

Короткий дефектологічний словник

Аномалія розвитку (від грец. anomalos - неправильний) розуміється як "відхилення від звичного, несхожість зі звичним, дивакуватість». Семантика слова "аномалія" включає наявність нетипового, іншого, при цьому це слово не розглядається як носій негативного відтінку. У словнику Ожегова з'являється додаткове значення аномалії як "відхилення від норми, загальної закономірності; неправильність", а цьому сенсі поняття аномалія схоже по сенсу з поняттям девіація ("відхилення від правильної лінії, від належного напрямку").

Аномальними (від грец. anomalos - неправильний) - вважаються люди, у яких фізичні або психічні відхилення призводять до порушення загального розвитку.

Астенія (від грец. asthenia - слабкість) - хворобливий стан, що характеризується підвищеною стомлюваністю, виснаженням, нездатністю до тривалої розумової і фізичної напруги.

Виховання - процес цілеспрямованої, систематичної взаємодії дорослого і дитини з метою формування у останнього відповідно до діючих в суспільстві соціокультурних практик і нормативних моделей.

Вища нервова діяльність (В.Н.Д.) - діяльність кори великих півкуль головного мозку і найближчих до неї підкіркових утворень, що забезпечує нормальні складні стосунки цілісного організму до зовнішнього і внутрішнього світу і тонке урівноваження організму з навколишніми умовами на основі вироблення і гальмування тимчасових зв'язків.

Вроджені і придбані дефекти.

Дефекти можна диференціювати (від лат. differentia - різниця, розподіл, розчленовування) за часом виникнення на вроджених і придбаних. При вроджених дефектах несприятлива дія на організм відбувається в період внутрішнього розвитку (пренатальний) або в період пологової діяльності (натальний). Придбані дефекти є результатом дії патологічних чинників після пологів (у постнатальний період).

Проміжною ланкою між процесами адаптації і аномії виступає дезадаптація (від лат. de(s) - припинення, видалення, усунення, заперечення якого-небудь поняття) - процес руйнування пристосовних механізмів, життєвих планів.

Дебільність (від лат. debilis -слабий) - це найбільш легка міра олігофренії (IQ=50-70. IQ - від англ. Intelligence Quotient, тобто "інтелектуальний коефіцієнт" (чи "коефіцієнт інтелектуальності"). Це поняття введене в 1905 р. франц. психологом Біне А. і лікарем Симоном Т. з метою точнішої характеристики міри розумового розвитку людини. Нині цей коефіцієнт визначається на основі тестування за методикою Векслера Д.), що зустрічається (в порівнянні з імбецильністю і ідіотією).

За відсутності обтяжливих інтелектуальну недостатність розладів, ранньому початку педагогічних заходів коректувального характеру, соціокультурний прогноз відносно дітей - дебілів сприятливий. Вони

опановують нескладну професію, що допомагає їм адаптуватися в суспільстві і вести самостійне життя. Дебіли можуть працювати на нескладних ділянках виробництва, у сфері обслуговування, але запропонувати щось нове, внести яке-небудь удосконалення в процесі своєї праці вони не в змозі. Іноді у них проявляється здатність до малювання і співу. Більшість таких дітей відрізняються підвищеною навіюваністю. Потрапивши під негативний вплив вони порівняно легко можуть переступити рису закону, за що несуть карну відповідальність. Розумово відсталі особи розглядаються як цілком осудні, а значить здатні усвідомлювати свої вчинки і керувати ними.

Девіантна поведінка - система дій або окремі вчинки, що відхиляються (що суперечать) від прийнятих в суспільстві правових, моральних норм.

Декомпенсація. Іноді, у зв'язку з тим, що нетипові діти украй схильні до негативних впливів і станів (хворобливі процеси, психічні перевантаження - афекти, стресогенні чинники, травми), компенсаторні механізми можуть руйнуватися. При цьому різко знижується працездатність і сповільнюється психофізичний розвиток. Це явище називається Декомпенсація (від лат. de - приставка, що означає недолік, відсутність).

Подібні рецидиви функціональних порушень призводять до нестійкості і послаблення психічних процесів. Тому дитина з проблемами потребує створення охоронного режиму, обмеження учбового навантаження.

Делінквентна поведінка (від лат. delinquencia - провина, гріх) - це поведінка, що відхиляється, яка в крайніх своїх проявах є караною дією.

Деменція (від лат. dementia - безумство, недоумство) - стійке, як правило, безповоротне послаблення інтелектуальної діяльності у поєднанні з розладами пам'яті і емоційно-вольової сфери, в результаті органічних і запальних захворювань мозку, черепномозкових травм . Таким чином, деменція виникає внаслідок ушкодження нормально сформованого мозку (на четвертому році життя і пізніше). Придбаний інтелектуальний дефект в більшості випадків незворотний.

Умовно можна виділити дві форми деменції :

Деменція резидуально-органічного характеру (причини: Ч-МТ, менінгіт, енцефаліт) - це непрогресивні стани;

Деменція поточного характеру (причини: шизофренія, епілепсія, сифіліс головного мозку) - це захворювання, що мають прогресивний характер.

