно нестійкі, легко виснажуються, інертні, ігрова діяльність їх бідна та одноманітна, наголошуються ранні прояви сексуальності. Спостерігається дисгармонія розвитку особистості з нестійким настроєм та складною шкільною та соціальною адаптацією. На важкість психічних порушень впливають важкість і характер рухових порушень.

*Порушення поведінки* можуть виявлятися у вигляді рухової розгальмованості, агресії, реакції протесту щодо оточуючих. У деяких дітей можна спостерігати стан повної байдужості.

### **Зміст корекційної роботи при ДЦП**

Спеціально організований комплекс заходів реабілітації й адаптації осіб з ураженням опорно-рухового апарату повинен бути спрямований на те, щоб особи даної категорії могли вести нормальне життя, працювати, займатися спортом тощо.

Основні *напрями* корекційної роботи з формування рухових функцій пропонують комплексний, систематичний вплив, який включає *медикаментозне, ортопедичне лікування, різноманітні засоби фізичної реабілітації, які пов'язані з корекцією рухів, психотерапію*.

**Медикаментозне лікування** спрямоване на нормалізацію м'язового тону, зменшення вимушених рухів (гіперкінезів), посилення активності компенсаторних процесів у нервовій системі. Воно повинно бути суворо індивідуальним залежно від структури дефекту, особливостей, психічної діяльності і соматичного стану дитини.

**Заходи ортопедичного характеру** включають передусім додержання ортопедичного режиму, який розроблений для кожної дитини індивідуально, використання різноманітних ортопедичних засобів для ходьби, корекції положення рук та пальців, стабілізації голови тощо.

**Логопедична робота** з дітьми з ДЦП спрямована на розвиток всіх сторін мовленнєвої діяльності дитини, на попередження та подолання рухів, які одночасно виявляються в скелетній мускулатурі та особливо в пальцях рук і мімічній мускулатурі, розвиток правильного дихання.

**Фізіотерапевтичні процедури та засоби фізичної реабілітації** спрямовані на зменшення спастичності, поліпшення кровообігу в м'язах. Серед них виділяють – кондуктивну педагогіку, методику *Войта* (методика фізичної реабілітації пацієнтів з органічними ураженнями мозку (дитячим церебральним паралічем), методику *Бобатова* (заснована на тому, що нормальному руху повинен відповідати нормальний м'язовий тонус. Відповідно до цього розроблені спеціальні пози, в яких у дитини відбувається максимальне зниження позотонічних рефлексів, що перешкоджають нормальному руху), методику *Семенової*, (динамічної пропріоцептивної корекції) (Росія); гіпнотерапію (верхова їзда), тандотерапію (засвоєння рухових дій), а також масаж, ЛФК, працетерапію, акватерапію (лікування водою), ігри, фізіотерапію (електрофорез, УВЧ-терапію, теплотікування) тощо.

**Кондуктивна педагогіка** була розроблена після Другої світової війни угорським лікарем та педагогом *Андрашем Петьо*. Спочатку цей підхід використовувався тільки в інституті кондуктивної педагогіки в Будапешті, який носить ім'я автора, а з часом набув популярності і став застосовуватися в багатьох країнах світу. Кондуктивна педагогіка базується переважно на освітній моделі втручання та об'єднує педагогічні й реабілітаційні цілі в одній програмі. Ця концепція спрямована на те, щоб допомогти дітям з руховими порушеннями набути "ортофункції", що визначається як здатність брати участь і функціонувати в суспільстві незважаючи на свої вади. Кондуктивна педагогіка базується на ідеї, що нервова система, незважаючи на своє пошкодження, все ж таки має можливості до формування нових нервових зв'язків. На думку професора Петьо, моторні порушення розвиваються не лише за рахунок пошкодження центральної нервової системи, але переважно через недостатність координації та взаємодії між різними відділами мозку та їх функціями. Ця здатність нервової системи може бути мобілізована за допомогою відповідним чином спрямованого, активного процесу навчання.

При лікуванні хворих на ДЦП заняття проводяться в спеціалізованих групах чисельністю від 10 до 25 дітей з подібним захворюванням. Діти разом навчаються, спостерігають та заохочують один одного до виконання вправ. Кондуктори керують групою та за безпечують мотивувальне оточення та емоційну підтримку. Мета програми визначається загальним рівнем розвитку групи та вміннями кожної окремої дитини.

## **ТЕМА 9. Проблема компенсації дефекту (2 год.)**

1. Поняття компенсації психічних функцій. Типи компенсації.
2. Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку спеціальної психології та корекційної педагогіки.
3. Проблема компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера.
4. Теорія компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.
5. Надкомпенсація. Приклади надкомпенсації.

**Основні поняття теми:** компенсація дефекту, повна й неповна компенсація, Надкомпенсація, удавана компенсація.

### **Література**

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А. Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107 с.
2. Боскис Р. М. Основы компенсации дефектов у аномальных детей / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия.– М. : ЧеРо ; Высш. шк. ; Изд-во МГУ, 2002.  
Т. 1. – 2002. – С. 465–487.
3. Выготский Л. С. Опытная проверка новых методов обучения глухонемых детей речи / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 322–325 ; То же // Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 54–57.
4. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.
5. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 451–458.
6. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
7. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.
8. Сильнов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Сильнов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

## **Поняття компенсації психічних функцій. Типи компенсації**

*Компенсація* означає одну з форм пристосування організму до умов існування при випадінні або порушенні якоїсь його матеріальної структури чи функції внаслідок перенесеного захворювання, травми, ушкодження.

*Компенсація психічних функцій* – відшкодування психічних функцій збережених чи частково порушених функцій психіки.

При компенсації психічних функцій можливе залучення нових структур, які раніше не брали участі у здійсненні даних функцій або виконували при цьому іншу роль.

З фізіологічної точки зору, основою компенсаторного процесу є мобілізація значних резервних можливостей вищої нервової діяльності.

Провідну роль у формуванні *процесів компенсації* в людини відіграють не елементарні, а вищі психічні функції, компенсація пов'язана з усебічним розвитком людської особистості.

### **Типи компенсацій**

*Внутрішня* система компенсації – здійснюється за рахунок залучення збережених нервових структур, які постраждали.

*Міжсистемна* – здійснюється шляхом перебудови функціональних систем і включає у роботу нові елементи інших структур.

Проблема компенсації порушень залишається центральною проблемою у сучасній корекційній педагогіці, тому що основний зміст спеціально організованого навчання і виховання дітей з порушенням психічної сфери полягає у тому, щоб знайти найбільш ефективні шляхи компенсації порушених функцій. Спеціальне навчання і виховання має виражену компенсаторну спрямованість.

Від компенсації слід відрізнити *псевдокомпенсацію* (від грец. *pseudos* – неправда, помилка; у складних словах відповідає поняттю "несправжній"), тобто такі уявно пристосовані, 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 крайню 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.

## **Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку спеціальної психології та корекційної педагогіки**

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

Під *корекцією* у дефектології в широкому значенні розуміють сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

Термін "корекція" використовують також у вузькому значенні – виправлення окремих дефектів. Наприклад, "корекція вимовлення" – виправлення недоліків вимовлення дитини; "корекція зору" – застосування оптичних засобів (окулярів) для покращання зорової функції.

Певні якості дитини, які вже сформовані неправильно, потребують здійснення негативних впливів, а інші, які ще не сформувалися, потребують цілеспрямованого формування, виховання. З цією метою 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 дітей з відхиленням у розвитку, пронизує всю систему діяльності таких закладів.

Дослідження дефектологів свідчать, що корекційна робота дає позитивні результати, якщо вона побудована на змістовному, зрозумілому, доступному (але не занадто легкому) матеріалі, коли діти усвідомлюють важливість його засвоєння. Тому найдоцільніше проводити таку роботу в процесі формування в дітей загальноосвітніх і трудових умінь та навичок, передбачених навчальними програмами.

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

Засоби корекційного впливу ґрунтуються на максимальному використанні збережених можливостей дитини, що дає змогу поступово

активізувати порушені чи недорозвинені функції. Головний акцент треба робити на вихованні у дітей вищих психічних процесів (сприймання, логічного мислення, 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 позитивні результати.

Ефективність корекційно-виховної роботи пов'язана з глибоким знанням педагогами *типологічних особливостей* розвитку різних категорій дітей з відхиленням у розвитку 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 і 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 мовленнєвої діяльності.

## **Проблема компенсації в межах індивідуальної психології**

### **А.Адлера**

Наприкінці XIX ст. – на поч. XX ст. основним рушієм розвитком вважався саморозвиток від попередньо закладених здібностей. У процесі компенсації зовнішній вплив розглядався як поштовх до їх спонтанного розвитку, до "пробудження душі". Часто роль такого поштовху відводилася слову, якому приписувався магічний вплив на душу, а подальший психічний розвиток відбувався сам по собі. Структура особистості дитини формується у дитинстві у віці до року у вигляді особливого стилю життя, який визначає увесь подальший психічний розвиток.

За теорією А.Адлера, людина – найбільш біологічно непристосована істота, тому у неї виникає почуття малоцінності. Саме відчуття малоцінності є постійним стимулом до розвитку психіки людини. За наявності дефекту малоцінність набуває не тільки "мінусів", а й "плюсів", стає джерелом сили, яке є стимулом до компенсації і зверхкомпенсації.

А.Адлер пише, що у ранньому віці виникає конфлікт між вродженим почуттям *спільності* і *почуттям неповноцінності*. Саме цей конфлікт призводить в дію механізм компенсації. Розвиток почуття спільності пов'язаний з близькими родичами, які оточують дитину. У дітей, які ростуть з байдужими матерями, чи у розпечених



дітей почуття спільності не розвивається. Рівень розвитку почуття спільності визначає систему уявлень про себе і світ. Почуття неповноцінності і прагнення до зверхності є своєрідним носієм енергії, необхідної для розвитку особистості. Якщо почуття неповноцінності спонукає людину до подолання своїх недоліків, то прагнення до зверхності пробуджує бажання бути кращим за інших.

Адлер виділяє 4 види компенсації:

- повна;
- неповна;
- надкомпенсація;
- удавана компенсація.

За нерозвиненості почуття спільності у дитини формуються невротичні комплекси, що призводить до відхилення у розвитку особистості. *Неповна* компенсація обумовлена виникненням комплексу неповноцінності, змінюється стиль життя дитини, вона стає тривожною, невпевненою у собі, напруженою, заздрісною.

Неможливість подолати свої дефекти часто призводить до удаваної компенсації, за якої дитина починає спекулювати своїми недоліками. Такий вид компенсації, за А.Адлером, формує неадекватну, егоїстичну особистість. У випадках *надкомпенсації* у дітей з нерозвиненим почуттям спільності прагнення до самоудосконалення трансформується у невротичні комплекси влади, бажання домінування над кимось. Такі особистості думають лише про свою користь, а це призводить до відхилень у соціально ціннісних нормах поведінки.

Намагаючись подолати почуття неповноцінності, людина актуалізує свої творчі можливості.

А.Адлер вивів психічний закон перетворення органічної неповноцінності через суб'єктивне почуття малоцінності, яке є оцінкою своєї соціальної позиції в прагненні до компенсації та надкомпенсації.

Соціальна приналежність індивідуума адлерівського бачення природи людини була безмежною. Він розумів людину не лише як цілісну систему взаємозв'язків, узятую окремо, але також як складову частину великих систем – сім'ї, співтовариства. "Індивідуальна психологія розглядає і досліджує індивідуума включеним в суспільство. Ми відмовляємося розглядати і вивчати людину ізольовано від нього", – писав А.Адлер.

Головним у теорії А.Адлера є положення, згідно з яким уся поведінка людини відбувається в соціальному контексті і суть людської природи можна осягнути тільки через розуміння соціальних відносин.

Більше того, для кожної людини природне почуття спільності, або соціальний інтерес, – природжене прагнення вступати у взаємини, соціальні стосунки співпраці. А.Адлер вважав, що поведінка завжди залежить від думки людей про себе і про оточення, в якому вони перебувають.

Сформульована ідея про *неповноцінність*, передусім неповноцінність того або іншого органу як істотної обставини, що вплинула на поведінку, в сукупності з поняттям "компенсація" стали фундаментальними положеннями в концепції А.Адлера. Згідно з А.Адлером, неповноцінність, її компенсація і соціальне середовище – ось три змінні, сила дії у результаті яких призводить до формування прагнення до значущості і зверхності.

Саме той неповторний шлях, яким реалізується спосіб самоствердження, і складає, за А.Адлером, *індивідуальність*.

Адлерська психологія виходить з переконання, що задоволення життям багато в чому залежить від соціального інтересу як основи людського існування. За А.Адлером, здорова особистість – це особистість, здатна до продуктивної соціальної активності, яка у свою чергу надає перевагу соціальним почуттям.

У своїх ранніх працях А.Адлер говорить про "первинну форму адаптації індивіда до життя". Цей вислів, який А.Адлер пізніше назвав "планом", формується впродовж перших п'яти років життя. Як тільки план виник, він стає кістяком, який обростає сенсами, набутими з життєвого досвіду, і мають спрямовувальну силу. З 1914 року Адлер надає перевагу терміну "лінія Его", потім – "лінія життя" і, нарешті, – "стиль життя".

### **Теорія компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським**

Надзвичайно цінними були погляди Л.С.Виготського на можливість формування у розумово відсталих дітей вищих психічних функцій. Не заперечуючи вплив біологічних і соціальних факторів на розвиток людини, розглядаючи їх у динамічній взаємодії, він водночас надає перевагу соціальним факторам у формуванні вищих психічних функцій. Л.С.Виготський підкреслював, що виховання дефективних дітей є у своїй основі соціальним. Процеси компенсації, що закономірно виникають у дефективних дітей під впливом дефекту, спрямовуються переважно не лініями виховання органічного порушення, що просто неможливо, а лініями психологічного подолання, заміни, вирівнювання дефекту, завоювання соціальної повноцінності або наближення до неї.

Обґрунтовуючи різні варіанти реорганізації діяльності закладів спеціальної освіти, Л.С.Виготський відзначав, що робота з дефек-

тивними дітьми залишається "не пов'язаною ні теоретично, ні практично із загальними основами соціального виховання і системою народної освіти". Розглядаючи виховання дефективних дітей як соціальну проблему, вчений переконував, що її вирішення можливе за умовлення наближення спеціальної педагогіки до загальної педагогіки. Одним із шляхів роботи з дефективними дітьми було трудове навчання, яке стало могутнім засобом корекції недоліків їх розвитку.

Л.С.Виготський принципово поставив питання про необхідність переорієнтації дефектології з позицій біологічної компенсації на ідеї соціальної компенсації дефекту. Він підкреслював, що достатній розвиток функцій збережених органів, які компенсують дитині втрачену можливість діяльності ураженого органу (слух, дотик у сліпих, зір у глухих), пояснюється не вродженою витонченою їх будовою, нібито заздалегідь передбаченою "мудрістю природи", а тим, що ці органи посилено функціонують у досвіді 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 дітей з обмеженими можливостями у залученні їх до широкого кола соціальних відносин, спілкування з навколишнім світом.

