

Тема 9. Особливості розвитку, навчання та виховання особистості при порушеннях рухової сфери

План

1. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату та моторного розвитку.
2. Дитячий церебральний параліч.
3. Комплексні порушення психофізичного розвитку дітей, їх види та врахування в умовах інклюзивного навчання.

Ключові поняття: опорно-рухова сфера, дитячий церебральний параліч, комплексні порушення.

Знати: особливості дітей з порушенням опорно-рухового апарату та моторного розвитку; специфічні особливості організації педагогічного процесу дітей із дитячим церебральним паралічем; комплексні порушення психофізичного розвитку дітей, їх види та особливості.

Вміти: враховувати особливості моторної сфери у різних видах навчальної діяльності дітей; враховувати комплексні порушення психофізичного розвитку дітей в умовах інклюзивного навчання.

Завдання для самостійної роботи.

1. Підготувати повідомлення «Врахування особливостей порушень моторної сфери у навчальному процесі».
2. Розробити рекомендації для вихователів щодо ефективної організації навчальної діяльності дітей з порушенням опорно-рухового апарату та моторного розвитку.
3. Дібрати корекційно-розвивальні вправи для профілактики порушення опорно-рухового апарату та моторного розвитку дітей дошкільного віку.
4. Скласти таблицю класифікації комплексних порушень психофізичного розвитку дітей.

Література:

1. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: Навч. посібник. – К.: Вища школа, 1994. с. 101-104 (законспектувати).
2. Колишкін О.В. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта». – Суми: Університетська книга, 2012.
3. Миронова С.П. Основи корекційної педагогіки. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені І. Огнієнко, 2010.

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).

У дітей з вадами опорно-рухового апарату провідним є *руховий дефект*. Основну масу серед них складають діти з ДЦП. У цих дітей рухові розлади поєднуються з психічними і мовними вадами, тому більшість з них потребує не лише лікувальної та соціальної допомоги, але й психолого-педагогічної та логопедичної корекції. Інші категорії дітей з вадами опорно-рухового апарата, як правило, не мають порушень пізнавальної діяльності і не потребують спеціального навчання і виховання. Але всі діти потребують особливих умов життя, навчання і наступної трудової діяльності. В їх соціальній адаптації визначаються два напрямки. Перший має за мету пристосувати до дитини оточуюче середовище. Для цього існують спеціальні технічні засоби пересування (костилі, тростини, велосипеди, коляски), пандуси тощо. Другий спосіб адаптації дитини з руховим дефектом – пристосувати її до звичайних умов соціального середовища.

Дитячий церебральний параліч (дцп), його основні прояви

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) в останні роки став одним з найпоширеніших захворювань нервової системи у дітей.

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.

ДЦП може виникати і після народження у результаті перенесених нейроінфекцій (менінгіту, енцефаліту), важких травм голови.

Структура рухового дефекту при ДЦП

У дітей з ДЦП порушене формування усіх рухових функцій: з труднощами формується функція тримання голівки, навички сидіння, стояння, ходіння, маніпулятивної діяльності. Рухові порушення, будучи провідним дефектом, без відповідної корекції здійснюють несприятливий вплив на формування психічних функцій та мови.

Серед рухових порушень при ДЦП можна виділити такі:

➤ *порушення м'язового тонусу*. 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 тонузом 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.

Рухові порушення у дітей з ДЦП можуть мати різний ступінь вираженості. При важкому ступені дитина не оволодіває навичками ходіння і маніпулятивною діяльністю. Вона не може самотійно обслуговувати себе. При середньому ступені рухових порушень діти оволодівають ходінням, але ходять невпевнено, часто за допомогою спеціальних пристосувань. Вони не можуть самотійно пересуватися по місту, їздити на транспорті. Навички самообслуговування у них розвинуті не повністю, як і маніпулятивна діяльність. При легкому ступені рухових порушень діти ходять самотійно, впевнено як в приміщенні, так і за його межами. Можуть самотійно їздити на міському транспорті. Вони повністю себе обслуговують, достатньо розвинена маніпулятивна діяльність. Однак у дітей можуть спостерігатися неправильні патологічні пози, порушення ходи, рухи сповільнені. Понижена м'язева сила.

