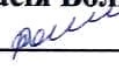


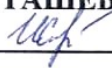
МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ
УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Гарант освітньої програми
Анастасія Большакова


_____ 2020 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Проректор з
навчальної роботи
Інна СТАШЕВСЬКА


_____ 2020 р.

СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

(шифр і назва навчальної дисципліни)

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

перший (бакалаврський) рівень

_____ *(назва рівня вищої освіти)*

галузь знань _____ 05 Соціальні та поведінкові науки

_____ *(шифр та назва галузі знань)*

спеціальність _____ 053 Психологія

_____ *(код і назва спеціальності)*

освітня програма _____ Психологія

_____ *(назва освітньої програми)*

кваліфікація _____ бакалавр психології

факультет _____ соціальних комунікацій

Харків 2020

Конспект лекцій СПЕЦІАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ
(назва навчальної дисципліни)

Розробник:

кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології та педагогіки

Перевозна Тетяна Олексіївна

Затверджено на засіданні кафедри психології та педагогіки,
протокол № 2 від « 21 » серпня 2020 р.

Голова групи

забезпечення

д.психол.н., професор

Завідувач кафедри

психології та педагогіки,

д.психол.н., професор



Анастасія
БОЛЬШАКОВА

Анастасія
БОЛЬШАКОВА

Затверджено на засіданні ради факультету соціальних комунікацій
протокол № 1 від « 25 » серпня 2020 р.

Голова ради факультету



Алла СОЛЯНИК

Заліковий модуль 1.

ЗМІСТОВНИЙ МОДУЛЬ 1.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ.

Лекція №1.

Тема: Вступ до спеціальної психології.

Мета вивчення: Ознайомлення з місцем спеціальної психології в системі сучасної психологічної науки.

Література:

1. Дуткевич Т.В. Практична психологія: вступ у спеціальність: навч. посіб. К.: Центр навч. л-ри, 2009.
2. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
3. Матейко Н.М. Психологічна реабілітація емоційних порушень дітей та підлітків засобами піскової терапії // Scientific Journal Virtus. International Innovative Journal Impact Factor (IGIF) - №13, April, 2017 – P. 63-67.
4. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.

Основний зміст:

Спеціальна психологія — це галузь психологічної науки, яка вивчає своєрідність психічного розвитку осіб з психофізичними порушеннями. Відповідно психологія розумово відсталої дитини досліджує своєрідність психічного розвитку цієї категорії дітей. При цьому предметом спеціальної психології є всі психічні явища, а саме: пізнавальні та емоційно-вольові психічні процеси, психічні стани та психічні властивості, які виявляються у різних формах активності людини — діяльності, спілкуванні, поведінці. Спеціальна психологія як історично перша галузь практичної психології. Корекційна психологія: корекційна освіта та психологія. Психологія дизонтогенезу. Історія донаукового періоду. Побутові уявлення. Релігія. Мистецтво. Педагогіка. Медицина. Ітар. Ескіроль. Сеген. Патологічна психологія. Педологія. Перші принципи аналізу: динамічного аналізу, порівняльного аналізу, системно-комплексного аналізу. Поява генетичної ідеї. **Олігофренопсихологія. Сурдопсихологія. Тифлопсихологія. Біне.**

Бехтерев. Виготський. Нові напрямки: логопсихологія, затримка психічного розвитку, депривація, реабілітація, складні та сукупні порушення розвитку. Сучасні напрямки дослідження порушень розвитку: клініко-психологічний, психолого-педагогічний, соціально-педагогічний, консультативний. Природничо-наукова та гуманітарна парадигми. Предмет спеціальної психології. Задачі спеціальної психології.

Методи та принципи дослідження у спеціальній психології — способи пізнання психічного розвитку та його закономірностей. Найбільш повною є класифікація методів психологічного дослідження, представлена у працях Б.Г. Ананьєва. У ній виділяється чотири групи методів: 1. **Організаційні** методи, які включають порівняльний, лон гітюдний та комплексний методи. 2. **Емпіричні** методи спрямовуються на збір емпіричних даних щодо досліджуваного психічного явища. 3. **Методи обробки даних**. До них належать методи кількісного та якісного аналізу даних. 4. **Інтерпретаційні** методи. У цю групу входять **генетичний** (аналіз матеріалу в плані розвитку з виокремленням окремих фаз, стадій, критичних моментів тощо) та **структурний** (виявлення зв'язку між усіма характеристиками явища) методи. Проведення досліджень у спеціальній психології з використанням різноманітних методів має відповідати **основним принципам**. 1. **Порівняльний принцип**. Відповідно до цього принципу результати дослідження мають зіставлятися з аналогічними даними, отриманими на такій самій вибірці нормально розвинених дітей. Саме це дає змогу з'ясувати специфічні закономірності розвитку дітей з вадами. Порівняльний принцип має також передбачати вивчення дітей з порушеннями розвитку іншої категорії, що дозволить виділити специфічні закономірності саме для досліджуваної категорії аномальних дітей. 2. **Принцип комплексності**. Цей принцип передбачає всебічність вивчення дитини, коли досліджується не окремо взята функція, а у зв'язку з іншими. Крім того, комплексність передбачає використання у дослідженні всіх наявних відомостей про дитину: клінічних, педагогічних та інших, які отримуються в результаті використання

бесіди з дитиною та оточуючими, спостереження та ін. 3. **Принцип системності.** Відповідно до цього принципу, кожне психічне явище потрібно вивчати у взаємозв'язку з іншими, з'ясовуючи його структуру, взаємозв'язок між компонентами та елементами, визначаючи їх ієрархію. 4. **Принцип динамічного вивчення** особи у поєднанні з якісним аналізом результатів психодіагностики. Психічні явища у дитини з порушеннями мають вивчатися лише в розвитку, з урахуванням того, завдяки чому особа змогла виконати завдання. Передбачається виявлення не лише недоліків, а й позитивних, збережених функцій її розвитку, на які слід спиратися в процесі педагогічного впливу. Дотримання у дослідженні зазначених принципів передбачається в процесі використання всіх основних груп методів психологічного дослідження (організаційних, емпіричних, обробки даних, інтерпретаційних). Основні категорії спеціальної психології. До основних у спеціальній психології належать такі категорії: "корекція", "компенсація", "реабілітація", "соціалізація", похідними від яких є значна кількість понять, серед яких у спеціальній психології використовуються поняття абілітації, декомпенсації, псевдокомпенсації, гіперкомпенсації, адаптації, інтеграції та ін.

Питання для самостійної роботи:

1. Предмет та завдання курсу.
2. Межпредметні зв'язки спеціальної психології.
3. Основні категорії спеціальної психології.
4. Роль педології у вивченні дизонтогенезу.
5. Методологічні засади спеціальної психології.

Лекція №2.

Тема: Принципи нормативної динаміки розвитку та відхилень від норми.

Мета вивчення: Ознайомлення з загальними принципами нормативної динаміки розвитку та відхилень від норми.

Література:

1. Бочелюк В.Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навчальний посібник / В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. – Київ : Центр учбової літератури, 2011. – 264 с.
2. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
3. Матейко Н.М. Психологічна реабілітація емоційних порушень дітей та підлітків засобами піскової терапії // Scientific Journal Virtus. International Innovative Journal Impact Factor (IJGIF) - №13, April, 2017 – P. 63-67.
4. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.

Основний зміст:

Принципи вікової динаміки. Л.С.Виготський. Ельконін. Розвиток вищих психічних функцій. Етапи розвитку психіки. Сензитивність. Критичні періоди. Кризи розвитку. Нерівномірність та часові фактори розвитку. Зона актуального та найближчого розвитку. Співвідношення розвитку та навчання. Лурія. Умови нормального розвитку дитини. 10 критеріїв норми. Підходи до розуміння норми. Статистична норма. Функціональна норма. Ідеальна норми. Інтуїтивно-емпіричний підхід. Частотний підхід. Форми абнормальності. Загальні та специфічні закономірності розвитку, що відхиляється від норми. Загальні закономірності, модально-неспецифічні, модально-специфічні закономірності. Процес психічного розвитку: спонтанний, спрямований. Поняття функціонального генезу. Поняття адаптації та дезадаптації. Ремедіація. Корекція. Поняття компенсації та декомпенсації. Заміщувальна гіперфункція. Перебудова функцій. Рівні: міжсистемний, внутрішньо системний. Етапи: термінова, довгострокова. Депривація. Реабілітація.