На відміну від олігофренії деменція має місце на пізніших стадіях розвитку (після 2-3-р) і виступає як пізня форма розумової відсталості. Тому, певний час дементна дитина розвивається на здоровій основі, що сприятиме компенсації придбаного дефекту. Крім того, якщо при олігофренії поразка носить тотальний характер, тобто рівномірно порушені усі сторони психічної діяльності, то при деменції - мозаїчний, тобто страждають окремі зони кори головного мозку і якості. Якщо при олігофренії відзначається еволютивна позитивна динаміка розвитку, тобто з віком стан покращується, то при

окремих видах деменції - стан може погіршуватися, відбувається наростання недоумства.

Клінічна картина залежить від віку дитини, міри і локалізації поразки, характеру дефекту. Інтелектуальне порушення при деменції має свою специфіку. Діти можуть мати значний запас знань, накопичених в період нормального розвитку, проте, вони майже не здатні ними скористатися, внаслідок порушень деяких вищих психічних процесів : сприйняття, уваги, пам'яті (найбільш страждає короткочасна пам'ять), а також розумової працездатності. При поєднанні розладів пам'яті і сприйняття спостерігається дезорієнтація у просторі та часі. В деяких випадках недостатність вольового контролю веде до емоційної нестійкості, що проявляється збудженням і імпульсивною поведінкою.

По образному вираженню франц. психіатра Э.Ш. Ласега (1816-1883рр.) дементні діти - це діти, що народилися багачами, які в процесі життя розорилися, розтратили своє духовне багатство. Діти-олігофрени, на його думку, це діти з народження убогі духом, бідняки від народження .

Депривація (від лат. *deprivatio* - позбавлення) - психічний стан, що виникає в результаті тривалого обмеження можливостей людини для задоволення в достатній мірі його основних психічних потреб. Характеризується відхиленнями в емоційному і інтелектуальному розвитку, порушенням соціокультурних контактів.

Дефект (від латів. *defectus* - відпадання, убування, недолік) розвитку - це фізичний або психічний недолік, що викликає порушення нормального розвитку дитини, яка не означає наявність тільки негативних ознак. Він не заперечує деяких позитивних тенденцій в розвитку аномальної дитини, які залежать від зовнішніх умов, наприклад, відповідного виховання, і є результатом адаптації дитини до довкілля (природна компенсація). Так, у сліпої дитини загострюються слух, дотик, нюхова і теплова чутливість, що допомагають орієнтуватися в просторі. Глуха дитина уловлює рух, музику за допомогою вібраційних відчуттів.

Наприклад, *первинним* дефектом може виступати поразка кори головного мозку різної локалізації, *вторинним* - порушення в розвитку психофізичних процесів, а *третинним* - відхилення в емоційно-вольовій сфері, формуванні особових якостей. Структура вторинних і третинних відхилень залежить від характеру провідного дефекту і обумовлена ім. Наприклад, у дітей з недоліками слуху спостерігатиметься порушення розвитку розуміння оберненої мови, повільне формування активного словника і зв'язної мови. Вторинні порушення в розвитку зачіпають передусім найбільш психічні функції, що інтенсивно розвиваються в дошкільному віці: мова, дрібна моторика, просторові представлення, довільна регуляція рухів.

Невиявлені онтогенетичні відхилення, наприклад, слабо виражені сенсорні дефекти, передусім затримують темп психічного розвитку дитини, а також можуть сприяти формуванню вторинних емоційних і особових порушень у дітей. У такої дитини, що потрапила в масову школу часто

спостерігатимуться ситуації неуспіху, занижена самооцінка, низький рівень домагань. Залежно від характеру порушення одні дефекти можуть повністю долатися в процесі розвитку, навчання і виховання дитини (наприклад, у дітей третьої і шостої груп), інші лише згладжуватися, а деякі тільки компенсуватися. Складність і характер порушення нормального розвитку дитини визначають особливості формування у нього необхідних знань, умінь і навичок, а також різні форми педагогічної роботи з ним. Одна дитина з відхиленнями в розвитку може оволодіти лише елементарними загальноосвітніми знаннями (читати по складах і писати простими реченнями), інша - відносно не обмежений у своїх можливостях (наприклад, дитина із затримкою психічного розвитку або такого, що недочуває). Структура дефекту впливає і на практичну діяльність дітей. Одні нетипові діти в майбутньому мають можливість стати висококваліфікованими фахівцями, інші усе життя виконуватимуть низкокваліфіковану роботу (наприклад, палітурно-картонажне виробництво, металлоштамповка).

Соціокультурний статус дитини багато в чому визначається як спадковими біологічними чинниками, так і соціальним середовищем життя дитини. Процес розвитку особистості характеризується єдністю і взаємодією системи біологічних і соціокультурних чинників. Кожна дитина має свої неповторні природжені властивості нервової системи (силу, урівноваженість, рухливість нервових процесів; швидкість освіти, міцність і динамічність умовних зв'язків...). Від цих індивідуальних особливостей вищої нервової діяльності (надалі - ВНД) залежать здібності до опанування соціального досвіду, пізнання дійсності, тобто біологічні чинники створюють передумови психічного розвитку людини.