Порушення вегетативної нервової системи

Ураження мозку при ДЦП зумовлює і порушення вегетативної нервової системи. У дітей молодшого віку порушення вегетативної нервової системи можуть виявлятися зниженням чи відсутністю апетиту, порушенням сну, загальним збудженням, періодичним підвищенням температури тіла, рвотою, спрагою, закрепами, діареєю. У дітей більш старшого віку може спостерігатися підвищена пітливість, особливо долонь і підшв ніг, шлунково-кишкові розлади, порушення регуляції серцево-судинної і дихальної систем, трофічні

розлади. При порушенні вегетативної нервової системи може також спостерігатися викривлення імунологічної реактивності, що супроводжується частими простудними захворюваннями і виникненням хронічних запальних процесів.

Порушення психіки при ДЦП

Структура дефекту при ДЦП включає у себе специфічні відхилення у психічному розвитку. Картина психічних порушень на фоні раннього внутрішньоутробного ураження характеризується важким недорозвитком інтелекту. При ураженнях, що розвинулись у другій половині вагітності і в період пологів, психічні порушення мають більш нерівномірний характер.

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, лякливність. Страхі супроводжуються криком, плачем, тремтінням кінцівок, мають неврозоподібний характер. Часте повторення переживання страху зумовлює формування у дитини таких рис характеру: невпевненість, 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 тощо.

На формування характеру дитини значною мірою впливає те, як ставляться до її фізичної вади в сім'ї. Батьки можуть навіть не висловлювати негативних суджень. Але якщо вони не позбулися комплексу меншовартості, пов'язаного з неповносправністю дитини, соромляться її недоліків, то дитина не може не відчувати це: у неї формується негативне ставлення до себе, що може спричинити пригнічений настрій, почуття безнадії. Звідси беруть початок невпевненість, несамостійність. Якщо ж переживання батьків поєднується з гіперопікою, діти втрачають можливість пізнавати навколишній світ, а отже, і розвиватися. У них формуються утриманські настанови, нездатність і відсутність бажання діяти, безініціативність. Такі риси зумовлюють труднощі соціальної адаптації дітей із особливими потребами.

Мовні порушення при ДЦП

В структурі дефекту у дітей з ДЦП значне місце займають вади мовлення, частота яких складає 80%.

У дітей з ДЦП виділяють такі форми мовних вад: дизартрія, затримка мовного розвитку, алалія, порушення письмової мови.

Мовні порушення ускладнюють спілкування дітей, хворих на ДЦП, з оточуючими і негативно відбивається на всьому їхньому розвитку.

Порушення слуху

У 6 – 25% дітей з ДЦП спостерігаються вади слуху від незначного зниження до повної глухоти. При незначному ураженні слуху страждає слух на високі тони, при цьому порушується звуковимова високої частоти. Дитина такі звуки, як В, К, С, Ф, Ш просто не вживає. У такої категорії дітей спостерігаються труднощі при навчанні читання і письма. Іноді спостерігається коливання слухового сприймання: хворі в якісь періоди життя починають краще чути, а в якісь – гірше. Коливання ступеня зниження слуху найчастіше залежить від коливання внутрічерепного тиску.

В окремих випадках спостерігається підвищена чутливість до звукових подразників, яка супроводжується підвищенням тону м'язів, посиленням гіперкінезів та мовленнєвих розладів. Будь-яке порушення слухового сприймання призводить до затримки мовного розвитку, а при різкому зниженні слуху мова зовсім не формується.

Вади зору

У дітей з ДЦП можуть спостерігатися зниження гостроти зору, порушення поля зору, аномалії рефракції, косоокість, парез погляду, зміни в очному дні, оптико-гностичні порушення.