Чинники розвитку — це постійно наявні обставини, умови, що викликають стійкі зміни у психофізичному розвитку. До умов нормального розвитку індивіда (за Г.М. Дульневим та О.Р. Лурія) належать: 1) нормальна робота головного мозку та його кори; 2) нормальний фізичний розвиток дитини та пов'язане з ним збереження нормальної працездатності, нормального тону сунервових процесів; 3) збереженість органів чуття, які забезпечують нормальний зв'язок із зовнішнім світом; 4) систематичність і послідовність

навчання дитини у сім'ї та закладах освіти. Відповідно брак кожної з зазначених умов призводить до порушення нормального розвитку дитини. Розвиток аномальної, як і нормальної, дитини в цілому визначається поєднанням біологічних та соціальних умов. Л.С. Виготський наголошував, що "вращення" дитини у цивілізацію становить єдиний сплав із процесами її органічного дозрівання. Обидва аспекти розвитку — природний і культурний — збігаються та зливаються в єдине ціле. Природні та культурні зміни є взаємопронизуючими й утворюють по суті єдине середовище соціально-біологічного формування особистості дитини. Таким чином, серед найбільш значущих біологічних чинників нормального психічного розвитку розглядається стан сформованості головного мозку — необхідна нейробіологічна готовність з боку різних мозкових структур та всього мозку в цілому як системи. Зокрема, дослідження О.Р.Лурія показали, що психічна діяльність забезпечується роботою трьох функціональних блоків головного мозку: 1)регуляцією тонуусу та неспанннн; 2)сприйманннн, переробкою та збереженннннн інформації, що надходить із зовнішнього світу; 3)програмуваннннн та контролем психічної діяльності. До **біологічних чинників** виникнення порушень психофізичного розвитку в дитини зараховують: 1)хромосомно-генетичні відхилення в організмі дитини; 2)ендокринні захворювання матері (наприклад, діабет); 3)інфекційні та вірусні захворювання матері під час вагітності (краснуха, токсоплазмоз, грип); 4)венеричні захворювання батьків (гонорея, сифіліс); 5)розбіжність резус-факторів; 6)біохімічні шкідливі впливи; 7)алкоголізм і наркоманію батьків, особливо матері; 8)гіпоксію (кисневу недостатність); 9)токсикоз матері під час вагітності, особливо у другій її половині; 10)патологічний перебіг пологової діяльності жінки, особливо травматизацію головного мозку дитини; 11)серйозні відхилення у соматичному здоров'ї матері (у тому числі недоїдання, загальна соматична ослабленість, гіповітаміноз); 12)мозкові травми у дитини, тяжкі інфекційні та токсико дистрофійні захворювання у постнатальний період; 13)хронічні захворювання дитини в ранньому та

дошкільному віці (діабет, захворювання крові, серцево-судинні хвороби, астма, туберкульоз) та ін. **Соціальні впливи** на розвиток дитини також мають місце ще до її народження. Сучасними дослідженнями доведено, що у внутрішньоутробний період на дитину негативно впливають не лише патогенні біологічні чинники, а й несприятливі соціальні ситуації, в яких перебуває мати дитини і які спрямовані проти самої дитини (наприклад, бажання позбутися вагітності, негативні чи тривожні почуття, пов'язані з майбутнім материнством тощо). Найбільш патогенними є довготривалі негативні переживання матері, що позначається на звуженні судин плода, відповідно — на утрудненні живлення головного мозку киснем; плід розвивається в умовах гіпоксії, може розпочатися відшарування плаценти та передчасні пологи. Не менш патогенними є сильні короточасні стреси. Велике значення має і психологічний стан матері під час пологів. Тому важливо дозволити присутність найближчих, не забирати одразу дитину, а покласти на живіт матері та ін. Вплив соціальних умов розвитку дитини зростає ще більше, коли вона народжується. Поряд з визнанням впливу біологічних та соціальних умов на розвиток дитини у спеціальній психології розглядають також **параметри дизонтогенезу**, тобто чинники, які впливають на виникнення певного виду дизонтогенезу. За даними Г.Є. Су-харєвої, М.С. Певзнер, В.В. Лебединського, Е.Г. Симєрницької та інших, характер дизонтогенезу визначається такими параметрами: 1) часом патогенних впливів; 2) етіологією порушень; 3) розповсюдженістю порушення; 4) ступенем порушення міжфункціональних зв'язків. Розрізняють деприваційні ситуації та деприваційні феномени. **Деприваційні ситуації** — це об'єктивні обставини, що обмежують, блокують задоволення потреб. **Деприваційні феномени** — суб'єктивне явище, суть депривації. Розрізняють **види депривації** залежно від потреб, задоволення яких блокується. До них належать: сенсорно-перцептивна депривація; комунікативна депривація; кінестетична депривація; емоційна депривація та ін. Деприваційні ситуації — це серйозна причина відхилень у розвитку дитини, а деприваційні феномени

розглядаються як особлива форма дизонтогенезу — "деприваційні пошкодження". Слід враховувати, що деякі відхилення у психофізичному розвитку також можуть стати причиною деприваційних феноменів. Наприклад, порушення зору, слуху, рухів, мовлення є особливими формами сенсорної та комунікативної депривації й створюють деприваційні ситуації. Тобто депривація може бути як причиною, так і наслідком дизонтогенезу.

Питання для самостійної роботи:

1. Спеціальний психологічний супровід в системі освіти.
2. Корекційна (спеціальна) педагогіка.
3. Психолого-педагогічна корекція.
4. Дефектологія.
5. Психопатологія, неврологія дитячого віку.
6. Нейропсихологічна корекція дітей с особливостями розвитку.

Лекція №3.

Тема: Класифікація видів розвитку, що відхиляється від норми.

Мета вивчення: Ознайомлення з класифікацією видів розвитку, що відхиляється від норми.

Література:

1. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
2. Дуткевич Т.В. Практична психологія: вступ у спеціальність: навч. посіб. К.: Центр навч. л-ри, 2009.
3. Матейко Н.М. Психологічна реабілітація емоційних порушень дітей та підлітків засобами піскової терапії // Scientific Journal Virtus. International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF) - №13, April, 2017 – P. 63-67.
4. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.

Основний зміст:

Традиційно в дефектології вирізняють дітей з такими **порушеннями психофізичного розвитку**: з порушеннями аналізаторів; розумово відсталих дітей та із затримкою психічного розвитку; тяжкими порушеннями мовлення; порушеннями опорно-рухового апарату; комбінованим дефектом; викривленим розвитком. Окрім того, виділяються також педагогічно

запущені діти та з порушеннями емоційно-вольової сфери психіки. В.В. Лебединський усі порушення розвитку поділяє на шість видів дизонтогенезу (тобто порушення онтогенезу — розвитку людини впродовж життя): 1. **Стійкий недорозвиток.** Характеризується раннім пошкодженням, незрілістю мозкових структур. Прикладом стійкого недорозвитку є олігофренія. 2. **Затриманий розвиток.** Характеризується затриманим темпом розвитку пізнавальної та емоційно-вольової сфер. Приклад затриманого розвитку — затримка психічного розвитку (ЗПР), варіантами якої є: конституційна (гармонійний інфантилізм), соматогенна, психогенна, церебральна (церебральноорганічна). 3. **Пошкоджений розвиток.** Характеризується пошкодженням розвитку після 2—3 років. Прикладом пошкодженого розвитку є органічна деменція. 4. **Дефіцитарний розвиток.** Характеризується тяжкими порушеннями окремих аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату. 5. **Викривлений розвиток.** Спостерігається поєднання загального, затриманого, пошкодженого та прискореного розвитку окремих психічних функцій. Прикладом викривленого розвитку є дитячий аутизм. 6. **Дисгармонійний розвиток.** Характеризується диспропорційністю розвитку в емоційно-вольовій сфері. Прикладом дисгармонійного розвитку є психопатія, патологічне формування особистості. Усі ці види дизонтогенезу поділяються на три основні групи дизонтогенезу: I група — **відхилення за типом ретардації** (затриманий розвиток) та дисфункції дозрівання. Цю групу становлять: загальний стійкий недорозвиток (розумова відсталість); затриманий розвиток. II група — **відхилення за типом пошкодження.** Групу становлять: пошкоджений розвиток (органічна деменція); Дефіцитарний розвиток (тяжкі порушення аналізаторних систем: зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення; розвиток в умовах хронічних соматичних захворювань). III група — **відхилення за типом асинхронії** з перевагою емоційно-вольових порушень. До групи належать: викривлений розвиток (ранній дитячий аутизм); дисгармонійний розвиток (психопатії). Спеціальна психологія вивчає психіку