Очевидно, що сліпота і глухота є чинники біологічні, а не соціальні. "Але вся річ у тому, - писав Л.С. Виготський, - що вихователів доводиться мати справу не стільки з цими біологічними чинниками, скільки з їх соціальними наслідками".

Діагноз (від греч. diagnosis - розпізнавання) - констатація процесу, що вивчається, стану, явища. У медицині - ув'язнення про наявність захворювання, його причини, міру вираженості, форму течії і збереження захисних сил організму.

Діти з обмеженими можливостями - діти, що мають функціональні обмеження в результаті захворювання, відхилень або недоліків розвитку, стану здоров'я, зовнішності, внаслідок непристосованості зовнішнього (що оточує) середовища до їх особливих потреб, із-за негативних стереотипів, забобонів відносно суспільства до людей-інвалідів в цілому.

Ці діти мають різні відхилення психічного або фізичного плану, які обумовлюють порушення загального розвитку, що не дозволяють дітям вести повноцінне життя. Синонімами цього поняття можуть виступати наступні визначення таких дітей : "діти з проблемами", "діти з особливими потребами", "нетипові діти", "діти з труднощами в навчанні", "аномальні діти", "виняткові діти". Наявність того або іншого дефекту (недоліку) не зумовлює неправильного, з точки зору суспільства, розвитку. Втрата слуху на

одне вухо або поразку зору на одне око не обов'язково веде до відхилення в розвитку, оскільки в цих випадках зберігається можливість сприймати звукові і зорові сигнали підлягаючими зберіганню аналізаторами.

Таким чином, дітьми з обмеженими можливостями здоров'я можна рахувати дітей з порушенням психофізичного розвитку, що потребують спеціального (коректувального) навчання і виховання.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) - це порушення нормального темпу психічного розвитку. Термін "затримка" підкреслює часовий характер порушення, тобто рівень психофізичного розвитку в цілому може не відповідати паспортному віку дитини. Причини ЗПР можуть бути різні: дефекти конституції дитини (гармонійний інфантилізм), соматичні захворювання, органічні поразки ЦНС (мінімальна мозкова дисфункція). Обтяжливими чинниками можуть служити несприятливі соціокультурні умови. Головними причинами ЗПР, за результатами досліджень П. Улба, виступають біологічні механізми: патологія вагітності, ненормальні пологи, часті соматичні хвороби дитини в перші роки життя. Ці чинники обумовлюють понижений фізичний статус дітей, їх маловиносливість, що не дозволяє їм своєчасно засвоїти актуальний для їх віку об'єм інформації. Проте, якщо об'єм інформації, що поступає, малий, методи і засоби його подачі (утворення) неадекватні можливостям дитини, а оточення продукує по відношенню до нього стресогенні ситуації, то причиною ЗПР також виступатимуть і соціокультурні чинники.

Усі відхилення у таких дітей з боку нервової системи відрізняються мінливістю і дифузністю і носять тимчасовий характер. При ЗПР має місце, у відмінності від розумової відсталості, зворотність інтелектуального дефекту. Нині єдиних принципів систематизації пограничних форм інтелектуальної недостатності немає.

Групи дітей із ЗПР. Виділяють дві найбільш численні групи дітей із ЗПР:

Діти з порушеним темпом фізичного і розумового розвитку. Затримка їх розвитку пов'язана з повільним темпом дозрівання лобової області кори головного мозку і її зв'язків з іншими областями кори і підкірки;

Діти з функціональними розладами психічної діяльності (цереброастенические стани), які найчастіше є наслідками черепномозкових травм. Для цих дітей властива слабкість основних нервових процесів і їх лабільність.

Особливістю ЗПР є нерівномірність (мозаїчність) порушень різних психічних функцій; при цьому, як вказує Е.М. Мастюкова, логічне мислення може бути більш підлягаючим зберіганню в порівнянні з пам'яттю, увагою і так далі. Нездатність концентрувати увагу на істотних (головних) ознаках об'єктів, виборче сприйняття спостережуваного є відмітними особливостями психічної діяльності дітей із ЗПР. Порушення психічної і недостатність інтегральної діяльності мозку (мала кількість утворення зв'язків між окремими перцептивними і моторними функціями), визначають обмеженість і фрагментарність представлень дітей про навколишній світ. Крім того,

відсутня патологічна інертність психічних процесів. Такі діти здатні не лише приймати і використовувати допомогу, але і переносити засвоєні розумові навички в інші схожі ситуації. За допомогою дорослого діти із ЗПР можуть виконувати пропонувані їм інтелектуальні завдання на близькому до норми рівні, хоча і в уповільненому темпі. Виражена пізнавальна активність при виконанні завдань і в ході повсякденної життєдіяльності не спостерігається. Відзначається слабкість регуляції довільної діяльності, недостатня її цілеспрямованість, несформованість функцій контролю. Діти із ЗПР відрізняються, як правило, емоційною нестійкістю, вони насилу пристосовуються до дитячого колективу, їм властиві різкі коливання настрою, гіперстормлюваність. На перший план в розвитку таких дітей виступає сповільненість становлення емоційно-особових характеристик. Це діти з різними формами психофізичного інфантилізму (від лат. *infantilis* - дитячий, дитячий).