Отже, Л.С.Виготський обґрунтував розуміння компенсації як *систему біологічного і соціального факторів*. Саме таке розуміння призвело до розкриття ним *складної структури дефекту*.

У теорії компенсації психічних функцій, за Л.С.Виготським, виділяють ряд важливих положень.

1. Приділяв велике значення залученню дитини з порушенням функції у різну соціальну діяльність.

2. Увів положення про структуру дефекту, про системний характер порушень. Положення є ключовим при організації необхідних умов навчання і виховання дітей з відхиленням у розвитку.

3. Сформулював зв'язок завдань звичайного виховання і спеціальних методик. Навчання дітей з будь-яким порушенням потребує спеціальної педагогічної техніки і особливих принципів та методів.

4. Основний шлях до компенсації людей з різними порушеннями у розвитку вбачав у залученні їх до активної трудової діяльності.

5. Сама по собі сліпота і глухота та подібні дефекти не роблять носія дефекту дефективним. Долю особистості вирішує не дефект сам по собі, а його соціальна психологічна реалізація.

### Надкомпенсація. Приклади надкомпенсації

Надкомпенсація – особлива соціальна форма реакції на почуття неповноцінності (А.Адлер).

Відчуття або усвідомлення малоцінності, що виникає у індивіда внаслідок дефекту, – оцінка своєї соціальної позиції, і вона стає головною рушійною силою психічного розвитку.

*Надкомпенсація*, розвиваючи психічні явища передчуття і передбачення, а також їх чинники, що діють, на кшталт пам'яті, інтуїції, уважності, чутливості, інтересу, тобто всі психічні процеси, призводить до усвідомлення надздоров'я в хворому організмі, до вироблення надповноцінності з неповноцінності, до перетворення дефекту на обдарованість, здібності, талант.

Недоліками мовлення страждав *Демосфен* (384 р. до н.е.), але він став найкращим оратором Давньої Греції. Про нього розповідають, що він опанував своє велике мистецтво, спеціально ускладнюючи свій природний дефект. Він вправлявся у виголошенні промовлення, наповнюючи рот камінчиками та черепками, долаючи шум морських хвиль, що заглушали його голос.

Отже, шлях до досконалості лежить через подолання перешкод. Прикладом можуть бути також *Л.Бетховен* (у 26 років втратив слух), сліпоглухоніма *Е.Келлер* стала відомою письменницею, проповідником оптимізму.

Широко відомі наукові праці одного з провідних математиків *Л.С.Понтрягіна*, який у 14 років втратив зір у результаті нещасного випадку. 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 досягти 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.

## РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

### ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ (42 год.)

#### Змістовий модуль 1

#### Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (14 год.)

##### ТЕМА 1. Введення в дефектологію (4 год.)

1. Поняття дефектології. Основні завдання дефектології.
2. Основні галузі дефектології.
3. Категорії дітей з відхиленнями у розвитку.
4. Поняття складної структури дефекту. Навчання та виховання дітей зі складним дефектом.
5. Причини виникнення дефекту, їх характер.
6. Поняття дизонтогенезу, фенотипу. Види ферментопатій. Галактозимія.
7. Зв'язок дефектології з іншими науками.

##### Завдання для самостійної роботи

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* дефектологія, корекційна педагогіка, спеціальна психологія, олігофренопедагогіка, олігофренопсихологія, сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, логопедагогіка, логопсихологія; дизонтогенез, фенотип, складна структура дефекту, онтогенез, органічні та функціональні порушення, ферментопатія, галактозимія.
2. *Виписати категорії дітей з відхиленнями в розвитку. Дати їм характеристику.*
3. *Виділити основні галузі дефектології.*
4. *Показати схематично взаємозв'язок дефектології з іншими психолого-педагогічними та медичними дисциплінами.*

##### Література

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994.
2. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр "Академия", 1999. – 280 с.
3. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності "Дефектологія" : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

4. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
5. Дефектология : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; ред. Б. П. Пузанов. – М., 2005. – 208 с.
6. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
7. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. праць / редкол. : В. І. Бондар та ін. / Інститут спец. педагогіки АПН України: – К. : Актуальна освіта, 2005. – Вип. 2. – 154 с.
8. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – 458 с.
9. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.

## **ТЕМА 2. Розумова відсталість дітей у контексті завдань та можливостей корекційної педагогіки (4 год.)**

1. Поняття інтелекту, його структура.
2. Розумова відсталість, форми розумової відсталості.
3. Причини інтелектуальних порушень.
4. Розумова відсталість ендogenous та екзогенного характеру.
5. Олігофренія та її ступені. Основні клінічні ознаки олігофренії.
6. Класифікація олігофренії за М.С.Певзнер.
7. Поняття деменції, її відмінності від олігофренії.
8. Значення вчення Виготського Л.С. про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом.

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять: розумова відсталість, зона найближчого розвитку, олігофренія, деменція, диференційована та недиференційована олігофренія, розумова відсталість ендogenous та екзогенного походження, зона найближчого розвитку, ідіотія, імбецильність, дебільність, фенулкетонурія.*

2. *Підготувати повідомлення з теми: "Що ви знаєте про дітей індиго?" Висловити свою точку зору з цього питання.*

### **Література**

1. Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984. Т.5. – 1984. – С. 257–321.
2. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников : кн. для учителя / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : БУК-МАСТЕР, 1993. – 191 с.

3. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

5. Лубовский В. И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В. И. Лубовский. – М., 1989. – 104 с.

6. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуман-изд. центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

7. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др. ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Издательский центр "Академия", 2003. – 320 с.

8. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

9. Умственно отсталый ребенок / под ред. Л. С. Выготского. – М. : Учпедгиз, 1935. – 176 с.

10. Филичева Т. Б. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада : в 2 ч. / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Издательство "Альфа", 1993.

Второй год обучения (подготовительная группа). – 1993. – 87 с.

### **ТЕМА 3. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) (4 год.)**

1. Поняття "ЗПР". Його клініка. Відмінність ЗПР від розумової відсталості.

2. Класифікація ЗПР за М.С.Певзнер, Т.А.Власовою.

3. Класифікація ЗПР за етнологічним принципом К.С.Лебединської.

4. Основні форми ЗПР.

5. Методи подолання ЗПР у дітей дошкільного віку.

#### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* ЗПР, інфантилізм, конституціональний інфантилізм, психогенний інфантилізм, соматогенний інфантилізм, церебрально-органічний інфантилізм, ММД (мінімальна мозкова дисфункція), диспраксія, дискалькулія, соціальна депривація.

2. *Опрацювати статті за поданим планом:*

#### **Орієнтовний план аналізу статей**

1. Автор, назва статті, джерело.

2. Чому ця стаття привернула Вашу увагу?

3. Якій проблемі стаття присвячена?
4. Нові терміни, поняття для Вас? (Якщо такі є.)
5. Основні положення статті, їх аргументація, доказовість.
6. Висновки, пропозиції автора, власна точка зору щодо висвітленої у статті проблеми.

- Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей / О. С. Никольская // Дефектология. – 1995. – № 2. – С. 8–17.

- Лебединская К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 10–16.

- одну із статей з хрестоматії: Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития / О. В. Заширинская : хрестоматия. – М. : Речь, 2003. – 432 с.

4. *Прочитати повість*: Алексин А. Г. "Раздел имущества". Написати відгук. Встановити діагноз головній героїні твору.

### Література

1. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.

2. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб. : ИСПиП, 1998. – 124 с.

3. Журба, Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей [Текст] / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : ВНИНМИ, 1980. – 50 с.

4. Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития : хрестоматія / О. В. Заширинская. – М. : Речь, 2003. – 432 с.

5. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.

6. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

7. Лебединская К. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. – М., 1988.

8. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

9. Лопатина Л. В. Логопедическая работа по развитию восприятия устной речи дошкольниками с задержкой психического развития : учебное пособие / Л. В. Лопатина, О. В. Иванова. – СПб. : КАРО, 2007. – 176 с.

10. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

11. Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.



## **Змістовий модуль 2**

### **Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (16 год.)**

#### **ТЕМА 4. Теоретичні основи дошкільної логопедії (4 год.)**

##### **Заняття 1**

1. Логопедія як наука про вивчення дитини з відхиленням у мовленнєвому розвитку.
2. Історія розвитку логопедії. Зв'язок з історією розвитку медицини та педагогіки.
3. Дидактичні основи і специфічні (корекційні) засоби та прийоми сучасної логопедії.
4. Поняття мовлення, мовленнєвої діяльності, мовлення, мовленнєвого порушення.
5. Необхідні умовлення для нормального розвитку мовлення у дитини.
6. Поняття дрібної моторики. Її роль у розвитку мовлення.

##### **Заняття 2**

1. Мовленнєві порушення у дітей.
2. Фактори, що зумовлюють мовленнєві порушення.
3. Принципи аналізу мовленнєвих порушень (за Р.Є.Левіною).
4. Порівняльна характеристика клінічної і психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень.
5. Вітчизняні та зарубіжні дослідники про пізнавальну діяльність дітей з недорозвитком мовлення (А.Куссмауль, П.Марл, К.Гольдштейн, М.В.Богданов-Березовський, Р.Е.Левіна, І.Т.Власенко та ін.).
6. Профілактика відхилень у мовленнєвому розвитку.
7. Застосування логоритміки при корекції мовлення у дітей.

##### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* мова, мовленнєва діяльність, мовлення, мовленнєва вада, логопедія, мовленнєві порушення, усне мовлення, писемне мовлення.
2. *Опрацювати статті за вищеподаним планом:*
  1. Давидова О. Діагностика складних вад мовлення: диференційний підхід у роботі з дітьми дошкільного віку / О. Давидова // Дефектолог. – 2009. – № 2, лютий. – С. 41–45.
  2. Дорошенкова О. Як виявити порушення мовлення в дитини / О. Дорошенкова // Дефектолог. – 2008. – № 9, вересень. – С. 4–8.
  3. Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання / О. Ревуцька // Імідж сучасного педагога. – 2009. – № 6/7. – С. 80–82.

4. Стасенко В. Г. Актуальні проблеми навчання дітей з тяжкими вадами мовлення / В. Г. Стасенко // Наша школа. – 2008. – № 2. – С. 16–18.

3. Підготувати реферативне повідомлення з теми: "Історія розвитку логопедії".

4. Дібрати систему вправ для розвитку дрібної моторики пальців руки.

### Література

1. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. редкол. : В. І. Бондар та ін.; Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005.

Вип. 2. – 2005. – 154 с.

2. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., – перероб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

3. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

4. Основы логопедической работы с детьми : учебное пособие для логопедов, воспитателей, учителей начальных классов, студентов педучилищ / под ред. д. п. н., проф. Г. В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.

### Тема 5. Порухення усного мовлення (4 год.)

#### Заняття 1

1. Загальні уявлення про порушення усного мовлення. Причини їх виникнення.

2. Поняття про дисфонію. Причини виникнення даного порушення.

3. Порушення темпу мовлення: брадилалія, тахилалія.

4. Порушення комунікативної сторони мовлення:

а) фонетико-фонематичні порушення;

б) загальний недорозвиток мовлення як складний мовленнєвий розлад з порушенням усіх компонентів мовленнєвої системи.

5. Заїкування як порушення комунікативної функції мовлення. Специфіка психічного і соціального розвитку дітей при заїкуванні.

#### Заняття 2

1. Поняття про дислалію. Основні етапи корекційної роботи.

2. Способи і прийоми виявлення недоліків звуковимови у дітей.

3. Поняття про риолалію. Її види і форми, причини виникнення.

4. Поняття про дизартрію. Види дизартрії та її причини. Психолого-педагогічна характеристика дітей з дизартрією.

5. Методи і прийоми корекційно-педагогічного впливу при дизартрії.

6. Основні тенденції психічного розвитку дітей із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ).

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання, функціональне та органічне заїкання, клонічна, тонічна, клоно-тонічна форма заїкання, дислалія, сигматизм, ротацізм, ламбдацизм, катацизм, йотацізм, ринолалія, дизартрія загальний недорозвиток мовлення.

2. *Прочитати оповідання В. Драгунського "Зачарована буква". Написати відгук. Встановити мовленнєвий діагноз головному герою. У кого з головних героїв твору збережений фонематичний слух?*

4. *Виділити методи і прийоми корекційно-педагогічного впливу при дизартрії.*

5. *Опрацювати статтю за вищеподаним планом:*

• Рібцун Ю. Загальний недорозвиток мовлення у молодших дошкільнят / Ю. Рібцун // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 18–20.

### **Література**

1. Бабушкина Р. Л. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / Р. Л. Бабушкина, О. М. Кислякова ; под ред. Г. А. Волковой – СПб. : КАРО, 2005. – 176 с.

2. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для пед. вузов / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Секачев, 2001. – 319 с.

3. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и доп. – М. : Гуманіт.-изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

4. Селиверстов В. И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : ВЛАДОС, 2000. – 208 с.

5. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

6. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. редкол. : В. І. Бондар та ін. – Ін-т спец. педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005.

Вип. 2. – 2005. – 154 с.

7. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

### **Тема 6. Порушення писемного мовлення (2 год.)**

1. Взаємозв'язок усного і писемного мовлення.
2. Механізм формування писемного мовлення.
3. Загальні уявлення про види порушень писемного мовлення.

Причини виникнення.

4. Сутність поняття дислексії. Клінічна характеристика.
5. Характеристика поняття дисграфії.

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* дислексія, дисграфія, аграфія

2. *Опрацювати статті за вище поданим планом:*

- Стасенко В. Г. Актуальні проблеми навчання дітей з тяжкими вадами мовлення / В. Г. Стасенко // Наша школа. – 2008. – № 2. – С. 16–18.
- Горєлова А. Пропедевтична дисграфія / А. Горєлова // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 21–23.
- Боровик І. Тренують пальчики малята: будуть гарно розмовляти / І. Боровик // Палітра педагога. – 2009. – № 1. – С. 22–24.

### **Література**

1. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и дополн. – М. : Изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

2. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

3. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. редкол. : В. І. Бондар та ін. Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005. – 154 с.

Вип. 2. – 154 с.

4. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

## **Тема 7. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку (4 год.)**

1. Система організації логопедичної допомоги дітям.
2. Сприятливість умов для подолання мовленнєвих порушень у дітей у дошкільному віці.
3. Вимоги програм виховання і навчання в дитячому садку, які прад'явлені до формування у дітей правильного, чистого мовлення.
4. Комплексний медико-педагогічний характер вивчення, навчання і виховання дітей, які мають недоліки звуковимови.
5. Основні етапи послідовної корекційно-педагогічної (логопедичної) роботи з подолання у дітей недоліків звуковимови. Основні логопедичні етапи у постановці звуків.

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* логопедична робота, складне порушення мовлення, правильне, чисте мовлення, корекційно-педагогічна робота, звуковимова, звукова культура мовлення, автоматизація звука, артикуляційна моторика.

2. *Виділити основні етапи послідовної корекційно-педагогічної (логопедичної) роботи з подолання у дітей недоліків звуковимови.*

3. *Написати підготовчі вправи:*

- з вимови звуків "с", "р", "к", "ш";
- з постановки правильного звука (за вибором студента "т", "р", "б", "к", "с", "ж", "ч" або іншого звука);
- з автоматизації звука (звук за вибором студента);
- з диференціації і введення звука в самостійне мовлення дитини (звук за вибором студента).

