

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Кафедра логопедії та спеціальних методик

ТЕХНОЛОГІЇ РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Навчально-методичний посібник

Укладач Оксана ТКАЧ

УДК 376-056.264(075.8)

ББК 74.3я73

Т 11

Укладач: Оксана ТКАЧ, кандидат педагогічних наук, доцент, викладач кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

Рецензенти:

Тетяна ШВАЛЮК, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри логопедії та логопсихології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова;

Юлія ГАЛИЦЬКА, кандидат педагогічних наук, доцент, викладач кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка;

Райса НОВІКОВА, завідувач закладу дошкільної освіти компенсуючого типу «Усмішка», м. Кам'янець-Подільський.

Рекомендувала вчена рада факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (протокол № 4 від 27.03.2025 року)

Т 11 Технології раннього втручання : навчально-методичний посібник; уклад. О.М. ТКАЧ. Кам'янець-Подільський: К-ПНУ ім. І. Огієнка, 2025. 155 с.
[Електронне видання].

У посібнику детально представлений аналіз дитячого психомоторного та мовленнєво розвитку. Пропонуються методи діагностики домовного розвитку дітей з перинатальною енцефалопатією і дитячим церебральним паралічем, а також різні методи обстеження дітей першо, друго- і третього року життя. Визначено особливості психомоторного розвитку дітей перших трьох років життя в онтогенезі. Детально описана корекційно-логопедична робота з дітьми з органічним ураженням центральної нервової системи від народження до трьох років.

Призначається для студентів, викладачів вищих навчальних закладів різного рівня акредитації, логопедів, працівників дошкільних закладів та батькам дітей-логопатів.

УДК 376-056.264(075.8)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4	
 РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СИСТЕМІ ОСВІТИ УКРАЇНИ		
1.1. Історія вивчення логопедичної допомоги дітям України.....	6	
1.2. Логопедична допомога в системі освіти України	11	
 РОЗДІЛ ІІ. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ		
2.1. Характеристика основних мовленнєвих порушень.....	14	
2.2. Діагностування мовленнєвого розвитку дитини з порушеннями мовлення	20	
2.3. Особливості логопедичної допомоги.....	22	
 РОЗДІЛ ІІІ. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ В ОНТОГЕНЕЗІ		
3.1. Нормативи психомоторного розвитку дітей першого року життя	27	
3.2. Нормативи психомоторного розвитку дітей другого і третього року життя	33	
 РОЗДІЛ ІV. ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ		
4.1. Діагностика мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення	40	
4.2. Діагностика фонетико-фонематичної сторони мовлення.....	42	
4.3. Діагностика лексичної сторони мовлення.....	46	
4.4. Діагностика граматичної сторони мовлення.....	55	
4.5. Діагностика зв'язного мовлення	61	
 РОЗДІЛ V. КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО ОДНОГО РОКУ		
5.1. Методи вивчення психомоторного розвитку дітей з органічним ураженням центральної нервової системи на першому році життя	62	
5.2. Особливості психомоторного розвитку дітей першого року життя з органічним ураженням центральної нервової системи.....	67	
5.3. Зміст корекційно-логопедичної роботи з дітьми на першому році життя	82	
 РОЗДІЛ VI. КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У ВІЦІ ВІД ОДНОГО ДО ТРЬОХ РОКІВ		
6.1. Зміст корекційно-логопедичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем у віці від одного року до трьох років.....	111	
6.2. Корекційно-логопедична робота на І етапі.....	112	
6.3. Корекційно-логопедична робота на ІІ етапі.....	118	
 ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК.....		126
 ДОДАТОК		150

ВСТУП

Статистичні дані стверджують, що кожного року збільшується кількість дітей дошкільного віку, які мають порушення мовлення.

Зменшити кількість таких дітей на думку фахівців можливо, але для цього потрібно проводити довготривалу роботу, яка полягає у ранній діагностиці (на перших роках життя дитини) різноманітних відхилень у тому числі і мовленнєвих.

Відставання дітей у мовному розвитку є важливою та складною проблемою, яка потребує своєчасної діагностики і корекції. Батьки, педагоги закладів дошкільної освіти повинні приділяти особливу увагу виправленню наявного відставання дитини в мовленнєвому розвитку починаючи ще з молодшого дошкільного віку. Бідну за лексичним складом мову, не сформованість фразового мовлення, порушення звуковимови необхідно виявляти якомога раніше, цей же час доцільно займатися й корекцією.

Проблема ранньої діагностики та своєчасної корекції мовленнєвого розвитку виходить з того, що достатньо велика кількість батьків дітей з порушеннями мовлення на ранніх стадіях не замислюється про діагностику, не приділяючи проблемі взагалі ніякої уваги. У подібних ситуаціях батьки сподіваються, що проблема вирішиться сама собою, “все і так пройде”, не займаються з дитиною самі, і не прагнуть до того, щоб виправленням проблеми займалися фахівці.

Практика показує, що такий підхід найчастіше призводить до посилення проблеми; у дитини розвиваються труднощі при вимові та спілкуванні. Не можна не робити ніяких дій, чекаючи пізнього спонтанного розвитку мовлення, оскільки у таких випадках пізно розвинена мова формується у дитини вже на патологічній основі. В майбутньому можуть з'явитися проблеми при шкільному навчанні: діти з подібними порушеннями традиційно мають труднощі в оволодінні читанням і письмом; пізній або обмежений мовленнєвий розвиток дитини призводить до затримки пізнавальної діяльності. Ці обставини необхідно враховувати як батькам так і педагогам дошкільних установ, які повинні звертати увагу на всі випадки відхилення від норми в мовленнєвому розвитку дитини і рекомендувати батькам звернутися за допомогою до фахівців, роз'яснюючи дорослим необхідність спеціального заняття в дошкільному віці для корекції мовленнєвого розвитку.

Проблемі ранньої діагностики та корекції відхилень у мовленнєвому розвитку дітей в сучасних дослідженнях приділяється, на наш погляд, недостатньо уваги. Більшість досліджень, в основному, присвячені застосуванню різних методик логопедичного впливу в тих випадках, коли має місце яскраво виражене відставання у мовленнєвому розвитку дитини від

вікових норм або ж тоді, коли мова йде про корекцію розвитку дітей з вродженими дефектами артикуляційного апарату, з дитячим церебральним паралічем та іншими відхиленнями психомоторного розвитку, що діагностуються на ранніх етапах розвитку.

Враховуючи, що становлення мовлення у дітей пов'язане з розвитком сенсорної діяльності, психіки, моторики, особливо дрібної, з раннього віку важливо оцінити розвиток і визначити наявність у дитини мовних порушень. Комплексна діагностика із застосуванням нейропсихічних методів повинна охоплювати як мовні, так і немовні можливості дитини. Причинами мовних порушень можуть бути як внутрішні (екзогенні) так і зовнішні (ендогенні) чинники.

Авторами державної концепції раннього втручання розробляється система спеціального навчання нового типу. Вивчається, аналізується досвід як зарубіжних, так і вітчизняних фахівців, що працюють в цьому напрямку.

Багато авторів піднімають питання не тільки про необхідність ранньої діагностики важких порушень, але і про своє тимчасове виявлення та психолого-педагогічному допомогу дітям групи ризику.

До теперішнього часу діти раннього віку перебували поза полем зору, так як спостерігаються в дитячих поліклініках, де не передбачена психолого-педагогічна діагностика, а, отже, і корекційна допомога.

Зростає відсоток народження дітей з ПЕП, що є в подальшому причиною багатьох мовленнєвих порушень (СПМ, ФФН, стерта дизартрія). Ця категорія дітей, отримуючи медичну допомогу, позбавлена корекційно-педагогічної підтримки, так як ПЕП як діагноз до кінця першого року життя знімається, і діти залишаються без корекційної допомоги.

Однією з актуальних проблем є розробка і апробація скринінгових методик обстеження, організація і визначення змісту корекційних заходів в ранній період.

РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОСВІТИ УКРАЇНИ.

1.1. Історія вивчення логопедичної допомоги дітям України.

У післявоєнні роки в Україні вже була розроблена теоретична концепція розгортання диференційованої системи спеціального виховання та навчання дітей із психофізичними вадами. Відтак склалися сприятливі умови для виділення сурдопедагогіки, тифлопедагогіки, олігофренопедагогіки, а згодом і логопедії в самостійні науки, що сприяло розробленню теорії і практики навчання і виховання дітей з порушеннями інтелекту, зору та слуху.

Логопедична допомога дітям в Україні тоді майже не здійснювалась: не було спеціальних шкіл для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку (далі — ПМР), недостатньою була й мережа логопунктів (функціонували лише окремі при масових та допоміжних школах). У 1946 р. Науково-дослідний інститут дефектології Міністерства освіти УРСР видав збірку методично-інструктивних матеріалів для логопедичних пунктів та логопедів допоміжних шкіл. Збірка охоплювала завдання і зміст роботи логопунктів системи Міністерства освіти УРСР, пояснювальну записку до методичного матеріалу для логопедів логопедичних пунктів та шкіл, перелік і короткі методичні вказівки щодо застосування логопедичних вправ для виправлення дефектів мовлення.

Проблема розвитку мовлення дітей тоді розглядалася однобічно — в аспекті формування його комунікативної функції, а мовленнєві розлади вивчалися через призму зовнішніх проявів порушень, без акцентування на їхніх внутрішніх механізмах. Так, наприклад, вади звуковимови здебільшого пояснювалися механічними порушеннями артикуляційного апарату, а недоліки письма і читання вважалися наслідком зорової неповноцінності дітей.

Тому зрозуміло, що робота над подоланням вад мовлення з позицій механічного виправлення й обмежувалася подоланням зовнішніх причин.

З відбудовою народного господарства, підвищенням соціокультурного рівня громадян України проблема спеціального навчання осіб з ПМР ставала нагальнішою; розгорталася робота, спрямована на реорганізацію системи спеціальної освіти дітей; (вада ми психофізичного розвитку, включення до цієї системи закладів для дітей з вадами мовлення. На цьому етапі почали робитися перші кроки в розвитку системи логопедичної допомоги дітям. Зокрема, на початку 50-х рр. логопункти відкривалися не лише на базі шкіл, а й при дитячих поліклініках.

Поглиблене вивчення структури і природи мовленнєвих вад, зростання кількості дітей, які потребували логопедичної допомоги, та невідповідність

мережі спеціальних шкіл для цієї категорії дітей реальним потребам сприяли розгортанню, наукової та методичної роботи, відкриттю нових типів логопедичних закладів. При дитячих поліклініках, диспансерах, яслах та будинках дитини починали відкриватися логопедичні пункти, які обслуговували дошкільників та молодших школярів.

У 1949 р. вийшло «Положення про логопедичні пункти при середніх школах» (Москва), яким тривалий час користувалися й українські фахівці. В ньому давалися пояснення щодо практичного вирішення проблем шкільної успішності, пов'язаних з мовленнєвою недостатністю дітей. Зокрема, рекомендувалося при одній із шкіл, розташованій у центрі району, відкривати логопедичні пункти для обслуговування учнів усього регіону. Для занять на логопедичних пунктах приймалися діти з мовленнєвими вадами, виявлені логопедами під час обстеження прикріплених до пункту шкіл, а також за направленнями лікарів районних поліклінік, учителів, за проханням батьків. Передусім рекомендувалося приймати дітей, мовленнєві вади яких негативно позначалися на успішності в школі. У Положенні містилися рекомендації щодо організації логопедичної роботи з дітьми, перелік посадових осіб, устаткування та обладнання логопедичного кабінету, розкривався зміст роботи вчителя-логопеда. У додатку до Положення наводився перелік основних документів, які має вести логопед за встановленими зразками (журнал відвідування занять, перелік заходів, проведених логопедом, список учнів з визначенням виду мовленнєвого порушення, форми звітності тощо).

З розширенням мережі пунктів логопедичної допомоги виникла гостра потреба в науковому вивченні недоліків мовлення, розробленні принципів та методів запобігання і виправлення. В 1955 р. у НДІ педагогіки Української РСР було створено відділ логопедії, в якому розгорнулися дослідження, спрямовані на розроблення важливих аспектів логопедичної науки.

У цей час в Інституті плідно працюють І. Дьоміна (вивчає проблеми заїкання в дітей та підлітків), А. Винокур (досліджує особливості процесу впровадження логопедичної допомоги дітям перших класів масових шкіл), М. Савченко (вивчає особливості формування мовлення в розумово відсталих дітей), Л. Проколієнко (вирішує проблеми індивідуального підходу в процесі логопедичної роботи), Л. Айзеншток, А. Павлішина (займаються проблемою організації логопедичної роботи в допоміжній школі). Внаслідок експериментальних досліджень було розроблено класифікацію мовленнєвих порушень і створено систему та методи їх подолання. Особливе значення ці дослідження мали для наукового обґрунтування взаємозв'язку недоліків усного та писемного мовлення. З'ясувалося, що порушення письма і читання тісно пов'язані з розладами операцій звуко-буквеного аналізу та синтезу; для

запобігання неуспішності учнів масової школи надзвичайно важливо виявити особливості мовленнєвого розвитку дошкільників, визначити фактори, які зумовлюють мовленнєву патологію, та розробити принципи подолання мовленнєвих порушень у ранньому віці.

На початок 50-х рр. в Україні гостро відчувалася потреба у створенні школи для учнів, які не встигали в навчанні внаслідок таких мовленнєвих вад, як порушення письма, читання, вимови. Саме ці обставини були однією з причин другорічництва серед дітей масової школи. Досі через неуспішність їх намагалися навчати в одному і тому ж класі 2-3 роки, а коли ситуація не змінювалася, в 4 класі їх переводили до школи для розумово відсталих дітей. Досить активною щодо виявлення дітей з вадами мовлення була діяльність І. Дьоміної, М. Савченко та ін.

З огляду на це в березні 1956 р. директор Інституту педагогіки УРСР професор М. Грищенко надіслав до міністра освіти «Доповідну записку» з клопотанням про відкриття двох шкіл для дітей з важкими вадами мовлення як нової ланки системи спеціальної освіти. У ній йшлося про те, що обстеження стану мовлення учнів перших класів багатьох шкіл та дошкільних закладів виявило (І. Дьоміна) близько 12 відсотків дітей і котрі мають різні вади мовлення і потребують спеціальних умов для їх подолання і оскільки вчителі масових шкіл самостійно виправи ти ці порушення неспроможні.

Зазначалося, що існуюча система логопедичної допомоги — неефективна, оскільки логопедичні пункти здебільшого діють у великих містах, зрідка — в містечках. Водночас у сільській місцевості впровадження логопедичної допомоги ускладнювалося через відсутність штатних логопедів. Ті фахівці, які приїздили для консультаційної роботи, неспроможні задовольнити всі потреби села в цій послугі. Тож для задоволення потреби села і міста в логопедичній допомозі учням вказувалося на доцільність відкриття спеціальних міських і сільських шкіл для дітей із ПМР.

Проте тривалий час влада міста не знаходила можливості виділити приміщення для такого типу школи. Лише наприкінці 1962 р. Київський міськвно виділив на південній околиці міста (біля урочища Феофанія) одне з трьох приміщень типових шкіл-інтернатів. Роботу щодо відбору учнів у школу (необхідно було набрати 250 учнів з 2 по 8 класи I — II відділення) очолив відділ логопедії НДІ педагогіки. Водночас на базі міського сурдологічного кабінету розпочала роботу комісія у складі науковців і вчителів, яка мала на меті відібрати перших учнів до нового інтернату.

4 березня 1963 р. школа розпочала свою роботу, хоча контингент дітей виявився значно більшим — він становив 600 осіб (до школи потрапили всі діти масових шкіл з мовленнєвими порушеннями, які перебували на диспансерному

обліку в сурдологічному кабінеті м. Києва). НДІ педагогіки та міськвно забезпечили школу необхідним навчально-методичним устаткуванням. У цей час за наказом Міністерства освіти УРСР школу-інтернат №7 для дітей з важкими вадами мовлення було затверджено як науково-дослідну базу Інституту педагогіки (7.03.1963).

У школі було створено методичний логопедичний кабінет, що мав різноманітні методичні розробки з корекційної роботи, плакати, конспекти відкритих занять, методичну літературу, технічні засоби для логопедичної корекції. Щотижня проводились семінари для вчителів з питань вивчення та корекції різних видів мовленнєвих порушень у дітей, їх навчання і виховання.

Однак, школа могла забезпечити спеціальне навчання лише дітей шкільного віку, а дошкільники залишалися поза увагою фахівців. З огляду на це при школі у 1966 р. відкривалося дошкільне відділення для дітей від 5 до 7 років, які мали важкі вади мовлення.

В 60-х рр. у Харківській школі-інтернаті для дітей із розладами мовлення А. Ліндман та його колеги вивчали дітей із ДЦП, особливості методів корекції рухових і мовленнєво-рухових порушень при цьому захворюванні. Протягом 70-х рр. проблемами навчання і виховання дітей із ПМР займалися такі вчені, як А. Винокур (питання організації і форм позакласної роботи в школі-інтернаті для дітей з ПМР та подолання мовленнєвого недорозвитку в дітей молодшого шкільного віку), І. Дьоміна (проблеми індивідуального підходу в логопедичній роботі із заїкуватими дітьми) та ін.

У 1978 р. вийшли друком «Методичні рекомендації вчителю та вихователю про особливості виховання в процесі вивчення основ наук в спеціальних школах» (Львів). В них, зокрема, йшлося про навчання і виховання дітей з недоліками мовлення; розглядалися питання підвищення ефективності навчання і виховання дітей з розладами мовлення, профілактика відхилень у психологічному розвитку дітей цієї категорії, диференційований підхід у навчанні і вихованні дітей із ПМР у логопунктах, спільна робота логопеда з батьками і загальноосвітніми школами району.

Міністерство освіти і науки України у 1993 р. видало «Положення про логопедичні пункти системи освіти», в якому висвітлювалися проблеми організації системи логопунктів в Україні, організації та змісту логопедичної роботи в них, обов'язки вчителя-логопеда, питання керівництва і контролю діяльності логопедів, вимоги до приміщення, обладнання та порядок фінансування логопункту. В додатках до Положення надавалися зразки документації.

Дослідженнями проблем навчання, виховання та розвитку дітей із ПМР у цей період займаються такі українські вчені, як Є. Соботович (проблема психолінгвістичної періодизації мовленнєвого розвитку дитини, особливості

розвитку, навчання, виховання дітей із загальним недорозвитком мовлення та розвиток мовлення в розумово відсталих дітей), В. Тарасун (проблема корекційно-превентивного навчання дітей із ПМР), М. Шеремет (проблема розвитку мовлення в дітей зі слабким слухом), Н. Чередніченко (організація роботи щодо попередження та виправлення вад писемного мовлення в дітей), що зумовило перегляд наукових засад стосовно побудови навчальних програм для дітей з ПМР. Завдяки дослідженням слухового сприймання та мовнорухової функції, між вимовною діяльністю та фонемоутворенням, між порушеннями усного і писемного мовлення, обґрунтована взаємозалежність порушень звукової та змістової сторін мовлення. Результати наукових пошуків допомогли виявити складний зміст психічних процесів, які беруть участь у формуванні мовленнєвої діяльності. Прикладне значення цих досліджень полягає в тому, що велика увага приділялася вивченню впливу мовленнєвих порушень на засвоєння мовлення учнями, розробленню ефективних засобів запобігання і подолання їхньої неспішності.

У 1996 р. розроблено «Концепцію спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні на найближчі роки і перспективу», в якій одне з важливих місць посідає освіта осіб із ПМР. У відповідній частині Концепції йдеться про систему спеціальних закладів для дітей з вадами мовлення, завдання кожного типу закладів, логопедичну допомогу дітям у дитячих будинках, логопунктах, організацію навчально-виховного процесу в школі для дітей із ТРМ.

«Перелік документації логопеда» (1996), авторами якого є Т. Жук та В. Соколенко, уточнює і доповнює зміст додатків до Положення (1993), пропонує всю необхідну документацію логопедичного пункту щодо організації роботи фахівців та постійної звітності.

В 1997 р. Є. Соботович розробила «Концепцію загально-мовленнєвої підготовки дітей до навчання в школі», в якій виділяються основні завдання дошкільних закладів: розвиток розумових операцій (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, класифікація), що сприяє формуванню узагальнюючої функції мовлення; формування мовленнєвої діяльності в межах практичного оволодіння як передумови, що забезпечує засвоєння теоретичних знань про мову; підготовка дітей до опанування писемного мовлення.

«Концепція державного стандарту освіти учнів із ПМР» (розроблено В. Тарасун у 2000 р.) розглядає комплекс проблем навчання дітей із ПМР. В ній визначаються базові компоненти освіти, здібності до спілкування, закономірності і принципи корекційно-превентивного навчання, базовий навчальний план, навчально-методичне забезпечення, термін навчання учнів із ГІМР. Нині основна мета логопедичної допомоги в усіх закладах освіти —

забезпечення корекційно-розвивального навчання, виховання та розвитку осіб з вадами мовлення.

Внаслідок багаторічних зусиль науковців і практиків нині в Україні функціонує добре налагоджена система спеціальних закладів для дітей з вадами мовлення. Вона охоплює дошкільні заклади (спеціальні для дітей з ПМР та логопедичні групи при масових д/с, для дітей із загальним недорозвиненням мовлення, фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення та заїкуватістю), школи (спеціальні для дітей із ПМР), логопункти (при масових і спеціальних школах, дитбудинках, поліклініках), мережу логопедичної допомоги дорослим і дітям у дитячих психоневрологічних санаторіях з метою корекції мовленнєвих вад та відхилень у психічному розвитку.

Особлива увага приділяється профілактиці мовленнєвих порушень, а також ранній діагностиці відхилень у мовленнєвому розвитку. Розробка принципів ранньої діагностики, забезпечення виявлення та корекції мовленнєвих вад і визначають специфіку логопедичної допомоги в Україні на сучасному етапі її розвитку.

Подальше вивчення проблеми розвитку системи логопедичної допомоги дітям в Україні дає змогу окреслити нові напрями корекційно-розвивального і корекційно-превентивного навчання дітей з порушеннями мовлення (В. Тарасун, Є. Соботович та ін.).

1.2. Логопедична допомога в системі освіти України.

Сучасні соціально-економічні умови в Україні визначають необхідність удосконалення змісту спеціальної освіти з врахуванням потреб суспільства, спрямованих не тільки на всебічний розвиток особистості з порушенням психофізичного розвитку, а й на своєчасне виявлення даних порушень у дітей.

На сучасному етапі в спеціальній освіті України особливе місце займає логопедична допомога дітям та підліткам, що мають вади мовлення.

Основною метою логопедичної допомоги в дошкільних та шкільних закладах освіти є забезпечення ефективності навчально-виховного процесу та розвитку осіб із вадами мовлення, а також попередження мовленнєвих порушень та шкільної неуспішності.

Однією з найважливіших складових логопедичної роботи в Україні є рання діагностика та рання комплексна психолого-педагогічна допомога дитині з вадами мовлення, від ефективної організації якої в певній мірі залежить попередження виникнення вторинних відхилень в процесі становлення психофізичних функцій.

Рання діагностика та рання логопедична допомога є актуальними проблемами сучасної спеціальної педагогіки як в Україні так і в усьому світі,

тому діагностика мовленнєвих порушень у дітей у нашій державі починається вже в молодшому дошкільному віці.

В нашій державі згідно з «Концепцією спеціальної освіти осіб із психічними та фізичними вадами в Україні» (1996 р.) функціонує поширена мережа спеціальних закладів для дітей із вадами мовлення, яка включає:

1) дошкільні заклади: спеціальні дошкільні заклади для дітей із тяжкими вадами мовлення та спеціальні групи при масових загальноосвітніх дошкільних установах для дітей із загальним недорозвиненням мовлення;

- для дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення;
- для дітей із заїканням;

2) спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей із тяжкими вадами мовлення;

3) логопедичні пункти при масових загальноосвітніх та спеціальних школах. Принцип ранньої діагностики та ранньої педагогічної допомоги дітям із вадами мовлення в повній мірі визначає специфіку логопедичної допомоги в Україні, про що свідчить переконлива більшість саме дошкільних установ для дітей із ТБМ.

За даними Міністерства Освіти та науки України 2018 року в нашій державі діяло 956 дошкільних установ для дітей із вадами мовлення, в яких налічувалось 2071 група з 30382 дітьми. Логопедична робота в спеціальних дошкільних закладах починається у вересні з 2-3-тижневого обстеження мовлення дітей, стану загальної та дрібної моторики, виявлення рівня їх психічного розвитку. Після обстеження логопедом складається план корекційної роботи, згідно з яким у першу половину дня він проводить фронтальні, підгрупові та індивідуальні заняття. В другій половині дня, згідно завдань логопеда, заняття з дітьми проводить вихователь (як підгрупові, так і індивідуальні). Проведення всього комплексу корекційного навчання в дошкільній установі потребує поєднання спеціальних логопедичних занять із виконанням загальних програмових вимог.

Згідно «Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей із вадами фізичного або розумового розвитку (13.05.93)» в нашій державі продовжує функціонувати школа для дітей із вадами мовлення, в якій навчаються діти з нормальним слухом та первинно збереженим інтелектом, які мають тяжкі системні мовленнєві порушення.

В Україні на 2018 рік нараховувалося 14 шкіл для дітей ТБМ, які охоплювали 3,2 тис учнів.

Спеціальні школи цього типу мають два відділення

- *перше відділення* для дітей із загальним недорозвиненням мовлення (алалією, афазією, дизартрією, ринолалією), яке значно ускладнює або робить неможливим їх навчання в масовій школі;
- *друге відділення* для дітей із тяжкою формою заїкання при нормально розвиненому мовленні.

Корекція порушень усного та писемного мовлення в учнів спеціальної школи для дітей із ТВМ передбачає систематичну роботу під час всього навчально-виховного процесу, але в найбільшій мірі на уроках рідної мови.

Логопедична робота в школі для дітей із ТВМ проводиться шляхом поєднання фронтальних та індивідуальних форм роботи. Індивідуальні логопедичні заняття вчитель-логопед проводить у позаурочний час. Логопедична допомога в спеціальній школі передбачає залучення до корекційної роботи, окрім логопеда, вчителя та вихователя.

З метою профілактики помилок читання та письма, виправлення мовленнєвих вад в учнів масової школи згідно «Положення про логопедичні пункти загальноосвітньої школи (31.05.93)» в Україні створено велику мережу логопунктів у масових школах.

Характерною особливістю роботи логопеда загальноосвітньої школи є те, що прийом учнів на логопункт він здійснює протягом усього навчального року, причому одночасно працює з 25 – 30 учнями. Логопедичною роботою на логопунктах загальноосвітніх шкіл охоплюють вихованців старших груп дошкільних закладів освіти, мовленнєві вади яких перешкоджають їх успішному навчанню. Логопед загальноосвітньої школи повинен обслуговувати не менше 20 початкових класів.

Основною формою організації начально-корекційної роботи на шкільному логопункті є групові заняття (4-5 чоловік), які проводяться через день з усіма категоріями учнів. З учнями, в яких наявні дизартрія, ринолалія або інші мовленнєві вади спричинені порушенням будови артикуляційного апарату, проводять 2-3 рази на тиждень індивідуальні заняття.

Отже, в Україні створено велику розгалужену систему логопедичної допомоги населенню, засобом якої здійснюється попередження та виправлення мовленнєвих порушень у дітей та підлітків, що забезпечує їх повноцінне існування в суспільстві в подальшому. Але вітчизняною системою спеціальних закладів для осіб із вадами мовлення майже не охоплюється категорія дорослого населення, серед якої велика кількість осіб потребує логопедичної допомоги, що визначає специфіку та пріоритетні напрямки в розширенні та вдосконаленні сучасної системи логопедичної допомоги в Україні в майбутньому.

Навчальні питання та завдання

1. Обговорення основних питань теми.
2. Охарактеризуйте логопедичну допомогу в системі освіти України.
3. Охарактеризувати історичні етапи вивчення логопедичної допомоги дітям України.

Література:

1. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: Науково-методичний посібник. – К.: КНТ, 2008 – 256с.
2. Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту / Упорядники К.Л. Крутій, Н.В. Погрібняк. – [4-те видання. доп]. – Запоріжжя : ТОВ «Ліпс» ЛТД, 2005. – 336 с.
3. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні: науково-методичний посібник / Науковий редактор О.Л. Кононко. – К. : редакція журналу «Дошкільне виховання», 2003. – 243 с.
4. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: Поради батькам.-К.:Літера ЛТД, 2008.-144

РОЗДІЛ II. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.

2.1. Характеристика основних мовленнєвих порушень.

Відомо, що порушення мовлення мають різнобічний характер залежно від їх ступеня, локалізації функції та ступеня її ураження, від виразності вторинних відхилень, що виникають під дією провідного порушення.

Оскільки мовленнєві порушення тривалий час залишалися предметом вивчення дисциплін медико-біологічного циклу, найбільшого поширення набула *клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень*. В основу клінічної класифікації покладено вивчення причин (етіології) і патологічних проявів (патогенезу) мовленнєвої недостатності. Виділяють різні форми (види) мовленнєвої патології, кожна з яких має свою етіологію, патогенез, симптоматику і динаміку прояву.

Схематично характеризуємо порушення усного мовлення:

- *заїкання* – порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату;
- *дислалія* – порушення вимовної сторони мовлення за нормального слуху і збереженої інервації мовленнєвого апарату;
- *ринолалія* – порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами мовленнєвого апарату;

- *дизартрія* – порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатньою інервацією мовленнєвого апарату. Порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання;

- *алалія* – відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;

- *афазія* – повна або часткова втрата мовлення, спричинена локальними ураженнями головного мозку.

Дислалія – це порушення вимовної (звукової) сторони мовлені за збереженої іннервації мовленнєвого апарату, що найчастіше виявляється в дитячому віці. Неправильна вимова може фіксуватися батьками і людьми, що оточують дитину, досить рано, оскільки діти оволодівають артикуляцією звуків лише поступово. Прийнято вважати, що помилки у вимові, виявлені до 5 років, є фізіологічно зумовленими, подолання яких здійснюється спонтанно в тих випадках, коли у дитини немає відхилень у мовно-руховому і слуховому аналізаторах.

Зниження слуху утруднює своєчасне і повноцінне формування звукової сторони мовлення. Так, у дітей зі зниженим слухом особливі труднощі виникають під час засвоєння, наприклад, м'яких і дзвінких приголосних.

Велике значення для розпитку повноцінної фонетичної сторони мовлення має мовленнєве середовище, в якому виховується дитина. Нерідко на прийом до логопеда батьки приводять дитину зі скаргою на погане мовлення, а в процесі обстеження виявляють, що аналогічні вади звуковимови спостерігаються у найближчому оточенні.

У 10% дітей зі зниженим слухом і 50% розумово відсталих спостерігаються різноманітні види порушень у звуковимові.

Залежно від збереженості анатомічного складу мовленнєвого апарату дислалію поділяють на два види:

- а) функціональну (порушена вимова звуків, тоді як мовленнєвий апарат не має патологічних змін);

- б) механічну (неправильна вимова зумовлена вираженими порушеннями в будові артикуляційного апарату).

Причинами функціональної дислалії є:

- а) загальна фізична ослабленість, зумовлена частими соматичними захворюваннями, що спостерігаються в період найінтенсивнішого формування мовленнєвої функції;

- б) недостатній ступінь розвитку фонематичного слуху;

- в) несприятливі соціальні і мовленнєві умови, в яких виховується дитина;

- г) двомовність у сім'ї.

Причини механічної дислалії – це насамперед природжені або набуті вади кісткової і м'язової будови периферичного, мовленнєвого апарату, серед яких виділяють:

1) недоліки будови щелепно-зубної системи:

а) вади у будові зубного ряду (відсутність передніх зубів, рідкі передні зуби, подвійний ряд зубів);

б) вади у будові щелеп: *прогнатія* (верхня щелепа висунута вперед, порушені допустимі норми); *про генія* (нижня щелепа висунута вперед, порушені допустимі норми);

в) передній відкритий прикус;

г) бічний (право-, лівобічний), двобічний прикус;

д) укорочена або дуже масивна вуздечка язика;

2) патологічні зміни розміру і форми язика (дуже маленький або, навпаки, дуже великий язик);

3) неправильну будову твердого і м'якого піднебіння (вузьке, високе, плоске, укорочене). За таких аномалій найпомітніше порушується правильна вимова шиплячих і свистячих звуків, сонорних, страждає зрозумілість мовлення загалом;

4) атипову будову губ (товсті, масивні, вузькі, тонкі, малорухомі), що призводить до неправильної вимови губних, губно-зубних, а також голосних звуків.

Слід зазначити, що не завжди в разі патологічних відхилень у будові артикуляційного апарату порушується звуковимова. Компенсаторні можливості у кожної дитини і в дорослого різні, тому за наявності вад артикуляційних органів в окремих випадках спостерігається правильне вимовляння звуків.

Залежно від кількості порушених груп звуків **дислалію** поділяють на **мономорфну** (страждає одна група звуків, наприклад свистячі - *с, сь, з, зь, ц*) і **поліморфну**, коли порушено дві і більше груп звуків.

За кількістю порушених звуків розрізняють **дислалію просту** (від 1 до 4 звуків) і **складну** (від 4 і більше звуків).

На сучасному етапі розвитку логопедії класифікація дислалії спирається на сукупність критеріїв різних дисциплін, які вивчають мовлення. Водночас для логопедії як педагогічної галузі знань важливим є виділення таких ознак порушення, які є істотними саме для логопедичного впливу, тобто врахування того, якою є вада – фонематичною чи фонетичною.

Відповідно до запропонованих критеріїв виділяють три основні форми дислалії: акустико-фонематичну, артикуляторно-фонематичну, артикуляторно-фонетичну.

Корекційна робота

Система роботи з формування фонетичної сторони мовлення передбачає такі етапи:

- 1) підготовчий;
- 2) постановки відсутніх звуків;
- 3) автоматизації поставлених звуків, введення їх у самостійне мовлення;
- 4) диференціації звуків.

Кожний із перелічених етапів відрізняється за змістом і прийомами логопедичної роботи.

Ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомофізіологічними дефектами мовного апарату.

Хронічні порушення носової прохідності можуть спричинятися аденоїдами, поліпами носової порожнини, викривленням носової перетинки. Вони можуть бути вродженими або набутими. Ці порушення усуваються переважно хірургічним шляхом. Паралельно здійснюється і логопедична робота. Вона нагадує роботу при дислалії, однак до неї додається комплекс вправ, спрямованих на розвиток м'якого піднебіння, контролю за проходженням повітря через ніс.

Дошкільники з ринолалією відвідують логопедичні групи для дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення, а після проведення комплексу лікувальних і логопедичних заходів можуть навчатися у масовій школі. Однак у складних випадках дитину направляють до спеціальної загальноосвітньої школи для дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

На сьогодні група порушень звуковимови охоплює численні недоліки вимовляння звуків, що відрізняються за своїм проявом і механізмами, – це дислалії, ринолалії та дизартрії.

Термін «**дизартрія**» походить з латинської і в перекладі означає розлад членороздільного мовлення.

Дизартрія характеризується певними особливостями залежно як від проявів, так і від походження.

Особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність з руховими розладами. Це виявляється насамперед у характері порушень загальної і мовленнєвої моторики.

До особливостей моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами належать шість видів порушень:

- 1) обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення;
- 2) змінний (нестійкий) характер порушень м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі;
- 3) наявність гіперкінезів (примусових рухів);

- 4) частота оральних синкінезій;
- 5) порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;
- 6) вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату.

Метою обстеження дитини з дизартрією є вивчення стану її позамовленнєвих функцій (гнозису і праксису), мовленнєвих процесів (експресивного й імпресивного мовлення, читання, письма), а також інтелектуальних можливостей. Обстеження має передбачати подвійну мету:

- по-перше, відмежувати наявні у дитини розлади від інших порушень мовлення недизартричного ряду;
- по-друге, допомогти логопеду достеменно описати ту чи ту форму дизартрії, з якою він має справу. Водночас таке обстеження має допомогти педагогу виділити ті основні ланки патологічної картини, які зумовлюють виникнення низки вторинних (системних) порушень мовлення і психічних процесів.

Психолого-педагогічне обстеження вважається завершеним тоді, коли виявлено основний чинник, що зумовив виникнення ознаки (симптому) мовленнєвого порушення, і логопед зможе передбачити зміни, що виникнуть у порушеній функції під час проведення певної корекційно-розвивальної роботи.

Алалія – це відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку внутрішньоутробно чи в ранньому віці.

Алалія належить до найскладніших мовленнєвих патологій. По-перше, вона виникає внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку, що призводить до порушення специфічних механізмів мовлення у його мовно-слуховій чи мовно-руховій ланках, що значно ускладнює та спотворює діяльність засвоєння та використання мови дитиною.

По-друге, алалія – це системне порушення мовлення, що виявляється в недорозвитку усіх його сторін (фонетико-фонематичної, лексичної та граматичної), усіх його видів (експресивного та імпресивного) та форм (усної та письмової).

По-третє, глибина порушення мовлення при алалії є досить суттєвою, що, зокрема, проявляється у відсутності або значному недорозвитку мовлення. Так, у найскладніших випадках перший рівень загального недорозвитку мовлення може спостерігатися у дітей навіть у старшому дошкільному віці, а деякі недоліки писемного мовлення, спричинені алалією, залишаються у таких осіб навіть після закінчення школи.

По-четверте, досить складною є диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку, досить тривалою є корекційна робота з подолання первинних та вторинних відхилень розвитку цієї категорії дітей.

Алалія належить до найскладніших патологій мовленнєвого розвитку.

Через порушення синтагматичних та парадигматичних одиниць мови або грубі дефекти сприймання алалію відносять до числа мовних порушень.

І сьогодні у вивченні алалії залишається багато невирішених питань, пов'язаних з диференційною діагностикою різних форм алалії, пошуком ефективних шляхів корекційної роботи тощо. Однак наявні підходи та методи корекційного впливу дають можливість проводити якісну корекційну роботу з подолання зазначених порушень мовленнєвої діяльності та підготовку дітей до школи.

Афазія — де повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку.

Афазія — це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. При афазії порушується, насамперед, комунікативна функція мовлення. Афазія характеризується порушенням всіх сторін мовлення: фонетики, лексики, граматики.

Про афазію, як мовленнєве порушення йдеться у випадках втрати вже системно сформованого мовлення.

Афазія виникає внаслідок органічного ураження головного мозку різної етіології: пухлин, черепно-мозкових травм, порушень кровообігу, судинних захворювань, інфекційних захворювань.

Заїкання — це порушення мовлення досить поширене серед дітей різного віку. Часто заїкання спостерігається також у підлітків і дорослих.

Досить корисним прийомом подолання заїкання одразу ж після його виникнення є організація режиму цілковитого мовчання упродовж 3-5 днів. На цей час слід покласти дитину у ліжко, дати легкі заспокійливі засоби, збільшити час сну (з обов'язковим денним сном); у приміщенні не має бути жодних сильних подразників (телевізора, радіо, яскравих іграшок, яскравого світла тощо). Харчування повинно бути легким, але поживним. Потрібно відмінити будь-які заняття. Атмосфера має бути максимально доброзичливою.

Ці заходи необхідні для того, щоб заїкання не закріпилося у дитячому мовленні. Дитина має забути про випадок, пов'язаний з виникненням заїкання, та про саме заїкання. Якщо ж цього зробити не вдалося і заїкання закріпилося, слід звернутися до психо-невролога та логопеда.

Логопедична робота при заїканні спрямована на розвиток мовленнєвого дихання, плавності та мелодійності мовлення.

Слід знати основні правила мовлення при заїканні:

- добре подумай про те, що хочеш сказати, перш ніж почати говорити;
- початок фрази слід говорити трохи тихіше та повільніше;
- вдих і видих під час мовлення треба робити через рот;
- вдих має бути коротким, але не різким, а видих – довгим і плавним, безшумним;
- зробивши вдих, слід одразу, але плавно починати говорити;
- ніколи не слід говорити на вдихові;
- голосні звуки, особливо наголошені, слід говорити чітко, а приголосні легко і без притиску;
- речення слід ділити на короткі ритмічні відрізки, кожен з яких вимовляється немовби злито, як одне слово;
- не слід напружуватися під час розмови, постава має бути невимушеною.

Для попередження заїкання найсуттєвішим є:

- правильна організація режиму дня дитини;
- своєчасне лікування гострих і хронічних захворювань;
- створення навколо дитини теплої доброзичливої атмосфери;
- забезпечення нормального спілкування дитини з дорослими та однолітками;
- слід з повагою ставитися до інтересів і потреб дитини, а тому не варто примушувати її;
- без крайньої потреби виконувати волю дорослих;
- звертати особливу увагу на стосунки дитини у школі (особливо у підлітковому віці), на те, як вона стверджується як особистість, як реагує на зауваження, поради, критику.

Дошкільники із заїканням можуть відвідувати логопункт або спеціальні логопедичні групи для дітей із заїканням.

2.2. Діагностування мовленнєвого розвитку дитини з порушеннями мовлення

Мовлення людини не є уродженням, воно виникає і формується в ранні роки. Правильна вимова дитини невіддільна від її повноцінного розвитку. Розуміння мови оточуючих, вираження власних бажань, думок, спілкування з дорослими, з однолітками – усе це активно вводить дитину в життя, збагачує мислення, сприяє інтелектуальному розвитку і формуванню гармонічної особистості.

Значення мовлення в становленні дитини як особистості неможливо переоцінити. Мовлення сприяє формуванню інтелекту, збільшує пізнавальну активність, значно розширює світогляд маленької людини. Завдання дорослих – батьків і педагогів – допомогти їй опанувати писемним і усним мовленням.

Будь-які недоліки мовлення обмежують спілкування дитини з однолітками і дорослими та негативно впливають на формування її емоційно-інтелектуальної сфери, а також у подальшому можуть призвести до неспішності в школі.

Сьогодні ця проблема вимагає подальшого поглибленого вивчення, оскільки недоліки мовлення значно ускладнюють взаємовідносини дитини з оточуючими, накладають важкий відбиток на її характер, породжують невпевненість малюка у власних силах, а це матиме негативні наслідки для його мовленнєвого і психічного розвитку.

Одним із показників життєвої компетентності дошкільника є його мовленнєва активність у різних сферах життєдіяльності, пов'язана з умінням встановлювати комунікативну взаємодію з партнером, грамотно будувати і висловлювати свої думки.

Для надання ефективної логопедичної допомоги дитині необхідно: своєчасно виявляти наявні в неї мовленнєві порушення і грамотно планувати корекційно-розвивальну логопедичну роботу.

Для того, щоб зрозуміти й ефективно впливати на мовленнєвий дефект, необхідно надати дитині своєчасну логопедичну допомогу. Розроблене діагностування корекційно-розвивальної логопедичної роботи сприяє більш глибокому і детальному вивченню мовного та мовленнєвого розвитку кожної дитини і допомагає намітити найбільш ефективні шляхи корекційно-індивідуальної роботи по подоланню мовленнєвого порушення.

Діагностування мовленнєвого розвитку дитини з порушеннями мовлення включає 7 етапів.

Етап 1. Обстеження артикуляційної моторики

- будова артикуляційного апарата (губи, зуби, прикус, язик, тверде піднебіння, м'яке піднебіння);
- моторика органів артикуляції (губи, язик, м'яке піднебіння, щелепи).

Етап 2. Обстеження фонематичної системи мовлення (фонематичний слух, фонематичний аналіз і фонематичне уявлення)

- обстеження фонематичного слуху;
- обстеження фонематичного аналізу;
- обстеження фонематичного уявлення.

Етап 3. Обстеження звуковимови

- вимова звуків (самостійно і відображена);

- обстеження складової структури слова.

Обстеження звуковимови відрізняється в кожній віковій групі дітей (молодша, середня, старша) за кількістю обстежуваних звуків. Дані наведені в таблицях нижче.

Етап 4. Обстеження словникового запасу

Наявність у мові:

- слів-назв предмета;
- слів, що позначають дії предмета;
- слів, що позначають ознаки, якості, властивості предмета;
- слів, що позначають діяльність людей;
- узагальнюючих слів;
- синонімів;
- антонімів;
- споріднених слів.

Етап 5. Обстеження граматичного ладу мовлення

- використання прийменників;
- визначення роду іменників;
- визначення роду займенників;
- утворення множини іменників;
- узгодження числівників з іменниками;
- зміна за відмінками іменників і прикметників;
- узгодження прикметників з іменниками у роді й числі;
- зміна дієслів за особами і числами;
- утворення нових слів за допомогою суфіксів і префіксів.

