

*Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького педагогічного університету імені Івана Франка як тексти лекцій (протокол № 3 від 22. 03.*

*Наталія Каут*

# ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ ТА ЛОГОПЕДІЇ

**Тексти лекцій  
для студентів спеціальності «Дошкільна освіта»,  
«Психологія», «Практична психологія»,  
«Соціальна педагогіка»**

## **Рецензенти:**

**Островська К.О.**, кандидат психологічних наук, кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка;

**Гордієнко Н.В.**, кандидат педагогічних наук, корекційної педагогіки та соціальної роботи державного педагогічного університету ім. Івана Франка;

**Каут Н.М. ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛОГІЇ**  
**К 30** тексти лекцій / Наталія Каут. – Дрогобицький видавничий відділ Дрогобицького державного університету імені Івана Франка, 2012 р. – 3

Тексти лекцій укладено відповідно до програми дисципліни «Основи дефектології та логопедії» С фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр "Педагогічна освіта" напряму підготовки 6.010101 «Затвердженої вченою радою Дрогобицького державного університету імені Івана Франка.

У посібнику розглядаються теоретичні та методичні аспекти дефектології, системні порушення усного мовлення, прояву, патогенез, шляхи подолання, характерні аспекти, корекційно-реабілітаційна робота мовленнєвих розладів й інших аномалій.

У посібнику вміщено питання для самоконтролю.

Бібліографія 114 назв

1.1. Предмет, завдання, принципи і методи дефектології.....	психічними недоліками (глухі, слабочуючі; сліпі, с
1.2. Актуальні питання організації спеціальної освіти для аномальних дітей.....	відсталі, логопати, з порушенням опорно-рухового і рівень розвитку дефектології визначається соціа умовами суспільства, станом суміжних наук (ме
<b>2. Загальна характеристика дітей з вадами розвитку</b> .....	психології, філософії, техніки тощо), досягне
2.1. Основні категорії дітей з порушеннями розвитку .....	вивчення аномальних дітей, їхніх компенсатор
<b>3. Діти з порушеннями інтелектуального розвитку</b> .....	науково обґрунтованої системи виховання і
3.1. Олігофренопедагогіка як галузь спеціальної педагогіки .....	порушеннями розумового та психічного розвитку.
<b>4. Діти з порушеннями розвитку</b> .....	Вивченням, попередженням і корекцією п
4.1. Діти з порушеннями слуху.....	займається галузь наукової та практичної дефектол
4.2. Діти з порушеннями зору .....	Logos – слово, paideia – виховання). Порушення мов
<b>5. Діти з комбінованим порушеннями</b> .....	як відхилення від норми, загальноприйнятої у певн
5.1. Сліпоглухонімі діти .....	середовищі.
<b>6. Діти з порушеннями мовлення</b> .....	Навчальна дисципліна «Основи дефектол
6.1. Логопедія, її предмет, завдання і методи.....	належать до базових у підготовці практичних пси
6.2. Вікові норми розвитку дитини.....	соціальних педагогів, вихователів дошкільних закла
6.3. Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення .....	цього курсу – сформувати уявлення про загал
6.4. Загальне недорозвинення мовлення.....	закономірностей аномального розвитку порівня
<b>7. Діти з порушенням опорно-рухового апарату</b> .....	онтогенезом, а також вивчити особливості структу
7.1. Загальна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем.....	груп дітей з особливими потребами.
<b>8. Діти з аутичними формами поведінки</b> .....	Цей посібник ознайомлює студентів з основ
8.1. Ранній дитячий аутизм .....	галузі педагогічної науки, яка розробляє питання в
<b>Термінологічний словник</b> .....	виховання та соціальної адаптації аномальних
<b>Завдання для контрольних робіт</b> .....	характеристику різних категорій аномальних д
<b>Питання для самоконтролю</b> .....	виховних закладів для них, висвітлено особливості
<b>Предметний покажчик</b> .....	і навчання дітей з вадами фізичного та психічного
<b>Іменний покажчик</b> .....	основ дефектології допоможе на більш ранніх
<b>Список літератури</b> .....	виявляти дітей з психофізичними порушеннями
	рекомендувати батькам відповідні типи спеціаль
	навчальних закладів.
	Тексти лекцій також висвітлюють науков
	логопедії як науки, системні порушення усного і
	його прояву, патогенез, вікові норми мовленнєвого і

## ДЕФЕКТОЛОГІЇ

1. Історія розвитку дефектології в Україні
2. Предмет дослідження дефектології, завдання.
3. Компенсація та корекція аномального розвитку дитини.
4. Реабілітація дітей з особливостями розвитку.

### 1. Історія розвитку дефектології в Україні

З перших років радянської влади в Україні створилися сприятливі умови для розвитку теорії олігофренопедагогіки. Заклади для розумово відсталих дітей, які організовувалися в Україні у дореволюційний період на засадах індивідуальності, громадської благодійності та мали яскраво виражений філантропічно-опікунський характер, стали складовою єдиною державної системи народної освіти. Поступово, долаючи значні організаційні і змістовні труднощі, формувалася нова радянська система навчання й виховання цієї категорії дітей. Подальший розвиток цієї системи зумовлював необхідність проведення серйозних досліджень як основи розробки нової філософії спеціальної освіти.

Важливим у розвитку теоретичних і методичних основ дефектології стало створення Інституту фізичної дефективності в Харкові, перейменованого у 1930 р. на Інститут дефектології. У цьому інституті проводив дослідження відомий учений олігофренопедагог О.М. Граборов – основоположник вітчизняної науки про навчання та виховання розумово відсталих дітей. У 1926 р. він опублікував українською мовою перший посібник «Олігофренопедагогіка», який став настільною книжкою для студентів і вчителів-дефектологів. У ньому вперше було визначено нові принципи, зміст, специфіку навчання

дітей до найрізноманітнішої соціально значущої основоположна ідея була позитивно сприйнята дефектологами, наукові пошуки яких здійснювали в співпраці з російськими колегами.

Дослідницька робота з дефектології проведена секцією педагогіки особистості, яку очолював І.П. Соколов (1889 – 1960). Він зробив вагомий внесок у розвиток питань дефектології, хоча перевагу надавав психологічній

роботі з глухих дітей рідної мови, використанню жестової мови у процесі навчання. Розроблена І.П. Соколовим система навчання сліпоглухих дітей дуже вплинула на розвиток психологічних підходів серед дефектологів не тільки в Україні, а й в інших країнах.

Під впливом нових ідей впровадження цієї системи у практику в Україні відбулися значні зміни. Результати впровадження цієї системи у практику в Україні свідчать про її ефективність ідеї принципової можливості соціальної адаптації навіть зі складною структурою порушень. Дефектологи України (І.М. Соколов, А.В. Владимирський, О.М. Граборов, М.Н. Котельников, В.П. Любченко, О.Н. Савченко) проводили значну роботу з розробки змісту на матеріалі вивчення дітей, уточнювалися й у методикі навчання, організаційні форми на основі зміни до структури навчального плану.

Надзвичайно цінними були погляди на психіку дітей з розумовою відсталістю щодо можливості формування у розумово відсталих дітей психічних функцій. Не заперечуючи впливу соціальних чинників на розвиток людини, і вивчаючи динамічний взаємодії, він водночас надавав перевагу психологічній діяльності.

Важливим у розвитку теоретичних і методичних основ дефектології стало створення Інституту фізичної дефективності в Харкові, перейменованого у 1930 р. на Інститут дефектології. У цьому інституті проводив дослідження відомий учений олігофренопедагог О.М. Граборов – основоположник вітчизняної науки про навчання та виховання розумово відсталих дітей.

У 1926 р. він опублікував українською мовою перший посібник «Олігофренопедагогіка», який став настільною книжкою для студентів і вчителів-дефектологів. У ньому вперше було визначено нові принципи, зміст, специфіку навчання

дітей до найрізноманітнішої соціально значущої основоположна ідея була позитивно сприйнята дефектологами, наукові пошуки яких здійснювали в співпраці з російськими колегами.



дослідження ненормальної дитини (метрична шкала А. Біне або розвитку і формування особистості дитини, профіль Г.І. Россолімо) базуються на кількісній концепції дефекту – це мінус, обмеження, слабкість, уповільнення дитячого розвитку, ускладненого дефектом. За допомогою цього – власне тому, що він створює труднощі, методів визначається ступінь зниження інтелекту, але не підвищення, посилення руху вперед. Центральна характеристика сам дефект і внутрішня структура особистості сучасної дефектології полягає в тому, що всякий тип обдарованості, так як вони установлюють ступінь, але не рід дефективної дитини не може обмежуватися тип обдарованості. (Ліпман О.).

Основна теза дефектології: дитина, розвиток, який ускладнений дефектом, не є просто менш розвинутою, вона інакше розвинута.

Дитина на кожному ступені розвитку, в кожній її фазі є такою, як для дефектології об'єктом є не якась особистість, специфічною структурою організму дитина, обтяжена недоліком.

Дефектна дитина є якісно відмінним, своєрідним типом розвитку. Це ніби із кисню і водню виникає не суміш газів, а вода, зазначає Р.Гюртлер, так само особистість недорозвинутої (недоумкуватої) дитини є ніщо інакше як сума недорозвинутих функцій й властивостей.

Основні види дефектів: порушення зору (краткосвіті, сліпоту), порушення слуху (глухота, слабочуючі), порушення

специфічності органічної і психологічної структури, порушення психіки (олігофренія), порушення розвитку та особистість, а не кількісні пропорції відрізняють недорозвинуту дитину від нормальної. Існує повна відповідність між своєрідністю кожної вікової ступені в розвитку дитини й своєрідністю різних типів розвитку. Як перехід від повзання до ходіння, від лепету до мовлення є метаморфоза, якісні перетворення однієї форми в іншу, так мовлення глухонімої дитини й мислення імбецила мають якісно інші функції порівнянно з мисленням і мовленням нормальних дітей.

Дефектологія (лат. defectus – недолік) – наука про психофізіологічні особливості дітей з фізичними та психічними недоліками (і порушення слуху (глухота, слабочуючі), порушення зору (краткосвіті, сліпоту), порушення психіки (олігофренія), порушення специфічності органічної і психологічної структури, порушення розвитку та особистість, а не кількісні пропорції відрізняють недорозвинуту дитину від нормальної. Існує повна відповідність між своєрідністю кожної вікової ступені в розвитку дитини й своєрідністю різних типів розвитку. Як перехід від повзання до ходіння, від лепету до мовлення є метаморфоза, якісні перетворення однієї форми в іншу, так мовлення глухонімої дитини й мислення імбецила мають якісно інші функції порівнянно з мисленням і мовленням нормальних дітей.

Дефектологія визначається соціально-економічними умовами життя суспільства, станом суміжних наук (медицина, психологія, філософія, техніки тощо), досягненнями методологічну основу. З цією ідеєю перед дефектологією вивчення аномальних дітей, їхніх компенсаторних процесів у розвитку й поведінці.

Як для сучасної медицини важливим є не тільки вивчення аномальних дітей, їхніх компенсаторних процесів у розвитку й поведінці, але й вивчення аномальних дітей, їхніх компенсаторних процесів у розвитку й поведінці.

порушеннями мовлення, опорно-рухового апарату зводиться до відтворення окремих, часто в тимчасовими затримками у розвитку). Для деяких категорій це Недорозвинення моторики проявляється в спо дітей створені спеціальні школи, розроблена нова система порушенні їхньої координації. Емоції г їхнього навчання. Вони вивчають закономірності навчання задоволення і незадоволення залежить виховання різних категорій аномальних дітей (глухих і інстинктивних потреб. Такі хворі безпомічі слабочуючих, сліпих і слабозорих, розумово відсталих і дітей допомоги. порушенням мовлення).

Отже в дефектології розріняють такі галузі:

**Сурдопедагогіка** – (лат. – глухий) наука про навчання Сурдопедагогіка – наука про навчання виховання дітей з порушенням слуху (глухих, слабочуючих).

Людей з порушеннями слуху поділяють на три групи:

1) глухі (глухонімі) – це двобічне порушення слуху, Дебільність – легкий психічний недоро вроджене або набуте в ранньому дитинстві. Такі діти поширена форма розумової відсталості. При оволодівають мовленням без спеціального навчання; здатні до навчання за спеціальною програм

2) пізнооглухлі – втратили слух у дошкільному або шкільному віці; авичкам читання, письма, рахунку.

3) слабочуючі – з частковою недостатністю слуху, педагогіки, завданням якої є вивчення недо порушеннями мовленнєвого розвитку. розроблення принципів та методів їхнього

**Тифлопедагогіка** – (грец. – сліпий) наука про навчанняТифлопедагогіка – наука про навчання виховання дітей з порушеннями зору. виховання і навчання аномальних діт

**Олігофренопедагогіка** – наука про навчання та вихованняОлігофренопедагогіка – наука про навчання та виховання дітей з особливими потребами. Розумова відсталість – це стійка характеру порушення одні дефекти у розвитку порушення психічного розвитку, а саме інтелектуально виправити; інші лише коригуються, а деякі - зумовленого недостатністю центральної нервової системи. Характер порушень фізичного і розумового ро:

Виділяють такі причини розумової відсталості:

1) олігофренія, зумовлена генетичними порушеннями; 2) олігофренія, зумовлена зовнішніми чинниками: інфекціями, травмами, алкогольною інтоксикацією матері фізичного і розумового розвитку дітей, які ма радіоактивним і рентгенівським опроміненням; системі аналізаторів (глухота, сліпота), в цен

3) важливе значення мають захворювання ендокринної системі (олігофренія), та мовленнєвої діяльност

навчання аномальних дітей згідно із вимогами підростаючих організаційних форм.

покоління;

Як зазначалося, корекційно-розвивальні

– визначити мету і задачі виховання; обґрунтувати зміст і проводитися у процесі навчання та виховання засоби, методи навчання відповідно до нових вимог; педагогічний процес (навчання і виховання),

– розробити принципи побудови системи підготовки до корекцію розвитку дитини, називається *корекційна* практичної діяльності і визначити шляхи, форми залучення до освіти. Оскільки корекційний вплив спрямовується на учнів до виробничої діяльності; розробити ефективні шляхи та в дефектології використовуються та засоби профілактичної боротьби з дефектами дитячого розвитку *корекційно-розвивальна робота* та «*корекційна*

При визначенні суті власне корекції розг

### 3. Компенсація та корекція аномального розвитку дитини про співвідношення цього явища з іншими сф

**Корекція** – це найважливіша складова соціального, а саме зокрема, навчанням. Г.М. Дульнев зазначає, що освітнього впливу на розвиток аномальної дитини. Ця категорія між навчанням і корекцією є аналогічним до сп є стрижневою та однією з найважливіших у теорії й практиці навчання та розвитком дитини.

дефектології. Визначенню її сутності сприяли, зокрема Як же співвідносяться навчання і розв дослідження українських учених І.Г. Єременка, А.І. Капусті своім змістом навчання та розвиток не збігає В.О. Липи, М.П. Матвеевої, С.П. Миронової, В.М. Синьої самостійними явищами. Навчання веде за собою Н.М. Стадненко, О.П. Хохліної та ін.

Виготський), тобто навчання є провідним

**Корекція** – це спеціально організований педагогічний процес дитини. А тому навчання стосовно розв і цес, спрямований на послаблення, долання порушень розвитку, відхиленнями теж виконує провідну роль, але з запобігання їм та сприяння розвитку аномальної дитини спеціально організовується у корекційній загалом з метою щонайбільшого наближення до норми. напрямі, тобто коли є корекційно спрямованим

**Видами корекції** є загальна та індивідуальна. Загальна і Отже, для спеціальної освіти особливо важливі рекція спрямована на розвиток усіх дітей з порушеннями розвитку чи дітей певної категорії. Відповідно вона проводиться в груповій фронтальній або груповій формі. Індивідуальна корекція спрямовується на розвиток певної дитини з урахуванням її особливостей. Проводиться на спеціальному освітньому закладі (школі, дитсадку, центрі) у формі індивідуальних занять. Це означає, що без цілеспрямованого подолання чи така робота в індивідуальній формі. Корекція відхилень розвитку, тобто корекції, знижується здійснюється як на спеціально організованих з цією метою заняттях та виховання дітей, а саме ускладнюється необхідними знаннями, уміннями

чи пошкоджених функцій шляхом використання збережених а розуміння такого феномену в людей з недоліг гіперкомпенсація. Гіперкомпенсація харак перебудови частково порушених функцій.

Віокремлюють два види компенсації:

– внутрішньосистемна, коли відбувається перебудова розвитку здатні досягти більш високих резу заміщення втрачених функцій у межах однієї системи галузях діяльності, ніж більшість людей (наприклад, вади механічної пам'яті за рахунок пам'яті логічно розвитком. Гіперкомпенсація відбувається. смислової);

– міжсистемна, коли використовуються можливо але основним механізмом виникнення ць різних систем (наприклад, у людей з порушенням зору в проц розвитку своїх здібностей та вольові зуси. розвитку використовуються тактильні відчуття).

Визначені також рівні компенсації.

**Біологічний.** Компенсація відбувається на рівні розвит людини як живого організму, індивіда та характеризується можуть спрацьовувати і неусвідомлювані захи автоматичний, неусвідомлений процес.

**Психологічний.** Це суто людський рівень компенсації, система стабілізації особистості, спрямован відбувається переважно з залученням свідомості, водомості від неприємних, травмуючих пережин особистісних властивостей. Компенсаторні процеси на ць внутрішніми і зовнішніми конфліктами, ста рівні відбуваються завдяки тому, що людина оцінює сидискомфурту. Механізми психологічного захи особливості й можливості у зв'язку з наявністю певн неусвідомлені. Вони можуть сприяти як порушень та ставить перед собою реальні цілі, які намагаєт дезадаптації людини у разі, коли обстави досягти для збереження позитивного ставлення до сеіспрацьовує попередній захисний механізм самоповаги.

Тому психологічний рівень компенсації відбувається проєкція, ідентифікація, раціоналізація, вклю основі, передусім такого механізму, як компінг-стратегії [ізоляція тощо.

**Компінг-стратегії** – це свідомі зусилля особистості, спрямов на те, щоб дати собі раду в стресових ситуаціях, які викликає тривожить людину, нею не сприймається. І тривогу щодо утримання та збереження позитивної самооцін активне вилучення зі свідомості неприємної ін самоповаги.

Вирізняють такі види копінг-стратегій:

– розв'язання проблеми;

**Заперечення** полягає в тому, що не просто робить вигляд, а справді з інформацією, яка повністю витісняється з її па найшвидше людина витісняє не погане, що їй :

досягнення поставленої мети було не таким уже їй потрібним

**Включення** – бачучи чужі страждання, сильніші, ніж особиста декомпенсація та псевдокомпенсація.

й співчуваючи, людина починає й свої біди сприймати легше

**Заміщення** – це перенесення дії, спрямованої на недоступні компенсаторного ефекту під впливом патогенного об'єкта, на доступний (людина, наприклад, переносить сніг на роздратування, гнів, спричинені однією людиною, на інші тенденції особистості використовувати захист)

**Ізоляція** – відокремлення у свідомості людини чинників, які компінг-стратегії, які не дають змоги знайти протравмують. Доступ неприємних емоцій до свідомості проблемної, кризової ситуації блокується.

Слід зазначити, що дія механізмів психологічного захисту спрямована загалом на збереження внутрішньої рівноваги завдяки витісненню зі свідомості всього того, що загрожує збереженню самоповаги, позитивної самооцінки, системної психічної чи фізичної функції, то реалізації цінностей людини. Однак вилучення зі свідомості такої інформації заважає самовдосконаленню особистості.

**Соціально-психологічний рівень компенсації** пов'язаний міжособистісними стосунками людини у найближчому оточенні з свого боку, видами або рівнями компенсації. Це рівень «соціально-психологічного благополуччя» особи, на які спрямовується система реабілітації. Найважливішим тут є відчуття підтримки, тилу, захищеності (біологічний, психологічний, соціально-психологічний). Потреба в інформації для когось або для чогось, благополуччя загалом, і соціальний.

пов'язується з такими життєвими опорами, як сім'я, професія, найближче оточення за межами сім'ї, які є дуже важливими для реабілітації.

соціально-психологічної компенсації.

Поняття соціально-психологічного благополуччя тісно пов'язане з поняттям «якість життя», що є характеристикою конкретизуються, і собі, відповідно до сфер життя міри комфорту в задоволенні людських потреб [5]

Якість життя визначається передусім:

- задоволеністю щодо всіх сфер життєдіяльності;
- здатністю розв'язати проблеми та долати перешкоди
- можливістю самореалізуватися;

Похідними від поняття компенсації

є поняття декомпенсації та псевдокомпенсації.

**Декомпенсація** означає втрату до

компенсації

**Псевдокомпенсація** характеризується

використовувати захист

проблемної, кризової ситуації.

проблемної, кризової ситуації.

проблемної, кризової ситуації.

**4. Реабілітація дітей з особливостями**

**Реабілітація, абілітація**

Якщо корекція спрямована на виправлення

психічної чи фізичної функції, то реабілітація

спрямованих на відновлення повноцінного

життя особистості загалом.

Виділяють різні види реабілітації,

соціально-психологічної, психологічної, біологічної

та соціально-психологічної

реабілітації, соціально-психологічної

реабілітації тощо. (табл. 1.).