4. *Опрацювати статті за вищеподаним планом:*

- Андросова В. Ейдетика і формування правильної вимовлення звуків / В. Андросова // Палітра педагога. – 2007. – № 3. – С. 27–29.
- Саввіна А. Допоможе логоритміка / А. Саввіна, Д. Капцевич // Дошкільне виховання, 2009. – № 5. – С. 26–27.

### **Література**

1. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Г. А. Волкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2002. – 272 с.
2. Давидова О. Діагностика складних вад мовлення: диференційний підхід у роботі з дітьми дошкільного віку / О. Давидова // Дефектолог. – 2009. – № 2, лютий. – С. 41–45.
3. Дорошенкова О. Як виявити порушення мовлення в дитини / О. Дорошенкова // Дефектолог. – 2008. – № 9, вересень. – С. 4–8.

4. Жукова Н. С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников : книга для логопеда / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : Литур, 2006. – 320 с.

5. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушением речи : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец. "Логопедия" / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : ТЦ "Сфера" НИИ школ. техн., 2008. – 127 с.

6. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

7. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

8. Меньшикова С. В. Коррекция заикания у детей : практическое пособие для логопедов и родителей / С. В. Меньшикова. – Казань : Лиана, 1999. – 112 с.

9. Нищева Н. В. Речевая карта ребенка с общим недоразвитием речи (от 4 до 7 лет) / Н. В. Нищева. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2007. – 48 с.

10. Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання / О. Ревуцька // Імідж сучасного педагога. – 2009. – № 6/7. – С. 80–82.

11. Селиверстов В. И. Заикание детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2000. – 208 с.

12. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – Київ : Актуальна освіта. – Вип. 2. – 2005. – 154 с.

### **Змістовий модуль 3**

#### **Психолого-педагогічні особливості дітей з сенсорними порушеннями та ДЦП (16 год.)**

#### **ТЕМА 8. Психолого-педагогічні особливості дітей з сенсорними порушеннями (6 год.)**

##### **Заняття 1**

1. Предмет і завдання сурдопедагогіки.
2. Причини порушення слуху. Вроджені і набуті глухота і туговухість.

3. Психолого-педагогічна класифікація дітей з вадами слуху за Р.М.Боскіс.

4. Диференціально-діагностичні критерії чотирьох ступенів туговухості: легка, помірна, значна, важка (групи слабкочуючих дітей).

5. Психолого-педагогічний розвиток дітей з порушенням слуху як дефіцитарним типом дизонтогенезу.

## **Заняття 2**

1. Предмет і завдання тифлопедагогіки.

2. Категорії дітей з порушенням зорової функції. Ступені порушення зору. Причини втрати зору.

3. Особливості психічного розвитку сліпої дитини.

4. Поняття тактильної чутливості, дотику, вібраційного відчуття, їх роль у навчанні дітей з вадами зору.

5. Психологічні особливості сліпоглухонімих дітей. Досвід І.А.Соколянського при роботі з дітьми даної категорії.

## **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять: сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, шкіряна чутливість, дотикова увага, тактильна чутливість, компенсація психічних функцій, дактилологія.*

2. *Прочитати книгу О.І.Скороходової "Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир". Підготуватися до обговорення змісту твору.*

3. *Прочитати і підготувати відгук на книгу В.Короленка "Слепой музыкант".*

4. *Опрацювати статті за вище поданим планом:*

- Назарина В. Дитина з розладом слуху: особливості спілкування / В. Назарина // Дошкільне виховання. – 2002. – № 10. – С. 8–10.

- Мастюкова Е. М. Дефекты зрения и слуха при алкогольном синдроме / Е. М. Мастюкова // Дефектологія. – 1989. – № 6. – С. 9–13.

5. *Написати основні напрямки формування дрібної моторики в дітей з порушенням зору.*

## **Література**

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1989. – 216 с.

2. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н. И. Белова. – М. : Просвещение, 1985. – С. 88–97.

3. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. – С. 175.

4. Богданова Т. Г. Сурдопсихологія : учеб. посібник для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – М. : Академія, 2002. – С. 224.
5. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 222 с.
6. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит / А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. – М. : Педагогика, 1969. – 77 с.
7. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності "Дефектологія" : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.
8. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. посіб. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.
9. Психологія глухих дітей / под ред. И. М. Соловьева. – М. : Педагогика, 1971. – С. 448.
10. Психологія глухих дітей / под ред. И. М. Соловьева и др. – М. : Педагогика, 1971. – 448 с.
11. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.
12. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. Скороходова. – М. : Педагогика, 1972. – 448 с.
13. Слепой ребенок // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. Т. 5. – 1983. – С. 86–100.

## **ТЕМА 9. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (6 год.)**

### **Заняття 1–2**

1. Види патологій опорно-рухового апарату.
2. Церебральний параліч як основна причина рухових розладів у дитячому віці.
3. Клінічна характеристика дітей з церебральним паралічем. Причини ДЦП.
4. Форми мовленнєвих порушень у дітей із церебральним паралічем.
5. Особливості рухового розвитку дітей з ДЦП:
  - а) порушення м'язового тону (поняття спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії);
  - б) обмеженість чи неможливість довільних рухів (парези, паралічі);
  - в) наявність насильницьких рухів (гіперкінези, тремор);
  - г) порушення рівноваги і координації рухів (атаксія);
  - г) синкenezії.



### **Заняття 3**

1. Форми ДЦП: спастична диплегія ("хвороба Літтля"), подвійна геміплегія, геміпарез, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма, мішані форми ДЦП.

2. Супутні захворювання та вторинні порушення у дітей з ДЦП.

3. Особливості психічного розвитку дітей з ДЦП.

4. Система виховання та навчання дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

5. Основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій у дітей.

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять:* спастичність, ригідність, гіпотонія, дистонія, парези, паралічі, гіперкінези, тремор, атаксія, спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП.

2. *Виділити основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій у дітей.*

3. *Виписати супутні захворювання та вторинні порушення у дітей з ДЦП.*

4. *Розробити систему виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.*

### **Література**

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) : монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 80 с.

2. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро-и патопсихологии / В. М. Астапов. М., 1994. – 216 с.

3. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровье, 1988. – 328 с

4. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М., 1993.

5. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

6. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

7. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для

студ. сред. пед. учеб. заведений. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 192 с.

8. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.

9. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам) / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997 – 304 с.

10. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 192 с.

11. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

12. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М. В. Ипполитовой. – М., 1988.

### **ТЕМА 7. Проблема компенсації дефекту (4 год.)**

1. Поняття компенсації психічних функцій. Два типи компенсації.
2. Проблема компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера.
3. Теорія компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.
4. Типи порушення психічного розвитку (дизонтогенезу) за В.В.Лебединським, їх параметри.
5. Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку корекційної педагогіки і психології.
6. Л.С.Виготський про соціальне виховання аномальної дитини.
7. Навчання та виховання дітей зі складним дефектом на сучасному етапі.

### **Завдання для самостійної роботи**

1. *Виписати з дефектологічних словників сутність понять: компенсація дефекту, повна й неповна компенсація, надкомпенсація, удавана компенсація.*

2. *Розкрити проблему компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера. Виділити види компенсації за А.Адлером.*

3. *Розкрити сутність складної структури дефекту. Основні положення теорії компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.*

4. *Підготувати повідомлення з теми "Навчання та виховання дітей зі складним дефектом на сучасному етапі".*

5. *Опрацювати статтю за вище поданим планом:*

• Выготский Л. С. О развитии речи глухих / Л. С. Выготский // Дефектология. – 1994. – № 4. – С. 88–90.

6. *Описать приклады зверхкомпенсації із життя, літератури (художньої та спеціальної). Висловити свою думку.*

### Література

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А.Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107 с.

2. Боскис Р. М. Основы компенсации дефектов у аномальных детей / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия. – М. : ЧеРо ; Высш. шк. ; Изд-во МГУ, 2002. – С. 465–487.

Т. 1. – 2002. – С. 465–487.

3. Выготский Л. С. Опытная проверка новых методов обучения глухонемых детей речи / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. / Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 322–325; То же // Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 54–57.

Т. 5. – 1995. – С. 322–325; То же

4. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.

5. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 451–458.

6. Лапшин В. А. Основы дефектологии: учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

7. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : – Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

8. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

## ЛАБОРАТОРНА РОБОТА (22 год.)

### Змістовий модуль 1

#### Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (6 год.)

#### Тема 1. Розумова відсталість дітей у контексті завдань і можливостей дефектології (2 год.)

**Мета.** Сформувати вміння студентів визначати коефіцієнт інтелекту у дітей дошкільного віку, закріпити знання щодо корекційно-виховної роботи з розумово відсталими дітьми.

##### *Завдання*

1. Визначення коефіцієнту інтелекту (IQ) у дітей дошкільного віку.
2. Дати письмову відповідь-міркування на запитання: "Для чого необхідно визначати коефіцієнт інтелекту (IQ)? Якби існував коефіцієнт душі, то..."
3. Написати 1–2 приклади на кожний вид пізнавальних завдань, які найбільш корисні для корекції інтелектуального розвитку розумово відсталих дітей.

#### Література

1. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 350500 "Социальная работа" / Л. И. Акатов – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 368 с.
2. Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития учеб. пособ. / Л. Н. Блинова. – М. : Изд-во НЦ ЭНАС, 2001. – 136 с.
3. Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984. Т. 5. – 1984. – С. 257–321
4. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посіб. / Т. М. Дегтяренко, Л. С. Вавіна. – Суми : ВТД "Університетська книга", 2008. – 302 с.
5. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С. Д. Забрамная. – М., 1995.
6. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников : кн. для учителя / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : БУК-МАСТЕР, 1993. – 191 с.
7. Мамайчук И. Психокоррекционные-технологии для детей с проблемами в развитии / И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.

8. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95 с.

9. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: олигофренопедагогика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Б. П. Пузанов, Н. П. Коняева, Б. Б. Горский и др. ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 272 с.

10. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др. ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Издательский центр "Академия", 2003. – 320 с.

11. Умственно отсталый ребенок / под ред. Л. С. Выготского. – М. : Учпедгиз, 1935. – 176 с.

## **Тема 2. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР) (4 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо корекційно-виховної роботи з дітьми, які мають ЗПР.

### *Завдання*

1. Розробка корекційно-виховної роботи з дитиною, що має ЗПР.
  - Визначити основні показники затримки психічного розвитку.
  - Дібрати методи для диференціальної діагностики ЗПР.
  - Розробити індивідуалізовану модель корекції ЗПР в умовах діагностико-корекційних груп.
2. Презентація розробок корекційно-виховної роботи з дитиною, що має ЗПР.

## **Література**

1. Аршатская О. О психологической помощи детям раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: взаимодействие специалистов и родителей / О. Аршатская // Дошкольное воспитание. – 2006. – № 8. – С. 63–70.

2. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 352 с. – Серия "Учебники, учебные пособия".

3. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб. : ИСПиП, 1998. – 124 с.

4. Защиринская О. В. Психология детей с задержкой психического развития : хрестоматія / О. В. Защиринская. – М. : Речь, 2003. – 432 с.

5. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.

6. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

7. Лебединская К. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. – М., 1988.

8. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

9. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

10. Ульяновка У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульяновка. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.

11. Фадина Г. В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста : учебно-методическое пособие / Г. В. Фадина. – Балашов : Николаев, 2004. – 68 с.

## **Змістовий модуль 2**

### **Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (8 год.)**

#### **Тема 3. Порушення усного та писемного мовлення (4 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо корекційної роботи з дітьми, що мають мовленнєві порушення.

##### *Завдання 1*

1. Написання основних логопедичних етапів у постановці звуків "р", "с", "к" (один звук за вибором студента).

2. Розробка корекційної роботи, яка запобігає дисграфії та дислексії у дошкільнят.

3. Написання порад батькам, діти яких заїкаються.

4. Розробка системи корекційних вправ для дітей, що:

- заїкаються;
- мають порушення темпу мовлення;
- мають функціональну дислалію (неповністю або неправильно сформувалася артикуляторна база (набір артикуляційних позицій, необхідних для вимовлення звуків)).

##### *Завдання 2*

Презентація реферативного повідомлення.

- Підготувати реферативне повідомлення з теми "Діти, що заїкаються".

## Літэратура

1. Арутюнян Л. З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи / Л. З. Арутюнян. – М. : Эребус, 1993. – 160 с.
2. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова; под ред. Л. И. Беляковой. – М. : Книголюб, 2004. – 56 с.
3. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для пед. вузов / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Секачев, 2001. – 319 с.
4. Быстрова Г. А. Логопедические игры и задания / Г. А. Быстрова, Э. А. Сизова, Т. А. Шуйская. – СПб. : КАРО, 2004. – 96 с.
5. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников : книга для логопедов / Г. А. Волкова. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Детство-Пресс, 2003. – 240 с.
6. Воробьева Т. А. Мяч и речь: Игры с мячом для развития речи, мелкой ручной и общей моторики / Т. А. Воробьева, О. И. Крупенчук. – СПб. : КАРО, 2003. – 96 с.
7. Зайцева Л. А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция : учеб.-метод. пособие / Л. А. Зайцева, И. С. Зайцев, С. Ф. Левяш. – Мн. : БГПУ им. М. Танка, 2001. – 74 с.
8. Ивановская О. Л. Логопедические занятия с детьми 6–7 лет : метод. рекомендации / О. Л. Ивановская, Л. Я. Гадасина. – СПб. : КАРО, 2007. – 176 с.
9. Ильякова Н. Е. Логопедические тренинги по формированию связной речи у детей с ОНР 5–6 лет. От глаголов к предложениям / Н. Е. Ильякова. – М. : ГНОМ, 2006. – 24 с.
10. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей : учеб.-метод. пособие / А. Н. Корнев. – СПб. : МиМ, 1997. – 286 с.
11. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушением речи : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец. "Логопедия" / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : ТЦ "Сфера" НИИ школ. техн., 2008. – 127 с.
12. Крупенчук О. И. Исправляем звукопроизношение: Комплексная методика коррекции артикуляционных расстройств / О. И. Крупенчук, Т. А. Воробьева. – СПб. : Издательский дом "Литера", 2007. – 96 с.
13. Куликовская Т. А. Чистоговорки и скороговорки. Про жучков и про букашек : практикум по улучшению дикции / Т. А. Куликовская. – М. : ГНОМ и Д, 2006 – 32 с.
14. Максаков А. И. Правильно ли говорит ваш ребенок : книга для воспитателя детского сада. / А. И. Максаков. – 2-е изд., исправл. – М. : Просвещение, 1988. – 159 с.

15. Меньшикова С. В. Коррекция заикания у детей : практическое пособие для логопедов и родителей / С. В. Меньшикова. – Казань : Лиана, 1999. – 112 с.

16. Нищева Н. В. Карточка подвижных игр, упражнений, физкультурминуток, пальчиковой гимнастики / Н. В. Нищева. – СПб. : Детство-Пресс, 2008. – 64 с.

