

Лекція № 4

Психолого-педагогічні особливості дітей із сенсорними порушеннями

1. Предмет і завдання сурдопедагогіки.
2. Причини порушення слуху. Вроджені й набуті глухота і туговухість.
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.

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 слабочуючими 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 умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників у період вагітності матері, зокрема перенесені інфекційні захворювання – грип, кір, травми тощо;
- вживання матір'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, стрептоміцину тощо).

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

Тувовухість – 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 тувовухості:

- 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 туговухості*:

- утруднення при сприйнятті мовлення в незвичних обставинах — наявності стороннього шуму або деякого перекучування 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, професійної 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 слабкозорості;
- 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 (письмових 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 тифло-технічними 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 *осліпили* 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 розрізняти 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 умови: правильне освітлення, дотримання 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*);
- 1) *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, вітамінною 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, менінгоенцефаліту), а також травматичними ушкодженнями мозку, очей.

Важливо розрізняти *прогресуючі* та *стаціонарні* порушення зорового аналізатора. При прогресуючих дефектах зору спостерігається поступове погіршення, зорових функцій, пов'язане з перебігом патологічного процесу. Це може бути спричинене такими 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 ушкодження 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, дотримуватися режиму зорових навантажень тощо).

До *стаціонарних дефектів* зорового аналізатора належать насамперед деякі вроджені його пороки: *мікрофтальм* — аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розмірів одного або обох очей у різних ступенях вираженості; *колобоми* — дефекти тканини повік або оболонок очного яблука; *астигматизм* — 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, переважанням 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 сліпоти (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 збережений у них (хоча й порушений) зір. Однак досить глибоке порушення зорової функції зумовлює такі особливості процесу візуального сприйняття, як уповільненість, занижена точність, звуження огляду. Зоровий дефект при 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 слухового 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 наступають 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 *внутрішньоутробним 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 сліпоглухонімості 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 сліпоглухонімості 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.