Зона актуального розвитку. Будь-яке навчання повинне стимулювати перехід ЗБР в актуальний розвиток (зону актуального розвитку), тобто з часом керівництво дорослого стає зайвим, а рішення завдань дитиною - самостійним. Це і складає внутрішній взаємозв'язок між навчанням і розвитком, при якій правильно організоване навчання веде за собою розвиток, спираючись на психічні функції, що формуються.

Зона найближчого розвитку. І виховання і навчання повинні носити розвиваючий характер, враховувати зону найближчого розвитку (ЗБР), тобто той запас потенційних можливостей, функцій аномальної дитини, що формуються, які він ще не може реалізувати самостійно, але вже реалізує за допомогою дорослого. Згідно Л.С. Виготському, ЗБР визначає не лише наявні можливості, але і перспективу психічного розвитку дитини з проблемами.

Ідіотія. Термін запропонований франц. психіатром Ескиролем Ж. - Э. - Д. в нач. ХІХв.) - це найбільш глибока міра олігофренії (IQ=менше 20), яка характеризується порушенням психічного і фізичного розвитку, ендокринними розладами, вираженими деформаціями в будові черепа і скелета. У багатьох дітей - ідіотів відзначаються розлади стояння і ходьби, іноді спостерігаються стереотипні ритмічні рухи. Характерні порушення моторики (особливо дрібною), координації рухів і праксису, орієнтування в просторі; часто ці порушення настільки важкі, що змушують дітей з олігофренією в мірі ідіотії до лежачого способу життя. При вираженій формі захворювання діти ведуть чисто вегетативний спосіб життя, мова може обмежуватися криком або нечленороздільним мимренням. Осмислення оточення недоступне, навички самообслуговування не формуються.

При легших формах ідіотії хворі вимовляють окремі слова або навіть фрази. Мовна функція розвивається украй повільно і обмежено, можливо спотворене вимовлення невеликої кількості слів. Перцептивні реакції хворих, таких, що страждають ідіотією або відсутні або різко підвищені. У останньому випадку, хворий реагує на усі подразники зовнішнього світу, але його увага не затримується ні на одному з них. Емоційні реакції пов'язані тільки з почуттям задоволення/незадоволення. Позитивні емоції виражаються

виском або криком, негативні - різко вираженим збудженням з проявом агресії як по відношенню до себе, так і до оточення.

Діти потребують постійного спостереження, відході і прямують (з відома батьків) до спеціальних установ системи соціального забезпечення - дитячі будинки-інтернати для глибоко розумово відсталих. Після досягнення 18-річного віку вони переводяться в спеціальні інтернати для хроніків.

Імбецильність (від лат. imbecillus - незначний. Термін запропонований франц. психіатром Бурневилем Д. у кінці XIXв.) є важчою (в порівнянні з дебільністю) мірою олігофренії (IQ=20-49), при якій виразно виявляються порушення психофізичного розвитку, можуть спостерігатися аномалії в будові черепа. Глибокі порушення сприйняття, пам'яті, мислення, комунікативної функції мови, моторики, емоційно-вольової сфери не дозволяють таким дітям в більшості випадків навчатися навіть в спеціальній освітній коректувальній школі, школі-інтернаті. Основним типом розумової діяльності є наочно-практичний. Словниковий запас в порівнянні з дебілами різко кількісно і якісно обмежений. Вони непогано засвоюють назви предметів, які їх оточують, і найбільш споживані слова і вирази. Майже у усіх спостерігаються дефекти мови (шепелявість, недорікуватість, заїкання та ін.). Частина дітей-імбецилів може опанувати певні знання, уміння і навички в об'ємі спеціально розробленої для них програми. Ця програма передбачає елементарне опанування навичок читання, листа і рахунку. Діти можуть навчитися читати побуквенним або складовим способом, писати своє прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, домашню адресу, невеликий текст з 5-6 простих речень, виконувати арифметичні дії складання і віднімання в межах 20; дії ділення і(чи) множення їм не доступні. Програма передбачає опанування простих трудових навичок по картонажних видах праці, металлоштамповці, залізному виробництву та ін. Це дозволяє імбецилам успішно працювати в спеціально організованих майстернях при будинках-інтернатах, школах. По емоційному стану імбецилів можна розділити на дві групи. Одні добродушні і слухняні, домінує гарний, навіть веселий настрій, інші - пригнічені, агресивні і дратівливі. Діти-імбецили живуть і навчаються в будинках-інтернатах для глибоко відсталих, підвідомчих Міністерству праці і соціального розвитку. Деякі діти можуть навчатися в спеціальних класах шкіл, де застосовуються інтегровані форми навчання.