дітей з різноманітними порушеннями, тобто різними видами дизонтогенезу. При цьому найбільш поширеним є поділ спеціальної психології на такі складові: психологія особи з порушеннями інтелектуального розвитку. Сюди зараховують розумово відсталих дітей, а також дітей із ЗПР; тифлопсихологія — психологія осіб з порушеннями зору; сурдопсихологія — психологія осіб з порушеннями слуху; психологія осіб з мовленнєвими порушеннями; психологія осіб з порушеннями опорно-рухового апарату; психологія осіб з порушеннями емоційно-вольової сфери і соціальної поведінки. Етіологія та класифікація форм дизонтогенезу. Причини відхилень у психічному розвитку. Ендогенії. Екзогенії. Біологічні та соціально-психологічні причини. Періоди ризику: пренатальні, натальні, постнатальні. Біологічні фактори ризику. Етіологія. Локальні та системні порушення. Генетичний вплив. Три апарати нервової системи. Індекс пошкодження головного мозку. Роль соматичного фактору. Соціальний вплив. Соціобіологія. Фактори: локалізації, сили впливу, експозиції, повторюваності, віковий, компенсаторний, фактор своєчасності допомоги. Первинні, вторинні, третинні порушення. Вектральність: знизу вгору, зверху вниз. Профіль дизонтогенезу. Мікрогенез. Продуктивні та негативні симптоми. Фази розвитку вищих психічних функцій: інтерпсихічна, інтрапсихічна. Рівні нервово-психічного реагування: сомато-вегетативний, психомоторний, афективний, емоційно-ідеаторний. Три типи дефектів: сприймаючих органів, реагуючого апарату, ЦНС.

Питання для самостійної роботи:

1. Роль аналізаторів у психічному розвитку
2. Роль вербальної функції у психічному розвитку.
3. Роль генних мутацій та хромосомних аберацій у дизонтогенезі.
4. Місце мікрогенезу у відхиленнях розвитку.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ПОРУШЕНЬ РОЗВИТКУ.

Лекція №4.

Тема: Особливості психічного розвитку при загальному психічному недорозвиненні.

Мета вивчення: Ознайомлення з особливостями психічного розвитку при загальному психічному недорозвиненні.

Література:

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психологической деятельности человека. Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко. Киев: Здоровья, 1980. 123 с.
2. Бондар В. І., Синьов В. М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського ун-ту ім. І. Огієнка. – Вип. 12. – [Серія соціально-педагогічна]. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 8–14.
3. Гошовська Д.Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.
4. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
5. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.

Основний зміст:

Історія формування поняття загального психічного недорозвинення. Відокремлення від деменцій різного генезу, психічних захворювань. Додаткові відхилення у розвитку. Психічний розвиток при дизонтогеніях по типу ретардації. Дифузний, резидуальний, непрогресивний характер протікання. Класифікація ЗПР: конституційного походження, соматогенного походження, психогенного походження. Поняття психофізичного інфантилізму. Загальне зниження прозвольності психічної активності та саморегуляції. Особливості розвитку пізнавальної сфери. Специфічність відчуттів, візуального поля. Знижена диференційованість сприйняття. Порушення просторової координації. Порушення моторики. Зниження координованості. Особливості порушень мовлення. Зниження показників уваги. Порушення мнемічної функції: об'єму, точності, стійкості. Емоційна зумовленість продуктивності пам'яті. Примітивність, стереотипність, ригідність мислення. Мотиваційно-потребова сфера: домінування

фізіологічних потреб, нерозвиненість пізнавального інтересу, імпульсивність поведінки. Загальне особистісне недорозвинення.

Поняття «розумово відстала дитина», прийняте у вітчизняній корекційній педагогіці і спеціальній психології, як і в більшості інших країн, охоплює дуже різноманітну за складом групу дітей, яких об'єднує наявність органічного ушкодження кори головного мозку, що має дифузний, тобто «розлитий» характер. Морфологічні зміни, хоча і з неоднаковою інтенсивністю, захоплюють багато ділянок кори головного мозку дитини, порушуючи їх будову і функції. Звичайно, не виключені й такі випадки, коли дифузна поразка кори поєднується з окремими, більше вираженими локальними (обмеженими, місцевими) порушеннями, що іноді включають і підкіркові системи. Все це обумовлює виникнення у дитини відхилень різної виразності, що виявляються в усіх видах її психічної діяльності, особливо суттєво – в пізнавальній. Переважаючи більшість розумово відсталих дітей складають *діти-олігофрени* (від грецьк. *oligos* – малий + *phren* – розум). Поразка мозкових систем (переважно, найбільш складних і таких, що пізно формуються, структур), що лежить в основі недорозвинення психіки, виникає у цієї категорії дітей на ранніх етапах розвитку – у внутріутробному періоді, при народженні або впродовж перших півтора років життя, тобто до становлення мови. При олігофренії органічна недостатність мозку носить **резидуальний (залишковий) непрогресивний (такий, що не посилюється)** характер, що дає підстави для оптимістичного прогнозу відносно розвитку дитини, яка після перенесеної шкідливості виявляється практично здоровою, оскільки хворобливі процеси, що мали місце в її центральній нервовій системі, припиняються. Вона має позитивні потенційні можливості і за сприятливих умов реалізує їх. Іншими словами, дитина здатна до психічного розвитку, який, проте, здійснюється аномально, оскільки його біологічна основа патологічна. Поняття «**олігофренія**» у багатьох країнах не прийняте. В Україні воно використовується, оскільки дефектологи вважають принципово важливим відокремити відносно

перспективну для подальшої соціально-трудової адаптації і інтеграції в суспільство групу розумово відсталих дітей від тих, чиє перебування в спеціальній освітній установі хоч і є, поза сумнівом, корисним, проте приносить значно менший ефект. Розумова відсталість, що виникла у дитини у віці після 2 років, зустрічається відносно рідко. В цьому випадку вона є «**деменцією**» (*недоумством*). На відміну від олігофренії, при деменції порушення кори головного мозку виникають після досить тривалого, впродовж 2-5 років і більше, нормального розвитку дитини. Деменція може стати наслідком органічних захворювань мозку або травм. Як правило, інтелектуальний дефект при деменції носить безповоротний характер. При цьому, зазвичай, відзначається прогрес захворювання. Не належать до олігофренів і діти, які страждають на прогредієнтні, такі, що посилюються **захворювання, обумовлені спадковими порушеннями обміну речовин**. Ці діти є недоумкуватими і поступово деградують. Якщо їм не надається необхідна медична допомога, то їх розумова відсталість з віком стає все більш різко вираженою. Особливими є випадки, при яких недоумство поєднується з наявністю поточних психічних захворювань, – **епілепсії, шизофренія** і інших, що істотно утруднює її виховання і навчання і, звичайно, прогноз. Просування таких дітей в плані пізнавальної діяльності і особистісних проявів, успішність їх входження в соціальне середовище великою мірою залежать від перебігу хвороби, від можливого, часто непередбачуваного її загострення, яке зводить нанівець усі зусилля педагога.

Причини, що викликають у дитини розумову відсталість, численні і різноманітні. Їх прийнято розділяти на зовнішні (**екзогенні**) і внутрішні (**ендогенні**). Зовнішні можуть впливати в період внутріутробного розвитку плоду, під час народження дитини і в перші місяці (чи роки) її життя. Відомий ряд зовнішніх чинників, що призводять до різких порушень розвитку. Найбільш поширеними з них є наступні: важкі інфекційні захворювання, які жінка переносить під час вагітності (вірусний грип, краснуха і інші); різні інтоксикації організму майбутньої матері, які