Етап 6. Обстеження зв'язного мовлення

- складання речень за окремими ситуаційними малюнками;
- складання речень за трьома малюнками, зв'язаними тематично;
- переказ тексту (знайомої казки або короткого оповідання);
- складання оповідання за малюнком або серією сюжетних малюнків;
- складання оповідання на основі особистого досвіду;
- складання оповідання-опису.

Етап 7. Обстеження дрібної моторики

- Провідна рука;
- обсяг рухів:
- повний;
- неповний;
- чітко обмежений;
- темп (швидкий, повільний);
- спроможність переключитись (точна, неточна);

- координація (порушена, незначні порушення, неповна).

Динаміка розвитку мовлення кожного вихованця простежується протягом перебування його в логопедичній групі.

Діагностика допомагає вчителів-логопедів й педагогам не лише скоординувати і побудувати свою роботу на науковій основі, враховуючи рівень мовленнєвого розвитку дитини, але й досягти позитивної динаміки в розвитку мовлення.

На основі отриманих даних на кожного дошкільника складаємо «Індивідуальний план мовленнєвого розвитку дитини з порушенням мовлення», що дозволяє, побачити «випадаючі» ланки в її мовленні.

Обстеження дошкільника з мовленнєвими порушеннями і складені на його основі «мовленнєві плани корекційної роботи» дозволяють наочно і переконливо провести аналіз результатів обстеження мовлення дитини, виявити загальне й індивідуальне в розвитку дітей з мовленнєвими порушеннями.

Подібна форма діагностування корекційно-розвивальної логопедичної роботи сприяє більш глибокому і детальному вивченню мовленнєвого розвитку кожної дитини і допомагає визначити найбільш ефективні шляхи корекційної логопедичної роботи.

Результатом ефективної корекційно-розвивальної логопедичної роботи є:

- сформованість артикуляційної моторики.
- сформованість фонематичного слуху.
- сформованість правильної звуковимови.
- достатній словниковий запас дитини.
- сформованість уміння узгоджувати слова за родом, числом й відмінком, вміння правильно вживати прийменники в мовленні.
- вільне складання оповідань, переказів.
- оволодіння навичками творчої розповіді.
- ефективне спілкування рідною мовою; одержання задоволення від читання (дорослим і власного).
- розвиток дрібної моторики.
- оволодіння елементарними навичками письма і читання.

2.3. Особливості логопедичної допомоги

Допомога таким дітям має бути комплексною і здійснюватися групою спеціалістів: невропатологом, логопедом, психологом, педагогом.

У процесі навчання й виховання дітей з мовленнєвими розладами у спеціальних дитячих садках і логопедичних групах при масових дитячих садках вирішують ті самі завдання, що визначені програмами масових дитячих садків в галузі фізичного, розумового, естетичного і морального розвитку дітей.

Якщо корекція розпочата вчасно (з 3-4 років), то у більшості випадків до початку шкільного навчання порушення мовлення вдається повністю подолати, після чого дитина може вступати до загальноосвітньої школи. І лише у випадках складної мовленнєвої патології навчання має продовжитися у спеціальній загальноосвітній школі для дітей з тяжкими порушеннями мовлення. При нерізко вираженому загальному недорозвитку мовлення (IV рівень ЗНМ, або НЗНМ) корекційна робота проводиться протягом року, після чого дитина може успішно навчатися в масовій школі.

Основні завдання корекційного навчання передбачають корекцію провідного дефекту (ЗНМ, заїкання), розвиток усіх сторін мовлення та підготовку дітей до навчання в школі. Цю роботу регламентують загальноосвітні програми виховання та навчання дітей дошкільного віку, а також спеціальні програми корекційного навчання для дітей з названими вище мовленнєвими дефектами. Після закінчення старшої групи дитячого садка діти з мовленнєвими розладами продовжують навчатися або в масових, або у спеціальних школах для дітей з важкими розладами мовлення. Останні працюють за програмами масових шкіл з подовженням термінів навчання.

Тому для правильного визначення мовленнєвих порушень обов'язково слід звернутися до логопеда, що працює у вашому дитячому садочку, школі, приватного логопеда, або до найближчого логопункту. Лише логопед володіє необхідним арсеналом прийомів, які дають змогу правильно визначити тип та причину порушення, а також розробити індивідуальну систему корекційної роботи, що враховує особливості саме вашої дитини.

Як виявити і виправити недоліки звуковимови.

Дошкільники не завжди оволодівають правильною вимовою звуків не тільки до п'яти, а й до шести років. Часто причинами відставання є не вікові особливості розвитку дитячого мовлення, а відхилення в будові артикуляційного апарату, недостатня рухливість його органів (губ, язика, нижньої щелепи), недостатній рівень розвитку фонематичного сприймання (дитина не розрізняє на слух окремі звуки, змішує їх).

Перш, ніж приступити до виправлення недоліків звуковимови, потрібно в'яснити, які звуки дитина вимовляє неправильно і в чому виражається цей недолік. При обстеженні в першу чергу перевіряється вимова звуків ш, ж, ч, щ, с, с'. з, з', р, р', л, л'. Найчастіше недоліки вимови цих звуків мають місце у дітей старшого дошкільного віку.

Час звернутись до логопеда

Якщо вашій дитині важко спілкуватись зі своїми однолітками, і ви помітили, що її мова, значно відстає від норми зверніться за консультацією до логопеда. В'ясніть, що стало причиною. Можливо, ви дуже мало спілкуєтесь з

вашою дитиною, і вона просто не чує розмовної мови. Тоді негайно почніть більше спілкуватись з дитиною, читати казки, вірші, активно займатись малюванням і ліпленням.

Підставою для відвідування логопеда є неправильна вимова звуків.

Свистячі «С», «З», «Ц» - малюк повинен чітко вимовляти до кінця 3-го року життя.

Шиплячі і сонорні «Ш», «Ж», «Ч» «Л», «Р» до кінця 5-го року життя.

Якщо ви помітили помилки і вас тривожить мова вашої дитини зверніться до логопеда за консультацією і невідкладно. Чим довше малюк буде картавити і шепелявити, тим міцніше закріпиться у нього неправильна вимова і тим важче буде в майбутньому виправити дефект.

ПОРАДИ ЛОГОПЕДА ДЛЯ БАТЬКІВ

Мова – невичерпне джерело розумового розвитку дитини, скарбниця всіх знань. Важлива роль в розвитку мови дитини належить сім'ї. Правильна мова допомагав дитині встановлювати контакти з іншими дітьми, вільно передавати свої думки й бажання, сприяє успішному навчанню в школі.

Батьки не можуть залишатися байдужими до мовних вад своїх дітей, а тому:

- розмовляйте з дитиною кожної вільної хвилини;
- ні в якому разі не повторюйте неправильну вимову дитини. Пам'ятайте, що малюкові потрібно чути лише правильну мову дорослих;
 - не позбавляйте дитину спілкування з однолітками та старшими дітьми;
 - не закидайте дитину великою кількістю іграшок;
 - привчайте дітей бережливо ставитись до книжок та картинок;
 - уважно ставтесь до запитань Вашої дитини. Ваша відповідь має бути чіткою, доступною, зрозумілою дитині;
- систематично проводьте ігри в слова, наприклад: «Хто більше знає слів», «Придумай слово», «Назви, який ...» та інші;
- не забувайте доречно вжити прислів'я, загадати загадку. Стимулюйте дитину до пригадування окремих рядків віршів, пісень;
- не втручайтесь у дитячі розповіді, спочатку вислухайте дитину, а потім виправте помилку.
- постійно стежте за правильністю мови дітей.

Навчальні питання і завдання

1. Чим викликана необхідність ранньої діагностики та корекційної роботи з дітьми в ранній період?

2. Які блоки включає модель системи раннього виявлення і корекції відхилень у розвитку дітей?

3. У чому суть державної концепції раннього втручання?
4. Які статистичні дані здоров'я немовлят?
5. Які причини викликають ПЕП (перинатальну енцефалопатію)?
6. Чому ПЕП (перинатальна) енцефалопатія може бути причиною мовних порушень?
7. Які діагностичні методики дітей раннього віку вам відомі?
8. Які діагностичні показники групи ризику по РДА виділяють?
9. Які діагностичні показники групи ризику мовленнєвої патології?
10. Як пояснити різноманіття варіантів онтогенезу мови?
11. Яка модель (етапи) організації ранньої допомоги дітям з відхиленнями у розвитку?
12. Проаналізуйте досвід реалізації вітчизняних та зарубіжних програм з раннього втручання.

Література

1. Александрова Н.А. Результати клінічних обстежень дітей раннього віку зі складною структурою дефекта // Рання психологомедико педагогічна допомога дітям з особливими потребами та їх сім'ям. Матеріали конференції. - М., 2003.
 2. Баенская О.Р. Проблеми діагностики ранніх порушень емоційного розвитку // Рання психологомедико педагогічна допомога дітям з особливими потребами і їх сім'ям. Матеріали конференції. - М., 2003.
 3. Бернадська М.Е. Показники психічного розвитку у доношених і недоношених немовлят з перинатальним ураженням ЦНС // Рання психолого медико педагогічний ська допомога дітям з особливими потребами та їх сім'ям. Матеріали конференції. - М., 2003.
 4. Волосовець Т.В. Стан і перспективи розвитку системи ранньої допомоги дітям в Росії // Рання психологомедико педагогічна допомога дітям з особливими потребам родинам. Матеріали конференції. - М., 2003.
 5. Дунаєва З.М., Растягайлова Л.І. До питання про організації медико психолого педагогічної допомоги дітям раннього віку з відхиленнями у розвитку // Рання психологомедико педагогічна допомога дітям з особливими потребам родинам. Матеріали конференції. - М., 2003.
- Література:
6. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: Науково-методичний посібник. – К.: КНТ, 2008 – 256с.
 7. Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту / Упорядники К.Л. Крутій, Н.В. Погрібняк. – [4-те видання. доп]. – Запоріжжя : ТОВ «Ліпс» ЛТД, 2005. – 336 с.

8. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні: науково-методичний посібник / Науковий редактор О.Л. Кононко. – К. : редакція журналу «Дошкільне виховання», 2003. – 243 с.

9. Сак Т.В. Особлива дитина: Від народження до 6 років: Поради батькам. – К.: Літера ЛТД, 2008. – 144

РОЗДІЛ III. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ПЕРШИХ ТРЬОХ РОКІВ ЖИТТЯ В ОНТОГЕНЕЗІ.

3.1. Нормативи психомоторного розвитку дітей першого року життя.

Народження дитини – один з найбільш хвилюючий момент в житті будь-якої людини. Доглядати дитину, допомагати їй розвиватись, розуміти її – всьому цьому потрібно вчитись. Психомоторний та фізичний розвиток – дві важливі характеристики здоров'я дитини. Існують певні показники, розуміння яких дозволяє батькам вчасно реагувати на виникнення порушень стану здоров'я дитини. І хоча кожна людина індивідуальна та має особисті темпи розвитку, міжнародні показники психомоторного розвитку – це обов'язкові знання для кожного свідомого батька.

Загальний рівень психомоторного розвитку відображає ступінь дозрівання центральної нервової системи в поєднанні з формуванням психічної сфери і має свої особливості для кожного вікового періоду. Психомоторний розвиток дитини відображає становлення різних відділів нервової системи дитини у певні періоди життя.

Оцінка психомоторного розвитку дитини здійснюється за такими критеріями:

- моторика – цілеспрямована маніпулятивна діяльність дитини;
- статика – фіксація та утримання певних частин тулуба в необхідному положенні;
- сенсорні реакції – формування відповідних реакцій на світло, звук, біль, дотик;
- мова – експресивне мовлення та розуміння мови;
- психічний розвиток – позитивні та негативні емоції, становлення соціального віку.

Моторний розвиток дитини

У грудному періоді рівень розвитку рухових аналізаторів відображають транзиторні безумовні рудиментарні рефлекс (з віком вони зникають):

✓ **оральні сегментарні автоматизми:**

- смоктальний рефлекс – якщо покласти в рот соску, виникнуть активні

смоктальні рухи (рефлекс фізіологічний до 1-річного віку);

- пошуковий (Куссмауля) рефлекс – при погладжуванні шкіри в ділянці кута рога, не торкаючись губ, відбувається опускання губи, відхилення язика і поворот голови в бік подразника (рефлекс фізіологічний до 1 -річного віку);

- хоботковий рефлекс – при постукуванні пальцем по губах відбувається витягнення губ хоботком (рефлекс фізіологічний до 2 міс. життя);

- рефлекс Бабкіна (долонно-ротовий) – при натисканні на подушечки великого пальця відкривається рот і згинається голова (рефлекс фізіологічний до 3 міс. життя);

✓ **спінальні сегментарні автоматизми:**

- хапальний (Робінсона) рефлекс – дитина хапає і міцно тримає предмет при торканні ним поверхні долоні. При цьому іноді вдається підняти дитину над опорою;

- підшовний рефлекс – при натисканні в ділянці основи ІІ-ІІІ пальців підшви відбувається підшовне згинання пальців (рефлекс фізіологічний до 2-4 міс. життя);

- рефлекс Моро (охоплювальний) – коли дитину, що перебуває на руках лікаря, різко опускають на 20 см, потім піднімають до вихідного рівня, вона спочатку відводить руки в боки і розгинає пальці, потім повертає руки у вихідне положення (рефлекс фізіологічний до 4 міс. життя);

- рефлекс опори – якщо дитину взяти під пахви з боку спини, підтримуючи вказівними пальцями голову та поставити на опору, то вона повинна спиратись на неї всією стопою, тобто "стоїть" на напівзігнутих ногах, випрямивши тулуб (рефлекс фізіологічний до 2 міс. життя);

- рефлекс автоматичної ходьби – коли дитину, що перебуває в позі опори, злегка нахилити вперед, вона "крокує" по поверхні, не супроводжуючи ці кроки рухом рук;

- рефлекс повзання (Бауера) – дитину кладуть на живіт так, щоб голова і тулуб були розташовані по середній лінії, вона піднімає головку і здійснює повзаючі рухи; якщо під підшви підставити долоні, то рухи активізуються, до "повзання" підключаються руки (рефлекс фізіологічний до 4-місячного віку);

- рефлекс Таланта – якщо в дитини, яка лежить на боці, провести великим і вказівним пальцями по паравертебральних лініях від шиї до сідниць, дитина вигинається дугою (рефлекс фізіологічний до 4 міс. життя);

- рефлекс Переса – у положенні дитини лежачи на животі проводять пальцем по остистих відростках від куприка до шиї, що спричиняє прогинання тулуба, згинання верхніх і нижніх кінцівок, підняття голови, таза, а іноді сечовиділення і дефекацію; рефлекс болісний, тому його досліджують останнім

(фізіологічний до 4-місячного віку);

✓ **мієлоенцефальні позотонічні рефлекс:**

- лабіринтовий тонічний рефлекс – проявляється легким напруженням м'язів-згиначів верхніх і нижніх кінцівок, коли дитина лежить на животі; легким напруженням м'язів-розгиначів при перевертанні на спину (рефлекс фізіологічний до 1 міс. життя);

- симетричний шийний тонічний рефлекс – при пасивному згинанні голови в новонародженої дитини, яка лежить на спині, відбувається підвищення тону м'язів-згиначів рук і м'язів-розгиначів ніг, при розгинанні голови – навпаки (у здорових новонароджених цей рефлекс виражений слабо, зникає до 2 міс. життя);

- асиметричний шийний тонічний рефлекс – голову дитини, яка лежить на спині, повертають так, щоб підборіддя торкалося плеча, при цьому знижується тонус кінцівок, до яких повернене обличчя; іноді вони розгинаються на короткий час, і підвищується тонус протилежних кінцівок (рефлекс фізіологічний до 2-3 міс. життя);

✓ **мезенцефальні установчі автоматизми:**

- лабіринтовий установчий рефлекс – у новонароджених відсутній або дуже слабо виражений, на 1 -му тижні дитина робить спроби підняти й утримати голову, на 2-му місяці рефлекс добре виражений;

- прості шийні й тулубні установчі рефлекс – поворот голови вбік спричинює поворот тулуба в той самий бік, але не одночасно, а по черзі: спочатку повертається грудний відділ, потім тазовий (зникають до 6-7-місячного віку);

✓ **менінгеальні рефлекс, знаки:**

- ригідність потиличних м'язів – біль або неможливість привести голову до грудей;

- рефлекс Бабінського – штрихове подразнення підошви по зовнішньому краю стопи від п'ятки до основи великого пальця спричинює тильне згинання великого пальця і підошовне згинання інших пальців (рефлекс фізіологічний до 2 років життя);

- рефлекс Керніга – спроба розігнути ногу, зігнуту в колінному та кульшовому суглобах під прямим кутом, у дитини, яка лежить на спині, не вдається (рефлекс фізіологічний до 4-6-місячного віку);

- рефлекс Брудзінського (фізіологічний до 3–4 міс. життя):

- верхній: при пасивному згинанні голови в дитини спостерігається швидке згинання ніг у колінних та кульшових суглобах;

- середній: при натисканні ребром долоні на ділянку лобкового

зчленування у хворої дитини згинаються ноги;

- нижній: при пасивному згинанні однієї ноги в колінному і кульшовому суглобах згинається й друга нога;
- рефлекс Лассега – неможливість зігнути випрямлену ногу в кульшовому суглобі більше ніж на 60–70°.

У дітей першого півріччя життя формуються:

- слухові і зорові орієнтувальні реакції (повертання голівки на голос матері чи інших осіб, на яскраве світло, великі іграшки);
- позитивні емоції (посмішка при погляді на знайомих людей);
- рух кінцівок (спочатку як компонент реакцій, пізніше спроби усвідомленого хапання, спроби перевертатись з боку на бік чи сісти);
- загальні рухові навички;
- підготовчі етапи для активної мови й умінь.

У віці від 6 до 12 міс.:

- розвиваються загальні рухи;
- з'являється розуміння мови, ближче до віку 1 року – спроби власної активної мови (перші склади, надалі окремі слова);
- розпочинаються дії з предметами (тримання іграшок у руках, перекладання з руки в руку);
- виникають перші уміння і навички в процесі спілкування з іншими членами родини (тримання ложки в руці, спроба нею керувати тощо).

Отже, більшість дітей на першому році життя мають такі особливості розвитку:

3 місяці:

- дитина тягнеться за іграшкою та добре тримає голову.
- у відповідь на звукові подразники та яскраві предмети з'являється зосередження, активна реакція;
- агукання часте та тривале. з'являються перші складові ланцюжки «ррр»;
- емоційне звернення до дитини викликає активні рухи, посмішка.

6 місяців:

- активно повертається із спини на живіт, починає повертатися із живота на спину;
- бере цілеспрямовано, запропоновану іграшку, перекладає з однієї руки в іншу. слідує за іграшкою, яка впала донизу;
- спирається на витягнуті руки або повністю відкриті долоні в положенні на животі. починає сидати через поворот набік, спираючись на руку;
- різна реакція та поведінка при появі близької та чужої людини;

- у мовленні з'являється послідовне приєднання різноманітних виразних складів із зміною сили звуку та висоти тону.

9 місяців:

- знає своє ім'я.
- може самостійно гратися з різними іграшками. навмисне скидає предмет. розгойдується на руках і колінах. повторює дії інших дітей.
- сидить вільно. при підтримці за руки, стоїть. реагує на музикальні звуки танцювальними рухами
- адекватно відповідає діями на прості запитання та прохання «дай мені ляльку» «посидь тут». при спробі розмовляти є чітке подвоєння складів.
- легко вступає в контакт на емоційному, ігровому, словесному рівнях.

12 місяців:

- може гратися іграшками годину і більше. шукає іграшки, які заховані. протягує іншій дитині іграшку, супроводжуючи це сміхом та лепетом.
- ходить вздовж меблів, при підтримці за одну руку, або самостійно. виконує все більш складні вимоги та прохання, розуміючи їх.
- мовний запас 8 – 12 слів.
- за проханням обнімає батьків, прагне схвалення, підтвердження свого успіху близькою людиною.

ОЦІНКА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Рік, міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мова	Емоції та соціальна поведінка
1	Фізіологічний гіпертонус м'язів зменшується, атетозоподібні рухи кінцівок до кінця місяця згасають. Виражені безумовні рефлекси: хоботків, смоктальний, хватальний, Moro, Бабкіна, повзання.	Починає тримати голову по декілька хвилин в горизонтальному положенні, лежить на животі наприкінці місяця.	З'являється короткотривале розглядання зовнішнього середовища та слухове зосередження.	Поява гуління поодинокими звуками наприкінці місяця, вимовляє голосні звуки між «а», і «е».	Реагує незадоволеннями на сильні звукові та світлові подразники. Побачивши обличчя, на мить зупиняється на ньому.
2	Повертає головою в різні боки.	Починає тримати голову декілька хвилин в вертикальному положенні.	Тривала зорова реакція за предметом, який рухається. Зосередження на звук.	Часте коротке гуління.	Реагує усмішкою на розмову. Фіксує погляд на обличчі, яке рухається.
3	Починають зникати більшість Безумовних рефлексів (пошуковий, хоботків, Бабкіна, хватальний). Тягнеться за іграшкою. Нормалізується м'язовий тонус.	Добре тримає голову.	У відповідь на Звукові подразники та яскраві предмети з'являється зосередження, активна реакція.	Часте, тривале гуління. Перші складові ланцюжки «ррр».	Відповідає комплексом поживлення у відповідь на емоційне спілкування. Соціальна посмішка.

4	З'являються спрямовані рухи рук: все краще бере іграшку. Повертається із спини на бік. Зникає більшість Безумовних рефлексів (Моро, хватальний, повзання).	В вертикальному положенні з'являються перші прояви опори ногами. В положенні на животі – впевнена опора на передпліччя.	Окрім чіткої уваги на звук, предмети, характерним є комплекс пожаття при зустрічі з рідними людьми. Вперше починає пізнавати маму. Розглядає іграшку в своїй руці.	Часте тривале, співуче гуління різними звуками. З'являються губні Приголосні «м», «б», викрики радості.	Голосне сміється у відповідь на емоційне словесне звернення.
5	Починає повертатися із спини на живіт. Тягнеться рукою до іграшки і торкається до неї.	Стоїть при підтримці під пахви, спирається на кінчики пальців.	Окрім все більш чіткої реакції на звуки, характерним є оральна увага на яскравий предмет. Перші прояви розпізнавання своїх та чужих людей, радість при появі іншої дитини.	Ритмічні складові ланцюжки.	Радіє дитині, бере у неї з рук іграшку, реагує на строгі та ласкаві інтонації. Голосне сміється, коли до неї звертаються.
6	Активно повертається із спини на живіт, починає повертатися із живота на спину. Хапає цілеспрямовано, запропоновану іграшку, перекладає з однієї руки в іншу.	В положенні на животі спирається на витягнуті руки або повністю відкриті долоні. Починає сидати через поворот набік, спираючись на руку.	Все більш адекватна реакція при появі матері, батька та чужої людини. Слідкує за іграшкою, яка впала донизу.	Балакання: послідовне приєднання різноманітних виразних складів із зміною сили звуку та висоти тону.	Емоції диференційовані, тягне руки, щоб взяли на руки. По-різному поводить себе із знайомими та незнайомими.
7	Лежачи на спині, грається ногами (координація «рука-нога»). Перекладає іграшки з одного місця на інше, з руки в руку.	Сидить з прямою спиною. При підтримці за тулуб, на твердій основі пружинить (танцює).	Намагається дістати предмет, якщо це можливо зробити, змінивши положення тіла.	Продовжує балакання.	Включається в гру, повторюючи дорослих, змучившись, починає вимагати уваги самої близької людини (найчастіше матері).
8	Хапає кожною рукою по кубуку і довільно тримає їх нетривалий час.	Повзає на животі (по-пластунськи, як тюлень), переставляючи вперед руки. Самостійно лягає, сідає, піднімається.	При відповідному вихованні показує ручками «до побачення», «тосі-тосі», «ладушки». Киванням голови показує згоду «так», заперечення «ні».	Добре лепече, ясно вимовляє звуки «ба», «ма», «да».	Адекватні емоційні реакції у відповідь на спілкування. Спостерігає за діями інших дітей, сміється, лепече.
9	З різними іграшками може самостійно гратися. Навмисне скидає предмет.	Розгойдується на руках і колінах. Сидить вільно. При підтримці за руки, стоїть.	Адекватно відповідає діями на прості запитання та прохання «дай мені ляльку.» «посидь тут». Знає своє ім'я. Реагує на музикальні Звуки танцювальними рухами.	Чітке подвоєння складів	Легко вступає в контакт на емоційному, ігровому, словесному рівнях. Повторює дії інших дітей.
10	Кількість Цілеспрямованих рухів збільшується: складає пірамідку, кладе іграшки на місце, закриває ящики та ін.. «пінцетний захват:	Можна вести, підтримуючи за одну руку. Повзає на поверхнях різної висоти, багато дітей самостійно стоять,	Все більш виражені та збагачені вказані прояви. Повторює рухи дорослих «розмовляє по телефону», «помішує кашу». Спеціально кидає	З'являються перші слова, які дитина розуміє, в словарному запасі декілька слів. Вступає в	Емоційний стан Чітко проявляється різноманітними мимічними рухами, голосовими реакціями. Реагує на все нове

	бере маленький предмет витягнутим вказівним і великим пальцями.	підтримуючись за будь – який предмет.	іграшку.	діалог, правильне в звуковому плані повторення відомих складів.	дивується. Грається з дітьми однією іграшкою.
1 1	«Щипцевий» захват: захватує маленький предмет, подушечками зігнутого вказівного і великого пальців.	Повзає на руках і колінах з перехресною координацією. Стоїть без опори. Робить кроки вперед, при підтримці за обидві руки.	Виконує прості вимоги та просьби. Орієнтується в поняттях «можна», «не можна», розуміє заборони: «сиди тихо», «не бери». У дитини з'являються перші друзі, з якими вона грається.	Кількість односкладових слів витісняється двоскладовими. Вживає слова спрощеного варіанту «ляля», «нозя», «цяця».	Махає рукою на прощання. Радіє приходу дітей. Вибіркове відношення до дітей.
1 2	Може гратися Іграшками годину і більше.	Ходить вздовж меблів, при підтримці за одну руку, або самостійно.	Виконує все більш складні вимоги та прохання, розуміючи їх. Кількість проявів реакції на зовнішнє середовище збільшується.	Мовний запас 8 – 12 слів.	Протягує іншій дитині іграшку, супроводжуючи це сміхом та лепетом. Шукає іграшки, які заховані. За проханням обнімає батьків, прагне схвалення, підтвердження свого успіху близькою людиною.

Наведені норми є орієнтовними, адже чи є затримка розвитку може визначити тільки лікар. Існують захворювання, перші ознаки яких проявляються через затримку психомоторного розвитку. Наприклад, аутизм, захворювання яке потребує особливого ставлення до питання догляду за дитиною.

Саме тому самоосвіта батьків, розуміння ними складових розвитку дитини та довірлива комунікація з сімейним лікарем або педіатром є запорукою здоров'я дитини.

3.2. Нормативи психомоторного розвитку дітей другого і третього року життя

2 роки:

- дитина починає описувати свої дії: «я сідаю», «моя іграшка». активно використовує жести.
- слухаючи розповіді дорослого розуміє (без показу) події, які знайомі, уявляє людей.
- при спілкуванні з дорослими користується 3-х співними реченнями, вживаючи іменники та займенники. підбирає по зразку та слову 3-4 контрастних кольори, суміщає предмети та їх частини за формою, розміром, кольором. в грі відтворює ряд послідовних дій. переступає через палицю або перешкоду висотою 10 см.
- частково одягає одяг (черевики, шапку, шкарпетки).

- гостра реакція на відсутність матері.

3 роки:

- з'являються питання «де?», «куди?» pojawiaються питання «чому?», «коли?».
- в своїй діяльності вірно використовує геометричні фігури за призначенням називає 4 основні кольори. pojawiaються елементи рольової гри. вводить у гру замість себе іграшку.
- за допомогою пластиліну, олівця зображує прості предмети та називає їх. може гратися з однолітками. переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 20 см.
- самостійно одягається, може зашнурувати гудзики, зав'язати шнурівки з незначною допомогою дорослого. користується серветкою.
- з'являється розуміння та використання в мові займенників «я», «моя», «ти», «твоя». має уявлення про статеву належність

ОЦІНКА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ДРУГОГО РОКУ ЖИТТЯ

вік период	Розуміння мови	Активна мова	Сенсорний розвиток	Гра	Рухи	Навички	Емоції, соціальна поведінка
1 рік 1 місяць 1 рік 3 місяць	Реагує на схвалення або заборону. Шукає на прохання предмет, яким тільки пограли.	Говорить подвійні або поодинокі склади зі змістом. Говорить осмислені слова з двома різними голосними.	Орієнтується в двох контрастних величинах, формах предметів: велике і «маленьке». Співвідносить, порівнює властивості предметів. За зразком дорослого з 2-3 кольорових кульок, кубиків обирає предмет потрібного кольору.	Відтворює в грі раніше завчені дії з предметами: годує ляльку, нанизує кільця на стержень.	Ходить тривало, не присадижується. міняє положення тіла, нахиляється, повертається.	Самостійно їсть густу їжу ложкою.	Появляється співпереживання, втіха. Використовує слово «ні» не погоджуючись.
1 рік 4 місяць – 1 рік 6 місяців	Відбирає предмети за певними ознаками при словесному розумінні	Називає предмети та дії в момент зацікавленості.	Орієнтується в 3-4 контрастних формах предметів (куля, куб, цеглини,	Відоображує в грі окремі дії, які часто спостерігає. Возить за мотузку машинку, будує будиночок з кубиків.	Переступає через паличку, яка лежить на підлозі (без підтримки). Переступає приставним чи почерговим кроком по палиці підтримуючи за руку.	Самостійно їсть рідку їжу ложкою.	Використовує «так». Починає розрізняти речі за Приналежністю різними членами Родини «бабусині окуляри» «мамина сумка». Починає уважно вдивлятися у своє зображення в дзеркалі, ідентифікує його з собою.

рік 7 міс – 1 рік 9 місяців	Розуміє питання дорослого про події, які зображені на картинці.	Під час гри, словами та двослівними реченнями вказує свої дії.	Диференціює 3-4 форми предметів, орієнтується в кількісних характеристиках «багато», «мало».	Відображує нескладні сюжетні побудови – перекриття типу «ворота», «хатки», «лавочки».	Переступає через палицю або перешкоду висотою 5 см.	Частково знімає одяг із допомогою дорослого (черевика, шапка).	Допомагає в простій роботі (за інструкцією) Імітує дії Дорослих з побутовими предметами.
1 рік 10 міс – 2 роки	Слухаючи розповіді дорослого розуміє (без показу) події, які знайомі, уявляє людей.	При спілкуванні з дорослими користується 3-х слівними реченнями, вживаючи іменники та займенники.	Підбирає по зразку та слову 3-4 контрастних кольори, суміщає предмети та їх частини за формою, розміром, кольором	В грі відтворює ряд послідовних дій.	Переступає через палицю або перешкоду Висотою 10 см.	Частково одягає одяг (черевик, шапку, шкарпетки).	Активно використовує жести. Гостра реакція на відсутність матері. Дитина починає описувати свої дії: «я сідаю», «моя іграшка».

ОЦІНКА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ТРЕТЬОГО РОКУ ЖИТТЯ

Віковий інтервал	Активна орама тика	Активна мова запитання	Сенсорний розвиток	Гра	Рухи	Навички	Емоції, соціальна поведінка
2 роки – 2 роки 6 місяців	оворить кладними еченнями ільше 3-х лів.	Починає вживати складні підрядні речення.	За зразком Складає складні геометричні фігури. Підбирає за зразком різні предмети 4-х основних кольорів.	Гра має сюжетний характер. Дитина відображує взаємозв'язок і послідовність дій із навколишнього життя. Самостійно Робить прості Сюжетні побудові та називає їх.	Пере- ступає без підтримки через палицю або перешкоду висотою 15см.	Повністю одягається. Їсть акуратно.	Знає частини свого тіла і називає їх (голова, очі, ніс). Дитина може повідомити про свій стан.
2 роки 6 місяців – 3 роки	З'яв- ляються питання «де?», «куди?»	Появ- ляються питання «чому?», «коли?».	В своїй діяльності вірно вико ристовує геометричні фігури за призначення м Називає 4 основні кольори.	Появляються Елементи рольової гри. Вводить у гру замість себе іграшку.Появляють ся складні сюжетні перебудови. За допомогою пластиліну, олівця зображує прості предмети та називає їх. Може гратися з однолітками.	Пере- ступає без підтримки через палицю перешкоду висотою 20 см.	Самостій но одягається, може захищати гудзики, зав'язати шнурівки з незначною допомогою дорослого. Користується серветкою.	З'являється розуміння та вико ристання в мові займенників «я», «моя», «ти», «твоя». Має уявлення Про статеву належність.

Знання ранніх етапів психомоторного розвитку дітей в онтогенезі необхідні логопеда, психолога, дефектологу для проведення діагностики відхилень і для організації корекційних заходів.

Розвиток дитини в онтогенезі протікає різноманітно але, що залежить від умов, в яких дитина росте, від відмінностей генотипу кожного індивідуума, від особливостей пренатального розвитку та інших особливостей.

Незважаючи на різноманіття і особливості психомоторного розвитку в нормі існують певні закономірності розвитку дитини. Ці закономірності коротко представлені в другому розділі.

Знання закономірностей розвитку психомоторних функцій необхідні для оцінки рівня розвитку дитини, для розробки диференційованих прийомів виховання, для своєчасного виявлення дисгармонійного розвитку та визначення дітей «групи ризику».

Навчальні питання і завдання

1. Хто з авторів розробляв показники психомоторного розвитку дітей першого року життя?
2. В якому віці в дитини з'являються зорові і слухові диференціювання?
3. Коли у дитини з'являється первинне розуміння мови?
4. Які автори вказували на важливість емоційного спілкування з дитиною?
5. Перерахуйте періоди формування цілеспрямованих рухів руки.
6. Які етапи становлення предметно ігрової діяльності у дітей?
7. Назвіть етапи домовного розвитку дітей.
8. У якому віці з'являється в нормі гукання і гуління?
9. Охарактеризуйте лепет дитини і назвіть етапи формування белькотіння.
10. Перелічіть, що повинен в нормі до кінця першого року життя знати і вміти робити дитина.
11. Дайте характеристику шести рівням розвитку розуміння мови.
12. Яка послідовність появи вроджених і умовно рефлексорних рухів рук у дитини?
13. Дайте характеристику семи етапам розвитку рухових функцій в онтогенезі.
14. Що таке пропозиція з декількох слів коренів?
15. З якого віку починається в нормі засвоєння граматичної структури пропозиції?
16. У якому віці починається формування перших форм слів?
17. Коли в нормі з'являється словозміна? Приріст ти приклади.
18. Чому на початковому етапі дитина засвоює продуктивніші правила формоутворення?
19. Чим характеризується перший період формування граматичної будови мови в онтогенезі?

20. Чим характеризується другий період формування граматичної будови мови в онтогенезі?

21. Чим характеризується третій період формування граматичної будови мови в онтогенезі?

Література

1. Аксаріна Н.М., Кистяковская М.Ю., Ладигіна Н.Р., Ейгес Н.Р. Розвиток і виховання дитини від народження до трьох років. - М., 1969.
2. Бернштейн Н.А. Біомеханіка і фізіологія руху ний / Под ред. В.П. Зінченко. - М., 1997..
3. Бернштейн Н.А. Про побудову рухів. - М., 1974.
4. Бельтюков В.И., Салахова А.Д. Лепет слышащего ребенка // Вопросы психологии. – 1973. № 2.
5. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. – М., 1987.
6. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка: Актуальные проблемы дефектологии. – М., 1992.
7. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М., 1961.
8. Жинкин Н.И. Язык. Речь. Творчество. – М., 1998.
9. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. – М., 1979.
10. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М., 1973.
11. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М., 1986.
12. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. Лисиной М.И. – М., 1985.
13. Пилюгина Э.Г. Сенсорные способности малыша. – М., 1996.
14. Шахнарович А.М. К проблеме исследования формирования и развития понятий // Психолингвистические проблемы общения и обучения языку. – М., 1976.

РОЗДІЛ IV. ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ.

Основні завдання логопедичного обстеження:

- визначення поширеності та симптоматики порушень мовлення у дітей дошкільного та шкільного віку;
- дослідження структури мовних порушень і вплив мовних розладів на психічний розвиток дитини;
- розробка методів педагогічної діагностики мовних розладів;
- вивчення закономірностей спеціального навчання і виховання дітей з порушенням мовного розвитку;
- розробка науково обґрунтованих методів усунення та попередження різних форм мовної недостатності;

- організація системи логопедичної допомоги.

Кожен конкретний випадок мовленнєвого обстеження дитини має бути суто індивідуальним, вибіркоvim, а також різнобічним. Це дасть можливість логопеду визначити характер та важкість мовленнєвих порушень та вад мовлення у дитини. А також обрати найефективніший спосіб подолання мовних перешкод для дитини-логопата. Тому, для складання повного уявлення про мовні порушення дитини необхідно дослідити умови та характер її раннього розвитку.

Обстеження повинне бути своєчасним і повним. Своєчасність виявлення при поліморфній дислалії 4-5 років. Детально вивчається будова та рухливість артикуляційних органів; виявляється стан фонематичного сприймання.

Обстеження органів арикуляції: губи, зуби, прикус, щелепи, піднебіння, язик. Для обстеження їх рухливості існують різні завдання, які виконуються по наслідуванню за логопедом або за мовною інструкцією. Необхідно уважно вивчити якість рухів язика, їх точність і силу, а також поведінку язика в стані спокою. Він має бути розслабленим, не відтягуватись вглиб рота, не вигинатись вгору, не відхилятись в сторони. Якість рухів легко перевірити, запропонувавши, багаторазово виконати слідувачи вправу: підняти язик вгору, потім витягати вперед, повернути його до лівого вуха, потім до правого. рухи повинні бути точними і доступної амплітуди.

Слідувачий тест на стомлюваність. Для цього дитину просять показати як киця хлебче молоко (1-2 хв.), по закінченні попросити дитину витягти язик вперед, він повинен утримуватись по центру. Якщо ж рухи язика не відповідають даним вимогам, мовлення супроводжується підвищеною саливацією, при називанні предметних малюнків артикуляція багатьох звуків неточна, ніби змазана, після багаторазових повторів спостерігається втомлення, артикуляція уповільнюється, для багатьох звуків характерна бокова вимова, то перераховані симптоми свідчать про наявність у дитини стертої форми псевдобульбарної дизартрії.

Обстеження звуковимови. Слід відмічати наявність замінів, змішування, спотворень, пропусків звуків. Важливо виявити здатність дитини відтворювати слова різної складової структури. Для обстеження звуковимови найпростішим способом є пред'явлення малюнку для називання картинок, де зображені предмети, в назвах яких досліджуваній звук стоїть у різних позиціях: на початку, кінці, середині слова і в поєднанні з приголосним. Приклад: звук "Ш" - шапка, душ, чашка. Важливо перевірити звуковимову і диференціацію звуків у фразовому мовленні. Приклад: У Саші солом'яний капелюшок.

Для перевірки здатності вимовляти слова різної складової структури зі збігом приголосних на початку, в середині та кінці слова; багатоскладові слова; слова, які мають у складі однакові звуки - дитині пропонують промовляти групи таких слів. Приклад: *скатертина, демонстрація, фотографуватись. Мотоцикліст. Цукорниця.*

Обстеження фонематичного сприймання. Особливо важливо знати як дитина сприймає на слух звуки, подібні за акустико-артикуляційними ознаками. Перевіряються всі корелюючі фонemi з груп свистячих і шиплячих (*са-ша, са-за, жа-за, жа-ша і т.п.*), дзвінких і глухих (*па-ба, та-да, ша-жа*), сонорних (*ра-ла, рі-лі*), твердих і м'яких (*са-ся, та-тя, ли-лі*). Дитині пропонують повторювати за логопедом опозиційні склади. Приклад: *са-ша, па-ба, ач-ащ, ра-ла* т.д. Далі перевіряється здатність дитини розрізняти слова-пароніми. Приклад: *жук-сук, мишка-миска, ходити-котити*. Перевірку можна здійснити, пропонуючи вибрати картинки, назви яких говорить логопед і запропонувати повторити за логопедом групи подібних слів: *Маша-Даша-каша;*, *бак-мак-рак-лак;* *жук-сук-лук*. Цей прийом дозволяє також виявити ступінь розвитку уваги та слухової пам'яті.

В результаті такого обстеження логопед отримує необхідні дані, які дають можливість зробити заключення про причини, характер, важкість дислалаїї, визначити її форму, намітити шляхи подолання вади.

Проблеми виявлення тяжких мовленнєвих порушень у дітей та вибір оптимальних шляхів корекції є актуальними у логопедії і набувають великого значення в умовах безперервного удосконалення змісту корекційного навчання у системі спеціальної дошкільної освіти. У логопедичній вітчизняній науці та практиці досягнуто значні зрушення на шляху до створення корекційних програм, методик, підручників, навчальних, практичних посібників та впровадження їх у практику для забезпечення ефективності та результативності навчально-виховного процесу у дошкільних та шкільних закладах освіти.

Останнім часом в Україні збільшується кількість дітей з порушеннями психофізичного, у тому числі і мовленнєвого, розвитку. Очікування науковців, педагогів-практиків, батьків вимагають створення оптимальних умов та шляхів для отримання успішних результатів логопедичної корекції.

Врахування особливостей формування мовленнєвої функції у дітей дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення, психологічних механізмів порушень, структурних складових мовленнєвої діяльності та закономірностей їх компенсації зумовило розробку основ діагностики та корекції та мовленнєвих порушень у дошкільників зазначеної категорії.

4.1. Діагностика мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення

Діагностика мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку із ЗНМ спрямована на виявлення специфічних патологічних особливостей сформованості у них лексичної, морфологічної, фонетико-фонематичної, синтаксичної сторін мовлення, зв'язних висловлювань. У представленій методиці діагностики мовленнєвих порушень у дошкільників враховано складну структуру загального недорозвитку мовлення та його психологічні механізми, а також особливості його подолання в умовах спеціального закладу.

На основі аналізу психолінгвістичної періодизації мовленнєвого розвитку дитини у нормі, концепції психолінгвістичної підготовки аномальних дітей до шкільного навчання, психолінгвістичної структури мовленнєвої діяльності, напрямів і методів психолінгвістичного аналізу механізмів мовленнєвих порушень (Є.Ф.Соботович), було розроблено зміст та напрями діагностики, спрямованої на визначення особливостей розвитку лексико-граматичної та фонетико-фонематичної сторін мовлення дітей дошкільного (середнього та старшого) віку із ЗНМ, а також знакових операцій з мовними одиницями і розумових дій, що забезпечують їх формування.

Для того щоб визначити наявні порушення у мовленнєвому розвитку дитини дошкільного віку із ЗНМ, необхідно провести діагностичне вивчення особливостей розвитку усіх мовлених систем: лексичної, граматичної, фонетико-фонематичної, зв'язного мовлення. Наведена нижче методика діагностики включає наступні розділи.

1. Виявлення особливостей розвитку лексичної сторони мовлення.

1.1. Вивчення стану сформованості лексичного значення слова:

- розуміння контекстуально зумовленого значення слова;
- перенос засвоєного значення на нові аналогічні ситуації;
- уміння добирати синоніми, антоніми;
- розуміння багатозначності слова.

1.2. Вивчення особливостей системи морфологічного словотворення:

- розуміння твірного та похідного слів і їх порівняння за значенням;
- уміння практично оперувати словотворчими морфемами у процесі словотворення (за аналогією і самостійно);
- виділення на практичному рівні спільної морфеми (префікса, суфікса) у ряді слів (морфологічний аналіз).

1.3. Вивчення характеру встановлюваних дитиною смислових зв'язків між словами.

2. Дослідження особливостей розвитку граматичної сторони мовлення.

2.1. Вивчення стану сформованості системи морфологічної словозміни:

– засвоєння системи значень граматичних морфем і способів їх мовного позначення, які відображають різні граматичні категорії (число, рід, відмінок, відмінювання, вид, час тощо), їх використання у процесі розуміння і породження висловлювання. Для іменників і прикметників: відмінкові, числові, родові зміни, для дієслів: категорії числа, роду, виду.

2.2. Вивчення особливостей синтаксичної сторони мовлення:

- засвоєння дітьми синтаксичного значення слова у реченні;
- розуміння логіко-граматичних конструкцій.

3. Вивчення особливостей розвитку фонетико-фонематичної сторони мовлення.