Корекційна робота при ДЦП

Основними завданнями корекційної роботи при ДЦП є: надання дітям медичної, психологічної і педагогічної, логопедичної і соціальної допомоги, забезпечення максимально повної і ранньої соціальної адаптації, загальної і професійної освіти. Дуже важливий розвиток позитивного ставлення до життя, суспільства, сім'ї, навчання і праці. Ефективність лікувально-педагогічних

заходів визначається своєчасністю, взаємопов'язаністю, безперервністю тощо. Лікувально-педагогічна робота повинна мати комплексний характер. Важливою умовою комплексного впливу є узгодженість дій спеціалістів різних профілів: невропатолога, психоневролога, лікаря ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, вихователя. Необхідна їх загальна позиція при обстеженні, лікуванні, психолого-педагогічній і логопедичній корекції.

У комплексне відновлювальне лікування ДЦП включаються: медикаментозні засоби, ортопедична допомога, фізіотерапевтичні процедури.

Значну увагу в комплексі реабілітаційних заходів приділяють лікувальній фізкультурі і масажу, які є обов'язковими методами корекційно-відновлювального впливу. Відповідно стану дитини і клініки дефекту призначаються різні види масажу. Під час занять лікувальною гімнастикою нормалізуються біохімічні процеси в нервово-м'язовому апараті, збільшується рухливість суглобів, нормалізується м'язовий тонус, покращується координативність, збільшується об'єм рухів.

Існує кілька основних принципів корекційно-педагогічної роботи з дітьми, що страждають на ДЦП:

- комплексний характер корекційно-педагогічної роботи;
- ранній початок онтогенетично послідовного впливу, що спирається на збережені функції;
- організація роботи у межах провідної діяльності;
- спостереження за дитиною у динаміці психомовного розвитку, що триває; тісна взаємодія з батьками і всім оточенням дитини.

Шитицина Л.М., Мамайчук И.И. називають такі загальні принципи допомоги дітям з важкими розладами опорно-рухового апарату :

- компенсації, що передбачає проведення роботи відповідними спеціалістами;
- взаємозв'язку: кожен спеціаліст будує свою роботу з урахуванням напрямку діяльності інших працівників;
- поєднання індивідуального підходу з груповими формами роботи;
- щоденного обліку психофізичного стану дитини при визначенні об'єму і характеру знань, що з нею проводяться;
- пріоритетного формування якостей особистості, необхідних для успішної соціалізації;
- поєднання в корекційному процесі роботи з розвитку порушених функцій і формування прийомів їх компенсації.

Оскільки роль сім'ї і найближчого оточення в процесі становлення особистості є величезною, необхідна така організація середовища, яка могла б максимально стимулювати цей розвиток. Батьки – основні учасники педагогічної допомоги при ДЦП. Для створення сприятливих умов виховання у сім'ї необхідно знати особливості розвитку дитини, її можливості і перспективи розвитку, дотримуватися правильного розпорядку дня, організувати цілеспрямовані корекційні заняття, сформувані адекватну самооцінку і правильне ставлення до вади, розвинути вольові якості. Для цього важливим є активне включення дитини у повсякденне життя сім'ї, у посильну трудову

діяльність, прагнення до того, щоб дитина не лише обслуговувала себе, але й мала певні обов'язки. Часто батьки бажають позбавити дитину труднощів, постійно оберігають її від усього, що може засмутити, не дають нічого робити самостійно. Таке виховання призводить до пасивності, відмови від діяльності. Добре ставлення близьких повинне поєднуватися з певною вимогливістю до дитини. Потрібно постійно розвивати правильне ставлення до свого стану, до своїх можливостей. У залежності від реакції і поведінки батьків дитина буде розглядати себе або як інваліда, чи, навпаки, як людину, яка здатна досягти певних успіхів.

Основними напрямками корекційно-педагогічної роботи у ранньому та дошкільному віці є:

➤ розвиток емоційного, мовного, предметно-дійового і ігрового спілкування з оточуючими:

- стимулювання сенсорних функцій;
- розвиток передумов до інтелектуальної діяльності;
- формування математичних уявлень;
- підготовка до оволодіння письмом;
- виховання навичок самообслуговування та гігієни.