виникають під дією отруйних речовин, що утворюються при порушенні процесу обміну. Інтоксикації нерідко є наслідком надмірного вживання вагітною жінкою ліків або алкоголю. Вони можуть порушити розвиток плоду. Небезпечна важка дистрофія під час вагітності, тобто порушення обміну речовин в органах і тканинах, зараження плоду різними паразитами, існуючими в організмі матері (зокрема, токсоплазмозом, яким жінка може заразитись як від домашніх тварин, так і від диких). Травматичні ураження плоду, що виникають при ударі або забитті, також можуть бути причиною розумової відсталості. Розумова відсталість може бути наслідком природової травми – в результаті накладення щипців, здавлення голівки дитини при проходженні через родові шляхи при затяжних або надмірно швидких пологах. Тривала асфіксія під час пологів також може мати своїм наслідком розумову відсталість дитини. Встановлено, що приблизно 75 % випадків складає природжена розумова відсталість. Розумово відсталіх дітей розділяють на **чотири групи за ступенем вираженості дефекту**: з легким, помірним, важким і глибоким ступенем розумової відсталості. Діти, що належать до перших трьох груп, пройшовши спеціальне навчання, здатні соціально адаптуватися і працювати. Прогноз їх розвитку відносно благополучний. Діти, що входять до четвертої групи, поміщаються до інтернатних установ, де вони опановують елементарні навички самообслуговування і адекватної поведінки. У цих установах вони знаходяться довічно. Серед класифікацій олігофренії, що ґрунтуються на клініко-патогенетичних принципах, в нашій країні найбільш поширеною є класифікація, запропонована М. С. Певзнер, відповідно до якої виділяють п'ять форм. При **неускладненій** формі олігофренії дитина характеризується врівноваженістю нервових процесів. Відхилення в пізнавальній діяльності не супроводжуються у неї грубими вадами аналізаторів. Емоційно-вольова сфера змінена нерізко. Дитина здатна до цілеспрямованої діяльності в тих випадках, коли завдання їй зрозуміле і доступне. У звичній ситуації її поведінка не має різких відхилень. При олігофренії, що характеризується

неврівноваженістю нервових процесів з переважанням збудження або гальмування, властиві дитині порушення виразно проявляються в змінах поведінки і зниженні працездатності. У олігофренів з **порушенням функцій аналізаторів** дифузне ураження кори поєднується з ураженнями тієї або іншої мозкової системи. Вони додатково мають локальні дефекти мови, слуху, зору, опорно-рухового апарату. Особливо несприятливо позначаються на розвитку розумово відсталого дитини порушення мови. При олігофренії з **психопатоподібною поведінкою** у дитини відзначається різке порушення емоційно-вольової сфери. На першому плані виявляється недорозвинення особистісних компонентів, зниження критичності відносно себе і навколишніх людей, розгальмованість потягів. Дитина схильна до невиправданих афектів. При олігофренії з **вираженою недостатністю лобних доль мозку** порушення пізнавальної діяльності поєднуються у дитини зі змінами особи за лобним типом з різкими порушеннями моторики. Ці діти в'ялі, безініціативні і безпорадні. Їх мова багатослівна, беззмістовна, має наслідувальний характер. Діти не здатні до психічної напруги, цілеспрямованості, активності, слабо враховують ситуацію. Усі діти-олігофрени характеризуються стійкими порушеннями психічної діяльності, що виразно виявляються у сфері пізнавальних процесів, особливо – в словесно-логічному мисленні. Причому має місце не лише відставання від норми, але й глибока своєрідність і особистісних проявів, і пізнавальної сфери. Таким чином, розумово відсталі аж ніяк не можуть бути прирівняні до дітей більш молодшого віку, що нормально розвиваються. Вони інші за основними своїми проявами. Діти-олігофрени здатні до розвитку, що по суті відрізняє їх від недоумкуватих дітей усіх прогресивних форм розумової відсталості, і хоча розвиток олігофренів здійснюється уповільнено, атиповий, з багатьма, часом дуже різкими, відхиленнями від норми, проте він є поступальним процесом, що вносить якісні зміни в психічну діяльність дітей, в їх особистісну сферу. Структура психіки розумово відсталого дитини надзвичайно складна. Первинний дефект призводить до виникнення багатьох

інших вторинних і третинних відхилень. Порушення пізнавальної діяльності і особи дитини-олігофрена виразно виявляються в різних її проявах. Дефекти пізнання і поведінки мимоволі привертають до себе увагу оточення. Проте, разом із недоліками, цим дітям властиві й деякі позитивні якості, наявність яких служить опорою, що забезпечує процес розвитку. У плані перспективи особливо важлива зона найближчого розвитку, яка визначається завданнями, з якими дитина не може впоратися сама, але може зробити це за допомогою дорослого. Визначення зони найближчого розвитку потрібне тому, що вона дає можливість судити, які завдання будуть доступні дитині в недалекому майбутньому, тобто якого просування від неї можна очікувати. У розумово відсталих дошкільників зона актуального розвитку дуже обмежена. Діти мало що вміють і знають. Що стосується зони найближчого розвитку, то вона значно вужча, більш обмежена, ніж у дітей, що нормально розвиваються. Проте вона існує, і це дає основу стверджувати, що діти з пониженим інтелектом здатні до просування. Це просування невелике, але за певних умов воно може мати місце. Основне завдання дефектолога полягає в тому, щоб сприяти реалізації зони найближчого розвитку кожної дитини.

Питання для самостійної роботи:

1. Психологія розвитку.
2. Психолого-педагогічна абілітація / реабілітація дітей з особливостями розвитку.
3. Профілактика порушень розвитку.
4. Служба спеціальної психологічної допомоги.
5. Психотерапія та психологічне консультування сімей з дітьми, що мають особливості розвитку.

Лекція №6.

Тема: Особливості психічного розвитку при порушеннях мовлення.

Мета вивчення: Ознайомлення з особливостями психічного розвитку при порушеннях мовлення.

Література:

1. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психологічній діяльності людини. Під ред. І. А. Полищука і А. Е. Видренко. Київ: Здоров'я, 1980. 123 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика: Учебник для вузів. — СПб.: Питер, 2006. — 351 с. Дефектологічний словник: навч. посіб. / За ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. — К. : «МП Леся», 2011. — 528 с.
3. Гошовська Д.Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.
4. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. — К.: Академія, 2020. — 224 с.
5. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. — Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. — 357 с.

Основний зміст:

Історія розвитку поглядів на предмет. Первинні, вторинні, третинні відхилення. Анатомо-фізіологічні основи. Центр Брока. Центр Верніке. Лінгвістична характеристика мовлення. Експресивна та імпресивна мова. Структура усної мови: фонетичний бік мови, лексико-граматичний, мелодико-інтонаційний та темпо-ритмічний. Лінгвістичні порушення: фонетичні, лексико-граматичні, мелодико-інтонаційні, темпо-ритмічні, порушення письмової мови, порушення читання. Порушення мовлення: фізіологічні та патологічні, центральні та периферичні, органічні та функціональні. Класифікація порушень мовлення: механічна та функціональна дислалія, ринолалія, ринофонія, дистонія, дизартрія, алалія, афазія, дисграфія та аграфія, дислексія та алексія. Класифікація дітей з порушеннями мовлення: з загальним порушенням мовлення, з фонетико-фонематичними порушеннями, з мелодико-інтонаційними порушеннями, з темпо-ритмічними порушеннями. Ітерація, полтерн, тахілалія, браділалія. Локальний дефект мовлення. Сукупний психомовний дефект. Особливості пізнавальної діяльності. Фонематичне сприйняття. Зв'язок мовнослухового та мовнорухового аналізаторів. Особливості сприйняття цілісного образу предметів. Специфіка розподілу уваги між мовленням та практичною дією. Сенсорна алалія та порушення слуху. Психофізична загальмованість розгальмованість.

Анатомо-фізіологічні механізми мовлення і основні закономірності його розвитку у дитини. Для нормальної мовної діяльності необхідна цілісність і збереженість всіх структур мозку. Особливе значення для мови мають слухова, зорова і моторна системи. Усна мова здійснюється за допомогою скоординованої роботи м'язів трьох відділів периферичного мовного апарату: дихального, голосового та артикуляційного. Мовний видих викликає коливання голосових складок, що забезпечує голос в процесі мови. Артикуляція відбувається завдяки роботі артикуляційного відділу. Вся робота периферичного мовного апарату регулюється ЦНС. Мова формується у процесі загального психофізіологічного розвитку дитини. В період від одного року до п'яти років у здорової дитини поступово формується фонематичне сприймання, лексико-граматична сторона мови, розвивається нормативне відтворення звуків. На найранішому етапі розвитку мови дитина оволодіває голосовими реакціями у вигляді вокалізації, гуління тощо. До одного року дитина розуміє значення багатьох слів і починає говорити перші слова. Після півтора років у дитини з'являється проста фраза, яка поступово ускладнюється. Власна мова дитини стає все більш правильною фонологічно, морфологічно і синтаксично. До трьох років сформовані основні лексико-граматичні конструкції буденного мовлення. В цей час дитина переходить до оволодіння розгорнутим фразовим мовленням. До п'яти років розвиваються механізми координації між диханням, фонацією та артикуляцією, що забезпечує достатню плавність мовного висловлювання. До п'яти-шести років у дитини також починає формуватися здатність до звукового аналізу і синтезу. Нормальний розвиток мови дозволяє дитині перейти до нового етапу – оволодіння письмом і письмовим мовленням. До умов формування нормального мовлення відносяться збережена ЦНС, наявність нормального слуху і зору та достатній рівень активного мовного спілкування дорослих з дитиною. **Мовні порушення** характеризуються тим, що: виникнувши, самостійно не зникають, а закріплюються; не відповідають віку того, хто говорить; вимагають того або іншого логопедичного втручання залежно від