психологічний		трудова, професійно-трудова тощо.	спрямованості, залучаються психологи, коректори, педагоги, працівники сфери соціального забезпечення.
Соціальний	соціальний		З поняттям реабілітації пов'язане поняття абілітації.

Найбільш ефективною для підготовки людини порушеннями розвитку до життєдіяльності в суспільстві є реабілітація, коли вплив на особу здійснюється на всіх рівнях: на людину як на біологічну істоту, носія психіки, соціального носія, тобто коли задіяні біологічний, психологічний, соціально-психологічний та соціальний рівні її компенсаторних процесів. Проведення окремих видів реабілітаційної роботи має переваги у плані здійснення більш диференційованого та цілеспрямованого впливу на особу.

Якщо здійснюються усі основні види реабілітації, важливим є дотримання **поетапності в роботі**. На першому етапі реабілітації проводиться активізація та тренування збережених компенсаторних механізмів організму, його нервової системи; попередження посилення дефекту, інвалідності, їхнього зменшення. На цьому етапі найдієвішими є біологічні та медичні методи впливу на людину.

На другому етапі знижується обсяг та інтенсивність біологічних і медичних методів впливу й посилюється використання комплексу різноманітних психологічних, соціально-педагогічних заходів, спрямованих:

- на відновлення чи формування у людини особистісної активності;
- тренування у підготовці до емоційно-психологічних навантажень;
- вжиття конкретних заходів з метою побутового та трудового пристосування особи;

Абілітація відбувається тоді, коли функція втрачена, а відсутня від самого народження. Вона полягає у формуванні у неї способів пристосування до життя. Отже, **абілітація** – це система заходів формування ефективних способів пристосування до життя відповідно до її можливостей.

#### Питання для самоконтролю

1. Що вивчає дефектологія?
2. Які галузі дефектології ви знаєте?
3. Порівняйте сутність понять «корекція» і «соціалізація».
4. Що таке «компінг-стратегія» і яку роль вона грає у процесах компенсації? До якого рівня компенсації ви можете, на вашу думку, цей психологічний процес використовуватися у корекційній роботі з розумово відсталими дітьми?

#### Література

1. Виготський Л. С. Основні проблеми психології. // Спеціальна психологія. Кам'янець-Подільський, 1999. – С. 4 –19.
2. Шипицина Л.М. Комплексное социальное воспитание дошкольного возраста. /Л.М. Шипицина, Ю.С. Галлямова и др. – СПб. : Речь, 2003. – 240 с.
3. Лебединский В. В. Классификация психических дефектов. – М.: Психологическое общество России, 2004. – 128 с.

5. Никифоров Г.С. Психология здоровья. / Г.С. Никифоров. – Спб. : Питер, 2002.

6. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская – Спб. : Речь, 2000.

7. Юрьев В.В. Рост и развитие ребенка / В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич. – СПб. : Питер, 2003. – 272 с.

## **1.2. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДЛЯ АНОМАЛЬНИХ ДІТЕЙ**

1. Типи установ для аномальних дітей.
2. Принципи і організація комплектування спеціальних установ для аномальних дітей.
3. Склад і організація зональної та центральної психологічної та медико-педагогічної консультацій.

### **1. Типи установ для аномальних дітей**

Спеціальні навчально-виховні заклади здійснюють навчання і виховання дітей й дорослих з різними аномаліями слуху, зору, мови, інтелекту, рухів, а також дітей комплексними порушеннями розвитку. Більша частина закладів належить до системи Міністерства освіти (спеціальні дитячі садки, школи, спеціальні вечірні школи для дорослих), деякі – до системи Міністерства соціального забезпечення (дитячі будинки для глибоко розумово відсталих дітей, для сліпоглухонімих), а окремі підпорядковані Міністерству охорони здоров'я (клініки для дітей і дорослих з порушеннями мовлення та логопедичні кабінети при поліклініках, школи-

*Спеціальні загальноосвітні школи - інтедтей є навчально-виховними закладами, питання виховання, загальноосвітньої і тру глухих школярів, а також корекції та компного розвитку. Ці школи мають у своєму скПідготовчий клас для дітей, які не одержадошкільної підготовки до навчання у школі. Глшколі-інтернаті, здобувають освіту в обсязі назагальноосвітньої школи. Учні складають екзамсвідцтво за неповну середню школу.*

При школах для глухих створено допрозумово відсталих глухих дітей (1 – 9 клаглухих дітей з порушеннями опорно-рухового і *Спеціальні загальноосвітні школи - інтеослабленим слухом і пізньооглухлих є навчкладами, які здійснюють виховання і труподолання наслідків зниження слуху й мовної цієї категорії дітей. Такі школи мають два відділення: для дітей з легкою недорозвиненістю мови внаслідок слабкого слуху. Це діти, які оволодівають мовою з порушеннями фонематичної і граматичної структури слів; друге відділення – для дітей з глибокою недорозвиненістю мови. У таких дітей граматична будова мови. У таких дітей граматична будова мови. Випускники першого і другого відділення в обсязі неповної середньої школи. Спеціальні дошкільні й шкільні заклад для дітей з глибокими порушеннями зору. Вони навчаються в інтернатах для сліпих та слабозорих. Перший тип спеціального загальноос*

навчального матеріалу й орієнтації у просторі.

Існують два типи шкіл-інтернатів для сліпих дітей десятирічна, з освітою в обсязі неповної середньої школи дванадцятирічна, яка дає загальну середню освіту.

У школі для сліпих діти здобувають політехнічну освіту професійну підготовку.

У школах-інтернатах для дітей з ослабленим зором навчаються та виховуються діти з гостротою зору 0,05 – 0,4, також з більш високою гостротою зору залежно від характеру офтальмологічних захворювань й вміння дитини користуватися слабким зором.

Сліпі й слабозорі діти з порушенням інтелектом навчаються в допоміжних класах, які створені при відповідних школах інтернатах.

### **Система спеціальних закладів для дітей з порушенням мовлення**

Комплексне вивчення дітей, яке базується на клінічній психологічній діагностиці різних видів аномалій, можливість створити фундаментальну наукову базу для розвитку розгалуженої сітки спеціальних дошкільних шкільних закладів.

Дитячі садки для дітей з порушеннями мовлення відповідні дошкільні групи комплектуються безпосередньо тим відділами народної освіти, у веденні яких є дошкільні заклади. навчання.

Діти, які оволоділи нормальним мовленням, успішно закінчили навчання і не досягли 7-річного віку, переводяться дошкільні заклади загального типу.

Організація корекційного процесу в дошкільних закладах забезпечується:

розробляється спеціальний режим дня. В ньому передбачено проведення логопедом фронтальних індивідуальних занять. Водночас виділяється години увечері для роботи вихователя з підгрупами з дітьми із корекції мовлення згідно із завданнями.

Вихователь планує свою роботу відповідно до потреб та мовленнєвих можливостей дитини. Ефективними є індивідуальні відхилення у формуванні мовленнєвих звичок та звуковимовної й лексико-граматичної мовлення в процесі навчальної й позанавчальної діяльності.

Вихователем плануються заняття із розширення знань дитини з навколишнім, підготовка до пізнання навколишнього середовища. Невід'ємною частиною педагогічного процесу є робота логопеда з батьками. Вона здійснюється за допомогою спеціальних заходів.

### **Батьківські збори**

Перші батьківські збори проводяться в січні місяці. Батьків ознайомлюють з структурою закладу, місцем роботи, правилами й розпорядком роботи.

Другі збори проводяться в жовтні місяці. Їх метою є ознайомити батьків з результатами обстеження дітей, пояснити їм результати обстеження доступною формою пояснити батькам основні завдання логопедичної роботи.

Треті батьківські збори проводяться в січні місяці. Їх метою є підбити підсумки роботи за півроку.

Останні батьківські збори проводяться в грудні місяці. Їх метою є підбити підсумки роботи за рік, надати рекомендації із закріплення пройденого матеріалу.

У всіх зборах підбиваються підсумки роботи логопедичної групи, надаються рекомендації із закріплення пройденого матеріалу.

**Стенди для батьків.** Тут висвітлюють основні питання про розладів поведінки та соціальної адаптації; стосовно розвитку дитини у нормі, різні види мовленнєвої – загальний недорозвиток усіх рівнів аномалії, популярна література. В батьківському куточку читання і письма, затримки мовленнєвого розви повинен бути також інформаційний розділ, де вказані дати Термін перебування в санаторії – м батьківських зборів, запрошення для бесіди, час консультацій і повторне лікування через 6 місяців. спеціалістами.

Логопедична допомога в умовах спеціальних дошкільних закладів надається дітям, які мають недоліки мовлення при інших нозологічних формах (олігофренія, порушення зору, опорно-рухового апарату).

### ***Дитячі дошкільні заклади для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату***

Групи для дітей з порушенням опорно-рухового апарату комплектуються так: ясельна група – діти віком від 2 – 3 років; молодша група – від 3 – 4 років; середня група – 4 – 5 років; старша група – 5 – 6 років; підготовча група до школи – від 7 років. Наповнюваність груп – 10 – 12 дітей.

Вчитель-логопед проводить навчально-корекційну роботу з дітьми або соціального забезпечення. В них н із розумового розвитку дітей, навчання правильного мовлення з ниженим інтелектом у ступені дебільності. правильної звуковимови. Він працює в тісному контакті з дітьми. Навчання допоміжна школа забезпечує лікарем-психоневрологом, вихователями груп, проводить підготовку, професійно-трудове навчання дітьми фронтальні, підгрупові та індивідуальні заняття, ведуть документацію.

### ***Дитячий психоневрологічний санаторій лікувально-оздоровчий заклад санаторного типу***

Покази для скерування дітей у психоневрологічний санаторій:

- неврози і невротичні форми реактивних станів

- Комплектування здійснюється за віковим Основні принципи лікувально-оздоровчої – психотерапія;  
– фізіотерапія і лікувальна фізкультура;  
– медикаментозна терапія;  
– логопедичні корекційні заняття;  
– ритміка;  
– трудотерапія;  
– раціональне харчування.

*Розумово відсталі діти* становлять категорію аномальних дітей та залежно від ступеня інтелектуальної недорозвинутості навчаються в спеціальних навчально-виховних закладах, які входять до системи соціального забезпечення. В них н із розумового розвитку дітей, навчання правильного мовлення з ниженим інтелектом у ступені дебільності. правильної звуковимови. Він працює в тісному контакті з дітьми. Навчання допоміжна школа забезпечує лікарем-психоневрологом, вихователями груп, проводить підготовку, професійно-трудове навчання дітьми фронтальні, підгрупові та індивідуальні заняття, ведуть документацію.

## **2. Принципи комплектування спеціальних закладів для аномальних дітей**

*1. Принцип комплексності* обстежен достовірний висновок щодо особливостей де проблемно на підставі спільного висновку рі





Заключення отоларинголога, виписка психіатра, психолога, характеристики логопеда і вихователя. Заняття починаються з 30 вересня

В заключенні отоларинголога вказується стан фізичного слуху і лорорганів. водночас 30 – 40 дітей.

У виписці психіатра повинен бути висновок про стан інтелекту дитини. **Рекомендації до комплектування логоп**

У логопедичній характеристиці треба відобразити мовленнєвий розвиток дитини, рівень розвитку зв'язного мовлення, ступінь сформованості зв'язного мовлення, лексико-граматичних засобів мовлення, а також фонетико-фонематичного розвитку. Наприкінці характеристики має бути висновок і рекомендації до зарахування дитини у групу визначеним мовленнєвим порушенням. **Основною формою навчально-корекц**

### ***Відбір дітей на логопедичні пункти при загальноосвітніх школах***

Дані про учнів з порушеннями мовлення логопед отримує в результаті:

- перегляду медичних карточок дитини, де є заключення про стан мовлення дитини;
- обстеження підготовчих груп дитячих садочків даного району (проводиться два рази на рік під час канікул);
- роботи комісії по прийому дітей у загальноосвітній школи;
- обстеження учнів молодших класів загальноосвітньої школи.

Складається графік (з 1 до 15 вересня і з 15 до 30 травня), узгоджується з директором кожної школи. Фронтальне обстеження усного мовлення учнів перших класів проводиться за допомогою наочного матеріалу (картин, казок тощо) невеликої бесіди; у других – четвертих класах обстежується усне

### ***Протипокази до зарахування дітей у ш.***

У спеціальну школу для дітей з тяжкого мовлення не приймаються діти:

- які мають знижений слух;
- хворі на епілепсію з частими нападами;
- які вимагають спеціального психофізичного обслуговування;
- інваліди, які не вміють себе обслуговувати;
- діти, мовленнєві порушення яких можна виправити в логопедичних пунктах.

### ***Рекомендації до обстеження дітей***

При відборі дітей у дошкільні і шкільні пункти слід відмежувати дітей з первинним і вторинним дефіцитом мовлення.

У процесі диференційованої діагностики виходити із таких положень:

1. Обстеженню підлягають основні в

2. Діагностичне обстеження повинне складатися із двох частин: констатуючої, тобто виявлення на якому рівні дитина може виконати ту чи іншу задачу, з метою виявлення характеру засвоєння нового матеріалу і приймає допомогу – чи сприяє воно подоланню труднощів та наскільки суттєво впливає на подальшу самостійну діяльність.

3. При оцінці рівня пізнавальних можливостей звертається увага на те, чи проявляє дитина інтерес до того, що робить, ставиться до успіхів або невдач своєї діяльності, чи вміє подолати труднощі. Швидкий перехід з одного виду діяльності на інший, стереотипні і інертні дії, не пов'язані із завданням, відсутність аналізу власних невдач усе це є відрізняючими рисами розумово відсталої дитини.

4. Обстеження дитини рекомендується починати завдань, відповідно до віку дитини, у разі необхідності спрощувати.

Обстеження дитини на ПМПК, крім дослідження мовлення, включає:

1. Рахункові операції.
2. Конструктивна діяльність.
3. Логічне мислення.
4. Стан слуху.

Водночас з обстеженням слуху, інтелекту виявляють особливості мовленнєвого розвитку дитини: рівень зв'язного мовлення, ступінь сформованості граматичної будови, характер лексичних помилок, а також проблеми у фонетико-фонематичному розвитку.

У дітей шкільного віку перевіряються навички засвоєння письма і читання.

4. Назвіть покази та протипокази при запису спеціальні (дошкільні) шкільні заклади, логопедичні центри, ПМПК.

5. Назвіть документацію, яку потрібно зібрати для ПМПК.

### *Література*

1. Волкова Л.С. Выявление и коррекция нарушений слуха и слабовидящих детей. / Л.С.Волкова. – М.: Педагогика, 1987. – 128 с.
2. Жук Т. В. Перелік документації логопедичного центру. // А. Соколенко // Дефектологія. – 1996. №1. – С. 10-12.
3. Обухівська А.Г. Соціальна роль логопедичного центру надання допомоги населенню / А.Г.Обухівська // Дефектологія: методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – 2001. – вип 1. – С. 56 – 59.
4. Сергєєва І.В. Логопедична допомога дітям з порушеннями мовлення в Україні / І.В. Сергєєва // Педагогіка та методи виховання дітей з особливими потребами: наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001. – 83.
5. Филочева Т.Б. Логопедическая работа с детьми с нарушениями слуха в детском саду. / Т.Б. Филочева, Н.А. Чевелева. – М.: Педагогика, 1987. – 128 с.
6. Тарасун В.В. Концепція державного логопедичного центру з порушенням мовленнєвого розвитку дітей з особливими потребами. // Дефектологія. – 2000. № 2. – С. 2 – 10.

## **2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ**

### **2.1. ОСНОВНІ КАТЕГОРІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ**

## 1. Визначення дефініції «аномальна дитина»

У психолого-педагогічній науці та практиці серед недеклорної дузі за І.П. Сеченовим, була предс осіб (зокрема дітей) з порушеннями психофізичного розвитку Л.С. Виготського. Він зазначав, що "будь-який використовувались такі терміни, як "дефективна дитина глядати з огляду на його відношення до цен "аномальна дитина", "дитина з вадами (чи порушеннями системи та психічного апарату дитини. У ді розвитку". Нині в усьому світі ведеться пошук найгуманнісі системи розрізняють три окремі апарати, які термінології стосовно дітей, які мають порушення в розвитку функції: сприймальний апарат (пов'язаний з Це широко вживані, але досить невизначені терміни: "діти гру робочий (пов'язаний з робочими органами тіла, і ризику" (at risk), "діти з особливими освітніми потребами" (child central nervous system. Недоліки і dren with special educational needs), "діти, що пога апаратів по-різному впливають на розвиток д адаптуються" (maladjusted children), "діти, котрі мають особливання. Відповідно до цього слід розрізняти права" (children with special rights), "діти з обмеженими дефектів: пошкодження чи недостатність спри можливостями здоров'я". У сучасній літературі все білы (сліпота, глухота, сліпоглухота), пошкодження використовується термін "діти з особливими освітніми частин робочих органів (каліки) та недостатності потребами" (children with special educational needs). Найбілы центральній нервовій системі (розумова відстал усталеним на сьогодні у вітчизняній літературі та державні Традиційно в дефектології вирізняють документах є поняття "діти з порушеннями психофізичними порушеннями психофізичного розвитку: розвитку".

Як би не називалася дитина з порушеннями психофізичного розвитку, слід сказати, що в кожному терміні розвитку; єдина суть: *така дитина – це не менш розвинена, а своєріді інакше розвинена дитина*. У зв'язку з цим видатний психолог Л.С. Виготський писав, що дефективна дитина – якіс відмінний своєрідний тип розвитку. Як з кисню та води виникає не суміш газів, а вода, так само особистість дитини розумовими вадами є щось якісно інше, ніж звичайна судити та з порушеннями емоційно-вольової сф недорозвинених функцій та властивостей. Дитина, розвиток як ускладнений дефектом, не є просто менш розвинена, ніж шість видів дизонтогенезу (тобто порушен нормальні однолітки, діти, а інакше розвинена [1]. Тобто корозвитку людини упродовж життя): використовують терміни "аномальна дитина", "дитина з вадами

- з порушеннями аналізаторів;
  - розумово відсталих дітей та із затримками розвитку;
  - тяжкими порушеннями мовлення;
  - порушеннями опорно-рухового апарату;
  - комбінованим дефектом;
  - викривленим розвитком.
- Окрім того, виділяються також педагогічні порушення розвитку: В.В. Лебединський усі порушення розділює на:
1. *Стійкий недорозвиток*. Характерні

3. *Пошкоджений розвиток.* Характеризується – **психологія особи з порушенням і** пошкодженням розвитку після 2 – 3 років. Приклад **розвитку.** Сюди належать розумово відсталі і пошкодженого розвитку є органічна деменція. із ЗПР;

4. *Дефіцитарний розвиток.* Характеризується тяжкими – **тифлопсихологія – психологія осіб з по** порушеннями окремих аналізаторних систем: зору, слуху, м – **психологія осіб з мовленнєвими поруш** лення, опорно-рухового апарату. – **психологія осіб з порушеннями**

5. *Викривлений розвиток.* Спостерігається поєднан **апарату;** загального, затриманого, пошкодженого та прискоренс – **психологія осіб з порушеннями е** розвитку окремих психічних функцій. Прикладом викривленс **сфери і соціальної поведінки.** розвитку є дитячий аутизм. Відповідно різні галузі спеціальної пси

6. *Дисгармонійний розвиток.* Характеризується диспсвоєрідність психіки осіб з порушеннями порційністю розвитку в емоційно-вольовій сфері. Приклад розвитку різних категорій. Своєрідність р дисгармонійного розвитку є психопатія, патологічне формуван порушеннями значною мірою визначається особистості. дефекту.

Усі ці види дизонтогенезу поділяються на *три основні групи дизонтогенезу:*

*I група – відхилення за типом ретардації (затриман розвитку) та дисфункції дозрівання.* Цю групу становлять:

— загальний стійкий недорозвиток (розумс відсталість);

— затриманий розвиток.

*II група – відхилення за типом пошкодження.* Гру розглядається у працях Л.С. Виготського, становлять:

— пошкоджений розвиток (органічна деменція);

— дефіцитарний розвиток (тяжкі порушенкає суттєві порушення нормального розвитку; розвиток в умовах хронічних соматичн емоційно-вольової сфери, поведінки, опорно-ру захворювань);

*III група – відхилення за типом асинхронії з переваг порушення та їхні симптоми – ускладн емоційно-вольових порушень.* До неї належать:

## 2. Особливості розвитку дітей з а

*Дефект розвитку та його структ дефекту при різних дизонтогеніях*

Поняття дефекту та питання про

залишаються актуальними і для сьогодення.

Дефект розвитку – це психічна чи фізичн

дефекту розвитку є вади зору, слуху, р аналізаторних систем: зору, слуху, опорно-рухового апаратами дефекту розвитку є вади зору, слуху, р мовлення; розвиток в умовах хронічних соматичн емоційно-вольової сфери, поведінки, опорно-ру захворювань);

За Л.С. Виготським, *дефект розвитку с вторинного та подальших порядків.* Первинні

*структура дефекту розвитку.*

У людей з порушеннями слуху первинним ускладненням є цілеспрямованому педагогічному впливові. Зі структурі дефекту є вади слухового сприймання; вторинним вищі психічні функції, їхньому формуванню порушення чи відсутність мовлення; третинним – розлади слухової корекції елементарних психічних функцій і функцій весно-логічного мислення та пам'яті, особливості характеру.

