

Лекція № 1

Введення у дефектологію. Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки

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.

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 (ЗПР);

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 ЗПР;

страждає особистісне становлення дитини.

Дитина з ДЦП:

первинним є порушення опорно-рухової системи;

затримка психічного розвитку (ЗПР), 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);

ЗПР.

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

Діти з порушеннями слуху і зору.

Дітей із порушеннями слуху поділяють 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 слабчуючі; 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 глухої 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 взнаки серйозні недоліки в оволодінні граматиною, 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. Сліпа 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 (галактодимія), 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 вживе 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 (ретардованих) 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 емоцій- новольовій 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 морфо-логія, розвиток, біохімічні та фізіологічні властивості чи поведінка.

Фенотипи формуються під дією *генотипу*, опосередкованого низ- кою 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, соціокультурними, економічними, правовими основами чільне місце посідає система медичних знань.

В історії різних галузей дефектологічної науки залишилися імена видатних лікарів М. Монтесорі, С. Хотовицького, С. Корсакова, В. Бехтерева, В. Кашенка, В. Гіляровського, О. Осипова, Г. Сухаревої, М. Певзнер, О. 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. 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. 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 фундаменталізації його освітньої підготовки, а це є важливою умовою наближення вітчизняної практики вищої дефектологічної освіти до міжнародних стандартів.

Розумова відсталість дітей у контексті задач і можливостей корекційної педагогіки

1. Розумова відсталість, форми розумової відсталості. Причини інтелектуальних порушень.
2. Олігофренія та її ступені; основні клінічні ознаки олігофренії. Класифікація олігофренії за М. Певзнер. Інші категорії розумово відсталих дітей.
3. Поняття деменції, її відмінності від олігофренії.
4. Значення вчення Л. 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.

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 помірною 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, дери́вацією, педагогічною занедбаністю. Дитина пропускає сензитивний період.

Розумова відсталість – збірна група різноманітних за етіологією форм інтелектуальних порушень як резидуального, так і прогредієнтного 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 (фенолкетонурія);
- 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. *olygos* – 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 (фенілкетонурія), 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, немічний) – 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 уможливилося 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, самоінструкцій тощо;

б) з патологічним переважанням гальмування над збудженням. Такі діти виявляють млявість, уповільненість у різних видах діяльності та поведінці в цілому, тому їх слід постійно активізувати, 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, інсульт, 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 короткочасної та довготривалої пам'яті* (за даними психіатричного інтерв'ю, суб'єктивного та об'єктивного анамнезу, 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 делірію (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 не-прогресивний характер, що дає підстави для оптимістичного про-гнозу відносно розвитку дитини, яка після перенесеної хвороби ви-являється фактично здоровою, оскільки хворобливі процеси, які мають місце в її центральній нервовій системі, припиняються.

На відміну від *олігофренії*, при *деменції* порушення кори голов-ного мозку виникають після досить тривалого (протягом 2–5 років) більш нормального розвитку дитини. *Деменція* може бути наслідком органічних захворювань мозку або травм. Як правило, інтелектуаль-ний 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 ак-туального 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 про-цесі 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 роз-витку дітей, відображення внутрішнього зв'язку між навчанням та психічним розвитком індивіда.

Навчання, коли воно, згідно з Л.С.Виготським, йде попереду роз-витку, 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 потенційно-го рівня розвитку, а також ЗНР складає те, що Л.С.Виготський називав нормативною віковою діагностикою, на відміну від симптоматичної ді-агностики, яка спиралася лише на зовнішні ознаки розвитку. Визна-чення 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 роз-витку. Тільки тоді вона зможе в процесі навчання здійснювати пси-хічний розвиток дітей з обмеженими

МОЖЛИВОСТЯМИ.