3.1. Виявлення стану звуковимови та звукової структури слова;

3.2. Виявлення стану сформованості фонематичних процесів: сприймання, уявлення, аналізу.

Для отримання об'єктивних даних про рівень розвитку та стан сформованості вищезазначених показників мовлення дітей доречно використовувати різні методи, у тому числі: педагогічне, логопедичне обстеження дітей з урахуванням психологічних та вікових особливостей їхнього розвитку; спостереження за дітьми у процесі ігрової та навчальної діяльності; бесіди з педагогами (логопедами, вихователями, психологами), батьками.

Враховуючи особливості сімейного виховання, вважаємо, що обстеження дітей слід проводити тією мовою, якою дитина спілкується у родині (російською чи українською), особливо, коли вона уперше відвідує дошкільний навчальний заклад або проходить первинне обстеження. Це важливо для того, щоб правильно налаштувати дитину на спілкування та одержати достовірні і точні результати виконання завдань та проб.

Таким чином, отримані дані вивчення особливостей розвитку мовлення дітей дозволять не тільки об'єктивно і повно оцінити стан їхнього мовлення, але і розробити необхідні відповідні напрями корекційної роботи, що забезпечить більш високий і якісний рівень мовленнєвого розвитку на наступних етапах навчання.

Психолінгвістичний аналіз мовленнєвого розвитку дитини дозволяє не тільки з кількісних, але і якісних позицій виявити та оцінити лексикосемантичний компонент мовленнєвої діяльності на розробити на цій основі шлях формування розумових операцій, які забезпечують засвоєння лексичних одиниць (Є.Ф.Соботович). Автор підкреслює, що необхідно враховувати той факт, що при пред'явленні діагностичного матеріалу та аналізі отриманих відповідей у дітей з тяжкими порушеннями мовлення (моторна

алалія, анартрія, дизартрія) можуть не співвідноситися рівні експресивного та імпресивного мовлення. Для таких дітей, які не в змозі дати словесну відповідь, при обстеженні матеріал необхідно пред'являти за таких умов, щоб дитина змогла показати або дібрати необхідні картинки.

4.2. Діагностика фонетико-фонематичної сторони мовлення

Наявні в логопедичній літературі дані про стан розвитку функцій і операцій фонологічної складової мовленнєвої діяльності у дошкільників із загальним недорозвитком мовлення свідчать про те, що недостатня сформованість або порушення мовленнєворухової функції породжують порушення звукової сторони мовлення, над якими надбудовуються фонематичні порушення. Їх стан залежить від характеру порушення звуковимови і загального рівня психічного розвитку дитини.

Причиною виявлених порушень є несформованість психологічних механізмів, які зумовлюють оволодіння фонологічною системою мови.

В структурі загального недорозвитку мовлення однією із складових є недостатня сформованість звукової сторони мовлення у дітей, а саме звуковимови, фонематичних процесів, які перешкоджають своєчасному формуванню передумов до оволодіння практичними навичками аналізу та синтезу фонематичного складу слова. Це явище достатньо серйозно утруднює навчання дітей грамоти, засвоєнню принципів письма, а у подальшому – мови як шкільного предмета.

Дослідження стану фонетико-фонематичної системи мовлення включає обстеження звуковимови та звукової структури слова, стану сформованості фонематичних процесів (сприймання, уявлення, аналізу) та виявлення причин, які лежать в основі їх порушень.

Перевірка стану звуковимови та звукової структури слова Під час дослідження звукової сторони мовлення необхідно звернути увагу на особливості відтворення дитиною звукового складу слова, чи усі звуки вимовляються правильно, чи є пропуски, заміни звуків, спотворення, стабільний чи нестабільний характер порушень. Разом з цим необхідно виявити причини цих порушень, механізми, які лежать у їх основі: спотворення (недосконалення артикуляційного апарату), змішування (порушення фонематичного розрізнення, розпізнавання, контролю, фонематичних уявлень).

При неправильному відтворенні звукової сторони мовлення необхідно перевірити: анатомічну будову мовленнєвого апарату, стан артикуляційного праксису у процесі виконання заданих рухів губ і язика за наслідуванням. На фоні вимови звуків необхідно перевірити: правильно чи неправильно дитина

вимовляє звук, сформовані чи несформовані у неї рухи язика, який у них характер, наявність чи відсутність асиметрій, стан прикусу тощо

Далі дітям пропонується виконати ряд завдань:

Завдання 1. Дитині пропонується назвати картинки з заданим звуком, який стоїть в різних позиціях у слові. Якщо дитина вимовляє звук неправильно, педагог пропонує вимовити цей звук ізольовано.

Завдання 2. Повторити ряд складів: па – пта, то – кто, ста-сва-сма-ства.

Завдання 3. Повторити ряд слів: акваріум, міліціонер, настрій, портфель; тролейбус-гімнастка-контролер-хокеїст.

Завдання 4. Повторити ряд речень: Бібліотекар видає книги.

Дослідження фонематичних процесів

Діагностика передбачає виявлення у дитини стану та рівня розвитку фонематичних процесів, слухових операцій та функцій, що забезпечують їх формування.

Дослідження фонематичного сприймання

Першим етапом дослідження фонематичного сприймання є розрізнення звуків за артикуляційними ознаками на сенсорному рівні. Для виявлення цього рівня педагог вимовляє слова і просить дитину підняти червону карточку, коли вона почує звук с у слові, а зелену, коли почує ш.

На перцептивному рівні відбувається розрізнення звуків за узагальненими, смисло-розрізнявальними акустико-артикуляційними ознаками. Це перевіряється на матеріалі звуків, які дитина неправильно вимовляє та змішує у вимові. З цією метою виконуються завдання на розрізнення слів-паронімів. Спочатку це перевіряється спочатку на звуках, які не змішуються в мовленні та далеких за артикуляційними ознаками (вуха - вуса, тин - тінь, лайка - майка, котик - ротик), потім на змішуваних звуках (гірка – гілка, коса – коза, рак – лак, мишка – миска, каска – казка, зуб – суп, ріжки – різки, шапка - жабка).

Педагог вимовляє слово, дитину просять показати відповідну картинку. Заздалегідь необхідно з'ясувати, чи з усіма назвами картинок знайома дитина. Картинки пред'являються спочатку попарно (суп – зуб, мишка – миска, рак – лак, шапка – жабка), потім врозкид (лак, миска, шапка, коса, жабка, мишка, лак, зуб, рак). Це сприяє концентрації уваги, контролю і розвитку спостереження дитини за зміною значення слова у зв'язку із його звуковим оформленням.

Дослідження фонематичних уявлень

Якщо в дитини сформований слуховий контроль, необхідно перевірити фонематичні уявлення шляхом контролю, до якого входить еталонна складова. Дитині показується картинка рак і запитують: «Це лак? та ін. Дослідження рівня розвитку фонематичного аналізу

З метою обстеження рівня розвитку фонематичного аналізу (на практичному рівні) дитині пропонується виконати ряд завдань (з використанням звуків, які вона вимовляє правильно) на основі слухового сприймання еталонного мовлення педагога з акцентованою вимовою необхідного звука.

1. Впізнання ізольованого звука з-поміж інших:

- голосний серед приголосних (підніми руку (прапорець, сигнал), коли почуєш а (м, а, д, к, а, в, а, с));
- приголосний серед голосних (підніми руку, коли почуєш м (о, у, м, и, е, м, а, і, м));
- приголосний серед звуків, далеких за акустико-артикуляційними ознаками (підніми руку, коли почуєш в (р, к, в, п, с, ш, в, д));
- приголосний серед звуків, близьких за акустико-артикуляційними ознаками (підніми руку, коли почуєш с (ш, с, ж, ть, ц, ч, с));

2. Впізнання звука на фоні складу.

- голосний на початку складу (підніми руку, коли почуєш о (ом, ан, ор, ус, ок);
- голосний у кінці складу (підніми руку, коли почуєш а (ма, ро, ту, ва, си, та, ну, ка);
- приголосний у кінці складу (підніми руку, коли почуєш п (ап, он, ук, оп, ур, ом, ип, іс, ап);
- приголосний на початку складу (підніми руку, коли почуєш ш (ша, со, фу, шо, зи, шу, ми, ши).

3. Визначення наявності звука у слові. Спочатку це виконується на матеріалі звуків, які дитина вимовляє правильно, потім на матеріалі корелюючих звуків (ті, які дитина змішує у власному мовленні) в різних позиціях: на початку слова (щільні), в середині слова, в кінці слова (зімкнені):

- голосний на початку слова в наголошеній позиції (підніми руку, коли почуєш о (Оля, Іра, окунь, Аня, осінь, оси, Уля);
- голосний на початку слова в ненаголошеній позиції (підніми руку, коли почуєш а (апельсин, огірок, умивальник, автобус, окуляри, Іринка, абрикос);
- приголосний у кінці слова (підніми руку, коли почуєш м (приголосний зімкнений – у кінці слова (шум, сом, сіль, дим, вікно, дім).
- приголосний на початку слова (підніми руку, коли почуєш с (сумка, кішка, сумка, телефон, сом).

4. Визначення місця заданого приголосного звука у слові в різних позиціях. До цього моменту дитина має правильно вимовляти задані звуки. Наприклад. Виділення першого звука в слові. Що ти чуєш на початку слова? Який перший звук? (Аня, Іра, Уля, Оля).

Більш складний рівень фонематичного аналізу – визначення послідовності звуків у слові та їх кількості на основі слухового сприймання. Дітям старшого дошкільного віку для цього пропонуються слова (з опорою на картинку), наприклад, сом, риба, слива, дерево.

5. Визначення рівня розвитку фонематичного аналізу слова з опорою на слухове сприймання на основі фонематичних уявлень. Метою є визначення уміння співставляти слова, що містять корелюючі звуки (с – ш, ж – з, р – л та ін.) у різних позиціях. Дитині пропонується гра «Розклади картинки». Інструкція: поклади картинки зі звуком с в одну сторону, картинки зі звуком в іншу. При цьому педагог вимовляє слово, називаючи картинку, а дитина мовчки розкладає.

6. Визначення рівня розвитку фонематичного аналізу слова без опори на слухове сприймання на основі фонематичних уявлень.

Гра пропонується та ж сама, але виконання завдання відбувається у внутрішньому плані. Дитині пред'являються картинки, назви яких містять звуки, які дитина змішує у своєму мовленні. Наприклад, звуки с – ш. Спершу кладуться перед дитиною дві картинки без промовляння, наприклад, шишка, слива. Дитина повинна назвати їх, визначити перший звук у цих словах. Далі пропонуються інші картинки, назви яких містять задані звуки у різних позиціях. Необхідно мовчки, без називання, розкласти їх під відповідними картинками.

7. Виявлення спроможності здійснити звуковий аналіз слова без опори на слухове сприймання. Дитині пропонується картинка без її називання, наприклад, ліс, жаба, чашка, ворона. Дитина без промовляння повинна визначити послідовність звуків та їх кількість, тобто спираючись на власне уявлення.

8. Для визначення рівня розвитку фонематичного аналізу дитині пропонується самостійно вибрати картинку, у назвах яких є звук, наприклад, ш з-поміж інших картинок.

Дослідження розвитку функції слухового контролю. Визначення рівня розвитку зазначеної функції відбувається у процесі розповідання дитиною казки, наприклад, «Вовк та козенята» з опорою на картинку, або іншої казки, яку дитина краще знає. При цьому педагог слідкує, чи контролює вона власне висловлювання, чи звертає увагу на свою вимову.

Під час розповідання дитиною казки педагог запитує «Чи вірно ти вимовив слово «голос» та інші? З метою виявлення уміння розпізнавати неправильну вимову у чужому мовленні дитині можна запропонувати послухати слова, які вимовляє педагог та які відрізняються звуковим складом. Педагог імітує викривлену вимову (наприклад, либа замість риба, масина,

замість машина і т.д.). Ускладнюючи завдання, педагог може запропонувати слова з відхиленнями різного характеру в звуковій та складовій структурі (заміни, пропуски, переставляння, додавання).

Дитині пропонується послухати спотворене слово (наприклад, мооко (молоко), деворо (дерево) і відповісти на питання: «Чи вірно я вимовила це слово? Яку я допустила помилку? Що саме я неправильно сказала?»).

Дуже дієвим і ефективним засобом є аудіо або відеозапис мовлення дитини, коли вона розповідає чистомовку, віршик, казку або спілкується з дорослим.

Вивчення рівня розвитку слухової уваги.

Дітям пропонуються завдання:

- виділити заданий звук (голосний, приголосний) серед інших звуків;
- виділити задане слово з ряду названих слів;
- виділення «випадкового» речення з пропонованого тексту. Дитині пропонується послухати невеличке оповідання, в яке включене речення, далеке за змістом.

Визначення рівня розвитку операції слухової пам'яті.

Дитині пропонується послухати, запам'ятати і відтворити:

- ряди звуків: з трьох, чотирьох, п'яти, шести звуків;
- ряди слів: з трьох, чотирьох, п'яти, шести слів;
- якщо дитина знайома з буквами, можна запропонувати ряд звуків з подальшим його відтворенням за допомогою літер (з трьох, чотирьох, п'яти, шести букв). Також пропонується дитині скласти слова з трьох, чотирьох, п'яти звуків (з опорою на слухове і зорове сприймання).

Поряд із викладеними завданнями дитині пропонується невеликий (4 рядки) вірш. Відмічається, скільки разів потрібно дитині прослухати вірш, як швидко вона запам'ятала, який обсяг вірша вдалося їх відтворити.

4.3. Діагностика лексичної сторони мовлення.

Під час обстеження словника дорослий має звернути увагу на наявні недоліки, відставання, особливості виконання завдань, відповідей на питання дитиною тощо, тобто виявляє його кількісні та якісні характеристики. Якщо виявилось, що дитині важко дається виконання певних завдань, у неї виникають труднощі у процесі обстеження, то можна використовувати аналогічні, схожі завдання, повторити їх декілька разів, дібрати додатковий матеріал, приділити цьому розділу більшої уваги, збільшити час для засвоєння теми, розширити сферу тематичного спілкування тощо. Таким чином розроблений та дібраний дидактичний або мовленнєвий матеріал може стати у

нагоді і під час проведення корекційних заходів у межах навчально-виховного процесу як в дитячому закладі, так і вдома.

Відповідно до критеріїв оцінки лексики, виділяються його обсяг, навички словотвору, рівень узагальнень, умінь добирати синоніми, антоніми, спільнокореневі слова, наявність у словнику слів з переносним значенням тощо. Представлений мовленнєвий дидактичний матеріал охоплює аспекти обстеження і розвитку лексичної системи, які характеризують словник дітей середнього та старшого дошкільного віку, у тому числі і словотворчий процес.

Діагностика порушень у розвитку лексичної сторони мовлення включає в себе наступні складові.

Дослідження лексичного значення слова

Визначення наявності в імпресивному та експресивному словнику необхідних груп слів.

Вивчення особливостей розуміння і засвоєння узагальненого лексичного значення слова

Розуміння контекстуально зумовленого значення слова (прямого значення слова у контексті).

Значна кількість слів у мові своїм значенням співвіднесені не з конкретними явищами довкілля, а з його загальними сторонами та властивостями, станами, почуттями. Наприклад, прикметники, що означають особистісні якості (жадібний, добрий, бідний, хитрий, дрний, хоробрий), іменники, які представляють осіб з характерними ознаками (ледар, хвастун, герой). Такі слова діти недостатньо правильно розуміють, тому що у різних контекстах вони можуть набувати іншого (варіативного) значення або відтінку.

Ці слова являють собою складні поняття, які формуються поступово в міру накопичення знань, соціального досвіду.

Розуміння дитиною узагальненого значення зазначених слів може свідчити про можливість дитини виділяти постійне (інваріантне) значення слова у різних варіантах його конкретних значень, на основі чого і формується узагальнене лексичне значення слова. Засвоєння узагальненого лексичного значення слова є показником готовності дитини до засвоєння узагальненої функції мовлення, а потім – до засвоєння понять – абстрактного відображення предметного світу. Особливо це важливо у шкільному навчанні, коли дитина засвоює мову як предмет та предмети мовного циклу.

Розуміння прямого значення слова перевіряється шляхом слухання дитиною конкретних текстів: віршів, оповідань, казок. Дитині читають текст, який містить конкретне слово, виражене іменником, прикметником, дієсловом, і просять відповісти: «Про кого можна сказати і чому. Що означає це слово?».

У текстах використовуються слова, які не мають предметної співвіднесеності, отже розуміння їх значення вимагає від дитини більш високого рівня узагальнень.

Якщо дитина не може виконати завдання чи має певні труднощі, їй можна запропонувати послухати інші тексти, які не містять зазначені слова, однак у колізії сюжету описуються відповідні якості та дії. Перенос значення певного слова для позначення аналогічних якостей, станів, дій також свідчить про засвоєння узагальнювального значення, хоча дитина й не завжди може пояснити його.

Вивчення особливостей розвитку лексико-семантичних явищ Антонімія. Синонімія. Омонімія.

Етап формування лексичної системи (тематичний) характеризується усвідомленням дитиною подібності визначених елементів ситуації й об'єднанням лексем у тематичні групи. Організація тематичних груп слів викликає розвиток лексичної антонімії (великий – маленький, гарячий – холодний). Особливістю наступного етапу розвитку лексичної системи є виникнення синонімії. Обстеження синонімічного блоку має велике значення, оскільки подальша корекційна робота допомагає досягти точності в розумінні різних відтінків значення слова, привчає дітей вдумуватися в зміст уживаних слів, семантично правильно будувати словосполучення, вибирати найбільш точне слово й уникати повторень у мовленні.

Для уточнення та систематизації, а також для активізації словникового запасу дітей, для розвитку умінь розрізняти та об'єднувати в різних предметах суттєві ознаки доцільно використовувати логічні вправи різних видів: впізнавання та називання предметів, виділення ознак предметів; порівняння предметів (знаходження подібності та відмінності), узагальнення та угруповання. Тут рушійною силою виступають розумові операції порівняння, співставлення, узагальнення, рівень розвитку яких є критерієм оцінювання словника дітей.

Одним із поширених способів визначення розуміння дитиною значення слова є добір до нього синонімів, антонімів.

Перевірка розуміння та умінь добирати синоніми, антоніми до заданих слів проходить у процесі слухання текстів та пояснення дитиною значення слова, наприклад, біда. Тут же дитині ставиться питання: «Яким словом можна ще пояснити це слово?», «Скажи по-іншому».

Іншим завданням може бути добір схожого за значенням слова, наприклад: тепло (спекотно, сонячно, жарко), іти (бігти, гнатися, летіти), злий (сердитий, непривітний, грубий).

Під час пояснення значення багатозначних слів у словосполученнях дитині пропонують замінити зазначені слова іншим, схожим за смислом: іде сніг (летить, падає, кружляє); свіжий хліб (м'який, духмяний, смачний, теплий).

З метою точного вибору синонімів із запропонованого ряду слів та словосполучень дитині пропонується завдання: «Як правильно сказати: подушка м'яка, пухнаста; кішка м'яка, пухнаста; щічки рум'яні, червоні; бантики рум'яні, червоні».

Дослідження розуміння та вживання антонімів можна організувати у процесі виконання спеціально дібраних завдань та вправ, які дають можливість виявити пасивний та активний словник дітей. Можна запропонувати дитині пограти в слова-навпаки. Дорослий говорить своє слово, виражене іменником, прикметником, дієсловом, прислівником. Дитина добирає слово з протилежним значенням. Великий - ..., високий - ..., сміється - ..., говорить - ..., темно - ..., день - ..., тощо.

Для дослідження розуміння та вживання омонімічного значення слова дитині показують картинки, на яких зображені коса у дівчини, коса, якою косять траву; ключ для замка, ключ для відкривання, журавлиний ключ; кран водопровідний, кран на будівництві; лисички-гриби та лисички-звірята. Дитині пропонується показати, де коса, де ключ, де кран, де лисички.

Після показу та відбору дітьми відповідних картинок, пропонується пояснити, що це означає: смачні лисички, хитрі лисички; журавлиний ключ, залізний ключ. Також з метою виявлення розуміння значення дитину просять назвати: «Що це?». Наприклад: це коса і це коса. Це одне і те ж? Чому? Як ти це розумієш?

Багатозначність.

Численні дослідження доводять, що розуміння багатозначності є результатом розвитку лексичного значення слова і, відповідно, показником рівня лексичного розвитку дитини. Багатозначність характеризується наявністю прямого та переносного значення. Пряме, першочергове значення зрозуміле поза контекстом (золотий перстень, глибока криниця); переносне можна зрозуміти лише в контексті (золоті руки, глибока ніч).

У ході обстеження дитина повинна відповісти, як вона розуміє те чи інше слово після читання їй відповідного контексту. Мовленнєвий матеріал необхідно добирати таким чином, щоб можна було виявити розуміння дітьми основного значення та його відтінків. Наприклад, багатозначні слова, включені в словосполучення: теплий (теплий будинок, теплий день, тепле пальто, теплі руки); свіжий (свіжий суп, свіжа сорочка, свіжі квіти, свіже повітря); іде (іде дощ, іде сніг, іде людина, іде поїзд); ніжка (дерев'яна ніжка, смачна ніжка); шапочка (тепла шапочка, смачна шапочка) тощо.

Дитині пропонується виконати наступні завдання (з опорою на наочність):

– Відповісти на запитання: «Іде сніг, іде дощ, іде поїзд, іде годинник. Чи можна так говорити? Хіба у них є ноги? Що це означає?»

– Показати і назвати: хвостик у мишки, хвостик у яблука, вишні, хвіст у потяга.

– Відповісти на запитання: що означає: теплий день, тепле пальто, теплий погляд.

– Пояснити, що значить глибока тарілка. Як ти це розумієш? Так само: глибока криниця, глибока ніч.

Для виявлення розуміння переносного значення слова у дитини запитують: «Що означає: ліс довкола аж горить (золоті руки, сірий день, гаряче серце)?»

Понятійна співвіднесеність слова

Засвоєння узагальнювальної функції мовлення припускає також сформованість абстрактного значення слова та його понятійної співвіднесеності. У дошкільному віці це проявляється в умінні об'єднувати пред'явлені картинки, на яких зображені різні предмети, або прослухані слова в різні семантичні чи тематичні групи, що відображають логічну співвіднесеність слів. Так формуються групи слів, що позначають фрукти, меблі, одяг, посуд, тварин тощо. Діти у дошкільних навчальних закладах різного типу постійно вправляються у групуванні зазначених тематичних об'єднань та, як правило, виконують ці завдання у межах тематичного принципу подачі матеріалу.

Для перевірки зазначених умінь дітям пропонуються завдання на самостійне комплектування тематичних груп предметів, об'єднаних на основі виділення їх загальних ознак. Наприклад, для дітей середнього дошкільного віку – згрупувати картинки, які чимось між собою схожі, їх щось об'єднує (без називання узагальнювального слова). З урахуванням стану інтелектуального розвитку, ступеня ураження мовленнєвої та психічної функції, це можуть бути об'єднання за такими ознаками: колір, розмір, форма, призначення, функція, особливості застосування, живе неживе тощо. Після виконання завдання дитина повинна пояснити, чому вона так розклала картинки, чим вони схожі, чим відрізняються від картинок іншої групи.

Для дітей старшого дошкільного віку, крім цього, можна запропонувати наступне завдання: продовжувати називати початий педагогом ряд предметів (або розкласти малюнки), які відносяться до однієї логічної групи. Педагог пропонує дитині пограти у слова: «Я буду називати слова, а ти продовжуй».

(Використовуються слова, знайомі дитині, які означають колір предмета, його форму, величину, матеріал, житло, способи пересування, харчування

тощо. Узагальнювальні поняття при цьому не називаються). Наприклад: «Іде, біжить... продовжуй; скляний, дерев'яний... продовжуй».

У кінці дитину запитують: «Чому ти називав ці слова? Що вони означають?», при цьому дитина може назвати узагальнювальне слово.

У діагностичних цілях можна використати новий словниковий матеріал, угрупованням якого діти раніше не займалися. Наприклад: джерела світла, води; житло; засоби зв'язку; знаряддя праці та інструменти; засоби захисту від негоди; прилади для виміру; музичні інструменти тощо. Таке завдання є важким, тому педагог пропонує дитині допомогу: викладає горизонтальний ряд малюнків – по одному із кожної логічної групи. Дитина повинна відповідно розкласти під цим рядом решту малюнків.

Вивчення особливостей системи морфологічного словотвору включає дослідження наступних функцій і операцій:

- розуміння твірного та похідного слів і їх порівняння за значенням;
- уміння практично оперувати словотвірними морфемами у процесі словотворення (за аналогією і самостійно);
- виділення на практичному рівні спільної морфеми (префікса, суфікса) у ряді слів (морфологічний аналіз).

Мовленнєвий матеріал для пред'явлення повинен складатися з іменників, прикметників, дієслів. Наприклад, іменники:

- а) із зменшувально-пестливим значенням (суфікси -чик-, -к-, -очк-, -ечк-, -ичк-) (ялинка, торбинка, машинка; віконечко, сонечко, відеречко);
- б) зі значенням недорослості (суфікси -к-, -ен-, -ат-, -ят-) (мишка, зайчєня, кошеня, лисєнята);
- в) зі значенням умістилища (суфікс -ниц-) (хлібниця, цукорниця, мильниця, цукерниця);
- г) зі значенням роду діяльності (-ар-, -яр-) (лікар, пекар, кухар, перукар, друкар, каменяр);
- д) від дієслів (малювання – малювати, писання – писати, плавання – плавати, читання – читати) (для дітей старшого дошкільного віку);

Відносні прикметники, утворені від іменників:

- а) зі значенням матеріалу, з якого зроблений предмет (суфікси -ов-, -єв-, -н-) (паперовий, дерев'яний, скляний, гумовий, яблучний, молочний);
- б) присвійні (суфікси -ин-, -ов-, -ач-, -яч-) (мамин, заячий, свинячий, собачий);

Складні прикметники (короткі ноги – коротконогий, жовтий рот – жовторотий, біла кора – білокора).

Якісні прикметники з позначенням характерних рис об'єкта (суфікси -н-, -ив-) (боязливий, розумний).

Дієслова з префіксами, що позначають протилежні дії (ви-, за-, на-) (виходити, заходити, виливати, наливати).

Використання зазначених словотворчих афіксів передбачено програмними вимогами до виховання і навчання дітей у дошкільних установах і рекомендовано методичною літературою.

У дошкільному віці засвоєння мовлення відбувається на практичному рівні, що не передбачає усвідомлення дитиною різних мовних одиниць та операцій з ними.

Виявлення розуміння та використання похідних слів дітьми із ЗНМ відбувається у процесі ігор, показу відповідних малюнків, відповідей на запитання з опорою на наочність та без неї. Наприклад. – іменників зі значенням зменшеності (покажи на малюнку, де будинок – будиночок, м'яч – м'ячик, заєць - зайчик, ложка - ложечка та ін.), гра «Великий – маленький». Перед дитиною дві ляльки велика і маленька та великі та маленькі предмети (картинки). Дитині пропонується розкласти лялькам картинки та назвати їх. Наприклад, великій ляльці – велику піраміду, а маленькій – маленьку пірамідку; – іменників зі значенням недорослості (покажи, де на картинці лисиця – лисеня (лисеньятко), заєць – зайченятко, котик – кошенятко). Гра «Хто у кого».

Дитині пропонується розкласти картинки малят тварин та назвати їх: хто у вовка, хто у білки, хто у ведмедя?;

– іменників зі значенням умістилища (покажи, де хліб, а де хлібниця.тЩо означає слово хлібниця? Що означає слово хліб? Хліб і хлібниця – це одне і те ж саме?);

– прикметників: присвійних (чий це будинок, якщо там живе лисиц (собака, заєць, вовк, миша, жабка)?);

– зі значенням матеріалу (Як ми назвемо сумку, якщо вона зроблена із шкіри? Яка вона? Як назвати стіл, якщо він зроблений із дерева? Як буде називатися сік із апельсинів (яблук, слив, вишень)?);

– зі значенням зовнішніх та внутрішніх якостей предмета, характер (Як ми назвемо лева за силу? Який він? Лисицю за хитрість, дідуся за мудрість?), із зменшено-пестливим значенням (білий – біленький, жовтий – жовтенький, сірий – сіренький);

– утворення складних прикметників (білі зуби – білозубий, жовтий рот – жовторотий, довгі вуха – довговухий, темні очі – темноокий);

– утворення дієслів зі значенням руху з різними префіксами (запливає, заїжджає, залітає, забігає) та що позначають протилежну дію (покажи, де пташка залітає в клітку, а де вилітає клітки, хлопчик наливає – виливає,

заходить – виходить), від іменників (малювання – малювати, обід – обідати, спів – співати, плавання – плавати).

Для перевірки розуміння значень дієслів та уміння утворювати слова дітям пропонуються вправи зі словами: до слова «літає» додай: за-, ви-, під-, пере-, до слова «йшов» додай: пере-, до-, ви-, за-, до слова «біг» додай: до-, за-, під-, ви-, пере-. Для допомоги педагог може починати слово, а дитина закінчує: «Пограємо зі словом «несе»: при – несе, під – несе, до – несе, від – несе». Під час дослідження уміння утворювати споріднені слова використовується практичне утворення слів за зразком: трава – травинка, травичка, трав'яний, травень та на основі запитань з опорою на наочність та без неї: це солома. Як назвати соломі ласкаво? (соломка). Як називається одна із них? (соломинка). Як називається дах на будинку, якщо він із соломи? (солом'яний), гніздо у птаха? (солом'яне). Аналогічно ставляться запитання до слів: земля – земелька, земляний, підземелля.

При обстеженні операції аналогії педагог дає зразок виконання завдання (для дітей старшого дошкільного віку): від слова малювати можна утворити слово малювання, від слова читати – читання. Яке слово можна утворити від слова писати, мовчати, колихати, плавати? Зроблений із шкіри – це шкіряний, а зроблений із заліза – залізний.

Виявлення уміння практично оперувати словотворчими морфемами у процесі словотвору (за аналогією і самостійно) включає в себе завдання на утворення слів за аналогією, які дають змогу виявити сформованість словотвірної діяльності на матеріалі добре засвоєних морфем (зразок виконання дає педагог). Методика пред'явлення: дітям пропонується виконати завдання за інструкцією: «Від слова стілець я утворила слово стільчик, від слова палець – пальчик. Утвори схоже слово від слова вазон (перець, барабан) тощо». При цьому педагог інтонаційно вимовляє однакову в усіх словах морфему -чик-, яку дитина має практично виділити та використати (перенести) для утворення нових слів.

Дослідження вміння виділяти на практичному рівні спільну морфему (префікс, суфікс) у ряді слів (морфологічний аналіз) передбачає використання діагностичних ігор, вправ, у процесі яких дітям, наприклад, необхідно доповнити слова, початі педагогом (з опорою на наочність), наприклад: миль - ниця, цукор - ниця, цукер - ниця. Після цього дитина повинна відповісти на запитання: «Яку частинку слова ти домовляв?» Доречно виконувати і інші завдання (з використанням картинок). – Що робить хлопчик? – Їде. Що він зробив? – Приїхав. – Що робить дівчинка? – Іде. – Що вона зробила? – Прийшла. – Яку ти однакову частинку говорив у словах приїхав, прийшла? – При-.

Іншим критерієм достатньої сформованості лексичної сторони мовлення є засвоєння дітьми на практичному рівні семантичних полів однорідних слів (сніг, сніжний, сніжинка). Оволодіння умінням добирати спільнокореневі слова, помічати в них схожість і відмінність з погляду семантики і звучання, значною мірою збагачує словник дітей, сприяє формуванню елементарних морфологічних узагальнень. У результаті діагностики стану розвитку морфологічної системи словотвору у дітей середнього та старшого дошкільного віку із ЗНМ виявляються різні порушення, що проявляються:

а) у недоліках сформованості окремих видів морфологічних значень, а саме: – суфіксів зі значенням зменшеності, недорослості, умістилища, професій, «опредмеченої дії»;

– у недостатній диференціації способів утворення прикметників за розрядами;

– префіксів, що означають різні, у тому числі протилежні дії;

– префіксів на позначення різних відтінків, що уточнюють характер перебігу дії;

в) у труднощах в диференціації суфіксів за семантикою;

г) у недостатньому умінні співвідносити значення твірного і похідного слова;

д) у труднощах розуміння та використання в мовленні навіть засвоєних морфологічних елементів мови:

– недостатня сформованість операції утворення за аналогією;

– недостатність сформованості та концентрації слухової уваги та її спрямованості на морфологічне оформлення мовлення взагалі та власних висловлювань зокрема;

– недоліки в розвитку слухового контролю за використанням морфологічних елементів мови.

Вивчення характеру встановлюваних дитиною смислових зв'язків між словами Згідно з критеріями об'єктивної оцінки словника дітей дошкільного віку із ЗНМ, одним із показників розвитку лексики є характер встановлюваних смислових зв'язків між словами. Для виявлення цього процесу використовується завдання на виявлення словесних асоціацій, яке серед численних психологічних і психолінгвістичних досліджень мовленнєвої функції велике діагностичне значення. Дитині пропонується пограти у слова.

Для того, щоб була зрозуміла мета гри, просимо її назвати будь-яке слово, а педагог у відповідь називає своє, чимось пов'язане зі словом дитини, та виражене іменником, прикметником, дієсловом, щоб показати різноманітність зв'язків між словами. Наприклад, дитина називає слово «машина», педагог – «колеса» (у машини є колеса), молоко – «біле» (молоко біле), хлопчик –

«біжить» (хлопчик біжить, приклад синтагматичного зв'язку слів), «дівчинка» (приклад парадигматичного зв'язку слів) Після цього ролі міняються. Педагог пропонує свої слова-стимули, які виражені різними частинами мови. Усі запропоновані слова мають бути знайомі дітям, відповідати їхньому вікові і рівневі розвитку. Наприклад: сонце, кішка, червоний, сумний, іде, їсть, високо, весело тощо.

За результатами отриманих даних у дошкільників із ЗНМ діагностуються порушення лексичної сторони мовлення, такі як:

- недостатній рівень сформованості лексичних узагальнень, що лежать в основі семантичної структури слова (невміння визначити значення слова із контексту, кумуляція різних значень одного і того самого слова, перенос засвоєного значення для позначення схожої ситуації);
- обмеженість словесних асоціацій;
- недоліки операції утворення слів за аналогією.

4.4. Діагностика граматичної сторони мовлення

Вивчення стану сформованості системи морфологічної словозміни включає в себе:

- рівень засвоєння системи значень граматичних морфем і способів їх мовного позначення, які відображають різні граматичні категорії (число, рід, відмінок, відмінювання, вид, час тощо), їх використання у процесі розуміння і породження висловлювань. Для іменників і прикметників: відмінкові, числові, родові зміни, для дієслів: категорії числа, роду, виду.

Під час проведення дослідження з метою визначення рівня мовленнєвого розвитку дитини та диференційної діагностики мовленнєвого порушення важливо встановити, чи володіє вона зміною основних частин мови за морфологічними категоріями і чи засвоїла вона їх граматичне значення. Перед тим, як розпочати спеціальне дослідження граматичної системи словозміни та виявлення особливостей засвоєння дітьми практичних мовних знань на морфологічному рівні (морфологічних узагальнень) та операцій з ними, необхідно визначити, які види мовлення (експресивне, імпресивне або і те і інше) є порушеними у дитини та якого ступеня. З метою визначення порушених видів мовлення дитину просять показати, а потім назвати за інструкцією педагога предмети та їх дії за картинкою або у процесі гри (для дітей молодшого, середнього віку). Дітям старшого віку можна запропонувати скласти невеличку розповідь (3-4 речення) за серією сюжетних картинок, послухати текст та відповісти на запитання педагога, спрямовані на перевірку розуміння прослуханої розповіді.

Якщо у результаті проведеного дослідження виявлено у дитини порушення власного мовлення, то надалі перевіряється розуміння пред'явлених граматичних форм з урахуванням вікових можливостей дитини. За наявності у дитини певного імпресивного та експресивного лексичного запасу та можливості побудови нескладних словосполучень та речень проводиться спеціальне обстеження граматичної будови мовлення (системи словозміни та синтаксису).

Для дослідження розуміння і використання у власному мовленні числових форм іменника, прикметника, дієслова пред'являються картинки, на яких зображені предмети в однині та множині. При цьому лексичний набір має включати в себе як прості форми слів, так і складні, атипові, і ті, що містять чергування. Спочатку картинки пред'являються попарно, а потім вроздріб.

Наприклад.

Іменники. Покажи (назви): дерево – дерева, заєць – зайці, ведмідь – ведмеді, білка – білки, теля – телята, квітка – квіти, кіт – коти, вікно – вікна.

Дієслова (узгоджені з іменником). Дівчинка танцює – дівчатка танцюють, хлопчик грається – хлопчики граються, машина їде – машини їдуть.

Прикметники (узгоджені з іменником). Високе дерево – високі дерева, круглий м'яч – круглі м'ячі.

Для дослідження розуміння і використання в мовленні родових форм також використовуються картинки, на яких дитину просять показати: де Женя взяв олівець, а де Женя взяла олівець. Саша заплакав. Саша заплакала. Крім цього, дітям середнього дошкільного віку дітям дається завдання: назви, яке яблуко (яка стрічка, який листок, які дерева), дітям старшого віку можна пред'являти картинки з зображенням предметів жіночого, чоловічого і середнього роду однакового кольору і запитати: «Про що можна сказати: зелена, зелений, зелене, зелені, синій синя, синє?»

Для дослідження розуміння і використання видових категорій дієслова (доконаного та недоконаного виду) дітям пропонується подивитися на малюнки і показати: де дівчинка малює, а де намалювала, де хлопчик ловить, а де зловив, де будує, а де збудував тощо. Після цього за цими ж малюнками необхідно відповісти на запитання: «Що робить дівчинка?», «Що вже зробила?», «Що робить хлопчик?», «Що зробив?».

Під час дослідження, спрямованого на виявлення вміння дітей дошкільного віку із ЗНМ використовувати відмінкові форми іменників, педагог ставить запитання стосовно різних ситуацій, зображених на картинках.

Наприклад: «Кого діти бачили в зоопарку? Кому потрібна кістка? Що їсть дівчинка? Куди мама поклала хліб? Чим дівчинка підмітає? З ким йдуть діти у ліс?» тощо, або закінчити речення, почате педагогом, одним словом за

малюнком. У цьому випадку дитині для правильної відповіді необхідно зрозуміти зміст поставленого запитання, підібрати потрібне слово, граматично правильно його оформити у відповідності до відмінкових значень. Є.Ф.Соботович зазначає, що особливості виконання цих завдань дають підставу міркувати про сформованість системи відмінкової словозміни (при правильних відповідях) чи несформованість (при наявності помилок). Такий характер помилок, як відсутність форм слів, заміни форм непрямих відмінків прямим, нерозмежування відмінкових закінчень слова за відмінами, використання ненормативних форм, збереження або порушення морфологічної структури слова при його граматичному оформленні, неправильне відтворення фонетичного складу закінчення, його пошуки також демонструє сформованість або несформованість системи відмінкових закінчень. Аналіз таких помилок має велике значення для диференціальної діагностики різних мовленнєвих порушень: моторної алалії, ЗНМ при розумовій відсталості та ЗПР [31].

Наведемо приклади завдань.

Завдання 1. – Це заєць. У кого довгі вуха? Кому дамо морквину? Кого ми бачили у лісі? Про кого ця загадка? З ким ти познайомився? – Це зебра. У кого смугаста шкіра? До кого підійшли діти? На кого вони дивляться? Кому діти дали траву? З ким ви познайомилися у зоопарку? Про кого ця загадка?

Завдання 2. Дібрати слова у потрібній формі, дати відповідь на питання (за малюнками).

- Хлопчик малює (кого?) ведмедя.
- Тато читає дітям (що?) книжку.
- Хлопчик витирається (чим?) рушником.
- На дереві багато (чого?) яблук.

Завдання 3. Із названих слів вибрати тільки ті, які звучать схоже (для дітей старшого віку): – Заєць, зайці, м'яч, стіл, зайцеві, м'ячем, заячий.

Завдання 4. Утворити ряд слів за аналогією: Стіл – столи – на столі. Вікно – ... Шафа – ... Куля – ...

Завдання 5. Скласти речення зі словами: м'яч, ложкою, у шафі, м'ячем, маляу, маляють (для дітей старшого віку).

Завдання 6. Виконати інструкції: Покажи ручкою олівець. Покажи олівцем книгу. Покажи лінійкою ручку.

Для дослідження розуміння та використання прийменникових конструкцій дитину просять дати відповідь на запитання з опорою на картинку, за демонстрацією дій.

Завдання 7. – Де заховані іграшки? (під столом, за шафою, за дверима, в столі). – Хто на дереві? – Що під деревом? – Хто стоїть біля стола?

Завдання 8. Виконати доручення: Поклади ручку на книжку (під книжку, в книжку).

Завдання 9. Закінчити речення (за малюнком). – Діти ідуть до ... (лісу). – Тато виходить з ... (машини). – Гриби ростуть під ... (деревом).

Завдання 10. Вставити у речення пропущене слово (за малюнком) (для дітей старшого віку). – Пташка вилетіла ... клітки. – Пташка залетіла ... клітку.

– Квіти поставили ... вазу. – Книжка упала ... шафу. – Машина зупинилась світлофором.

Дослідження синтаксичної сторони мовлення включає:

– розуміння смислових зв'язків між словами в реченні; засвоєння дітьми синтаксичного значення слова у реченні;

– розуміння логіко-граматичних конструкцій.

Метою дослідження є: виявлення розуміння синтаксичного значення слова, визначення якісних та кількісних параметрів синтаксичних конструкцій, якими володіє дитина, самостійне використання засвоєних значень слова при побудові речень, оволодіння синтаксичними трансформаціями та синтаксичною синонімією, рівень розвитку слухового контролю на синтаксичному рівні.

Результати дослідження синтаксичної сторони мовлення є інформативними для отримання необхідних даних, що характеризують відхилення у її засвоєнні та процес вибору дитиною граматичної програми висловлювання на синтаксичному рівні.

Для отримання діагностичних даних дітям пропонується ряд завдань, наприклад, самостійне складання речень за сюжетними малюнками та їх серіями. На початкових етапах знайомства з дитиною можна запропонувати сумісну гру, обігравання якоїсь ситуації, дії дитини з предметами або іграшками. Якщо дитина знаходиться на низькому рівні мовленнєвого розвитку, не в змозі самостійно складати речення, з метою виявлення розуміння смислових зв'язків між словами в реченні їй пропонується відповідати на поставлені педагогом запитання до наочної ситуації, зображень на картинці. У такому випадку педагог може сам скласти речення і поставив запитання до кожного його члена (Хто? Що робить? Що? Куди? Чим? тощо). Якщо дитина правильно відповідає на поставлені запитання або показує відповідні предмети, дії, то це свідчить про те, що вона розуміє ситуацію, виділяє в ній окремі семантичні одиниці та розуміє синтаксичні значення відношення.

Стійке порушення формування функції об'єднання слів у один ряд у дітей при наявності окремих слів після трьох років характерно для дітей деякими формами моторної алалії. Неправильні відповіді на наведені запитання у дітей із збереженими слуховими функціями свідчать про недостатнє розуміння смислових зв'язків між словами, що характерно для дітей із зниженими

інтелектуальними можливостями (Є.Ф.Соботович, В.В.Тищенко). Для дітей середнього дошкільного віку можна запропонувати просте речення. Для дітей старшого віку – складніше.

Завдання 1. Розуміння смислових зв'язків між словами в реченні. Дати відповідь на питання за малюнком. – Восени листя падають з дерев на землю. – Що падає з дерев? – Листя що роблять? – Коли листя падають? – Звідки (з чого) падають? – Куди падають?

Завдання 2. Те ж саме. – Навесні у ведмедиці в барлозі народилися ведмежата. – Хто народився у ведмедиці? – Що зробили ведмежата? – У кого народилися ведмежата? – Де народилися ведмежата? – Коли вони народилися? Виявлення труднощів узагальненого граматико-смислового значення речення.

Завдання 3. Вибрати ті малюнки, які схожі з такими реченнями: – Дівчинка несе квіти. – Хлопчик виходить з автобуса. – Мама готує обід.

Завдання 4. Переставити слова в реченні. Скажи по-іншому. – Траву їсть корова. (Про кого говориться в реченні?).

– Багато грибів зібрали діти в лісі. (Про кого говориться в реченні? Про що говориться в реченні?).

– Землю засипало снігом. (Про що говориться в реченні?).

Завдання 5. Виділення головних членів речення.