У людей з порушеннями зору первинне ускладнення – порушення зорового сприймання; вторинне та подальші – і доміки просторового орієнтування, обмеженість конкретних предметних уявлень, зміни у моториці та ході, невиразна міміка, характерологічні особливості, вербалізм та формалізм знань.

У людей з порушеннями розумового розвитку первинні особливості з різними дизонтогенезами. Як зазначено, ускладнення – це порушення елементарних інтелектуальних функцій розвитку аномальної, як і нормальної, функцій; вторинне та подальші – недорозвиток вищих, довіл становлення пізнавальної, емоційно-вольових форм сприймання, пам'яті, словесно-логічного мислення особистості, діяльності та спілкування. В особливості характеру та особистості загалом (наприклад, завищений рівень освітніх потреб, потреби зберігаються самооцінки, негативізм, недорозвиток волі, невротичні реакції).

Усі складові дефекту взаємопов'язані: не лише первинні ускладнення впливають на виникнення подальших, а й спосередом молодший шкільний, підлітковий, юнацький вік ривається зворотний зв'язок. Наприклад, дитина з частково зрешеним слухом не буде ним користуватися, якщо в неї не рпевних психічних функцій, періоди; вивається усне мовлення. Тобто первинне ускладнення (порушення слуху) буде посилюватися.

У структурі дефекту сформованість нижчих (елементарних) функцій зумовлюється органічними пошкодженнями. А недорозвиток вищих психічних функцій особистості, які характеризуються усвідомленістю, довільністю, врегульованістю, найчастіше виникає як похідне, вторинне явище, що надбудовується над первинним у несприятливих умовах виховання дитини.

найбільше піддається корекції, навчанню та і

*Загальні та специфічні закономірності з психофізичними порушеннями. Специфічні закономірності розвитку дизонтогенезах*

Спеціальна психологія вивчає закономірності

— усі стадії онтогенезу (немовля, ранній, середній шкільний, підлітковий, юнацький вік);  
— сензитивні, тобто найсприятливіші періоди;  
— провідні види діяльності та їхня організація, праця.

Однак до того ж змінюються:

- 1) темп розвитку;
- 2) його терміни;
- 3) якісні та кількісні характеристики.

Визначальним у психічному розвитку нормальної дитини є соціальний фактор, її навчання, опора на зону актуального та найближчого

Своєрідний, якісно відмінний від нормального, психічний мають труднощі й в запам'ятовуванні та розвиток людей з різними порушеннями, тобто аномальний словесного.

виток, характеризується загальними закономірностями, зокрема, зниженням обсягу та швидкості сприймання й перероб інформації; порушеннями розумової та фізичної працездатності виникненням компенсаторних і псевдокомпенсаторних пристосувань; своєрідністю взаємодії з іншими людьми тощо.

Водночас аномальні особи, які становлять групи з певними порушеннями (аналізаторів чи інтелекту), категорії (з пор. Г.М. Дульневим та О.Р. Лурія) належать: шеннями слуху, зору, інтелекту, мовлення, опорно-рухового апарату), типологічні групи у межах категорії, мають свої специфічні закономірності розвитку психіки.

Наприклад, у людей з вадами слуху порушення слухових процесів; аналізатора негативно позначається на збережених функціях: них знижений рівень кінестетичних і тактильних відчуттів; вони мають труднощі у зоровому сприйманні. Такі люди характеризуються своєрідністю як образної, так і словесної пам'яті (що пов'язано з недостатністю розвитку мовлення словесно-логічного мислення).

У людей з порушеннями зору провідними видами сприймання є дотик і слух. У них спостерігається недостатність в утворенні наочних образів довкілля, що негативно позначається на їхній пізнавальній діяльності загалом. Вони мають вади образної пам'яті та мислення; логічні види процесів є важливими засобами компенсації сліпоти. Розвиток цивілізацію становить єдине ціле із процесом мовлення у таких дітей випереджає накопичення конкретних дозрівання. Обидва аспекти розвитку – природ образів, що може бути причиною формалізму знань.

Розумово відсталі особи мають недостатність щодо взаємодії основних характеристик сприймання (уповільненість, вузькі соціально-біологічного формування особистості недиференційованість, порушення просторового сприймання

### 3. Чинники психічного розвитку дитини дизонтогенезу

Чинники розвитку – це постійно н

До умов нормального розвитку

1) нормальна робота головного мозку та  
2) нормальний фізичний розвиток дитини збереження нормальної працездатності, но

3) збереженість органів чуття, як  
нормальний зв'язок із зовнішнім світом;

4) систематичність і послідовність навчання

Відповідно брак кожної з зазначених умов порушення нормального розвитку дитини.

### Розвиток аномальної дитини, як і нормального, визначається поєднанням біологічних та соціальних чинників

Л.С. Виготський наголошував, що «вродині природи – збігаються та зливаються в єдине. Природа та соціальне середовище

Зазначимо, що до біологічних умов вини

глядаючи перелік наведених умов нормального розвитку, за Г. діяльності загалом. Ушкоджується також саме Дульневим та О.Р. Лурія, сформованість головного мозвиконання.

нормальний стан здоров'я і працездатності, збереженість орган Л.С. Виготський також зазначав, що чуття можна віднести до біологічних умов розвитку форм поведінки потребує певної міри біо: систематичність і послідовність виховання дитини у сім'ї та певної структури як передумови" [4]. Однак складах освіти – до соціальних умов. що формування мозкових систем людини відбу

Отже, серед найбільш значущих біологічних чинників її предметної та соціальної активності, а "своє нормального психічного розвитку розглядається ст розвитку полягає у переплетінні культурного сформованості головного мозку – необхідна нейробіологіч процесів розвитку" [5]. Таким чином наголошу готовність з боку різних мозкових структур та всього моз соціальних умов для становлення біо: загалом як системи. психофізичного розвитку людини.

Зокрема, дослідження О.Р. Лурія [5] довели, що психіч Розмежовуючи сутність біологічних діяльність забезпечується роботою трьох функціональних бло чинників важливо зауважити, що біолог природною, а соціальні – провідною умовою головного мозку: це доведено дослідженнями. Відповідно до

1) регуляцією тону та неспання; порушеного розвитку можуть бути пов'язані що надходить із зовнішнього світу; умов, які починають діяти на дитину ще до її на

2) сприйманням, переробкою та збереженням інформації До біологічних чинників виникн психічного розвитку в дитини належать:

3) програмуванням та контролем психічної діяльності. психічного розвитку в дитини належать:

Кожен блок представлений відповідними відділами головного мозку. 1) хромосомно-генетичні відхилення в оі  
2) ендокринні захворювання матері (наці  
3) інфекційні та вірусні захворювання ма  
4) венеричні захворювання батьків (гоно  
5) розбіжність реус-факторів;  
6) біохімічні шкідливі впливи:  
— радіація;  
— екологічні забруднення навколишн

За перший функціональний блок відповідають утворен верхніх відділів стовбуру головного мозку. Захворювання пошкодження цих відділів призводить до зниження тону ко головного мозку людини, що виявляється у зниженні ува підвищеної виснаженості, швидкому засипанні. Змінюєт афективна сфера – спостерігається апатія чи патологіч стурбованість; порушується і селективність мислення. важкими металами (ртуть, свинець);  
— використання харчових добавок, неп стання медичних препаратів;

10) патологічний перебіг пологової діяльності жінки особливо травматизацію головного мозку дитини;

11) серйозні відхилення у соматичному здоров'ї матері тому числі недоїдання, загальна соматична ослабленість (гіповітаміноз);

12) мозкові травми у дитини, тяжкі інфекційні та токсичні дистрофічні захворювання у постнатальний період;

13) хронічні захворювання дитини у ранньому дошкільному віці (діабет, захворювання крові, серцево-судинні хвороби, астма, туберкульоз) тощо.

Соціальні впливи на розвиток дитини також мають місце ще до її народження. Сучасними дослідженнями доведено, що внутрішньоутробний період на дитину негативно впливають лише патогенні біологічні чинники, а й несприятливі соціальні ситуації, в яких перебуває мати дитини і які спрямовані проти самої дитини (наприклад, бажання позбутися вагітності, негативні чи тривожні почуття, пов'язані з майбутнім материнством тощо). Найбільш патогенними є довготривалі негативні переживання матері, що позначається на зуженні судин плода, відповідно – на утрудненні живлення головного мозку киснем; плід розвивається в умовах гіпоксії, може розпочатися відшарування плаценти та передчасні пологи. Менш патогенними є сильні короточасні стреси. Великого значення має і психологічний стан матері під час пологів. Також важливо дозволити присутність найближчих, не забирати одразу дитину, а покласти на живіт матері тощо. Вплив соціальних умов розвитку дитини зростає ще більше, коли вона народжується.

Водночас із визнанням впливу біологічних та соціальних умов на розвиток дитини у спеціальній психології розглядають також параметри дисрегуляції, зокрема чинники, які впливають

3) *розповсюдженістю порушення;*

4) *ступенем порушення міжфункціональ-*  
Розглянемо сутність кожного з параметрів  
*Час патогенних впливів*

Виявлено, що ступінь порушення розвитку часу впливу патогенного чинника. Патогенні впливи бувають у пренатальний період (до початку пологів у жінки), натальний (під час пологів) та постнатальний (після пологів жінки і до трьох років життя дитини).

Найбільший недорозвиток викликають впливи на початку вагітності жінки, а саме у перші три місяці. Найуразливішими періодами дитинства є періоди "незрілості" організму в період до трьох років життя дитини, перебудови організму під час статевого дозрівання, гармонійно сформовані системи дитячого організму стануть рівноваги, перебудовуючись на «доросле» рівняння.

У період дошкільного і молодшого шкільного віку (до 11 років) дитячий організм становить систему незворотніх відхилень.

Слід також зазначити, що, кожен організм відрізняється характером реагування у випадку впливу. У зв'язку з цим кажуть про *рівні реагування дітей на різноманітні патогенні впливи*.

1. *Сомато-вегетативний (від 0 до 3 років)* – це період становлення усіх систем організму у цьому віці на будь-який вплив реагує комплексом сомато-вегетативних реакцій: загальна та вегетативна збудливість, підвищення температури тіла, порушення сну, апетиту, шлунково-кишкової діяльності.

2. *Психомоторний (4 – 7 років)*. Інтенсивно розвиваються коркових відділів рухового аналізатора, зокрема

виразної аутизації до афективної збудливості з виявами незміни у їхньому функціонуванні можуть мати тивізму, агресії, невротичних реакцій).

4. *Емоційно-ідеаторний (12 – 16 років)*. Характеризується Розглядаючи питання про чинники патологічним фантазуванням, винятковими іпохондричними слід сказати і про таке явище, як депривація. ідеями (пов'язаними із занепокоєнням про своє здоров'я) різноманітні порушення у формуванні та психогенними реакціями протесту, опозиції, емансипації.

Переважання симптоматики кожного вікового реагування потреб людини, обмеження в їхньому задоволенні не виключає симптомів попередніх рівнів, але їм відводиться стосується перцептивних служб (у відчуття менш помітне місце в характеристиці дизонтогенії.

Однак одні і ті самі зовнішні впливи, залежно від ступеня безпеки, творчості, ідентичності, інтелектуальної спадкової схильності, яка визначає чутливість мозку. Наприклад, при дефіциті інформаційних структур до тих чи інших впливів, можуть зумовити відхилення перцептивної ізоляції у людини виникає у розвитку різної тяжкості. До неоднакових результатів мислення, активізується внутрішній діалог, призвести збігання у часі різних впливів.

Серед причин, які викликають порушення психічних емоційні порушення. А довготривалість перцептивних розвинутих в дитини, перше місце посідає пошкодження зумовлює незворотність цих порушень. центральної нервової системи, друге – хронічні соматичні захворювання.

#### *Розповсюдженість порушень*

Розрізняють *локальні* та *системні порушення*. До локальних належать дефекти різних аналізаторних систем: зору, слуху, мовлення, рухової сфери. До системних – порушення інтелектуальної сфери: розумову відсталість та затримку психічного розвитку.

#### *Ступінь порушення міжфункціональних зв'язків*

Відставання в розвитку не має рівномірного характеру. Результаті загального пошкодження нервової системи створює цим було виявлено "синдром госпіталізму" у дітей, ждають, передусім ті функції, які перебувають у сензитивно депривацією. Він полягає в тому, що у дитини,

особлива форма дизонтогенезу – "деприваційні пошкодження" М., 1970.

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

#### *Питання для самоконтролю*

1. Розкрийте сутність поняття «складна структура дефекту». Наведіть приклади взаємозв'язків первинних та вторинних ознак дефекту при різних формах дизонтогенезу.

2. Назвіть основні загальні й специфічні закономірності розвитку осіб з психофізичними вадами.

3. Які біологічні фактори спричиняють психічний розвиток людини та його порушення?

4. Чому соціальні фактори вважють провідними у розвитку людини? Назвіть ці фактори і спробуйте виділити найголовніші з них.

5. Дайте визначення поняття «параметри дизонтогенезу» і поясніть сутність кожного з цих параметрів.

6. Які з видів депривації, на вашу думку, найбільше впливають на порушення психічного розвитку дитини? Обґрунтуйте відповідь.

#### *Література*

1. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С. 7.

2. Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983.

## **3. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТ РОЗВИТКУ**

### **3.1. ОЛІГОФРЕНОПЕДАГОГІКА ЯК СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІК**

1. Особливості психічного розвитку дітей

2. Види розумової відсталості

3. Ступені розумової відсталості

4. Диференціація розумової відсталості та

5. Психологічні особливості розвитку роботи з розумово відсталими дітьми.

#### **1. Особливості психічного розвитку ді**

Серед аномальних дітей найбільший від

спостерігається порушення інтелекту, т пізнавальних здібностей. Проте слід зазначи

наприклад тимчасове, ситуативне, порушенн діяльності не є розумовою відсталістю.

початкових шкіл, вихователям дошкільних уст діти, які порівняно з більшістю не спром

виконати те чи інше пізнавальне завдання, гі розуміють і запам'ятовують навчальний м

втомлюються, характеризуються уповіль діяльності, зниженням працездатності, «випад

колективу внаслідок якихось незвичайних, і

роботи класу чи групи, ситуативним зниженням інтересу до діяльно-вольової сфери та дисгармонійний розвиток навчання чи гри, деформованістю стосунків, які склалися у Слід зазначити, що не всі дефектологи конкретного вихованця з дітьми чи педагогами, а також іншими вивченими визначенням. Наприклад, Л.М. Шиг обставинами. за легкої розумової відсталості не завжди ма

Для того, щоб обгрунтовано порушити питання про шкодження мозку. Деякі вчені поняття розу діагностики розумової відсталості дитини і при потребі розширюють за рахунок тих випадків, кол спрямування її до установи відповідного типу, педагогу слід розвитку зумовлене несприятливими соціал чітко усвідомлювати визначення цієї категорії аномально розумової відсталості, педагогічною занедбаністю. розвитку.

**Розумова відсталість** – це виразне, незворотне системне порушення пізнавальної діяльності, яке виникає внаслідок ураження або неповного розвитку органічного дифузного пошкодження кори головного мозку. характеризується порушенням тих здібностей,

У цьому визначенні слід підкреслити наявність трьох ознак:

- 1) органічного дифузного пошкодження кори головного мозку;
- 2) системного порушення інтелекту;
- 3) виразності та незворотності цього порушення.

Брак хоча б однієї з цих ознак свідчатиме про те, що це не розумова відсталість, а з якимось іншим видом дизонтогенезу. Справді:

– недорозвиток розумової діяльності за відсутності органічного пошкодження кори головного мозку є ознакою педагогічної занедбаності, яка піддається корекції;

– локальне пошкодження мозку може зумовити випадіння або розпад тієї чи іншої психічної функції (вади слуху, мовлення, просторового гнозису, зорового сприймання), але того ж інтелект загалом виявляється збереженим і є можливість компенсації дефекту;

– функціональні порушення мозкових структур можуть бути

За Міжнародною класифікацією психічн

розладів 10-го перегляду (1994), розумова відс

або неповного розвитку характеризується порушенням тих здібностей,

період дозрівання і забезпечують за інтелектуальності, тобто когнітивних, мовленн

соціальних здібностей. Для розумово відстал

порушення пізнавальної діяльності, адаптивної

За визначенням Д.М. Ісаєва та Л.М. П

розумова відсталість – це сукупність ет

спадкових, уроджених, набутих у перш

прогресуючих патологічних станів, які

загальному психічному недорозвитку з

інтелектуального дефекту та призводять

соціальної адаптації.

## 2. Види розумової відстал

Залежно від часу виникнення розу

діляють на два види – олігофренію та демен

**Олігофренія** – вид розумової відсталос

внаслідок органічного пошкодження мозку

в тальний або ранній (до трьох років) пер

етиологічними чинниками.

При олігофренії характерним є слабкість замикальних функцій кори головного мозку, нестійкість зв'язків, інертність слабкість нервових процесів, недостатність внутрішнього гальмування, надмірне збудження, труднощі у формуванні складних умовних рефлексів. Первинний дефект при олігофренії пов'язаний з тотальним недорозвиненням мозку.

Вторинний дефект при олігофренії, за В.В. Лебединським, зумовлений недорозвитком вищих форм мислення, перешкоджає зі свого боку перебудові елементарних процесів, зокрема формуванню логічної пам'яті, довільної уваги, сприймання.

Для дітей-олігофренів характерним є відірваність мовлення від дії, осмислення, розуміння матеріалу від запам'ятовування.

Виокремлюють такі основні ознаки олігофренії:

– наявність інтелектуального дефекту, який поєднується порушеннями моторики, мовлення, сприймання, пам'яті, уваги емоційної сфери, довільних форм поведінки;

– тотальність інтелектуальної недостатності, недорозвиток усіх нервово-психічних функцій, рухливості психічних процесів;

– ієрархічність інтелектуального дефекту, тобто недостатність абстрактних форм мислення на тлі (основі) мислення позначається на перебігу всіх психічних процесів сприймання, пам'яті, уваги. Страждають передусім усі функції абстрагування та узагальнення, порівняння за ознаками, розуміння переносного смислу, компоненти психічної активності, пов'язані з аналітичними

внаслідок пошкодження кори головного мозку дох – трьох років і виявляється у вигляді інтелектуальних можливостей та в частковому формуванні психічних функцій.

Оскільки формування кори головного мозку завершується у 16 – 18 років, то я супроводжуються і психічним недорозвитком.

При деменції спостерігаються розлади часто з розгальмованими потягами, важким цілеспрямованою діяльністю та особистості загалом психічних функцій. Це означає, що одні з

більше, а інші – менше. Ускладнення пізнавальної діяльності зумовлене не стільки вадами мислення, розладами цілеспрямованості, уваги, пам'яті, емоцій, а також низькою інтенсивністю прагнень

При деменції спостерігається інертність мислення, виснажливість, дезорганізація психічної діяльності

Деменція часто супроводжується емоційними болями, нудотою, запомороченнями (падами тощо) та психотичними розладами потягами, мареннями, галюцинаціями та порушення свідомості).

Клініко-психологічна картина деменції залежно від віку виникнення захворювання вихворюванні у ранньому дошкільному віці захворюванні у старшому дошкільному віці найчастіше починається у старшому дошкільному віці

нейродинамічні розлади, різка сповільненість, швидка психічна відсталість, які співвідносяться з показниками виснажливості, нездатність до напруження. Спостерігаються порушення розвитку, вираженими в інтелектуальному коефіцієнті порушення логічності мислення, виразна схильність до персеверацій (фіксації на окремих операціях із труднощами переключення на інші).

Третій тип поєднує недостатність спонукань до діяльності з млявістю, повільністю, пасивністю, апатією, різким зниженням активності мислення; емоційна бідність, байдужість до оцінювання, відсутність планів на майбутнє, інтелектуальних інтересів. Порушення загальної розумової діяльності наявна схильність до утворення елементарних рухових стереотипів.

При четвертому типі у центрі клініко-психологічної картини перебувають порушення критики і цілеспрямованості мислення, водночас із значними розладами уваги, «польові прояви сексуального збудження у вигляді поведінкою». Діти з таким діагнозом вирізняються хаотичною руховою розгальмованістю, схильністю до дій за першим парадоксальне збереження окремих спонуканням.

Аналіз структури дефекту двох останніх підгруп доводить, що спостерігатися вражаюча механічна виразність пошкодження та недорозвиток функцій лобної частини.

Деменція поділяється на **резидуальну**, яка так само як розподілу до будинків інвалідів та закладів сестринської допомоги не має прогресивного характеру, та **плинну**, котра печення, де за ними доглядають та за можливості вирізняється наявністю поступової інтелектуальної деградації, елементарних навичок самообслуговування.