Інтеграція (від лат. integratio -відбудова, з'єднання) - в контексті коректувальної педагогіки, це включення дітей і підлітків з обмеженими можливостями в довкілля, звичайні міжособові стосунки з метою максимальної нормалізації їх соціокультурного статусу. Одним з оптимальних засобів інтеграції є інтегроване навчання - процес спільної освіти звичайних і аномальних дітей.

Компенсація (від лат. compensatio - відшкодування, урівноваження) - заміщення, перебудова порушених або недорозвинених функцій організму, своєрідне його пристосування до негативних умов існування, що змінилися, і

спроба замінити уражені, такі, що вийшли з ладу або непродуктивно працюючі структури відносно підлягаючими зберігання, компенсаторними механізмами. Наприклад, компенсація порушених або втрачених функцій зорового аналізатора можлива переважно через розвиток слуху, нюх, дотики, тобто за допомогою сенсорної системи шкірного і кінестетического аналізатора.

Процес компенсації спирається на значні резервні можливості вищої нервової діяльності людини. Цей процес типовий і для тварин при порушенні або втраті якої-небудь функції, будучи проявом біологічної пристосовності організму, яка встановлює його рівновагу з довкіллям. Компенсація уражених функцій у людини якісно своєрідна - це процес розвитку усіх сторін особи, в основі якого лежить єдність біологічних і соціальних явищ.

У дітей з відхиленнями в розвитку в ході компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зв'язків, корекція порушених або ослаблених функцій, розвиток особистості в цілому. Специфічний розвиток нетипових дітей відбувається на тлі активізації захисних сил, засобів організму і мобілізації його резервних ресурсів, патологічних процесів, що чинять опір настанню.

У зв'язку з цим Л.С. Виготський говорив про закон перетворення мінуса дефекту в плюс компенсації: *"Позитивна своєрідність дефективної дитини створюється в першу чергу не тим, що у нього випадають ті або інші функції, спостережувані у нормального, а тим, що випадання функцій викликає до життя нові утворення, що представляють у своїй єдності реакцію особи на дефект, компенсацію в процесі розвитку"*.

При цьому оптимальний розвиток функцій підлягаючих зберігання органів, що заміщають уражені системи, Л.С. Виготський пояснює не їх особливою природженою будовою у нетипової дитини, а активним функціонуванням, викликаним життєвою необхідністю. У розвитку дитини з порушеннями провідну роль грає не первинний дефект, а його вторинні, третинні соціокультурні наслідки, його соціально-психологічна реалізація.

Процеси компенсації (включення дитини в різноманітні соціальні стосунки, активне спілкування, соціально-корисна діяльність на основі компенсаторних можливостей) не в змозі польністю виправити дефект, але вони допомагають здолати утруднення, що створюються дефектом. Чим раніше починається спеціальна психолого-педагогічна дія, практика соціальної роботи, тим успішніше розвивається процес компенсації. Робота по соціокультурній і психолого-педагогічній реабілітації, почата на ранніх етапах розвитку, попереджає появу вторинних і третинних наслідків порушення органів і сприяє розвитку дитини в сприятливому напрямі. Для деяких груп дітей з проблемами межі компенсації обмежені, через наявність виражених відхилень в онтогенезі. Проте, їх психофізичне здоров'я покращає при здійсненні інтеграційних механізмів (практик).

Корекція (від лат. correctio - виправлення) - система психолого-педагогічних заходів, спрямованих на виправлення, послаблення або згладжування недоліків психофізичного розвитку дітей з обмеженими

можливостями. Це може бути як виправлення окремих дефектів (наприклад, корекція вимови або зору), так і цілісний вплив на особу дитини з обмеженими можливостями в цілях досягнення позитивного результату в процесі коректувальної учбово-виховної роботи.

Навчання дітей - це цілеспрямований процес взаємодії учителя і учня з метою передачі і засвоєння знань, умінь і навичок діяльності, основний проміжок підготовки і праці.

Нервова система - система органів у тварин і людини, здійснюючий зв'язок організму із зовнішнім середовищем і взаємозв'язок органів між собою. Нервова система регулює і координує усі функції організму. Структурним і функціональним елементом нервової системи є нейрон, що складається з нервової клітини з відростками, розгалуженнями і кінцевими апаратами. Нервова система людини підрозділяється на центральну і периферичну. Крім того, виділяється так звана вегетативна нервова система.

Під нормою, на думку В. П. Кащенко, розуміється, "просто середнє і в той же час найбільше значення, що часто зустрічається. Це середнє не буде постійним явищем, а мінятиметься залежно від соціально-економічних, культурно-історичних, кліматичних і інших умов епохи".

Характер психофізичного розвитку, що відрізняється від норми веде до значної якісної своєрідності формування особи дитини. В-першу чергу, це опора на більш підлягаючі зберіганню функції, що дозволяє в умовах спеціальної освіти здолати або максимально згладити біологічно обумовлену недостатність.