Значне місце в корекційно-педагогічній роботі при ДЦП відводиться логопедичній роботі. Її основними завданнями є:

- розвиток мовного спілкування;
- нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарата;
- розвиток мовного дихання, голосу;
- формування сили, тривалості, керованості голосу у мовному потоці;
- вироблення синхронності дихання, голосу і артикуляції;
- корекція вад вимови.

Система допомоги дітям з ДЦП

Система допомоги передбачає ранню діагностику і ранній початок систематичної лікувально-педагогічної роботи з дітьми, що хворіють на ДЦП. В основі такої системи лежить раннє виявлення, ще в пологовому будинку чи дитячій поліклініці, серед новонароджених всіх дітей з церебральною патологією і надання їм спеціальної допомоги.

Амбулаторне лікування проводиться на базі дитячої поліклініки лікарями, які керують лікуванням дитини вдома. Комплексне лікування в амбулаторних умовах є достатньо ефективним при легких формах ДЦП, при виражених воно повинне поєднуватися з лікуванням у стаціонарі чи санаторії.

В систему допомоги дітям із ДЦП входить перебування у спеціалізованих дитячих садках, де здійснюються корекційне навчання, виховання і підготовка дітей до школи, та спеціалізованих школах-інтернатах, де відбувається цілісний підхід до особистості дитини з боку педагогічного і медичного персоналу.

Корекційно-педагогічна робота, що здійснюється з дітьми шкільного віку, полягає в послідовному розвитку пізнавальної діяльності та корекції її порушень, вихованні стійких форм поведінки та діяльності. В школах-інтернатах для дітей з вадами опорно-рухового апарату навчаються діти зі

збереженим інтелектом, ЗПР та олігофренією в стадії дебільності, які самостійно пересуваються та обслуговують себе. В підготовчому класі шкіл-інтернатів з'ясовується стан інтелекту, проводиться підготовка до подальшого навчання в школі за адаптованою дванадцятирічною масовою чи допоміжною програмами. Важкі діти, які не пересуваються та не обслуговують себе самостійно, навчаються вдома за звичайною, індивідуальною чи допоміжною програмою. Діти з важкими мовленнєвими порушеннями навчаються в мовних школах. Окремі діти з олігофренією в стадії дебільності навчаються у допоміжних школах.

В школах-інтернатах здійснюється єдиний, цілісний підхід до особистості дитини з боку педагогічного та медперсоналу. Від педагогів вимагається великий такт, знання індивідуальних особливостей дітей, вміння передбачити їх можливі реакції на критичні зауваження. Все це необхідно, щоб поступово виробити у дитини об'єктивне ставлення до своїх можливостей.

Трудове виховання здійснюється як у процесі повсякденного життя, так і на спеціальних заняттях з трудотерапії. Профорієнтація дітей з ДЦП проводиться протягом усього періоду навчання з метою підготовки до майбутньої професії, яка найбільш відповідає психофізичним можливостям та інтересам дитини. В школах-інтернатах працюють різноманітні навчальні майстерні: швейні, столярні, слюсарні. Дітей навчають діловодства і машинопису, фотосправи, садівництва та інших спеціальностей.

Після закінчення школи підлітки продовжують навчання у ВНЗ 1 – 4 рівнів акредитації. За умови збереженого інтелекту вони можуть оволодіти професіями програміста, економіста, бухгалтера, бібліотекаря, перекладача тощо.

До недавнього часу більшість дітей з відхиленнями в розумовому і фізичному розвитку, зокрема, діти з церебральним паралічем, навчалися і виховувалися в спеціальних дошкільних і шкільних установах. В даний час деякі батьки дітей з церебральним паралічем прагнуть навчати їх в масових загальноосвітніх установах. Робота вчителя з дітьми, які хворіють на ДЦПА має певну специфіку.

Комплексні порушення психофізичного розвитку дітей

До складних порушень дитячого розвитку відносять поєднання двох чи більше психофізіологічних вад (зору, слуху, розумового розвитку тощо) в однієї дитини.