– Хлопчик їде на велосипеді. (Про кого говориться в реченні? Що говориться в реченні?)

Складання речень за опорними словами. При цьому виявляються труднощі граматичного оформлення речення.

Завдання 6. Послухай слова, склади речення (з опорою на наочність).

– З, пташка, вилітає, клітки.

– Гарне, мама, купила, плаття.

– Маленькі, принесли, лісу, з, діти, пташеня.

Для ускладнення завдання слова подаються в незмінному вигляді.

Отримані дані про особливості розвитку синтаксичної сторони мовлення у дітей із ЗНМ проявляються в неправильному використанні прийменників при складанні речень. Навіть найпростіші прийменники, такі як у, на, з, під, до в окремих реченнях то опускаються, то замінюються (Котик стрибає стола). Більш складні прийменники, такі як з-під, між, через, тому що взагалі не використовуються дітьми.

Для виявлення обсягу засвоєних синтаксичних конструкцій та для отримання додаткових даних про особливості засвоєння синтаксичної системи використовується інша серія завдань: повторення фраз різної синтаксичної структури. Методика пред'явлення наступна. Педагог повторює речення 2-3 рази. Після цього дитині пропонується повторити речення так, як вона його

зрозуміла і запам'ятала з показом відповідних картинок. Для дітей середнього та старшого дошкільного віку пред'явлені речення з однаковим граматичним оформленням повинні розрізнятися смисловою складністю та лексикою. При цьому дуже важливо перевірити як розуміння, так і відтворення запропонованих конструкцій. Таким чином виявляються певні особливості у формуванні семантичної структури речення у дітей із ЗНМ. В набір включаються прості речення з прямим порядком слів (Листя падає з дерев. Тато читає дітям цікаву казку. Восени птахи збираються в зграї і летять на південь), інвертовані (з непрямым порядком слів) конструкції (Траву їсть корова. Багато грибів і ягід зібрали діти в лісі. Гарний костюм шие мама сину до свята), пасивні конструкції (Собака прив'язана хазяїном. Пухнаста ялинка прикрашена красивими іграшками. Листя з дерев зірвані сильним вітром), порівняльні конструкції (Слон більше вовка. (Хто маленький? Хто великий?).

Дідусь старший за батька. Дерево вище, ніж кущ. На спортивному святі дівчатка бігли швидше хлопчиків), атрибутивні конструкції (для дітей старшого віку) (Собака хазяїна. Хазяїн собаки. Мамина дочка. Доччина мама), складні речення з причинно-наслідковими зв'язками (для дітей старшого віку) (На деревах розпустилися листочки, тому що стало тепло. Таня одягнула пальто, тому що стало холодно. Гарно в лісі, коли випадає перший сніг). Після повторення цих речень, навіть якщо вони правильно відтворені, дитині ставляться запитання, спрямовані на з'ясування розуміння змісту речення.

Наприклад. Хлопчик доганяє дівчинку. (Хто біжить попереду, а хто позаду?)

Цей вид діагностичних завдань свідчить про розуміння і усвідомлення дітьми смислового наповнення та граматичного оформлення значущих частин речення, труднощі оперування словесним рядом, засвоєння засобів синтаксичного зв'язку в реченні, засвоєння предметно-синтаксичних значень граматичних морфем тощо.

За результатами отриманих даних у дошкільників із ЗНМ діагностуються порушення, які проявляються у наступному:

- недостатній рівень спрямованості уваги на морфологічне оформлення слів;
- вади операції порівняння слів за звучанням та значенням;
- недостатність слухового контролю за використанням морфологічних елементів мови;
- труднощі довільних трансформацій синтаксичної структури речення;
- вади засвоєння синтаксичного значення слова.

4.5. Діагностика зв'язного мовлення

Вивчення особливостей формування граматичної системи мовлення є інформативним для встановлення рівня розвитку самостійних зв'язних висловлювань та мовленнєвого розвитку взагалі, у тому числі інтелектуального.

З метою обстеження зв'язного мовлення доцільно використовувати наступні завдання:

- відповісти на питання до ситуації, зображеної на малюнку;
- скласти речення за малюнком;
- скласти розповідь за сюжетною картинкою та їх серією, у старшому віці – переказ тексту.

Попередньо проведене дослідження уміння самостійно складати речення за окремими сюжетними картинками, за їх серією демонструє рівень розвитку граматично правильної побудови власного висловлювання. Після цього доцільно перевірити те, як дитина переказує прослуханий текст (невелике оповідання, казку), чи потребує допомоги педагога і як її використовує. Дослідники зазначають, що у мовленні дітей 4-6 років з важкими мовленнєвими порушеннями існують характерні помилки у побудові речення та в оформленні власного висловлювання, а саме:

- пропуски прийменників, сполучників, що мають синтаксичне значення;
- неправильне узгодження іменника з прикметником та займенником у роді;
- неправильний вибір відмінкової форми іменника, що керується дієсловом;
- пропуски членів речення (у тому числі головних);
- зміна порядку слів у реченні.

Аналіз отриманих даних щодо сформованості зв'язного мовлення буде свідчити про труднощі в оволодінні основними його видами: переказом, складанням розповідей з опорою на наочність, заданий план тощо. У своїх самостійних розповідях діти нерідко лише перераховують зображені предмети, їх дії; увага у них привертається до другорядних деталей, випускаючи головне у змісті. При переказі виникають труднощі запам'ятовування і утримання в пам'яті логічної послідовності дій та їх відтворення. Таким чином виявляються помітні відмінності в оволодінні дітьми зв'язними висловлюваннями, які визначають специфіку проявів загального недорозвитку мовлення.

РОЗДІЛ V. КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО ОДНОГО РОКУ.

5.1. Методи вивчення психомоторного розвитку дітей з органічним ураженням центральної нервової системи на першому році життя.

Клініко-логопедичне вивчення дітей з церебральним паралічем з перших тижнів життя включає метод спостереження за дитиною в період неспання, метод бесіди з медичним персоналом, метод вивчення медичної документації, дослідно-експериментальну роботу по вивченню і навчання дітей в домовленнєвий період, метод порівняльного аналізу мовного розвитку дітей.

Таке вивчення, що носить комплексний характер, дозволяє виділити патологічні особливості в домовленнєвому розвитку дітей з церебральним паралічем, визначити структуру дефекту і намітити шляхи корекції.

Вивчення дітей проводиться з раннього віку, так як патологічні особливості в їхньому розвитку виявляються з самого народження і перешкоджають подальшому правильному формуванню мовної та психічної діяльності у дітей з церебральним паралічем.

Вивчення дітей, які страждають на церебральний параліч, починається з аналізу анамнестичних даних, стану рухового розвитку, артикуляційного апарату, обстеження до мовленнєвої діяльності - голосової активності дітей, а також її інтонаційної виразності. Планується психолого-педагогічне обстеження. Ці дані розглядаються в динаміці в процесі логопедичної роботи, тобто дослідження носить лонгітюдний характер.

Вивчення анамнестичних даних. З анамнестичних даних розробляються: перебіг вагітності, стан дитини при народженні, особливості крику, наявність і характер асфіксії. Особлива увага звертається на вроджені безумовні оральні рефлекси, щоб забезпечити можливість смоктання і ковтання. Враховується час появи орієнтовних реакцій на оптичні і звукові подразники, час появи і характер посмішки.

Вивчення рухового розвитку дітей. Спільно з невропатологом обстежуються рухові можливості дитини: з'ясовується наявність патологічних тонічних рефлексів і поширення їх на м'язи мови, очей; можливість утримання голови, що необхідно для розвитку орієнтаційно-пізнавальної діяльності; вміння повертатися, сидіти, підтягуватися руками, що також розширює можливості пізнання навколишнього світу, предметну діяльність і контактність. Особлива увага приділяється стану кисті, положенню першого пальця, можливості зорово-моторної координації, маніпулятивної і предметної діяльності, що, на думку ряду авторів (Є. Мастюкова, М. І. Лісіна, Ф.І.

Фрадкіна) впливає на розвиток мовлення. Спільно з лікарем визначається загальний м'язовий тонус дитини, характер гіперкінезів, судом, а також з'ясовуються можливості дитини спиратися на ноги і ходити.

Вивчення стану мовного апарату. Відзначається наявність патології в будові артикуляційного апарату. Спільно з лікарем обстежується наявність тону м'язів артикуляційного апарату, розподіл його при емоційному навантаженні, можливості руху губ, мови. Обстежується стан оральних рефлексів, оральних синкінезії, характер гіперкінезів. Спостерігаючи за дитиною в процесі годування, відзначають особливості прийому їжі: смоктання, ковтання. Враховуються характер голосу, крику і дихання.

Дослідження голосової і домовленнєвої активності дитини. При обстеженні домовленнєвого рівня розвитку у дітей логопед відзначає характер крику, його інтонаційно-виразну забарвлення і комунікативну функцію. Встановлює наявність, характер і час появи інтонуючого голосу, використовуваного дитиною як засіб спілкування. Спостерігаючи за дитиною в період його неспання і під час занять, логопед відзначає час появи гуління, його розвиток від спонтанної вокалізації до самонаслідування і відповідного гуління.

Наведемо приклад методики виявлення можливих реакцій дитини.

Ситуація провокує або природна. Дитина лежить на спині, спокійний.

- Методика виявлення.

1) дорослий нахиляється над ним на відстані 25-30 см від його очей. Зосереджує увагу дитини на своєму обличчі, вимовляє ласкавим голосом слова, звуки протягом 2-3 хв.

2) ведеться тільки спостереження, без засобів впливу.

3) спостереження чергуються з повторним проголошенням голосних звуків протягом 8-10 хв.

- Реакція дитини. У першому випадку дитина 2-3 рази відповідає дорослому окремими звуками. Допустима відстрочена на кілька секунд реакція. У другому випадку дитина видає окремі приголосні звуки без певного подразника, спонтанно. У третьому - розглядаючи іграшки, дитина вимовляє голосні звуки, прислухається до звуків, які вимовляє дорослий і через кілька хвилин гулить.

При наявності у дитини белькотіння логопед визначає етап його розвитку (I, II, III етапи по В.І. Бельтюків).

- Методика виявлення. Ситуація природна. Дитина не спить. Дорослий спостерігає за ним протягом 30 хвилин, 1) Можна перегукуватися з дитиною. 2) Дорослий повторно вимовляє склади, які є в лепет дитини. 3) Ситуація провокує. Дорослий, сидячи перед дитиною, емоційно звертається до нього, чітко, роздільно, з невеликими паузами вимовляє склади, які дитина раніше сам

виголошувала. Перевірка проводиться протягом 30 хвилин. 4) Дорослий вимовляє чітко, роздільно з невеликими паузами склади, яких немає в лепет дитини.

- **Реакція дитини.** У першому випадку дитина вимовляє неодноразово або дуже рідко склад з губними приголосними *ба, ма*, прислухається до дорослого. У другому випадку дитина повторно вимовляє склади, мовчки слухає дорослого або дивиться на його губи. Через 2-5 хв вимовляє повторно склади за дорослим. У третьому випадку дитина повторює за дорослим склади. Заторможена відстрочена реакція. Дитина прислухається до голосу дорослого, стежить за рухами губ, потім через 1-2 хв вимовляє почуті звуки. У четвертому випадку дитина повторює за дорослим почуті склади.

При наявності у дитини перших слів визначають час їх появи і характер аморфних слів-пропозицій.

- **Методика виявлення.** Ситуація природна або провокує. 1) Дорослий спостерігає за граючим дитиною. У дитини знайомі йому іграшки, якими він грав неодноразово і які називалися по кілька разів дорослими. Наприклад: лялька *Ляля*, собачка. *Ав* і т.д. 2) Дорослий може взяти іграшку в руку і запитати дитину: «Що (хто) це?» 3) Дорослий сидить перед дитиною і вимовляє з різною інтонацією склади в різноманітному поєднанні, які дитина раніше не вимовляв. 4) Дитині показують іграшку таким чином, щоб вона викликала у нього інтерес, запитують: «Що (хто) це?»

- **Реакція дитини.** У першому випадку під час гри при вигляді іграшки дитина називає її полегшеним словом і повторює за дорослим слова. У другому випадку повторює склади. Допустима відстрочена реакція. У третьому - дитина повторює за дорослим слова.

У відповідності з перерахованими етапами домовленнєвого розвитку логопед вибирає той, на якому знаходиться дитина перед початком занятті. Це дозволяє логопеда визначити «зону найближчого розвитку» дитини і стимулює її до подальшого розвитку.

Психолого-педагогічне обстеження включає вивчення стану орієнтовних реакцій у дітей в перші тижні життя і орієнтовно-пізнавальну діяльність у дітей перших місяців життя. Обстежуються сенсорні функції: зорове і слухове сприйняття, увагу до мови дорослого і рівень розвитку початкового розуміння мови.

Наводимо приклад методики виявлення орієнтовних реакцій і можливі реакції дітей.

Зорові орієнтовні реакції.

- **Методика виявлення.** Ситуація провокує. Дитина лежить на спині. 1) Дорослий утримує іграшку (брязкальце з кулею діаметром 5 10 см) на відстані

40- 50 см і переміщує її на 20 30 см. вправо і вліво 2-3 рази. 2) Дорослий, привертаючи увагу дитини, розгойдує іграшку, розмовляє з ним, то нахиляючись, то віддаляючись. Викликавши зосередження, залишається нерухомим або тримає іграшку на висоті 40- 50 см. від очей дитини. 3) Дорослий викликає зосередження на предметі (яскравій іграшці), повертаючи його в сторону до 20 см , а потім залишає предмет нерухомим на висоті 50- 70 см від очей дитини. 4) По черзі до дитини підходять знайомі і незнайомі дорослі, кажуть, посміхаються протягом 1,5-2 хв.

- **Реакція дитини.** У першому випадку дитина фіксує предмет поглядом 5-10 сек. Рухи очей стрибкоподібні, іноді супроводжуються рухами голови. Рухи загальмовані. У другому випадку дитина фокусує предмет поглядом 5-10 сек. У третьому випадку дитина дивиться на іграшку, стежить за нею. У четвертому випадку при спілкуванні зі знайомим у дитини виникає поживлення, радість, а, побачивши незнайому - насторожується, зникає посмішка, може заплакати.

Наводимо шкалу психомоторного розвитку по Гріффітс - це скринінгова методика обстеження.

Шкала психомоторного розвитку по Гріффітс 1-й рік

Місяць життя	Моторика	бал	Соціальна орієнтація	бал	слух і мова	бал	очі і руки	бал	Здатність до гри	бал
1	Піднімає підборіддя лежачи на животі	1	Короткочасно фокусує погляд на предмет	1	Здрагається від звуків	1	Стежить очима за яким світлом	1	Стискає пальці	1
	Відштовхується ногами від рук дослідника	2	Заспокоюється на руках	2	Заспокоюється від зверненого до нього мовлення	2	Дивиться на кільце або іграшку	2	Реагує на батьків	2
	Утримує вертикально головку кілька секунд	3	Радіє, посміхається	3	Гулить більше, ніж плаче	3	Дивиться на дзвіночок, розміщений прямо перед ним	3	Руки тягне в рот	3
2	Піднімає головку, лежачи на животі	4	посміхається	4	Слухає дзвіночок	4	Стежить за дзвіночком в горизонтальному напрямку	4	Енергійно рухає ручками	4
3	Енергійно брикається	5	Впізнає мати	5	Гулить, вимовляє голосні звуки	5	Стежить за дзвіночком у вертикальному напрямку	5	Реакція на батьків: тягне до них ручки	5
4	При купанні активно відштовхується ніжками	6	Гулить при зверненні до нього	6	Шукає очима джерело світла	6	Переводить погляд з об'єкта на об'єкт	6	Утримує палочку	6
	Піднімає головку лежачи на спині	7	Стежить оченнями за рухами	7	Слухає музику	7	Стежить за дзвіночком по колу	7	Грає зі своїми ручками	7
	Перекотюється з боку на спину	8	Реагує на погляд усмішкою або гулінням	8	Вимовляє два і більше звуку	8	Спостерігає за предметом, підвішеним на мотузочку	8	розглядає коробку на столі	8
	Випрямляє спину при сидінні	9	Доброчинливий до	9	Шукає джерело світла	9	Стискає іграшку, коли її вкладають в руку	9	Опирається при спробі відняти	9

			незнайомих людей		повертаючи голову		іграшку	
	Піднімає голову і груди лежачи на животі	10	Чинить опір, коли дорослий хоче забрати кільце	10	Голосно сміється	10	Поглядом досліджує і розглядає новий предмет	10
	Тривало утримує головку в вертикальному положенні	11	Радіє, коли з ним грають	11	Точно повертає головку в сторону дзвінка	11	Тягнеться до іграшки і захоплює її	11
4	Піднімає головку і плечі	12	Перестає плакати, коли з ним розмовляють	12	Слухає мелодичні звуки	12	Тягне іграшку до рота	12
5	перекотюється з боку на бік	13	Повертає голову в сторону того хто розмовляє чи співає	13	Гулить і припиняє плакати при звуках музики	13	Зупиняє іграшку яка розкачується	13
	Грає з великим пальцем на йогох	14	Намагається сидіти, коли його садять	14	Лепече, звертаючись до когось	14	Намагається зупинити іграшку яка розкачується	14
6	З'являється реакція повзання - підгинає коліна	15	Тримає ложку	15	Грає дзвіночком	15	Обстежує руками стіл	15
	Сидить зі слабкою піддержкою	16	Тягнеться, щоб його взяли на руки	16	Вимовляє чотири і більше різних звуків	16	Грається з дзвіночком, трясє його і розглядає	16
7	перевертається зі спини на живіт і назад	17	П'є з чашки	17	«Відповідає», коли його звуть	17	Намагається дотягнутися і будь-яким методом спіймати мотузочок	17
	Перше пробує робити крокові рухи - танцююче рухається	18	Маніпулює чашкою і ложкою	18	Двохслівний лепет	18	Стежить за падаючими предметами	18
	Посилено намагається ходити	19	Реагує на своє відображення в дзеркалі - дивиться в нього	19	Кричить, щоб привернути до себе увагу	19	Стукає одним предметом об інший	19
8	Сидить сам короткий час	20	Розрізняє знайомих і незнайомих	20	прислухається до розмов	20	Стежить, малюючи на папері	20
	Більш чітка реакція шагування - ставить одну ніжку на іншу	21	Швидко реагує на зміну обставин	21	Видає перші звуки	21	Міцно утримує кільце	21
9	Кругиться на місці на підлозі (більш складна реакція повзання)	22	Плаче, якщо прибрати іграшку	22	Фразовий лепет - чотири і більше складів	22	«Часткова» спеціалізація - виведення великого і вказівного пальців	22
9	Може сидіти на підлозі	23	Намагається примати чашку коли п'є	23	Каже «ма-ма», «па-па»	23	Захоплює більш дрібні предмети (кубики 2х2, м'ячик)	23
	Намагається повзати вперед і назад	24	стягує шапку	24	Слухає цокання годинника	24	Розгойдує кільце на мотузці	24
10.	Стоїть із піддержкою	25	Реагує на своє відображення	25	Качає головою, «так» або «ні»	25	Грає з підвішеними іграшками	25

			дзеркалі - сміється, грає з ним				інший			
	Добре сидить на стілці	26	Махає рукою, кажучи «до побачення»	26	Каже два слова	26	Усвідомлено кидає предмети	26	Піднімає кришку з коробки	6
11	Піднімається сам, держачись за щось	27	Виявляє свою любов	27	Лепече реченнями	27	Повний розвиток великого і інших пальців	27	Знаходить заховану іграшку	7
	Може довго стояти, тримаючись за щось	28	Бере в рот, смокче свій палець на руці	28	Усвідомлено грає дзвіночком	28	Може вказувати на предмет пальцем	28	Намагається вийняти кубик з коробки	8
	Повноцінне повзання на «четвереньках»	29	Усвідомлено грає з чашкою та ложкою, правильно підносить їх до рота	29	Реагує на музику, пісні	29	Цікавиться заводними іграшками	29	Утримує три кубика	9
12	Переступає самостійно через іграшку в манежі	30	Відповідає на прості прохання (типу «дай мені»)	30	Тривало лепече, особливо коли один	30	Може тримати олівець і тикати ним в папір, намагаючись малювати	30	Виймає кубики з коробки і укладає їх в коробку	0
	Ходить за ручку	31	Плескає в долоні	31	Каже три слова	31	Патякати на папері	31	-	1

5.2. Особливості психомоторного розвитку дітей першого року життя з органічним ураженням центральній нервовій системі.

Вивчення дітей з церебральним паралічем показало, що затримка в розвитку дитини починається з перших тижнів життя. Велика роль у відхиленні психічного розвитку дітей належить руховим, мовним і сенсорним порушенням. Ці відхилення в основному обумовлені недостатністю практичного досвіду дітей з ДЦП, а також обмеженістю їх комунікативних зв'язків. Спонтанний розвиток дітей затримується в темпі із патологічно викривленим змістом.

Характеристика рухової сфери

Для дітей з ДЦП в перші п'ять місяців життя характерно сильне відставання в розвитку їх рухових функцій.

Тільки незначна частина дітей може до п'яти місяців утримувати голову. У них відзначається патологічний стан кистей рук, який характеризується приведенням першого пальця до долоні і щільним стисненням кулаків. У деяких випадках кисть буває паретичною, що звисає. У більшості дітей відсутня зорово-моторна координація. Положення тіла дитини в більшості випадків буває вимушеною з закинutoю головою, що обмежує після зору дитини і є однією з причин затримки його психічного розвитку з перших місяців життя. Загальний м'язовий тонус патологічно змінений, в більшості випадків з тенденцією до його підвищення. Вже в цьому віці затримка рухового

розвитку поєднується з відставанням у розвитку голосової активності і орієнтовно-пізнавальної діяльності дитини.

До 12 місяців лише незначна кількість дітей утримують голову, в основному діти не можуть самостійно сидіти, що негативно позначається на розвитку їх пізнавальної діяльності. У більшості дітей спостерігається патологічний стан кистей рук, недостатність або відсутність зорово-моторної координації і маніпулятивної діяльності.

Тільки деякі діти можуть стояти біля опори, а у багатьох відзначається вимушене положення тіла, неможливість поворотів з боку на бік, патологічна опора при спробі поставити їх на ноги.

До двох років деякі діти ще погано утримують голову, не вміють вільно її повертати і розглядати навколишнє. Вони не в змозі повертатися і змінювати положення свого тіла, самостійно сидіти, захоплювати і утримувати іграшки. У більшості випадків кисті рук дітей стиснуті в кулаки, щільно приведені до долоні перший палець, і неможлива його участь при захопленні іграшок. Лише небагатьом дітям доступна предметна діяльність за допомогою дорослого. У всіх випадках відзначається патологічна зміна м'язового тону.

Лише деякі діти можуть стояти у опори, переступати з підтримкою за руки. Як правило, порушення довільної моторики поєднуються з вираженою патологією апарату артикуляції, голосу, дихання. реакцій і пізнавальної діяльності в цілому. У дітей з яскраво вираженою патологією рухової сфери і апарату артикуляції домовленнєва діяльність в цей період практично відсутня.

Стан артикуляційного апарату, голосу і дихання

У дітей у віці до п'яти місяців відзначається цілий ряд патологічних змін в будові і функціонуванні артикуляційного апарату. Патологія будови артикуляційного апарату у частини дітей проявляється в неправильній формі твердого піднебіння, недорозвинення нижньої щелепи, пасивною мовою. У частини дітей спостерігаються значна асиметрія особи, згладження носогубних складок. Форма язика і його положення в порожнині рота в значній мірі залежать від загального м'язового тону дитини, від впливу патологічних тонічних рефлексів на м'язи язика. Так, в більшості випадків язик вкрай напружений, відтягнутий «комом» назад, або «жалом» витягнутий вперед, що найчастіше поєднується з гіперкінезами язика в передньо-задньому напрямку, тремором язика. Нерідко це поєднується з гіперкінезами мимічної мускулатури. У деяких випадках відзначається гіпотонус язика, губ, відвисання нижньої щелепи, відсутність смоктальних рухів.

У більшості дітей голос слабкий, немодульований, вичерпується, в ряді випадків відзначається асинхронність голосу, дихання і артикуляції. Міміка у більшості дітей млява, нечітка.

Всі перераховані вище відхилення відображаються на процесі вигодовування дитини: діти не можуть смоктати груди матері, погано смокчуть з бутилочки, захлинаються, давлються. У них відзначаються постійне захлинання під час їжі, молоко підтікає з кутів губ, випливає з носа. У перші місяці життя деяких дітей годують через зонд. У менш важких випадках патологія апарату артикуляції проявляється в треморі підборіддя і мови, млявості губної мускулатури, слабкість смоктальних рухів. У цих дітей звуки гуління з'являються у віці до п'яти місяців, а крик у них виразний і служить засобом спілкування з оточуючими.

У віці від п'яти місяців до одного року наростає вираженість патологічних проявів в артикуляційному апараті. Перш за все, поляється псевдобульбарна симптоматика, що виявляється в порушенні смоктання, дихання і крику, захлинання під час їжі. Голос у дітей монотонний, виснажується, позбавлений інтонаційної виразності. У цьому віці помітніше стають порушення дихання: воно неглибоке, аритмічне, зустрічаються явища стридора. У всіх дітей порушений м'язовий тонус всього апарату артикуляції, що проявляється в паретичній, дистонії, треморі язика. У частини дітей виражені гіперкінези язика, асиметрія особи, згладжена однієї або обох носогубних складок, опущення одного з кутів рота або перекіс рота в здорову сторону при посмішці, плачі. Форма язика у багатьох дітей патологічна без вираженого кінчика, язик потовщений, що займає всю ротову порожнину, що пояснюється патологічним розподілом тону в м'язах язика.

Рухливість язика і губ у всіх дітей значно обмежена. Гіперсаливація у дітей в цьому віці зустрічається рідко і має місце, коли дитина знаходиться у вертикальному положенні. У більшості дітей міміка маловиразна або зовсім відсутній.

У дітей у віці від одного року до двох років виявляються різноподібні зміни м'язового тону апарату артикуляції. Нерідко спостерігається поєднання високого тону в язичку з низьким тону в губах. Форма язика змінена - найчастіше він потовщений, в корені напружений, без сформованого кінчика. Ці патологічні форми язика є результатом постійно порушеного м'язового тону язика. Більшість дітей погано жують, вважаючи за краще протерту, рідку їжу. У багатьох дітей спостерігаються гіперкінези мови, оральні синкінезії, які підсилюються під час емоцій, при спробах взяти іграшку. Голос у дітей невимовний, позбавлений інтонаційних модуляцій, виснажується. Нерідко під час крику, плачу, голосової активності спостерігається асинхронність голосу, дихання, артикуляції. Характерною рисою дітей цієї вікової групи є підвищена саливація, бідна міміка, відсутність довільних рухів

язика, губ і наслідувальних артикуляційних рухів. У деяких дітей тільки до кінця другого року життя з'являються рухи язика і губ.

Таким чином, у дітей з церебральним паралічем у віці від народження до двох років виявляються значні патологічні зміни апарату артикуляції, голосу, дихання, що спонтанно з ростом дитини не зникає, а навпаки, закріплюється і призводить до того, що артикуляційний апарат залишається непідготовленим до гуління, лепету і тим більше до звуків мови. У дітей з вираженою патологією апарату артикуляції домовленнєва голосова діяльність проявляється в недиференційованих гортанних звуках, позбавлених інтонаційно-виразної забарвленості. У менш важких випадках у дітей з'являється гуління, лепет, розвивається інтонаційна система мови.

Голосова активність

При вивченні домовленнєвої діяльності дітей з церебральним паралічем важливо враховувати час появи і особливості першого крику новонародженого. В анамнезі у багатьох дітей відзначається відсутність першого крику при народженні протягом 10-40 хвилин. Надалі крик у цих дітей характеризують слабкістю, нетривалістю, немодульованістю. У багатьох дітей в перший місяць він нагадує стогін, писк, схлипи.

У перші місяці життя, а у деяких дітей і довше, крик відрізняється інтонаційною невиразністю: відсутні диференційовані інтонації, що виражають відтінки невдоволення, вимог, радості та ін. За криком дитини неможливо визначити його стан і бажання. В силу цього крик в перші місяці життя у дітей з церебральним паралічем не являється засобом вираження стану дитини та її бажань і, звичайно, не може служити засобом спілкування з оточуючими. Лише у деяких дітей до 5-12 місяців крик набуває комунікативну функцію, але інтонаційно він залишається маловиразним.

Розвиток гуління. Спонтанні короткі звуки гукання у дітей з ДЦП з'являються тільки до кінця першого року життя. Найчастіше діти видають редуційні голосні звуки і їх поєднання: [а], [е], [ае], [ео] - спонтанно або при спілкуванні з дорослим. Інтонаційного забарвлення ці звуки не мають. Більшості дітей необхідно постійне стимулювання вимовляння звуків гукання.

Окремі недиференційовані звуки, що виникають як спонтанно, так і при контакті з дорослим по наслідуванню, являють собою елементи гуління. Якщо у дитини з нормальним розвитком звуки гуління носять співучий характер, то у дітей з ДЦП вони короткі, позбавлені співучості звучання. У більшості дітей гуління представлено недиференційованими голосними звуками і їх поєднаннями: [а], [и], [е], [уе], [ео], [ем], а задньоязикові звуки [г], [к], [х] відсутні, так як для їх артикуляції необхідно участь кореня язика, що у дітей з

церебральним паралічем дуже утруднене внаслідок його напруги і обмеження рухливості. Активність гуління вкрай низька.

У дітей з важким ураженням артикуляційного апарату тривалий час зовсім відсутня голосова активність. Час появи самонаслідування в гулінні коливається від п'яти місяців до року, що значно відстає від норми. У багатьох дітей самонаслідування в гулінні зовсім не спостерігається.

В силу того, що у дітей з церебральним паралічем звуки гуління невиразні, вони не можуть служити засобом спілкування з оточуючими, що в свою чергу, негативно позначається на процесі формування потреби мовного спілкування і призводить до затримки психічного розвитку в цілому.

Слід зазначити також, що невисока активність гуління гальмує хід становлення мовно-рухового і слухо-мовного аналізаторів.

Розвиток белькотіння. Спонтанний лепет у дітей з церебральним паралічем з'являється лише до 2-3 років, що значно відстає від норми. При цьому лепет характеризується фрагментарністю, бідністю звукового складу і відсутністю складових комплексів.

Найчастіше в лепет дітей, які страждають на церебральний параліч, присутні голосні [а], [е] і губно-губні приголосні [п], [м], [б]. Переважання в лепеті голосних [а], [е] пояснюється тим, що вони легкі для промовляння, так як вимагають лише вібрації голосових зв'язок і розкриття рота. Для виголошення приголосних звуків [м], [п], [б] потрібна активізація губної мускулатури, яка найбільш підготовлена внаслідок постійного вдосконалення моторики губ в акті смоктання під час прийому їжі. Найбільш характерними в лепеті дітей є поєднання голосних [а], [е] з губно-губними приголосними: [па], [ма], [ама], [ба], [аба].

Група губно-зубних, переднє, середньо-, задньоязикових приголосних в лепеті дітей з ДЦП зустрічаються рідко. В їх лепеті немає або майже немає приголосних: дзвінких глухим, твердих м'яким, проривних щільових. Разом з тим для них характерні недиференційовані гортанні звуки лепету.

Послідовність оволодіння звуками белькотіння як дітям із нормо типовим розвитком, так і дітьми з церебральним паралічем визначається закономірностями розвитку мовленнєвого аналізатора: на зміну грубим артикуляційним диференціювання приходять все більш тонкі, а легкі артикуляційні уклади поступаються місцем важким.

Однак зниження потреби в мовному спілкуванні і низька голосова активність дітей з ДЦП не забезпечують готовності мовного апарату до правильної вимови. А патологічний стан артикуляційного апарату, в свою чергу, перешкоджає розвитку його моторики і появі нових звуків.

У зв'язку з цим більшість дітей, які страждають на церебральний параліч, що не виявляють тій послідовності етапів розвитку белькотіння, характерна для белькотіння здорових дітей. Перш за все, спадкова програма озвучених артикуляційних рухів, що реалізується незалежно від слуху дітей і мовлення оточуючих (І етап розвитку белькотіння по В.І. Бельтюкову), у дітей з ДЦП виражена слабо або відсутня взагалі.

У дітей з церебральним паралічем не простежується або простежується як патологічний і II етап в розвитку белькотіння, тобто слабо формується механізм аутоехолалії, або самонаслідування. III етап в розвитку лепета, що характеризується поєднаннями звукових складових комплексів, фізіологічних ехолалія, і знаменує перехід до активної мови, у дітей з церебральним паралічем з'являється з великим запізненням і триває значно довше, ніж у нормальних дітей.

Деякі особливості психічного розвитку

Для виявлення можливостей психічного розвитку дітей з церебральним паралічем, велике значення має оцінка рівня розвитку їх сенсорних функцій, орієнтовно-пізнавальних реакцій, емоційного і звукового спілкування з оточуючими.

Обстеження дітей у віці до п'яти місяців показало, що характерним для них є короткочасність сну та його переривчастість. Причому на тлі неспання часто виникають негативні реакції. У деяких дітей відсутній вроджений рефлекс рухів очей, що виникає під впливом рушійної в поле зору подразника. Зорове зосередження з'являється лише після 4-8 місяців і характеризується патологічними особливостями: косоокістю, ністагмом, впливом патологічних тонічних рефлексів на м'язи очей та ін..

Зорове простежування тривалий час характеризується фрагментарно обмеженим полем зору. Значно затримується у них розвиток зорових, слухових і орієнтовних реакцій, а на будь-який оптичний і слуховий подразник виникає затримка загальних рухів, в тому числі і смоктання. У цих порушень у дітей перших п'яти місяців життя орієнтовні реакції виражені слабо або відсутні взагалі. У деяких дітей замість орієнтовних реакцій на оптичний або слуховий подразник виникають захисно-оборонні реакції: здригання, плач, переляк. У дітей, які перенесли гемолітичну хворобу новонароджених, орієнтовні реакції на слуховий подразник або відсутні, або відзначається порушення акустичної установки на звуки і мовлення, а слухове зосередження з'являється дуже пізно, після 5-17 місяців. Порушення сенсорного сприйняття призводить до неможливості встановлення з дітьми емоційного контакту, що, в свою чергу, гальмує появи перших позитивних емоцій. Так, посмішка у дітей з ДЦП виникає лише до 3-6 місяців.

Описана патологія спостерігається у дітей з найбільш важким ураженням мозку. У більш легких випадках у дітей з запізненням, але все ж формуються зорове і слухове зосередження, емоційні реакції розвиваються відповідно до віку. Однак комплекс поживлення не завжди містить в собі всі істотні компоненти: в одних випадках воно проходить без рухових реакцій, а в інших - без голосових.

У частини дітей не вдається встановити емоційний контакт в силу відсутності у них інтересу до навколишнього і потреби в спілкуванні з людьми. Ці діти не виділяють мати, не звертають уваги на іграшки, не гуляють, їх голосова активність проявляється в монотонному крику, по якому неможливо визначити бажання дитини.

Недостатність зорово-моторної координації відзначається у всіх дітей цього віку: діти не тягнуться до іграшки, що не захоплюють іграшку, так як зір активно не направляє руки до оптичного об'єкту. Деякі діти можуть утримувати вкладену в руку іграшку, але не намагаються її розглянути, обмацати, дотягнути до рота.

Для дітей, які страждають на церебральний параліч, у віці від п'яти місяців до одного року характерно нерівномірний розвиток окремих психічних функцій: сприйняття, зорово-моторної координації, орієнтовно-пізнавальних реакцій, емоційного і звукового спілкування з оточуючими.

У них в силу недостатності слухового сприйняття і недорозвинення моторики є слабкість діяльності слухового аналізатора. Ці діти з тяжкістю локалізують напрямок звуку або, добре реагуючи на звичайні звуки, не звертають уваги на мову. У цьому віці у них не формується первинне розуміння мови: вони звертають увагу на мову дорослого, не дослухаються до його голосу, не реагують на своє ім'я, на зміну інтонації, голосу. У дітей, які не мають порушення слухового сприйняття, розвиток імпресивної мови успішно йде в тому випадку, якщо рівень їх диференційованих емоцій досить високий.

Найбільш характерними порушеннями зорового сприйняття є: косоокість, ністагм, звуження поля зору (як вгору-вниз, так і вліво-вправо), вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи очей, труднощі фіксації погляду на цікавить об'єкті.

У переважної більшості дітей яскраво виражена недостатність у розвитку рухів рук: вони не можуть дотягнутися до іграшки і схопити її через щільно стисні кулаки. При спробах захопити іграшку відзначається тремор рук і промахи. Дитина не тягнеться до іграшки, віддаленої від неї на 25-30 см, а бере тільки те, що знаходиться безпосередньо перед очима.

Рухи їх скуті і одноманітні. Через незграбні рухи дитини іграшки часто падають на підлогу, при цьому деякі діти не супроводжують поглядом іграшку, яка впала.

У дітей цього віку спостерігається слабкість емоційно-вольових проявів: у них не створюється власний позитивний емоційний фон при спілкуванні з дорослим, при вигляді іграшки.

Засоби спілкування дітей з оточуючими вкрай обмежені: найчастіше це мало модульований крик або виразні рухи очей. Таким безмовним засобом спілкування користуються дуже багато дітей. У більшості випадків в процесі спілкування проявляються такі особливості психічної діяльності дітей, які страждають на церебральний параліч: низький емоційний фон, висока виснаженість, нестійкість уваги.

Разом з тим зустрічається і інша категорія дітей, для яких характерний задовільний рівень розвитку емоційних реакцій орієнтивно-пізнавальної діяльності, а також розуміння зверненої до них мови. Ці діти розрізняють інтонації голосу, реагують на своє ім'я, виконують прості мовні інструкції, знають назви деяких іграшок. Незважаючи на рухову недостатність, вони активні, зацікавлені в спілкуванні з людиною, криком привертають до себе увагу дорослого, бурхливо висловлюють емоційні переживання,

Під час занять ці діти наполегливі в досягненні мети, наприклад, багаторазово повторюють одні і ті ж рухи, щоб захопити іграшку і зробити з нею будь-яку дію.

У дітей, які страждають на церебральний параліч, у віці одного-двох років життя відсутня активність зорового сприйняття: вони не відшукують очима віддалений предмет, що впав, не розглядають іграшку, не оглядаються на всі боки в новій обстановці. Відсутність або недостатність практичної діяльності відзначається у більшості дітей, що в ряді випадків пояснюється обмеженістю можливостей зорового сприйняття, недорозвиненням зорово-моторної координації або орієнтирно-пізнавальної діяльності в цілому.

Діти не можуть відтворити показані дорослими дії з іграшками, погано включаються в гру, не можуть організувати власну ігрову діяльність. Під час самостійних занять з іграшками вони не в змозі використати їх за призначенням - покатати машинку, викликати звуки іграшки і т.п.

У дітей з церебральним паралічем через рухову і сенсорну недостатність втрачений зв'язок з навколишнім світом, значно уповільнює розвиток їх пізнавальної діяльності; обмежені пізнавальні інтереси, порушена акустична установка на звук або голос людини, знижений емоційний тонус. Лише у деяких дітей розвиток пізнавальної сфери є в межах норми.

Спілкування дітей з оточуючими найчастіше реалізується за допомогою недиференційованих рухів тіла, що супроводжуються немодульованою вокалізацією. На більш високому рівні розвитку емоційних реакцій спілкування дитини з дорослим будується за допомогою диференційованих мімічних реакцій і звукових проявів. В деяких випадках діти користуються такими засобами спілкування, як жест, міміка, лепет та лепетні слова.

Значні труднощі зустрічаються при обстеженні імпресивної мови дітей з церебральним паралічем, і часто остаточно вирішити питання про рівень імпресивної мови можна тільки після навчального експерименту. Це викликано тим, що розвиток розуміння мови у малорухливої дитини, що має сенсорні порушення, в значній мірі залежить від дорослого, від того обсягу інформації про предмети і їх властивості, котрі отримує дитина. Тому в ряді випадків має місце сенсорна депресія, неправильне виховання. У зв'язку з цим характерною особливістю імпресивної мови дітей є те, що вони добре запам'ятовують назви іграшок, предметів, що знаходяться в полі їх зору, але не можуть часто знайти добре знайомий предмет, віддалений на відстані 1-1,5 метра, так як для цього потрібен активний пошук очима, вільний поворот голови. У деяких дітей відзначається чітка диспропорція в розвитку голосових реакцій та імпресивної мови: гуління і лепет ще відсутні, а розуміння мови вже починає формуватися. Особливістю емоційно-вольової сфери дітей цього віку є в одних випадках млявість, а в інших випадках, навпаки, образливість і збудливість. Наприклад, одні діти байдужі до гри, не реагують на іграшки, не зацікавлені в спілкуванні. Інші діти, навпаки, активні під час занять, радіють новим іграшкам. З огляду на тяжкість патології і ступінь недостатньої сформованості функцій домовленнєвого розвитку, можна виділити чотири рівня домовленнєвого розвитку дітей з ПЕП, а в подальшому з ДЦП.

Чотири рівня домовленнєвого розвитку дітей з ДЦП

Ретельне обстеження дітей з церебральним паралічем дозволяє умовно визначити рівень їх домовленнєвого розвитку. Всі діти в залежності від рівня розвитку їх голосової активності можуть бути віднесені до чотирьох груп, які відповідають чотирьом рівням домовленнєвого розвитку.

І рівень - відсутність голосової активності.

Характеристика голосової активності функції спілкування. Голосова активність дітей проявляється тільки в плачі і крику. Голос дітей з церебральним паралічем тихий, слабкий. Немодульований, швидко виснажується. За криком можна визначити стан дитини та її бажання. Диференційованої голосової активності немає – діти не гулять. Період бадьорості короткий, на його тлі виникають негативні реакції. емоційне

спілкування з оточуючими у дітей виражено слабо. Посмішка недостатньо виразна або взагалі відсутня.

Характеристика сенсорного розвитку. Фіксація погляду на предметах і іграшках слабо виражена. Відстеження рухомого оптичного обсягу фрагментарне. Акустична установка на звукові подразники знижена.

Характеристика орієнтовно-пізнавальної діяльності. Оптичні і слухові подразники викликають захисно-оборонні реакції у вигляді здригання, плачу. Наявні у деяких дітей орієнтирні реакції носять слабо виражений пізнавальний характер.

Характеристика рухового розвитку. Положення тіла дітей пасивне (рис. 1, 2), відсутні довільні рухи, діти не тримають голову (рис. 3), не можуть повернути її в будь-який бік щоб прослідкувати рух іграшки. Функції рук не розвиваються (рис. 4).

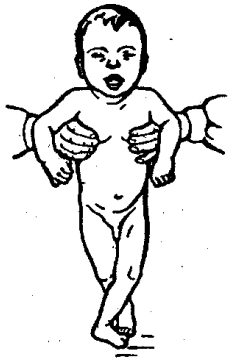


Рис. 1. Опора с перекрестом ног

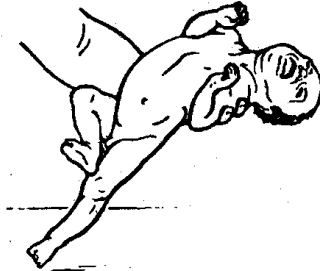


Рис. 2. Патологические тонические рефлексы



Рис. 3. Висяние на руках



Рис. 4. Неподвижные функции

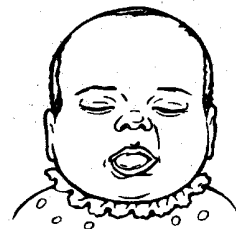


Рис. 5. Вялость губ, расслабленность носогубных складок

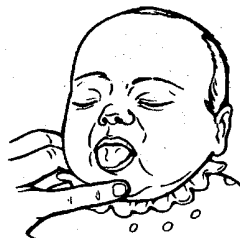


Рис. 6. Массивный, напряженный язык



Рис. 7. Отклонение языка от средней линии, утолщение его левого края

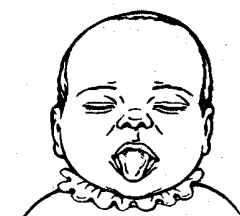


Рис. 8. Гиперкинезы языка в покое

Характеристика апарату артикуляції, голосу і дихання. У дітей з церебральним паралічем зміни м'язового тону губ (рис. 5), язика (рис. 6, 7) проявляються в паретичній, спастичній дистонії або гіперкінезах (рис. 8). Порушення рухливості губ і язика ускладнює процеси смоктання і ковтання. Нерідко відзначається підтікання молока з кутів губ і носа. Особа анімічна. Іноді порушується дихання: воно поверхнєве, аритмічне, асинхронне з смоктанням.