Норма здоров'я - це, на думку Т. И. Черняєвої, стан людини (включаючи біологічний, психологічний, соціальний рівень), що дозволяє йому ефективно взаємодіяти з природою і соціокультурним середовищем. Іншими словами, норма - це узаконене встановлення, звичайний, загальноприйнятий, обов'язковий порядок, стан чого-небудь, а також як встановлена міра, розмір чого-небудь.

Олігофренія (від грец. *olugos* -небагато, мало; *phren* -розум) - це стійке, безповоротне, непрогредиентне порушення пізнавальної діяльності, внаслідок органічної поразки кори головного мозку від моменту зачаття до 2-3-х років. Термін введений в 1915 р. німецьким психіатром Крепеліном Е., який також уперше почав розробляти проблему співвідношення стомлюваності, працездатності і психічного захворювання.

При олігофренії, порушується вища нервова діяльність, особливо рухливість нервових процесів, ослаблено активне внутрішнє гальмування. Часто спостерігається порушення рівноваги між процесами збудження і гальмування (з переважанням одного з них), що призводить до інертності тимчасових зв'язків, що виникають в корі головного мозку, утрудняє вироблення нових. Ця фізіологічна особливість є основою відсталості мислення дітей-олігофренів. Для них характерна відсутність наростання інтелектуального дефекту, тотальне недорозвинення усіх нервово-психічних функцій з переважною недостатністю абстрактних форм мислення.

Інтелектуальний дефект може поєднуватися з порушеннями сприйняття, уваги, пам'яті, мови, емоційної сфери, моторики.

Відмітною особливістю дітей-олігофренів є нездатність переносити засвоєний в ході навчання спосіб дії в нові умови без сторонньої допомоги. Недостатньо розвинена здатність до встановлення і розуміння тимчасових, просторових і причинно-наслідкових залежностей. Емоційно - вольова сфера характеризується малою виразністю, розмитістю складних емоційних проявів.

По мірі вираженості дефекту розрізняють наступні форми олігофренії : *дебільність, імбецильність і ідіотію.*

По класифікації, запропонованій В. А. Лапшиним і Б.П.Пузановим, до основних категорій аномальних дітей відносяться :

Діти з порушенням слуху (глухі, такі, що недочують, пізнооглухі);

Діти з порушенням зору (сліпі, слабозорі);

Діти з порушенням мовлення (логопати);

Діти з порушенням опорно-рухового апарату;

Діти з розумовою відсталістю;

Діти із затримкою психічного розвитку;

Діти з порушенням поведінки і спілкування;

Діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, з так званими складними дефектами (сліпоглухонімі, глухі або сліпі діти з розумовою відсталістю).

Онтогенез, онтогенетичні недоліки (від грец. ontos - суще, genesis - походження, розвиток) - індивідуальний розвиток організму від моменту його зародження до смерті. Недоліки індивідуального розвитку організму.

Педагогіка (від грец. paides -ребенок, gogos -вести) дослівно означає - дітоводіння - це наука про виховання і навчання дітей. Педагогами в Древній Греції називали рабів, що супроводжували дітей рабовласників по до розі в школу і з неї. Надалі значення цього терміну було переосмислене - так стали називати наставників, осіб, що займалися вихованням, навчанням підростаючого покоління і що мають для цього спеціальну підготовку. У окрему галузь знання педагогіка виділилася на початку XVIIв.

Розвиток особистості - це складний процес її духовного зростання, вдосконалення, якісної зміни в усіх значущих для особи сферах: в діяльності, у віддзеркаленні навколишньої дійсності, у відношенні до навколишніх явищ, людей, в пізнавальних процесах.

Розвиток нетипової дитини більшою мірою, чим нормального, залежить від формально організованого навчання. Тому за відсутності навчання або його несвоєчасному початку завдається непоправного збитку розвитку дітей, гальмується формування їх психічних функцій, поглиблюється відставання від однолітків з підлягаючим зберіганню психофізичним статусом; при складних порушеннях онтогенезу можливості розумового розвитку можуть виявитися нереалізованими.

Розумова відсталість - стійке порушення пізнавальної діяльності, внаслідок органічної поразки кори головного мозку. Це поняття об'єднує

численні і різноманітні форми патології, що характеризуються недорозвиненням когнітивної сфери, вищих психічних процесів, що розрізняються по етіології, локалізації, патогенезу, клінічним проявам, часу виникнення і особливостям течії.

Причинами розумової відсталості можуть виступати пренатальні, натальні і постнатальні ендо- і екзогенні несприятливі чинники і дії (запальні захворювання, інтоксикації, удари головного мозку, успадковані генетичні аномалії і тому подібне). Тому, поразка кори головного мозку може мати місце у рамках будь-якого вікового періоду.

Розумово відсталі діти неоднорідні по клініці захворювання. Виділяють дітей-олігофренів (якщо поразка мала місце до 2-3 років) і дементних дітей (якщо поразка - на пізніших стадіях розвитку).