17. Парамонова Л. Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция / Л. Г. Парамонова. – СПб. : Детство-Пресс, 2006. – 128 с.

18. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь : картотека для автоматизации звуков [Л], [Ль]: логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

19. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь: Карточка для автоматизации звуков [Ч], [Щ] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

20. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь: картотека для автоматизации звуков [С], [З], [Ц] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

21. Пожиленко Е. А. Методические рекомендации по постановке у детей звуков [с], [ш], [р], [л] : пособие для логопедов / Е. А. Пожиленко. – СПб. : КАРО, 2006. – 256 с.

22. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О. Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. – 160 с.

23. Резниченко Т. С. Чтобы ребёнок не заикался : книга для родителей / Т. С. Резниченко. – М. : ГНОМ и Д, 2007. – 64 с.

24. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2000. – 208с.

25. Соколова Н. В. Логопедическая тетрадь. Дифференциация звуков в речи дошкольника / Н. В. Соколова. – М. : Школьная пресса, 2006. – 64 с.

26. Солнцева Е. А. 200 упражнений для развития общей и мелкой моторики у дошкольников и младших школьников : пособие для родителей и педагогов / В. А. Солнцева, Т. В. Белова. – М. : АСТ ; Астрель, 2007. – 93 с.

27. Цвынтарный В. В. Играем пальчиками и развиваем речь / В. В. Цвынтарный. – СПб. : Лань, 1997. – 32 с.

#### **Тема 4. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку (4 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо організації логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку.



### *Завдання 1*

Підготовка циклу розвивально-дидактичних ігор для дітей дошкільного віку з метою використання на логопедичних заняттях, спрямованих на:

- поліпшення координації дрібних рухів пальців рук і розвитку вміння здійснювати мовленнєвий супровід дій;
- формування початкових навичок звукового аналізу та синтезу;
- розширення пасивного та активного словника;
- розвиток просторових уявлень;
- розвиток уваги, пам'яті, наочно-образного мислення;
- удосконалення системи знань про об'єкти і явища оточуючого світу;
- розвиток зв'язного мовлення, формування здатності до формулювання самостійних висловлювань.

### *Завдання 2*

Підготовка та демонстрація етапів логопедичної роботи при ознайомленні дітей із звуками та буквами "Б", "Ш", "З", "Ж" або за вибором студента.

## **Література**

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии : учеб. метод. пособие / В. М. Акименко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 105 с.
2. Андросова В. Ейдетика і формування правильної вимовлення звуків / В. Андросова // Палітра педагога. – 2007. – № 3. – С. 27–29.
3. Анищенкова Е. С. Логопедическая ритмика для развития речи дошкольников / Е. С. Анищенкова. – М. : АСТ, 2008. – 60 с.
4. Большебратская Э. Э. Организация логопедической работы в ДОУ общеобразовательного вида / Э. Э. Большебратская. – Петропавловск, 2010. – 40 с.
5. Боровик І. Тренують пальчики малята: будуть гарно розмовляти / І. Боровик // Палітра педагога. – 2009. – № 1. – С. 22–24.
6. Гайдаєнко В. Вимовляємо звук [р] / В. Гайдаєнко // Дошкільне виховання. – 2005. – № 5. – С. 22–23.
7. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушением речи : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец. "Логопедия" / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : ТЦ "Сфера" НИИ школ. техн., 2008. – 127 с.
8. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь : картотека для автоматизации звуков [Л], [Ль] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.
9. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь : картотека для автоматизации звуков [Ч], [Щ] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

10. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь: Картотека для автоматизации звуков [С], [З], [Ц] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

11. Пожиленко Е. А. Методические рекомендации по постановке у детей звуков [с], [ш], [р], [л] : пособие для логопедов / Е. А. Пожиленко. – СПб. : КАРО, 2006. – 256 с.

### **Змістовий модуль 3**

#### **Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП (8 год.)**

#### **Тема 5. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями (4 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо особливостей психічного розвитку глухих і слабочуючих дітей, змісту і методів корекційно-розвивальної роботи з ними.

##### *Завдання 1*

Виділення особливостей психічного розвитку глухих і слабочуючих дітей.

Розробка системи навчання і виховання сліпоглухонімих дітей.

##### *Завдання 2*

Написання твору-роздуму з теми: "Чи можна назвати Ольгу Скороходову щасливою людиною?"

#### **Література**

1. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н. И. Белова. – М. : Просвещение, 1985. – С. 88–97.

2. Белущенко В. А. Педагогическая реабилитация детей с нарушением слуха : метод. пособие для учителя-дефектолога / под ред. О. А. Красильниковой, В. А. Белущенко, А. Е. Наумова. – СПб. : КАРО, 2006. – 112 с.

3. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. – С. 175.

4. Богданова Т. Г. Сурдопсихология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – М. : Академия, 2002. – С. 224.

5. Головчиц Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. А. Головчиц. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2001. – 304 с.

6. Головчиц Л. А. Коррекционно-педагогическая помощь дошкольникам с недостатками слуха с комплексными нарушениями в развитии / Л. А. Головчиц // Дефектология. – 2006. – № 6. – С. 42–48.
7. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 222 с.
8. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха : метод. рекомендации / науч. ред. Л. М. Шипицына, Л. П. Назарова. – М. : Детство-Пресс, 2001. – 64 с.
9. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит / А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. – М. : Педагогика, 1969. – 77 с.
10. Подколзина Е. Н. Некоторые особенности коррекционного обучения дошкольников с нарушением зрения / Е. Н. Подколзина // Дефектология. – 2001. – № 2. – С. 84.
11. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева и др. – М. : Педагогика, 1971. – 448 с.
12. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. И. Скороходова. – М. : Педагогика, 1972. – 448 с.
13. Слепой ребенок // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. Т. 5. – 1983. – С. 86–100.
14. Янн П. А. Воспитание и обучение глухого ребенка: Сурдопедагогика как наука : учеб. пособие / П. А. Янн. – М. : Академия, 2003. – 248 с.

## **Тема 6. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (2 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо організації корекційно-реабілітаційної роботи для дітей, хворих на ДЦП.

### **Завдання**

Розробка плану-проекту корекційно-реабілітаційної роботи для дітей, хворих на ДЦП, ураховуючи їх психолого-медико-педагогічні особливості розвитку.

### **Література**

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период) : монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 80 с.
2. Дубровський В. І. Дитячі церебральні паралічі / В. І. Дубровський // Дубровський В. І. Спортивна медицина : учеб. для студ. вищ. навч. закладів. – 2-ге вид., доп. – М. : Гуманіт. вид. центр "ВЛАДОС", 2002. – С. 425–426.

3. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 192 с.

4. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.

5. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

6. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 192 с.

7. Реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры // Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. – М. : Советский спорт, 2000. – 224 с.

8. Тонконог Л. М. Коррекционно-развивающая среда для детей дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата / Л. М. Тонконог, Л. С. Гапшина, В. Н. Малышева. – М. : Школьная пресса, 2003. – 48 с.

9. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М. В. Ипполитовой. – М., 1988.

### **Тема 7. Проблема компенсації дефекту (2 год.)**

**Мета.** Закріпити знання студентів щодо навчання та виховання дітей зі складним дефектом.

#### *Завдання*

1. Підготувати реферативне повідомлення з теми: "Навчання та виховання дітей із складним дефектом".

2. Написати твір-роздум з теми: "Якби я був дефектологом, то з якою категорією дітей з відхиленням у розвитку хотів би мати професійну справу чому?"

### **Література**

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А. Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107 с.

2. Боскис Р. М. Основы компенсации дефектов у аномальных детей / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия, – М. : ЧеРо ; Высш. шк. ; Изд-во МГУ, 2002.

Т. 1. – 2002. – С. 465–487.

3. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 451–458.

4. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

5. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

6. Сильнов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Сильнов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

## **САМОСТІЙНА РОБОТА (113 год.)**

### **Змістовий модуль 1**

#### **Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх завдань сучасного освітнього простору (34 год.)**

##### **Тема 1. Введення в дефектологію (12 год.)**

1. *Робота зі словником.* Дати визначення основних понять теми: дефектологія, корекційна педагогіка, спеціальна психологія, олігофренопедагогіка, олігофренопсихологія, сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, логопедагогіка, логопсихологія; дизонтогенез, фенотип, складна структура дефекту. онтогенез, органічні та функціональні порушення, ферментопатія, галактоземія.

(Див.: Дефектологія : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

2. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1989.

2. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності "Дефектологія" : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

3. Сильнов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Сильнов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

4. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособ. / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

3. *Виписати категорії дітей з відхиленнями в розвитку. Дати їм характеристику.*

4. *Виділити основні галузі дефектології.*

5. *Показати схематично взаємозв'язок дефектології з іншими психолого-педагогічними та медичними дисциплінами.*

## **Тема 2. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки (10 год.)**

1. *Робота зі словником.* Дати визначення основних понять теми: розумова відсталість, зона найближчого розвитку, олігофренія, деменція, диференційована та недиференційована олігофренія, розумова відсталість ендogenous та екзогенного походження, зона найближчого розвитку, ідіотія, імбецильність, дебільність, фенулкетонурія.

(Див.: Дефектологія : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

2. *Підготувати повідомлення з теми:* "Що ви знаєте про дітей індіго?" Висловити свою точку зору з цього питання.

3. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми:*

1. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – М., 1990. – 143 с.

2. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

3. Умственно отсталый ребенок / под ред. Л. С. Выготского. – М. : Учпедгиз, 1935. – 176 с.

## **Тема 3. Психолого-педагогічні особливості дітей із затримкою психічного розвитку(ЗПР) (12 год.)**

*I. Робота зі словником.* Дати визначення основних понять теми: ЗПР, інфантилізм, конституціональний інфантилізм, психогенний інфантилізм, соматогенний інфантилізм, церебрально-органічний інфантилізм, ММД (мінімальна мозкова дисфункція), диспраксія, дискалькулія, соціальна депривація.

(Див.: Дефектологія : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

*II. Опрацювати зміст навчальних посібників та наукови праць з даної теми*

1. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.

2. Журба, Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : ВНИИМИ, 1980. – 50 с.

3. Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития / О. В. Заширинская : хрестоматія. – М. : Речь, 2003. – 432 с.

4. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.

5. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

6. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

7. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

8. Ульенкова У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У. В. Ульенкова. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.

### *III. Опрацювати статті за поданим планом*

1. Автор, назва статті, джерело.

2. Чому ця стаття привернула Вашу увагу?

3. Якій проблемі дана стаття присвячена?

4. Нові для Вас терміни, поняття (якщо такі є)?

5. Основні положення статті, їх аргументація, доказовість.

6. Висновки, пропозиції автора, власна точка зору щодо висвітленої у статті проблеми.

- Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей / О. С. Никольская // Дефектология. – 1995. – № 2. – С. 8–17.

- Лебединская К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 10–16.

- одну із статей з хрестоматії: Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития : хрестоматія / О. В. Заширинская. – М. : Речь, 2003. – 432 с.

4. *Прочитати повість*: Алексин А. Г. "Раздел имущества". Встановити діагноз головній героїні твору.

## **Змістовий модуль 2**

### **Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (43 год.)**

#### **ТЕМА 4. Теоретичні основи дошкільної логопедії (9 год.)**

1. *Робота зі словником*. Дати визначення основних понять теми: мова, мовленнєва діяльність, мовлення, мовленнєва вада, логопедія, мовленнєві порушення, усне мовлення, писемне мовлення.

(Див.: Дефектология : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

2. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*:

1. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – Київ : Актуальна освіта, 2005.

Вип. 2. – 2005. – 154 с.

2. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и дополн. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

3. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

*3. Опрацювати статті за вище поданим планом*

1. Давидова О. Діагностика складних вад мовлення: диференційний підхід у роботі з дітьми дошкільного віку / О. Давидова // Дефектолог. – 2009. – № 2, лютий. – С. 41–45.

2. Дорошенкова О. Як виявити порушення мовлення в дитини / О. Дорошенкова // Дефектолог. – 2008. – № 9, вересень. – С. 4–8.

3. Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання / О. Ревуцька // Імідж сучасного педагога. – 2009. – № 6/7. – С. 80–82.

4. Стасенко В. Г. Актуальні проблеми навчання дітей з тяжкими вадами мовлення / В. Г. Стасенко // Наша школа. – 2008. – № 2. – С. 16–18.

*4. Підготувати реферативне повідомлення з теми: "Історія розвитку логопедії".*

## **Тема 5. Порушення усного мовлення (10 год.)**

*1. Робота зі словником. Дати визначення основних понять теми: дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкування, функціональна та органічна заїкуватість, клонічна, тонічна, клоно-тонічна заїкуватість, дислалія, сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, катацизм, йотацизм, ринолалія, дизартрія загальний недорозвиток мовлення.*

(Див.: Дефектологія : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

*2. Прочитати оповідання В. Драгунського "Зачарована буква". Встановити мовленнєвий діагноз головним героям. У кого з головних героїв твору збережений фонематичний слух?*

*3. Підготувати реферативне повідомлення з теми "Діти, що заїкаються".*

*4. Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – Київ : Актуальна освіта, 2005.

Вип. 2. – 2005. – 154 с.

2. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и дополн. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.



3. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

4. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

5. Селиверстов В. И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2000. – 208 с.

5. *Виділити методи і прийоми корекційно-педагогічного впливу при дизартрії.*

6. *Опрацювати статтю за вище поданим планом*

• Рібцун Ю. Загальний недорозвиток мовлення у молодших дошкільнят / Ю. Рібцун // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 18–20.

### **Тема 6. Порушення писемного мовлення (10 год.)**

1. *Робота зі словником. Дати визначення основнимх понять теми: дислексія, дисграфія, аграфія.*

(Див.: Дефектологія : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 208 с.)

2. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми:*

1. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд. перероб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

2. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

3. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – Київ : Актуальна освіта. – Вип. 2. – 2005. – 154 с.

4. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

3. *Опрацювати статті за вищеподаним планом*

• Стасенко В. Г. Актуальні проблеми навчання дітей з тяжкими вадами мовлення / В. Г. Стасенко // Наша школа. – 2008. – № 2. – С. 16–18.

• Горєлова А. Пропедевтична дисграфія / А. Горєлова // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 21–23.

• Боровик І. Тренують пальчики малята: будуть гарно розмовляти / І. Боровик // Дошкільне виховання. – 2009. – № 1. – С. 22–24.

## **Тема 7. Організація логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку (14 год.)**

I. *Робота зі словником. Дати визначення основних понять теми:* логопедична робота, складне порушення мовлення, правильне, чисте мовлення, корекційно-педагогічна робота, звуковимова, звукова культура мовлення, автоматизація звука, артикуляційна моторика.

II. *Виділити основні етапи послідовної корекційно-педагогічної (логопедичної) роботи з подолання у дітей недоліків звуковимови.*

III. *Написати підготовчі вправи:*

- з вимови звуків "с", "р", "к", "ш";
- з постановки правильного звука (з вибором студента: "т", "р", "б", "к", "с", "ж", "ч", або іншого звука);
- з автоматизації звука (звук за вибором студента);
- диференціації і введення звука в самостійне мовлення дитини (звук за вибором студента).