До **резидуальної** деменції належать форми розумової відсталості, що виникли через два – три роки після черепно-мозкової травми, або запалення мозку та його оболонки міжнародною класифікацією, поділяється на лобно-височну (енцефаліт та менінгіт). **Плинна** деменція часто буває зумовлена нейроінфекціями (сифіліс, ревматизм центральної нервової системи) або генетичними порушеннями (гідроцефалом з розвитком рухової сфери, яка незалежно від

— глибокий (F-73) – ідіотія (IQ - 0 – 19)

— важкий (F-72) – виразна імбецильність

— помірний (F-71) – легка імбецильність

— легкий (F-70) – дебільність (IQ = 50 – 69)

Діти з легким ступенем розумової відсталості

Діти з легким ступенем розумової відсталості

**Ідіотія** (важка розумова відсталість) –

ступінь розумової відсталості, який виражає глибоке пошкодження кори головного мозку

підкірки, що призводить до грубого порушення

психічного розвитку. У таких дітей можуть спостерігатися

спостерігатися порушення критики і цілеспрямованості

мислення, водночас із значними розладами уваги, «польові прояви сексуального збудження у вигляді поведінкою».

Діти з таким діагнозом вирізняються хаотичною руховою розгальмованістю, схильністю до дій за першим парадоксальне збереження окремих спонуканням.

спостерігатися вражаюча механічна виразність пошкодження та недорозвиток функцій лобної частини.

Діти з розумовою відсталістю у ступені

**Імбецильність** – середній за виразністю ступінь розумової відсталості, який виникає

пошкодження кори головного мозку. Імбецильність

мети. До того ж навіть така реакція є дуже нетривалою. Психарактеризується незграбністю, недиференцій виразній імбецильності часто трапляються аномалії розвитку легкою імбецильністю не можуть виконувати ді органів відчуттів та функціональні розлади аналізаторів. Спроточності, довільної регуляції, координованост ймання характеризується поверховістю та неспецифічністю дрібних.

Добре відомі дитині предмети, що її оточують, вона розрізняє. Мовлення таких дітей аграматично задовільно, а от незнайомі явища не викликають орієнтованості. Словниковий запас дуже обмежений, у реакції. Наслідком недиференційованості сприймання є узагальнювальних та абстрактних термінів. сутність аналізу, порівняння. Пам'ять дітей з важкою розумовою неповнозрілістю, неправильно побудовані. Звернення відсталістю відрізняється дуже малим обсягом і значно розуміють лише в конкретних ситуаціях. Зміст спотвореннями при відтворенні. Оповідання можуть усвідомити лише з опор

Мислення дітей з важкою розумовою відсталістю. Складні граматичні конструкції не розуміють у конкретним, хаотичним і безсистемним. Іноді такі діти можуть. Увага мимовільна, залежить від фізичних здійснювати елементарне узагальнення, наприклад об'єктів та зовнішньої мотивації. Стійкі спеціальному навчанню об'єднати реальні предмети у групу вимірюється не секундами як при ідіотії (меблі, одяг, тварини). Оперувати абстрактними поняттями хвилинами. У процесі сприймання не виявля передати зміст навіть найпростішої сюжетної картини вони необхідна для одержання специфічної для і можуть. Деякі з них опановують порядковий рахунок предметної інформації. Через це дитина не може виділити. Під впливом навчання у них можуть з'явитися не пов'язані відмінності між предметами. Перцепції собою уявлення, їхні міркування є збідненими характеризується хаотичністю. Обсяг пам'яті є несамостійними.

При відтворенні заученого часто наявне. Експресивне мовлення при виразній імбецильності або підліткового віку пам'ять, особливо довго формується взагалі, або існує на рівні беззмістовних ехолалических вдосконалюється.

повторень, окремих слів з порушеною структурою і короткими. У дітей з легкою імбецильністю мовлення аграматичних речень. Подібні висловлювання бувають важко примітивне наочно-дієве та образне мислення зрозуміти ще й через грубі порушення звуковимови. Проте це характеризується конкретністю, браком діти часто замість мовлення користуються жестами. Воно гнучкістю. Утворення абстрактних понять є розуміють звернене мовлення, орієнтуючись в основному на найелементарнішими ситуативними узагальнення тонацію, у ситуаціях, пов'язаних із задоволенням основних потреб можна навчити групувати одяг, тварин, рослини, предмети, які вміють визначати подібність, а відмінності по

Типовими рисами особистості дітей з важкою розумовою неповнозрілістю конкретних предметів.

впливом безпосередніх потреб індивіда і не передбачаслова та вирази з переносним знань свідомої постановки мети, планування, аналізу засобів запам'ятовування є звуженим. Обмежує можливість наслідків. Такі діти можуть виконувати протакже невміння користуватися прийомами завдання під безпосереднім контролем педагога, а також підпорядковувати пам'ять мисленню. реалізовувати автоматизовані навички. У дебілів можна розвинути довільну увагу

У дітей з легкою імбецильністю можна виховати навичку поступатися за своїми властивостями увазі дитини самообслуговування. Деякі з них завдяки тривалому спеціально-психофізичним розвитком. В умовах спеціального навчання виявляються. Спроможні опанувати елементарних формується наочно-образне та елементарна грамоти та рахунок у межах 10 – 20. З великими труднощами логічне мислення.

Засвоєні знання використовуються механічно. Завдяки навчанню Діти-дебіли здатні до цілеспрямованих шляхом багаторазового показу способу виконання завдання можуть передбачати наслідки своєї активності поступовим його ускладненням вдається підготувати підлітків їхнім предметом усвідомлення. Проте досить часто до праці. нагальних потреб вони виявляються схильними

Незалежне проживання осіб з таким ступенем необдуманих вчинків. інтелектуальної недостатності є неможливим. Проте в емоційно-вольової сфера у дітей-дебілів можуть бути фізично активними, встановлювати контакти, байдуже. Тому вони у доступних їхньому розуму участь в елементарних соціальних заняттях, організовані адекватні. Проте характерними при дебілітеті вихователями. У дорослому віці вони здатні до просої інфантильність емоцій, слабкість волі, зниження практичної роботи під наглядом, піддаються керівництву. докладати вольові зусилля.

Діти з розумовою відсталістю у ступені імбецильності Діти з розумовою відсталістю у ступені підлягають розподілу до будинків інвалідів та закладів можуть вчитися за програмою спеціальної освіти соціального забезпечення, де за ними доглядають, формується базується на програмі початкової масової навички самообслуговування, а також за можливості навчає додається спрощене вивчення історії, географії, елементарних елементів грамоти. побутової хімії та фізики. Особливе місце у

**Дебільність** (легка розумова відсталість) – найлегший ступінь розумової відсталості дітей, який виникає внаслідок пошкодження кори головного мозку. Спостерігається певне відставання у розвитку локомоторних функцій, яке у шкільному віці може бути виявленим лише за допомогою спеціального обстеження. У таких дітей порівняно добре

#### 4. Диференціація розумової відсталості

адаптації загалом, і в навчальній діяльності зокрема. Вони адаптуються, а необхідність розв'язання є погано засвоюють грамоту, вміння рахувати і розв'язувати задачі, недостатньо розуміють пояснення вчителя, мають проблеми у спілкуванні з дітьми та дорослими і, зрештою, стають неуспішними у школі.

Розумова відсталість від інших видів дизонтогенезу відрізняється за такими ознаками, які мають розглядатися як комплекс неповноцінності:

- звуженість зони найближчого розвитку, тоді як і при сенсорних вадах, і при затримці психічного розвитку та розладу емоційно-вольової сфери здатність до навчованості легкої збереженою або наблизеною до норми. Це означає, що розумовий відсталості діти є нечутливими до допомоги, не можуть перенести засвоєний спосіб дії у нові умови;

- порушення як вербального так і образного мислення, відміну від інших видів аномалій, за яких спостерігається розбіжність між можливостями оперування образами чи словами. У дітей з вадами зору, з ДЦП більшою від розумової від спостерігається розбіжність між можливостями оперування образами чи словами. У дітей з вадами зору, з ДЦП більшою розвиненим може бути вербальний інтелект при труднощі оперування уявленнями, образами та просторовими відношеннями, а у дітей з вадами слуху, мовлення, з затримкою психічного розвитку більш збереженим виявляється образне мислення, а вербально-логічне може значно відставати;

- труднощі формування як навчальної, так і ігрової діяльності, тоді як сенсорні розлади та затримка психічного розвитку на ігровій діяльності істотно не позначаються;

- істотне зниження критичності мислення, на основі якого стає обмеженою здатність до усвідомлення власного дефекту що зі свого боку, знижує прагнення до компенсації;

- обмеження можливостей компенсації через тотальність збереженою здатністю до навчання

– завищена самооцінка часто у

– усвідомлюваним, позначеним лише у

– комплексом неповноцінності;

– безпосередність, відкритість, висо

– присутність опору щодо втручань у власний вну

– складним діагностичним завданням

– легкої дебільності від затримки психічного

– при алалії.

– **Затримка психічного розвитку** –

– недостатність пізнавальної діяльнос

– функціональних або невиразних органічних р

– частини головного мозку.

– від розумової від

– психічного розвитку відрізняється високим

– компенсації за умови спеціального навчання,

– збереженій зоні найближчого розвитку.

– психічного розвитку на перший план вист

– розумова працездатність, висока психічна і

– емоційна вразливість.

– **Алалія** – загальний недорозвиток мо

– органічного пошкодження мовленнєвих центр

– мозку. Оскільки генезис мовлення і мислення ті

– собою, то мовленнєві вади зумовлюють недор

– особливо вербально-логічного. При розумов

– зазвичай: порушення мислення зумов

– недорозвиток мовлення. Діти з алаліє

– збереженою здатністю до навчання

станами, що виникли на відносно ранніх етапах розвитку.

Розглянемо ці групи дітей.

*Психічний і психофізичний інфантизм* (у перекладі *дитячий*) характерний тим, що дитина, яка перебуває на певному етапі свого розвитку, виявляє риси, притаманні дитині молодшого шкільного віку. Потрапивши до школи, такі діти поводять себе як дошкільники, віддаючи перевагу грі, не вміють зосередитися на навчальній діяльності, організувати себе відповідно до вимог педагога щодо виконання навчальних завдань та дотриманні шкільної дисципліни.

У таких дітей не розвинена достатня особистісна готовність до шкільного навчання. За наявності психофізичного інфантизму навіть зовні зріст, вага дітей шкільного віку подібні до дошкільників. Розрізняють *неускладнені форми* психофізичного інфантизму, які фізіологічно пояснюються уповільненим визріванням мозкових структур, та *ускладнені* при яких у дитини спостерігаються слабко виражені органи дефекти центральної нервової системи, що виникли на ранніх етапах розвитку.

Якщо інфантизм не ускладнений затримкою розвитку пізнавальних процесів, недостатність навчальної діяльності поведінки такої дитини пов'язана, головню, з незрілістю емоційно-вольової сфери, що виявляється у нескладності шкільних інтересів, зниженій здатності до напруження зусиль для досягнення поставленої мети або, навпаки, втримання власних бажань, які не відповідають обставинам. Тому дитина не чує того, що пояснює вчитель, під час уроку може встати, пройтися по класній кімнаті, почати гратися, ставити випадкові запитання, не пов'язані з ходом уроку. Такі діти потребують особливої уваги, індивідуального підходу

якій вони живуть, не можуть відповісти на запитання. Виконуючи навчальні завдання пропускають значної кількості помилок, помічають і не виправляють, оскільки для них неформованість самоконтролю, невміння прорезультати власної діяльності. Нерідко помилки пов'язані з порушенням цілеспрямованих дій, невмінням правильно зрозуміти та утримувати інструкцію до завдання, особливо якщо вони вимог.

Для всіх дітей із затримкою психічного розвитку характерні більш або менш виражені порушення здатності, які полягають у підвищеній особливо під час розв'язання завдань, що вимагають інтелектуального навантаження. Проте це виявляється у дітей з *астенічними станами*. Термін *астенія* (грец. – частка, що означає слабкість, безсилля та викори випадках, коли йдеться про ослабленість організму) означає слабкість, безсилля та викори випадках, коли йдеться про ослабленість організму, коли йдеться про ослабленість організму, коли йдеться про ослабленість організму. Залучали астенічний стан, розрізняють *сوماتогенну астенію*. При *церебральній* (грец. – мозок) астенії слабкість зумовлена захворюваннями мозку (наприклад, енцефаліти, травми мозку). Тут мається на увазі легкі ураження центральної нервової системи, оскільки більш тяжкі спричиняють стійке порушення пізнавальних процесів. При *сوماتогенній* (грец. – тіло) астенії пов'язаною з порушеннями соматичного розвитку, інтелект первинно зберігається, але дітям важко виконувати завдання, що вимагають інтелектуального навантаження.

матеріал, правильно й відносно самостійно виконують різні – збіднений словниковий запас; на практичні завдання, розв'язують інтелектуальні завдання. Проведення вимови, хоча загалом мова не має такої стану у дітей-астеніків зберігається недовго. В процесі виконання та граматичної будови; навчальної діяльності швидко настає виснаження нервової – переважання у мисленні наочно-дієвої системи, працездатність швидко знижується, порушується увага. Словесно-логічними операціями (аналізом послаблюються пам'ять, розумові операції, частішають помилки, узагальненням, встановленням логічних зв'язків, відволікання від роботи, зростає пасивність. Інформації, введеної словесно);

Підвищеною втомлюваністю нервової системи у багатьох – погана пам'ять, невміння використати вивчений матеріал; випадках пояснюються і деякі особливості поведінки таких дітей: у втомленому стані деякі з них стають надмірно – знижений рівень самоконтролю, критично збудливими, роздратованими, імпульсивними, метушливими, – незрілість емоційно-вольової сфери; інші, навпаки, загальмованими, темп їхньої діяльності різко – недостатня сформованість усіх видів діяльності вповільнюється або вони зовсім припиняють роботу. Усі ці недоліки характерні й для дітей з порушеною діяльністю в ігровій сфері. проявляють невпевненість, боязкість.

Відхилення в розвитку, яке зумовлене соматогенною відсталістю, але вони більш явно виражені і мають специфіку. Тому при медико-педагогічному компенсувати створенням доцільних медико-педагогічних умов диференціальної діагностики затримок психічного розвитку.

У ряді випадків (особливо при неускладненому психічному розвитку) показовішим є метод навчального психофізичного інфантилізму, астеніях соматичного характеру). Особливості його полягають у тому, що спочатку затримки психічного розвитку вдається повністю подолати, а потім дітям пропонують виконати завдання самостійно. послідовно надають певні «порції» педагогічного впливу.

Проте в тих випадках, коли затримки психічного розвитку діагностичним показником є те, скільки виникають на тлі легко виражених органічних уражень мозку, необхідно дитині, щоб успішно впоратися з ними, необхідно аналізувати якісний бік діяльності: у складених формах психофізичного інфантилізму або психічного розвитку, цілеспрямованість, ставлення до дій, концентрація уваги. Наприклад, у ході дослідження дітей з порушеною діяльністю спеціальні класи та школи, де з ними проводиться тривала самостійно проаналізувати й описати щонайменше п'ять різних дій. Дитина з нормальним розвитком називала 12 різних дій, дитина з затримкою психічного розвитку – 4 – 5, а дитина з затримкою психічного розвитку – 2 – 3.

*Діагностика затримок психічного розвитку в дітей*

Якщо в дитини виявлено ЗПР, її скеровують до спеціальних класів та шкіл.

ливість соціальної адаптації дитини шляхом розвитку вищякими не може скористатися, а її розвиток психічних функцій, оптимізації соціальної ситуації розвитку. Власне, таке навчання не сприяє, а лише перешкоджає формуванню різних видів діяльності.

*Принцип "заміщаючого онтогенезу".* К

Ефективність корекційної роботи залежить від дотримання починатися від тієї "точки", після якої починаються принципи, основу яких було закладено працями у галузі ідеальної програми розвитку і відтворю дефектології Л.С. Виготського, а також його послідовності останнього.

(Л.В. Занков, І.М. Соловйов, Г.М. Дульнев, Ж.І. Шишова, В.І. Лубовський, В.М. Синьов, Н.М. Стадненко та ін.).

Принцип нормативності, зміст якого полягає в тому, що він є еталоном розвитку на певному віковому етапі мінливості формування тієї чи іншої психічної

### **Принципи корекційної роботи**

*Єдність діагностики й корекції.* Цей принцип реалізується в тому, що не можна розвивати логічне мислення з трьох аспектів. По-перше, корекційній роботі передують певні досягнення у розвитку наочно-образного мислення, спрямовані на вивчення структури дефекту, механізмів його виникнення у дитини молодшого шкільного віку очікування формування, а також на виявлення збережених функцій психіки, властивих підліткам тощо.

які можна спиратись під час корекції. По-друге, у процесі корекції врахування вікових та індивідуальних особливостей здійснюється уточнення діагнозу. По-третє, корекційна робота має проходити у відповідності з потребами дитини, потребує постійного оцінювання її ефективності, критерієм якою є діяльність та основних психологічних функцій, які змінюються у психіці дитини. Дізнатися про віковий період, в якому перебуває дитина, наявність таких змін можна також за допомогою діагностики корекційної роботи залежатиме від того, наскільки педагог збирає інформацію про особливості психіки дитини, враховані потреби та інтереси дитини, її самоорієнтація шляхом спостереження, бесіди, формувального експерименту.

Зауважувати структури дефекту конкретні

дані можуть бути доповнені результатами психологічних досліджень особливостей її соціальної ситуації розвитку. Обстеження, яке здійснює психолог. Діагностика допомагає оцінити ефективність обраних прийомів корекції.

Спрямованість корекційної роботи "звернена" на створення оптимальних умов для розвитку

Встановлення доброзичливої, довірливої, підтримуючої атмосфери функцій, за рахунок яких будуть компенсовані негативні наслідки психічних процесів. Наприклад, для

створення оптимальних умов для розвитку

Емпатійне ставлення до вихованця, якого потрібно підтримувати пам'яті, необхідно розвивати мовленнєві навички таким, яким він є, не порівнювати його з іншими, не гнати пам'ять; для корекції недоліків уваги педагог повинен виконувати регульовальну функцію мовлення дитини, с

лює регульовальну функцію мовлення дитини, с

*Діяльнісний принцип корекції.* Головним засобом корекційно-розвивального впливу є організація активної діяльності. Дуже важливо, щоб корекція розвитку була спрямованою на формування активної діяльності. Вона має бути спрямованою на формування активної діяльності.

Дуже важливо, щоб корекція розвитку

причини відхилень у розвитку.

перешкоджає формуванню вищих пси

Зваженна на компенсаторні можливості індивіда та йстрадиційним шляхом. Недорозвиток або поставлення до власного дефекту. Створення атмосфери спсихічних функцій складає вторинний дефект тимізму, довіри та прагнення досягнень у розвитку. останнього або принаймні знизити його виразн

Забезпечення позитивної мотивації до розвитку і самстворити спеціальні умови, які забезпечил вдосконалення. Тільки у цьому разі дитина буде союзником іпривласнення соціального досвіду попра дагога у його педагогічній діяльності, суб'єктом навчання та елементарних психічних процесів. Та обстави ховання. сама психічна або практична дія може бу

*Механізми та можливості корекції розвитку розумс*різними шляхами завдяки пластичності н відсталолі дитини зумовлює можливість корекції дефектів розвит

Основою для корекційних заходів є механізми сенсibili: За сприятливих умов психічні процес ції – удосконалення функції під впливом тренування, а такудитини спонтанно, завдяки наслідуванні компенсаторні можливості організму. Ефективнісузагальненню досвіду. Через органічне у корекційного впливу залежить від того, наскільки враховуютьголовного мозку або аналізаторів, інертність н у цьому процесі загальні закономірності психічного розвитку порушення динаміки їхнього перебігу, і якому виділяють, два етапи: натуральний і культурний. формуються неправильно, поверхово. Для тог першому здійснюється процес формування елементарнушкоджену функцію, необхідно провести ди психічних функцій (відчуттів, механічної пам'яті, мимовільн процес її формування, але іншим шляхом.