їх характеру; виникнення неправильної мови у дитини може відобразитися на її подальшому розвитку, затримуючи і спотворюючи його. Ці особливості відрізняють порушення мовлення від його тимчасових вад, які можуть мати місце і у дітей, і у дорослих. Серед причин, що викликають вади мовлення, розрізняють біологічні та соціальні фактори ризику. Біологічні причини розвитку мовленнєвих вад являють собою патогенні фактори, що впливають головним чином в період внутрішньоутробного розвитку і пологів (гіпоксія плода, пологові травми і т.д.), а також у перші місяці життя (мозкові інфекції, травми тощо). Соціально-психологічні фактори ризику пов'язані головним чином з психічною деривацією дітей. Особливе значення має недостатність емоційного і мовленнєвого спілкування дитини з дорослими. Негативний вплив на мовний розвиток також можуть здійснювати необхідність засвоєння дитиною молодшого дошкільного віку одночасно двох мовних систем, надмірна стимуляція мовленнєвого розвитку дитини, неадекватний тип виховання дітей, дефекти мови оточуючих. У результаті дії цих причин у дитини можуть спостерігатися вади розвитку мовлення. Всі види мовленнєвих вад, що розглядаються у клініко-педагогічній класифікації, можна поділити на дві великі групи: вади усного мовлення і порушення писемного мовлення. Порушення усного мовлення поділяють на два типи: 1) порушення фонаційного оформлення вимовного боку мовлення; 2) структурно-семантичне системне порушення мовлення. Всі види мовленнєвих вад, що розглядаються у клініко-педагогічній класифікації, можна поділити на дві великі групи: вади усного мовлення і порушення писемного мовлення. Порушення усного мовлення поділяють на два типи: 1) порушення фонаційного оформлення вимовного боку мовлення; 2) структурно-семантичне системне порушення мовлення. **Дислалія.** При дислалії порушення вимови звуків пов'язане з аномалією будови артикуляційного апарата чи особливостями мовного виховання. **Вади голосу** – це відсутність або розлад голосоутворення (фонації) внаслідок патологічних змін голосового апарата. Розрізняють часткове порушення

голосу (страждає висота, сила і тембр) – **дистонія** і повну відсутність голосу – **афонію**. **Ринолалія** – вада звуковимови і тембру голосу, пов'язана з вроджений анатомічним дефектом будови артикуляційного апарата. Анатомічний дефект проявляється у вигляді розщелини на верхній губі, яснах, твердому чи м'якому піднебінні. **Дизартрія** – вада звуковимовної і мелодико-інтонаційної сторони мови, зумовлена недостатністю інервації м'язів мовного апарата. Дизартрія пов'язана з органічним ураженням нервової системи, у результаті чого порушується рухова сторона мови. Причиною дизартрії у дитячому віці є ураження нервової системи у внутріутробному чи родовому періоді життя часто на фоні ДЦП. **Заїкання** – порушення плавності мовлення, обумовлене судорогами м'язів мовного апарата. Заїкання, як правило, починається у дітей у віці від 2 до 6 років. Воно може з'явитися у дітей з випереджаючим мовним розвитком у результаті надмірного мовленнєвого навантаження, психічної травми у дітей із затримкою мовного розвитку у результаті ураження певних структур ЦНС. **Алалія** – відсутність чи недорозвиток мови у дітей, обумовлені органічним ураженням головного мозку. Для цієї мовної патології характерні пізня поява мови, її сповільнений розвиток, значне обмеження як пасивного, так і активного словника. **Афазія** – повна чи часткова втрата мовлення, зумовлена органічними локальними ураженнями головного мозку. У дітей афазію діагностують у тому випадку, коли органічне ушкодження мозку відбулося після оволодіння дитиною мови. У цих випадках афазія призводить до порушення подальшого розвитку, але й до розпаду вже сформованої мови. Афазія часто призводить до глибокої інвалідизації. Можливості компенсації мовних і психічних порушень дуже обмежені. Нерозуміння мови оточуючих і неможливість висловити свої бажання викликають порушення поведінки: агресію, конфліктність, дратівливість. **Вади письма і читання**. У очаткових класах загальноосвітньої школи зустрічаються діти, у яких процес оволодіння письмом і читанням порушений. Частковий розлад процесів читання і письма позначають термінами **дислексія** і **дисграфія**. Їх основним

симптомом є наявність стійких специфічних помилок, виникнення яких в учнів загальноосвітньої школи не пов'язане ні із зниженням інтелектуального розвитку, ні з вираженими вадами слуху та зору, ні з нерегулярністю шкільного навчання. Дислексія і дисграфія звичайно зустрічаються у посланні. Повна нездатність оволодіння письмом і читанням називається відповідно аграфією і алексією. Причини дисграфії і дислексії пов'язані з порушенням взаємодії різних аналізаторних систем кори великих півкуль.

Питання для самостійної роботи:

1. Механічна та функціональна дислалія.
2. Ринологія.
3. Ринологія.
4. Дистонія.
5. Дизартрія.
6. Алалія
7. Афазія.
8. Дисграфія та аграфія.
9. Дислексія та алексія.

Лекція №7.

Тема: Особливості психічного розвитку при порушеннях зору.

Мета вивчення: Ознайомлення з особливостями психічного розвитку при порушеннях зору.

Література:

1. Гошовська Д.Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.
2. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
3. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.
4. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та слуху. Колектив авторів: Вавіна Л.С., Глушенко К.О., Засенко В.В., Софійчук С.О., Кобильченко В.В., Колупаєва А.А., Мерсіянова Г.М., Сухіна І.В., Таранченко О.М., Тарасун В.В. / за ред. Л.С. Вавіної. К.: Науковий світ, 2009. – 168 с.
5. Синьова Є.П. Тифлопсихологія / Є.П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365с.

Основний зміст:

Тифлопсихологія як наука про особливості психічного розвитку сліпих, слабозорих та дітей з емболією та косоокістю. Передумови виникнення. Дідро. Сучасний стан. Тифлологія. Ахроматичний та кольоровий зір. Остаточний зір. Три форми остаточного зору. Супутні розлади. Спадкові порушення зору: тапеторетинальна дегенерація, міопія, глаукома. Атрофія зорового нерву, фіблоразія. Процеси компенсації. Ранні прояви дизонтогенезу. Роль вербальної комунікації у компенсаторних та корекційних процесах. Особливості розвитку пізнавальних процесів. Формування особистості при порушеннях зору. Особливості адаптаційних процесів: адаптація до предметного світу, до соціального середовища, до власних особливостей. Формування предметної діяльності. Особливості учбової діяльності.

Виділення і розвиток тифлопсихології як науки пов'язаний із організацією навчання сліпих в спеціальних школах. Перша школа була відкрита в Парижі В. Гаюї в 1784 р. А психологія сліпих уперше була розглянута основоположником матеріалістичного напрямку у французькій психології Д. Дідро в роботі «Лист про сліпих для науки зрячим». У тифлопсихології представлені два різноспрямованих процеси: а) глибша диференціація осіб із порушенням зору – тотально сліпий, сліпий із світловідчуттями, сліпий із залишковим зором, глибоко слабкозорий, слабкозорий; б) об'єднання всіх груп осіб, що мають ослаблений зір (low vision). Ці тенденції позначаються і на психологічній характеристиці дітей із порушенням зору: по-різному визначаються міра і глибина впливу на психічний розвиток дітей різних форм патології зору і можливості їх компенсації в процесі індивідуальної роботи і на спеціальних корегуючих заняттях. Основною проблемою сучасної тифлопсихології є виявлення потенційних можливостей людини, що розвивається, шляхів подолання нею відхилень у формуванні психічних процесів і рис особистості, що виникають в результаті глибокого порушення зору. Особливістю позиції сучасних тифлопсихологів є розуміння психічного розвитку дітей з порушенням зору не як розвитку аномального організму, а