IV. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушением речи : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец. "Логопедия" / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : ТЦ "Сфера" НИИ школ. техн., 2008. – 127 с.

2. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перероб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

3. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997. – 304 с.

4. Меньшикова С. В. Коррекция заикания у детей : практическое пособие для логопедов и родителей / С. В. Меньшикова. – Казань : Лиана, 1999. – 112 с.

5. Селиверстов В. И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2000. – 208 с.

6. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – Київ : Актуальна освіта. – Вип. 2. – 2005. – 154 с.

V. *Опрацювати статті за вище поданим планом*

• Андросова В. Ейдетика і формування правильної вимовлення звуків / В. Андросова // Дошкільне виховання, 2007. – № 3. – С. 27–29.

• Гайдаєнко В. Формування правильної вимовлення свистячих звуків / В. Гайдаєнко // Палітра педагога. – 2007. – № 1. – С. 19–21.

- Саввіна А. Допоможе логоритміка / А. Саввіна, Д. Капцевич // Дошкільне виховання. – 2009. – № 5. – С. 26–27.
- Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання / О. Ревуцька // Імідж сучасного педагога. – 2009. – № 6/7. – С. 80–82.

### **Змістовий модуль 3** **Психолого-педагогічні особливості дітей з сенсорними порушеннями та ДЦП (36 год.)**

#### **ТЕМА 8. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями (12 год.).**

I. *Робота зі словником. Дати визначення основних понять теми:* сурдопедагогіка, сурдопсихологія, тифлопедагогіка, тифлопсихологія, шкіряна чутливість, дотикова увага, тактильна чутливість, компенсація психічних функцій, дактилологія.

#### II. *Прочитати книги*

- Скороходова О. І. "Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир".

- Короленка О. В. "Слепой музыкант".

Підготуватися до обговорення змісту прочитаних творів.

#### III. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

2. Синьов В. М. Основы дефектологии : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

3. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н. И. Белова. – М. : Просвещение, 1985. – С. 88–97.

#### IV. *Опрацювати зміст наукових праць з даної теми*

1. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 216 с.

2. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

3. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. – С. 175.

4. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 222 с.

5. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит / А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. – М. : Педагогика, 1969. – 77 с.

6. Слепой ребенок // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. Т. 5. – 1983. – С. 86–100.

V. *Опрацювати статті за вище поданим планом*

• Назарина В. Дитина з розладом слуху: особливості спілкування / В. Назарина // Дошкільне виховання. – 2002. – № 10. – С. 8–10.

• Мастюкова Е. М. Дефекты зрения и слуха при алкогольном синдроме / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1989. – № 6. – С. 9–13.

VI. *Написати основні напрямки формування дрібної моторики в дітей з порушенням зору.*

### **ТЕМА 9. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (14 год.)**

I. *Робота зі словником. Дати визначення основних понять теми:* спастичність, ригідність, гіпотонія, дистонія, парези, паралічі, гіперкінези, тремор, атаксія, спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП.

II. *Виділити основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій у дітей.*

III. *Виписати супутні захворювання та вторинні порушення у дітей з ДЦП.*

IV. *Розробити систему виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.*

V. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Сильнов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Сильнов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

2. Лапшин В. А. Основи дефектології : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

3. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми: Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

6. *Опрацювати зміст наукових праць з даної теми*

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевого период) : монография / Е. Ф. Архипова. – М. : Просвещение, 1989. – 80 с.

2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровья, 1988. – 328 с.

3. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М., 1993.

4. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М. В. Ипполитовой. – М., 1988.

## **ТЕМА 10. Проблема компенсації дефекту (10 год.)**

I. *Робота зі словником. Дати визначення основним поняттям теми: компенсація дефекту, повна й неповна компенсація, надкомпенсація, удавана компенсація.*

II. *Опрацювати зміст навчальних посібників з даної теми*

1. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.

2. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 451–458.

3. Лапшин В. А. Основы дефектологии : учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

4. Синьов В. М. Основы дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

III. *Опрацювати зміст наукових праць з даної теми*

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А. Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107 с.

2. Выготский Л. С. Опытная проверка новых методов обучения глухонемых детей речи / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. – 5. С. 322–325 ; То же // Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 54– 57.

3. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

IV. *Розкрити проблему компенсації в межах індивідуальної психології А.Адлера. Виписати види компенсації за А.Адлером.*

V. *Розкрити сутність складної структури дефекту. Основні положення теорії компенсації психічних функцій за Л.С.Виготським.*

VI. *Підготувати повідомлення з теми "Навчання та виховання дітей зі складним дефектом на сучасному етапі".*

VII. *Опрацювати статтю за вище поданим планом*

Выготский Л. С. О развитии речи глухих / Л. С. Выготский // Дефектология. – 1994. – № 4. – С. 88–90.

VIII. *Описати приклади надкомпенсації із життя, літератури (художньої та спеціальної). Висловити свою думку.*

## ТЕМАТИКА РЕФЕРАТІВ

### **Змістовий модуль 1. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (3 год.)**

1. Методи та форми соціальної роботи з дітьми, що мають відхилення у розумовому розвитку.
2. Синдроми інтелектуальних порушень.
3. Взаємозв'язок дефектології з іншими психолого-педагогічними та медичними дисциплінами.
4. Особливості психічного розвитку розумово відсталих дітей.
5. Соціально-психологічні проблеми та успіхи інтеграції розумово відсталих дітей у соціокультурний простір.
6. Психічний і соціальний розвиток дошкільників з різноманітними формами ЗПР.
7. Особливості формування готовності до шкільного навчання при ЗПР.
8. Синдром Дауна – одна з форм розумової відсталості.
9. Хвороба Альцгеймера як наслідок деменції.
10. Психологічні особливості аутичних дітей.
11. Розвиток дітей з помірною і тяжкою розумовою відсталістю в умовах соціальних закладів.
12. Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з ЗПР.
13. Соціальна адаптація дітей із синдромом Дауна.

### **Змістовий модуль 2. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (4 год.)**

1. Історія розвитку логопедії.
2. Вітчизняні та зарубіжні дослідники про пізнавальну діяльність дітей з недорозвитком мовлення.
3. Історія розвитку поглядів на навчання та виховання дітей з вадами слуху.
4. Виховання дитини з вадами слуху в родині.
5. Корекційно-педагогічна робота з дітьми, що мають мовленнєві порушення.
6. Застосування логоритміки при корекції мовлення у дітей.
7. Діти із заїкуванням.
8. Артикуляційна гімнастика в корекції мовленнєвих порушень.
9. Психолого-педагогічні особливості дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.
10. Особливості логопедичної роботи з розумово відсталими дітьми.
11. Профілактика мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку.
12. Мовленнєвий розвиток аутичної дитини.
13. Проблеми загального недорозвинення мовлення у дітей.

14. Сучасні методики психокорекційної роботи з дітьми, що мають мовленнєві вади.

### **Змістовий модуль 3. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями та ДЦП (3 год.)**

1. Особливості психічних процесів у дітей з недоліками слуху.
2. Соціально-особистісний розвиток дітей і підлітків з порушеннями зору,
3. Корекція дрібної моторики в дітей з порушенням зору.
4. Психологічні особливості формування мовлення глухих і слабочуючих дітей.
5. Корекційна робота з дітьми з психопатичними формами поведінки.
6. Погляди вчених на вирішення проблеми компенсації порушень на різних етапах розвитку спеціальної психології та корекційної педагогіки.
7. Корекційно-педагогічна робота в дошкільних закладах для глухих і слабочуючих дітей.
8. Історія та розвиток тифлопедагогіки.
9. Використання акватерапії при лікуванні дітей з ДЦП.
10. Значення вчення Л.С.Виготського про "зону найближчого розвитку" при роботі з дітьми з дизонтогенезом.
11. Особливості психічного розвитку сліпої дитини.
12. Роль тактильної чутливості, дотику, вібраційного відчуття у навчанні дітей з вадами зору.
13. Розвиток та корекція зорового сприйняття у дітей з вадами зору.
14. Особливості емоційної сфери дітей з вадами слуху.
15. Особливості пам'яті дітей дошкільного віку з порушенням слуху.

## **II. Виконання завдань.**

### **Змістовий модуль 1. Значення дефектології для реалізації корекційно-освітніх задач сучасного освітнього простору (3 год.)**

Розробити програму корекційної роботи з розумово відсталими дітьми.

### **Змістовий модуль 2. Психолого-педагогічні особливості дітей з мовленнєвими порушеннями (4 год.)**

Написати корекційно-педагогічну (логопедичну) роботу з дітьми, що заїкаються.

Сучасні методи роботи з дітьми, що заїкаються, передбачають:

- корекцію плавності мовленнєвого дихання й самостійного мовлення;
- зняття судом артикуляційного апарату та м'язів, що не беруть участі в мовленні;

- розвиток дрібної та загальної моторики, сенсорики;
- формування дитини як особистості;
- коригування розвитку всіх психічних процесів пам'яті, уваги, мислення.

### **Змістовий модуль 3. Психолого-педагогічні особливості дітей з сенсорними порушеннями та ДЦП (4 год.)**

Розробити корекційно-компенсаторну роботу тифлопедагога.

## **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИКОНАННЯ ОКРЕМИХ ЛАБОРАТОРНИХ, САМОСТІЙНИХ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ**

### **Тема 1. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей дефектології**

#### *Завдання*

1. *Визначення коефіцієнту інтелекту (IQ) у дітей дошкільного віку.*

Існує поняття *розумового віку (РВ)*, яке означає функціонування адекватних до хронологічного віку пізнавальних операцій. Тобто рівень розумового віку є інформативним лише порівняно з хронологічним віком дитини. Співвідношення розумового віку з хронологічним показує, в якому темпі відбувається розумовлення розвитку: нормальному (адекватно до хронологічного віку), випереджувальному чи уповільненому.

У 1912 р. німецький психолог В.Штерн запропонував оцінювати рівень інтелекту за допомогою коефіцієнту інтелектуальності IQ – Intelligence Quotient, який визначається за формулою:

$$KI = РВ/ХВ \times 100,$$

де KI – коефіцієнт інтелектуальності в балах;

РВ – розумовлення вік у місяцях;

ХВ – хронологічний вік в місяцях;

100 – константа, яка використовується з метою вираження KI в цілих числах.

Якщо, наприклад, восьмирічна дитина має РВ = 8 років, то її KI буде дорівнювати 100, що свідчить про нормальний темп розумового розвитку. Якщо дитина з таким же хронологічним віком буде мати РВ = 6 років, то її KI буде становити 75 – показник, який свідчить про уповільнений темп розумового розвитку. І навпаки, якщо в дитини РВ = 10 рокам, то його KI складає 125, тобто вона розвивається швидше, ніж більшість її ровесників.

Психолог Альфред Біне розробив тест, який досі залишається популярним, під назвою "Ай-кью Тест"/IQ test (IQ – Intelligence Quotient/"Коефіцієнт Інтелекту").



Принципова відмінність тесту в тому, що він показує не абсолютний рівень інтелекту, а порівняльний рівень розуму дитини порівняно з іншими дітьми її віку. Наприклад, середній бал – 100. Якщо п'ятирічний малюк показує рівень інтелекту, еквівалентний рівню шестирічної дитини, він отримує 120 балів. Але десятирічна дитина, яка показує рівень інтелекту 11-річної, отримує тільки 110 балів. Результати тесту розділені на декілька груп. Оцінка вище 140–150 балів означає, що тест пройшов геній, 110–140 балів свідчать про високий рівень інтелекту, 90–110 – відповідають середньому рівню; 75 балів і нижче говорять про нерозвинені розумові здібності. Втім, існує і багато інших градацій.

*Коефіцієнт інтелекту* (англ. *IQ – intelligence quotient*) – кількісна оцінка рівня інтелекту людини: рівень інтелекту відносно рівня інтелекту середньостатистичної людини такого ж віку.

*Формула IQ:*

$$IQ = PB / XB \times 100,$$

де PB – розумовленний вік, а XB – хронологічний вік.

Наприклад, людині 20 років, розумовленний вік її становить 22 роки, має:

$$IQ 22 / 20 \times 100 = 110.$$

### **Тема 3. Порушення усного та писемного мовлення**

*Завдання. Написання основних логопедичних етапів з подолання вад звуковимови.*

#### **Етапи логопедичної роботи з подолання вад звуковимови**

*I етап – підготовча робота.* Проводяться ігри, вправи, які спрямовують увагу дитини на звуковий склад мовлення. Її навчають прислухатися, впізнавати мовленнєві і немовленнєві звуки, розрізняти їх за тембром, висотою і силою голосу. У цьому допоможуть різноманітні логопедичні ігри, наприклад: "Впізнай за звуком", "Впізнай, кому належить голос", "Відгадай, у якому слові допущено помилку", "Добери малюнки до певного звуку" тощо.

*II етап – постановка звука.* Розпочинається робота з відповідних підготовчих артикуляційних вправ для розвитку рухливості мовленнєвих органів. Артикуляційні вправи добираються з урахуванням мовленнєвого дефекту, наприклад: "Лопаточка", "Галочка", "Трубочка", "Годинничок", "Коники", "Гойдалки" та ін. Ці та інші вправи розвивають артикуляційний апарат, сприяють покращенню роботи мовленнєвих органів, їх рухливості, динамічності, кращому і точнішому координуванню.

Після артикуляційної гімнастики проводиться робота із звуко-наслідування (дитина повторює за педагогом певний звук).

*III етап – автоматизація вимовлення.* Закріплення правильної вимовлення звуків проводять ізольовано, в складах, словах, реченнях, скоромовках, чистомовках, віршах, потішках, насичених звуками, які вимагають корекції.

*IV етап – диференціація звуків.* На цьому етапі звуки, які найчастіше змішуються (с–ш, з–ж, ч–ц, р–л тощо), діти порівнюють за артикуляцією, звучанням, смисловою функцією.

*Завдання. Написання основних логопедичних етапів у постановці звуків.*

*Основні логопедичні етапи у постановці звуків*

1. Показ правильної артикуляції звука та його коментування.

Наприклад, постановка звука "с". Показати дітям правильну артикуляцію звука "с": губи розтягнуті, зуби наближені на відстані близько 1 мм, кінчик язика притискується до нижніх різців, спинка язика вигнута та посередині її утворюється жолобок, яким видихається струмінь повітря. Бокові краї язика притиснуті до внутрішньої поверхні верхніх кутніх зубів, м'яке піднебіння підняте та притиснуте до задньої стінки гортані і спрямовує струмінь повітря. Голосові зв'язки розімкнуті і не вібрують. Тобто, усмішка, як у клоуна, язик випирається в нижні зуби, ніби кішка на сонечку прогинається, і видихаємо повітря. Дітям пропонують подути на руку.

2. Підбір ігор та вправ на закріплення звука.

3. Автоматизація звука у чистомовках, віршиках, скоромовках.

*Завдання. Написання основних вимог до логопедичних занять з дітьми, що заїкаються.*

*Основні вимоги до логопедичних занять з дітьми, що заїкаються*

1) Логопедичні заняття відображають основні завдання корекційно-педагогічного впливу на мовлення і особистість дитини, що заїкається.