Залежно від структури порушень діти з комплексними порушеннями поділяються на **три основні групи**.

До першої входять діти з двома вираженими психофізичними вадами, кожна з яких може викликати аномалію розвитку: сліпоглухі діти, розумово відсталі глухі, слабчуючі з затримкою психічного розвитку.

До другої – ті діти, які мають одну суттєву психофізичну ваду (провідну) у супутнє їй інше порушення, виражене в слабкій мірі, але помітно ускладнює хід розвитку (розумово відсталі діти з невеликим зниженням слуху). В таких випадках говорять про ускладнений дефект.

До третьої групи входять діти з так званими *множинними порушеннями*, коли є три і більше вади (первинні), виражені в різній мірі, які призводять до значних відхилень у розвитку дитини: розумово відсталі слабо зорі глухі діти. До множинних дефектів можна також віднести і поєднання в однієї дитини цілого ряду невеликих порушень, які мають негативний кумулятивний ефект, наприклад, при поєднанні невеликих вад моторики, зору і слуху в дитини може бути виражений недорозвиток мовлення.

Таким чином, до дітей зі складними дефектами можна віднести дітей, у яких спостерігаються порушення розвитку сенсорних і моторних функцій в поєднанні з *недоліками інтелекту (затримка психічного розвитку, розумова відсталість)*.

Причинами виникнення складних дефектів можуть бути, як вказує Б. Пузанов, спадкові та екзогенні фактори.

Найбільш важкою групою дітей зі складними дефектами є *сліпоглухонімі* діти. До неї входять діти не лише позбавлення зору, слуху і мови, але й з парціальним (частковим) ураженням сенсорної сфери: сліпі з такою втратою слуху, яка перешкоджає засвоєнню мови на слух, і глухі з такою втратою зору, що перешкоджає зоровому орієнтуванню.

В даний час прийнято виділяти такі групи сліпоглухонімих.

1. *Вроджена і рання сліпоглухота*, що настала в результаті вродженої краснухи або інших внутріутробних інфекцій, глибокої недоношеності або родової травми, генетичних порушень. Вираженість порушень зору і слуху багато в чому залежить від якості своєчасної медичної допомоги цим дітям. Багато хто має порушення зору, при яких показане раннє хірургічне і терапевтичне лікування (вроджені катаракти, глаукома, косоокість і ін.). Вчасно і якісно зроблена операція очей може істотно поліпшити залишковий зір, а постійне лікування може тривало підтримувати його стан. Проте є дані спостережень, що показують велике число ускладнень після видалення вроджених катаракт у дітей з вродженою краснухою і поганий прогноз розвитку залишкового зору у цих дітей. За зарубіжними даними, до 25 % дітей, що перенесли краснуху внутріутробно і оперованих з приводу двосторонніх катаракт, втрачають зір після 18 років в результаті повного двостороннього відшарування сітківки.

За вираженістю сенсорних порушень дітей з вродженими порушеннями зору і слуху прийнято розділяти на *тотально слепоглухих*, на *практично слепоглухих*, на *слабозорих глухих*, *сліпих слабочуючих* і *слабозорих слабочуючих* дітей. Такі діти потребують спеціальних умов навчання. Це можуть бути спеціальні школи для слепоглухих і спеціальні класи в школах для сліпих або для глухих, а також індивідуальне навчання при спеціальних школах різного типу.

Першими засобами спілкування у цих дітей можуть стати предмети побуту або природні жести, що зображують дії з цими предметами. Надалі вони можуть навчитися спілкуватися за допомогою дактилогії, усної і письмової мови (листок великими «зрячими» буквами або шрифтом Брайля). Відомі

окремі випадки навчання дітей з вродженою сліпоглухотою усним методом — вони могли говорити усно і прочитувати усну мову оточуючих по вібрації.