як розвитку активної особистості, що заповнює безпосередні дефекти сенсорики різнобічною пізнавальною діяльністю. Величезну роль в психічному статусі дітей і дорослих з порушенням зору має час появи дефекту. Особливо це стосується тотально сліпих. У літературі і життєвій практиці виділяються дві категорії дітей, що мають порушення зору: сліпонароджені і осліплі. Діти з природженою тотальною сліпотою і осліплі до 3 років, як правило, не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється на основі обмеженої сенсорної системи. Чим раніше виник дефект зору, тим більше він позначається на формуванні психіки. Процес компенсації проходить ряд стадій, що розрізняються своєю структурою, ієрархічним виділенням на кожній стадії тих психічних утворень, які забезпечують дитині просування в розвитку. Перехід від однієї стадії компенсації до іншої обумовлюється формуванням або зміною провідної діяльності і значною мірою залежить від рівня розвитку пізнавальних процесів і психічних властивостей, що дозволяють здійснити цю діяльність, від того, якою мірою зоровий дефект чинить негативний вплив на їх розвиток. Процес компенсації проходить ряд стадій, що розрізняються своєю структурою, ієрархічним виділенням на кожній стадії тих психічних утворень, які забезпечують дитині просування в розвитку. Перехід від однієї стадії компенсації до іншої обумовлюється формуванням або зміною провідної діяльності і значною мірою залежить від рівня розвитку пізнавальних процесів і психічних властивостей, що дозволяють здійснити цю діяльність, від того, якою мірою зоровий дефект чинить негативний вплив на їх розвиток. Проте зрозуміло, що корекція первинного дефекту, коли він не є повним, підвищує компенсаторні можливості, утворюючи динамічну складну систему, не ідентичну психологічній системі ні абсолютно сліпого, ні зрячого. Дитина з порушенням зору через відсутність координуючої і коригуючої рух функції зору починає відставати в розвитку координації рук, що веде до затримки розвитку дрібних рухів пальців. Через відсутність стимулу дитина не простягає спонтанно руку до предмета, щоб його схопити.

Така дитина може легко стати пасивною. Л. Цойтен стверджує, що кожна четверта дитина з природженою сліпотою в перший рік життя впадає в інфантильний аутизм, оскільки не дістає доступу до зовнішнього світу. Менша психічна активність немовляти з порушенням зору, пов'язана з відсутністю зорових вражень, є чинником, що утрудняє темп психічного розвитку, веде до відставання від рівня розвитку зрячого. Розвиток спілкування і його стимулювання в перші місяці життя сліпого і слабкозрячого немовляти має ті ж завдання і здійснюється тими ж методами і способами, що й зрячого. Погладжування, ніжний голос, приємні теплові відчуття, контакт із тілом матері є тими стимулами, які можуть бути сприйняті і викличуть реакцію у відповідь.

Особа і особливості її розвитку при порушеннях зору. У зв'язку з тим, що одні риси і якості особи опиняються в значній залежності від дефекту зору, інші – в меншій, в тифлопсихології склалося декілька різних поглядів на особу сліпого. Вплив дефекту і, зокрема, порушень зору на розвиток психіки дитини не є тільки прямим або однозначним, він проявляється в системному характері порушень, серед яких можна виділити вторинні і третинні. Виділено три групи психічних утворень структури особистості, вплив сліпоти і слабо бачення на які різні. Це: 1) психічні процеси, 2) психічні стани і 3) психічні властивості особи. При цьому відзначається пряма залежність між глибиною дефекту, часом його появи і протіканням таких перцептивних процесів, як відчуття, сприйняття і уявлення. Перший блок структури особи – формування психічних процесів – знаходиться в опосередкованій залежності від порушення зору, оскільки за рахунок розвитку компенсаторних процесів вони розвиваються до рівня норми. Другий блок структури особи – психічні стани – також відчувають вплив дефекту, хоча цей вплив має тимчасовий характер. Сюди входять емоції, що виникають при появі або усвідомленні свого дефекту, відмінності від тих, хто нормально бачить. Третій блок структури особи – темперамент, характер, здібності, спрямованість особи – є стійкими її властивостями. Незважаючи на

те, що цей блок має соціальну природу, його становлення залежить від стану зору. Таким чином, глибокі порушення зору чинять вплив на формування всієї психіки людини. Проте цей вплив нівелюється корегувальною дією і умовами розвитку як у сім'ї, так і в виховних установах.

Питання для самостійної роботи:

1. Особливості поведінки дітей з вадами зору
2. Специфічні особливості комунікаційного контакту.
3. Взаємодія з предметним світом.
4. Взаємодія з іграшками.
5. Особливості сюжетної та рольової гри.

Лекція №8.

Тема: Особливості психічного розвитку при порушеннях слуху.

Мета вивчення: Ознайомлення з особливостями психічного розвитку при порушеннях слуху

Література:

1. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психологічній діяльності людини. Під ред. І. А. Полищука і А. Е. Видренко. Київ: Здоров'я, 1980. 123 с.
2. Бондар В. І., Синьов В. М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського ун-ту ім. І. Огієнка. – Вип. 12. – [Серія соціально-педагогічна]. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 8–14.
3. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
4. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.
5. Психолого-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору та слуху. Колектив авторів: Вавіна Л.С., Глушенко К.О., Засенко В.В., Софійчук С.О., Кобильченко В.В., Колупаєва А.А., Мерсіянова Г.М., Сухіна І.В., Таранченко О.М., Тарасун В.В. / за ред. Л.С. Вавіної К.: Науковий світ, 2009. – 168 с.

Основний зміст:

Сурдопсихологія як наука про особливості психічного розвитку дітей з порушеннями слухової функції. Історія формування сурдопсихології. Фактори формування порушень слуху. Фонові та маніфестні фактори. Психолого-педагогічна класифікація дітей з вадами слуху: глухі (рано та

пізно позбавлені здатності чути) та слабочуючі. Причини порушень слуху. Форми компенсації сліпоті: органічна (внутрішньосистемна), міжсистемна. Механізми компенсації. Супутні розлади у дітей з порушеннями слуху: викривлення діяльності вестибулярного апарату, порушення зору, мінімальні мозкові дисфункції, захворювання центральної нервової системи, захворювання внутрішніх органів. Психічний розвиток в ранній період. Особливості психічного розвитку в дошкільний період, молодшому, середньому та старшому шкільному віці.

Закономірності психічного розвитку осіб із порушеннями слуху та зору вивчаються в межах галузі спеціальної психології – *сурдотифлопсихології*, започаткованої в 30-х рр. ХХ ст., коли Л. С. Виготським була створена теорія про структуру дитячого психічного розвитку, що відхиляється від нормального. Ним введені поняття первісного дефекту та його прямих наслідків (вторинних дефектів). Стосовно до даної категорії дітей порушення слухового та зорового сприймання – первинний дефект; їх уповільнений та своєрідний розвиток – вторинний дефект (вторинні наслідки). Сучасні дослідники дійшли висновку, що всі причини і чинники порушень слуху слід розділяти на три групи. Перша група – такі, що призводять до виникнення *спадкової* глухоти або туговухості. Друга група – ті, що впливають на плід під час вагітності матері (**природжене порушення слуху**). Третя група – чинники, діючі на орган слуху дитини в процесі її життя (**придбане порушення слуху**). В той же час дослідники вважають, що досить часто вади слуху виникають внаслідок дії декількох чинників, що впливають в різні періоди розвитку дитини. Відповідно, виділяють фонові і маніфестні чинники. **Фонові чинники** (*чинники ризику*), створюють сприятливий фон для розвитку глухоти або туговухості. **Маніфестні чинники** викликають різке погіршення слуху. Виділяють три групи дітей з недоліками слуху: **глухі** (що народилися з глибоким порушенням слуху або втратили слух у ранньому дитинстві); **такі, що втратили слух** після оволодіння мовою; **туговухі**, тобто з частковою втратою слуху. Формування **здібностей** у глухих дітей

відбувається за загальними законами дитячого психічного розвитку. Дефект слуху обмежує розвиток дітей тільки в тому, що у них не можуть бути сформовані здібності, що будуються на ґрунті високого розвитку слуху і мови (музичні здібності, ораторське мистецтво та ін.). Проте труднощі мовного спілкування, недоліки в розвитку мови, сповільненість у формуванні понятійного мислення створюють значну своєрідність у формуванні всіх здібностей, які можуть успішно розвиватися тільки при заповненні тих ланок в психічному розвитку, які залишилися недорозвиненими. Жестова мова глухих. У структурі жестової мови слід розрізняти два її види: 1) розмовну жестову мову, якою користуються для спілкування між собою глухі люди, і 2) калькуючу жестову мову, якою користуються переважно сурдоперекладачі при офіційних формах спілкування. Розмовна жестова мова використовує мову жестів. Жести різноманітні і складні за структурою. Вони здійснюються однією або двома руками, причому поєднання пальців рук має строго певне значення. Руки розташовуються перед тілом того, хто говорить, але при цьому в різному просторовому положенні – перед особою, на лінії грудей чи нижче. Рух здійснюється по тій або іншій траєкторії. Швидкість рухів варіюється: вони можуть бути швидкими і повільними, у ряді випадків, коли потрібно особливо підкреслити значення висловлювання, одні й ті ж рухи повторюються.