II рівень - наявність недиференційованої голосової активності.

Характеристика голосової активності і функції спілкування. З дітьми можна встановити емоційний контакт, викликати у них посмішку і пошвавлення. Спілкування дітей здійснюється за допомогою недиференційованих рухів тіла, голови, що супроводжуються неорганізованою вокалізацією, що відповідає ранньому домовленнєвому рівню розвитку спілкування дітей з нормо-

типовим розвитком. Діти видають недиференційовані звуки як спонтанно, так і відображено, але співучого гуління немає. У дітей є нечітка вимова голосних звуків [о], [е], [и]. Їх крик не є засобом вираження бажань. Голос немодульований. В цілому період неспання у них протікає мляво.

Характеристика сенсорного розвитку. Яскраво виражений недолік зорової уваги, обмеження полів зору, косоокість; слух, увагу на голос і мова також знижено. Іноді відзначається підвищена чутливість на будь-який слуховий подразник, яка знаходить своє вираження в захисних реакціях у вигляді плачу і здригання.

Характеристика орієнтовно-пізнавальної діяльності. Орієнтовні реакції на зовнішні подразники виникають при умов постійної стимуляції дитини. Діти байдужі до іграшок, які не виявляють адекватної реакції на нову ситуацію. Пізнавальна діяльність розвинена слабо, емоційні реакції бідні.



Рис. 13. Массивный язык без выраженного кончика, неравномерное распределение тонуса в мышцах языка



Рис. 14. Раздвоенность языка



Рис. 9. Отсутствие опорной функции рук



Рис. 10. Патологическая опора на ноги, слабое удержание головы



Рис. 11. Порочное положение рук

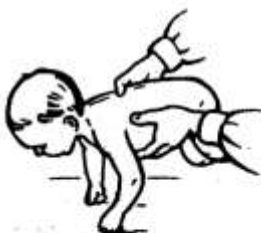


Рис. 12. Порочное положение кистей рук

Характеристика рухового розвитку. Довільна моторика вкрай обмежена (рис. 9, 10). Діти слабо утримують голову (рис. 10), кисті рук в порочних положеннях (рис. 11, 12). У них починає розвиватися зорова та моторна координація, вони тягнуться до іграшок, але захоплення вдається після багаторазових спроб. Маніпулятивна діяльність відсутня. При спробах посадити їх діти не утримують вертикального положення тіла в спеціальному стільці.

Характеристика апарату артикуляції, голоси, дихання. Порушення функцій м'язів мови призводить до формування його патологічної форми (рис. 13, 14): наявність оральних синкенезій ускладнює довільні рухи мови і губ. Зміна тону м'язів органів артикуляції проявляються у вигляді спастичності,

паретичної, дистонії (рис. 15, 16). Голос у дітей слабкий, немодульований. Дихання в ряді випадків стридорозне.



Рис. 15. Язык спастически напряжен, загнут кверху



Рис. 16. Вялость губ

III рівень - гуління. Цей рівень у дітей з церебральним паралічем у формі спастичної диплегії характеризується нерівномірністю розвитку сенсорного сприйняття, зорово-моторної координації, орієнтовано-пізнавальної діяльності, емоційної сфери і

звукового спілкування з оточуючими.

Характеристика голосової активності функції спілкування. З дітьми легко встановлюється емоційний контакт, вони реагують на інтонації голосу людини. У них яскраво виражені «комплекс пожвавлення» і направленість на спілкування з дорослим. Крик дітей на цьому етапі вже є засобом вираження станів, бажань і, отже, засобом спілкування з людьми. Спонтанно і по наслідуванню діти вимовляють звуки гуління: довгі за звучанням голосні, губні і гортанні приголосні звуки в поєднанні з голосними ([бу], [пу], [ма], [ха], [ка]). У гулінні з'являються аутоехолалії, тобто самонаслідування при гулінні.

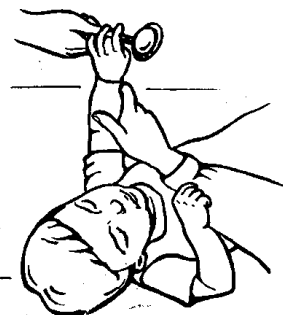


Рис. 17. Патологическое положение руки при захвате игрушки



Рис. 18. Патологическая поза при сидении

Характеристика сенсорного розвитку. У дітей з'являються диференційовані зорові і слухові реакції: вони впізнають мати, відрізняють знайомих від незнайомих, розрізняють їхні голоси. Труднощі сприйняття обмежують можливості пізнавальної діяльності дітей.

Характеристика орієнтовно-пізнавальної діяльності. Діти проявляють інтерес до навколишнього, звертають увагу на яскраві іграшки, можуть здійснювати з ними елементарні маніпуляції. Діти емоційні, активні, розрізняють деякі мовні інструкції в конкретній ситуації.

Характеристика рухового розвитку. У дітей, які перебувають на цьому рівні, розвивається зорово-моторна координація. Вони можуть захватувати іграшку, зробити з неї примітивні маніпуляції, але їх рухи



Рис. 19. Патологическая опора на ноги



Рис. 20. Патологическая опора на ноги

обмежені, напружені, вкрай незграбні (рис. 17), іграшки часто випадають з рук. Діти в змозі утриматися в вертикальному положенні в спеціальному стільці, але самостійно не сидять (рис 18) і не стоять (рис. 19, 20).



Рис. 21. Спастичність язика



Рис. 22. Вялість губної мускулатури, відсутність пози закритого рота

Характеристика апарату артикуляції, голоси, дихання. Є дуже помітною псевдобульбарная симптоматика, що виявляється в порушеннях голосу, дихання, процесу годування. Чітко виявляються такі патологічні симптоми апарату артикуляції, як спастичність (рис. 21), паретичної (рис. 22), дистонія,

гіперкінези мови, оральні синкенезії. Рухливість язика, губ значно обмежена.

IV рівень - лепет. У дітей виявляються диспропорції в розвитку окремих функцій, так як рівень розвитку емоційної сфери випереджає рівень рухового і мовного розвитку.

Характеристика голосової активності, функції спілкування. Під час спілкування з оточуючими є виразні рухи голови і очей, міміка, модульований крик, лепет, спрощені слова. Лепет характеризують бідністю звуків і являє собою поєднання губних з нечіткими голосними звуками. Спонтанний лепет спостерігається рідко, частіше виникає відбитий лепет. Аутоехолалії в лепеті виражені вкрай слабо. А прості лепетні слова вимовляються рідко, після тривалої стимуляції. Потреба мовного спілкування у дітей виражена слабо, мовна активність низька. Діти добре розуміють звернену мову - як прості інструкції, так і складні двох-триступінчасті завдання.

Характеристика сенсорного розвитку. Порушення зорового сприйняття, пов'язані з косоокістю, обмеженням полів зору і т.п., приводять до труднощів фіксації погляду на предметі. Однак високий рівень психічної активності дітей сприяє тому, що вони пристосовуються до «недоліків» зорового аналізатора (розглядають іграшку, повернувши голову в бік так, щоб можна фіксувати її поглядом і т.д.). Порушення слухового сприйняття проявляється в зниженні слухової уваги на мову, в труднощах локалізації джерела мови. Всі ці сенсорні порушення затримують темп психічного розвитку дітей.

Характеристика орієнтовно-пізнавальної діяльності. Діти відрізняються високою активністю пізнавальної діяльності, стійкістю уваги. Вони зацікавлені в емоційному контакті, їх емоції носять диференційований характер. Діти виявляють жвавий інтерес до всього навколишнього, які тривалий час використовують іграшку. У деяких дітей починає розвиватися предметна

діяльність, але тонкі ручні рухи у них відсутні. Рівень розвитку імпресивної мови значно випереджає рівень розвитку експресивного мовлення, а в ряді випадків навіть наближений до вікової норми.



Рис. 23. Умение сидеть в специальном стуле

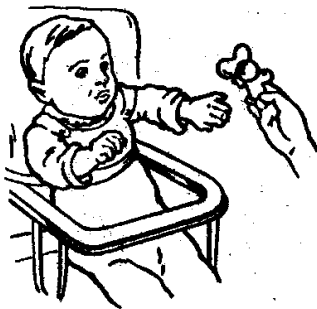


Рис. 24. Патологическая поза кистей рук при захвате

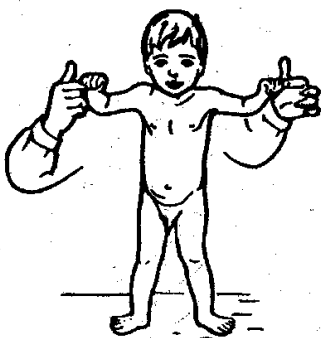


Рис. 25. Неустойчивая опора, стопы ног в патологическом положении



Рис. 26. Кратковременное удержание позы сидения

тонузу губ (рис. 27, 28), мови, гіперкінезах мови (рис. 29, 30), що приводить до обмеження їх рухливості, відсутності довільних артикуляційних рухів і до інших змін. Майже у всіх дітей є підвищена саливація і псевдобульбарні явища, виражені в більшій чи меншій мірі. У всіх дітей відзначаються слабкість кусання і жування.

Таким чином, вивчення дітей з церебральним паралічем дозволила виявити у них порушення голосу, переважно його інтонаційних особливостей. Що стосується гуління, то час його появи часто відповідає віковій нормі, але подальший розвиток гуління у дітей з ДЦП виходить інакше, ніж у їхніх здорових однолітків: слабо виражена відбите гуління і самонаслідування, відсутня співучість звуків. Крик дітей довгий час не є

Характеристика рухового розвитку. Діти можуть сидіти в спеціальному стільці (рис. 23), тримати голову, брати іграшки і маніпулювати ними, але при цьому часто відзначається атаксія, гіперкінези в руках, дизметрії, порочні положення кистей рук і пальців (рис. 24). За допомогою дорослих діти можуть стояти і переступати перепони (рис. 25). Деякі діти можуть самостійно сидіти (рис. 26).

Характеристика апарату артикуляції. Патологічний стан артикуляційного апарату проявляється в зміні м'язового



Рис. 27. Вялость губной мускулатуры



Рис. 28. Асимметрия носогубных складок



Рис. 29. Гиперкинезы языка в сочетании с оральными синкинезиями



Рис. 30. Гиперкинезы языка при попытке взять игрушку

засобом спілкування через недорозвинення Інтенаційно-виразною системою мови в цілому. Лепет у більшості дітей виникає пізно і характеризується бідністю звукового складу, відсутня модуляція голосу і складових рядів. Звукова активність вкрай низька. Діти вважають за краще спілкуватися криком, мімікою, жестом. У більшості випадків в лепеті не простежується послідовності етапів, характерних для здорової дитини. Перший етап розвитку белькотіння у дітей з церебральним паралічем виражений вкрай слабо. Далі у них не формується механізм аутоехолалії, тобто самоналідування. Фізіологічні ехолалії і складовий лепет, що відповідає третьому етапу розвитку белькотіння, з'являються пізно і в спотвореному вигляді. Руховий розвиток дітей, які страждають на церебральний параліч, дуже порушено, що перешкоджає процесу становлення їх сприйняття. Хапальна і маніпулятивна функція рук також недорозвинена.

Сенсорні порушення, які проявляються в недостатності зорового, слухового і кінестетичного аналізаторів, затримують розвиток пізнавальної діяльності.

У переважної більшості дітей відзначається патологія артикуляційного апарату: змінений м'язовий тонус, порушена рухливість язика і губ, спостерігаються гіперкінези язика і т.д. В результаті цього артикуляційний апарат дітей не готовий до звуковимови, мовноруховий і слухо-мовленнєві аналізатори відстають у своєму розвитку.

У більшості дітей, що страждають на церебральний параліч, виявляють невисокий рівень розвитку емоційної і мотиваційно-діяльнісної сфери, що є однією з причин недостатності їх пізнавальної діяльності.

Отже, вивчення дітей з ПЕП і органічним ураженням центральної нервової системи першого року життя показує, що патологічні особливості відзначаються з перших місяців їх життя. Спонтанний розвиток найчастіше спотворюється. Найбільше запізнюється і порушується руховий розвиток. Відповідно стану неврологічної сфери є стан моторики артикуляційного апарату. Як наслідок, значне відставання проявляється і в домовному розвитку: пізніше появи гуління, відсутність лепету і лепетних слів.

Нами виділені рівні домовленнєвого розвитку у дітей з ПЕП і ДЦП, в основі яких закладений ступінь сформованості їх домовленнєвої вокалізації:

I рівень - відсутність голосової активності;

II рівень - наявність недиференційованої голосової активності;

III рівень - наявність гуління;

IV рівень - наявність белькотіння.

Кожному рівню відповідає певна сформованість рухових функцій, певний стан артикуляційного апарату голосу і дихання.

5.3. Зміст корекційно-логопедичної роботи з дітьми на першому році життя.

Поруч із авторами, які вивчають дітей з ПЕП і ДЦП, запропоновані і нові технології, що забезпечують оптимізацію логопедичної роботи в ранній період життя дітей.

Е.Ф. Архипова (1980) вперше розробила систему корекційно-логопедичної роботи в домовленнєвий період з дітьми, що страждають на ДЦП. Метою корекційної роботи є послідовний розвиток мовленнєвих функцій. Передбачається поетапний хід корекційних заходів, заснований на принципі кін естетичної стимуляції.

Н.Я. Аношкін (1981) запропонував використовувати в умовах санаторно-курортного лікування грязьові аплікації на круговий м'яз рота і підщелепну область, крім того, успішно апробував застосування модульованих синусоїдальних струмів низької частоти при корекції дизартрії при ДЦП.

Т.В. Сорочинська (1999) розробила і показала ефективність застосування аплікатора І.І. Ковальцової з метою оптимізації логопедичної роботи.

К.А. Семенова, О.В. Степаненко і Л.І. Виноградов (1989) опублікували методичні рекомендації щодо використання штучної локальної гіпотермії (ЛГ) для корекції рухових і мовних порушень при ДЦП. Цей спосіб показаний до застосування в логопедичній практиці (під наглядом лікаря) при спастичній і гіперкінетичній симптоматиці у дітей з ДЦП.

Е.В. Козлова (2003) апробувала систему оцінки основних показників розвитку дітей першого року життя з патологією центральної нервової системи, представлена в роботі Е.С. Кешишян (2000) під назвою «Шкала психомоторного розвитку» за Гріффітс. Дана система бальної оцінки розвитку функцій дозволяє не тільки визначити стадію розвитку дитини відповідно до онтогенезу, а й визначити найбільш відстаючі функції. Це дозволяє визначити шлях корекційного впливу, і простежувати динаміку і оцінювати ефективність корекційної роботи. Е.В. Козлової (2003) розроблені способи стимуляції психомоторного розвитку дітей з ПЕП в процесі психолого-педагогічного супроводу, а також запропоновано методичні рекомендації для батьків.

І.А. Скворцов, Т.Н. Осипенко (1991) розробили новий комплексний превентивний і коригуючий підхід до лікування і профілактики поразок ЦНС. Створена система комплексної стимуляції розвитку статико-моторних, психічних, мовних функцій у дітей з ураженням ЦНС. Основу комплексного методу складає обколювання сегментарних (метамерних) зон м'язів, окістя, периферичних нервів церебролізіном, іншими препаратами і біологічно активними речовинами.

Ю.А. Лисичкина (2004) модифікувала і адаптувала методику О.В. Баженової для діагностичного дослідження довербального розвитку дітей з перинатальним ураженням центральної нервової системи в ранньому періоді, визначила ранні показники порушень операціональної бази мовної діяльності прогностично значущих щодо загального недорозвинення мови (ОНР II-III рівня), а також розробила систему корекційно-логопедичної та пропедевтичної (в зв'язку з ОНР) допомоги для дітей з ПЕП.

Ю.А. Разєнкова (1998) запропонувала варіант логопедичного обстеження дітей першого року життя в умовах будинку дитини, а також систему корекційного впливу в дитячий період з даною категорією дітей.

О.Г. Приходько та Т.Ю. Моїсеєва (2001) представили порівняльну характеристику психомоторного розвитку дитини першого року життя при нормальному і порушеному розвитку, а також сформулювали пропозиції щодо організації комплексної корекційної роботи.

Метою корекційно-логопедичної роботи є систематичний розвиток функцій домовного періоду, що забезпечують своєчасне формування мови і особистості дитини.

Основні принципи системи корекційно-педагогічної роботи

1) Ранній початок корекційно-педагогічної роботи з дітьми, які мають церебральний параліч, тобто з перших тижнів і місяців життя, так як порушення розвитку окремих функцій домовного періоду призводять до вторинної затримки розвитку інших функцій і педагогічної занедбаності.

2) Поетапний розвиток всіх порушених функцій домовного періоду. При роботі враховується не стільки вік дитини, скільки той рівень домовного розвитку, на якому вона знаходиться. При цьому корекційно-педагогічна робота будується на основі ретельного вивчення порушених і збережених функцій. Диференційований підхід під час занять передбачає врахування можливостей дитини і побудова системи вправ, які перебувають в «зоні найближчого розвитку».

3) Використання кінестетичної стимуляції в розвитку моторики артикуляційного апарату, сенсорних і мовних функцій. Це пов'язано з тим, що при ДЦП недолік відчуттів руху, положення частин тіла і м'язових зусиль, тобто кінестезії, призводить до моторних, мовних та інтелектуальних розладів. Одним з типів порушень кінестезії являється недостатність або відсутність слідового способу руху, в тому числі і руху артикуляційних м'язів. В основу розробленої системи корекційно-педагогічної роботи було покладено принцип активної участі зворотної аферентації в формуванні компенсаторних механізмів, розроблений П.К. Анохіним. При розробці системи вправ, спрямованих на корекцію і розвиток артикуляційної моторики, враховували

положення про те, що відсутність зворотного зв'язку припинило б будь-яку можливість накопичень досвіду для управління рухами мовних органів, людина не змогла б навчитися мови

4) Принципи вітчизняної дидактики. Корекція і розвиток домовних функцій дітей з церебральним паралічем вимагають творчого використання таких дидактичних принципів, як індивідуальний підхід, систематичність і послідовність в подачі матеріалу, активність, наочність. Ці принципи навчання пов'язані один з одним і взаємопов'язані. У корекційно-педагогічній роботі широко використовуються всі перераховані дидактичні принципи, але з урахуванням специфічних особливостей дітей, які страждають на церебральний параліч.

5) Організація занять в рамках провідної діяльності дитини.

6) Комплексний медико-педагогічний вплив, враховує проведення як педагогічних, так і медичних заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій. Медична дія передбачає медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, лікувальну фізкультуру, масаж і ін. Організація логопедичної роботи передбачає активну участь в ній як медичного персоналу, так і батьків дитини.

Корекційно-педагогічна робота повинна проводитися щодня в спеціально обладнаному кабінеті, індивідуально. Протягом дня мати або медперсонал після попередньої інструкції проводить нескладні вправи для закріплення отриманих на логопедичних заняттях знань.

З огляду на, що починаючи з перших днів життя під впливом патологічних тонічних рефлексів (характерний симптом дитячого церебрального паралічу) у дитини формуються патологічні установки рук, ніг, деформація тулуба і голови (кривошия), необхідно підбирати для кожної дитини індивідуальні положення тіла, при яких патологічні тонічні рефлексі не виявлялися б зовсім, або виявлялися мінімально. Ці положення тулуба, кінцівок, голови, необхідно надавати дитині до початку проведення логопедичного заняття і зберігати під час заняття.

Вибір пози для занять «рефлекс-які забороняють позиції».

Мета: вибрати для заняття становище дитини, в якому патологічні рефлексі виявлялися б мінімально або не виявлялися зовсім.

1. Пози ембріона - в положенні на спині слід піднімати і опускати голову дитини на груди, руки і коліна зігнути і привести до животу. У цій позі виробляються плавні похитування до 6-10 раз, використовуються на досягнення максимально можливого м'язового розслаблення (метод, запропонований Б. і К. Бобат).

2. У положенні на спині під шию дитини підкладається валик, який дозволяє трохи підняти плечі і відкинути назад голову, ноги при цьому зігнуті в колінах.

3. У положенні на спині з обох сторін голову дитини фіксують валиками, що дозволяють утримувати її на середній лінії.

4. У положенні на боці дитина приймає «позу ембріона».

5. У положенні на животі під груди дитини підкладається валик, а сідниці фіксуються поясом з вантажем.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

- нормалізація стану і функціонування органів артикуляції за допомогою диференційованого і точкового масажу, артикуляційної гімнастики;

- розвиток зорового і слухового сприйняття;
- розвиток емоційних реакцій;
- розвиток рухів руки і дій з предметами;
- формування підготовчих етапів розвитку розуміння мови;
- розвиток підготовчих етапів формування активної мови.

Ці напрямки видозмінюються в залежності від віку дитини, рівня її розвитку і її можливостей.

Основним завданням корекційно-педагогічної роботи з дітьми на I домовному рівні, є стимуляція голосових реакцій.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

- нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату;
- вокалізація видиху;
- розвиток «комплексу пожвавлення» з включенням в нього голосового компонента;
- стимуляція голосових реакцій;
- розвиток зорової фіксації і простежування;
- вироблення слухового зосередження;
- нормалізація становища кисті і пальців, необхідна для формування зорово-моторної координації.

Заняття з дітьми проводяться індивідуально, як до годування, так і після нього. Під час занять дитина знаходиться в положенні «рефлексо - яка забороняє позиції». Тривалість заняття 7-10 хвилин. На заняттях має бути присутня мати і навчатися прийомам корекційно-педагогічної роботи, з тим щоб протягом дня продовжувати займатися зі своєю дитиною.

Основний, завданням корекційно-педагогічної роботи з дітьми на II доречевом рівні, є стимуляція гуління.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

- нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату;

- збільшення обсягу та сили видиху з подальшою вокалізацією, стимуляція гуління;
- розвиток стійкості фіксації, плавності простеження;
- формування вміння локалізувати звуки в просторі і сприймати по різному інтонацію голосу дорослого;
- розвиток хапальної функції рук.

Заняття, що проводяться в цей період, носять індивідуальний характер, по тривалості не перевищують 10-15 хвилин. Вони проводяться в спеціально обладнаному світлому і теплому кабінеті, ізольованому від сторонніх шумів. Під час заняття дитина знаходиться в адекватній для нього позі «рефлекс-яка забороняє позиції». Для заняття використовуються годинник активності дитини до годування або після нього. Протягом дня з дитиною повинна займатися мати за планом, складеним логопедом. (Цю вимогу також слід враховувати при проведенні занять з дітьми III і IV рівня домовного розвитку.)

Основним завданням корекційно-педагогічної роботи з дітьми на III доречевом рівні, є стимуляція інтонувати голосового спілкування і лепету.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

- нормалізація м'язового тону і моторики артикуляційного апарата;
- вироблення ритмічності дихання і рухів дитини;
- стимуляція белькотіння;
- формування позитивного емоційного ставлення до занять;
- вироблення зорових диференціювань;
- стимуляція кінестетичних відчуттів і розвиток на їх основі пальцевого дотику;
- вироблення акустичної установки на звуки і голос;
- розвиток слухових диференціювань;
- формування підготовчих етапів розуміння мови.

Логопедичні заняття проводяться індивідуально, щодня. Тривалість занять не перевищує 20 хвилин. Заняття проходять в логопедичному кабінеті, оснащеному спеціальними меблями та набором необхідних іграшок. Залежно від своїх рухових можливостей під час занять дитина знаходиться на пеленальному столику, в спеціальному стільці або кріслі, тобто в позі, відповідній можливостям даної дитини.

Основним завданням корекційно-педагогічної роботи з дітьми на IV рівні доречевого розвитку, є розвиток спілкування із дорослим за допомогою інтонаційних звуків белькотіння і лепетних слів.

Основні напрямки корекційно-педагогічної роботи:

- нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату;
- збільшення сили і тривалості видиху;

- стимуляція фізіологічних ехोलалій і лепетних слів;
- розвиток маніпулятивної функції рук і диференційованих рухів пальців рук;
- формування розуміння мовних інструкцій у конкретній ситуації.

Заняття проводяться в логопедичному кабінеті. Особливу увагу приділяється правильному положенню дитини під час занять, в якому мінімально виявлялися б патологічні рефлекс. З цією метою використовують спеціальні крісла-качалки, стільці, що дозволяють утримувати верхню частину корпусу дитини у вертикальному положенні, а голову по середній лінії.

Нерідко дитина під час занять вмощується в гумовий надувний круг відповідного діаметру, в якому його поза наближається до ембріональної.

Одним з важливих чинників успішності проведених логопедичних занять є створення позитивного емоційного ставлення дитини до заняття і до логопеда. Велике значення для розвитку активності дитини має вибір іграшки, яка відповідає її віку. Заняття проводяться індивідуально, їх тривалість 25-30 хвилин. В силу того, що діти цього рівня розуміють звернену до них мову, особлива увага приділяється залученню самої дитини до виконання завдання.

Дихальні вправи

Метою дихальних вправ, що проводяться з дітьми I рівня домовного розвитку, є збільшення обсягу вдихуваного і повітря, що видихається з

наступною вокалізацією видиху. З огляду на те, що у дітей з церебральною патологією з перших днів відзначається порушення дихання, проводять дихальну гімнастику. Після легкого поглажування тіла і кінцівок дитини логопед бере його пензля і, злегка струшуючи ними, розводить руки в сторони і вгору, злегка піднімаючи при цьому грудну клітку - вдих, потім, притискаючи руки до тулуба, легко натискає на грудну клітку - видих. Вправа проводиться протягом 1-1,5 хв, по 2-3 рази щодня.



Рис. 31. Дыхательное упражнение: поднять руки вверх



Рис. 32. Возвращение рук в исходное положение



Рис. 33. Дыхательное упражнение: отвести руку в сторону одновременно с поворотом головы



Рис. 34. Возвращение руки и головы в исходное положение

Дихальні вправи з дітьми II рівня домовного розвитку також спрямовані на збільшення обсягу та

сили видиху з подальшою її вокалізацією. У цей період проводять пасивну дихальну гімнастику з метою тренування глибини і ритмічності дихання. З дитиною старшою п'яти місяців проводять такі дихальні рухи:

1. Помістивши дитини в положення «рефлексо-яка забороняє позиції», з легким потряхиванием розводять руки в сторони і піднімають їх вгору (рис. 31), при цьому відбувається вдих, а при опусканні рук і притисканні їх до грудної клітки здійснюється видих (рис. 32).

2. Одночасно з поворотом голови дитини в одну зі сторін відводиться в відповідну сторону і його рука (вдих) (рис. 33). Злегка повертаючи руку і голову, повертають їх у вихідне положення (видих) (рис. 34). Ці рухи сприяють виробленню ритмічності руху і дихання.

3. Дитина укладається на спину в «рефлексо-яка забороняє позицію». Обережно струшуючи ноги дитини, їх витягають, розгинають, при цьому відбувається вдих, а згинання ніг в колінах і приведення до живота усиливає видих. Якщо дитина не чинить опір і у неї є можливість підняти руки вгору, то цю вправу проводиться при закладі рук під голову, так як фіксація рук під головою під час згинання та розгинання ніг активізує роботу діафрагми.

4. Дитину кладуть на живіт, руки її спираються на стіл. Піднімаючи голову і плечі, при опорі на руки, сприяють здійсненню вдиху, а опускаючи голову і плечі підсилюють видих.

Всі ці вправи тренують глибину дихання і ритмічність. 1, 2, 3, 4 проводяться по 3-4 рази щодня.

Дихальні вправи, що проводяться з дітьми III рівня домовного розвитку, спрямовані на вироблення ритмічності дихання і пасивно-активних рухів дитини.

Важливим фактором, а в ряді випадків і вирішальним для розвитку вокалізації, є правильно поставлене дихання. З цієї ціллю з дітьми III рівня доречевого розвитку проводяться дихальні вправ, більш складні в порівнянні з вправами попередніх рівнів, які спрямовані на становлення ритмічності рухів і дихання.

Після розслаблення рук дитини домагаються правильного захоплення іграшки (підбираються іграшки, які легко тримати). Потім проводять дихальні вправи. Руку з вкленою в неї іграшкою пасивно відводять вправо або вліво, в ту ж сторону повертають голову дитини так, щоб він весь час «тримав» іграшку в поле зору (рис. 35). Погремить брязкальцем в цьому положенні з метою стимулювання роботи органів слуху, повільно повертають голову і руку в початкове положення (рис. 36). Іграшку підносять до очей дитини або до губ. Так по черзі проводять повороти вліво і вправо (3-4 рази). Проводиться щодня.



Рис. 35. Дыхательное упражнение: отвести руку в сторону одновременно с поворотом головы

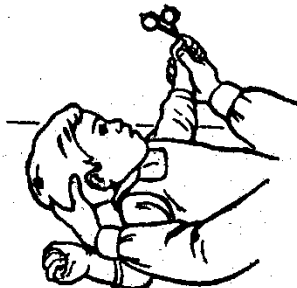


Рис. 36. Возвращение руки и головы в исходное положение

дихання сприяють суто індивідуальні пози тіла - ембріональна поза, положення тіла з закинutoю назад головою, положення на боці і інші.

Діти з церебральним паралічем охоче виконують дихальні вправи, під час яких часто видають звуки гуління, посміхаються і навіть сміються.



Рис. 37. Дыхательное упражнение: ребенок дует на бумажную бабочку



Рис. 38. Дыхательное упражнение: ребенок дует на бумажную бабочку

ватяні «кульки», в дудочку, на різнокольорових паперових метеликів і т.д. (рис. 37, 38). При цьому пасивно утримують певну позу губ - «хоботок». По-друге, діти вчаться грі на губах. При видиху у дитини викликають вібрацію губ, що виникає при цьому звук *б-б-б* або *ф-ф-ф* радує дитини, і він неодноразово намагається повторити його, намагаючись подовжити. Вправа виконується через день по три хвилини.

Логопедичний масаж

З дітьми I і II рівня домовного розвитку логопедичний масаж проводиться з метою нормалізації тону м'язів артикуляційного апарату. Після вибору пози, адекватної для логопедичного заняття, проводять диференційований масаж лицьових і артикуляційних м'язів, який спрямований як на нормалізацію тону м'язів, так і на стимуляцію кін естетичних відчуттів. У перші тижні життя дитини, як правило, не спостерігається підвищений тонус в артикуляційних м'язах, і лише до кінця першого місяця тонус в артикуляційно мускулатурі наростає, в зв'язку з чим проводяться такі прийоми розслаблення.

При найбільш важких формах церебрального паралічу, коли значно вражений артикуляційний апарат, часто спостерігається вроджений стридор - гучне, хрипкий подих, пов'язане з викривленням дихальних шляхів. Зняття або хоча б зменшення струйного

Дихальні вправи з дітьми IV рівня домовного розвитку спрямовані на збільшення сили і тривалості видиху. Крім пасивних дихальних вправ, описаних вище, виробляють вправи, які викликають активні дихальні рухи з включенням елементу наслідування. По-перше, дитину вчать дмухати на

- Розслаблення лицьової і губної мускулатури методом розгладжування:

- 1) в напрямку від середини лоба до скронь;
- 2) від брів до волосистої частини голови;
- 3) від лінії чола вниз через все обличчя до шиї;
- 4) від мочок вуха по щоках до крил носа;
- 5) по верхній губі від кута рота до середини;
- 6) по нижній губі від кута рота до середини.

Рухи повинні бути легкими, погладжують, в уповільненому темпі. Кожен рух повторюється 5-7 разів, по часу масаж не перевищує три хвилини, проводиться щодня.

- Розслаблення язика. Розслаблення язика і корекція патологічної його форми проводиться після загального розслаблення при положенні дитини в позі «рефлекс-яка забороняє позиції». Для розслаблення язика та його кореня використовується:

1) точковий масаж в області підщелепної ямки, який проводять протягом 15 секунд, вібруючим рухом вказівного пальця під нижньою щелепою (рис. 39);

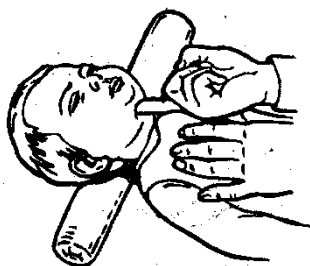


Рис. 39. Точечный массаж



Рис. 40. Вибрация языка, вызванная шпателем

2) вібрація двома вказівними пальцями обох рук під кутами щелепи (також протягом 15 секунд);

3) легке поплескування, прогладжування, вібрація язика протягом 15 секунд дерев'яним шпателем, який

накладається на кінчик язика (рис. 40). Кожен прийом проводиться по 3 рази щодня. З дітьми, які знаходяться на II рівні домовному рівні розвитку, диференційований масаж спрямований в одних випадках на розслаблення артикуляційної мускулатури, а в інших - на зміцнення м'язів або тиск гіперкінезів мови.

- Розслаблення оральної мускулатури досягається легким постукуванням, прогладжуванням м'язів чола, шиї, губ, язика. Рухи проводяться двома руками в напрямку від периферії до центру. Кожен рух повторюється 6-8 разів по кілька разів на день.

- Розслаблення губ передбачає проведення наступних вправ:

- 1) прогладжування носо-губних складок від крил носа до кутів губ;
- 2) прогладжування верхньої і нижньої губи до центру;
- 3) постукування губ;
- 4) точковий масаж губ.

Кожен рух повторюється 3-8 разів по кілька разів на день.

- Розслаблення м'язів ший. Після легких заспокійливих рухів по лицьовій, губної мускулатури проводять пасивні рухи голови. Для цього права рука



Рис. 41. Расслабление мышц шеи: поворачивание головы в сторону



Рис. 42. Расслабление мышц шеи: покачивание головы

логопеда поміщається під голову дитини і повільними, плавними рухами повертає її голову в одну і в іншу сторону, похитує вперед (3-5 раз) (рис. 41, 42).

Розслаблення шийної мускулатури викликає деяке розслаблення кореня язика.

При вираженій млявості оральної мускулатури проводять спеціальні прийоми масажу, який направлений на зміцнення м'язів цієї зони.

- Зміцнення лицьовій і мовній мускулатури проводиться шляхом прогладжування, розтирання, глибокого розминання, вібрації. Масаж починається з легкого прогладжування від середньої лінії до вух - до «периферії».

- Зміцнення лицьової мускулатури здійснюється шляхом проведення наступних вправ:

- 1) прогладжування чола від середини до скронь;
- 2) прогладжування щік від носа до вух і від підборідка до кутів (рис. 43);

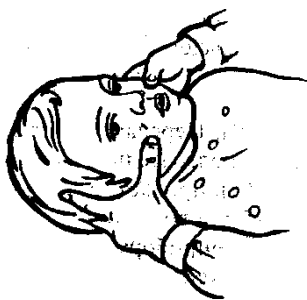


Рис. 43. Поглаживание щек от носа к ушам

3) розминка виличних і щічних м'язів. Вказівні середні пальці обох рук в нижній частині скроні, здійснюють спіралеподібні рухи по виличній і щічній м'язах до підборідку (рис. 44, 45).

Після 4-5 легких рухів сила рухів наростає. Вони стають натискаючими, але не хворобливими, і не викликають негативних реакцій дитини. Рухи повторюють 8-10 разів по кілька разів (2-3) в день.

- Зміцнення губної мускулатури. З цієї ціллю проводять прогладжування, розтирання, розминання губ:

- 1) від середини верхньої губи до кутів;



Рис. 44. Разминание скуловой мышцы

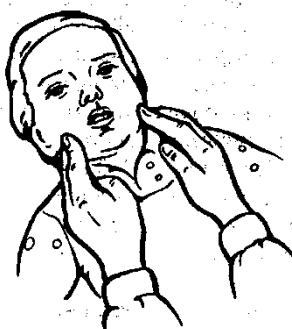


Рис. 45. Разминание щечной мышцы

- 2) від середини нижньої губи до кутів;
- 3) прогладжування носо-губних складок до крил носа (рис. 46);
- 4) пощипування губ. Рухи повторюють 8-10 разів щодня по 2-3 рази.

Одним із прийомів зміцнюючого масажу є вібрація, яка виробляється ручним методом або за допомогою вібратора. Передача тканинам дрібних, швидких, ритмічних коливань викликають сильне скорочення м'язів і надають їм більшу гнучкість. Вібраційний масаж губ проводиться відповідно до інструкції, що подається по віброприборі використовуючи насадки «кулька» і «їжачок». Кожен рух повторюється 2-3 рази, не більше двох хвилин, через день.

- Зміцнення язикової мускулатури. При млявості язика проводять масаж за допомогою дерев'яного шпателя:

- 1) поздовжні м'язи язика масажують шляхом прогладжування його від середньої частини до кінчика;
- 2) вертикальні м'язи зміцнюються за допомогою ритмічного надавлювання на язик;
- 3) на поперечні м'язи впливають за допомогою прогладжування язика з боку в бік.

Рухи 1, 2, 3 повторюють 4-6 разів.

Легкі вібруючі рухи, що передаються язику через шпатель протягом 5-10 секунд, сприяють активізації м'язів язика.

У клініці дитячого церебрального паралічу відзначається досить рання

поява гіперкінезів в мимічній мускулатуру і особливо в язичі. Придушення гіперкінезів проводиться, коли дитина знаходиться в одній з поз «Рефлекс-заборонних позицій».

Перед масажем проводять вправи: струшуючи руку і ногу дитини, зближують їх в області коліна і ліктя



Рис. 47. Точечный массаж при гиперкинезах языка



Рис. 48. Точечный массаж при гиперкинезах языка

(правий лікоть з лівим коліном і навпаки). Кілька рухів (2-3 рази) поперемінно праворуч і ліворуч сприяють ослабленню гіперкінезів. Логопедичний масаж, спрямований на зменшення гіперкінезів та розроблений перехресний точковий масаж, розроблений К.А. Семенової.

- Точковий масаж при гіперкінезах язика:

- 1) перехресний точковий масаж в області губ: вказівний палець лівої руки збожеволіє в середині носогубної складки зліва, а вказівний палець правої руки під кутом губ справа (рис. 47). Проводять одночасно обертальні рухи

вказівними пальцями в зазначених точках. Потім вказівні пальці переміщуються. Вказівний палець правої руки переміщується на носогубні складки праворуч, а вказівний палець лівої руки опускається під кут губ зліва, і виробляють знову ті ж рухи;

2) наступний прийом точкового масажу при гіперкінезах. Вказівний палець лівої руки розташовується



Рис. 49. Точечный массаж при гиперкинезах языка



Рис. 50. Точечный массаж при гиперкинезах языка

в області середини носо-губної складки зліва, а вказівний палець правої руки поміщається під кут нижньої щелепи справа. Проводяться обертальні рухи в цих точках. Потім дії проводяться у протилежні сторони (рис. 48, 49);

3) вказівний палець лівої руки розташовується в тій же точці, що і при вправі (1, 2), або ж в точці під кутом ліворуч, а вказівний палець правої руки фіксується під соскоподібного відростка за вухом. Встановивши пальці в даних точках, проводять глибокий точковий масаж, потім цю ж вправу проводять на протилежній стороні (рис. 50);

4) при різко виражених гіперкінезах використовуються наступні точки. Якщо палець лівої руки фіксується в зоні носо-губної складки або під кутом губ зліва, то палець правої руки займає точку під внутрішнім кутом лопатки праворуч, здійснюються обертальні рухи в даних точках. Потім ця вправа повторюється з протилежного боку;

5) при стійких гіперкінезах використовують точки, що знаходяться під щелепою, і точку в області однією з носо-губних складок і теж роблять перехресний масаж. Ці вправи не повинні викликати у дитини почуття хворобливості, незручності, дискомфорту.

Особливістю використання цих прийомів є те, що кожен рух повторюється 3-4 рази, підбираються вони строго індивідуально і обережно, так як неправильне виконання може ще більше посилити гіперкінез. Точковий масаж проводиться щодня.

Вправи підбираються залежно від стану м'язового тону артикуляційної зони. За тривалістю масаж не перевищує п'яти хвилин. З дітьми, які перебувають на III і IV рівнях до мовного розвитку, логопедичний масаж, крім нормалізації тону м'язів язика, губ і ослаблення гіперкінезів, спрямований на розвиток аферентації оральної мускулатури (мовних кінестезій). При асиметрії, нерівномірному розподіленні тону в артикуляційних м'язах масаж

проводиться з відповідної сторони - на ураженій стороні більша кількість рухів (10-12) Крім прийомів ручного масажу, використовується спеціальний апарат - вібромасажер, насадки застосовуються відповідно інструкції.

Таким чином, масаж проводиться з метою розслаблення патологічних проявів у м'язах артикуляційного апарату, розширення можливостей руху мовних м'язів і включення їх в процес вимовляння. Крім того, для активізації м'язів мовного апарату застосовують артикуляційну гімнастику.

Артикуляційна гімнастика

Артикуляційна гімнастика з дітьми раннього віку, що страждають на церебральний параліч, проводиться як в пасивній, так і в активній формі.

Пасивна гімнастика. Пасивні рухи органів артикуляції виконує логопед, які сприяють включенню в процес артикуляції м'язів. Це створює умови для формування довільних рухів мовної мускулатури.

З дітьми, які перебувають на I рівні домовного розвитку, проводиться пасивна гімнастика для губ.

Її мета - стимулювання кінестетичних відчуттів, необхідних для розвитку рухливості губ.

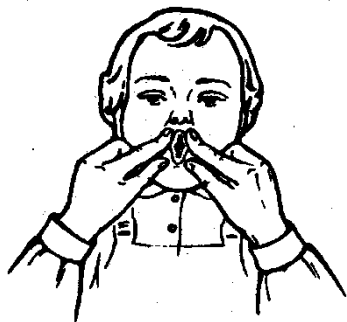


Рис. 51. Собирання губ в «трубочку»

- Пасивна гімнастика для губ передбачає проведення наступних вправ:

- 1) збирання губ в трубочку (рис. 51);
- 2) розтягують губи в посмішку, поставивши вказівні пальці обох рук в кути губ (рис. 52);
- 3) піднімання верхньої губи - руху від кутів губ по носогубних складках вгору до крил носа, оголюють верхні ясна;

4) опускавання нижньої губи. Поставивши пальці в кути губ, опускають нижню губу, оголюючи ясна (рис. 53).

Всі рухи виконують 3-4 рази, неодноразово повторюючи протягом дня.

Іноді у дитини з церебральним паралічем відзначається гіперчутливість лицьової або артикуляційної зони, і стимуляція цих зон викликає у них неприємні відчуття, негативні емоції, підвищення загального м'язового тону. У цих випадках масаж особливо чутливих зон не проводиться. З дітьми, які перебувають на II рівні до мовного розвитку, Пасивна гімнастика ускладнюється.

Пасивні рухи виконуються логопедом перебільшено з більшою траєкторією руху, в повільному темпі, ритмічно. При виконанні пасивного руху логопед стежить за змінами тону в артикуляційній зоні, при наростанні якого рухи припиняються, і за станом дитини, його емоційним тонусом і ставленням до цього виду діяльності.

- *Пасивні рухи губ.* Крім прийомів, описаних вище, проводяться наступні прийоми:

1) помістивши вказівні пальці обох рук в кути губ, збирають верхню губу, роблячи руху до середньої лінії, тим же прийомом збирають і нижню губу (рис. 54, 55);

2) опускають верхню губу з натисканням на точки прикріплення верхніх квадратних м'язів;

3) поперемінно розтягують кути рота вправо і вліво, помістивши пальці в кути губ;

4) замикають губи для вироблення кінстетичного відчуття закритого рота;

5) пасивне відкривання рота - помістивши вказівні пальці на верхню губу, а великі пальці обох рук на нижню губу, виробляють розкриваючий рух.

Кожен рух повторюють 4-6 разів по кілька разів на день.

- *Пасивні рухи язика.*

Для язика використовують такі прийоми:

1) притискання шпателем кінчика язика на дно ротової порожнини;

2) пасивне підведення кінчика язика шпателем до твердого піднебіння або до верхньої губи. Рухи виробляються 4-6 разів неодноразово на протязі дня;

3) язик захоплюється за допомогою марлевої серветки, обережно підтягується вперед на нижню губу (рис. 56) і відводиться в сторони. Рухи виконують 2-3 рази.

Пасивна гімнастика, що проводиться з дітьми III рівня домовного розвитку, повинна сприяти підвищенню активності губ і язика. Вона спрямована на те, щоб викликати опір м'язів дитини.