2. *Вроджені порушення слуху і набута з віком сліпота.* Ці люди складають до 50 % дорослих сліпоглухих. Причинами порушень є синдром Ушера і інші спадкові синдроми, травма і ін. Як правило, ці люди закінчують навчальні заклади для осіб з порушеним слухом, зір їх значно погіршується в старших класах школи або пізніше, Особливої уваги вимагають глухі діти, що втрачають зір в підлітковому віці. Гострому, шоківому стану і психозам, що виникають в окремих випадках у таких підлітків і їх батьків, можна багато в чому запобігти, якщо вчасно виявити цих дітей і надати їм своєчасні психотерапевтичну і психолого-педагогічну допомоги. Провідними засобами спілкування для сліпоглухих у цій категорії найчастіше є жестова мова і дактилогія, яким у випадках різкого падіння зору може допомогти дотик: вони можуть сприймати жестову мову співбесідника, якщо торкатимуться його рук або сприйматимуть дактильну мову «в руку».

3. *Вроджена сліпота і набута глухота.* Це люди, що мають глибокі порушення зору і навчаються в школах для сліпих. В результаті різних причин вони з віком втрачають слух частково або повністю. Як правило, це діти, підлітки або дорослі люди, що користуються в спілкуванні переважно усною мовою, іноді недостатньо виразною. Багато хто з них потребує логопедичної і аудіологічної допомоги. Більшості показане носіння слухових апаратів і індивідуальні заняття з розвитку залишкового слуху і корекції вимови. Спостереження показують, що у ряді випадків ці люди. У зрілому віці можуть втратити слух повністю, і тоді вони переходять на спілкування тільки за допомогою дотику (лист на долоні, дактилогія «в руку» або Лорм — спеціальний алфавіт сліпоглухих, винайдений чеським сліпоглухим Г.Лормом і достатньо популярний в Німеччині, Чехії і деяких інших країнах).

4. *Набута з віком сліпоглухота.* Це люди, що народилися з нормальним слухом і зором, втратили слух і зір в результаті захворювання або травми в підлітковому або зрілому віці. В цьому випадку найбільша проблема — справитися із стресом від втрати зору і слуху і спробувати перебудувати орієнтування, що вже склалося і автоматизовану, в просторі на використання інших видів сенсорики. Особлива задача — зробити доступними інші засоби спілкування (сприйняття усної мови рукою, лист на долоні, дактилогія і лист по Брайлю).

5. *Стареча сліпоглухота.* Відомо, що у деяких людей після 65 років і у багатьох старше 85 різко погіршуються слух і зір. Частина з них стає в старості сліпоглухими. У розвинених країнах світу цим людям виявляється спеціальна підтримка, спрямована на налагодження взаємостосунків в їх сім'ях, на організацію особливих умов допомоги в установах для старезних, на допомогу в спілкуванні і в орієнтуванні.

Раннє виявлення порушення зору і слуху у дітей дозволяє в потрібний момент надати психологічну допомогу сім'ї, своєчасно почати виховання дитини і істотно поліпшити перспективи її розвитку.

Специфічною особливістю таких дітей є практично повна неможливість отримувати інформацію про оточуюче з природних каналів, що збільшує значимість корекційної освіти для них, порівняно з іншими дітьми, які мають складні дефекти. При цьому у сліпоглухонімої дитини часто можуть бути розвинуті всі форми спілкування – від елементарних жестів до вербального мовлення. Це дозволяє таким дітям відносно успішно оволодівати програмою середньої загальноосвітньої школи, а деяким закінчувати вищі навчальні заклади.

В Україні склалися і діють певні види допомоги дітям з складними сенсорними вадами: розумово відсталим глухим та слабочуючим, розумово відсталим сліпим та слабозорим, розумово відсталим дітям з порушеннями опорно-рухового апарату в допоміжних класах відповідних типів шкіл. Найчастіше діти зі складним дефектом, прийняті до школи, отримують домашню освіту (дуже обмежену за часом) чи перебувають у звичайних класах спеціального освітнього закладу, де необхідні індивідуальний підхід до дитини і розробка індивідуальної програми її навчання.

Окрему допомогу діти зі складними дефектами можуть отримати в недержавних закладах або ж у невеликих виховних закладах, які створюються православними чи іншими релігійними общинами.