Питання для самостійної роботи:

1. Особливості поведінки дітей з вадами слуху.
2. Специфічні особливості комунікаційного контакту.
3. Взаємодія з предметним світом.
4. Взаємодія з іграшками.
5. Особливості сюжетної та рольової гри.

Лекція №9.

Тема: Особливості психічного розвитку при порушеннях опорно-рухового апарату.

Мета вивчення: Ознайомлення з облив остями психічного розвитку при порушеннях опорно-рухового апарату.

Література:

1. Атлас для експериментального дослідження відхилень в психологічній діяльності людини. Під ред. І. А. Полищука і А. Е. Видренко. Київ: Здоров'я, 1980. 123 с.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика: Учебник для вузів. — СПб.: Питер, 2006. — 351 с. Дефектологічний словник: навч. посіб. / За ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. — К. : «МП Леся», 2011. — 528 с.
3. Гошовська Д.Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.
4. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. — К.: Академія, 2020. — 224 с.
5. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. — Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. — 357 с.

Основний зміст:

Історія виникнення кондуктивної психології. Литтл. Турнер. Фелпс. Порушення функцій опорно-рухового апарату. Порушення легкого, середнього, важкого ступеню. Регуляція рухових функцій: кора, підкоркові вузли, мозковий ствол, мозжечок, спинний мозок. Дитячий церебральний параліч. Ускладнюючі неврологічні синдроми. Фактори ризику. Форми ДЦП. Структура рухового дефекту. Ранній органічний дефект центральної нервової системи. Дизонтогенетично-енцефалопатичний симптомо-комплекс. Варіанти дизонтогенії психічного розвитку. Парціальна системна ретардація. Патологічна гетерохронія розвитку мозку. Переважаючі синдроми: астено-динамічний, гіпердинамічний. Особливості пізнавальної діяльності. Зв'язок з рухово-кінестетичним аналізатором. Порушення мислення: недостатня сформованість понятійного мислення, динамічні порушення, зниження цілеспрямованості та послідовності. Особливості зв'язку змістовної та організаційної складових. Затримка формування регуляторної функції психіки. Не сформованість праксису та гнозису. Порушення пам'яті та уваги. Специфіка емоційно-вольової сфери.

Хвороби і ушкодження опорно-рухового апарату спостерігаються у 5 – 7% дітей. **Порушення функцій опорно-рухового апарату** можуть мати як

вроджений, так і набутий характер. Спостерігаються такі види патології опорно-рухового апарата: захворювання нервової системи: ДЦП, поліомієліт; вроджена патологія опорно-рухового апарата; вроджений вивих стегна; косолапість та інші деформації ступні, сколіоз, дефекти кінцівок тощо; набуті захворювання та ушкодження опорно-рухового апарата: травматичні ураження спинного мозку, головного мозку та кінцівок, поліартрит, захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток тощо), системні захворювання скелета (рахіт тощо). **Дитячий церебральний параліч (ДЦП)**, його основні прояви. ДЦП виникає внаслідок недорозвитку чи порушення мозку в ранньому онтогенезі. ДЦП проявляється у вигляді різних рухових, психічних і мовних порушень. Таким чином, при ДЦП страждають найважливіші для людини функції: рух, психіка і мова. Провідними у клінічній картині ДЦП є рухові порушення, які часто поєднуються з психічними і мовними розладами, порушеннями функцій інших аналізаторних систем (зору, слуху), судомними випадками. Причиною ДЦП можуть бути різноманітні несприятливі фактори, що впливають у пренатальному періоді, в момент пологів чи на першому році життя. До шкідливих факторів, що несприятливо впливають на плід у пренатальному періоді, відносять: інфекційні захворювання, перенесені майбутньою матір'ю під час вагітності (вірусні інфекції, краснуха, токсоплазмоз); серцево-судинні та ендокринні порушення у матері; токсикози вагітних; фізичні травми плода; несумісність крові матері і плода по резус-фактору; психічні травми, в тому числі негативні емоції; фізичні фактори (перегрівання чи переохолодження, дія вібрації тощо); деякі медичні препарати; екологічне неблагополуччя. Поєднання внутрішньоутробної патології з пологовою травмою є однією з найбільш частих причин виникнення ДЦП. Дія родової травми звичайно поєднується з асфіксією. У дітей, що перенесли стан асфіксії і особливо клінічну смерть, є високий ступінь ризику для виникнення ДЦП. Серед рухових порушень при ДЦП можна виділити такі: **порушення м'язового тону**су. Часто при ДЦП спостерігається підвищення

м'язового тонусу – **спастичність**. М'язи в цьому випадку напружені. Характерним є наростання м'язового тонусу при спробах здійснити той чи інший рух (особливо при вертикальному положенні тіла). При **ригідності** м'язи напружені, перебувають в стані максимального підвищення тонусу. Порушуються плавність і злагодженість м'язової взаємодії. При **гіпотонії** (низький м'язовий тонус) м'язи кінцівок і тулуба в'ялі, слабкі. Об'єм пасивних рухів значно більший від нормального. **Дистонія** – змінюваний характер м'язового тонусу, який відрізняється непостійністю. В спокої м'язи розслаблені, при спробах до руху тонус різко зростає, в результаті чого він може стати неможливим. При ускладнених формах дитячого церебрального паралічу може зустрічатися поєднання різних варіантів порушень м'язового тонусу. Обмеженість чи мимовільність довільних рухів (**парези і паралічі**). Залежно від важкості ураження мозку може спостерігатися повна чи часткова відсутність тих чи інших рухів. Повна відсутність довільних рухів називається центральним паралічем, а обмеження обсягу рухів – центральним парезом. Обмеження обсягу довільних рухів звичайно поєднується зі зниженням м'язової сили. Це утруднює розвиток важливих рухових функцій і перш за все маніпулятивної діяльності і ходи. Наявність насильних рухів. **Гіперкінези** – мимовільні насильні рухи, зумовлені змінним тонусом м'язів, з наявністю неприродних форм і незакінчених рухів. Вони можуть спостерігатися в спокої і посилюватися при спробах здійснити рух, а також під час хвилювання. Насильні рухи можуть бути виражені в м'язах артикуляційного апарату, шиї, голови, різних відділів кінцівок, тулуба. **Тремор** – тремтіння пальців рук і язика. Він найбільш виражений при цілеспрямованих рухах (наприклад, письмі). Порушення рівноваги та координації рухів (**атаксія**). Спостерігається тулубна атаксія у вигляді нестійкості при сидінні, стоянні та ходьбі. У важких випадках дитина не може сидіти чи стояти без підтримки. Спостерігається нестійкість ходи: діти ходять на широко розставлених ногах, похитуючись, відхиляючись в бік. Порушення координації проявляються в неточності рухів. Порушена

координація тонких рухів, що викликає труднощі в маніпулятивній діяльності і при письмі. Порушення відчуттів рухів (**кінестезій**). Розвиток рухових функцій тісно пов'язаний з відчуттям рухів. Ці порушення різко ускладнюють вироблення тих умовно-рефлекторних зв'язків, на основі яких формується відчуття положення власного тіла, пози у просторі. У дітей з ДЦП буває послаблене відчуття пози. Порушення відчуття рухів ще більше збіднює руховий досвід дитини, сприяє розвитку одноманітності у здійсненні окремих рухів, затримує формування тонких координованих рухів.

Недостатній розвиток статокінетичних рефлексів. Ці рефлекси забезпечують формування вертикального положення тіла дитини і довільної моторики. При їх недорозвиненості дитині важко утримувати в потрібному положенні голову і тулуб. В результаті вона відчуває труднощі в оволодіння навичками самообслуговування, трудовими та навчальними операціями.

Синкінезії. Це мимовільні рухи, які супроводжують виконання активних рухів (наприклад, при спробі взяти предмет однією рукою відбувається згинання іншої руки).

Наявність патологічних тонічних рефлексів. Їх вираженість відображає основний механізм порушень при ДЦП. Рухові порушення при церебральному паралічі зумовлені тим, що ураження незрілого мозку змінює послідовність етапів його дозрівання. При ДЦП спостерігається запізнення у згасанні вроджених безумовно-рефлекторних рухових автоматизмів. Аномалії розвитку психіки при ДЦП включають вади формування пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери і особистості.