уваги, емоцій тощо) за рахунок реалізації біологічних задатк За теорією Л.С. Виготського, п На другому етапі відбувається формування вищих психічн формуються у спільній діяльності з доросл функцій (осмисленого сприймання, мовлення, образного їхньою інтеріоризацією у внутрішній план. логічного мислення, довільної уваги, логічної опосередкова механізмом корекції є організація відпов пам'яті, почуттів) завдяки соціалізації, привласнені діяльності, яку дорослий спочатку виконує і культурного досвіду в спільній діяльності дитини з доросли Далі поступово збільшується самостійність д Вищі психічні функції, надбудовуючись над елементарним керівництвом дорослого опановує діяльність, якісно змінюють їх, розширюють їхні можливості. автоматизує, привласнює та переводить у внутр

Шляхи і прийоми засвоєння соціального досвіду Успішність цього процесу, на думку П.Я. історично напрацьованими, удосконалюючись, вожить від повноти і способу надання орієнт передаються від покоління до покоління. Розраховані вони (система умов і ознак, від яких залежить прави індивіда з повноцінною нервовою системою та аналізаторадії), а також від поетапного переходу від практ

нормальним інтелектом досягає мети і завдяки цю пам'яті відбувається на основі формування ос забезпечується її психічний розвиток. Дитина з розумов(редкованого запам'ятовування з опорою на ми відсталістю самостійно не може винайти спосіб і врахувати чня; труднощі сприймання, зумовлені поруше умови. Тому важливою умовою корекційної роботи щодоного з аналізаторів, можуть бути компенс формування розумових дій є надання їм повної орієнтовпідвищення ефективності роботи інших збере основи, тобто розкриття усіх способів виконання. Психолссистем; недоліки емоційної сфери долаються п стверджують, що навчання сприяє розвитку тоді, кологічно обґрунтованих механізмів заміщені орієтовна основа дії задається учням не у готовому вигляді, (реженій інтелектуальній сфері. формі проблемної ситуації. Зазвичай, проблемні ситуації, і Складніше визначити збережені функції пропонуються учням з розумовою відсталістю, також макрозумовою відсталістю, оскільки цей вид диз лений тотальним пошкодженням асоціативни

Специфіка формування розумових дій в учнів ного мозку і призводить до недостатності усіх порушеним інтелектом полягає також у сповільненості перехоічних функцій як на елементарному, так і на в з одного етапу на інший. Такий учень потребує більше часу двідміну від інших видів аномалій психічного вдосконалення практичної дії до такої міри, щоб її можна будефект розвивається знизу догори і не має іераф перевести на рівень оперування образами і далі – поняттядефект при розумовій відсталості має кр; Водночас, шкідливим може бути затримування на попередньо первинні порушення викликають недорозвиток етапі, що сприяє фіксації на примітивних способах виконання функцій, а вади останніх, зі свого бок й перешкоджає переходу до наступного етапу. перебудову і розвиток елементарних пси

Можна виділити два прийоми реалізації механізму інтер Низький рівень сформованості механічної пал ризації у корекційній роботі, які застосовуються залежно уваги, елементарних когнітивних операи структури дефекту або окремо, або одночасно. відставання у розвитку мислення, а недоро

Проходження всіх традиційних, закріплених культурзначно ускладнює процес формування мовле етапів формування розумової дії у сповільненому темпі. Так'яті, довільної уваги, вищих почуттів. прийом найчастіше використовується тоді, коли ми маємо спч Які ж аспекти психічної діяльності учнів ву з явищами недорозвитку функції, зокрема, для дітей з роіли є збереженими і можуть бути опорою для мовою відсталістю, специфічною особливістю яких є звуженісдоліків? зони найближчого розвитку. Аналізуючи проблему розумовс

Створення умов для формування необхідної дії іншеЛ.С. Виготський неодноразово казав про віді нетрадиційним способом, в обхід ушкодженої функції. Це тпрактичного інтелекту дітей-олігофренів. Сп

виконуватись учнем у максимально розгорнутому практично дітям-олігофренам підвищена сугестивність. вигляді, у максимально можливій кількості конкретних ситуац певний стереотип поведінки приймається ним

Позитивним аспектом психічної діяльності учня з інтелеквони намагаються наслідувати. Діти-олігофре туальним недорозвитком є також відносне збереження цілються почуттями, які майстерно передає їм пе спрямованості. Якщо школяр розуміє завдання і володіє засвиклад навчального матеріалу привертає та ут бами його виконання, то він зробить його правильно, оскільки ляра, активізує його розумовий потенціал. чітко усвідомлює й утримує мету дії.

У дефектологічній літературі часто звертається увага інертність мислення заважають процесу засвоє слабкість вольових зусиль дітей-олігофренів у навчальній діяВодночас, у певних випадках стереотипності ності, водночас описується значна кількість випадків, корозглядатись як позитивна характеристика пси сильна вмотивованість у досягненні особистої мети несподіваАдже правильно засвоєні знання сприяють у виявляє значно більші потенційні розумові та вольові можлестереотипних систем поведінки. У тих ситуаці вості цих дітей. Забезпечення особистої зацікавленості розумоз нормальним інтелектом здійснює пошук ад відсталих школярів у виконанні того чи іншого завданрозумово відстала має можливість діяти актуалізує їхні потенційні можливості та сприяє інтенсивно сформованих стереотипів.

психічному розвитку, а також якісному засвоєнню необхідн Спостереження довели, що нервова знань.

олігофренів більш стійка до впливу стресо

Зниження психічної активності дітей з недорозвиненим подразники, які в учнів з нормальним інтел телектом, як первинний дефект, призводить до недостатнопідвищену тривожність, занижену самооці когнітивних процесів, труднощів у формуванні соціальних і сором'язливість і навіть спричиняють психічні треб і пізнавальних інтересів. Водночас названа вада, у певно розумово відсталих школярів часто не вик розумінні, полегшує процес навчання розумово відсталих учнреакції. Невідповідність поведінки уявленнял Адже знижена психічна активність детермінує виникненвони легко заперечують, використовуючи пї прагнення без опору сприймати зовнішні соціальні впливмеханізми. Неусвідомленість внутріп недостатність вмотивованості компенсується дисципліноюімппульсивність поведінки, несформованість ністю. Там, де дитина з нормальним інтелектом може відмоєпризводять до того, що для розумово від тись від виконання завдання через відсутність бажання або і ситуації вибору, внутрішнього конфлік реважання прагнення займатись іншими справами, розумоактуальними, що позитивно позначаєть відсталі діти без заперечень, внутрішнього опору зроблять усамопочутті.

що від них вимагають. Недорозвиток активності призводить Первинне збереження емоційної сфери



груп?

5. При якій деменції – резидуальній чи плинній – більш оптимістичним є прогноз розвитку дитини? Обґрунтуйте свою відповідь.

6. Назвіть та охарактеризуйте ступені розумової відсталості, виділяючи основні ознаки кожного з них.

7. На підставі яких ознак недорозвинення – моторних, мовленнєвих, пізнавальних чи емоційних – розрізняють такі ступені розумової відсталості, як ідіотія (глибокий), виразна чи легка імбецильність (важкий та помірний), дебільність (легкий)?

### *Література*

1. Матвеева М.П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку./ М.П. Матвеева, С.П. Миронова – Кам'янець-Поділ. : Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2005. – 164 с.

2. Матвеевой М.П. Спеціальна психологія. Тексти: ч. 1. / М.П. Матвеева, С.П. Миронова. – Кам'янець-Поділ. : Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 1999. – 158 с.

3. Матвеева М.П. Спеціальна психологія. Тексти : ч. 2 / М.П. Матвеева, С.П. Миронова. – Кам'янець-Поділ. : Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2001. – 142 с.

4. Стадненко Н.М. Нариси з олігофренопсихології / Н.М. Стадненко, М.П. Матвеева, А.Г. Обухівська – Кам'янець-Подільський : Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2002. – 200 с.

### **1. Будова слухового аналізу**

Слух у перекладі з англ. означає здавання живого організму) сприймати звуки і орієнтуватися в навколишньому середовищі за допомогою слухового аналізатора.

Спочатку життєво важливими стимулами слуху, були звуки живої і неживої природи. Згодом надзвичайно важливим чинником формування мови є членороздільна мова. Крім мовленнєвих звуків звуку музичні, трудові.

Як і для будь-якої іншої сенсорної системи, особливістю слуху є відображення зовнішнього світу в певному образі, тобто в даному випадку – в звуковому образі. Найпростіший звуковий образ містить у собі тільки ті звуки, пов'язані з об'єктивними характеристиками звуку.

**гучність** (відповідає інтенсивності), **висота** (відповідає частоті) і **тембр**, або «**забарвлення**» (відповідає якості звуку).

Для слуху характерна логорифмічна будова відчуттів (гучність) від сили дії стимулів, яка підкоряється закону Фехнера. Слухові відчуття розрізняються за висотою (висота звуку), гучністю і тембром. Висота залежить від частоти звукової хвилі, яка вимірюється в герцах (Гц). Тембр характеризується порівняно великим діапазом частот коливань звукових хвиль (від 16 до 20 000 Гц). Чувчючих звуків відносно низьких частот є границя щодо високих частот – границя ультразвуку, сприйманих частот у дорослої людини кожні приблизно на 80 Гц.

## **4. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ**



приголосних, а до 4,5 місяців здатні впізнавати власні імена. народжуються глухими. Ці дефекти часто

Крім цього, малюки використовують звуки африканських, азійських, європейських і латиноамериканських мов. Основною причиною порушення слуху є спадковість. Після народження вивчають звуки мови. В одному дослідженні 7-місячним малюкам показували брязкальце (іграшку). Пізніше експериментатори виключали у кімнаті світло і трясали брязкальцем або на висоті 60 см від малюка. Малюки протягували в темноті руки за брязкальцем, коли воно перебувало на 15 см., але рідко робили, коли брязкальце було на 60 см. Ці 7-місячні малюки були здатні використовувати звук для оцінки відстані, у випадку відрізняючи іграшку, яку вони могли дістати від тої, яку не могли.

Отже, до середини першого року життя більшість малюків реагують на значну частину інформації, що передається звуком. Якщо батьки помітили ці проблеми

**Абсолютний слух** – у перекладі з англ. – здатність правильно визначити (назвати) і відтворити голосом окремих звуків без співвіднесення їх з іншими звуками, яких відома.

**А. с.** – це не абсолютно розвинутий музичний слух, особлива форма сприйняття звуків. Особи без А. с. визначених умовах можуть добре впізнавати висоту тонів, порівнювати даний звук із високим або самим низьким власного голосу.

За даними досліджень, час визначення висоти звуків людей з А. с. значно коротший, ніж у тих які не володіють цією здатністю. Розрізняють пасивний А. с., коли правильно визначає висоту звуку, але не може відтворити голосом за заданою назвою, і активний А. с., коли людина може назвати і відтворити звуки за висотою їхнього звучання.

**А. с.** виявляється у ранньому шкільному віці, а іноді в

Порушення мовлення у дітей з недорозви



4 група – сприймає широкий діапазон частот (до 2000 гцГіВ. Неймана. вище).

Діти, які належать до першої групи лише трошки реагують на голос біля самого вуха і ніхто із них не розрізняє звуки мовлення. Діти другої групи – реагують на голос біля вуха, деякі з них розрізняють окремі голосні (а, у). Діти третьої групи реагують на голос, розрізняють 3 – 4 голосні, багато із них розрізняють окремі знайомі слова і фрази. Більшість дітей, складають четверту групу, чують голос не лише біля вуха, але і на деякій відстані (2м) від вуха; ці діти розрізняють усі голосні знайомі слова і фрази.

При легкому ступені зниження слуху і при середньому ступені – на відстані від 3 до 6 м. При важкому ступені – на відстані від 0 до 0,5 м. Л.В. Нейман виділяє три ступені туговухості: легкий, середній і важкий. Той же не лише відстань, на якій сприймається мовлення:

*Тувовухість (слабочуючі діти)* – це зниження слуху, при якому виникають труднощі у сприйнятті мовлення за допомогою слуху (зниження слуху до 75 дБ). Але таке сприйняття в спеціально створених умовах можливе (посилення голосу, використання звукопідсилюючих апаратів). При глухоті сприйняття мовлення на слух неможливе.

До групи *слабочуючих* належать діти з пониженням слухової гучності на відстані більш ніж 1 м., т. є, який перешкоджає самостійному і повноцінному оволодінню спілкування доступне. При зниженні слухової гучності мовлення розмовної гучності сприймається на відстані менше 1 м., тобто, мовленнєве спілкування набути обмежений мовленнєвий запас.

Причини:

- 1) результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни у середньому вусі;
- 2) хронічні захворювання носа і носоглотки (наприклад, аденоїди); до того ж порушується проходність евстахієвої труби;
- 3) результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатина, грип, кір);
- 4) результат уроджених аномалій органів слуху в

### 3. Обстеження слуху у ді

характеристикою і чути на відстані 20 м. До першої групи належать слова, до складу яких входять голосні у, о, приголосних – м, н, р, в. До другої групи належать слова, включають із приголосних шиплячі і свистячі звуки, а голосних – а, і, е.

Якщо дитина повторює слова невпевнено, підійти на 1 м. Пізніше відзначається відстань, повторює слова впевнено.

За умови, що дитина не чує жодного слова, виявити здатність до сприйняття голосних і приголосних звуків м, н, р, д, г, у, о (низькочастотні); шиплячі, і, е (високочастотні). В процесі обстеження необхідно врахувати утомлюваність, увага, готовність до виконання завдань.

Дослідження слуху у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку повинно проводитися у формі гри. Використовуючи до того ж мовленнєвий матеріал і іграшки, звучать.

Особливі труднощі виникають у дітей, які не володіють мовленням. Первинне дослідження з такими дітьми проводити за допомогою іграшок, які звучать. Глуха дитина буде приділяти однакову увагу двом іграшкам. Слабочуюча дитина буде маніпулювати іграшкою, яка звучить.

Для точного визначення слухової чутливості і обсягу слухового сприйняття служить аудіометрія. Дослідження слуху за допомогою спеціальних електроакустичних приборів – аудіометрів.

Порівнянно з іншими методами дослідження слуху (мовленням, камертонами, свистками), аудіометрія має переваг: допомагає дозувати інтенсивність звукових сигналів.

#### 4. Компенсація порушень слуху

При стійкому зниженні слуху, який викликає порушення спілкуванні, велику роллю відіграють підсилювальні прибори.

Широке застосування отримали електричні апарати. У них посилення звуку досягається за допомогою спеціальних акумуляторів. Складовими частинами слухових апаратів є мікрофон, підсилювач, телефон і др.

Застосовуються телефони повітряної і кісткової передачі. У кістковому телефоні коливається мембрана, що передає звукові коливання повітря у зовнішньому слуховому каналі.

викликають неприємні відчуття і примушують відмовлятися від таких дітей характерним є змішування д апарату. приголосних, сигматизми, заміна свистяч

Сучасні портативні слухові апарати використовуються змішування свистячих і шиплячих, неправильн успіхом слабчучими дітьми як у процесі навчання так, ірвл, випадання приголосних при їхньому збігу. мовленнєвому спілкуванні в побуті. При плануванні своєї роботи із слабо

Останнім часом здійснюються спроби розширити логопед повинен виходити із закономірнс можливості сприйняття усного мовлення за допомогою мовленнєвого розвитку, а також враховувати спеціальної апаратури, яка перетворює акустичні сигнали мовленнєвого, так і загального розвитку сла оптичні, тобто звуки мови перетворюються за допомогою запас мовленнєвих навичок.

мікрофона в електричні коливання, а ті зі свого боку При легкому ступені зниження слу перетворюються в світлові сигнали, які відтворюються на екрані підсилення гучності розмовного мовлення у вигляді різних фігур або ліній. Ці апарати отримали назву допомагає активізувати ослаблений слух дитин приборів „видимого мовлення”.

При глухоті та тяжкій туговухості велике значення при використовувати збережені аналізатори, нас сприйнятті усного мовлення набуває застосування тактильних дітей вчать читати з губ, що допомагає рс вібраційної чутливості. людей, що оточують. Це сприяє подальшом

Вібраційне відчуття виникає в результаті дотику до розвитку на основі повторювання. предмета, який звучить, до деяких частин голосового апарату Корекційно-виховна робота здійснює (гортань, грудна клітка), а також до предметів, що розташовані напрями: розвиток розуміння мовлення близько до джерела звуку. Звукове мовлення може викликати розширення лексичного запасу, формування гр тактильні відчуття, а також відчуття тепла й холоду. Наприклад мовлення, а також звуковимови, водночас пров коли розмовляючий наближається до вуха слухаючого навчання грамоти – читанню і письму. останній відчуває шкірою вушної раковини і обличчя, струмінь, На всіх видах занять обов'язково поштовхи повітря. залишковий слух дітей, який підсилюєтьс

Тактильно - вібраційні відчуття відіграють велику роль спеціальної апаратури. процесі навчання. Учень торкаючись до гортані, грудної клітки, Корекційне навчання здійснюється в сі носа вчителя відчуває вібрацію, яка виникає, коли вимовляється дтячих садках для дітей з порушенням слу той чи інший звук або слово і контролюючи другою своєю ро доводжують навчатися у спеціальній школі дл рукою вібрацію своєї гортані, грудної клітки, носа відтворює Попередження порушень слуху такий самий звук, слово. Профілактичні заходи необхідно

залежить, який характер буде мати порушення слуху і як вплине на формування мовленнєвої функції.

#### *Запитання для самоконтролю*

1. Яка роль слуху в розвитку дитини? До яких особливостей розвитку призводить порушення слухової функції?
2. Наведіть класифікацію слухових порушень та назвіть їхні причини.
3. Порівняйте особливості розвитку глухої, пізньооглухлої та слабочуючої дитини. Назвіть загальні та відмінні риси розвитку цих категорій дітей.
4. Ознайомтесь з прикладами досягнень осіб з порушенням слуху за книгою М.Д. Ярмаченка «Проблеми компенсації глухоти».

#### *Література*

1. Волкова Л.С. Логопедия. / Л.С.Волкова. – М. бугри четверохолмія тощо); "Просвещение" 1989.– С. 383 – 393.
2. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. Р.М. Боскис. – М., 1987.
3. Дефектологический словарь [Уклад. А.И. Дьячков]. М. : „Педагогика” 1970. – 503 с.
4. Синьов В.М. Основы дефектологии. / В.М. Синьов. Г.М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. С. 28 – 39.
5. Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты. Н. Д. Ярмаченко. – К., 1976. С. 148 – 164.

#### **4.2. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

1. Будова зорового аналізатора.
2. Сліпі, слабозорі діти.

починаються з трансформації світлової енергії і закінчуються зоровими відчуттями та сприйняттям інформації. Ділянкою спектра електромагнітного випромінювання вважається смуга з довжинами хвиль приблизно 400–760 нм. Розвиток зору тісно пов'язано з розвитком функції ц. н. с. Як засіб пізнання зір досвідчений людина отримує всю необхідну інформацію про навколишній світ.

У зоровій системі людини розрізняють: 1) периферичний відділ – око (пара очей) з системою, зовнішніми очними м'язами і рецепторами (сітчатка, ретина); 2) аферентні шляхи (зорові нерви – ГРАЦІОЛЕ);

3) підкіркові центри (латеральні колінні ядра);

4) зорові центри кори великих півкуль мозку (19-ті поля Бродмана).

До складу зорової системи належать очі та шляхи, які забезпечують рух очей. Зорова система активується впливом ретикулярної формації мозку. Зорова система має для зору оптична система очей (ретина, зіниця, райдужна оболонка, хрусталик), яка формує зображення об'єктів на сітчатці. Допоміжні і захисні апарати очей: повіки, вії, слізні залози, апарат, система кровопостачання.

Зорові процеси виникають у результаті впливу світла на фоторецептори сітчатки (палочки та колбочки). Сітчатка людини містить приблизно 120 млн. колбочок (приблизно 160 000 рецепторів на 1 мм<sup>2</sup>).

вигляді квантів світла (фотонів), була поглинена зоровими пігментами фоторецепторів: паличковим пігментом родопсином, або, зоровим пурпуром, і колбочковими пігментами (ідіопсином). Фотохімічні зміни у цих пігментах дають початок зоровому процесу, який на всіх рівнях зорової системи проявляється у вигляді електричних потенціалів.

## 2. Сліпі, слабозорі діти

Сітчатка – це складна облонка, в якій виділяють 10 шарів; основними її елементами є нервові клітини. Первинна переробка зорової інформації здійснюється у сітчатці. Крім рецепторів сітчатці є декілька типів нейронів – це горизонтальні, біполярні і амакрінові (вони входять у 6-й шар, який називається «внутрішнім ядерним шаром») і гангліозні клітки (8-й шар). Аксони останніх у кількості приблизно 1 млн. оптичний нерв; те місце в сітчатці, де збираються і виходять з очей волокна оптичного нерва, називається оптичним диском, немає фоторецепторів, а в полі зору їй відповідає ділянка, називається сліпа пляма.

Основна зорова функція – світлова чутливість. Абсолютна світлова чутливість визначається як величина, зворотна абсолютного порогу, тобто найменшої величини подразника, при якій виникають відчуття. Абсолютна світлова чутливість дуже висока: достатньо, щоб сітчатка абсорбувала всього декілька квантів світла для того, щоб виникло відчуття; її вимірювання проводять у повній темноті, закінчується процес темної адаптації.

Розрізняють три основних види зору: фотопічне, або денне; мезопічне або сутінкове і скотопічне або нічне. Фотопічний зір здійснюється за допомогою колбочкової апарата, при повній світловій адаптації до яскравості фону, переважає 10 нит. Його характеризує відносна видимість

Фотопічний зір здійснюється за допомогою колбочкової апарата, при повній світловій адаптації до яскравості фону, переважає 10 нит. Його характеризує відносна видимість

Фотопічний зір здійснюється за допомогою колбочкової апарата, при повній світловій адаптації до яскравості фону, переважає 10 нит. Його характеризує відносна видимість

**Зорові порушення** – це численні нормального зору, зорові аномалії, які мають зворотній характер. Кількість і різноманітність порушень відображає складність самого зору і оптичною системою очей – помутніння і хрусталика (катаракта), астигматизм (близорочивість), далекозорість (гіперметропія). Порушення фокусується перед сітчаткою, при зображенні фокусується перед сітчаткою; ці дефекти знижують гостроту зору оптично скоректовані.

2. Дефекти і пошкодження зовнішніх очей порушення в системі очорухової регуляції косогляду, дисгармонії рухів правого й лівого очей, розлад бінокулярного зору.

3. Численна група порушень пов'язана з порушеннями зору. Крім гемеролопії (куряча сліпота), до них належать порушення зору (дальтонізм, протанопія). Особливу групу кольорових дефектів утворюють порушення зору (дальтонізм, протанопія).

4. Деякі зорові порушення можуть виникнути в результаті довготривалого перебування людини в умовах недостатнього освітлення.