Сензитивний період або вік (від лат. *sensibilitas* - чутливий) - етап вікового розвитку дитини, найбільш сприятливий для освоєння яких-небудь видів діяльності, формування певних психічних функцій. Поняття ("сензитивний вік") введене М. Монтессорі для позначення дошкільного дитинства, яке вона вважала найбільш важливим етапом психічного розвитку. У коректувальній педагогіці показано, що найбільший коректувально-розвиваючий ефект навчання дітей з обмеженими можливостями (наприклад, розумово відсталих) залежить від вибору оптимального вікового періоду. З цих позицій, науково обгрунтована необхідність ранньої коректувальної дії, оскільки перші роки життя дитини є найбільш сприятливими для формування вищих психічних функцій.

Складний дефект. У ряді випадків, може бути декілька порушень, тоді говорять про складний дефект (сліпоглухонімота). Складний дефект характеризується поєднанням двох і більше порушень, що однаковою мірою визначають структуру нетипового розвитку дитини і труднощі реалізації освітніх практик по відношенню до нього. При складному дефекті можливе виділення ведучого, або головного порушення і розладів, що ускладнюють його. Що веде і ускладнює дефекти можуть мати характер ушкодження або недорозвинення. Часто вони поєднуються.

Особливістю дитячого мозку є те, що навіть його невелика поразка не залишається частковою, локальною, як може мати місце у дорослого, а негативно відбивається на усьому процесі дозрівання ЦНС. Це визначає своєрідність розвитку дитини. Наприклад, збільшення розміру одного з мозкових шлуночків викликає підвищення внутрішньочерепного тиску, що обумовлює гіперактивність, надзбудливість дитини. А це, у свою чергу, призводить до розладу сприйняття, уваги, пам'яті, мислення.

Складність структури атипового розвитку полягає в наявності первинного дефекту, викликаного біологічним чинником, і вторинних порушень, що виникають під впливом первинного дефекту в ході наступного своєрідного розвитку на патологічній основі. Так, ушкодження слухового апарату до опанування мови буде первинним дефектом, а що наступила, як наслідок німота - вторинним дефектом. Така дитина зможе опанувати мову тільки в умовах спеціального навчання і виховання при максимальному

використанні підлягаючих зберіганню аналізаторів: зору, кінестетических відчуттів, тактильно-вібраційної чутливості.

Інтелектуальна недостатність, що виникла в результаті первинного дефекту - органічної поразки кори головного мозку, породжує вторинні порушення - відхилення в діяльності вищих пізнавальних процесів (активного сприйняття і уваги, довільних форм пам'яті, абстрактно-логічного мислення, зв'язної мови), які стають помітними в процесі соціокультурного розвитку дитини. Третинні недоліки - недосформованість психічних властивостей особи розумово відсталості дитини проявляються в примітивних реакціях на оточення, недорозвиненні емоційно-вольової сфери : завищена або занижена самооцінка, негативізм, невротична поведінка.

Принциповим моментом є те, що вторинні і третинні порушення можуть впливати на первинний дефект, посилюючи його, якщо не проводиться цілеспрямована і систематизована коректувально-реабілітаційна робота.

Важливою закономірністю є співвідношення первинного і вторинного дефектів. У зв'язку з цим Л.С. Виготський писав: "Чим далі знаходиться симптом від першопричини, тим він більш піддається виховній і лікувальній дії. Виходить на перший погляд парадоксальне положення: недорозвинення вищих психологічних функцій і вищих характерологіческих освіт, що є вторинним ускладненням при розумовій відсталості і психопатії, на ділі виявляється менш стійким, таким, що більш піддається дії, більш усуненим, ніж недорозвинення нижчих, або елементарних процесів, безпосередньо обумовлене самим дефектом". Згідно з цим положенням Л.С. Виготського, чим далі розведені між собою первинний дефект біологічного походження і вторинний симптом (порушення в розвитку психічних процесів), тим більше ефективна корекція і компенсація останнього за допомогою психолого-педагогічних і соціокультурних засобів.

У процесі атипового розвитку проявляються не лише негативні сторони, але і позитивні можливості дитини, які є способом пристосування особи дитини до певного вторинного дефекту. Наприклад, у дітей позбавлених зору, гостро розвивається почуття відстані (шосте почуття), дистантне розрізнення предметів при ходьбі, слухова пам'ять, дотик і так далі. У глухих дітей - мімічне жестове спілкування.

Ця позитивна оцінка певних проявів своєрідного нетипового розвитку - необхідна основа для розробки системи спеціального навчання і виховання з опорою на позитивні можливості дітей. Джерелом пристосування дітей з обмеженими можливостями до довкілля являються підлягаючі зберіганню психофізичні функції. Функції порушеного аналізатора замінюються інтенсивним використанням функціонального потенціалу підлягаючих зберіганню систем. Глуха дитина використовує зоровий і руховий аналізатори. Для сліпого ведучими стають слуховий аналізатор, дотик, нюхова чутливість. Враховуючи конкретність мислення розумово відсталих дітей і відносно підлягаючі зберіганню резерви сприйняття, в учбовому процесі перевага віддається наочному матеріалу, предметно-практичній діяльності.