Структура інтелектуального дефекту при ДЦП характеризується рядом специфічних особливостей.

1. Нерівномірно понижений запас уявлень про оточуючий світ. Діти з ДЦП не знають багатьох явищ оточуючого предметного світу і соціальної сфери, а частіше мають уявлення лише про те, що було у їх практиці.
2. Нерівномірний характер інтелектуальної недостатності, тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереженість третіх. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, у інших, навпаки, особливо страждає

наочно-дійове мислення при кращому збереженні словесно-логічного. 3. Вираженість психоорганічних проявів – сповільненість, труднощі переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті тощо. Для дітей з ДЦП характерні **розлади емоційно-вольової сфери**. Аналіз соціального портрету дітей із особливими потребами свідчить про конфліктний характер їх розвитку, зумовлений порушенням провідних форм діяльності, емоційною та соціальною деривацією, обмеженістю взаємодії з навколишнім світом. Для таких дітей характерні підвищена дратівливість, вередливість, тривожність, негативізм, лякливість. Страху супроводжуються криком, плачем, тремтінням кінцівок, мають неврозоподібний характер. Часте повторення переживання страху зумовлює формування у дитини таких рис характеру: непевненість, сором'язливість, замкненість. Для спілкування дітей із вадами опорно-рухового апарату характерна глибока прив'язаність до рідних, особливо до матері; звичка звертатися по допомогу, навіть без наявної потреби; залежність від навколишніх: для взаємин із ними властиве наслідування і підпорядкування. Ці діти віддають перевагу спілкуванню в малих групах; їм властива пасивність, відсутність ініціативи, слабкість комунікаційної мотивації. У дітей з ДЦП своєрідна **структура особистості**. Достатній інтелектуальний розвиток часто поєднується з відсутністю впевненості у собі, самостійності. Особистісна незрілість проявляється в наївності суджень, слабкому орієнтуванні у побутових і практичних питаннях. У дітей і підлітків легко формується небажання і нездатність до самостійної практичної діяльності. Виражені труднощі соціальної адаптації сприяють формуванню таких рис особистості, як сором'язливість, невміння постояти за свої інтереси тощо. Це поєднується з підвищеною чутливістю, замкнутістю, вразливістю

Питання для самостійної роботи:

1. Апатико-абулічний синдром.
2. Фобічний синдром.
3. Соматико-вегетативні розлади.

4. Істероформні реакції.
5. Простий органічний психічний інфантилізм.
6. Невропатичний варіант психічного інфантилізму.

Лекція №10.

Тема: Особливості психічного розвитку при асинхроніях.

Мета вивчення: Ознайомлення з обливостями психічного розвитку при асинхроніях.

Література:

1. Атлас для експериментального исследования отклонений в психологической деятельности человека. Под ред. И. А. Полищука и А. Е. Видренко. Киев: Здоровья, 1980. 123 с.
2. Бондар В. І., Синьов В. М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності: шляхи від інституалізації до інтеграції // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського ун-ту ім. І. Огієнка. – Вип. 12. – [Серія соціально-педагогічна]. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 8–14.
3. Гошовська Д.Т. Спеціальна психологія та методика педагогічно-корекційного тренінгу: [навчально-методичний посібник] / Д.Т.Гошовська. - Луцьк, 2011. - 265с.
4. Кобильченко В.В. Омельченко І.В. Спеціальна психологія / В.В. Кобильченко, І.В.Омельченко. – К.: Академія, 2020. – 224 с.
5. Пахомова Н.Г., Кононова М.М. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності / Н.Г. Пахомова, М.М. Кононова ; ПНПУ ім. В.Г. Короленка. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2015. – 357 с.

Основний зміст:

Асинхронії розвитку: викривлений та дисгармонійний розвиток. Дженкінс. Типи порушення поведінки при асинхроніях: гіперкінетичні реакції, тривога, аутистичний тип реагування, несоціалізована агресивність, групові правопорушення. Ранній дитячий аутизм. Ознаки аутизму. Стереотипії. Мутизм. Історія вивчення. Поняття аутизму (Блейлер). РДА (Каннер, 1943). «Екстремальна самотність». Аспергер (1944). Аутистична психопатія. Чотири форми аутизму. Первинні та вторинні розлади. Природа синдрому: конституційна, психогенна, ендогенна, органічна. Класичний аутизм. Параутизм. Поліморфізм. Синдроми. Відмінність від РДА. Синдром Сааванта. Особливості пізнавальної сфери. Асинхронія розвитку. Зниження загального життєвого тону. Зниження цілеспрямованості та довільності уваги. Розбіжності реагування на соціальні та фізичні стимули. Крайня

схильність до пересичення. Парадоксальність реакцій: на новизну, сильні та слабкі стимули. Активізуючі враження. Патологічне фантазування. Страхі: типові, зумовлені підвищеною сенсорною чуттєвістю, патологічні. Одним з клінічних варіантів спотвореного розвитку є **ранній дитячий аутизм (РДА)**. Слово аутизм походить від латинського слова "autos" – "сам" і означає відрив від реальності, відгородженість від світу. Термін "аутизм" належить Ейгену Блейлеру (1911), який першим застосував його для позначення особливого виду мислення, що регулюється емоційними потребами людини і не залежить від реальної дійсності, а вже у 1943 році вперше був описаний психіатром Лео Каннером. Спочатку в 1943 році Лео Каннер пов'язував аутистичні розлади з порушенням адекватного контакту дитини з оточуючим світом, пізніше (1944-1974 рр.) вважав, що ранній дитячий аутизм належить до психічних порушень шизофренічного спектру Російська наукова психіатрична школа, спрямована на вивчення аутистичних розладів категорично не погоджувалася з останніми каннерівськими дефініціями і розробляла методики диференціації аутизму від шизофренії, з одного боку, і розумової відсталості з іншого (В. Башина, М. Вроно, Г. Зеленська, Д. Ісаєв, В. Каган, С. Мухін, Г. Пивоварова та інші). **«Високофункціональний» аутизм**, або аутизм з високими можливостями, має ще одну назву – **синдром Аспергера**. Фахівці звичайно вказують на цей стан як на різновид аутизму. DSM-IV відносить його також до групи проникаючих порушень розвитку, при цьому відокремлюючи його від аутизму, хоча певні ключові характеристики (порушення соціальної взаємодії, стереотипні патерни поведінки, інтереси і діяльність) у двох цих станів спільні. Схожість синдрому Аспергера і аутизму виявляється в однаковому характері наявних соціальних проблем, а також наявності вельми вузького спектру стереотипних інтересів, проте, на відміну від аутизму, при синдромі Аспергера не спостерігається загального відставання у мовному та когнітивному розвитку, формуванні навичок самообслуговування і адаптації (не пов'язаних із соціальною взаємодією), а також не спостерігається

відсутності інтересу до оточуючого світу. У багатьох випадках при синдромі Аспергера має місце також відставання у проходженні основних фаз моторного розвитку і недостатній розвиток координації рухів, хоча ці ознаки не є визначальними для діагнозу синдрому Аспергера (Wing, 1981). Природа синдрому Аспергера багато в чому залишається нез'ясованою. Відомо, що хлопчики страждають від цього розладу частіше, ніж дівчатка, хоча точне співвідношення поки ще не встановлено. Традиційно найбільш явні **межі синдрому дитячого аутизму** визначаються таким чином: 1. Порушення здібності до встановлення емоційного контакту. 2. Стереотипність в поведінці, що виявляється як виражене прагнення зберегти постійність умов існування і непереносимість щонайменших їх змін; як наявність в поведінці дитини одноманітних дій – моторних (розгойдування, стрибки, постукування і так далі), мовних (вимовляння одних і тих же звуків, слів або фраз), стереотипних маніпуляцій яким-небудь предметом; одноманітних ігор; пристрастей до одних і тих же об'єктів; стереотипних інтересів, які відбиваються в розмовах на одну і ту ж тему, в одних і тих же малюнках. 3. Абсолютно особливі порушення мовного розвитку (мутизм, ехोलалії, мовні штампи, стереотипні монологи, відсутність в мові першої особи), суть яких – порушення можливості використовувати мову в цілях комунікації. 4. Неспроможність використовувати свої знання і вміння у реальному повсякденному житті, самостійного гнучкого перенесення засвоєних навичок у нові умови.

Питання для самостійної роботи:

1. Особливості поведінки дітей з РДА.
2. Специфічні особливості комунікаційного контакту.
3. Взаємодія з предметним світом.
4. Взаємодія з іграшками.
5. Особливості сюжетної та рольової гри.