Деякі зорові порушення можуть виникнути в результаті довготривалого перебування людини в умовах недостатнього освітлення. До цих порушень відносять периферичний сліпотизм (макропсія), і недооцінку віддалених об'єктів (мікропсія).

світловідчуття до 0,04 за допомогою звичайних засобів корекції повинні навчатися у школі для слабозорих і сліп (окулярів). У більшості сліпих дітей є залишковий зір.

### 3) **гіперметропічна, або далекозорість**

**Сліпі діти**, які володіють залишками зору, вчать **ся** жити за сітківкою (тобто, позаду). писати і читати рельєфним шрифтом і користуються **алекозорості** зображення окремих предме наочними посібниками, які пристосовані для дотику **і**тким із-за напруження акомодациї. Акомод. Залишковий зір допомагає орієнтуватися в просторі, виступає **приспосовання**) динамічний процес посиленн. як додатковий для дотику і слуху шлях до сприйняття. здатності ока при його пристосуванні до

Стан залишкового зору зумовлюється характер **близьких відстанях**. Переключення погляду з дс захворювань і аномалій розвитку органу зору. В період навчання **предмет**, який розташований близько віс в школі залишковий зір може погіршуватися та поліпшуватися **безумовний рефлекс** – включення акомод. В зв'язку з цим учителі і батьки повинні слідкувати здійснюється за рахунок збільшення кривизни виконанням усіх лікувально-профілактичних заходів, **які** є здатність змінювати свою форму. Тс призначаються лікарем. Окуляри й тифлоприбори підсилюють **ідсилює** загальну заломлювальну здатність о зір, тому необхідно слідкувати за тим, щоб діти користувалися **промені**, які з'єднуються на сітківці, зу ними лише за вказівкою лікаря-офтальмолога), використовувати **зображення окремих предметів**. зоровий аналізатор як основний у навчальній роботі . У результаті напруження акомодациї ро:

**Слабозорість** виникає внаслідок аномалій розвитку **або** д час роботи на близькій відстані (бу захворювань очей, які часто є проявами загально **починаються головні болі**). захворювання організму. Більшістю випадків слабозорість є Дефекти зору, які трапляються у дітей наслідком аномалій рефракції очей. прогресуючі і стаціонарні.

**Рефракція** – це заломлююча здатність очей. Око, як До прогресуючих належать:  
– первинна і вторинна глаукоми;  
– незакінчені атрофії зорових нервів;  
– пігментна дегенерація сітківки;  
– злякисні форми високої близорукості;  
– відшарування сітківки .  
До стаціонарних: – вади розвитку: мікроф  
оптичний апарат побудований за типом фотокамери, тобто **алекозорість, астигматизм**.  
Світлозаломлювальна система ока має складну будову: головну **алекозорість, астигматизм**.  
роль відіграють рогівка та хрусталик. Роль світлочуттєвого **алекозорість, астигматизм**.  
екрану виконує сітчатка. Паралельні промені світла, які **алекозорість, астигматизм**.  
проходять через заломлювальне середовище ока, збираються в **алекозорість, астигматизм**.  
головному фокусі заломлювальної системи. Залежно від **алекозорість, астигматизм**.  
положення головного фокусу щодо сітківки розрізняють три **алекозорість, астигматизм**.  
види рефракції: **Мікрофтальм** – (грец. – мале око) – вр  
ока, яка характеризується зменшенням розмі,

райдужній оболонках), в'ях, бровах, шкірі. При альбінізмі – сліпота, яка характеризується залишковою райдужною оболонкою очей має сіро-червоний відтінок, а зіниця при звичайному денному світлі – рожево-червоний. Альбінізм виникає внаслідок порушеного утворення пігменту меланіну із феніланіна. Ця аномалія часто буває спадковою. Ендокринні екзогенні фактори також сприяють виникненню альбінізму. Діти, які страждають альбінізмом, при зниженні зору, повинні навчатися в школах для слабозорих.

**Астигматизм** – (грец. – відсутність фокусної точки) – аномалія заломлювальної здатності ока, при якій в одному спостерігається поєднання різних видів рефракції. Промені, які потрапляють в око по-різному заломлюються в різних меридіанах рогівки, у результаті чого на сітківці з'являється нечітке зображення. Коригується циліндричними окулярами.

При вроджених формах трапляються в аномалії розвитку органу зору, або спадкова ефектів зору. При відсутності зору спостерігається орієнтаційної реакції, особливо на звукові фактору пояснюється тим, що при втраті зору зв'язують центральної нервової системи (менингоенцефаліт, пухлини мозку).

Непрогресуючі наслідки захворювань і операцій: фактором орієнтації сліпих у навколишній дійсний світ.

– стійке помутніння рогівки;

– катаракта;

– післяопераційна афакія (відсутність кристалика) тощо.

### 3. Шляхи компенсації при незрячості

**Зрачковий рефлекс** – рефлекторне з'ясування напрямку зору залежно від інтенсивності падаючого світла.

**Слабозорі** діти характеризуються сповільненістю реакції залежно від інтенсивності падаючого світла. При великій інтенсивності світла зорі в них менш чіткі, індивідуальний рефлекс. При великій інтенсивності світла зорі викривлені. У них виникають труднощі у просторовій орієнтації, зростає, при слабкому світлі розширюється зорі швидко втомлюються. Зорова втома викликає зниження фізичної витривалості, регулювання світлового потоку, яке падає на сітківку очей. Зрачковий рефлекс використовується для регулювання зору.

Слабкий зір залишається у **слабозорих** дітей основним засобом активної діяльності з метою діагностики її якості. Встановлено, що діаметр зіниці збільшується при збільшенні світлової інтенсивності. Це сприяє сприйняттю. У слабозорих дотик не замінює зорових функцій, а лише допомагає у виконанні завдань. Проблема компенсації відсутнього зору є актуальною для психології сліпих.

**Сліпота** – найбільш різко виражена ступінь аномалії розвитку і порушень органу зору, при якому неможливе або обмежене зорове сприйняття дійсності внаслідок глибокої атрофії зорових аналізаторів (передовсім слуху і дотик).

відстані» тощо) не розвивається, якщо втрата зору відбулася (Н.А. Крилова). Так, С.Л. Коробко виділила 1 похилому віці. Існує кілька гіпотез про природу «почуття» дітей, у яких є загальне недорозвинення мовлен перешкоди»: тактильна, температурна, слухова, дотиково- Проведені дослідження допомогли виділі слухова. Сучасні дослідження доводять, що «почуття сформованості мовлення у цієї категорії дітей: перешкоди» формуються в результаті спільної діяльності *Перший*. Відзначаються одиничні збережених аналізаторів при основній ролі слухового. звуковимови, що не дає можливості цей рив

Відтворенню адекватних образів предметів і явищ мовленнєву норму. Процеси *Другий*. Активний словник обмежен сприйняття яких сліпими утруднено, сприяють процеси *Другий*. Активний словник обмежен відображення. Якщо запас уявлень про предмет у сліпих співвіднесенні слова і образу предмета достатній, то їхнє відображення може створювати адекватні загальноприйнятих понять, граматичних кате образи. Пам'ять сліпих значно розвивається, причому складанні речень, оповідань. формування логічної пам'яті випереджує розвиток образної. Порушення звуковимови дітей цього рив

**Зорова працездатність** – це характеристика здатності сліпих видах стигматизму, ротацізму, людини-спостерігача до виконання зорової роботи; вимірюється парасигматизму, параламбдацізму, швидкістю і точністю виконаної зорової роботи та заданих. Відзначається недостатня сформованість інтервал часу. звуковимовної диференціації звуків і фонем

**Зорове сприйняття** – сукупність процесів побудови фонематичний аналіз не сформований. зорового образу світу на основі сенсорної інформації, яку можна *Третій*. Експресивне мовлення відрізі отримати за допомогою зорової системи. Сучасні дані свідчать словника. На низькому рівні є співвіднесеніс що зір дає початок цілому ряду якісно різних процесів предмета та знання узагальнюючих понять. пов'язаних з відображенням кольорових, просторових і граматичне, складається із одно – двоск динамічних й фігуративних характеристик, які містяться Недостатньо сформована слухова і звуковимов звуків. На низькому рівні перебуває формувані аналізу і синтезу.

#### 4. Корекційна робота *Четвертий*. Експресивне мовлення обм

**Особливості логопедичної роботи при порушеннях зору** співвіднесення слова – образу предмета і узагал

У зв'язку з порушенням діяльності аналізатора у сліпих зв'язне мовлення складається із слів. Відзна слабозорих дітей може проявлятися своєрідність мовленнєвоповна несформованість процесів фонемати розвитку. Теоретично і експериментально доведено, що розлади синтезу. мовлення сліпих і слабозорих є складним дефектом, в якому У дітей з глибокими дефектами зору вна

умовах педагогічного процесу. Корекційно-логопедичні задачі із розвитку зв'язного мовлення розв'язуються в ігровій, навчальній, трудовій діяльності, а також у предметно-практичній діяльності і на музичних заняттях.

При організації логопедичних занять із слабозорими дітьми особлива увага звертається на залишковий зір. У роботі використовуються дидактичний матеріал необхідної величини забарвлення і обсяжності; використовуються об'ємні картинки, „чарівні мішечки” з набором іграшок, кубики для позначення звуків, побудови складів, слів.

Велике значення в роботі з таким дітьми з метою формування уявлень про багатобічність предметного світу природна наочність. Обов'язковим елементом повинна бути тому що у дітей з глибокими дефектами зору набагато пізніше формуються передумови ігрової діяльності, на відміну зрячих дітей.

При плануванні корекційно-логопедичної роботи з дітьми, які мають перший рівень сформованого мовлення, особливу увагу приділяють фонетичному боку мовлення.

У дітей з другим рівнем сформованості мовлення особлива увага звертається на словникову роботу, розвиток фонематичного аналізу і синтезу.

Для дітей, яким характерні третій і четвертий рівні сформованості мовлення логопеди (за згодою тифлопедагогів вихователів) вводять елементи, спрямовані на корекцію предметно-практичної, ігрової і пізнавальної діяльності. Невід'ємним повинно бути удосконалення моторних навичок координації, орієнтації у просторі і конструктивного практичного

Ця робота пов'язана з розвитком мовленнєвих навичок і формування відповідних понять.

**Рельєфний шрифт** – це спеціальний шрифт, вирізаний для читання і письма сліпих.

Рельєфний шрифт, вирізаний із дерева, давнину як спосіб навчання сліпих читати. У XVIII ст. французький тифлопедагог В. Гадевір винайшов різний рельєфний шрифт, який складається з курсивних букв латинського шрифту збільшеного розміру. На початку XIX ст. курсивний рельєфний шрифт замінений простими формами друкованого шрифту. Поширеними були лінійний, шрифт „перло”, а в голчатому і шрифті „перл” останні лінії, які виконані точками.

У 1829 р. французький тифлопедагог Л. Брайль винайшов рельєфно-точковий шрифт, який визнаний у читання і письма сліпих та поширений по цілому світу.

Кожна буква шрифту Брайля складається з чотирьох різної комбінації у рамках шести і одержати 63 знака. Цих знаків є достатньо для написання букв алфавіту, цифр, розділових знаків, математичних формул і нотних знаків.

У системі рельєфного шрифту Брайля перший рядок букв латинського алфавіту. Для позначення букв використовувалися перші і середні точки. Для позначення наступних букв додається друга (при читанні), а потім нижня точка. Буквами позначаються всі буквеними знаками латинського та інших алфавітів.

### **Прилад для письма сліпих**

Спеціальний прилад для письма ре-

для письма сліпих, які відрізняються кількістю лінійок і букв, а також матеріалом (цинк, сплав алюмінію, пластмаса).

### **Охорона зору**

Важлива задача навчально-виховної роботи – охорона слабкого зору, тренування. Для цього в приміщеннях, де займаються слабозорі діти повинні бути підвищені норми освітленості. Для освітлення робочого місця підбираються електричні лампи залежно від стану зору дитини після консультації з очним лікарем.

У молодших класах використовуються підручники з великим шрифтом, для навчання письму – зошити з більш чіткими лініями.

Особлива увага приділяється таким методам навчання як екскурсії, лабораторні роботи, робота в шкільних майстернях.

Для охорони зору необхідно робити перерви у зоровій роботі ( читання, письмо, розглядання ілюстрацій) через кожні 10 – 15 хв.

Залежно від характеру захворювання протипоказане велике фізичне навантаження, що враховується при навчанні заняттях фізичною культурою, трудовій підготовці.

### **Питання для самоконтролю**

1. Як впливають глибокі порушення зору на особливості психічного розвитку дитини?
2. Чим відрізняється розвиток сліпих і слабозорих дітей? Що спільного між ними?
3. У чому полягає профілактика порушень зору в дітей початкової школі?

### **Література**

## **5. ДІТИ З КОМБІНОВАНИМИ ПО-**

### **5.1. СЛІПОГЛУХОНІМІ Д**

1. Причини сліпоглухонімоти.
2. Принципи системи навчання.

#### **1. Причини сліпоглухонім**

Серед аномальних є діти із складним порушеннями у розвитку. Характерним для первинний дефект у них пов'язаний безпосередньо з рядом факторів, тобто в ньому виявляється або часткового випадіння функцій різних органів, наприклад, слухового і зорового, або поєднання (відчуття), тобто пов'язаної безпосередньо з інтелектуальною недостатністю.

До дітей із складним комплексним дефектом належать сліпоглухонімі; розумово відсталі глухі, або сліпоглухонімі; розумово відсталі слабозорі або сліпоглухонімі діти

До цієї невеликої категорії аномальних дітей належать діти з первинним або частковим ураженням функції слухового аналізаторів. У сліпоглухонімі порушений повністю або такою мірою, що розумово відсталі слабозорі або сліпоглухонімі діти засвоєння мови на основі слухового сприймання умовлює німоту. Зір у сліпоглухонімі характеризується тотальним порушенням знижений, що зореве орієнтування практично немає. Якщо глухота і сліпота наступають у дор

– вроджена сліпота і глухота, внаслідок універсальної провідної ролі навчання в психічному розвитку дитини. Ця ідея є основою методу навчання сліпоглухонімих, яку створили видатні психологи П. Соколянський, О.І. Мещеряков.

на краснуху, а також впливом шкідливих факторів; Універсальна роль навчання сліпоглухонімих набула сліпоглухонімота може бути зумовлена виражена при формуванні в них початковими пологовыми черепно-мозковими травмами, частіше поведінки – найперших потреб і способів їх задоволення. Людські потреби виникають внаслідок присвоєння культурних, вироблених соціальним досвідом яких можуть бути, зокрема, ураження внутрішнього вуха (задоволення її вроджених природних потреб (слухових нервів, які призводять до глухоти у сполученні з холоду), а не розвиваються спонтанно на атрофію зорових нервів, та спричиняють глибоке ослаблення мозку. Тому на початкових етапах виховання дитини педагогічна робота будується так, зору або сліпоту.

Отже, у сліпоглухонімих дітей водночас різьорганічні потреби організму на перші суто порушуються основні канали, які забезпечують зв'язок з зовнішнім світом. Втрата або глибоке порушення цих двох прийнятими у суспільстві способами (наприклад важливих функцій ізолює дитину від людей, що її оточують, лежкою при вживанні їжі). предметного середовища, не дає їй змоги спонтанно оволодівати з цією метою організовується спільною соціальною культурою, а отже, ставить у такі умови, за яких практична діяльність сліпоглухонімої дитини поза спеціальним педагогічним впливом психіка дитини не може розвиватися. Ця діяльність скерована розвивається. Слід відзначити, що втрата або різке зниження культурних способів задоволення природних і діяльності слухового і зорового аналізаторів негативно впливає предметна дія, якій навчають сліпоглухонімих на функціонування кори великих півкуль головного мозку. Руки, які виконують руки дитини, спскеровуються руками вихователя (наприклад міцно тримає руку вихованця, в яку вклада

## 2. Принципи системи навчання

Сліпоглухонімота створює важкі передумови для психічного розвитку дитини. Однак, якщо вона не сполучається з розумовою відсталістю, сліпоглухонімі діти потенційно мають можливість для повноцінного інтелектуального й емоційного розвитку і за сприятливих умов виховання можуть стати

алфавіту замінюються спеціальними знаками, та передаються пальцями руки. На відміну від зорового сприймання дактильно можуть спілкуватися і розумово розвивати знаків, що користуються глухі, сліпоглухонімі використовують педагога. Але вони володіють можливістю спеціальний пальцевий алфавіт, де кожна буква передається дотиком пальців «мовця» до певних точок долоні «слухача».

Основна задача навчання – формування Роль словесної мови, оформленої дактильно, постійно безпосередніх образів предметів, які от послідовно зростає. Крім оволодіння дактологією формування навичок нормальної поведінки сліпоглухонімі навчаються усної мови використовуючи обслуговування і побутова праця. Поч спеціальні логопедичні прийоми, їм ставлять вимову звуків спілкування із сліпоглухонімою дитиною є жес навчають контролювати висоту звучання голосу за допомогою предмети і дії. Пізніше окремі жести замінюють тактильно-вібраційних відчуттів (притулянням руки до горла). повідомляються дитині в тактильному вигляді

Велике значення надалі у навчанні й розвитку словесного мовлення збільшується, і наприкін сліпоглухоніми належить оволодінню писемною мовою, якою заміняє жестову форму спілкування. оформляється рельєфно-крапковим шрифтом Брайля, що ніколи словесного мовлення під час навчання сліпоглухонімі користуються сліпі. У цьому шрифті кожна буква, цифра дактологія, а видом писемного мовлення – і розділові знаки передаються різними комбінаціями випуклостей Брайля.

крапок, та сприймаються дотиком пальців руки до паперу. У процесі навчання сліпоглухоніми до Оволодіваючи словесною мовою, сліпоглухонімі одержують також і усним (звуковим) мовленням та вмінні змогу прилучатися до людської культури, що відіграє в долоні окреслення звичайних букв. С вирішальну роль у їхньому розумовому розвитку, моральному розвитку прийомів – система паралельних текстів: на естетичному. вчитель, і текстів, що складають самі учні. В

**Сліпоглухонімота** – це повна одночасна відсутність слуху. поступово вводяться нові слова і нові грамати і зору, вона пов'язана з відсутністю слуху німота. Передаючи свій текст, описують відомі їм події сліпоглухонімоту можна говорити лише тоді, коли втрата слуху дитині їм у навчальному тексті нові слова й ф в дитячому віці виключає сприйняття членороздільності словесним мовленням відкриває для і мовлення, а втрата зору – робить неможливою предметів систематичного навчання і засвоєння загальної орієнтацію на основі зорових відчуттів. Пошкодження слуху і Досвід навчання сліпоглухоніми має зору у дорослих не призводить до втрати мовлення. Тому свідчення.

розрізнити сліпоглухонімоту, при якій здатність до мовлення не Першою сліпоглухонімою, яка отрим розвивалася або втрачена, й сліпоглухоту, при якій мовлення американка Л. Бріджмен (1829 – 1889). Інш

сліпоглухонімих І.П. Соколянського відбилася в працях О.І. Мещерякова. Завдяки запровадженню у практику наукових досліджень і висококваліфікованій та наполегливій роботі педагогів четверо випускників Сергієвопосадської спеціальної школи-інтернату – Н. Корнеєв, Ю. Лернер, С. Сироткін, О. Суворов – закінчили факультет психології університету і проводять науково-дослідницьку роботу.

#### *Питання для самоконтролю*

1. Назвіть причини сліпоглухонімоти.
2. Які основні принципи системи навчання сліпоглухонімих, розробленої І. П. Соколянським та О. І. Мещеряковим?

3. Самостійно ознайомтесь з працями О. І. Скороходової, присвячені питанням естетичного виховання сліпоглухонімих.

#### *Література*

1. Волкова Л.С. Выявление и коррекция нарушений речи слепых и слабовидящих детей. / Л.С.Волкова. – М., 1982.
2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.
3. Литвак А.Г. Тифлопсихология. / А.Г. Литвак. – М., 1985.
4. Особенности психологической помощи детям с нарушениями зрения в дошкольном учреждении. – М., 2001.
5. Синьов В.М. Основы дефектологии. / В.М. Синьов, Г.М. Коберник. – К. : Вища школа, 1994. – 145 с.
6. Сироткин С.А. Слепоглухота / С.А. Сироткин, Э.К. Шакенова. – М., 1989
7. Сорокин В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин – СПб. : Речь, 2004. – 216 с.

## **6. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ МС**

### **6.1. ЛОГОПЕДІЯ, ЇЇ ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ**

1. Предмет і задачі логопедії.
2. Методи логопедії.
3. Причини мовленнєвих порушень.
4. Анатомо-фізіологічні основи вимови й

#### **1. Предмет і задачі логопедії**

**Логопедія** – це наука про порушення мовлення, методи їхнього попередження, виявлення та вивчення причини, механізми, симптоматику, методи корекції порушень мовленнєвої діяльності.