- *Вправи для губ.* Крім прийомів, використовуваних для дітей на I і II рівні домовного розвитку, додають наступні:

1) губи зближують разом і розтягують їх в сторони, поки не здійснять опір; збирають губи в трубочку, поки дитина не починає опиратися цим рухам; дитину спонукають губами тягнутися до соски, їжі, до шпателя з варенням. Рухи повторюються 3-5 разів кожного дня;

2) відхиляють язик шпателем в сторони від середньої лінії. Цю вправу проводять плавно, ніжно, обережно, так, щоб дитина позитивно на неї реагувала;

3) якщо у дитини відзначається відхилення язика від середньої лінії в порожнині рота, то спочатку язик просувають в сторону відхилення, а потім вже в протилежну. Ці рухи виконують дуже обережно і плавно, поступово домагаючись все більшого обсягу пасивних рухів з ураженої сторони. Рухи 1, 2, 3 повторюються 5-6 разів щодня;

4) виробляють схему жування. При годуванні дитини з ложки пальці логопеда розташовуються під підборіддям дитини і ритмічно підштовхують нижню щелепу вгору-вниз при спробах дитини до самостійного жування. Рухи проводяться 2-3 рази на процесі годування (надалі виконує мати дитини).

З дітьми IV рівня домовного рівня розвитку пасивна гімнастика переважає проведення всіх перерахованих вище вправ. З метою стимулювання мовних кінестезій, логопедичні заняття включають заходи для створення певних позицій губ і язика.



Рис. 57. Стимулювання
движення язика вперед



Рис. 58. Стимулювання
движення язика вгору

Активна гімнастика.

Розвиток рухливості язика і губ слід проводити з дітьми II і III рівня домовного розвитку.

Активні рухи язика викликаються харчовим підкріпленням:

1) при подразненні середини губи сиропом шипшини стимулюють висунення мови вперед (рис. 57), вгору, злизування (рис. 58, 59);

2) при подразненні кутів губ стимулюють бічні рухи язика (рис. 60). Ці прийоми проводяться по 2-3 рази щодня перед годуванням.

Проводячи активну гімнастику з дітьми, які перебувають на IV рівні домовного рівня розвитку, особливу увагу приділяють активним рухам язика і губ, які необхідні для формування чітких артикуляційних рухів. Дитину наполегливо навчають жування, кусання. Для цього попередньо проводять масаж жувальної мускулатури, вчать пасивно-активному відкриванню рота і пасивно-активно викликають жувальні рухи. «Схему жування» спочатку відпрацьовують пасивно, дитині до рота кладуть хліб і рухають її щелепи вгору-вниз відповідно до ритму жувальних рухів дитини.

Дитина навчається таким довільним рухам, як «поцілунок», «подуй», «плюнь», «покашляла», «закрий очі», «покажи мову», «посміхнись», «покажи зуби», «поклацати язиком», «закрий або відкрий рот». Дитину також вчать облизувати верхню і нижню губу, злизувати з кутів рота, для чого використовують сироп шипшини, варення. Вправа проводиться щодня по 3 хвилини.

Стимуляція емоційного спілкування

З дітьми, які перебувають на I рівні домовного розвитку, проводяться заходи, спрямовані на формування «комплексу пожвавлення» і включення в нього голосового компонента. З цією метою дорослий нахиляється до дитини,

ласкаво, співучо з нею розмовляє, погладжує його, іноді показує яскраві іграшки.

Важливою складовою частиною «комплексу пожвавлення» є посмішка. Виникнення посмішки свідчить про зародження у дитини потреби в спілкуванні з дорослим.

У дітей, які за своїм розвитком відповідають II домовному рівню, продовжують стимулювати розвиток комплексу пожвавлення. У той же час особлива увага звертається на необхідність формування у них позитивних відносин до іграшки. З цією метою ласкавою розмовою привертають увагу дитини до особи дорослого, викликають у відповідь посмішку і тільки після цього переводять її погляд на іграшку. Дитина охоче і довше дивиться на іграшку після того, як її погляд був зосереджений на обличчі дорослого. Поступово при вигляді іграшки або особи дорослого у дитини з'являються звуки гуління, сміх, пожвавлення, руху рук і ніг.

Стимуляція емоційних реакцій у дітей III і IV рівня розвитку передбачає формування у них позитивно-емоційного ставлення до занять і активізацію голосової лепетної активності. Вирішальну роль на цьому етапі відіграє емоційний стан дитини під час занять - тільки позитивний емоційний фон спонукає актуалізацію гуління, белькотіння і т.п.

Стимуляція голосових реакцій і мовної активності

З дітьми, які перебувають на I рівні домовного розвитку, стимуляція голосових реакцій починається з вокалізації видиху дитини.

На тлі емоційно-позитивного спілкування дитини з дорослим проводять вібрацію його грудної клітини і гортані з тим, щоб викликати у дитини голосові реакції.

Для цього дитина попередньо розташовується в положення на спині, під шию підкладається валик, щоб кілька відкинути голову назад, ноги згинаються в колінах, руки також згинаються в ліктях і приводяться до грудей. Надалі голосові реакції у дітей починають з'являтися при контакті з дорослим без додаткової стимуляції, як складова частина починає розвиватися «комплекс пожвавлення».

Голосові реакції дитини також можна викликати і під час проведення легкої дихальної гімнастики, що збільшує обсяг вдихуваного і повітря, що видихається, в поєднанні з вібрацією грудної клітини і гортані дитини. Можливість вокалізувати видих закріплюється багаторазовим повторенням цієї вправи протягом дня в періоди неспання.

Одночасно зі стимуляцією голосових реакцій дитини логопед починає формувати у нього навички розрізнення інтонації голосу. Для цього дорослий, звертається до дитини, змінює гучність, висоту і тембр голосу. При цьому

логопед намагається, щоб дитина зосередила увагу на обличчі дорослого. Вправа виконується 3-5 разів на день по 1-1,5 хв.

- Стимуляцію гуління починають проводити з дітьми, які перебувають за своїм розвитком на II домовному рівні. При цьому використовуються два основних прийоми активізації гуління.

1. Гуління у дитини викликають ласкавим голосом або співом. Спочатку дитині дають можливість прислухатися до нерізких, приємних звуків. Навчити дитину слідом за дорослим по наслідуванню вимовляти звуки гуління можна, коли у неї є зорова і слухова увага. Дитину укладають в зручну для неї позу, в якій не виявлялися б патологічні тонічні рефлекси, тобто «Рефлексо-яка забороняє позиції». При цьому дитина повинна дивитися на обличчя дорослого. Потім логопед повільно вимовляє звуки і звукосполучення *а, аги, гу* і ін., Широко відкриваючи рот, для того щоб дитина могла бачити артикуляцію дорослого. Якщо дитина не повторює цих рухів за дорослим, то пасивно виробляють наслідувальну реакцію. Легко поглажуючи губи дитини, в певному ритмі в момент виголошення дорослим звуку відкриває рот дитини. Прийом 1 повторюють протягом дня 4-6 разів.

2. При стимулюванні гуління необхідно домагатися спонтанної, мимовільної подачі голосу. З цією метою проводять вібраційний ручний масаж грудної клітини, гортані, під нижньою щелепою, який стимулює пропріорецептивні відчуття, відволікаючи дитину від акту фонації. Це сприяє спонтанному викликанню голосу, так як під час масажу логопед вимовляє співучі звуки гуління. Прийом 2 повторюється 1-2 рази в день.

У дітей старших одного року життя особливо складною є задача створення позитивної мотивації мовленнєвої діяльності. Вони зазвичай звикають до спілкування з дорослим за допомогою міміки, жестів і не прагнуть до надзвичайно складного для них мовного спілкування. У цих випадках особливого значення набуває робота з дитиною в парі з іншою дитиною, яка володіє мовними засобами спілкування. Наслідувальні дії і пасивного руху артикуляційних м'язів стають основними засобами розвитку самостійних артикуляцій дитини.

На занятті з дітьми, яким потрібна постійна стимуляція щоб викликати в них гуління, включаються музично-рухові ігри. Музично-рухові ігри з дітьми, що страждають на церебральний параліч, особливо важливі тому, що вони піднімають емоційний тонус дитини. Жодна дитина не залишається байдужою до них. Діти дуже жваво реагують на музику, посміхаються, починають гулити, у них знижується м'язовий тонус.

Музичні заняття, таким чином, спрямовані на створення емоційно-позитивного настрою дитини, активізацію голосових, звукових проявів,

розвиток інтонаційно-виразних засобів мови, загальне м'язове розслаблення, навчання рухам в ритмі, вміння зупинити рухи із закінченням музики.

Для цього використовуються пластинки і магнітофонні записи з музичними творами мінорного або мажорного характеру. Під спокійну музику, наприклад, проводять масаж оральної зони. Під ритмічну музику навчають маніпулятивно-предметним діям, наприклад: постукати брязкальцем, поплескати в долоні. Заняття під музику проводяться 1-2 рази в тиждень. Після появи у дитини з церебральним паралічем немодульованих голосових реакцій і гуління приступають до їх закріплення, позначаючи дії, явища, різні почуття дитини (*у*- гуде машина, *а* - плач дитини, *і* - сміється дитина і т.д.).

- Стимуляція белькотіння проводиться у дітей, які досягли III рівня домовного розвитку. З цією метою намагаються викликати у дитини «комплекс пожвавлення». У дитини з'являється посмішка, вона починає фіксувати свою увагу на артикуляцію логопеда, який низько нахиляється до дитини, розмовляє з нею, вимовляє співучі звуки.

1. Логопед вимовляє звуки *а*, *у*, склади *бу*, *ма* в момент видиху дитини, а паузи робить під час вдиху. Дитина часто підключається до «розмови» з дорослим, логопед підтримує активність дитини, вимовляє звуки тихіше, з частими паузами, даючи можливість дитині слухати власні звуки гуління. Ці ігри-заняття проводяться на емоційно позитивному настрої кожного дня по 2 рази протягом 2-5 хв.

2. Для викликання гучного сміху і радісних відповідних вигуків дитини дорослий то нахиляється до обличчя дитини, то віддаляється від нього, ласкаво, з посмішкою вимовляє його ім'я, звуки гуління, белькотіння. Промовляючи чітко через певні інтервали часу один і той же звукокомплекс (*гу*, *ги*, *бу*, *ма*), логопед спонукає дитину до відповідних реакцій.

3. Якщо вдається викликати у дитини новий звук, то логопед повторює за дитиною виголошений ним звук з тим, щоб дитина прислухалася до звуку. У цих умовах у нього легше виникають наслідувальні голосові реакції. З дітьми, котрі оволоділи деякими звуками гуління і белькотіння, проводять гру - «перекличку». В цьому випадку логопед чітко вимовляє знайомий дитині звук, чекаючи у відповідь реакції. Якщо реакція затримується, то він повторює звук, тим самим спонукаючи дитину до наслідування. Так ехोलалічно, слідом за дорослим дитина по черзі вимовляє всі знайомі йому звуки і звукосполучення. Автоматизуючи гуління, дорослий прагне викликати у дитини більш тривалий і протяжне проголошення звуків. Ця вправа проводиться по 2-3 рази щодня.

4. Далі проводяться заняття, спрямовані на пасивне проголошення складів *ма*, *ба*, *па*. Для цього в моменти позитивного емоційного піднесення дитини, після попередньо проведеного диференційованого масажу і гімнастики апарату

артикуляції, у дитини викликають не модульовані голосові реакції і гуління в поєднанні з вібрацією нижньої губи. Ритмічні змикання і розмикання губ створюють можливість для виголошення губних звуків *м, н, б*. Під час пауз дитина висловлює своє ставлення до цього виду гри. Найчастіше діти відповідають бурхливою радістю, готовністю продовжувати ці види вправ.

5. Після закріплення цього виду гри переходять до наступного прийому по стимуляції белькотіння, який передбачає актуалізацію довільної вокалізації дитини в поєднанні з проведенням пасивної вібрації губ. Створюються певні уклади губ для перебільшеного проголошення голосних звуків *а, о, у, і*. Так, для викликання складу «ба» змикання губ поєднується з широким відкриванням рота, властивим перебільшеному проголошенню голосного звуку *а*. Для викликання складу «бо» губи дитини збираються в «хоботок», і в такому положенні проводять змикання губ. Якщо цю вправу проводиться з деяким витягуванням губ вперед, то чується склад *бу*. У разі, коли при довільній вокалізації дитини проводять ритмічне змикання широко розтягнутих губ, чується склад, близький за звучанням до *б-б*. Проводиться багато разів упродовж дня по 3-4 хвилини.

6. За наслідування у дітей таким же шляхом можна викликати звук *м*, в поєднанні з певними складаннями губ і довільною вокалізацією створює умови для проголошення складів *ма, мо, му, ми*. Це вміння вимовляти окремі склади з пасивної допомоги з боку логопеда автоматизується, і в подальшому склади вимовляються дитиною без сторонньої допомоги.

Подальше вдосконалення слухо-мовного аналізатора, Артикуляційну моторику і посилення ротового видиху створюють можливість для виголошення поспіль кількох складів - *ба-ба, ма-ма, бу-бу, бу-бу*.

Лепетні звукокомплекси, вимовлені дитиною, співвідносяться з попередніми діями, предметами, явищами (*бо-бо - боляче, ба - впало, му – корова* і т.д.).

- Стимуляція мовної активності з метою викликання фізіологічних ехолалій, лепетних слів проводиться з дітьми, які досягли за своїм розвитком IV домовного рівня.

Привертаючи увагу дитини до звучання його голосу, заохочуючи її активність, намагаються викликати повторення звуків, тобто аутоехолалію, що сприяє розвитку мовленнєвого і слухо-мовного аналізаторів, разом з тим і лепетної активності. З метою формування вміння вимовляти звуки і звукокомплекси по наслідуванню (фізіологічні ехолалії) використовують три види вправ, запропоновані В.І. Бельтюкова і А.Д. Салахової:

а) викликають відповідні звуки і звукокомплекси, якими дитина вже опанувала, що сприяє активізації ехолалій;

б) вимовляють звуки, які відсутні у дитини в довільному вимовлянні. В цьому випадку ехолалії можуть бути нульовими, але значно стимулюється голосова активність дитини;

в) вимовляють звуки, близькі до наявних в активі дитини і доступні їй з точки зору її артикуляційних можливостей. Це сприяє збагаченню голосової активності дитини, так як, намагаючись повторити звук, дитина прагне наблизити звучання до ідеалу, до збігу звуків по акустико-артикуляційних ознаках. У цей момент логопед допомагає дитині, пасивно створюючи певні позиції губ і язика, наприклад: утримує губи при проголошенні звуків *про* та *у*. Цей вид стимуляції сприяє збагаченню звукового складу белькотіння.

З огляду на те, що в нормі носові і ротові, дзвінкі і глухі звуки виникають одночасно, у дітей з церебральним паралічем вони викликають попарно: *б* - *м*, *д* - *н*, *п* - *б* (протиставлення «тверді - м'які», «змичні - щілинні» у дітей цього віку, не викликаються).

Як в нормі процес засвоєння звуків визначається поступовістю розвитку функції мовленнєвого аналізатора, так і у дитини з церебральним паралічем цей процес пов'язаний з рівнем розвитку її мовно-рухового аналізатора.

Подальший розвиток мовної активності йде по шляху від тяжких артикуляційних дифференцировок до все більш легких. Засвоєння конкретних звуків здійснюється поступово в процесі переходу від більш легкої артикуляції до більш важкої.

Всі звуки вводяться в план комунікації і позначають дії, уявлення і почуття дитини (*у* - машина, *а* - плач, *і* - сміх, усмішка, *ко-ко* - курочка, *га-га* - качка, *му* - корова і т.п.). Заняття проводяться кожного дня протягом 5-8 хвилин.

Розвиток зорового сприйняття

У дітей з церебральним паралічем досить часто відзначається сенсорна депривація, тобто недостатність зорових, слухових і кін естетичних відчуттів.

Недостатність зорового сприйняття проявляється в порушенні фіксації погляду, простежування і в інших патологічних реакціях. Це патологічний стан зорового аналізатора в значній мірі затримує моторний розвиток дітей, обумовлює недорозвинення і патологію просторових уявлень у дітей з церебральним паралічем, перешкоджає всебічному зоровому сприйняттю навколишніх предметів, що в кінцевому результаті призводить до відставання розвитку орієнтовно-дослідних дій, що лежать в основі пізнавальної діяльності.

Для розвитку зорового сприйняття необхідно проводити корекційно-педагогічну роботу.

Важливе значення в роботі з дітьми, які перебувають за своїм розвитком на I додомувному рівні, займає стимуляція сенсорних функцій. Так, для

розвитку зорового зосередження і простеження оптичного об'єкта дитині з церебральним паралічем пред'являються адекватні з точки зору її перцептивних можливостей оптичні об'єкти.

Заняття з розвитку і зміцненню моторики очей, а також по формуванню узгоджених і скоординованих рухів очей і голови при наявності у дитини тенденції до м'язової напруги і прояву патологічних тонічних рефлексів починаються з розслаблення дитини за допомогою приведення дитини в одну з поз «рефлекс -забороняється позиції», наприклад, в ембріональну позу.

Дитина розташовується перед дорослим так, щоб дорослий був освітлений і викликав у дитини тривалу зорову увагу. В даному випадку особа дорослого відіграє роль стимулу, який залучає до себе увагу дитини. Потім дорослий повільно переміщається перед очима дитини, ведучи за собою його погляд. При цьому стежать за тим, щоб дитина не втратила оптичний об'єкт з поля свого зору. Для цього індивідуально підбирається, на якій відстані від дитини повинен стояти об'єкт, з якою швидкістю і амплітудою він повинен рухатися; швидкість і амплітуда поступово збільшуються в міру розвитку зорової уваги дитини.

Надалі починається тренування узгоджених рухів голови і очей шляхом стимулювання плавного простежування очима об'єкта. Наклін до дитини, піднімають його голову і в міру просування пред'явленого оптичного об'єкта (особи дорослого) пасивно повертають її в напрямку руху об'єкта. Можна також використовувати іграшку з м'яким обрисом, і інтенсивною кольоровою забарвленістю (червона, помаранчева), розміром 7-10 см. Метою подібних занять є не тільки розвиток моторики очей і скоординованості рухів очей і голови, але і відволікання рухів очей і голови від загальних рухів.

При формуванні зорової фіксації враховується, що в нормі зорове зосередження найкраще викликається при пред'явленні рухомого в повільному темпі предмета на відстані 0,5- 1 метра від очей, але найкраща фіксація спочатку виникає на обличчі дорослого, а потім вже на іграшці. Вправа проводиться щодня по 3-4 рази по 2 хв.

До цього часу зміцнюються зорово-слухові зв'язки, і тому при ослабленні інтересу дитини до іграшки підключають звуковий компонент.

Розвиток зорового сприйняття у дітей, відповідних за своїм розвитком II домовному рівню, направлено на збільшення рухливості очних яблук, плавності простеження руху предмета, стійкості фіксації погляду при зміні положення голови і тулуба, формування плавного простежування очима при незмінному положенні голови.

Ця вправа проводиться у вигляді гри з дитиною з використанням яскравих озвучених іграшок або у вигляді гри з дорослим, коли найблища

людина до дитини, то видаляє його, супроводжуючи це ласкавим зверненням до дитини.

1. Розташували дитини в зручну для неї позицію, в поле зору розміщують яскраву блискучу озвучену іграшку. Повільно переміщаючи її в горизонтальній і вертикальній площині, по колу, домагаються плавного руху очних яблук. Більшість дітей з церебральним паралічем краще фіксує погляд на обличчі дорослого, ніж на іграшці. Для розвитку перед дитиною переміщується дорослий, ухиляючись вліво, вправо, вниз, вгору.

2. Ті ж самі прийоми проводять, коли дитина знаходиться в вертикальному положенні, тобто на руках у дорослого. Якщо дитина погано тримає голову, то її притулюють до дорослого. Коли дитина, держить голову і тіло у вертикальному положенні, зафіксує погляд на іграшці, її поступово переміщують вгору, вниз, в сторони, по колу на відстані 50 см. Тренування триває протягом 10 секунд кілька разів в день.

3. Дуже часто у дітей з церебральною патологією ускладнюється як фіксація погляду на предметі, так і простеження рухомого об'єкту у всіх напрямках. У цих випадках спеціальні логопедичні заняття спрямовані на розвиток рухів очних яблук і зміцнення паретичних м'язів. Для цього яскраву озвучену іграшку переміщують таким чином, щоб всіляко стимулювати розвиток рухів стеження. З цією метою також використовується спеціальний тренажер, який являє собою табло з світловими сигналами, які рухаються по колу в різних напрямках і з різними швидкостями, регульованими індивідуально для кожної дитини. Тренування триває протягом 30 секунд щодня.

З дітьми, які досягли III, IV рівня доречевого розвитку, основною метою розвитку зорового сприйняття є вироблення зорових диференціювань. Під час занять з дитиною привертають його увагу не тільки до іграшок, а й до навколишнього, прагнуть, щоб дитина впізнавала мати, насторожувалася побачивши несподівано зникнення матері, наприклад, одягла маску або накинула на обличчя хустку. У цей період використовують спеціально підібрані іграшки, різні за величиною, кольором, формою, рухомі, озвучені. Дорослий, намагаючись привернути увагу дитини до іграшки, до маніпуляцій з нею, ховає її, щоб викликати емоційну реакцію до кожної іграшки окремо і виявити найбільш улюблену для дитини.

Розвиток слухового сприймання

Зустрічаються у дітей з церебральним паралічем порушення слухового сприйняття виражаються переважно в зниженні слухової уваги або, навпаки, в підвищеній чутливості до будь-яких слухових подразників, що проявляються в захисних реакціях здригання, плачу і ін. Це гальмує розвиток пізнавальної

діяльності. Деякі порушення слухового сприйняття можуть бути усунені в значній мірі за допомогою спеціально організованих занять.

Роботу починають з вироблення слухового зосередження. Для формування слухового сприйняття дитини вибирають час, коли дитина знаходиться в емоційно негативному стані - в період несильного плачу і загальних безладних рухів. Використовуючи ці моменти, логопед звертається до дитини, ласкаво розмовляє з нею, трусить брязкальцем, вимагаючи заспокоєння дитини і залучення її уваги. Звукові подразники, пропоновані дитині, варіюються, її увага залучається спочатку до нерізких звуків, таких як звучання брязкальця, легке постукування однієї іграшки про іншій, а потім і до гучних, наприклад, до звуку писклявої іграшки, різкого звуку пластмасової кулі. Вправа проводиться 3 рази щодня, але по 1,5-2 хв.

Подальший розвиток слухової уваги йде в напрямку формування вміння локалізувати звуки в просторі і сприймати відмінності в інтонаціях голосу дорослого. З цією метою викликають слухове зосередження на звуках, адекватних для даної дитини (гучні, тихі, високі, низькі), і формують вміння локалізувати їх у просторі. Як звукових подразників пропонуються іграшки різного характеру звучання, а також голос дорослого з різними модуляціями. Пропонуючи дитині озвучену іграшку та виховують вміння прислухатися до її звучання і відшукувати її очима. Розмовляючи з дитиною, її вчать прислухатися до голосу дорослого, відшукувати очима дорослого, який знаходиться поза увагою дитини. З цією метою, розмовляючи з дитиною, спочатку його навчають прислухатися до голосу і намагаються, щоб вона бачила обличчя мовця. Потім, розмовляючи, ходять навколо ліжка і викликаючи тим самим повороти голови дитини в сторону голосу. Якщо дитина з важкою руховою недостатністю не може самостійно повернути голову до джерела звуку, то їй допомагають в цьому, пасивно повертаючи голову в сторону голосу.

Роботу з підготовки дитини до формування у неї розуміння зверненої мови починають з розвитку сприйняття різних інтонацій. При цьому, спілкуючись з дитиною, модулюють інтонації свого голосу. Дитина засвоює в першу чергу ті види інтонацій, які найбільш часто вживаються дорослим. Дорослий вимагає від дитини, щоб вона не тільки сприймала інтонації голосу, але і певним чином реагувала на них (веселий, ніжний тон може викликати посмішку, сміх, а сердитий, грубий - образу, плач).

Розвиток слухового сприймання у дітей, які досягли III рівня домовного розвитку, спрямоване на формування акустичної установки на звуки і голос людини і слухових диференціювань.

Для розвитку акустичної установки на звуки і голос дитині пропонуються різні звукові подразники (брязкальце, пташка - звуки різної висоти і сили

звучання). Розмовляючи з дитиною, змінюють силу голосу від гучного до шепоту, домагаючись тим самим зосередження на голосі дорослого. Для формування слухових диференціювань, розмовляючи з дитиною, змінюють тон з ласкавого на строгий і навпаки, при цьому намагаються викликати у неї адекватні емоції -усмішку, настороженість, образу, плач. Якщо дитина чує, посміхається, але не може повернути голову в бік звуку, то цей рух виконується за дитину пасивно.

В ході формування вміння локалізації звуків в просторі дитину поступово вчать реагувати і на власне ім'я.

Під час занять зі стимулювання проголошення доступних дитині звуків можна демонструвати ту чи іншу іграшку. Наприклад, показ ведмедика супроводжується гучним сердитим звуком *а* з глибокої задньої артикуляцією цього звуку (схожим на гарчання), показ ляльки, яку кладуть спати, супроводжується звуком *а*, але співучим, тривалим, ласкавим, показ зайця з відірваним вухом супроводжується жалібним, монотонним звуком *а* (заєць плаче) і т.д.

Будь-який звук дитини, інтонаційно забарвлений, служить засобом вираження її стану, бажання, його ставлення до навколишнього, її почуттів, що в поєднанні з виразною мімікою, жестами, виражені рухами очей служить засобом без мовленнєвого контакту з навколишніми людьми. Вправа проводиться щодня і сприяє формуванню підготовчих етапів розвитку розуміння мови.

Розвиток зорово-моторної координації

Робота з розвитку зорово-моторної координації починається з нормалізації становища кисті і пальців рук.

З перших тижнів життя за допомогою легких дотиків ворсовою щіткою з зовнішньої поверхні стислій в кулак кисті в напрямку від кінчиків пальців до зап'ястного суглобу викликають розкриття кисті і широке розведення пальців (рис. 61, 62). Пасивно відводяться великі пальці від долоні і утримують їх в такому положенні деякий час, що потім фіксується за допомогою лангет на заняттях лікувальною фізкультурою. Вправа проводиться щодня по три рази.

Подальші вправи спрямовані на розвиток хапальної функції руки. З цією метою необхідно привертати увагу дитини до своїх рук, виробляти кінестетичні відчуття в кистях рук.

Дитина збожеволіє в положення «рефлекс-яка забороняє позиції», найчастіше дитині надається ембріональна поза для найбільшого загального розслаблення. Тільки після цього приступають до безпосередньої роботи з руками (за методикою Фелпса).

1. Рука дитини захоплюється в середній третині передпліччя. Після значного розслаблення кисті розслаблюють м'язи передпліччя. Для цього захоплюють нижню третину плеча і проводять похитуючі рухи. Потім погладжують всю руку. Потряхивання чергується з погладжуванням, які зміцнюють або розслаблюють м'язи рук, а також формують кінестетичні відчуття положення рук у дитини. Прийом проводиться протягом 0,5-1 хвилини.

2. Для того щоб викликати активну увагу дитини до власних рук, необхідно руки дитини зробити джерелом тактильних відчуттів. Розслаблені руки дитини захоплюють в середній третині передпліччя і нерізко піднімають вгору, трохи їх трусять і легко опускають на повіки або губи дитини (найбільш чутливі зони). Потім руки знову піднімають вгору. Якщо при зближенні рук і губ з'являються смоктальні рухи, то руки деякий час утримують близько губ, з тим щоб дитина спробувала захопити їх губами. Неодноразово то наближаючи, то віддаляючи руки дитини, у неї поступово зміцнюють м'язову почуття власних рук. Прийом повторюється 4-5 разів.

3. Після цих вправ проводять масаж кистей рук з використанням всіляких ворсових щіток. Для розслаблення кистей рук і рефлексорного розжимання кулака водять щіткою по зовнішній поверхні кулака від кінчиків пальців до зап'ястному суглобу. Це рух викликає розжимання кулака і широким розведення пальців. Прийом повторяється 4-6 разів чергуючи з кожною рукою.

4. Для розвитку рухів рук і формування пропріоцептивних відчуттів кінчики пальців стимулюють щіткою, а потім в руку дитини вкладають різні за формою, величиною, вагою, фактурі, температурі предмети та іграшки, зручні для захоплення і утримання. Подразнення кінчиків пальців ворсової щіткою повторюється 4-6 разів протягом 10-20 секунд.

5. Після цих стимулюючих занять дитині показують іграшку, підвішену на стрічці, приводять її в рух, тим самим залучаючи до неї увагу дитини. Іграшкою торкаються руки дитини, намагаються «розбудити» її руку. Потім руку підтягують до іграшки, неодноразово підштовхуючи підвішену іграшку. Дитина спостерігає її коливання і хитається за іграшки. Прийом проводиться протягом 2-3 хвилин.

6. Коли дитина починає жваво реагувати на цю гру посмішкою, звуками, дорослий розслабляє його кисть, поглажуючи щіткою, і вкладає в неї іграшку, зручну для захоплення. У цей момент необхідно допомогти дитині обмацати цю іграшку, потягнути її до рота, розглянути з усіх боків. Повторюється 2-3 рази щодня. Далі метою занять з розвитку рухів руки є формування правильних кінестетических відчуттів і на їх основі пальцевого дотику.

Розвитку найпростішого маніпулювання дитини з предметами часто перешкоджає не тільки відсутність кінестетичних відчуттів, а й несформованість дотику під зоровим контролем внаслідок рухової патології.

У зв'язку з цим багато уваги приділяється розвитку цієї сторони зорово-моторної координації.

Також триває робота з розвитку чутливості кінчиків пальців. Для цього легким потрясінням розслаблюють всю руку дитини і особливо кисть руки. Логопед захоплює руку дитини нижче зап'ястя і яскравою щіткою обережно проводить по кінчиках пальців. Пальці кисті при цьому у дитини починають розгинатися. Погладжування жорсткою щіткою кінчиків пальців триває ще деякий час, використовуються наступні прийоми.

1. При важких формах церебрального паралічу кисть все-таки залишається стисла в кулак. В цьому випадку захоплюють кулак дитини і стискають ним п'ятьма пальцями, з тим щоб викликати ще більше стиснення кулака дитини. При цьому проводиться поштовхи руки, потім логопед швидко розжимає свою руку, звільняє кулак дитини, слідом за цим рефлекторно кулак дитини розслаблюється і пальці розкриваються (повторюють 2-3 рази).

2. Потім проводять погладжування кінчиків пальців щіткою (4-6 разів). Поступово дитина починає відчувати кінчиками пальців жорсткий ворс щітки, а яскравий колір щітки привертає зорову увагу дитини. Щітки повинні бути не просто яскравими, але і різними за кольором. Прийом проводиться щодня. Руки дитини і щітка в момент зіткнення повинні бути в полі зору дитини.

3. Тактильні відчуття розвиваються на заняттях з дотику під зоровим контролем іграшок з шорсткою поверхнею. Досконалість пальцевого дотику необхідно для формування у дитини правильного захоплення іграшок, причому розвиток зорово-моторних координацій йде в бік підвищення ролі зорової уваги.

Подальший розвиток дій з предметами передбачає формування маніпулятивної функції рук і диференційованих рухів пальців рук.

На заняттях з іграшками з метою розвитку моторики рук дитині пропонується виконати різні за складністю руху. Хід занять наступний.

Для розслаблення кистей рук використовують прийоми, описані вище.

Потім спонукають дитину правильно взяти іграшку з різних положень - зверху, знизу, збоку від нього, допомагають розглянути її, обмацати, взяти в рот, поманіпулювати нею. Слідом за цим розвивають прості дії. Спочатку вони здійснюються пасивно, тобто логопед виконує їх рукою дитини.

Вправи проводяться щодня протягом 5-8 хвилин. Комплексний характер логопедичної роботи передбачає розвиток всіх сторін діяльності дитини. З огляду на це, все логопедичні заняття супроводжуються мовними інструкціями

та коментарями. Крім того, в плані намічаються спеціальні заняття з розвитку розуміння мовних інструкцій в конкретній ситуації.

Розвиток імпресивної мови

Відомо, що перші тимчасові зв'язки між предметами і їх словарними позначеннями (тобто первинне розуміння мови), утворюються у дітей завдяки збігу в часі звучання слова, вимовленого дорослим, з пред'явленням предмета, який воно позначає.

Необхідною умовою для розвитку розуміння мови є правильне функціонування зорового і слухового аналізаторів. Поряд з порушеннями зорового сприйняття у дітей, які страждають на церебральний параліч, нерідко тривалий час зберігається і недостатність слухового сприйняття, що виражається в несформованості вміння локалізувати звуки в просторі, що пов'язано в одних випадках з руховою недостатністю, а в інших - зі зниженням акустичної установки на звук. Порушення слухового сприйняття також в значній мірі затримують розвиток імпресивної мови.

Важливою передумовою, що сприяє формуванню розуміння мови у дітей, є розвиток шкірно-кінестетичного аналізатора. Недолік кінестетичних відчуттів гальмує становлення правильного сприйняття навколишніх предметів, яке створюється завдяки зорово-моторної координації. Дитина краще запам'ятовує назви тих предметів, якими вона активно маніпулює.

З огляду на зазначені особливості дітей з церебральним паралічем, їм пропонують запам'ятати назви яскравих іграшок, які відрізняються від часто зустрічаються за зовнішнім виглядом, кольором, розміром, формою, матеріалом і визначити сильні орієнтовні реакції. Для запам'ятовування використовують двоскладові слова, наприклад: *ляля, маша, лисиця, киця* і інші. Використання іграшок дітьми з церебральним паралічем має ряд особливостей. На навчальних заняттях одночасно з пред'явленням іграшки вимовляється слово, що позначає її назву. Слово вимовляється в моменти фіксації погляду дитини на іграшці, або іграшка логопедом розташовується в полі зору дитини. Називання іграшки здійснюється в період спільного з дорослим фіксування уваги на ній.

В ході розвитку розуміння мови дитиною, страждаючим церебральним паралічем, також використовують прийоми, запропоновані Н.М. Аксаріна. При цьому постійно прагнуть збагатити враження дитини, що теж сприяє становленню розуміння їм зверненої мови.

На цьому етапі домовного розвитку використовуються такі прийоми розвитку розуміння мови:

- запам'ятовування назв простих рухів (*ладушки, до побачення, дай руку, не можна, дай, на*) і виконання цих рухів за словами;
- ігри-розваги: хованки, коза-коза, ку-ку, сорока;

- вміння по слову знайти предмет, іграшку;
- знаходження даної іграшки серед двох-трьох, впізнавання себе та інших дітей по імені;
- запам'ятовування назви деяких навколишніх предметів;
- формування узагальнюючих понять: «собака» - гумова, пластмасова, плюшева, надувна, зображена на картинці, тобто одним словом позначаються предмети різної фактури, кольору, величини, але однакові за своїми істотними ознаками;
- вибір іграшки на прохання дорослого «дай»;
- виконання дії з предметами, назви яких дітям знайомі; в разі потреби можна допомогти дитині виконати завдання.

В ході розвитку розуміння мови дітьми в першу чергу необхідно називати ті предмети, на яких дитина зосередила свою увагу, і ті дії, які його цікавлять. Так, наприклад, формування розуміння інструкції «дай руку» відбувається наступним чином. Дитині протягують руку і просять її дати руку. Взявши руку дитини, і вклавши її в свою, потрушують, поплескують нею, тим самим доставляючи дитині задоволення. Потім, звільнивши руку, логопед знову простягає руку до дитини з тим же проханням, і так кілька разів поспіль. Через деякий час на прохання «дай руку» без відповідного жесту рукою дитина простягає руку, а в важких випадках, коли рухові поразки сильно виражено, дитина робить спробу до цього руху, що свідчить про розуміння ним інструкції. Таким же методом пасивних рухів проводять гру-заняття по засвоєнню назв інших рухів.

Заняття з розвитку розуміння мови проводяться в певній послідовності в залежності від віку дитини і рівня розвитку його імпресивної мови.

Логопедичне заняття будується в вигляді гри, яка для здорової дитини, а особливо для дитини, що страждає церебральним паралічем, є найважливішим засобом пізнання навколишнього світу. Заняття проводиться протягом 5-6 хвилин щодня.

Отже, таким чином, корекційно-педагогічна робота проводиться відповідно до рівня розвитку дитини і передбачає поступове ускладнення прийомів, спрямованих на формування всіх психічних функцій дитини. При цьому особлива увага приділяється інтенсивності розвитку збережених функцій дитини.

Система корекційно-педагогічної роботи передбачає ранній початок логопедичного впливу, тобто з перших тижнів і місяців життя дітей.

У роботі з дітьми, що страждають на церебральний параліч, широко застосовується метод кінестетічної стимуляції з метою розвитку моторики

органів артикуляції, формування зорово-моторної координації, реакції сенсорних і мовних порушень.

Основним видом занять з дитиною є емоційно забарвлена гра, в якій на початкових етапах він займає пасивну позицію, а на наступних етапах - більш активну.

Всі перераховані заходи, спрямовані на стимуляцію психічного розвитку дитини, і зокрема мовного, проводяться під наглядом лікаря-невропатолога.

Система корекційно-педагогічної роботи передбачає активну участь в ній як батьків дитини, так і всього персоналу дитячого закладу. Батьки навчаються на заняттях, ведуть щоденники, де логопед записує завдання на поточний день. При закінченні курсу лікування батьки отримують письмові рекомендації щодо подальшого розвитку і виховання дитини в домашніх умовах.

Навчальні питання і завдання

1. Які патологічні особливості у формуванні рухових функцій відзначаються у дітей ДЦП?
2. Що таке гіперсалівація?
3. У чому проявляється порушення будови органів артикуляції?
4. Якими симптомами проявляється підвищений мязового тону в органах артикуляції?
5. Як проявляється псевдобульбарна симптоматика?
6. Що таке гіперкінези?
7. Чим характеризується гуління у дитини з ДЦП?
8. Чим пояснити пізню появу і скорочений характер белькотіння?
9. Які сенсорні порушення виявляються у дітей?
10. Які особливості емоційно-вольової сфери дітей?
11. Охарактеризуйте дітей I рівня домовного розвитку дитини з ДЦП.
12. Дайте характеристику дитини з II рівнем домовного розвитку.
15. Опишіть патологічні симптоми, які проявляються у дітей IV рівня.

Література

1. Архипова Е.Ф. Особенности доречевого периода у детей, страдающих церебральными параличами // Вопросы логопедии. – М., 1978.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно_логопедическая работа с детьми, страдающими церебральными параличами, на первом году жизни. – М., 1982.
3. Архипова Е.Ф. Коррекционно_логопедическая работа с детьми, страдающими церебральными параличами, на втором году жизни. – М., 1983.
4. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом, доречевой период. – М., 1989.
5. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., 1984.
6. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно_двигательного аппарата. – М., 2001.

7. Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами // Дефектология. 1973. № 6.
8. Мастюкова Е.М. Медицинское обоснование логопедической работы в доречевом периоде для детей с церебральными параличами // Расстройства речи и методы их устранения. – М., 1975.
9. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. – М., 1985.
10. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. – М., 1992.
11. Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. – М., 2003.
12. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. – М., 1968.
13. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М., 1976.
14. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.
15. Семенова К.А. Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных с детским церебральным параличом: Руководство для врачей / Под ред. Н.М. Маджидова. – Ташкент, 1979.

РОЗДІЛ VI. КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ У ВІЦІ ВІД ОДНОГО ДО ТРЬОХ РОКІВ.

6.1. Зміст корекційно-логопедичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем у віці від одного року до трьох років

Корекційно-логопедична робота з дітьми, що страждають церебральним паралічем, що проводиться в комплексі з медичними заходами і програми, повинна бути спрямована на розвиток усіх порушених функцій.

Корекційно-логопедична робота з дітьми будується поетапно і включає поступово ускладнюються вправи. Організація такої роботи передбачає активну участь батьків дитини в своєчасному і правильному розвитку, вихованні та лікуванні хворих дітей.

Комплексна корекційно-логопедична робота передбачає розвиток усіх сторін: емоційної, сенсорної, пізнавальної, голосової активності, маніпулятивної функції рук, нормалізацію апарату артикуляції; тобто створює необхідну сенсомоторну базу для розвитку мовленнєвої, психічної та рухової діяльності дитини.

Корекційно-логопедична робота будується виходячи зі структури дефекту з використанням збережених функцій.

6.2. Корекційно-логопедична робота на першому етапі

Діти раннього віку з ДЦП характеризуються появою белькотіння і перших слів. Патологія апарату артикуляції має різний ступінь виразності. Орієнтовні реакції носять пізнавальний характер. Діти емоційні, у них легко викликається інтерес до спілкування. Ці діти можуть брати іграшки, але положення кисті і пальців рук у дітей виявляються патологічними, а маніпулятивні функції їм недоступні. Характерною особливістю дітей є нерівномірність розвитку окремих функцій: сенсорного сприйняття, зорово-моторної координації, орієнтовно-пізнавальної діяльності, емоційного розвитку та інтонаційного спілкування з оточуючими.

Основним завданням корекційно-логопедичної роботи є стимуляція белькотіння, лепетних слів. Основними напрямками корекційно-логопедичної роботи є: нормалізація м'язового тону і моторики артикуляційного апарату; вироблення ритмічності дихання і рухів дитини; стимуляція белькотіння, спілкування; виклик позитивного емоційного ставлення до занять; вироблення зорових диференціровок; розвиток правильних кінестетических відчуттів і на їх основі пальцевого дотику; вироблення акустичної установки на звуки і голос, розвиток слухових диференціювань, формування розуміння мови.

Логопедичні заняття проводяться індивідуально, щодня. Тривалість занять не перевищує 20 хвилин. Заняття проходять в логопедичному кабінеті. Залежно від рухових можливостей дитина під час заняття знаходиться на пеленальному столі, в спеціальному стільці або в кріслі, тобто в позиції, яка відповідає для певної дитини. Протягом дня з дитиною займається мати або медперсонал за планом, складеним логопедом.

Логопедичний масаж.

Мета: розвиток аферентацій оральної мускулатури, нормалізація тону м'язів язика, губ тиск гіперкінезів і оральних синкінезій.

Після того як обрана відповідна позиція для заняття і проведення вправ за загальним м'язовим розслабленням, приступають до спеціальних прийомів по розслабленню м'язів обличчя, артикуляційного апарату або їх зміцненню, в залежності від стану м'язів органів артикуляції.

При гіперкінезах язика проводиться точковий масаж. При оральних синкінезіях постійно розміщують дитину в позицію «рефлексо-яка забороняє позиції». З цією метою використовуються різноманітні валики, надувні круги різних діаметрів, за допомогою яких створюють дитині певну позу, в якій менше виражені оральні синкінезії. Під час занять постійно стежать за позою «закритого рота» і в потрібний момент- момент початку відкривання рота - легким вібруючим рухом двома пальцями під підборіддям домагаються припинення оральної синкінезії (насильницького відкривання рота).

Артикуляційна гімнастика.

Мета: розвиток кінестетичних відчуттів, посилення активності губ, язика і розвиток їх рухливості.

1. Пасивна гімнастика

Пасивна гімнастика, що проводиться з дітьми, спрямована на посилення активності губ і язика і проводиться з великим включенням м'язів дитини.

а) вправи для губ. Крім прийомів, використовуваних в домовному періоді, додаються такі: 1) губи зближують разом і розтягують їх в сторони, поки не виникає опір; збирають губи в трубочку, поки дитина не починає чинити опір цим рухам. Спонукають дитину тягнутися губами до соску, їжі, до шпателя з варенням. Рух повторюють 3-5 разів щодня; 2) створюють рухи губ, необхідні в подальшому для виголошення звуків: «а», «о», «у», «і». Крім того, повторюють всі рухи дитячого періоду, призначені для дітей.

б) вправи для язика. Повторюються прийоми, описані в розділі 2, додають такі прийоми: 1) шпателем натискають на кінчик язика, викликаючи просування його ззаду і підйом спинки язика; 2) відхиляють язик шпателем в сторони від середньої лінії. Ця вправа проводять плавно, ніжно, Обережно, щоб дитина сприймала ці вправи з позитивними емоціями; 3) якщо у дитини відзначається відхилення язика в порожнині рота від середньої лінії, то спочатку язик просувають в сторону відхилення, а потім вже в протилежну сторону. Це виконують дуже обережно і плавно, поступово домагаючись все більшого обсягу пасивних рухів в уражену сторону. Рухи 1, 2, 3 повторюють 5-6 разів щодня; 4) розробляють схему жування. При годуванні дитини з ложки пальці логопеда розташовуються під підборіддям дитини і ритмічно підштовхують нижню щелепу вгору-вниз при спробах дитини до самостійного жування.