Соціальна адаптація (від лат. *adapto* - пристосовую) - активне пристосування до умов соціального середовища шляхом засвоєння і прийняття цілей цінностей, норм і стилів поведінки, прийнятих в суспільстві. У нетипових дітей із-за дефектів розвитку ускладнена взаємодія з соціальним середовищем, понижена здатність адекватного реагування на зміни, що відбуваються, вимоги, що ускладнюються. Вони зазнають значні труднощі в досягненні своїх цілей у рамках існуючих норм, правил, що може викликати неадекватну реакцію і привести до відхилень в поведінці, аж до аномії, як вважають соціологи Е. Дюркгейм і Р. Мертон. Вони під аномією розуміли руйнування наявних соціокультурних уявлень, норм, установок, яке може супроводжуватися фрустраційними станами.

Спеціальна (коректувальна) педагогіка - це багатогалузева наука, що вивчає психофізіологічні особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями і займається розробкою проблем їх виховання, навчання і корекції онтогенетичних недоліків. Вона забезпечує наукові основи роботи спеціальних освітніх коректувальних шкіл і дошкільних установ, класів корекції (класів вирівнювання, компенсуючого навчання), логопедичних пунктів, спеціальних дошкільних груп при масових школах і дитячих дошкільних установ, які займаються рішенням як загальних педагогічних завдань (усебічний розвиток і гуманістичне виховання особи, навчання, трудове навчання, профорієнтація), так і специфічних:

- корекція порушень розвитку;
- коректувальне навчання і виховання;
- лікувально-профілактична робота;
- професійна підготовка по доступній спеціальності;
- соціокультурна інтеграція і адаптація.

Спеціальна освітня програма - програма, спрямована на навчання дітей і дорослих, таких, що мають спеціальні освітні потреби, адаптована до їх потреб і індивідуальних особливостей; що реалізовується в спеціальній освітній коректувальній установі (дитячому саду, школі, школі-інтернаті), коректувально-реабілітаційному пункті, центрі реабілітації, класі (групі) компенсуючого навчання у складі освітньої установи загального типу.

Спеціальні освітні потреби - потреби в спеціальних (індивідуалізованих) умовах навчання, включаючи технічні засоби; потреби в особливому змісті і методах навчання, а також в медичних, соціальних і інших послугах, безпосередньо пов'язаних з освітою і необхідних для успішного навчання.

Фрустрація (від лат. *frustratio* - обман, марне очікування) - психічний стан, що характеризується сильними негативними переживаннями, що виникають при неможливості задовольнити які-небудь потреби.

Церебральний - від лат. *cerebrum* - головний мозок.

Список рекомендованої літератури

Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. – М., 1997.

Виноградова А.Д. Мотивация деятельности умственно отсталых школьников. – М., 1991.

Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости. Умственно отсталый ребенок / Под ред. Л.С. Выготского и И.И. Данюшевского. – М.: Учпедгиз, 1935. – 390с.

Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. - М.: Просвещение, 1995.

Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. – М., 1970.

Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. - М., 1983.

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М., 1984.

Дети с отклонениями в развитии: Методич. пособие / Сост. Н.Д. Шматко. – М., 1997.

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

Дефектология. Словарь-справочник / Под ред. Б.П. Пузанова. – М., 1996.

Дошкольное воспитание аномальных детей / Под ред. Л.П. Носковой. – М., 1993.

Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей. – М.: Просвещение: Владос, 1995.

Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М.: Просвещение, 1991.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985.

Лурия А.Р. Умственно отсталый ребенок. – М.: АПН РСФСР, 1960. - Гл. I, V.

Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М., 1989.

Обучение детей с ЗПР: Пособие для учителей / Под ред. В.И. Лубовского. – Смоленск, 1994.

Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж.И. Шиф. – М.: Просвещение, 1965.

Петрова В.Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. – М.: Педагогика, 1969. – 231 с.

Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986.

Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – М., 1997. – № 2.

Справочник по неврологии / Под ред. Е.В. Шмидта, Н.В. Верещагина. – М., 1989.

Тингей-Михаэлис К. Дети с недостатками развития: Книга в помощь родителям / Пер. с англ.; Под ред. Д.В. Колесова. – М.: Педагогика, 1988.

Тупоногов Б.К. Коррекционно-педагогическая работа в системе образования детей с нарушениями умственного и физического развития // Дефектология. – 1994. – № 4.

Хрестоматия. Дети с нарушениями развития. – М.: Межд. педагог. академия, 1995.

Юн Г. Дети с отклонениями. / Пер. с нем. – Кишенев, 1987.

Підготувала Войтко В.В., старший викладач кафедри педагогіки, психології і корекційної освіти КЗ «Кіровоградський ОППО імені Василя Сухомлинського», кандидат педагогічних наук