Термін «**логопедія**» (грец. – *логос* – мовлення, *педіа* – виховую, навчаю) «виховання правильного мовлення»

Предметом логопедії є вивчення мовлення і виховання осіб з порушеннями мовлення зв'язаними з ними відхиленнями у психології. Логопедію традиційно поділяють на дошкільну логопедію дітей та логопедію дорослих. Основи логопедії як науки розроблені Р. Левіною в 50 – 70-х роках ХХ століття. Основні питання вченні про складну ієрархічну структуру мовлення

Психологічною основою методик корекції мовлення у дітей є теорія мовлення і мовленнєвої діяльності. Мовлення реалізується в її основних видах: слуха



організоване на основі буквенних зображень. Воно звернене до широкого кола читачів, позбавлене ситуативності і припускає поглиблення навичок звукобуквенного аналізу, вміння логічно оформлення граматично правильно передавати свої думки, аналізувати написане та вдосконалювати форму вираження. Повноцінне засвоєння письма і писемного мовлення тісно пов'язане з розвитком усного мовлення. В період оволодіння мовленням у дитини-дошкільника відбуваються оброблення мовного матеріалу, накопичення морфологічних узагальнень, що забезпечують оволодіння письмом у шкільному віці. Недорозвинення усного мовлення зазвичай порушення писемного мовлення різної складності.

**Внутрішня форма мовлення** – це беззвучне мовлення, коли людина думає про що-небудь, подумки складає висловлювання. Внутрішнє мовлення вирізняється своєю структурою, предикативністю, згорнутістю, відсутністю другорядних членів речення, тобто має особливу семантичну будову за відсутності фонетичного оформлення.

В онтогенезі внутрішнє мовлення формується у дитини на основі зовнішнього і є одним із основних механізмів мислення.

За допомогою мовлення здійснюються процес перетворення думки у мовлення та підготовка висловлювання. Підготовка передбачає кілька стадій. Для підготовки кожного мовленнєвого висловлювання є процесі перетворення думки на висловлювання настає внутрішнього мовлення, що характеризується семантичних уявлень, і відображує із більшої кількості потенційних смислових зв'язків виділяються

*Порушення мовлення* – термін для позначення відхилетруднощі у мовленні можна розглядати як від мовленнєвої норми, прийнятої у мовному середовищі, з урахуванням вікових норм. До того ж для різночастково або повністю перешкоджають мовленнєво процесів вікова межа може бути неоднаковою. спілкуванню, обмежують можливості пізнавального розвитку. Спрямованість і зміст педагогічної соціокультурної адаптації.

Основними завданнями логопедії є:

- вивчення симптоматики порушень мовлення у дітей шкільного і шкільного віку;
- дослідження структури мовленнєвих порушень і впливу мовленнєвих розладів на психічний розвиток дитини;
- розроблення методів педагогічної діагностики мовленнєвих розладів;
- вивчення закономірностей спеціального навчання виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку;
- розроблення науково обґрунтованих методів запобігання різним формам мовленнєвих недоліків;
- організація системи логопедичної допомоги.

Практичний аспект логопедії передбачає запобігання, виявлення й усунення мовленнєвих порушень. Прикладні завдання логопедії розв'язують під час розроблення спеціальних програм для дітей з різною структурою і виразністю порушення, створення методичних систем й вправ, дидактичних посібників, рекомендацій для батьків та практичних завдань логопедії взаємопов'язані.

Подолання і запобігання мовленнєвим порушенням сприяють гармонійному розвитку творчих сил особистості дитини. Так, одні недоліки усувають перешкоди для реалізації її суспільної здобування знань. Тому логопедія, як самостійна спеціальна галузь, водночас бере участь у розв'язанні загальнопедагогічних завдань.

Для генетичного причинно-наслідкового вивчення закономірностей спеціального навчання виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку; розроблення науково обґрунтованих методів запобігання різним формам мовленнєвих недоліків; організації системи логопедичної допомоги.

Для генетичного причинно-наслідкового вивчення закономірностей спеціального навчання виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку; розроблення науково обґрунтованих методів запобігання різним формам мовленнєвих недоліків; організації системи логопедичної допомоги.

Для генетичного причинно-наслідкового вивчення закономірностей спеціального навчання виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку; розроблення науково обґрунтованих методів запобігання різним формам мовленнєвих недоліків; організації системи логопедичної допомоги.

і в подальшому писемному мовленні дає змогу запобігати їм процес породження мовленнєвого висловлюван-  
допомогою педагогічних (логопедичних) прийомів. Нагальною потребою є уявлення про при

Отже, вивчення характеру вади мовлення передбачає симптоматику мовленнєвої патології, вміння  
аналіз зв'язків, що існують між різними порушеннями, розумін першине недорозвинення мовлення від подібн  
значущості цих зв'язків. До того ж логопедія спирається розумової відсталості, туговухості, психі  
закономірності, закладені в понятті системності мови. порушень, чим й визначається зв'язок логоп

*Принцип підходу до мовленнєвих порушень з позиції зв'яз* (психіатрією, неврологією, отоларингологією  
*мовлення з іншими аспектами психічного розвитку.* Мовленнє має орієнтуватися в широкому колі питань  
діяльність формується і функціонує в тісному зв'язку дитячого організму, закономірностей фор  
розвитком психіки дитини, з різними її процесами, що від (психічних функцій дитини, особливосте  
ваються в сенсорній, інтелектуальній, афективно-вольовій сф спілкування.

рах. Ці зв'язки виявляються не тільки у нормальному, а й в а Корекцію мовленнєвих вад у дітей здійс  
мальному розвитку. навчання і виховання. Велике значення має вм

Розкриття зв'язків між мовленнєвими порушеннями загальнодидактичних принципів, розроблени  
іншими боками психічної діяльності дає можливість визначити дошкільній педагогіці. У логопедії розробл  
оптимальні шляхи впливу на психічні процеси, що беруть учас впливу: виховання, навчання, корекція, компе  
в утворенні мовленнєвої вади. реабілітація. В дошкільній логопедії використ

Водночас із безпосередніми виправленнями мовленнєв виховання, і корекцію.  
порушень логопед має впливати на ті відхилення психічн Завдання нормалізації мовленнєвого  
розвитку, які прямо або побічно заважають нормально ґрунтуються на трьох основних аспек  
функціонуванню мовленнєвої діяльності або затримують проц діяльності:

корекції. – структурному (сформованість фонети

Отже, спеціальне навчання під кутом зору логопедії тіс граматичної систем мови);  
пов'язане з корекційно-виховним впливом, спрямування і змі – функціональному, або комунікативном  
якого визначаються залежністю мовленнєвих порушень іного мовлення і двох форм мовленнєвого спілк  
особливостей інших боків психічної діяльності дитини. монологу);

Логопедія має тісні міждисциплінарні зв'язки з інши – когнітивному, або пізнавальному (фор  
науками, насамперед із психологією, педагогікою, лінгвістико до елементарного усвідомлення явищ мови і мс  
психолінгвістикою, мовознавством, фізіологією мовлен Конкретні завдання визначають залеж  
різними галузями медицини. мовленнєвого розладу, віку дитини, рівня психі

мовлення, тобто спрямованість на формування мовленнєвих висловлювань;

– формування елементарного усвідомлення явищ мови, передбачає особливу організацію процесу розвитку фонематичного сприймання, морфологічних закономірностей, граматичних узагальнень;

– збагачення мотивації мовленнєвої діяльності, тобто спрямованість на подолання мовленнєвого негативізму, стимуляцію мовленнєвої активності.

У процесі логопедичних і корекційно-виховних занять мовленнєвих навичок за допомогою спеціальних умов спілкування та різних видах діяльності.

Велике значення для здійснення повноцінного логопедичного впливу має рівень педагогічної кваліфікації вихователя логопеда. Працюючи зі складним контингентом дітей, педагог має володіти професійною компетентністю в галузі логопедичності дітей, дефектології, добре знати психологічні особливості дітей, виявляти терпіння і любов до дітей, постійно відчувати відповідальність за успішність їхнього навчання, виховання звуків, корекції порушень голосу. Ефективна підготовка до життя, майстерно володіти культурою мовлення. Для здійснення ефективного корекційного навчання й виховання дітей з порушеннями мовлення потрібно:

- враховувати індивідуальні особливості дітей;
- створювати мотивацію до подолання мовленнєвих завдань, адекватну віковим і психофізіологічним особливостям дитини;
- встановлювати колективні стосунки з лікарем, психологом, учителем, батьками для вироблення оптимального шляху корекції.

Особливі вимоги висуваються до мовлення логопеда

Логопедична робота може здійснюватися різними методами, серед яких умовно виділяють

**Наочні методи** спрямовані на збагачення мовлення і забезпечують взаємодію систем. Велика роль у цьому процесі належить

**Словесні методи** застосовують для наочного розповіді без спирання на наочний матеріал

**Практичні методи** використовують

Особливе значення має застосування і

продуктивних методів та їхнє поєднання. Специфіка мовленнєвого **порушення**.

**Репродуктивні методи** ефективні в розумінні чіткої мови, формуванні навичок чіткої мови, сприймання мовлення їхніх батьків, формуванні першопочаткових навичок мовлення. Для здійснення ефективного корекційного навчання й виховання адекватних для дитини видів діяльності.

**Продуктивні методи** найширше використовують зв'язних висловлювань, різних видів розповіді, визначають логопед і вихователю конкретних завдань корекції порушення і рівня мовлення.

Від правильного добору співвідношення методів здебільшого залежать ефективність

якість і міцність сформованих мовленнєвих на

Логопедичний вплив має бути спрямований на стимуляція 2 роки, у 3 роки і у 6 – 7 років.

мовленнєвого розвитку з урахуванням порушеної функції мовленнєвого механізму, корекцію і компенсацію порушень окремих ланок та всієї системи мовленнєвої діяльності, виховання розвитку плону. Найгрубіші вади мовлення і навчання дитини з мовленнєвими порушеннями для подальшого розвитку плону в період від 4 тижнів інтеграції її у середовище дошкільників, що нормально розвиваються. Виникнення мовленнєвої патології спричиняються. В разі виражених («тяжких») порушень мовлення і вагітності, вірусні й ендокринні захворювання роль відіграють перебудова мовленнєвої функції і формнесумісність за резус-фактором, екологія вання компенсаторних механізмів, що компенсують порушене середовища;

– пологові травми і асфіксії під час пологів  
внутрішньочерепних крововиливів;

### 3. Причини мовленнєвих порушень

Серед чинників, що призводять до виникнення мовленнєвих впливу, локалізації ураження мозку, порушень у дітей, розрізняють несприятливі зовнішні (екзогенні можуть бути різного типу. Негативно позначаються внутрішні (ендогенні), а також зовнішні умови навколишнього мовлення часткові інфекційно-вірусні середовища.

– захворювання в перші роки життя дитини

менінгоенцефаліти, ранні тривалі шлунково-кишкові

Під час розгляду різних причин мовленнєвої патології з огляду на еволюційно-динамічний підхід, який полягає в аналізі процесу виникнення вади, урахуванні загальних закономірностей можуть становити лише частину загальноаномального розвитку на кожній віковій стадії мовленнєвої системи а отже поєднуватися з іншими факторами (І. Сеченов, Л. Виготський, Р. Левіна, О. Мастокова та ін.).

– травми черепа, що супроводжуються струмою

– спадкові чинники; у цих випадках порушення

руховою недостатністю;

Потрібно також спеціально вивчати умови, що оточують дитину. Принцип єдності біологічного і соціального процесів мікро соціальної педагогічної заведувальності формування психічних (у тому числі й мовленнєвих) процесів і дисфункції, порушень емоційно-вольової сфери зможу визначити вплив мовленнєвого оточення, спілкування розвитку мовлення.

– несприятливі соціально-побутові умови,

емоційного контакту та інших чинників на дозрівання мовленнєвої системи. Прикладами несприятливого впливу мовленнєвого може зумовити порушення різних боків мовлення оточення можуть слугувати недорозвинення мовлення у дітей, і

Кожна із зазначених груп причин, а іноді

чують, але виховуються у глухих батьків, а також у дітей, і сукупність мовленнєвої вади і збережених аналізів тривало хворіють та яких часто госпіталізують (тобто соматичні можуть бути джерелами компенсації у

Під час аналізу причин виникнення порушення

школі.

Раннє виявлення дітей із відхиленнями у розвитку перед здійснюють у сім'ях з «підвищеним ризиком», до яких належать такі:

- 1) де вже є дитина з тією або іншою вадою;
- 2) зі спадковою розумовою відсталістю, де є хворі на пзофренію, з порушенням слуху в одного з батьків або в обох;
- 3) де матері перенесли під час вагітності гострі інфекції захворювання, тяжкий токсикоз;
- 4) де є діти, що перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, природну асфіксію, травму або нейроінфекцію, черепно-мозкову травми у перші місяці життя.

У нашій країні послідовно вживають заходів щодо охорони здоров'я матері і дитини. Серед них передусім слід назвати пансеризацію вагітних жінок з хронічними захворюваннями, періодичну госпіталізацію жінок із негативним резус-фактором іншими хворобами, з ускладненою спадковістю тощо.

У профілактиці аномалій мовленнєвого розвитку велику роль відіграють диспансеризація дітей, що перенесли родові травми їхній тривалий патронат у фахівців.

Велике значення для запобігання народженню дітей з мовленнєвими вадами має профілактична робота серед населення, особливо з майбутніми мамами, а також лікарями, педагогами і причинами і ознаки мовленнєвої патології.

Нині велику увагу приділяють проблемі ранньої діагностики і корекції відхилень мовленнєвого розвитку дітей. Значне поширення набув досвід корекційної роботи, який створенні діагностичних груп дітей дошкільного віку з медичним обслуговуванням. Спираючись на світовий досвід, потрібно створити центри ранньої діагностики і спеціальні

мовленнєвої патології і, по-третє, правильно

Усне мовлення є результатом роботи мозку складається з центрального (або регулюючого) (виконавчого) відділів.

В акті мовлення беруть участь різні вирішальне значення відіграють мовнослухові Мовні зони кори (кіркові відділи слухового, і аналізаторів) взаємодіють між собою і пов'язані

**Центральний мовленнєвий апарат** головного мозку. Він складається із кори

(переважно лівої півкулі), підкоркових вузлів, і нервів, які ідуть до дихальних артикуляційних м'язів.

Мовлення розвивається на основі рефлексів пов'язані з діяльністю різних ділянок

Мовлення розвивається на основі рефлексів пов'язані з діяльністю різних ділянок мозку (у лівій переважно лівої півкулі мозку (у лівій

Високі звуки (центр Брока). Високі звуки подразники (центр Верніке). Завдяки цьому від

Значення *тім'яна доля* кори головного мозку. Значення *тім'яна доля* кори головного мозку. Значення *тім'яна доля* кори головного мозку. Значення *тім'яна доля* кори головного мозку.

Усі органи периферичного мовленнєвого апарату інервують частин: дихального апарату (легенів з бронх; черепно-мозковими нервами, а саме: трійчастий нерв – інерв горла); голосового апарату (гортані); артикул м'язи, які приводять у рух нижню щелепу; лицевий нерв (надставної труби з системою порожнин). мімічну мускулатуру, в тому числі м'язи, які здійснюють ру губ, надування і втягування щік; язикоглотковий і блукаюч нерви – м'язи гортані і голосових зв'язок, глотки і м'як піднебіння. Крім цього, язиглотковий нерв є чутливим нерв язика, а блукаючий нерв інервує м'язи органів дихання і сери. Додатковий нерв інервує м'язи шиї, а підязиковий не забезпечує м'язи язика руховими нервами і повідомляє йому п можливість здійснювати різноманітні рухи.

Через цю систему черепно-мозкових нервів передають нервової імпульси від центрального мовленнєвого апарату периферичного. Нервові імпульси приводять у рух мовленнє органи.

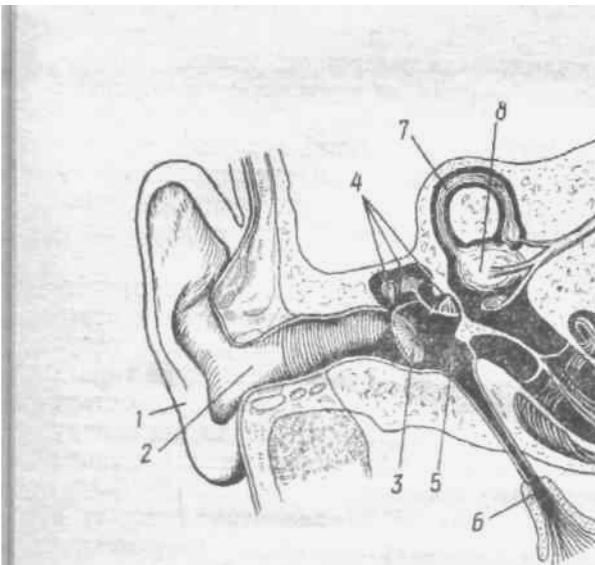
Шлях від центрального мовленнєвого апарату периферичного складає лише одну частину мовленнєв механізму. Інша частина полягає в зворотньому зв'язку – і периферії до центру.

Кора великих півкуль еферентним й аферентним шляхам пов'язана з різними частинами периферичного мовного апарату.

Периферичний відділ мовного апарату складається апарату слуху й апарату мовлення.

Апарат слуху (слуховий аналізатор) складається з трь частин: периферичної, провідникової й центральної.

Периферична частина включає зовнішнє, середнє внутрішнє вухо. Звукові хвилі через слуховий прохід з нішнього вуха досягають барабанної перетинки і зумовлюють коливання, яке передається слуховим кісточкам середнього ву. Ланцюжок слухових кісточок передає звукові коливання



Мал. 1. Схема слухового апарату.

1 – вушна раковина; 2 – зовнішній слуховий прохід; 3 – барабанна перетинка; 4 – слухові кісточки; 5 – внутрішнє вухо; 6 – слухова труба; 7 – півколовий канал; 8 – слуховий нерв; 9 – завитка; 10 – присінковозавитковий нерв.

Дихальний апарат. Дихальний апарат забезпечує газообмін, потрібний для організму та голосоутворення. Головний орган дихання (легені) розмі-

За одну хвилину відбувається 16 – 20 повних дихальних циклів м'яким піднебінням. М'яке піднебіння, загальна життєва ємкість легень становить 3500 – 4000 см<sup>3</sup>. Піднімається вгору й закриває вхід до носової людини різного віку життєва ємкість легень неоднакова. В учітакому положенні м'якого піднебіння повітря молодших класів вона становить 1100 – 1600 см<sup>3</sup>. Фаза видиху ротову порожнину. Під час мовлення значно переважає фазу вдиху (співвідношен Якщо ж м'яке піднебіння опускається 5:1 або навіть 8:1). Це забезпечує злитність мовлення на ф проходить через носову порожнину, то звуки видиху. Вдих під час мовлення здійснюється в основному чецьому, набувають носового відтінку. Носог порожнина з приносними пазухами відіграють

Гортань складається з хрящів і м'язів. Основу гортані підсилює голос і надає йому своєрідно становить перснеподібний хрящ. Над перснеподібним хрящ порожнина розміщена між нерухомою верхі міститься щитоподібний хрящ. До цього хряща прикріплені нижньою щелепами. У ротовій порожнині надгортанний хрящ, або надгортанник. При ковтанні він щільно органі: язик, зуби (верхні й нижні), альвеоли закриває вхід у гортань і захищає дихальні шляхи від потраєм'яке й тверде піднебіння й язичок. Спереду р ляння їжі. Під час дихання надгортанник піднімається, то обмежена губами.

повітря вільно проходить у гортань. Зверху на печат Найдіяльнішим органом мовного апарату перснеподібного хряща симетрично розміщені двиділяють кінчик, передню, середню і задню ч черпалоподібних хрящі. Кожний з них має по 2 відростки – язика. Слизові оболонки, що вкривають м'я лосовий і м'язовий. До голосових відростків прикріплротової порожнини утворюють складку (вуз голосові зв'язки. Голосові відростки черпалоподібних хрящ великій кількості м'язів, розміщених у різни сходяться і розходяться (наближаються і віддаляються один і може швидко й точно рухатись (угору, вни одного). До того ж змінюється положення голосових зв'язок. утворюючи потрібні звуки.

Найважливішим органом в утворенні голосу (фонації) Звуки мови утворюються під час видиху. голосові зв'язки, які мають форму двох губ, що виступає легень, надходить у бронхи, потім – у трахею, і назустріч одна одній із внутрішніх стінок щитоподібного хрящ проходить між голосовими зв'язками і, коли : Завдяки рухливості черпалоподібних хрящів і здатно зумовлює їхнє дрижання. У надставній тру голосових зв'язок скорочуватися вони можуть змикати певного забарвлення. Органи артикуляції, пос утворюючи перепону для видихуваного повітря, а увесь час змінюють форму й розмір ротової по розмикатися, утворюючи голосову щілину. Під час вимовляньцьому утворюються різні звуки мови. Кожний голосних, сонорних та дзвінких приголосних голосові зв'язється певним положенням органів артикуляції зближені.

*робота мовленнєвих органів спрямована на ут*

вати відхилення в будові верхньої щелепи, зубних рядлікаря-ортодонта і відповідне лікування. піднебіння та язика. Досить поширеними дефектами щелеп Досвід роботи свідчить, що вади звукови прогнатія (збільшення й виступ уперед верхньої щелепи) дітей з правильною будовою периферичного прогнатія (аналогічна вада нижньої щелепи). На формуван апарату так само, як і в дітей з вадами у будови звуковимови здебільшого впливають прогнатія й прогнатія, у апарату. Іноді, маючи значні вади в будові щелеп ладнені вадами прикусу, що характеризуються деформацією володіває правильною вимовою всіх звуків. зубних рядів. При глибокому прикусі верхні різці перекриває нижні або навпаки. Це обмежує рухи нижньої щелепи, може позначатися на акті жування й артикуляції.