Активна гімнастика

Викликають активні рухи язика, губ за допомогою харчового підкріплення

Розвиток зорового сприйняття.

Мета: вироблення зорових диференціювань.

З дітьми, що страждають на церебральний параліч, продовжують роботу щодо подальшого розвитку зорового сприйняття і їх диференціювань. Використовують прийоми, які призначені для дітей дитячого віку, і додають нові.

Під час занять з дитиною привертають її увагу не тільки до іграшок, але і до оточення. Прагнуть, щоб дитина впізнала мати, побачивши несподівано змінення обліку матері, наприклад, одягла маску або накинула на обличчя хустку. У цей період набувають значення спеціально підібрані іграшки, різні за

величиною, кольором, формою, рухомі, звукові. Прагнуть привернути увагу до іграшки та до маніпуляцій з нею, ховають іграшки, щоб викликати емоційне відношення до кожної іграшки окремо, щоб виділити найбільш цікаву іграшку дитини.

Розвиток слухового сприймання.

Мета: розвиток акустичності звуків і голосу людини, розвиток слухових диференціювань, формування підготовчих етапів розуміння мови.

Для розвитку акустичної установки на звуки і голос пропонують дитині різні звукові подразники (брязкальця, іграшку «пташка» - звуки у них різні за висотою і силою звучання). Розмовляють з дитиною співучим голосом, змінюючи його силу від гучного до шепоту, вимагаючи від дитини зосередження і акустичної установки на голос. Для розвитку слухових диференціювань розмовляють з дитиною, змінюючи тон з ласкавого на строгий і навпаки, при цьому намагаються викликати адекватні емоції: посмішку, настороженість, плач, гримаси образи і т.п.

Стимулюють можливість локалізації звуку в просторі не тільки на звукові подразники, але і на ім'я дитини. Поступово вводять звуки, що розрізняються по висоті, силі, тривалості. Якщо дитина чує, посміхається, але не може повернути голову в бік звуку, то цей рух виконують за дитину пасивно.

Під час занять з дитиною стимулюють проголошення звуків, наявних у дитини, з одночасним, показом сюжетної іграшки. Наприклад, показ ведмедика супроводжується гучним сердитим звуком «а» до глибокої; задньої артикуляції цього звуку (схожим на гарчання); показ ляльки, яку вкладають спати, супроводжується звуком «а», але співучим, розтягнено, ласкаво; показ зайця з відірваним вухом супроводжується жалісним, монотонним звуком «а» (заєць плаче), і так далі.

Будь-який звук, наявний у дитини, інтонаційно забарвлений, являється засобом вираження її ставлення до навколишніх, її почуттів, що в поєднанні з виразною мімікою, жестами, виразними рухами очей служить засобами безмовного контакту з оточуючими людьми.

Заняття проводять щодня, вони сприяють розвитку розуміння мови.

Розвиток рухів рук.

Мета: розвиток правильних кінестетичних відчуттів і на їх основі пальцевого дотику.

Велика робота з дітьми проводиться для розвитку зорово-моторної координації. В цьому плані проводять вправи з розвитку пальцевого дотику. Розвитку найпростішого маніпулювання дитини з предметами часто перешкоджає не тільки відсутність кінестетичних або тактильних відчуттів, але і несформованість єдиних тактильно-кінестетичних умовних зв'язків і

активного дотику, тобто дотику під зоровим контролем, яке відсутнє в руховій патології. Розвитку цієї бази зорово-моторної координації і, зокрема, активному дотику приділяється дуже велика увага. Важливим моментом є розвиток "відчуття дотику шляхом тренування дотику іграшки кінчиками пальців. Легким потрушуванням розслаблюють всю руку дитини, а особливо кисті руки. Руку дитини логопед захоплює нижче зап'ястя і щіткою обережно проводить по кінчиках пальців. Пальці кисті при цьому у дитини починають розгинатися. Погладжування жорсткою щіткою кінчиків пальців триває ще деякий час. Використовуються такі прийоми:

1) Якщо при важких формах церебрального паралічу кисть все-таки залишається стислою в кулак, то захоплюють кулак дитини і стискають усіма пальцями з тим, щоб викликати ще більше стиснення кулака дитини. При цьому проводять поштовхи руки; потім логопед швидко розтискає свою руку, звільняє кулак дитини, слідом за цим рефлексорно кулак дитини розслабляється і пальці розкриваються (повторюють 2-3 рази).

2) Потім проводиться погладжування кінчиків пальців щіткою (4-6 разів): Поступово дитина починає відчувати кінчиками пальців жорсткий ворс щітки, і яскравий колір щітки привертає його увагу.

Щітки повинні бути яскравими і різними за кольором. Прийом проводиться щодня. Якщо зорову увагу до щітки викликати не вдається (в процесі розвитку дотику), то перед стимуляцією дотику кінчиками пальців увагу дитини приваблюють спочатку до оптичного образу щітки. Щітку то наближають до очей дитини, то віддаляють або плавно просувають в горизонтальній площині, викликаючи зорове зосередження або прослідковування. Тільки потім логопед починає поглажувати по черзі кінчики пальців обох рук дитини щіткою. Руки дитини і щітка в момент дотику повинні бути в полі зору дитини. В процесі заняття необхідно стежити за тим, щоб рука або щітка не стосувалися внутрішньої поверхні кисті, так як її стимулювання викликає згинання пальців.

3) Закріплюється дотик дитиною об'єкта під зоровим контролем на занятті, де в якості об'єкта тактильних відчуттів використовуються іграшки з шорсткою поверхнею.

Пальцевий дотик необхідний для розвитку правильного захоплення іграшки, погашення вродженого рефлексу і підпорядкування рухів рук рухам пальців. У процесі подальшого розвитку зорово-моторної координації головної ролі набуває зорова увага. Вправи проводяться щодня.

Дихальні вправи.

Мета: вироблення ритмічності дихання і пасивно-активних рухів дитини.

Важливим, а в більшості випадків і вирішальним фактором для довільної вокалізації є правильно організоване дихання дитини. З цією метою проводять більш складні дихальні вправи, спрямовані на ритмічність руху і дихання.

Після розслаблення рук дитини домагаються правильного захоплення, зручного для утримування іграшки. Потім проводять безпосередньо дихальні вправи. Іграшку, вкладену в руку дитини, пасивно відводять в одну зі сторін (вправо або вліво), в ту ж сторону повертають голову дитини так, щоб дитина весь час тримала іграшку в полі зору. Іграшку підносять до очей дитини або до губ. Так по черзі проводять повороти вліво і вправо (3-4 рази), в цій вправі задіюється асиметричний шийно-тонічний рефлекс. Заняття проводиться щодня.

При найбільш важких формах церебрального паралічу, коли дуже вражений артикуляційний апарат, часто спостерігається вроджений стридор - гучний, хрипкий подих, пов'язаний з викривленням дихальних шляхів. У більшості випадків допомагають зменшити або зняти на час заняття судомне дихання суто індивідуальні пози тіла (поза ембріона, положення на боці і т.д.). Проводять і інші дихальні вправи.

Діти з церебральним паралічем охоче сприймають дихальні вправи, відповідають на них емоційно-позитивним комплексом, найбільш легко і активно під час дихальних вправ видають гулінням, сміються, посміхаються.

Стимуляція емоційних реакцій.

Мета: виклик позитивно-емоційного ставлення до занять і стимуляція голосової активності, белькотіння, лепетних слів, простих фраз.

На цьому етапі вирішальну роль для ефективності заняття і працездатності дитини відіграє емоційний стан. Всі заняття проходять емоційно: спонукають дитину до дій у відповідь емоційних реакцій у вигляді мімічних і наслідувальних реакцій. Постійно підтримують інтерес до спілкування і заняття.

Головною метою кожного заняття є мовна активність дитини. Для виклику активності стимулюють сміх дитини, гління і радісні вигуки.

Найбільша активність голосоутворення досягається в емоційно-позитивних моментах. У дитини викликають спонтанні і відбиті звуки в певному положенні - в «рефлекс-яка забороняє позиції».

Розвиток початкових етапів формування активної мови.

Мета: стимуляція белькотіння, лепетних слів.

Необхідно встановити емоційний контакт. Спочатку у дитини з'являється посмішка, вона починає фіксувати свою увагу на артикуляції логопеда, який низько нахиляється до дитини, розмовляє з нею, виловляє співучі звуки гуління і белькотіння, лепетні слова.

1. Логопед вимовляє звуки «а», «у», склади «бу», «ма» в момент видиху дитини, а паузи робить під час вдиху. Дуже часто дитина підєднується до «розмови», логопед підтримує активність дитини, вимовляє звуки тихіше, з частими паузами, даючи слухати дитині його звуки гуління. Ці ігри-заняття проводять на емоційно-позитивному тлі з метою стимулювання і закріплення гуління і белькотіння, щодня по 2- 3 рази, протягом 2-5 хвилин.

2. Для викликання гучного сміху і радісних відповідних вигуків нахиляються до обличчя дитини, то віддаляються від неї, ласкаво, з усмішкою вимовляють її ім'я, звуки гуління, белькотіння. Вимовляють чітко один і той же звукокомплекс («гу», «ги», «бу», «ма») через певні інтервали, спонукаючи дитину до відповідних реакцій.

3. Якщо вдається викликати у дитини новий звук, то логопед повторює за дитиною виголошений ним звук з тим, щоб дитина прислулась до звуку. У цих умовах у неї легше виникають наслідувальні голосові реакції. З дітьми, котрі оволоділи деякими звуками гуління і белькотіння, проводять гру «перекличка». Логопед чітко вимовляє знайомий дитині звук, чекаючи відповідної реакції. Якщо реакція затримується, то знову повторюють звук, спонукаючи дитину до наслідування. Так ехोलалічно, слідом за дорослим дитина по черзі вимовляє всі знайомі звуки і звукосполучення. Автоматизується гуління, прагнуть викликати більш тривале і протяжне звучання. Вправи проводяться по 2-3 рази щодня.

4. Після цих вправ проводять вправи, спрямовані на пасивне проголошення складів «ма», «ба», «па». Для цього в моменти позитивно-емоційного стану дитини, після попередньо проведеного диференційованого масажу і гімнастики артикуляційного апарата, намагаються викликати у дитини голосову активність, гуління, що поєднується з підключенням вібрації нижньої губи. Ритмічне змикання і розмикання губ, підключений до голосу, створює можливість проголошення губних звуків «м», «п», «б». У моменти пауз дитині надається можливість виявити своє ставлення до цього виду гри. Найчастіше діти реагують бурхливою радістю.

5. Після закріплення цього виду гри переходять до наступного прийому по стимуляції белькотіння: поєднання довільної вокалізації і пасивної вібрації губ з певними укладами губ. Створюються певні пози губ для перебільшеного проголошення голосних звуків «а», «о», «у», «і». Так, для виклику складу «ба» змикання губ поєднується з широким відкриванням рота, властивим перебільшеному проголошенню голосного звуку «а». Для промовляння складу «бо» губи дитини збираються в «хоботок», і в такому положенні проводять змикання губ. Якщо цю вправу проводити з деяким витягненням губ вперед, то чується склад «бу». Якщо при довільній вокалізації дитини проводять ритмічне

змикання широко розтягнутих губ, то чується склад, близький за звучанням до «б-б». Заняття проводять на протязі дня, по 3-4 хвилини.

6. За наслідування у дітей можна викликати таким же шляхом звук «м», який в поєднанні з певними позами губ і довільної вокалізації створює умови для проголошення складів «ма», «мо», «му», «ми». Це вміння вимовляти окремі склади з пасивною допомогою поступово автоматизується, а в подальшому склади вимовляються дитиною без посторонньої допомоги.

Подальше вдосконалення слухо-мовного аналізатора, Артикуляційної моторики і посилення ротового видиху сприяють можливостям проголошення поспіль кілька складів: «ба-ба», «ма-ма-ма», «бу-бу», «пи-пи».

Лепетні звукокомплекси, вимовлені дитиною, співвідносяться з відповідними діями, предметами, явищами («бо-бо» - *боляче*, «ба» - *впало*, «му» - *корова* і т.д.). З'являються лепетні слова.

Позитивні зрушення в розвитку дитини сприяють переходу її на більш високий етап розвитку.

6.3. Корекційно-логопедична робота на II етапі

Діти характеризуються можливістю проголошення окремих лепетних звукосполучень, слів. Артикуляційний апарат їх має більш-менш виражену патологію, яка виявляється в зміні м'язового тону, наявності гіперкінезів і оральних синкінезій, обмеження рухливості язика і губ. У дітей розвивається імперсивна мова. Маніпулятивна функція рук обмежена, недоступні диференційовані рухи пальців рук.

Особливістю раннього розвитку дітей з церебральним паралічем є більш тривала дисоціація в розвитку всіх функцій, в тому числі експресивної і імпресивної сторін мови. Так, дитина з церебральним паралічем при збереженому інтелекті у віці двох років з розвитку експресивної мови може перебувати на етапах домовного розвитку, а за рівнем розвитку імпресивної мови може відповідати віковій нормі. При цьому дитина погано володіє руками і навіть погано утримує голову. З такими дітьми логопедична робота будується виходячи зі структури дефекту, використовуються збережені функції. Для цього потрібно виявити диформацію розвитку різних функцій і корекційну роботу будувати диференційовано, виходячи з можливостей дитини.

Основним завданням корекційно-логопедичної роботи з дітьми є стимуляція і вдосконалення спілкування з дорослим за допомогою інтонаційних звуків белькотіння і лепетних слів та простих фраз.

Основні напрямки корекційно-логопедичної роботи на II етапі: нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату; збільшення сили і тривалості видиху; стимуляція фізіологічних ехолалій і лепетних слів,

простої пропозиції; розвиток маніпулятивної функції рук і диференційованих рухів пальців рук; формування розуміння мовних інструкцій.

Логопедичні заняття проводяться в кабінеті. Особливу увагу приділяють правильному положенню дитини під час занять, при якому мінімальними виявлялися б патологічні рефлексі. З цією метою використовують спеціальні крісла-качалки, спеціальні стільці, що дозволяють утримувати верхню частину корпусу дитини у вертикальному положенні, а голову рівно лінії. Часто дитину під час занять поміщають в резинове повітряне коло відповідного діаметру, в якому положення тіла наближається до пози ембріона. Одним з важливих чинників при проведенні логопедичних занять є створення позитивного емоційного відношення дитини до заняття і до логопеда. Велике значення для розвитку інтересу і активності дитини має вибір відповідної віку іграшки. Корекційно-логопедичні заняття проводять індивідуально, тривалість 25-30 хв. Особливістю роботи є максимальне залучення самої дитини до активного виконання завдання при опорі на можливість розуміння зверненої мови. Протягом дня з дитиною займається мати або медперсонал за планом, складеним логопедом.

Логопедичний масаж.

Мета: нормалізація м'язового тону і вироблення позитивних кінестезій.

Логопедическое заняття починається з прийомів загального розслаблення, потім проводиться диференційований масаж артикуляційної мускулатури. Вправи описані на I етапі.

При асиметрії, нерівномірному розподілі тону в артикуляційних м'язах масаж проводять з гіперкорекцією відповідної сторони- на ураженій стороні більше число рухів (10-12). Крім прийомів ручного масажу, використовується спеціальний апарат - вібромасажер, застосовуються насадки відповідно інструкції, ІЛГ. Логопедичний масаж проводиться щодня по 3-4 хв.

Артикуляційна гімнастика.

Мета: розвиток рухливості і збільшення обсягу рухів губ і язика.

Пасивна гімнастика. Пасивна гімнастика включає вправи, описані на I етапі. З метою поліпшення кінестетичних сприйнятів у артикуляційній мускулатурі логопедичні заняття ширше включають заходи щодо створення відповідних позицій для губ і язика.

Активна гімнастика

Особлива увага приділяється активним рухам язика і які необхідні для розвитку чітких артикуляційних кінестезій і кінестетичного слідового образу рухів артикуляційних м'язів.

На цьому етапі дитину дуже наполегливо навчають жуванню, кусанню. Для цього проводять попередньо масаж жувальної мускулатури, вчать пасивно-активному відкриванню рота і пасивно-активно викликають жувальні рухи. «Схему жування» спочатку відпрацьовують пасивно: дини ті в рот кладуть хліб і підштовхують щелепи вгору-вниз в ритмі жувальних рухів дитини.

Дитина навчається таким довільним рухам, як: «поцілунок», «подуй», «плюнь», «покашляй», «закрий очі», «покажи язик», «посміхнись», «покажи зуби», «поклацати язиком», «закрий або відкрий рот». Дитину вчать облизувати верхню і нижню губи, злизувати з куточків рота, для цього використовується сироп шипшини, варення. Вправи проводяться щодня по 2 хв.

Дихальна гімнастика.

Мета: збільшення сили і тривалості видиху.

Крім пасивних дихальних вправ, які використовуються на I етапі, проводять вправи, що викликають активні дихальні рухи з включенням елемента подразнення: 1) вчать дитину подути на ватні шарики - гра «футбол», подути на «султанчик», подути в трубочку, подути на різнокольорових паперових метеликів і т.д. При цьому пасивно утримують визначену позицію губ «хоботок»; 2) вчать грі на губах. При видиху у дитини викликають вібрацію губ, щоб викликати звук «б-б-б» або «ф-ф-ф», що радує дитину і вона неодноразово намагається повторити це звучання. Вправа виконується через день по 3 хвилини.

Стимуляція мовної активності.

Мета: виклик фізіологічних ехолалій і лепетних слів, простої пропозиції.

Вагому частині в логопедичній роботі з дітьми займає робота зі стимуляції мовної активності.

Привертаючи увагу дитини до звучання її голосу, заохочуючи її до активності, намагаються викликати повторення звуків, тим самим стимулюють аутоехолалії, які сприяють розвитку мовноухового і слухо-мовного аналізатора, а разом з тим і лепетній активності. Розвиваючи вимовляння звуків і звукокомплексів по наслідуванню, тобто сприяючи розвитку фізіологічних ехолалій, використовують три види вправ:

а) викликають відповідні звуки і звукокомплекси, наявні у дитини в вимові. Це активізує ехолалії;

б) вимовляють звуки, які відсутні у дитини в довільному вимовлянні. В цьому випадку ехолалії можуть бути нульовими, але значно стимулюється голосова активність дитини;

в) вимовляють звуки, близькі до наявних у дитини в активі для рівня її артикуляційної моторики. Це сприяє розвитку лепетної активності дитини, так як намагаючись повторити звук, дитина прагне наблизити звучання до ідеалу,

до збігу звуків за акустико-артикуляційними ознаками. У цей момент логопед допомагає дитині, пасивно створювати певні позиції губ і язика, наприклад, притримує губи при проголошенні звуків «о», «і», «у». Цей вид стимуляції сприяє збагачення звукового складу белькотіння, лепетних слів. Враховується те, що звуки, одні проти одних за певною ознакою (носові - ротові, дзвінкі - глухі), виникають в нормі одночасно, тому вони викликаються у дітей з церебральним паралічем відбито попарно: «б-м», «д-н», «п -б »(звуки, одні проти інших за ознакою « тверді - м'які », « змички - щілинні » у дітей цього віку не викликаються).

Як в нормі процес засвоєння звуків визначається поступовістю розвитку функції мовленнєвого аналізатора, так і у дитини з церебральним паралічем цей процес пов'язаний з рівнем розвитку мовнорухового аналізатора.

Послідовність появи звуків наступова: голосні «а», «у», «і», сонорні (носові) і галасливі приголосні і їх протиставлення «м-п, б», «н-т, д», дзвінкі і глухі «п- б », « т-д ».

Послідовність появи звуків у дітей з церебральним паралічем підпорядкована закономірностям розвитку функції мовленнєвого аналізатора, тобто від тяжких артикуляційних диференціювань до все більш легких. Засвоєння конкретного звуку проходить шляхом поступового переходу від більш легкої артикуляції до більш важкої.

Всі звуки вводяться в план комунікації і позначають предмети, наслідками, явища і почуття дитини («у» - машина, «а» - плач, «о» - реве ведмежа, «і» - сміх, посмішка, «до ко» - курочка, «га-га» - качка, «му» - корова і т.п.). Вправа проводиться щодня протягом 5-8 хвилин.

Розвиток дій з предметами.

Мета: розвиток маніпулятивної функції рук і диференційованих рухів пальців рук.

Значне місце в логопедичній роботі займає корекція моторики рук дитини. У процесі ігор-занять розвиваються маніпулятивна діяльність рук і тонкі диференційовані рухи пальців. Виготовляють іграшки з розвитку моторики рук дитини з церебральним паралічем пропонують різні за складністю руху і дії.: 1) для розслаблення кистей рук використовують прийоми щіткового масажу, потряхування кисті та ін; 2) потім спонукають дитину правильно взяти іграшку з різних положень - зверху, знизу, збоку від неї, допомагають розглянути її, обмацати, взяти в рот, по маніпулювати нею; 3) слідом за цим розвивають прості дії. Спочатку вони виконуються пасивного, тобто логопед виконує їх рукою дитини. Відпрацьовуються наааступні дії:

- довільне опускання іграшки з руки (за словами «дай»);
- довільне опускання іграшки при складанні її в коробку;

- вийняти - вкласти, пасивно - активно;
- покатати машину, м'яч;
- відкрити - закрити коробку, кришку;
- зняти - надіти колечка пірамідки;
- накласти - зняти 2-3 кубика;
- покачати ляльку;
- наслідувальні дії - «Ладушки», «до побачення»;
- збирати дрібні предмети двома пальцями, варіюючи їх вагу, форму, величину;
- брати всією кистю великі предмети, різні за вагою, матеріалом, формою іграшки;
- брати предмети відразу двома руками (мінати фактуру, обсяг, вагу цих предметів). Вправа проводиться щодня протягом 5-8 хвилин.

Розвиток розуміння мови.

Мета: виробляти розуміння мовних інструкцій у конкретній ситуації.
Розширення пасивного словника.

Комплексність логопедичної роботи передбачає розвиток усіх сторін діяльності дитини. З огляду на це, всі моменти логопедичної роботи супроводжують мовними інструкціями та коментарями. Крім цього, в плані логопедичної роботи намічається спеціальне заняття з розвитку розуміння мови.

Відомо, що перші тимчасові зв'язки між предметами і їх словарні позначеннями, тобто первинне розуміння мови, утворюється у дітей завдяки збігу в часі звучання слова, сказаного дорослим, з пред'явленням предмета, дії, явища, які вони позначають.

Для розвитку розуміння мови необхідною умовою є правильне функціонування зорового і слухового аналізаторів. Поряд з порушеннями зорового сприйняття у дітей, які страждають на церебральний параліч, нерідко тривалий час зберігається і недостатність слухового сприйняття, що виражається в порушенні можливості локалізації звуків в просторі, що пов'язано в одних випадках з руховою недостатністю, а в інших зі зниженням акустичної установки на звуки. Порушення слухового сприйняття в значній мірі затримує розвиток імпресивної мови.

Позитивною передумовою, що сприяє формуванню і вдосконаленню розуміння мови, є розвиток рухово-кінестетичного аналізатора. Кінестетичне сприйняття дітей, які страждають на церебральний параліч, часто дуже порушені, що перешкоджає правильному уявленню про навколишні предмети, яке створюється на основі зорово-моторно-кінестетичного сприйняття. А перший зв'язок слова з певним предметом створюється на основі поєднання її

позначення зі зорово-кінестетичним відчуттям цього предмета. Таким чином, дитина краще запам'ятовує ті предмети, з якими вона активно маніпулює, відчуває, обмацує, досліджує тактильно.

З огляду на всі ці особливості дитини з церебральним паралічем, дітям пропонують для запам'ятовування яскраві іграшки, що відрізняються від часто зустрічаються за зовнішнім виглядом, кольором, розміром, формою, матеріалом і викликають сильні орієнтовні реакції. Використовуються для запам'ятовування дваскладові слова, наприклад, *ляля, миша, лисиця, киця* і інші. Вибір іграшок для дітей з церебральним паралічем має ряд особливостей:

1) при навчальних заняттях одномоментно з пред'явленням іграшки вимовляють слово, промовляючи її назву;

2) слово вимовляють в моменти фіксації погляду на іграшці, або іграшка пасивно розташовується в полі зору дитини. Слово - назва іграшки вимовляється під час спільного фіксування уваги, спільного спостереження за діями з предметом;

3) пропоноване слово вимовляється мелодійно, співучо, на різні інтонації з деяким інтервалом;

4) виробляючи розуміння певного слова, включають слуховий, зоровий і шкірно-м'язовий аналізатори, пасивно виконують рукою дитини різні маніпуляції з іграшкою (дотики, погладжування);

5) іграшка переміщається на відстань не більше двох метрів від її початкового місця розташування і від самої дитини, так як більш віддалений предмет діти часто не можуть знайти поглядом;

6) навчаючи пошуку необхідної іграшки з допомогою вироблення кінестетичних відчуттів, використовують пасивний поворот голови в бік названого предмета;

7) в момент перевірки впізнавання предмета за назвою промовлене слово включається в просту фразу, де значно виділяється інтонацією;

8) впізнавання предмета за словом визначається за спробою зупинити погляд на іграшці або повороту погляду або голови в напрямку контрольного предмета;

9) виробивши впізнавання назви одного предмета, переходять до нової іграшки, яка займає місце, просторово відмінне від попереднього.

Працюючи над розумінням мови з дитиною, яка хворіє церебральним паралічем, використовують всі відомі прийоми, запропоновані Н.М. Аксаріной. Постійно прагнуть збагатити враження дитини, що також сприяє розвитку розуміння мови.

На цьому етапі відпрацьовуються такі моменти в розвитку розуміння мови:

- 1) назви простих дій;
- 2) назви навколишніх предметів;
- 3) назви іграшок;
- 4) розуміння інструкцій;
- 5) назву навколишніх явищ;
- 6) формування узагальнюючих понять;
- 7) впізнавання іграшок, предметів, зображених на картинці; та інші.

Заняття з розвитку розуміння мови проводять у певній послідовності в залежності від віку дитини і рівня імпресивної мови.

Все логопедичне заняття будується в вигляді гри, яка для дитини з нормотиповим розвитком, так і для дитини яка хворіє на церебральний параліч, є найважливішим процесом пізнання. Вправи проводять на протязі 5-6 хвилин щодня.

У процесі цілеспрямованої, систематичної роботи з дитиною, яка хворіє на церебральний параліч, вдається домогтися позитивної динаміки в психічному і мовному розвитку.

Таким чином, корекційно-логопедична робота проводиться в відповідно до рівня розвитку дитини по етапах і включає поступове ускладнення прийомів, спрямованих на розвиток всіх функцій.

Система корекційно-логопедичної роботи передбачає ранній початок логопедичного впливу.

При плануванні занять враховується не тільки вік дитини, але перш за все рівень її розвитку. Логопед у своїй роботі спирається на функції, які збереглися у дитини.

У роботі з дітьми широко використовується метод рухово-кінестетичний стимуляції в розвитку моторики органів артикуляції, в формуванні зорово-моторної координації, в корекції сенсорних і мовних функцій.

У корекційно-логопедичній роботі з дітьми, що страждають церебральним паралічем, використовуються основні дидактичні принципи. Основним видом занять з дітьми є емоційно забарвлена гра, в якій дитина на початкових етапах займає пасивну позицію, а на наступних етапах активнішу.

Всі перераховані корекційно-логопедичні заходи спрямовані на стимуляцію мовного і психічного розвитку дітей. На кожному окремому занятті ставиться конкретна мета з урахуванням «зони найближчого розвитку».

Система корекційно-логопедичної роботи передбачає активну участь в ній батьків дитини. Батьки навчаються на заняттях, ведуть щоденники, де записують завдання на поточний день. При закінченні курсу занять батькам дають письмові рекомендації щодо подальшого розвитку і вихованню дитини в домашніх умовах.

Навчальні питання і завдання

1. Як ви розумієте вираз «скринінгова методика обстеження», з якою метою вона застосовується?
2. Обстежуйте дитини у віці 1,5-2 років за шкалою Гріффітс і виведіть загальну суму балів. Зіставте отримані дані з умовною нормою суми балів в з відно до віком.
3. Складіть графік профілю психомоторного розвитку обстеженого вами дитини 1,5-2 років.
4. Зробіть логопедичний попередній висновок мовного та психічного розвитку, відштовхуючись від норми.
5. Складіть план рекомендованих стимулюючих і корекційних заходів для батьків.
6. Чи потрібні дитині, якого ви обстежили, консультації інших фахівців?
7. Чому у дитини, яка не розуміє звернену до неї мову, перевіряють розуміння жестів і міміки?
8. Які патологічні симптоми можуть відзначатися в артикуляційному апараті?
9. Дайте визначення поняттям, які використовуються для позначення патологічної симптоматики в артикуляційному апараті.
10. Які порушення тону м'язів в лицьовій мускулатурі можуть зустрічатися?

Література

1. Архипова Е.Ф. Корекційно логопедична робота з дітьми перших трьох років життя. - М., 2004.
2. Діагностика порушень мовлення у дітей та організація логопедичної роботи в умовах дошкільного освітнього закладу // Сб. методических рекомендаций. –СПб., 2000.
3. Кешишян Е.С. Психомоторное развитие детей первого года жизни. – М., 2000.
4. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика. –М., 2000.
5. Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями развития. – М., 2005.
6. Методы обследования речи у детей // Вып. 2. Подбщ. ред. И.Т. Власенко и Г.В. Чиркиной. – М., 1996.
7. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервнопсихического развития детей первых трех лет жизни. – М., 1983.
8. Психологопедагогическая диагностика / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М., 2003.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

А

АБАЗІЯ – тяжке порушення ходи через ушкодження координації за відсутності паралічів та парезів.

АБДУКЦІЯ – відведення кінцівки убік від середини тіла.

АБЕРРАЦІЯ – індивідуальне відхилення від норми у побудові чи функції.

АБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрямованих на набуття соціально-вживаних функцій дитиною, які не сформувалися внаслідок психічних або фізичних порушень.

АБСАНС («відсутність») – дуже короткочасна втрата свідомості, миттєве затемнення свідомості у хворих на епілепсію.

АБСЦЕС – органічне накопичення гною у тканинах або органах.

АБУЛІЯ – патологічна відсутність бажань, прагнень, спонукань до діяльності.

АВТОМАТИЗАЦІЯ ЗВУКІВ – етап щодо корекції неправильної звуковимови, який здійснюється після постановки нового звуку.

АВТОМАТИЗМИ УРОДЖЕНІ – група безумовних рефлексів, що трапляються в новонароджених та зникають із віком.

АВТОМАТИЗОВАНІ МОВЛЕННЄВІ РЯДИ – мовленнєві дії, реалізовані без участі свідомості.

АВТОРИТЕТ – визнання гідності, переваг, здібностей особистості, групи, організації. Особистість, яка має вплив, визнання.

АГЛОСІЯ – вроджена відсутність язика.

АГНОЗІЯ – порушення процесів упізнавання предметів та живих істот за їхніми ознаками за відсутності розладів органів чуття (зорова, слухова, тактильна, смакова тощо).

АГНОТІЯ – вроджена відсутність верхньої або нижньої щелепи.

АГРАМАТИЗМ – помилки у граматичному оформленні активної мови (експресивний) та у розумінні граматичних конструкцій (імпресивний).

АГРАФІЯ – неможливість, специфічне порушення процесу написання.

АГРЕСИВНІСТЬ – хвороблива властивість особистості, що проявляється в нанесенні ушкоджень, спричиненні болю, нападанні на будь-кого.

АДАПТАЦІЯ – процес пристосування організму до умов існування, оточення, до особливих потреб людини.

АДАПТАЦІЯ (СОЦІАЛЬНА) – активне пристосування до умов соціального середовища через засвоєння й прийняття цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвалених суспільством.

АДАПТОВАНА РЕАКЦІЯ – відповідна, ефективна реакція на стимул або вимоги навколишнього середовища.

АДАПТОВАНЕ ОБЛАДНАННЯ – спеціальні пристосування, які використовуються для прийняття правильного положення тіла та виконання активних рухів.

АДИНАМІЯ – безсилість, втрата сил, надмірна слабкість.

АДУКЦІЯ – приведення кінцівки до середини тіла (протилежність абдукції).

АКАЛЬКУЛІЯ – порушення рахунку й рахункових операцій як наслідок ураження різних ділянок кори головного мозку.

АКАТАФАЗІЯ – це аграматизм, нездатність граматично правильно утворювати слова та синтаксично поєднувати їх у реченні.

АКІНЕЗІЯ – відсутність активних рухів унаслідок паралічу, захворювання суглобів тощо.

АКТ КОМУНІКАЦІЇ – одиниця повідомлення, що має змістову цілісність і може бути сприйнятою слухачем у даних умовах спілкування.

АКТ МОВИ – окремий відрізок мови, який має в певних умовах визначену цільову спрямованість.

АКТИВНЕ НАВЧАННЯ – процес інтенсивного та систематичного впливу на дитину через її зацікавленість з метою набуття знань, умінь та навичок.

АКТИВНІСТЬ – свідома участь дитини у будь-якій діяльності.

АКТИВНІСТЬ ДОМАШНЯ – свідома участь батьків у процесі реабілітації дитини.

АКУПУНКТУРА – лікування уколами в особливі місця на тілі хворого із застосуванням спеціальних голок.

АЛАЛІЯ – відсутність або недорозвиненість мови внаслідок органічного ураження мовних зон кори головного мозку під час вагітності або в ранньому дитинстві.

АЛЕКСІЯ – специфічне порушення процесу читання, втрата цієї можливості.

АЛЕРГІЯ – стан зміненої реактивності організму у вигляді підвищеної його чутливості до впливу будь-яких речовин або компонентів власних тканин.

АМБЛЮПІЯ – послаблення зору за відсутності наявних уражень очей.

АМНЕЗІЯ – часткова або повна втрата пам'яті, випадіння більшої чи меншої кількості спогадів.

АМПЛІТУДА – найбільш можливий обсяг рухів в одній площині (наприклад, від повного згинання до повного розгинання в якомусь суглобі).

АНАЛІЗ І СИНТЕЗ – протилежно і нерозривно пов'язані логічні прийоми:

• Аналіз – операція мисленого або реального розчленування цілого (речі, явища, відношення між предметами) на складові частини.

• Синтез – узагальнення, поєднання частин, пізнаних розчленованими.

АНАЛІЗАТОР – система органів, що здійснює сприйняття та аналіз подразнень.

АНАМНЕЗ – сукупність даних про початок захворювання, повідомлених хворим або його близькими.

АНАРТРІЯ – тяжка форма дизартрії, коли мова майже повністю неможлива внаслідок паралічу мовнорухових м'язів.

АНОМАЛІЯ – відхилення від загальних закономірностей розвитку.

АНОМАЛЬНІ ДІТИ – діти, що мають відхилення від нормального психічного або фізичного розвитку і потребують спеціальних умов навчання і виховання.

АНОСМІЯ – відсутність нюху.

АНТИЦИПАЦІЇ – здатність передбачати прояв результатів дії, «упереджувальне відбиття», наприклад, передчасний запис звуків, що входять до кінцевих складів слова.

АНТРОПОМЕТРІЯ – один із засобів дослідження в антропології, що складається з різних вимірювань людського тіла.

АПЛІКАЦІЯ – накладання на поверхню тіла будь-якої речовини з метою лікування.

АПРАКСІЯ – порушення складних цілеспрямованих рухів за відсутності паралічів та парезів, втрата або відсутність навичок.

АРАХНОЇДИТ – запалення павутинної оболонки головного або спинного мозку.

АРЕФЛЕКСІЯ – відсутність рефлексу або рефлексів.

АРТИКУЛЯЦІЙНИЙ АПАРАТ – сукупність органів, які забезпечують утворення звуків мови.

АРТИКУЛЯЦІЯ – робота мовленнєвих органів спрямована на утворення звуків.

АРТРИТ – запалення суглоба.

АСОЦІАЛЬНІСТЬ ДИТИНИ – різні труднощі у взаємовідносинах дитини з людьми, що оточують, та зумовлюється відсутністю в неї соціального попиту або наявністю яких-небудь відхилень у розвитку.

АСПІРАЦІЯ – потрапляння в дихальні шляхи сторонніх речовин, що може призвести до зупинки дихання.

АСТАЗІЯ – неможливість стояти, порушення рівноваги за відсутності парезів та паралічів.

АСТЕНІЯ – стан, який характеризується підвищеною стомлюваністю, ослабленням чи втратою здатності до тривалого фізичного і розумового напруження.

АСТЕНОПІЯ – швидка втома очей під час зорової діяльності, особливо за малої відстані від ока до об'єкта.

АСТЕРЕОГНОЗІЯ – неможливість упізнавання предметів на дотик без допомоги зору при збереженні усіх видів чуття, тактильна агнозія.

АСФІКСІЯ – гостре кисневе голодування новонароджених.

АТАКСІЯ – порушення координації рухів, взаємної дії м'язів.

АТЕСТАЦІЯ педагогічних працівників – визначення їхньої відповідності зайнятій посаді, рівню кваліфікації, практичного досвіду, необхідних для виконання конкретних службових обов'язків.

АТЕТОЗ – повільні судомні рухи пальців, рук, ніг, одна із форм гіперкінезів.

АТОНІЯ – недостатність м'язового тону, пружності та еластичності м'язів.

АТРОФІЯ – зменшення об'єму того чи іншого органа та порушення його функцій внаслідок розладу живлення.

АУДІОГРАМА – графічне зображення даних дослідження слуху за допомогою аудіометра.

АУДІОМЕТРІЯ – вимірювання гостроти слуху.

АУРА – передвісник епілептичного нападу, різні симптоми, які виникають безпосередньо перед нападом.

АУТИЗМ – патологічна відлюдність, відгородженість від реальної дійсності з втратою природних та емоційних реакцій, інтересу до спілкування.

АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ – вид психотерапії, заснований на максимальному м'язовому розслабленні, що поєднується із самонавіюванням.

АФАЗІЯ – повна або часткова втрата мови, яка зумовлена ураженням кори домінантної півкулі головного мозку за відсутності розладів артикуляційного апарату і слуху.

АФАЗІОЛОГІЯ – вчення про афазію.

АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ – патологічна форма емоційної реакції дитини на впливи навколишнього середовища, що виражається у підвищеному збудженні, схильності до різких афективних вибухів або, навпаки, в апатичності, загальмованості реакцій.

АФЕРЕНТНИЙ ІМПУЛЬС – той, що йде від периферії до центру, наприклад кінестетичний, тактильний.

АФОНІЯ – втрата звучності голосу за умови збереження шепітної мови.

БАЛАНС – здатність тіла утримувати рівновагу.

БАЛЬНЕОТЕРАПІЯ – сукупність методів лікування, профілактики та реабілітації, заснованих на використанні мінеральної води або лікувальної грязі.

БАНДАЖ – швейний виріб, призначений для підтримки черевної стінки та внутрішніх органів.

БАРОТЕРАПІЯ – застосування з метою лікування зниженого або підвищеного атмосферного тиску.

БЕСІДА – засіб навчання, під час якого вчитель, спираючись на знання дітей, вміння і навички, за допомогою питань підводить їх до розуміння і засвоєння нових знань, до повторення і перевірки навчального матеріалу.

БЕТОЛЕПСІЯ – втрата свідомості під час нападу кашлю.

БІБЛІОТЕРАПІЯ – лікувальний вплив на психіку хворої людини за допомогою читання спеціально підібраних книжок.

БІНЕ-СІМОНА ТЕСТ – метод кількісної оцінки рівня розвитку інтелектуальних здібностей.

БІОМЕХАНІКА – розділ фізіології, що вивчає рухливий апарат людини.

БЛИЖНІ ПЕРЕХОДИ – переходи з однієї області спеціалізованого впливу до іншої у межах кімнати.

БРАДИЛАЛІЯ – патологічно сповільнений темп мовлення.

БРАЙЛЯ КРАПКОВА АБЕТКА – система рельєфного письма для незрячих, в якій літери, цифри, ноти і розділові знаки визначаються різними комбінаціями розміщення шести випуклих крапок.

БРОКА ЦЕНТР – ділянка кори головного мозку, яка забезпечує моторну організацію мови.

БУЛЬБАРНИЙ ПАРАЛІЧ – синдром ураження язикоглоткового, блукаючого і під'язичного нервів.

В

ВАЛЬГУС – вигнутий, кривий, вивернутий назовні.

ВАРУС – вигнутий, кривий, вивернутий до середини.

ВЕКСЛЕРА ТЕСТ – набір завдань для оцінки розумових здібностей.

ВЕРБАЛІЗМ – недолік, за яким словесне вираження в дітей не відповідає конкретному сприйняттю.

ВЕРБАЛЬНИЙ – словесний, мовний, усний.

ВЕРНІКЕ ЦЕНТР (ЗОНА) – ділянка кори головного мозку, яка забезпечує сприйняття мови.

ВИВИХ – порушення співвідношення суглобних поверхонь кісток.

ВИПРАВЛЕННЯ – складний процес усунення відхилень, перебудова психічних, фізичних, соціальних знань, умінь та навичок особистості, що відбувається під впливом оточення та шляхом самовдосконалення.

ВИТІСНЕННЯ – це активне вилучення зі свідомості неприємної інформації.

ВИХОВАННЯ – процес цілеспрямованого формування особистості дитини.

ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ – діяльність кори великих півкуль головного мозку, яка забезпечує індивідуальне поведінкове пристосування людини до змін умов навколишнього і внутрішнього середовищ.

ВИЩІ ПСИХІЧНІ ФУНКЦІЇ – складні, що формуються за життя, системні психічні процеси, соціальні за своїм походженням.

ВІДВОЛКАННЯ – порушення уваги, що характеризується її швидким переходом на нові об'єкти за виникнення випадкових асоціацій чи дій зовнішніх подразників.

ВІДДІЛЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ – спеціалізована установа, яка виконує систему заходів з відтворення або компенсації втрачених функцій людини та налічує менше п'яти навчально-реабілітаційних груп.

ВІДОБРАЖЕНЕ МОВЛЕННЯ – повторене за ким-небудь.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БАТЬКІВ – юридичні і моральні норми, які визначають відповідальність батьків перед державою і суспільством за виховання своїх дітей.

ВІДСТАВАННЯ – неспроможність виконання встановлених нормативів життєдіяльності.

ВІДЧУТТЯ – психічний пізнавальний процес відображення окремих ознак та властивостей подразників, які діють на органи чуття.

ВКЛЮЧЕННЯ – спостерігаючи чужі страждання, сильніші, ніж особисті, й співчуючи, людина починає й свої біди сприймати легше.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ – анатомо-фізіологічні і психологічні особливості, характерні для того чи іншого вікового періоду.

ВМІННЯ – засвоєний людиною спосіб виконання дій на базі набутих знань та навичок.

ВНУТРІШНЄ МОВЛЕННЯ – різні види використання мовних значень поза процесом реальної комунікації типу внутрішнього промовляння («мовлення про себе»):

- те, що зберігає структуру зовнішнього мовлення, але позбавлене фонації й типове для розв'язання мисленнєвих завдань в ускладнених умовах;
- власне В.м., коли воно виступає як засіб мислення;

- структурне програмування (задум, програма мовленнєвого висловлювання).

ВОДОЛІКУВАННЯ – застосування води з лікувальною і профілактичною ціллю.

ВОЛЯ – свідоме керування поведінкою, здатність мобілізувати сили на подолання труднощів.

ВПРАВИ – багаторазове повторення певних дій або видів діяльності з метою їхнього засвоєння.

Г

ГАМАЦИЗМ – недолік вимови звуків «г», «г».

ГЕМІАНОПСІЯ – різні варіанти порушення поля зору, що виникають при ураженні первинних полів потилицевої частки й глибоких відділів мозку.

ГЕМПАРЕЗ – парез половини тіла.

ГЕМПЛЕГІЯ – ураження на одній половині тіла функції довільної рухливості, тобто параліч (парез) м'язів однієї половини тіла.

ГЕРЦ (Гц) – одиниця виміру частоти коливання.

ГІГІЄНА – система дій, які спрямовані на підтримку здоров'я.

ГІДРОЦЕФАЛІЯ – водянка голови, захворювання, зумовлене надмірним утворенням або накопиченням рідини усередині черепа.

ГІПЕР – вище норми

ГІПЕРАКУЗІЯ – підвищена чутливість до тихих звуків, які байдуже сприймає оточення. Спостерігається за сенсорних порушень.

ГІПЕРДИНАМІЧНИЙ СИНДРОМ – синдром рухової розгальмованості, що проявляється в надмірній активності, роздратованості, нездатності до цілеспрямованої й організованої поведінки.

ГІПЕРКІНЕЗ – надмірні мимовільні рухи.