2) Проводяться в певній системі, послідовно, поетапно, з урахуванням основних дидактичних принципів:

- залежно від індивідуальних особливостей кожної дитини;
- з опорою на свідомість і активність дітей;
- використовуються посібники, наочні й технічні засоби навчання;
- сприяють міцності сформованих навичок правильної вимовлення та поведінки.

3) Логопедичні заняття узгоджуються з вимогами програм виховання і навчання дітей дошкільного віку.

4) На заняттях передбачається необхідність тренування правильної вимовлення та поведінки дітей, що заїкаються, в різних умовах:

- у логопедичному кабінеті і поза ним,
- в різних життєвих ситуаціях,
- у присутності знайомих і незнайомих тощо

Використовують дидактичні вправи, сюжетно-рольові й творчі ігри, екскурсії, виступи перед мікрофоном.

5) Заняття організуються таким чином, щоб дитина говорила на них без заїкання і супутніх порушень.

6) Заняття підтримують у дитини хороший настрій, бадьорість, упевненість у своїх силах.

7) На заняттях постійно присутні зразки правильної вимовлення: самого логопеда, магнітофонні записи і платівки з виступами майстрів художнього слова, демонстраційні виступи дітей, що раніше закінчили успішно курс логопедичних занять, тощо.

8) Комплектування груп проводиться з урахуванням віку дітей, що заїкаються. Різний вік викликає необхідність використання своєрідних методик логопедичної роботи, зміну інтенсивності окремих її компонентів.

*Завдання. Написання основних логопедичних етапів у постановці звука "р".*

### **Етапи постановки звука "р"**

1. Проведення артикуляційних вправ з метою досягнення правильного положення язика (широкий язик піднятий вгору у формі "ківша"). Утворюється фрикативний "р", який артикулюється при тому ж положенні язика, що й нормальний, але поки що без вібрації.

Для цього дитині пропонується підняти широкий язик до верхніх альвеол і видихнути, включаючи голос, через щілину, що утворилася між кінчиком язика та верхніми альвеолами. Якщо дитина правильно виконала цю вправу, вона відчує деяке лоскотіння кінчика язика та почує звук, що нагадує звукосполучення "дж" або "дз".

2. Наступні вправи спрямовані на відпрацювання вібрації язика. Якщо дитина правильно вимовляє верхні "ш" та "ж", отримати фрикативний "р" неважко. Дитині пропонується вимовляти протяжно фонему "ж" при відкритому роті без округлення губ та перемістити передній край язика трохи вперед, до ясен верхніх різців.

3. Закріплення фрикативного "р" у складах, словах, а потім фразах, не чекаючи засвоєння вібрації. Важливо при цьому, щоб отриманий звук вимовлявся з достатнім тиском видихуваного повітря, при мінімальній щілині між переднім краєм язика та яснами.

4. Для відпрацювання вібрації потрібно швидко повторювати на одному видиху звук "д", який артикулюється особливим способом – при дещо відкритому роті та при змиканні переднього краю язика не з різцями, а дещо глибше – з яснами верхніх різців або навіть з

альвеолами. Спочатку вправа може складатися з двох=та трьохкратного рівномірного повторення звуку "д" (дд, дд, дд... ддд, ддд, ддд...), потім з тих же повторень, але з підсиленням останнього звуку (дд, дд, дд, ддд, ддд, ддд...) і так далі з багаторазового повторення звуку "д", як рівномірного (дддддддд...), так і з ритмічним малюнком (ддд, ддд, ддд). Працювати повинен тільки язик при нерухомому положенні нижньої щелепи.

5. Наступний прийом відпрацювання вібрації виражений тим, що під час вимовлення фрикативного "р" під язик підкладають зонд з кулькою на кінці. Кулька стикається з нижньою поверхнею язика, після чого швидкими рухами зонда праворуч та ліворуч викликається механічне коливання язика, почергове змикання та розмикання його переднього краю з альвеолами. Замість зонда можна використати завчасно вимитий палець самої дитини.

6. Після того як вібрація буде досягнута, необхідно шляхом різноманітних вправ на матеріалі складів, слів та фраз автоматизувати засвоєну артикуляцію.

### **Тема 5. Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями**

*Завдання. Розробити корекційне заняття на розвиток дрібної моторики з дітьми, що мають порушення зору.*

Корекційне заняття складається із двох частин:

1) вправи для рук (самомасаж, ігри з участю пальців тощо); вони необхідні для того, щоб зняти напруженість м'язів кистей і пальців рук, а також розвинути їхню рухливість і гнучкість;

2) ознайомлення дітей із прийомами виконання різних видів предметно-практичної діяльності, що сприяють розвитку тактильної чутливості і дрібної моторики.

*Завдання. Виділити основні напрями корекційної роботи з формування рухових функцій у дітей.*

### **Основні напрями формування дрібної моторики в дітей з порушенням зору**

#### **Корекція дотику**

Формування навичок дотику й дрібної моторики відбувається в різних видах предметно-практичної діяльності.

Під час ліплення із глини, пластиліну особливо добре розвивається дрібна моторика, зміцнюється мускулатура пальців, виробляються тонкі рухи руки й пальців, закріплюються навички дотикового обстеження, особливо в процесі ліплення з натури. Педагог бере їхні руки у свої, і вони разом виконують дії процесу ліплення. Потім педагог навчає дітей ліпити прості предмети (городину, фрукти, гриби). На

третьому і четвертому році навчання діти під керівництвом вихователів ліплять фігурки тварин, людей.

Мозаїки й конструктори також формують дрібну моторику й дотикові відчуття. Використовуються мозаїки, конструктори різного розміру, враховуючи зорове навантаження й рівень розвитку дрібної моторики.

Діти *першого року* навчання вчаться формувати фішки мозаїки за кольором, розміром і формою, викладати горизонтальні й вертикальні доріжки, прості візерунки.

Діти *другого–третього року* навчання викладають малюнки із дрібної мозаїки за зразком, розміщуючи фішки в різних напрямках. Для дітей із косоокістю використовуються геометрична мозаїка на фланелеграфі, а також магнітна мозаїка.

На заняттях, у вільній діяльності використовуються також нанизання намиста різного розміру, плетиво килимків, шнурівки, застібки, робота з природним матеріалом, з папером. Це сприяє розвитку ручної вмілості, а головне – підвищує гостроту зору в дітей з *амбліопією*. ("ледаче око" – захворювання, при якому одне з двох очей майже (або взагалі) не задіяне в процесі зору. Очі бачать дуже різні картинки, і мозок не може поєднати їх в одну площину. В результаті він просто пригнічує роботу одного ока. А якщо який-небудь орган не працює, він починає атрофуватися).

## **2. Корекція зорово-рухової й моторної координації**

У дітей, що мають косоокість, частіше, ніж в однолітків, що нормально бачать, можна спостерігати відсутність самоконтролю й саморегуляції рухів. А це позначається на узгодженні дії рук і очей. Тому система корекційно-педагогічної роботи спрямовується на формування в дітей автоматизованих навичок синхронності дій руки й ока в різних видах діяльності.

М'язові можливості руки вимагають тренування й корекції. Оволодіння рухами рук і пальців має велике значення для розвитку особистості дитини в цілому, а для дітей з порушенням зору є ефективним засобом формування бісенсорного сприйняття навколишнього світу.

Особливу роль у розвитку дрібної моторики відіграють пальчикові гри – своєрідні вправи для розвитку дрібної мускулатури пальців. Вони дозволяють корегувати рухи кожного пальця окремо й відносно один одного, тренують точність рухових реакцій.

## **3. Корекція образотворчих навичок**

Щоб сформувати більш точні й координовані зорово-моторні реакції, подолати невпевненість і скутість рухів руки під час роботи в зошитах або альбомах, використовуються різні види корекції образотворчих навичок.

а) *Корекція точності напрямку руки.*

Мета. Формувати вміння проводити довгі й короткі вертикальні й похилі лінії зверху вниз, знизу вгору, горизонтальні лінії – ліворуч, праворуч, точно з'єднуючи між собою малюнки, крапки.

Дитині пропонують зобразити, як крапельки падають із хмари в калюжу, бджілка летить із квітки на квітку, машина їде в гараж тощо.

б) *Корекція розмаху рухів руки при малюванні.*

Дитині пропонують намалювати, як кораблик пливе по хвилях.

в) *Корекція формотворних рухів.*

Дитині пропонують, не відриваючи олівець від паперу, намалювати усередині великої фігури такі самі, але які поступово зменшуються фігури; навколо маленької фігури намалювати фігури, що поступово збільшуються.

д) *Корекція зображення дрібних предметів.*

Дитині пропонують обвести, а потім намалювати великі фігури (приблизно на третину аркуша) без відриву руки. З'єднати крапки, відриваючи руку.

Зі старшими дошкільниками використовуються зошити у велику клітку.

Дітям з низькою гостротою зору додатково потрібно розлініювати клітки, щоб збільшити їхню яскравість. Ця робота проводиться двічі на тиждень по п'ять—сім хвилин як частина комплексного заняття з математики, навчання грамоти, розвитку мовлення. При цьому необхідно із самого початку стежити за правильною посадкою, правильним розташуванням пальців на олівці чи ручці і положенням кисті й ліктя.

## **Тема 6. Психолого-педагогічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату**

**Завдання.** *Розробити систему виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.*

### *Основні етапи виховання і навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату:*

- розвиток ігрової діяльності;
- розвиток мовленнєвого спілкування з оточуючими (з однолітками та дорослими);
  - збільшення пасивного та активного словникового запасу;
  - формування зв'язного мовлення;
  - розвиток та корекція порушень лексичного, граматичного і фонетичного складу мовлення;
  - розширення запасу знань і уявлень про довкілля;
  - розвиток сенсорних функцій;

- формування просторових і часових уявлень, корекція їх порушень;
- розвиток уваги, пам'яті, мислення (наочно-образного та елементів абстрактно-логічного);
- формування математичних уявлень;
- розвиток вмілості рук та підготовка руки до оволодіння письмом;
- виховання навичок самообслуговування та гігієни.

При порушеннях опорно-рухового апарату важливе значення мають розвиток скоординованої системи міжаналізаторних зв'язків, опора на всі аналізатори з обов'язковим включенням рухово-кінестетичного аналізатора. Бажано спиратися одночасно на кілька аналізаторів. Необхідно поєднувати різні види і форми педагогічної роботи.

### **Методичні рекомендації до написання рефератів**

*Реферат* – короткий письмовий виклад результатів вивчення одного з конкретних питань теорії і практики певної дисципліни.

*Мета* підготовки реферату – глибоке вивчення літератури і досвіду роботи за обраною темою, узагальнення результатів цього вивчення, формулювання самостійних висновків.

#### ***Загальні вимоги до змісту роботи:***

- чітко визначити актуальність теми, відповідність її сучасному стану модернізації дошкільної освіти, перспективам її розвитку та практичним завданням прилучення дітей до національної культури;
- вивчити історію досліджуваної проблеми, здійснити критичний аналіз монографічної та періодичної літератури з обраної теми;
- послідовно й точно відобразити внутрішню логіку змісту;
- узагальнити та обґрунтувати результати, сформулювати висновки.

***Актуальність теми.*** Конкретно показати, що, по-перше, ця тема неповно розкрита в літературі, по-друге, практичне значення розв'язання цих питань і проблем важливе в сучасних умовах.

***Високий теоретичний рівень.*** Аналіз обраної проблеми з урахуванням сучасного розвитку відповідної науки (дефектології, логопедії, тифлопедагогіки тощо), визначення основних понять і термінів, оперування об'єктивною (раціональною) аргументацією, прикладами, фактами, які підкріплені теоретичними положеннями.

***Дослідницький характер.*** Бажано включити в реферат елементи дослідження (соціологічного, психологічного тощо), як показника наукового пошуку вирішення обраної проблеми.

**Практична спрямованість.** Зміст цієї вимоги полягає в тісному му взаємозв'язку теоретичних положень з практикою.

У рефераті слід викласти пропозиції, які повинні логічно впливати з результатів аналізу процесів, що розглядаються. Ці пропозиції мають бути спрямовані на вдосконалення тих чи інших сторін об'єкта дослідження.

**Грамотність оформлення.** Реферат складається з таких частин: титульна сторінка, зміст, вступ, основний зміст, що включає два чи три параграфи, загальні висновки, список використаних джерел. Заголовки структурних частин реферату друкують великими літерами напівжирним шрифтом симетрично до тексту. Заголовки підрозділів друкують маленькими літерами (крім першої великої) з абзацного відступу напівжирним шрифтом. Крапку в кінці заголовка не ставлять. Якщо заголовок складається з двох або більше речень, їх розділяють крапкою. Заголовки пунктів друкують маленькими літерами (крім першої великої) з абзацного відступу в розрядці в підбір до тексту звичайним шрифтом. У кінці заголовка, надрукованого в підбір до тексту, ставиться крапка. Кожну структурну частину реферату необхідно починати з нової сторінки.

Сторінки нумеруються. Першою сторінкою реферату є титульний аркуш, який включають до загальної нумерації сторінок роботи. На титульному аркуші номер сторінки не ставиться. На наступних сторінках реферату номер ставиться у правому верхньому куті сторінки без крапки в кінці.

Обов'язково в тексті повинні бути посилання на літературу, що використовувалася при написанні реферату. Посилання подаються у квадратних дужках із вказівкою номера джерела, за яким воно внесене у список використаної літератури, та сторінки (якщо подається точна цитата або числові дані), наприклад [3, с. 8].

Обсяг реферату не повинен перевищувати 15 (п'ятнадцять) друкованих сторінок.

Текст реферату викладається державною мовою.

Робота має бути надрукована на комп'ютері на одному боці стандартних аркушів паперу формату А4 через 1,5 міждрядкового інтервалу, 28–30 рядків на сторінку, до 65 знаків у рядку. Шрифт Times New Roman, кегль 14. Сторінки повинні мати поля: ліве – 30 мм, праве – 15 мм, верхнє – 20 мм, нижнє – 20 мм. Абзацні відступи – 1,27 см.

Надрукований текст повинен бути чітким, чорного кольору. Щільність тексту – однакова у всій роботі.

Аркуші реферату необхідно скріпити і розмістити в обкладинці.



## ТЕЗАУРУС

*Азбукін Дмитро Іванович* (1883–1953) – дефектолог і психіатр, член-кореспондент АПН РРФСР (1945), доктор пед. наук (1936), професор (1925), заслужений діяч науки РРФСР (1947). З 1947 р. – директор НДІ дефектології. Автор праць з олігофренопедагогіки, історії спеціальної педагогіки та спеціальної психології, шкільної гігієни і фізичного виховання.

*Акселерація* – прискорення росту і розвитку дітей та підлітків, а також настання статевої зрілості у більш ранньому віці.

*Алалія* (від грец. *а* – частка, що означає заперечення, лат. *lalia* – мова) – відсутність або недорозвиненість мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

*Альфред Адлер* (1870–1937) – австрійський лікар і психолог, засновник системи індивідуальної психології. Центральним у концепції А.Адлера є принцип компенсації.