ГІПЕРКОМПЕНСАЦІЯ характеризується тим, що особи з серйозними недоліками у фізичному чи психічному розвитку здатні досягти більш високих результатів у різних галузях діяльності, ніж більшість людей з нормальним розвитком.

ГІПО – нижче норми.

ГІПОКСІЯ – кисневе голодування організму.

ГЛИНОЛІКУВАННЯ – теплолікування з використанням лікувальних властивостей глини.

ГЛОБАЛЬНЕ ЧИТАННЯ – неаналітичне читання, впізнавання слова як єдиного графічного цілого.

ГНОЗИС – впізнавання (акустичне, оптичне, тактильне, смакове тощо.).

ГОНІОМЕТР – прилад для вимірювання амплітуди руху в суглобах.

ГОСПІТАЛІЗМ – погіршення стану здоров'я під впливом тривалого перебування в стаціонарних лікувальних закладах.

ГОСПІТАЛІЗМ РАННІЙ – психічна і фізична відсталість, яка виникає в перші роки життя дитини внаслідок «дефіциту» виховання.

ГРА – вид діяльності в умовних ситуаціях, які відтворюють ті чи інші області дійсності, головний фактор соціалізації дитини.

ГРА АСОЦІАТИВНА – гра, побудована на основі моделювання відомих дитині життєвих ситуацій.

ГРУПОВА КІМНАТА – місце в Центрі ранньої соціальної реабілітації, що є своєрідною моделлю навколишнього середовища, яке опановує дитина-інвалід.

ГРУПОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ – форма організації реабілітаційних заходів в об'єднаних спільною реабілітаційною метою малих групах під керівництвом учителя-реабілітолога.

ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ – теплолікування з використанням лікувальної грязі.

ГУБИ РОЗЩЕЛИНА – вроджена аномалія будови губи дитини (звичайно верхньої), яка виникає під час вагітності.

ГУБНІ ЗВУКИ – звуки, що утворюються за допомогою губ.

ГУЛІННЯ – голосові реакції дитини у перші 2 – 3 місяці життя.

ГУМАНІЗМ – визнання цінності людської особистості, її права на вільний розвиток і реалізацію своїх можливостей.

Д

ДАУНА ХВОРОБА (СИНДРОМ) – захворювання, зумовлене наявністю зайвої хромосоми у 21-й парі, яке проявляється недоумкуватістю, м'язовою гіпотонією, своєрідним зовнішнім виглядом хворого.

ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА – поведінка людини, яка має відхилення від установлених правових або моральних норм і йде врозріз із ним

ДЕМЕНЦІЯ – стійка втрата раніше засвоєних знань і практичних навичок та неможливість набуття нових.

ДЕПРИВАЦІЯ – недостатнє задоволення основних потреб.

ДЕФЕКТОЛОГІЯ – наука про психофізичні особливості розвитку аномальних дітей, закономірності їхнього навчання та виховання.

ДЕФОРМАЦІЯ – порушення форми.

ДИЗАРТРІЯ – недолік вимови, що виникає внаслідок недостатнього управління мовного апарату з боку головного мозку.

ДИПЛЕГІЯ – параліч двох рук або ніг.

ДИСЛАЛІЯ – порушення звуковимови за нормального стану слуху й збереженої іннервації мовленнєвого апарату.

ДИСПЛАЗІЯ – порушення формування, неправильний розвиток.

ДИТЯЧИЙ КОЛЕКТИВ – об'єднання дітей, згуртованих спільною корисною діяльністю.

ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ (ДЦП) – збірний термін, що об'єднує в собі групу непрогресуючих рухових порушень, які виникають у результаті ураження або недорозвитку головного мозку до народження, під час пологів та в ранньому дитинстві.

ДІАГНОЗ – медичний висновок про стан здоров'я хворого.

ДІЯЛЬНІСТЬ – мотивований процес, заняття, праця.

ДОСТУПНА ЗОНА – місце для розміщення обладнання, пристосувань, матеріалів та іграшок, якими діти можуть користуватися самостійно і в будь-який час.

Е

ЕГОЇЗМ – себелюбство, надання переваги своїм особистим інтересам.

ЕЙФОРІЯ – неадекватно підвищений настрій.

ЕКЗАЛЬТАЦІЯ – стійкий захоплено-збуджений стан.

ЕКСПРЕСИВНИЙ АГРАМАТИЗМ – порушення вживання граматичних засобів мови в усному мовленні.

ЕКСТЕНЗІЯ – розгинання.

ЕКСТИРПАЦІЯ (гортані) – видалення.

ЕМБРІО – складова частина складних слів, які означають «що належать до ембріона, зародка».

ЕМОЦІЯ – душевне переживання, почуття.

ЕНКОПРЕЗ – мимовільне виділення калу.

ЕНУРЕЗ – нетримання сечі.

ЕНЦЕФАЛІТ – запалення головного мозку.

ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ – загальна назва проявів чи наслідків уражень головного мозку.

ЕПІКРИЗ – висновок про діагноз, причини, патогенез захворювання і результат лікування, який використовувався та фіксувався в медичній документації.

ЕПІЛЕПСІЯ – хвороба, яка проявляється зростаючим характером судомних нападів та відносними змінами особистості.

Етіологія – наука про причини виникнення.

ЕХОЛАЛІЯ – автоматичне повторення чужої мови.

ЕХОПРАКСІЯ – наслідувальне, автоматичне повторення рухів і дій інших людей при ураженні лобових часток мозку.

Ж

ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ – повсякденна діяльність, здатність особи здійснювати життєво необхідні дії у спосіб і в межах, звичайних для людини.

3

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ – це процес, у результаті здійснення якого різні суспільні системи стають доступними для всіх.

ЗАГАЛЬНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ – різноманітні, складні мовленнєві розлади, за яких у дітей порушено формування усіх складових мовленнєвої системи, що належать до звукової та змістової сторін.

ЗАЇКАННЯ – порушення темпу та ритму мови, зумовлене судомним станом м'язів мовного апарату.

ЗАМИКАЛЬНА АКУПАТІЯ – це порушення формування зв'язку між звуковою оболонкою слова та його значенням.

ЗАМІЩЕННЯ – це перенесення дії, спрямованої на недоступний об'єкт, на доступний (людина, наприклад, переносить свої роздратування, гнів, спричинені однією людиною, на іншу).

ЗАПЕРЕЧЕННЯ полягає в тому, що інформація, яка тривожить людину, нею не сприймається.

ЗАПУЩЕНІСТЬ ПЕДАГОГІЧНА – стійкі відхилення від норми моральної свідомості й поведінки чи навчальної діяльності, спричинені недоліками педагогічного впливу.

ЗАТРИМКА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ (ЗПР) – порушення нормального темпу психічного розвитку дитини.

ЗВИЧКА – схильність особистості до відносно усталених способів дій.

ЗВУКОВИМОВА – процес утворення мовних звуків.

ЗДОРОВ'Я – стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя.

ЗНАЧУЩИЙ ІНШИЙ – людина, яка є авторитетом для даного суб'єкта.

ЗОНА НАЙБЛИЖЧОГО РОЗВИТКУ – розбіжність у рівні складності завдань, які розв'язуються дитиною самостійно (актуальний рівень розвитку) і під керівництвом дорослого. Поняття введено Л.С. Виготським.

ЗОНА СЕРЕДНЬОЇ ДОСТУПНОСТІ – обладнання, матеріали та іграшки, які можуть бути доступними певним дітям у визначений час.

ЗОНДИ ЛОГОПЕДИЧНІ – інструменти, призначені для механічного регулювання положення і руху органів мови під час корекції недоліків вимови

ЗОРОВА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ – це характеристика здатності людини-спостерігача до виконання зорової роботи; вимірюється швидкістю і точністю виконаної зорової роботи і заданий інтервал часу.

ЗОРОВЕ СПРИЙНЯТТЯ – сукупність процесів побудови зорового образу світу на основі сенсорної інформації, яку можна отримати за допомогою зорової системи.

ЗРАЧКОВИЙ РЕФЛЕКС – рефлекторне змінення діаметра зіниці залежно від інтенсивності падаючого на очі світла; це безумовний рефлекс.

I

ІДЕНТИФІКАЦІЯ – несвідоме перенесення на себе почуттів і якостей, властивих іншій людині й недоступних, але бажаних для себе.

ІГРОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ – моделювання майбутніх життєвих ситуацій, набуття досвіду з урахуванням вад дітей та забезпечення їм максимально рівних можливостей.

ІЗОЛЯЦІЯ – відокремлення у свідомості людини чинників, які її травмують.

ІМІТАЦІЯ – слухове або зорове наслідування.

ІМПРЕСИВНИЙ АГРАМАТИЗМ – порушення розуміння граматичних засобів мови.

ІНВАЛІД – особа, яка має стійке тривале або постійне порушення нормального функціонування організму, зумовлене вродженими вадами, хронічними захворюваннями, травмами або патологічним станом, що призводить до обмеження життєдіяльності, вимагає надання соціальної допомоги і захисту, людина з особливими потребами.

ІНГАЛЯЦІЯ – вдихання пароподібних речовин із лікувальною метою.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ СІМЕЙНИЙ ПЛАН (ІСП) – динамічна індивідуальна програма ранньої соціальної реабілітації дитини-інваліда.

ІНСОЛЯЦІЯ – опромінення сонячним світлом.

ІНТЕГРОВАНЕ НАВЧАННЯ – навчання та виховання дітей із різними порушеннями психофізичного розвитку в закладах загальної системи освіти разом із дітьми, які не мають будь-яких вад.

ІНТЕЛЕКТ – розумові здібності людини, сукупність усіх пізнавальних процесів, розум.

ІНТЕНСИВНІСТЬ – кількість виконаної роботи за одиницю часу.

ІНТЕРЕС – спрямованість людини на певний об'єкт чи певну діяльність, зумовлена позитивним, зацікавленням ставленням до чогось, когось.

ІНТЕРЕСИ – прояв позитивного емоційного ставлення до об'єкта чи явища, увага, збуджена ним.

ІНТЕРІОРИЗАЦІЯ – поступовий перехід від зовнішніх схем і опор до внутрішнього планування дії.

ІНТРАНАТАЛЬНИЙ – який відбувається під час пологів.

ІПОТЕРАПІЯ – лікування верховою їздою.

K

КАПАЦИЗМ – недолік вимови звуків «к», «к'»

КАТЕГОРІЯ – Загальне поняття, яке відображає найбільш суттєві властивості та співвідношення предметів і явищ. Вид, група, тип класифікації.

КВАДРИПЛЕГІЯ – параліч чотирьох кінцівок.

КІФОЗ – Скривлення хребта випуклою стороною назад.

- Порушення постави у вигляді «круглої спини».

КЛИШОНОГІСТЬ – складна комбінована деформація ступні.

КОЕФІЦІЄНТ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОСТІ – позначається символом IQ, відношення розумового віку (РВ) до справжнього хронологічного віку (СВ) даної людини за формулою: $PB/SB \times 100\% = IQ$.

КОЛЕКТИВ – організована форма об'єднання людей на основі цілеспрямованої діяльності

КОЛО УЯВЛЕНЬ – запас уявлень, якими володіє дана людина.

КОМПЕНСАЦІЯ – це відновлення, заміщення недорозвинених чи пошкоджених функцій шляхом використання збережених або перебудови частково порушених функцій.

КОМПЕНСАЦІЯ ФУНКЦІЙ – складний процес перебудови функцій організму щодо порушення чи втрати будь-яких психічних функцій внаслідок перенесених захворювань, травматичних пошкоджень.

КОМПІНГ-СТРАТЕГІЇ – це свідомі зусилля особистості, спрямовані на те, щоб дати собі раду в стресових ситуаціях, що породжують тривогу щодо утримання та збереження позитивної самооцінки, самоповаги.

КОМПЛЕКС ПОЖВАВЛЕННЯ – виражена емоційна реакція немовля на появу дорослого.

КОМУНІКАТИВНА ФУНКЦІЯ – здатність до спілкування.

КОНСТИТУЦІЯ – комплекс спадкових і набутих властивостей організму.

КОНТРАКТУРА – обмеження нормальної амплітуди рухів у суглобі внаслідок укорочення м'яких тканин навколо нього.

КОНЦЕПЦІЯ – система поглядів на те чи інше педагогічне явище, процес, спосіб розуміння, тлумачення якихось педагогічних явищ, подій; провідна ідея педагогічної теорії.

КООРДИНАЦІЯ РУХІВ – узгодження рухів частин тіла людини під час виконання рухового акту.

КОРЕКЦІЯ –

- виправлення (часткове чи повне) вад психічного або фізичного розвитку.
- спеціально організований педагогічний процес, спрямований на послаблення, долання порушень розвитку, запобігання їм та сприяння розвитку аномальної дитини загалом з метою щонайбільшого наближення до норми.

КОРЕКЦІЯ ВИМОВИ – виправлення недоліків вимови, включаючи всі її складові частини: дихання, голос, звуки, членування мови паузами, темп та дотримання орфоепічних норм.

КОРЕКЦІЙНО-ВИХОВНА РОБОТА – система педагогічних заходів спрямованих на подолання або послаблення недоліків психічного і фізичного розвитку дітей з особливими потребами.

КРЕТИНІЗМ – захворювання, зумовлене вродженою недостатністю щитоподібної залози, що проявляється малим ростом тіла та зниженим інтелектом.

КРІПТОГЕННИЙ – який має визначену етіологію, але недостатньо встановлений патогенез.

КРИТЕРІЙ – ознака, на основі якої виявляється оцінка, визначення або класифікація чого-небудь.

КРОК – одиниця руху ногою під час ходи.

КУРОРТОТЕРАПІЯ – комплекс лікувальних заходів, що засновані на використанні природних факторів.

КОРСЕТ – виріб, призначений для фіксації, розвантаження або корекції хребта під час захворювань, деформацій та наслідків травм.

Л

ЛАБІЛЬНІСТЬ – нестійкість, мінливість.

ЛАМБДАЦИЗМ – недолік вимови звуків «л», «л'».

ЛАРИНГОПЛЕГІЯ – параліч гортані.

ЛАРИНГОСПАЗМ – раптовий судомний спазм м'язів гортані (в тому числі голосових складок), який викликає повне закриття голосової щілини.

ЛАТЕРАЛЬНИЙ – боковий, віддалений від середини, спрямований убік.

ЛЕЙКОЕНЦЕФАЛІТ – запальнодистрофічне ураження білої речовини головного мозку.

ЛЕПЕТ – голосові реакції дитини на подразники позитивного характеру, з'являються після другого місяця життя.

ЛІДЕР – авторитетний член групи, який виконує роль організатора та може розв'язувати важливі для групи проблеми.

ЛІКВОР – спинномозкова рідина.

ЛІКВОРЕЯ – витікання ліквору з природних отворів черепа внаслідок травми, вроджених дефектів або новоутворень кісток черепа, хребта, головного і спинного мозку.

ЛІТТЛЯ ХВОРОБА – форма ДЦП, яка характеризується спастичним паралічем ніг (спастична діплегія).

ЛОГІКА –

- Сукупність наук про закони та форми правильного мислення.

• Розумність, внутрішня закономірність.

ЛОГОНЕВРОЗ – невроз, який проявляється у формі розладу мови (наприклад, заїкування невротичне).

ЛОГОПАТ – людина з дефектами мови.

ЛОГОПЕД – корекційний педагог, який займається усуненням недоліків мови в дітей і дорослих.

ЛОГОРЕЯ – беззв'язковий мовний потік.

ЛОГОФОБИЯ – нав'язливий страх: побоювання мови.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ – місце розташування.

ЛОРДОЗ – специфічне порушення постави, а саме, скривлення хребта випуклою стороною вперед.

М

МАКРОГЕНІЯ – аномалія розвитку: занадто велика нижня щелепа.

МАКРОГЛОСІЯ – великий язик.

МАНІПУЛЯЦІЯ – рухи рукою чи руками, що пов'язані з виконанням певного завдання.

МАНІЯ – загальна назва психопатологічних станів із перевагою психомоторного збудження як однієї з основних форм психозу.

МАСАЖ – метод механічного дозованого впливу на тіло людини, який здійснюється руками масажиста або спеціальними пристроями з метою лікування та профілактики.

МЕДИКО-ПЕДАГОПІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ – спеціальна установа, яка проводить комплексне медико-педагогічне обстеження аномальних дітей для спрямування їх у відповідну навчально-виховну та оздоровчу установу.

МЕЛАНХОЛІК – людина, що схильна до депресій, настроїв суму, пригніченості.

МЕНІНГІТ – запалення оболонок головного та (або) спинного мозку.

МЕТОД БУРДОНА – дослідження уваги шляхом викреслення певних літер з тексту за певний проміжок часу.

МИСЛЕННЯ – процес відображення об'єктивної дійсності в уяві, судженнях, поняттях.

МІАСТЕНІЯ – нервово-м'язове захворювання, головним проявом якого є підвищена м'язова стомлюваність.

МІАТОНІЯ – вроджене захворювання нервової системи, що проявляється надмірною амплітудою пасивних рухів у суглобах, м'язовою слабкістю, зниженням сухожилкових рефлексів.

МІАТРОФІЯ – атрофія м'язів.

МІЄЛІТ – запалення спинного мозку.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА – об'єднання фахівців різного профілю (психолог, учитель-реабілітолог, логопед, спеціаліст із фізичної реабілітації, невролог), що працюють разом в одному закладі, змістом роботи якого є надання реабілітаційних послуг дітям з особливими потребами.

МІКРОГЛОСІЯ – вроджений недорозвиток язика, малий язик.

МІКРОЦЕФАЛІЯ – захворювання, що проявляється значним зменшенням об'єму головного мозку, зниженням інтелекту різних ступенів.

МІМІКА – рухи м'язів обличчя, які відображають різні почуття людини.

МІОПАТІЯ – загальна назва групи спадкових захворювань, що зумовлені порушенням скорочувальної здатності м'язів.

МІОТОНІЯ – патологічний стан, через який майже неможливо розслабити напружені м'язи.

МОВА ВІДОБРАЖЕНА – мова, повторена за кимось.

МОВА ЕКСПРЕСИВНА – особиста усна мова людини.

МОВА ІМПРЕСИВНА (ВНУТРІШНЯ) – мова, яку чують та розуміють.

МОВА ПОШЕПКИ – дуже тиха мова, без участі голосових зв'язок.

МОРАЛЬНЕ ВИХОВАННЯ АНОМАЛЬНИХ ДІТЕЙ – процес формування світогляду моральних якостей, рис характеру, навичок та звичок моральної поведінки.

МОТИВ – причина, яка спонукає до дії.

МОТИВАЦІЯ – активний стан мозкових структур, які змушують людину здійснювати дії, що спрямовані на задоволення своїх потреб.

МОТИВИ ПОВЕДІНКИ – спонукальні причини дій людини, встановлення їхньої кінцевої мети.

МОТОРИКА – рухова активність.

МОТОРИКА ГРУБА – рухи з утримання та переміщення голови, тулуба або кінцівок у просторі щодо сил тяжіння.

МОТОРИКА ТОНКА – рухи пальцями та кистями, робота голосової та мимічної мускулатури.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА – передбачає залучення до роботи міждисциплінарної команди фахівців інших закладів

МУТАЦІЇ – зміни, які виникають природно або зумовлені штучно змінами спадкових якостей організму внаслідок перебудови та порушень у генетичному матеріалі організму – хромосомах та генах – основа спадкової мінливості.

МУТИЗМ – відмова від мовленнєвого спілкування за умови збереженості мовленнєвого апарату.

М'ЯЗОВА АТРОФІЯ – захворювання, при якому спостерігається руйнування м'язових волокон та заміщення їх жировою і сполучною тканинами: м'яз стає млявим, тонус його знижується.

Н

НАВИЧКА – психічне новоутворення, завдяки якому індивід спроможний виконувати певну дію, раціонально, з належною послідовністю, точністю і швидкістю; автоматизовані компоненти свідомої діяльності, які виникають унаслідок вправ.

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК – книга, матеріал якої розширює межі підручника, містить найновіші додаткові відомості.

НАВЧАННЯ – цілеспрямована взаємодія вчителя і учнів, у процесі якої відбувається засвоєння знань, формування вмінь та навичок.

НАОЧНІСТЬ – додаткові посібники, що ілюструють навчальний матеріал.

НАРКОЛЕПСІЯ – захворювання, яке протікає з нападами нестримної сонливості.

НАФТАЛАН – нафталанська лікувальна нафта.

НЕВРИТ – запалення нерву.

НЕВРОЗИ – психосоматичні розлади, що виникають унаслідок психічної травми та усвідомлюються самим суб'єктом.

НЕГАТИВІЗМ – один із симптомів деяких психічних захворювань, які проявляються у протидії будь-якому втручання зовні: хворий не відповідає на питання, не дозволяє досліджувати себе тощо.

НЕГАТИВІЗМ МОВНИЙ – свідома, стійка немотивована відмова від мовного спілкування.

НЕДОСТУПНА ЗОНА – обладнання, матеріали та іграшки, які діти використовують тільки з дозволу та з допомогою вчителя-реабілітолога.

НЕЙРОІНФЕКЦІЯ – загальна назва інфекційних захворювань, які характеризуються переважною локалізацією збудників інфекції у ЦНС.

НЕЙРОЛЕПТИКИ – лікарські речовини, які мають гальмуючу дію на функції ЦНС, не порушують до того ж свідомості і здатні усувати марення, галюцинації та деякі інші симптоми психозів.

НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД – вік дитини від народження до 28-ї доби життя.

НЕРВОВА СИСТЕМА – сукупність утворень (нерви, ганглії, мозок) у людини, яка здійснює постійний зв'язок організму з навколишнім середовищем та взаємний зв'язок органів між собою; регулює та координує усі функції організму.

НІСТАГМ – мимовільні поштовхоподібні горизонтальні, вертикальні або кругові рухи очей, які слідуєть один за одним.

НАЗАЛЬНИЙ – який належить до носа або його порожнини.

О

ОЗЕРЕЦЬКОГО МЕТРИЧНА ШКАЛА – методика дослідження психомоторики, тобто моторного розвитку дитини та словесної регуляції рухів, виявлення відхилень у розвитку.

ОЗОКЕРИТ – воскоподібний продукт нафтового походження, який використовують для лікувальних аплікацій.

ОЛІГОФРЕНІЯ – вид розумової відсталості, який виникає внаслідок органічного пошкодження мозку в пренатальний, натальний або ранній (до трьох років) період дитинства і виявляється у тотальному психічному недорозвитку.

ОЛІГОФРЕНОПЕДАГОГ – педагог із спеціальною вищою освітою, який здійснює навчання та виховання розумово відсталих дітей.

ОРАЛЬНИЙ – який має відношення до рота.

ОРТЕЗ – пристосування, які використовують для корекції дефектів опорно-рухового апарату.

ОРТОПЕДІЯ – розділ клінічної медицини, який вивчає хвороби та деформації опорно-рухового апарату та розробляє методи їхньої діагностики, лікування та профілактики.

ОРФОЕПІЯ – розділ знання мови, який вивчає нормативну літературну вимову; сукупність вимовних норм національної мови, що забезпечує єдність її звукового оформлення.

ОСВІТА – процес та результат засвоєння певної суми знань.

ОСТЕОПОРОЗ – зменшення кісткової речовини в одиниці об'єму (може стати причиною підвищеної ламкості кісток).

ОФТАЛЬМОПЛЕГІЯ – порушення рухової функції очей внаслідок ураження нервово-м'язового апарату.

ОХОРОННЕ ГАЛЬМУВАННЯ – один із видів безумовного гальмування: виникає у випадку сильного чи дуже тривалого процесу подразнення.

ОХОРОННИЙ РЕЖИМ – порядок і умови утримання хворих, що передбачають максимальне усунення факторів, які негативно впливають на психіку.

П

ПАМ'ЯТЬ – здатність організму до накопичення інформації, її збереження та наступного відтворення або упізнавання.

ПАРАЛІЧ – випадіння функції будь-якого м'яза або кінцівки внаслідок порушення іннервації.

ПАРАПАРЕЗ – параліч пари кінцівок.

ПАРЕЗ – частковий параліч, рухи можливі, але з малою силою та в недостатньому обсязі.

ПАРЕТИЧНІСТЬ – нерухомість м'язів.

ПАСИВНІСТЬ – бездіяльність, байдужість до навколишнього.

ПАТОГЕНЕЗ – механізм розвитку певної хвороби, патологічного процесу чи стану.

ПАТОГЕННИЙ – хворобливий, який викликає захворювання.

ПАТРОНАЖ – форма профілактичної роботи, яка полягає в дослідженні умов життя та побуту осіб, які перебувають на обліку, проведення вдома оздоровчих заходів; надання медико-соціальної допомоги.

ПЕДАГОГІКА – сукупність теоретичних і прикладних наук, що вивчають процеси виховання, навчання і розвитку особистості.

ПЕРЕВИХОВАННЯ – виховний процес, спрямований на подолання негативних рис особистості, що сформувалися під впливом несприятливих умов.

ПЕРЕКОНАННЯ – психічний стан особистості, який характеризується стійкими поглядами, впевненістю у правильності власних думок, поглядів.

ПЕРИФЕРИЧНА НЕРВОВА СИСТЕМА – складається з черепно-мозкових нервів, нервових сплетінь, спинномозкових та периферичних нервів.

ПЕРСЕВЕРАЦІЯ – патологічне повторення чи стійке відтворення дії, слова чи складу.

ПІЗНАННЯ НАВКОЛИШНЬОГО ЧЕРЕЗ НАВЧАННЯ – це здатність дитини отримувати знання у процесі педагогічно спрямованих дій.

ПІКНОЛЕПСІЯ – синдром дуже частих короткочасних малих судомних нападів у дітей.

ПЛЕГІЯ – повний параліч.

ПЛЕКСИТ – запалення нервового сплетіння, може бути причиною паралічу.

ПОВЕДІНКА – процес взаємодії живих істот із навколишнім середовищем, який пов'язаний з їхньою руховою та психічною активністю.

ПОВЕДІНКА СОЦІАЛЬНА – сукупність вчинків та дій особистості або групи у суспільстві, яка залежить від соціально-економічних факторів та норм моралі.

ПОЛІОМІЄЛИТ – гостре інфекційне захворювання, яке викликане однойменним вірусом, що характеризується ураженням ЦНС, головним чином, клітин передніх рогів спинного мозку, оболонок головного та спинного мозку і проявляється парезами й паралічами.

ПОНЯТТЯ – основна форма знань, що відображає істотні необхідні ознаки і відношення предметів та явищ.

ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ – порушення інтелектуальної діяльності, яке виникає у випадку різних психічних захворювань, локальних уражень мозку та аномалій психічного розвитку.

ПОРУШЕННЯ ПАМ'ЯТІ – порушення чи втрата здатності запам'ятовувати, зберігати, впізнавати, відтворювати інформацію.

ПОСТНАТАЛЬНИЙ – який виникає чи відбувається відразу після народження.

ПОЧУТТЯ – психічний стан і процеси, в яких відображено емоційний бік духовного стану людини.

ПОЯСНЕННЯ – словесне тлумачення понять, явищ, принципів дій.

ПРОГЕНІЯ – виступ нижньої щелепи вперед (порівняно з верхньою) внаслідок її надмірного розвитку.

ПРОГРЕС –

- Тип, напрям розвитку, перехід від менш до більш досконалого.
- Успіх, який досягнуто порівнянно з минулим.

ПРОЕКЦІЯ – несвідоме перенесення (приписування) власних почуттів, бажань і прагнень, у яких людина не хоче зізнатися, розуміючи їхню соціальну непривабливість, на інших.

ПРОКСИМАЛЬНИЙ – ближній до тулуба або голови. Протилежність дистальному.

ПРОЛЕЖНІ – виразки, які формуються в місцях тиску на шкіру внаслідок тривалої нерухомості.

ПРОНАЦІЯ – обертання кінцівки вперед та усередину.

ПРОПУЛЬСІЯ – схильність до падіння вперед, нестриманий рух уперед під час легкого поштовху.

ПРОТЕЗ – пристрій, призначений для доповнення функції та форми відсутньої або деформованої частини тіла.

ПСИХІЧНІ ПРОЦЕСИ І СТАНИ ЕМОЦІЙНО–ВОЛЬОВІ – це афект, вольове зусилля, воля, стрес, відчуття, емоції.

ПСИХІЧНІ СТАНИ – це психологічна категорія, до складу якої входять різні види інтегрованого відображення впливу на суб'єкт як внутрішніх, так і зовнішніх стимулів без чіткого усвідомлення їхнього предметного змісту (наприклад, бадьорість, втома, нудьга).

ПСИХІЧНІ ЯВИЩА – будь-який вид психічної діяльності людини.

ПСИХІЧНІ ЯКОСТІ – це індивідуальні особливості психіки людини; визначене ставлення її до діяльності та відповідні форми її поведінки, які мають стійкий характер.

ПСИХІЧНИЙ ПРОЦЕС ПОРУШЕННЯ – це афективні порушення, порушення уваги, порушення волі, порушення сприйняття, порушення відчуттів, розлади пам'яті.

ПСИХОАНАЛІЗ – метод вивчення неусвідомлених психічних процесів шляхом аналізу асоціацій, спогадів, снів, помилок під час письма, обмовок із

ціллю відтворення у свідомості комплексів, конфліктів, переживань раннього дитинства, які витискуються в безсвідоме і є причиною психічних розладів.

ПСИХОДІАГНОСТИКА – галузь психології, яка розробляє методи виявлення і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особи.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ – напрям реабілітаційної та корекційно-виховної роботи з аномальними дітьми, метою якої є подолання та попередження порушень психічного розвитку.

ПСИХОЛОГІЯ СЛІПИХ АБО ТИФЛОПСИХОЛОГІЯ – це галузь спеціальної психології, яка вивчає психіку людини з порушенням зору.

ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ – сюди зараховують розумово відсталих дітей, а також дітей із ЗПР;

ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ – це галузь спеціальної психології, яка вивчає психіку людини з мовленнєвими порушеннями.

ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ – це галузь спеціальної психології, яка вивчає психіку осіб з порушеннями опорно-рухового апарату;

ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ І СОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ – це галузь спеціальної психології, яка вивчає психіку осіб з порушеннями емоційно-вольової сфери і соціальної поведінки

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ – це спеціальна система стабілізації особистості, спрямована на захист свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішніми і зовнішніми конфліктами, станами тривоги та дискомфорту.

ПСИХОТЕРАПІЯ ІГРОВА – вид психотерапії, де гра використовується з лікувальною ціллю.

ПСИХОТЕРАПІЯ СІМЕЙНА – вид психотерапії, спрямований на вивчення сім'ї і вплив на неї з метою нормалізації міжособистісних відносин, а також профілактики та лікування захворювань із наступною соціальною реабілітацією.

ПТОЗ – опущення верхньої вії.

Р

РАННІЙ ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ (РДА) – аномалія психічного розвитку, яка характеризується порушенням емоційного зв'язку, екстремальною самотністю дитини, стереотипністю в поведінці та своєрідним мовленнєвим та інтелектуальним недорозвитком, який не пов'язаний з первинною недостатністю цих функцій.

РЕАБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій людини, необхідних їй для життя в суспільстві.

РЕАКЦІЯ – відповідь організму, особистості на ті чи інші подразнення.

РЕЛАКСАЦІЯ – розслаблення, зняття психічного та (або) фізичного напруження.

РЕМІСІЯ – тимчасове послаблення (неповна ремісія) або зникнення (повна ремісія) проявів захворювання.

РЕТРАКЦІЯ – відтягування частини тіла назад.

РЕТРОПУЛЬСІЯ – схильність до падіння назад, нестриманий рух назад під час легкого поштовху.

РЕФЛЕКС – мимовільна, опосередкована нервовою системою закономірна відповідна реакція організму на подразник.

РИНОЛАЛІЯ – порушення тембру голосу та звуковимови. зумовлене дефектами мовного апарату (говорить у ніс).

РОЗВИТОК – сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних, біохімічних, психічних, соціальних та інших змін, які відбуваються з людиною від моменту її народження до кінця життя.

РОЗГАЛЬМУВАННЯ – припинення стану внутрішнього гальмування в корі великих півкуль головного мозку під впливом стороннього подразника.

РОЗПАД МОВИ – втрата набутих мовних навичок та комунікативних умінь внаслідок ураження мозку.

РОЗУМІННЯ – мислительний процес, спрямований на виявлення істотних ознак, властивостей і зв'язків предметів, явищ і подій дійсності.

РОЗЩІЛИНА ПІДНЕБІННЯ – вроджена аномалія будови твердого або м'якого піднебіння, що виникає під час ембріогенезу.

РОЛЬ СОЦІАЛЬНА – діяльність, зумовлена індивідуальними особливостями людини і спрямована на участь у суспільному житті.

РОТАЦИЗМ – недолік у вимові звуків «р», «р'».

РОТАЦІЯ – обертання навколо осі.

РУХИ – зміна положення тіла та його частин, один із проявів життєдіяльності, який забезпечує можливість активної взаємодії організму з навколишнім середовищем.

С

САМОВИХОВАННЯ – свідомо діяльність людини, спрямована на вироблення в себе позитивних рис і подолання негативних.

СЕНЗИТИВНИЙ ВІК – найсприятливіший вік для розвитку тих чи інших психічних функцій, що визначають психічний розвиток дитини і мають вирішальне значення для її навчання та виховання.

СЕНЗИТИВНІСТЬ ВІКОВА – оптимальне поєднання умов для розвитку психічних якостей і процесів, які властиві визначеному віковому періоду.

СЕНСОРНИЙ – чуттєвий, той, який належить до області відчуттів.

СЕРЕДНІ ПЕРЕХОДИ – переходи до кабінетів поглибленої корекції, музичного залу, до іншої групи на подвір'я в межах Центру.

СЕРЕДОВИЩЕ – оточення людини, і комплекс зовнішніх явищ, які впливають на людину.

СЕРЕДОВИЩЕ ПРИРОДНЕ – природні умови оточення людини.

СЕРЕДОВИЩЕ СОЦІАЛЬНЕ – громадські, матеріальні та духовні умови оточення людини. її існування та діяльності.

СИГМАТИЗМ – недолік у вимові свистячих та шиплячих звуків.

СИМПТОМ – ознака патологічного стану або хвороби.

СИНДРОМ – стійка сукупність симптомів із єдиним походженням.

СИНКІНЕЗІЇ – мимовільні рухи, що виникають на боці парезу або в органах мови під час руху здоровими кінцівками.

СІМЕЙНЕ ВИХОВАННЯ – одна з форм виховання дітей, що поєднує цілеспрямовані педагогічні дії батьків із повсякденним впливом сімейного побуту.

СІМ'Я – це

- природне середовище для фізичного, психічного, соціального і духовного розвитку дитини.

- група людей, що складається з батьків, дітей, онуків і ближніх родичів, які живуть разом.

СКОЛІОЗ – порушення постави, викривлення хребта.

СОМАТИЧНИЙ – який стосується тіла, внутрішніх органів.

СОЦІАЛІЗАЦІЯ – процес залучення індивіда до системи суспільних відносин, формування його соціального досвіду, становлення й розвитку як цілісної особистості; процес і результат активного відтворення індивідом соціального досвіду, який здійснюється у спілкуванні та діяльності.

СОЦІАЛЬНИЙ – громадський, пов'язаний із життям і стосунками людей у суспільстві.

СПАДКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ – захворювання, що зумовлені мутаціями, переважно хромосомними чи генетичними.

СПАДКОВІСТЬ – відновлення в нащадків біологічної подібності до батьків.

СПАСТИЧНІСТЬ – патологічне підвищення м'язового тону, яке спричиняє обмеження рухливості.

СПИННИЙ МОЗОК – відділ ЦНС, розташований у каналі хребта; бере участь у здійсненні більшості рефлексів та свідомих рухів.

СПОСТЕРЕЖЕННЯ – це

- безпосереднє сприймання предметів та явищ.
- метод збирання первинної інформації шляхом безпосередньої реєстрації дослідником подій, явищ тощо.

СПРИЙМАННЯ – відображення предметів і явищ навколишнього світу, що діють у даний момент на органи чуття людини.

СПРИЙНЯТТЯ – психічний пізнавальний процес, результатом якого є суб'єктивні образи, що безпосередньо впливають на органи чуття через сукупність їхніх властивостей та ознак.

СУРДОЛОГ – лікар, який діагностує та лікує порушення слуху в дітей та дорослих.

СУРДОЛОГІЧНІ КАБІНЕТИ – спеціалізовані кабінети для лікувального прийому дітей та дорослих, які мають порушення слуху та мови.

СУРДОМУТИЗМ – глухонімота.

СУРДОПЕДАГОГІКА – галузь дефектології, яка досліджує проблеми навчання та виховання дітей із порушеннями слуху.

СУПНАЦІЯ – вивертання кінцівки назовні.

СУРДОПЕДАГОГ – педагог зі спеціальною освітою, який здійснює навчання і виховання глухих і слабочуючих.

СУРДОПСИХОЛОГІЯ – галузь спеціальної психології, яка вивчає закономірності психічної діяльності людини з недоліками слуху, психологічні особливості і можливості компенсаторного розвитку, а також питання навчання, виховання і професійної підготовки людей із слуховими порушеннями.

Т

ТАКТИЛЬНИЙ – що відчувається на дотик.

ТАЛАСОТЕРАПІЯ – лікувальне використання морських купань та клімату морського узбережжя.

ТАХІЛАЛІЯ – патологічне прискорення темпу мови.

ТЕМПЕРАМЕНТ – індивідуально-типологічна характеристика людини, яка виявляється в силі, напруженості, швидкості та зрівноваженості перебігу її психічних процесів.

ТЕСТУВАННЯ – спосіб оцінювання та визначення рівнів психофізичного розвитку дітей шляхом використання спеціально підібраних стандартизованих тестів.

ТЕТРАПАРЕЗ – парез чотирьох кінцівок.

ТЕТРАПЛЕГІЯ – параліч чотирьох кінцівок.

ТИФЛОПЕДАГОГ – педагог зі спеціальною освітою, що здійснює навчання та виховання незрячих і слабоворих дітей.

ТИФЛОПЕДАГОПКА – галузь дефектології, наука про особливості навчання та виховання сліпих та слабозорих дітей.

ТОКСИН – отруйна речовина.

ТОНУС М'ЯЗОВИЙ – пружність м'язів у стані спокою.

ТРАКЦІЯ – підтягування вперед тіла або його частини.

ТРЕМОР – ритмічні коливальні рухи кінцівок, голови, язика тощо, тремтіння.

ТВОРЧИСТЬ – здатність дитини створювати нові ситуації та матеріальні цінності на основі набутого досвіду.

ТРИПЛЕГІЯ – параліч трьох кінцівок.

ТУТОР – ортопедичний виріб у вигляді гільзи на шнуруванні, призначений для фіксації суглобів або сегментів кінцівки з метою відновлення їхньої функції та опори.

У

УВАГА – здатність людини концентрувати сприйняття на чомусь.

УЗАГАЛЬНЕННЯ – логічна операція мислення, яка складається з поєднання суттєвого та з'єднання його з групою предметів та явищ.

УМІННЯ – здатність на належному рівні виконувати певні дії.

УМОВИВІД – серія логічно пов'язаних висловів, з яких виводиться нове значення.

УРАНОПЛАСТИКА – загальне найменування пластичних операцій з усунення дефектів твердого піднебіння.

УЯВА – здатність людини створювати образи подумки.

Ф

ФАЗА ДВООПОРНОГО КРОКУ – часовий інтервал кроку, впродовж якого обидві ноги контактують із поверхнею.

ФАЗА ЗАДНЬОГО ПОШТОВХУ – проміжок часу, коли з поверхнею контактує передній відділ ноги, що міститься ззаду.

ФАЗА ОДНООПОРНОГО ПЕРІОДУ КРОКУ – часовий інтервал, впродовж якого з поверхнею контактує тільки одна нижня кінцівка (переносний період).

ФАЗА ПЕРЕДНЬОГО ПОШТОВХУ – проміжок часу, коли з поверхнею контактує відділ п'яти стопи (перекат через п'ятку).

ФАЗА ПЕРЕНОСНОГО ПЕРІОДУ КРОКУ – часовий інтервал, впродовж якого одна з ніг не контактує з поверхнею.

ФАЗА ПОШТОВХУ – період між відривом п'яти та відривом носка від поверхні.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрямованих на подолання або зменшення рухових порушень, розвиток рухової сфери, націлений на

компенсацію втрачених функцій за рахунок збережених, який складається зі спеціальних вправ та позиційного режиму.

ФІЗИОТЕРАПІЯ – розділ медицини, який вивчає дію на організм різних фізичних факторів (світло, тепло) і використання цих факторів з лікувальними та профілактичними цілями.

ФЛЕКСІЯ – згинання, наближення однієї частини тіла до іншої.

ФОБІЯ – боягузтво, нав'язливий страх.

ФОНЕМА – звук, значуща одиниця мови.

ФОНЕМАТИЧНИЙ СЛУХ – тонкий систематизований слух, який дає можливість здійснювати операції розпізнавання фонем та установа звукової структури слова.

ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ – порушення процесу формування вимовної системи рідної мови в дітей із різними мовними розладами внаслідок дефектів сприйняття та вимови фонем.

Ц

ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ – спеціалізована багатoproфільна установа, яка виконує систему заходів із відтворення або компенсації втрачених функцій людини та налічує не менше п'яти навчально-реабілітаційних груп.

ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ – який стосується головного мозку.

ЦЕРЕБРАСТЕНІЯ – поєднання астенії з головним болем, запамороченням, деяким погіршенням пам'яті й іншими ознаками ураження головного мозку.

Ч

ЧУТЛИВІСТЬ – здатність організму сприймати різні подразнення.

ЧУТЛИВІСТЬ ПОРІГ – це величина подразника, який викликає чи змінює відчуття, сприймання.

Ш

ШИНИ – тверда накладка на місце перелому або іншого пошкодження тіла для надання нерухомості.

ШОК – загальний розлад функцій організму внаслідок психічного потрясіння або фізичного ушкодження.

ШПАТЕЛЬ – інструмент для продавлювання язика під час огляду ротової порожнини.

Ю

ЮРА (ювенільний ревматоїдний артрит) – захворювання суглобів інфекційно-алергічного генезу, викликане стрептококом (виникає в підлітковому віці).

ЮХТА – шкіра, що застосовується для виготовлення ортопедичних апаратів верхніх і нижніх кінцівок, тугорів, корсетів.

Додаток 1.

**Розрахунок стандарту тривалості послуги раннього втручання:
первинна оцінка +цикл протягом 3 місяці**

№ п\п	Назва заходу	К-сть заходів	Час виконання	Всього за цикл
Етап I. Первинна оцінка				
1	Звернення та телефонна консультація батьків адміністратором послуги. Запис на первинну оцінку	одноразово	20	
2	Проведення первинної оцінки особливостей розвитку дитини та дитячо-батьківських відносин	одноразово	60	
3	Заповнення Карти первинної оцінки	одноразово	30	
4	Командне обговорення результатів первинної оцінки особливостей розвитку дитини командою фахівців	одноразово	30	
Всього			140	
ЕТАП II. Поглибленна оцінка, розробка та узгодження Індивідуального плану раннього втручання				
1	Проведення зустрічі з батьками по результатах первинної оцінки та її командного обговорення. Визначення та узгодження запиту та подальших кроків щодо поглибленої оцінки та розробки індивідуального плану втручання	одноразово		60

2	Проведення та аналіз результатів поглибленої оцінки у відповідності до запиту	одноразово		240
3	Заповнення індивідуального профілю розвитку дитини. Складання та оформлення Індивідуального плану раннього втручання, формулювання цілей роботи, плану дій.	одноразово		240
4	Проведення зустрічі з батьками по обговоренню результатів поглибленої оцінки; обговорення та узгодження цілей роботи та Індивідуального плану раннього втручання	одноразово		60
5	Оформленні документації менеджером послуги	одноразово		20
6	Комунікація з батьками щодо організаційних питань	протягом циклу		30
Всього				650
ЕТАП III. Проведення корекційних занять та іншої роботи				
1	Індивідуальні заняття \групові заняття	один раз на тиждень	90	1080
2	Зустріч з батьками	один раз на цикл	60	60
3	Монтаж та перепис відеозаписів спеціалістами	один раз на тиждень	30	360
4	Обговорення командою фахівців реалізації Індивідуального плану	один раз на цикл	30	30

	раннього втручання			
5	Складання планів занять	один раз на тиждень	15	180
6	Супервізія випадку	один раз на цикл	30	30
7	Комунікація з батьками щодо організаційних питань	Протягом циклу		60
Всього				1800

ДЛЯ ЗАМІТОК