*Амбліопія "ледаче око"* – захворювання, при якому одне з двох очей майже (або взагалі) не задіяне в процесі зору. Очі бачать дуже різні картинки, і мозок не може поєднати їх в одну площину. В результаті він просто пригнічує роботу одного ока, внаслідок чого воно починає атрофуватися.

*Атаксія* – порушення рівноваги та координації рухів.

*Афазія* (від грец. *а* – частка, яка означає заперечення, *phasis* – мова) – цілковита або часткова втрата раніше сформованого мовлення. Як правило, до афазії відносять мовленнєве порушення, якщо воно відбулося після трирічного віку.

*Брадилалія* (від грец. *bradis* – повільний, лат. *lalia* – мова) – патологічно повільний темп мовлення.

*Втеча в хворобу* – одна з форм реакцій особистості на несприятливу, психогенну травмуючу ситуацію, що виражається в спробі уникнути конфлікту шляхом розвитку хворобливих симптомів і як прояв механізму патологічного психічного захисту. Загалом характеризується невротичною, функціональною, соматичною, вегетодистонічною симптоматикою і виступає як причина виникнення різних іпохондричних станів.

*Галактозимія* – порушення обміну речовини у внутрішньоутробному розвитку дитини. В його основі лежить метаболічний блок на шляху перетворення галактози в глюкозу.

*Геміпарез* – неповний параліч, ослаблення однієї половини тіла. (Префікс "гемі-" позначає порушення в одній половині тіла; "пара-" – в обох ногах або руках, "тетра" – у всіх кінцівках).

*Геміпаретична форма (спастична геміплегія)* – форма церебрального паралічу, що характеризується ураженням однойменних кінцівок (вражаються руки і ноги з одного боку). Верхня кінцівка переважно більше уражена, ніж нижня. М'язовий тонус в уражених кінцівках підвищений.

*Гіперкінези* (від грец. *hiper* – надмірно, *kinesis* – рух) – надмірні насильницькі мимовільні рухи, що виникають при органічних і функціональних порушеннях ЦНС (переважно при ураженні підкоркових утворень).

*Глухота* – найбільш різкий ступінь ураження слуху, за якого розбірливе сприйняття мовлення стає неможливим.

*Дактилогія* (від грец. *daktylos* – палець, *logos* – слово) – ручна азбука, в якій букви алфавіту замінюються спеціальними знаками, що передаються пальцями руки.

*Двобічна геміплегія* – найважча форма ДЦП із тотальним ураженням великих півкуль. Рухові розлади виражені рівною мірою в руках і ногах або руки пошкоджені сильніше, ніж ноги. Ланцюгові рефлексії можуть не розвинутися взагалі. Довільна моторика різко порушена, діти не сидять, не стоять, не ходять, функція рук не розвинена.

*Дебільність* – менш глибокий ступінь розумової відсталості, проте інтелектуальний дефект не дозволяє дітям-дебілам оволодівати програмою навчального закладу.

*Деградація* – зниження психічної діяльності, що прогресує.

*Делірій* (з лат. – марення) – стан свідомості людини, що характеризується зниженням здатності зосередити увагу, порушенням сприйняттям і мисленням. Це системний синдром, який руйнує нейрони кори головного мозку.

*Деменція* (лат. *dementia*) – стійке порушення когнітивних функцій у результаті органічного ураження мозку.

*Депривація* – психічний стан, що виникає в результаті тривалого обмеження можливостей людини для задоволення її основних психічних потреб; характеризується вираженими відхиленнями в емоційно-му та інтелектуальному розвитку, порушенням соціальних контактів.

*Дефект* – фізична або психічна вада, зумовлена порушенням нормального розвитку дитини.

*Дефектологія* (від лат. *defectus* – порушення, відхилення, вада, дефект, аномалія, патологія) – наука про психофізіологічні порушення дітей з психічними або фізичними недоліками, наука про закономірності їх навчання, виховання та освіти.

*Дизартрія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, *arthron* – сполучати) – порушення вимовляльної сторони мовлення, зумовле-

не органічною недостатністю іннервації (забезпечення органів і тканин нервами, що забезпечують їх зв'язок з центральною нервовою системою) мовленнєвого апарата.

*Дизонтогенез* (від грец. *dys* – префікс, що означає відхилення від норми, *ontos* – суще, істота, *genesis* – розвиток) – порушення індивідуального розвитку організму.

*Дисграфія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *grapho* – пишу) – часткові специфічні розлади процесу письма.

*Дискалькулія* – порушення навичок лічби.

*Дислалія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, лат. *lalia* – мова) – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій функції мовленнєвого апарату. Виявляється у неправильному звуковому (фонемному) оформленні мовлення: спотвореній вимові звуків, заміні звуків або їх змішуванні.

*Дислексія* (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *lego* – читаю) – порушення читання, пов'язане з ураженням або недорозвиненням деяких ділянок кори головного мозку.

*Диспраксія* (апраксія) – своєрідні рухові розлади, при яких немає ні паралічів, ні порушень м'язового тону, але дитина відчуває труднощі в координації і при виконанні складних рухів.

*Дистонія* – характер м'язового тону, що змінюється. М'язовий тонус в цьому випадку відрізняється нестійкістю, мінливістю.

*Дисфонія* (афонія) (від грец. *dis* – префікс, який означає розлад, і *phone* – голос; *a* – частка, яка означає заперечення) – відсутність або розлад фонації внаслідок патологічних змін голосового апарату. Виявляється або у відсутності фонації (афонія), або у порушенні сили, висоти і тембру голосу (дистонія).

*Дисфункція* – некоректне виконання окремої функції. Протилежністю дисфункції є функція.

*Енцефаліт* – запальне захворювання речовини головного мозку, викликане попаданням в головний мозок (головним чином через кров) хвороботворних мікроорганізмів (бактерій, вірусів тощо). При первинному енцефаліті (комариний Е., кліщовий Е., епідемічний Е. та ін.) запальний процес, як правило, виникає в результаті укусів переносниками вірусу. При вторинному енцефаліті головний мозок уражається внаслідок загальної інфекції (краснуха, грип, вітряна віспа тощо).

*Заїкання* – складне порушення темпоритмічної сторони мовлення. Як правило, виникає у легко збудливих дітей у 2–5 років. Найчастіше виникає в період переходу до фразового мовлення і пов'язане з різкою емоційно негативною реакцією дитини на зовнішній подразник. Загострюється у зв'язку зі вступом до школи, а також у підлітковому та юнацькому віці.

*Затримка психічного розвитку* (ЗПР) – порушення нормального темпу психічного розвитку, коли окремі психічні функції (пам'ять, увага, мислення, емоційно-вольова сфера) відстають у своєму розвитку від прийнятих психологічних норм для даного віку. Це стан легкої інтелектуальної недостатності, який займає проміжне положення між інтелектуальною нормою та порушенням пізнавальної діяльності за типом олігофренії.

*Надкомпенсація* – особлива соціальна форма реакції на почуття неповноцінності (А.Адлер).

*Зона найближчого розвитку* (ЗНР) – розбіжність між рівнем актуального розвитку (він визначається ступенем складності завдань, що вирішуються дитиною самостійно) і рівнем потенційного розвитку (якого дитина може досягти, вирішуючи завдання під керівництвом дорослого).

*Idiotia* (від грец. *idioteia* – невігластво, неосвіченість) – найглибший ступінь інтелектуальної недорозвиненості, вродженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства.

*Імбецильність* (від лат. *imbecillus* – слабкий, немічний) – легкий ступінь порушення інтелектуального та загального розвитку, середній ступінь слабоумства, розумової відсталості.

*Інтелект* – усі пізнавальні процеси індивіда, починаючи від сприймання і закінчуючи творчими процесами.

*Інтелектуальне ядро* – це інтелектуальні здібності до процесів узагальнення, умовленняводів, абстрагування тощо.

*Кінестезія* – порушення відчуття рухів.

*Компенсація психічних функцій* – відшкодування психічних функцій збережених або частково порушених функцій психіки.

*Компенсація* – одна з форм пристосування організму до умов існування при випадінні або порушенні якоїсь його матеріальної структури або функції внаслідок перенесеного захворювання, травми, ушкодження.

*Корекція* – сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку дитини.

*Логопедія* – (грец. *logos* – слово, мовлення, *paideia* – виховую, навчаю) – наука про порушення розвитку мовлення, їхнє подолання й попередження за допомогою спеціального корекційного навчання й виховання.

*Логофобія (страх перед мовленням)* – один із характерних симптомів заїкання, при якому виникає страх перед вимовою певних звуків або слів, які, на думку заїк, особливо важкі для вимовлення.

*Нецензова освіта* – спеціальна освіта, що забезпечує дітям адекватну пізнавальним можливостям загальноосвітню підготовку, корекційну допомогу та підтримку, професійно-трудове навчання.

*Олігофренія* (від грец. *oligos* – малий, *phren* – розум) – 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.

*Онтогенез* – це процес розвитку організму.

*Парафразія* – хворобливий розлад мовлення, який полягає в неправильному вживанні одних слів замість інших.

*Певзнер Марія Семенівна* (1901–1991) – психіатр, доктор психологічних наук (1960), професор (1963). Автор праць з проблем комплексного психолого-педагогічного вивчення дітей з відхиленням у розвитку.

*Полтерн* – патологічно прискорене мовлення, що супроводжується необґрунтованими паузами, запинками.

*Праксин* – автоматизовані цілеспрямовані рухи, які виробляються у процесі навчання та постійної практики протягом життя, наприклад ходьба, їжа, одягання, письмо, праця. Це вищий прояв рухових функцій, які властиві людині.

*Ретардація* – незавершеність окремих етапів розвитку, при якому ранні форми розвитку не змінюються більш прогресивними. Характерна для олігофренії і ЗГПР.

*Ригідність* – напруженість м'язів, що знаходяться в стані тетануса (максимальне підвищення м'язового тонусу).

*Ринолалія* (від грец. *rhinos* – ніс, лат. *lalia* – мова) – порушення тембру голосу та звуковимови, які зумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату (заяча губа, вовча паща). Виявляється в патологічній зміні тембру голосу та спотвореній звуковимові внаслідок порушення функції носової порожнини (носового резонатора) у голосоутворенні.

*Розумова відсталість* – це виразне, незворотне, системне порушення пізнавальної діяльності, яке виникає внаслідок дифузного органічного пошкодження кори головного мозку (ГМ).

*Сентизивний вік* – етап вікового розвитку дитини, що найбільш сприятливий для освоєння будь-яких видів діяльності, формування певних психічних функцій.

*Синкинезії* – це мимовільні рухи, які супроводжуються виконанням активних рухів. Наприклад, при спробі взяти предмет однією

рукою відбувається згинання іншої руки; дитина не може розігнути зігнуті пальці рук, а при випрямленні всієї руки пальці розгинаються.

*Слабкозорі* – це діти, які здатні розрізняти світло і кольори та користуватися зоропідсилювальною апаратурою. Гострота зору – 0,05–0,4.

*Сліпі діти* – це діти з порушеннями зорового аналізатора, у яких повністю відсутні зорові відчуття або наявні незначні *світловідчуття* чи *залишковий* зір на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції. Гострота зору – 0,04.

*Сліпоглухонімота* – найважча форма складного *дефекту*, для якої характерне ураження зорового і слухового *аналізаторів*. У сліпоглухонімих дітей без спеціального навчання не відбувається формування мовлення.

*Сліпонароджені* – це діти, які народилися сліпими або втратили зір до становлення мовлення, приблизно до 3-х років.

*Спастична диплегія* ("хвороба Літтля") – форма ДЦП, яка характеризується центральними паралічами кінцівок з переважанням спастичного *парапарезу* (виникають деформації верхніх кінцівок).

*Спастичність* – підвищення м'язового тонусу.

*Сурдопедагогіка* (від лат. *surdus* – глухий) – розділ спеціальної педагогіки про розвиток, виховання та навчання дітей і дорослих з вадами слуху.

*Тахилалія* (від грец. *tachis* – швидкий, лат. *lalia* – мова) – патологічно прискорений темп мовлення.

*Тетрапарез* – парез усіх чотирьох кінцівок, при якому ноги уражаються більше, ніж руки.

*Тифлопедагогіка* – наука, що вивчає закономірні процеси виховання, навчання і розвитку дітей, які мають порушення зору.

*Токсоплазмоз* – захворювання, збудником якого є паразит, що відноситься до типу найпростіших тварин. Зараження відбувається від домашніх, рідше диких тварин. При вродженому Т. паразити вражають плід, проникаючи через організм матері.

*Тремор* – тремтіння пальців рук і мовлення. Найбільше виражений при цілеспрямованих рухах (наприклад при письмі).

*Туговухість* – зниження слуху, при якому виникають утруднення в сприйнятті та самостійному оволодінні мовленням, але залишається можливість оволодіння за допомогою слуху хоча б обмеженим і викривленим запасом слів.

*Фенотип* (від грец. слова *phainotip* – являю, знаходжу) – сукупність характеристик, властивих індивіду на певній стадії розвитку.

*Ферментопатія аліментарна* (лат. *fermentopathia alimentaria*) – розвивається при хронічному порушенні харчування, частіше при білковому голодуванні.

*Ферментопатія спадкова* (лат. *fermentopathia hereditaria*) – в основі розвитку лежить генетично обумовлена недостатність або відсутність одного або декількох ферментів.

*Церебральний параліч* – складне порушення рухових функцій на рівні центральної нервової системи.

*Шрифт Брайля* – шрифт, яким користуються сліпі. В ньому кожні буква, цифра, розділовий знак передаються різними комбінаціями випуклих крапок, які сприймаються дотиком пальців руки до паперу.

## Література

1. Адлер А. Индивидуальная психология: теория и практика / А. Адлер. – СПб. : Изд-во ЛГУ, 1993. – 107 с.
2. Акатов Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по спец. 350500 "Социальная работа" / Л. И. Акатов – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 368 с.
3. Акименко В. М. Новые логопедические технологии : учеб.-метод. пособие / В. М. Акименко. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 105 с.
4. Андросова В. Ейдетика і формування правильної вимовлення звуків / В. Андросова // Палітра педагога. – 2007. – № 3. – С. 27–29.
5. Анищенкова Е. С. Логопедическая ритмика для развития речи дошкольников / Е. С. Анищенкова. – М. : АСТ, 2008. – 60 с.
6. Арутюнян Л. З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи / Л. З. Арутюнян. – М. : Эребус, 1993. – 160 с.
7. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период): монография / Е. Ф. Архипова.– М. : Просвещение, 1989. – 80 с.
8. Аршатская О. О психологической помощи детям раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: взаимодействие специалистов и родителей / О. Аршатская // Дошкольное воспитание. – 2006. – № 8. – С. 63–70.
9. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии / В. М. Астапов. – М., 1994. – 216 с.
10. Бабушкина Р. Л. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / под ред. Г. А. Волковой / Р. Л. Бабушкина, О. М. Кислякова. – СПб. : КАРО, 2005.
11. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоровья, 1988. – 328 с.
12. Белова Н. И. Специальная дошкольная сурдопедагогика / Н. И. Белова. – М. : Просвещение, 1985. – С. 88–97.
13. Белущенко В. А. Педагогическая реабилитация детей с нарушением слуха : метод. пособие для учителя-дефектолога / под ред. О. А. Красильниковой / В. А. Белущенко, А. Е. Наумова, М. Ю. Седова. – СПб. : КАРО, 2006. – 112 с.
14. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова ; под ред. Л. И. Беляковой – М. : Книголюб, 2004. – 56 с.



15. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание : учеб. пособие для пед. вузов / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Секачев, 2001. – 319 с.

16. Бельтюков В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – М., 1997. – С. 175.

17. Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития / Л. Н. Блинова : учеб. пособие. – М. : Изд-во НЦ ЭНАС, 2001. – 136 с.

18. Богданова Т. Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Т. Г. Богданова. – М. : Академия, 2002. – С. 224.

19. Большебратская Э. Э. Организация логопедической работы в ДОУ общеобразовательного вида / Э. Э. Большебратская. – Петропавловск, 2010. – 40 с.

20. Боровик І. Тренують пальчики малята: будуть гарно розмовляти / І. Боровик // Палітра педагога. – 2009. – № 1. – С. 22–24.

21. Бородулина С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 352 с. – Серия "Учебники, учебные пособия".

22. Боскис Р. М. Основы компенсации дефектов у аномальных детей / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология аномального развития ребенка : хрестоматия. – М. : ЧеРо ; Высш. шк. ; Изд-во МГУ, 2002.

Т. 1. – 2002. – С. 465–487.

23. Быстрова Г. А. Логопедические игры и задания / Г. А. Быстрова, Э. А. Сизова, Т. А. Шуйская. – СПб. : КАРО, 2004. – 96 с.

24. Власова Т. А. Учителю о детях с отклонениями в развитии / Т. А. Власова, М. С. Певзнер. – М., 1973. – 175 с.

25. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников : книга для логопедов / Г. А. Волкова. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. : Детство-Пресс, 2003. – 240 с.

26. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Г. А. Волкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2002. – 272 с.

27. Воробьева Т. А. Мяч и речь: игры с мячом для развития речи, мелкой ручной и общей моторики / Т. А. Воробьева, О. И. Крупенчук. – СПб. : КАРО, 2003. – 96 с.

28. Выготский Л. С. Опытная проверка новых методов обучения глухонемых детей речи / Л. С. Выготский // Выготский Л. С. Собр.

соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – С. 322–325; То же // Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 54–57.

29. Выготский Л. С. Диагностика развития и педагогическая клиника трудного детства / Л. С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984. Т. 5. – 1984. – С. 257–321.

30. Выготский Л. С. О развитии речи глухих / Л. С. Выготский // Дефектология. – 1994. – № 4. – С. 88–90.

31. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб. : Лань, 2003. – 656 с.

32. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л. С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – С. 451–458.

33. Гайдаєнко В. Вимовляємо звук [р] / В. Гайдаєнко // Дошкільне виховання. – 2005. – № 5. – С. 22–23.

34. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб. : ИСПиП, 1998. – 124 с.

35. Головчиц Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. А. Головчиц. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2001. – 304 с.

36. Головчиц Л. А. Коррекционно-педагогическая помощь дошкольникам с недостатками слуха с комплексными нарушениями в развитии / Л. А. Головчиц // Дефектология. – № 6. – 2006. – С. 42–48.

37. Гонеев А. Д. Основы коррекционной педагогики : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Д. Гонеев, Н. И. Лифинцева, Н. В. Ялпаева ; под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр "Академия", 1999. – 280 с.

38. Горєлова А. Пропедевтична дисграфія / А. Горєлова // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 21–23.

39. Давидова О. Діагностика складних вад мовлення: диференційний підхід у роботі з дітьми дошкільного віку / О. Давидова // Дефектолог. – 2009. – № 2, лютий. – С. 41–45.

40. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами : навч. посіб. / Т. М. Дегтяренко, Л. С. Вавіна. – Суми : ВТД "Університетська книга", 2008. – 302 с.

41. Дефектология : словарь-справочник / авт.-сост. С. С. Степанов ; ред. Б. П. Пузанов. – М., 2005. – 208 с.

42. Дорошенкова О. Як виявити порушення мовлення в дитини / О. Дорошенкова // Дефектолог. – 2008. – № 9, вересень. – С. 4–8.

43. Дубровський В. І. Дитячі церебральні паралічі // Дубровський В. І. Спортивна медицина : учеб. для студ. вищ. навч. за-

кладів. – 2-е вид., доп. – М. : Гуманіт. вид. центр "ВЛАДОС", 2002. – С. 425– 426.

44. Ермаков В. П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М. : Просвещение, 1990. – 222 с.

45. Жукова Н. С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: книга для логопеда / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : Литур, 2006. – 320 с.

46. Журба, Л. Т. Минимальная мозговая дисфункция у детей / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : ВНИИМИ, 1980. – 50 с.

47. Зайцева Л. А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция : учеб.-метод. пособие / Л. А. Зайцева, И. С. Зайцев, С. Ф. Левяш и др. – Мн. : БГПУ им. М. Танка, 2001. – 74 с.

48. Заширинская О. В. Психология детей с задержкой психического развития / О. В. Заширинская : хрестоматія. – М., Речь, 2003. – 432 с.

49. Ивановская О. Л. Логопедические занятия с детьми 6–7 лет : метод. рекомендации / О. Л. Ивановская, Л. Я. Гадасина. – СПб. : КАРО, 2007. – 176 с.

50. Ильякова Н. Е. Логопедические тренировки по формированию связной речи у детей с ОНР 5–6 лет. От глаголов к предложениям / Н. Е. Ильякова. – М. : Издательство "ГНОМ и Д", 2006. – 24 с.

51. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха : метод. рекомендации / науч. ред. Л. М. Шипицына, Л. П. Назарова. – М. : Детство-Пресс, 2001. – 64 с.

52. Індивідуальна програма розвитку дітей з помірною та тяжкою розумовою відсталістю в умовах соціальних закладів : метод. посіб. / за ред. М. Л. Авраменка. – Лютіж, 2009. – 155 с.

53. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л. : Медицина, 1981. – 223 с.

54. Каплан А. И. Если ребенок плохо видит / А. И. Каплан, Н. Г. Морозова. – М. : Педагогика, 1969. – 77 с.

55. Катаева А. А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников кн. для учителя / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. – М. : БУК-МАСТЕР, 1993. – 191 с

56. Колишкін О. В. Вступ до спеціальності дефектологія : навч. посіб. / О. В. Колишкін ; Сум. держ. пед. ун-т ім. А. С. Макаренка. – Суми : Сум. ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2006. – 287 с.

57. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей : учеб.-метод. пособие / А. Н. Корнев. – СПб. : МИМ, 1997. – 286 с.

58. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушением речи : учеб. пособие для студ. пед. вузов по спец. "Логопедия" / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : ТЦ "Сфера" НИИ школ. техн., 2008. – 127 с.

59. Крупенчук О. И. Исправляем звукопроизношение: комплексная методика коррекции артикуляционных расстройств / О. И. Крупенчук, Т. А. Воробьева. – СПб. : Издательский дом "Литера", 2007. – 96 с.

60. Куликовская Т. А. Чистоговорки и скороговорки. Про жучков и про букашек : практикум по улучшению дикции / Т. А. Куликовская. – М. : Издательство "ГНОМ и Д", 2006. – 32 с.

61. Лапшин В. А. Основы дефектологии: учеб. пособие / В. А. Лапшин, Б. П. Пузанов. – М., 1990. – 143 с.

62. Лебединская К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма / К. С. Лебединская, О. С. Никольская // Дефектология. – 1987. – № 6. – С. 10–16.

63. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей / В. В. Лебединский. – М. : Изд-во Москов. ун-та, 1985. – 154 с.

64. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 192 с.

65. Логопедия : учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перер. и дополн. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2003. – 680 с.

66. Лопатина Л. В. Логопедическая работа по развитию восприятия устной речи дошкольниками с задержкой психического развития : учебное пособие / Л. В. Лопатина, О. В. Иванова. – СПб. : КАРО, 2007. – 176 с

67. Максаков А. И. Правильно ли говорит ваш ребенок : книга для воспитателя детского сада. – 2-е изд., исправл. / А. И. Максаков. – М. : Просвещение, 1988. – 159 с.

68. Мамайчук И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2003. – 400 с.

69. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1991. – 159 с.

70. Мастюкова Е. М. Дефекты зрения и слуха при алкогольном синдроме / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 1989. – № 6. – С. 9–13.

71. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам) / Е. М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 1997 – 304 с.

72. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 192 с.

73. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95 с.

74. Меньшикова С. В. Коррекция заикания у детей : практическое пособие для логопедов и родителей / С. В. Меньшикова. – Казань : Лиана, 1999. – 112 с.

75. Назарина В. Дитина з розладом слуху: особливості спілкування / В. Назарина // Дошкільне виховання. – 2002. – № 10. – С. 8–10.

76. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей / О. С. Никольская // Дефектология. – 1995. – № 2. – С. 8–17.

77. Нищева Н. В. Карточка подвижных игр, упражнений, физкультминуток, пальчиковой гимнастики / Н. В. Нищева. – СПб. : Детство-Пресс, 2008. – 64 с.

78. Нищева Н. В. Речевая карта ребенка с общим недоразвитием речи (от 4 до 7 лет) / Н. В. Нищева. – СПб. : Детство-Пресс, 2007. – 48 с.

79. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития (Олигофренопедагогика) : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Б. П. Пузанов, Н. П. Коняева, Б. Б. Горский и др. ; под ред. Б. П. Пузанова. – М. : Издательский центр "Академия", 2001. – 272 с.

80. Основы логопедической работы с детьми : учеб. пособие для логопедов, воспитателей, учителей начальных классов, студентов педучилищ / под ред. д. п. н., проф. Г. В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.

81. Парамонова Л. Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция / Л. Г. Парамонова. – СПб. : Детство-Пресс, 2006. – 128 с.

82. Перегудова Т. С. Вводим звуки в речь : карточка для автоматизации звуков [Л], [Ль] : логопедам-практикам и заботливым родителям / Т. С. Перегудова, Г. А. Османова. – СПб. : КАРО, 2007. – 160 с.

83. Подколзина Е. Н. Некоторые особенности коррекционного обучения дошкольников с нарушением зрения / Е. Н. Подколзина // Дефектология. – 2001. – № 2. – С. 84.

84. Пожиленко Е. А. Методические рекомендации по постановке у детей звуков [с], [ш], [р], [л] : пособие для логопедов / Е. А. Пожиленко. – СПб. : КАРО, 2006. – 256 с.

85. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О. Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. – 160 с.

86. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева. – М. : Педагогика, 1971. – 448 с.

87. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др. ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Издательский центр "Академия", 2003. – 320 с.

88. Реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата средствами физической культуры // Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. – М. : Советский спорт, 2000. – 224 с.

89. Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання / О. Ревуцька // Імідж сучасного педагога. – 2009. – № 6/7. – С. 80–82.

90. Рібцун Ю. Загальний недорозвиток мовлення у молодших дошкільнят / Рібцун Ю. // Дошкільне виховання. – 2009. – № 10. – С. 18–20.

91. Резниченко Т. С. Чтобы ребёнок не заикался : книга для родителей / Т. С. Резниченко. – М. : Издательство "ГНОМ и Д", 2007. – 64 с.

92. Саввіна А. Допоможе логоритміка / А. Саввіна, Д. Капцевич // Дошкільне виховання. – 2009. – № 5. – С. 26–27.

93. Селиверстов В. И. Заикание у детей: психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В. И. Селиверстов. – М. : Гуманит. изд. центр "ВЛАДОС", 2000. – 208 с.

94. Синьов В. М. Основи дефектології : навч. посіб. / В. М. Синьов, Г. М. Коберник. – К. : Вища шк., 1994. – 143 с.

95. Скороходова О. И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир / О. И. Скороходова. – М. : Педагогика, 1972. – 448 с.

96. Слепой ребенок // Собр. соч. : в 6 т. – М. : Педагогика, 1983. Т. 5. – 1983. – С. 86–100.

97. Соколова Н. В. Логопедическая тетрадь. Дифференциация звуков в речи дошкольника / Н. В. Соколова. – М. : Школьная пресса, 2006. – 64 с.

98. Солнцева Е. А. 200 упражнений для развития общей и мелкой моторики у дошкольников и младших школьников : пособие для родителей и педагогов / В. А. Солнцева, Т. В. Белова. – М. : АСТ ; Астрель, 2007. – 93 с.

99. Стасенко В. Г. Актуальні проблеми навчання дітей з тяжкими вадами мовлення / В. Г. Стасенко // Наша школа. – 2008. – № 2. – С. 16–18.

100. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. праць / редкол. : В. І. Бондар та ін. ; Ін-т спец. Педагогіки АПН України. – К. : Актуальна освіта, 2005. – Вип. 2. – 154 с.

101. Тонконог Л. М. Коррекционно-развивающая среда для детей дошкольного возраста с нарушением опорно-двигательного аппарата / Л. М. Тонконог, Л. С. Гапшина, В. Н. Малышева. – М. : Школьная пресса, 2003. – 48 с.

102. Ульяновская У. В. Шестилетние дети с задержкой психического развития / У.В. Ульяновская. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с.

103. Умственно отсталый ребенок / под ред. Л. С. Выготского. – М. : Учпедгиз, 1935. – 176 с.

104. Фаина Г. В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста : учебно-метод. пособие / Г. В. Фаина. – Балашов : Николаев, 2004. – 68 с.

105. Филичева Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

106. Филичева Т. Б. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада : в 2 ч. / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Альфа, 1993.

Ч. 2. Второй год обучения (подготовительная группа). – 1993. – 87 с.

107. Цвынтарный В. В. Играем пальчиками и развиваем речь / В. В. Цвынтарный. – СПб. : Лань, 1997. – 32 с.

108. Янн П. А. Воспитание и обучение глухого ребенка: Сурдопедагогика как наука : учеб. пособие / Петер Антон Янн. – М. : Академия, 2003. – 248 с.

Навчальне видання

**Аніщук Антоніна Миколаївна**

## ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ

*Навчально-методичний посібник  
для студентів факультету психології та соціальної роботи,  
спеціальність "Дошкільна освіта; практична психологія"*

Технічний редактор – В. П. Сливко  
Верстка, макетування – В. М. Косяк  
Літературний редактор – Н. О. Приходько  
Коректор – А. М. Конівненко  
Дизайн обкладинки – В. М. Косяк

---

Підписано до друку  
Гарнітура Arial  
Замовлення №

Формат 60x84/16  
Обл.-вид. арк. 9,27  
Ум. друк. арк. 10,17

Папір офсетний  
Тираж 110 пр.

---



Ніжинський державний університет  
імені Миколи Гоголя  
м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3/4  
(04631)7–19–72  
E-mail: [vidavn\\_ndu@mail.ru](mailto:vidavn_ndu@mail.ru)  
[www.ndu.edu.ua](http://www.ndu.edu.ua)

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2137 від 29.03.05 р.