Відкритий прикус характеризується відсутністю зімкнення між зубами. Якщо щілина утворюється у фронтальній ділянці це відкритий передній прикус. Утворення щілини між бічними зубами після їхнього зімкнення називається відкритим бічним прикусом.

Трапляються випадки звуження щелеп (здебільше верхньої щелепи), що проявляється в зменшенні відстані між бічними зубами, надмірному зближенні фронтальних зубів а виступі їх уперед. Іноколи звуження проявляється в асиметрії певних ділянках зубного ряду. Аномалії розвитку (розщеплення твердого і м'якого піднебіння, язичка характеризують периферичного утворенням щілин, через які повітря, що має потрапляти під час мовлення в ротову порожнину, надходить у носову. Голос звуки мови набувають своєрідного носового тембру. Такі вади характерні для ринофонії і ринолалії. Інші відхилення в будові піднебіння (високе, вузьке, куполоподібне, низьке, плоске) впливають на вимову тоді, коли вони доповнюються вадами будові щелеп, прикусів, зубних рядів тощо.

Вади у будові язика, що характеризуються збільшенням зменшення його розміру (макрогlossenія, мікрогlossenія) відсутність язика (агlossenія) та дефекти губ трапляються рідко

### *Питання для самоконтролю.*

1. Що є предметом логопедії?
2. Які форми і види мовлення ви знаєте?
3. Розкрийте аспекти нормального розвитку мовлення дитини.
4. Що розуміють під поняттям «порушення мовлення»?
5. У чому полягають основні завдання логопедії?
6. Які ви знаєте принципи аналізу мовлення дитини?
7. Охарактеризуйте основні методи логопедичної роботи з дітьми з порушеннями мовлення.
8. Назвіть чинники, які можуть сприяти розвитку порушень мовлення у дитини.
9. Охарактеризуйте будову центрального мовленнєвого апарату.

### *Література*

1. Большой толковый психологический словарь. – М., 2000. – 400 с.
2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волков // Логопедия / Л.С. Волков. – М., 1989. – 680 с.
3. Гриншпун В.М. Классификация нарушений речи // Логопедия / В.М. Гриншпун; под ред. С.Н. Шаховской // – М., 1998. – С. 55 – 70.
4. Захаров А.И. Своеобразие психического развития детей с нарушениями речи // Логопедия / А.И. Захаров. – М., 1989. – С. 10 – 15.

: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.

7. Пінчук Ю.В. Основи методики виховання правильності та зовні; складаються початкові форми пр вимови звука при дислалії / Ю.В. Пінчук // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. праць. – К., 2000. С. 43 – 49.

8. Шеремет М.К. Формування усного зв'язніснують певні типи дій, які можуть об'єдну висловлювання у дітей з фонетико-фонематичної структури. Отже, вона відкриває для себе недорозвиненням мовлення / М.К. Шеремет, І.В. Сергеева(порівнює, оцінює, класифікує, вимірює тощо Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. Ні конкретний предмет; ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100 – 106.

## **6.2. ВІКОВІ НОРМИ РОЗВИТКУ ДИТИНИ**

1. Періоди розвитку дитини.
2. Сенсомоторний розвиток дитини.
3. Мисленневий розвиток.
4. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини.
5. Розвиток спілкування та гри.
6. Емоційно-соціальний розвиток.
7. Основні форми і види мовленневих порушень.
8. Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини.

### **1. Періоди розвитку дитини**

За перші сім років життя дитина проходить через три (на вважає своїм, про що може сказати «моє новних періоди свого розвитку, кожний з яких характеризує предметне сприймання і наочно-дійове мислення певним кроком назустріч загальнолюдським цінностям і нові перехід до наочно-образного мислення, внаслід можливостям пізнавати світ. Ці періоди життя відмежовані од починає уявляти собі предмети за допомогою від одного; кожний попередній створює умови для виникнення образів і позначати їх назвами, а не прямими ді наступного. Крім того, ці періоди не можуть бути штучно формуються усвідомлення радикальної відмін

менти розрізнення між відчуттями, що надходять. З'являються перші ознаки зародження мислення, тобто дитина ще неусвідомлено починає

*б) розвиток довільності* – формування сприяють досягненню мети, переміщенню охоплюванню та утриманню предметів;

*в) емоційний розвиток* – у перші чотири немовляти з'являється «соціальна» посмішка дослого до посмішки у відповідь. Формується до світу, яке є основою позитивного ставлення діяльності, до самої себе у подальшому житті.

**Другий період** – раннє дитинство (від років) є потенціалом для виникнення новоутворень:

*а) пізнавальний розвиток* – дитині можливості побачити світ, де кожний предмет чогось призначений. Вона починає вирізняти іють певне місце в її житті («свої» та «чужі»); за формує уявлення про «території» власного «я»

особистої цінності (самоповаги), зароджується почуття любові до близьких.

У дитини семи років формується передум

**Третій період** – дошкільне дитинство (з трьох до се переходу на наступний щабель освіти. На о років). У цей період формується потенціал для подальшк питливості у подальшому формується інтерес до пізнавального, вольового та емоційного розвитку дитини:

*а) пізнавальний розвиток* – на цей час у сприйманні дити формування теоретичного мислення; вміння світ є не тільки сталим, а й може виступати як релятивний (удорослими та однолітками дасть змогу дитин можна всім); умовний план дії, який склався у дитини в попередівчальній співпраці; розвиток довільності спри період розвитку, втілюється в елементах образного мислені труднощів у розв'язанні навчальних завдань; відтворювального та творчого уявлення; формуються оснoментами спеціальних мов (термінологією), символічної функції свідомості; розвиваються сенсорні окремих видів діяльності, стане основою інтелектуальні здібності. Наприкінці цього періоду розвит навчальних предметів у школі (музика, математи дитина починає ставити себе на місце іншої людини, а такі Періоди розвитку дитини та вікові ново дивитися на все, що відбувається, з позиції інших і розумінні для цих періодів, розкриті нами лише у виг мотиви їхніх дій; самостійно будує образ майбутнього результату ступінь здійснення яких залежить від соціальної дії. На відміну від дитини раннього віку, яка здатна лидитини, тобто від того, хто і як виховує та д елементарно відрізнити такі сфери діяльності, як природний залучає її, з ким вона її здійснює. Від особливос рукотворний світ, «інші люди» і «я сама», наприкінці дошкільнс організації діяльності дітей дорослими за віку формується уявлення про різні сторони кожної з цих сф психічному і фізичному розвитку. Отже, водн Зароджуються оцінка і самооцінка;

*б) вольовий розвиток* – дитина звільняється від притамк особистісних змін, що свідчитиме про такі тенде ного більш ранньому етапу «глобального наслідування» доритобто ті, що йдуть назад у розвитку. Тому батьк лому; може протистояти (у певних межах) волі іншої людини кожний крок розвитку може супроводжуват розвиваються прийоми пізнавальної діяльності (зокрема, уязакріпленнями негативних новоутворень.

перетворення дійсності), формується саморегуляція – влас Однак слід пам'ятати, що у кожній ди вольова (ініціатива, здатність примусити себе зробити нецікарозвитку і незначна розбіжність з прийнятими і справу), а також емоційна (висловлення своїх почуттів). Вона с не є проблемою. Тим більше, що розвиток від( здатною до надситуативної поведінки, тобто такої, що виходить мірно, часто спостерігаються так звані уповільне межі вихідних вимог;

*в) емоційний розвиток* – емоції дитини дедалі більвіку. Спроби обов'язково вписати дитину в

Не порівнюйте конкретну дитину з іншою дит

Сенсомоторний розвиток дитини охоплює зорове слухове сприймання, моторику і тактильну чутливість. Нижче подано дані розвитку дитини, що стосуються:

- зорового та просторового уявлення (табл. 2.1);
- слухового сприймання (табл. 2.2);
- моторики і тактильної чутливості (табл. 2.3);
- мисленнєвого розвитку;
- спілкування та гри;
- емоційно-соціального розвитку.

Ці дані характеризують особливості психофізичного розвитку від дня народження і до 6 – 7 років.

Таблиця 2

**Зорове сприймання та просторові уявлення**

Вік, міс.	Характерні ознаки сенсомоторного розвитку дитини	Вік	Опис
0 – 1	Знижена гострота зору (розвивається у перші 6 – 7 місяців). Найчіткіше бачення – 60 – 70 см від об'єкта. Косоокість (виявляється впродовж 3 місяців). «Імітаційний період»: уже у перші 12 год життя уважно стежить очима за об'єктом, що рухається. Зосереджує зорове сприймання (наприкінці першого місяця життя), віддаючи перевагу контрастним зображенням і округлій формі предметів, а також об'єктам, що рухаються. Утримує в полі зору будь-який предмет, що рухається, а також нерухомий предмет (наприклад, обличчя дорослого)	3 – 4	Точно і плавно стежить (як у горизонтальному, так і в вертикальному положенні) за предметом на відстані 4 – 7 м.
		4	Впізнає членів сім'ї.
		5 – 6	Виявляє інтерес до дрібних предметів (наприклад, розвитком детального бачення).
		5	Відрізняє за зовнішнім виглядом свідомо незнайомих осіб.
		7	Здатна добре координувати м'язи: синхронність рухів «рука – очі». Косоокість зникає остаточно, хоча і в одному з очей можуть відставати від іншого. Дитина дивиться вбік.
		10 – 12	Розрізняє предмети за формою. На фоні знайомих дорослих.
2 – 3		12 – 15	Орієнтується у двох контрастних (за кольором) предметах (наприклад, у двох різних кольорах)
		15 – 18	Орієнтується у трьох контрастних (за кольором) предметах (квадратна, трикутна) різних предметів
		19 – 21	Орієнтується у трьох контрастних (за кольором) предметах (різницею 3 см) того самого предмета.
		22 – 24	Добирає за зразком і за словесною назвою предмети, контрастні за кольором

	відповідні їм плоскі геометричні фігури і називає їх.
40 – 48	Орієнтується у схемі квартири, дитячого садка, подвійного будинку, в якому живе.
48 – 50	Копіює (за поданим зразком) плоский предмет складною структурою елементів (наприклад, годинник).
50 – 54	Копіює правою (лівою, якщо лівша) рукою групу з (15) геометричних фігур, розміщених у довільно порядку.
54 – 57	Копіює лівою і правою рукою групу з 10 (15) геометричних фігур, розміщених у довільному порядку.
58	Будує цілісний образ під час копіювання предмета, до якого відсутня одна чи дві його частини.
60 – 65	Знаходить дві задані лінії серед одинадцяти ліній, розміщених під різним кутом («віялом»).
65 – 70	Виконує пробу зі «сліпим» годинником, тобто малюнку, де зображено годинник без стрілок, інструкцією визначає час.
70 – 72	Будуючи складний перетин ліній, копіює групи точок геометричних фігур, зображених на одному малюнку.
з 72	Копіює складний цілісний комплекс геометричних фігур, що мають різне оптико-просторове розміщення. Копіює зразок, закривши спочатку одне око, а потім інше. Сприймає та інтерпретує сюжетні малюнки. Сприймає та інтерпретує серійні малюнки.

	слуху голосу. Здатна виявити, почувши звук, крутить головою, джерело. Звукам людського голосу навіть тоді, коли до того ж звуку спостерігаються синхронні рухи мовленням (проте вони відсутні, ритмічне стукотіння).
2	Здрігається в разі різких звуків. Диференціює якісно різні звуки, наприклад труби й дзвоника. Тривало зосереджена. Здатна диференціювати звуки, швидко почувши гучний голос.
3 – 4	Повертає голову вбік невидимого знаходить його; по-різному реагує на музичних творів.
5	Розрізняє і впізнає голос близької людини, ласкаву інтонацію, з якою до неї звертаються. По-різному до того ж реагуючи на неї.
6	По-різному реагує на власне і чуже ім'я.
7	Слух дитини досягає рівня тонкості слуху людини. Починає формуватися сприймання, яке забезпечує здійснення диференціації слів за їхнім значенням на предмети, що називають дорослі. Відшукує цей самий предмет поглядом.
8	На запитання «Де...?» поглядом знаходить предметів (2 – 4), розташованих на площині. За словами дорослого виконує ті дії

10	На прохання «Дай» знаходить серед предметів знайдена та подає їх. Під час гри вслуховується в інструкції дорослого, а потім виконує вивчені дії та рухи.		Усвідомлює елемент (звук), яким відмовлене нею та дорослим. Формуються образи слів (фонематичні відповіді уже не власній (поки не вимові дитини, а мовленнєвій нормі). На основі слухового сприймання по-
11	За словесною інструкцією виконує різні вивчені дії.		
12	За словесною інструкцією самостійно виконує раніше вивчені дії з іграшками. Переносить дії, вивчені з одного предметом, на інший. Розрізняє на слух назви кількох предметів і дій, імена дорослих і знайомих дітей. Виконує прості словесні завдання.	45 – 48	Не завжди зважає на власну неправильність і буде слухові (звукові) образи слів мовленнєвої норми.
24	Зазначені досягнення в слуховій сфері розширюються і поглиблюються. Розуміє значення конкретних іменників, що означають конкретні поняття і предмети за інструкцією дорослого, сприйнятою на слух, показує всі предмети, названі дорослим, їхні частини, частини тіла тощо.	45 – 50	За словесною інструкцією показує предмети, зображені в однині і множині (коса – коси). За інструкцією показує предмети, що відрізняються у вимові (миска – мишка, коса – коза тощо).
30 – 36	За словесною інструкцією вибирає предмети з малюнок за темами «Іграшки», «Посуд», «Одяг». Показує, де на малюнку дівчинка спить, грається, їсть. Виконує сприйняті на слух доручення дорослого («Дай», «Посади, поголуй ляльку» тощо).	54 – 57	Вибирає малюнки, в назвах яких є задані звуки.
		54 – 60	Правильно розкладає малюнки, де зображені предмети, що відрізняються за звуком (наприклад, [п] і [к] неправильно (сонце, шапка, санки, шапка)).
36	Спостерігається готовність до звукового аналізу: «Я можу вимовити це слово», виправляє мовлення інших дітей («Треба говорити корова, а не колова»).	60 – 65	Називає в слові перший звук.

	<p>відповідає першому звуку слова, названого дорослим (наприклад, «машина»).</p> <p>Визначає, яке слово утвориться із звуків, вимовлених дорослим (наприклад: <i>ш...а...ф...а</i>).</p> <p>Може дописати букву, яку почав, (і не закінчив) писати дорослий.</p> <p>Може назвати одну за одною букви, зображені накладеними одна на одну.</p> <p>За словесною інструкцією дорослого може правильно вказати, на якому з двох малюнків зображено «Петра намальованого Іваном», а на якому – «Петра намальований Іван» (Петра зображено у білій сорочці Івана ..... у картатій).</p>		Підвищений тонус верхніх кінцівок нижніх – ще зберігається.
			Лежачи на спині, зберігає тенденцію до того, щоб лежати на животі, то згинання не зберігає. У разі підтримання під пахви автоспираючись на кінчики пальців («крок»). Спостерігається тенденція до розгинання.
		3	<p>Некоординовано наштовхується на іграшки над грудьми.</p> <p>Зникає підвищений тонус верхніх кінцівок (майже зберігається).</p> <p>Піднімає руки до обличчя і розглядає їх.</p> <p>Лежачи на спині, робить спробу повернутися на боки.</p> <p>Лежачи на животі, спирається на піднімає голову (45°).</p> <p>Опора на передпліччя нестабільна.</p> <p>Намагається повзти.</p>
<p><b>Розвиток моторики і тактильної чутливості</b></p>		4 – 5	Хапає мотузку, на якій висить брязкальце. На спині лежить у витягнутому положенні. Лежачи на животі піднімає голову на 90°. Піднімає руки вгору і вивчає координованим поглядом.
Вік, місяць.	Характерні ознаки сенсомоторного розвитку дитини		
0 – 1	Рухи кінцівок дитини хаотичні; руки і ноги загорнуті в пелюшки.		
1	Лежачи на животі, намагається підняти та утримати голову.		

	<p>Легко піднімається, спираючись на передпліччя.</p> <p>Повертається (іноді) зі спини на живіт.</p> <p>Підтягується за руки з положення «сидячи на спині міцно вчепившись усіма пальцями за пальці ру дорослого; сідаючи, зберігає повний контроль за положенням голови.</p>		<p>добре витягає руки, тулуб і нижні кінці.</p> <p>Із положення на животі добре переходить.</p> <p>З більшою точністю хапає предмети.</p>
		8 – 11	Відсуває руку дорослого, щоб дістати іграшку.
		9	Самостійно лягає і без утруднень піднімається. Засвоює рух великого пальця: здатний рухати пальцями окремо і узгоджувати їхні рухи.
6	<p>Тривало грається з іграшками, перекладаючи їх з однієї руки в іншу.</p> <p>Повертається з живота на спину.</p> <p>Пересувається, переставляючи руки або злегка підповзаючи.</p> <p>Іноді робить «місточок», упираючись головою п'ятками у ліжко і піднімає тулуб та живіт вигинанням хребта. Може сидіти (3 – 10 хв.), не вставлюючись.</p> <p>Хапає предмети усією рукою або всією долонею (наприклад, кубик тримає між долонею і кінчиком пальців).</p>	9 – 10	Переходить від одного предмета до другого, притримуючись за них руками. Добре п'є з чашки, тримаючи її руками.
		10	Виходить на невисоку гірку, тримає її руками. Самостійно сходить з неї. Йде вперед обидві руки дорослого. Легко нахиляється назад, а також уперед та навколо осі тіла. Хапає маленькі предмети великим пальцем (мов пінцетом).
7	<p>Швидко повзає у різних напрямках. П'є з чашки, яку тримає дорослий. Коли беруть на руки, підтягується майже самостійно. У разі підтримання під паху намагається стояти самостійно, спираючись на кінчик великого пальця або (зрідка) на підшви ніг. Руки не стиснуті, пальці готові до тонкої моторної діяльності. Хапання предметів нагадує рух плоскогубців. Схопившись за предмет, довго розглядає його («косвоє очима»).</p>	11	Самостійно стоїть і робить перші самостійні кроки.
		12	Ходить самостійно, без опори.
		12 – 14	Однією рукою підтягує до себе килим, щоб дістати іграшку, яка на ньому лежить.
		13	Присідає, повертається, нахиляється, тягне.
		13 – 15	Самостійно, однією рукою їсть ложкою.

52 – 60	Не відриваючи олівець від аркуша паперу, продовжу малювати візерунок, запропонований дорослим.	ребро – долоня).
28 – 36	Переступає через перешкоду, що горизонтально припіднята над підлогою на 30 – 35 см. Двома руками (за допомогою дорослого) застібає гудзики і зашнуровує взуття.	60 – 62 Координує одночасну зміну положення рук (кулак – долоня).
24 – 30	Повністю самостійно вдягається, проте не застібає гудзики і не зашнуровує взуття.	65 – 67 Із заплющеними очима вказує на свмісця, до яких доторкнувся дорослий. Називає предмет (геометричну фігуру дорослий пальцем (паличкою) «намалдитини (спочатку на одній, потім на ін
62 – 65	Дзеркально відтворює пози руки, запропоновані дорослим («Доторкнись рукою до кінчика носа, до вуха тощо»). Із заплющеними очима вказує на своє тілі те місце, до якого доторкнувся дорослий.	
67 – 70	Вказує на ляльці те місце, до якого на тілі дитини (оу неї заплющені) доторкнувся дорослий. Ходить назад, навшпиньки. Робить уперед 10 стрибків, не падаючи. Кидає предмет однією рукою на 2 – 3 м, ловить тенісний м'яч, кинутий з висоти 1 м. Ходить по колоді, балансує: ходить уперед, назад, убік. Може стрибнути на 2 м. Перестрибує калюжі, самостійно гойдається. Може вести, підбивати, утримувати, відбивати м'яч.	
48 – 50	Відтворює пози пальців руки (спочатку однієї, потім іншої), які показує дитині дорослий.	

### 3. Мисленнєвий розвиток

У багатьох фахівців і батьків особливий стан мисленнєвого розвитку дитини. Це й зрештою цей психічний процес є складним результатом, що починається від дня народження. І коли ми говоримо про мислення, то взагалі маємо найзагадковіший феномен психічних процесів. Однак слід пам'ятати, що мислення перебувають у постійній взаємодії не тільки з соціальним середовищем, а тому поступово згідно з цим мислення впорядковано розвивається усього життя: від безпомічного немовляти до зрілого дорослого. На думку деяких учених (наприклад, Ж. Піаже) найудосконаленіша форма пристосування до середовища, що є поєднанням двох процесів: пристосування (асиміляції) та пристосування (акомодативного). Отже, можливість дитини здійснювати гнучке і адаптивне пристосування її до навколишнього середовища є показником її дійсності. Слід зазначити, що основне призначення полягає саме в організації й забезпеченні цієї

Основною умовою, що забезпечує розумовий розвиток дитини (на перших місяцях життя), є сформованість фізіологічних показників. Відповідно до цього треба уважно спостерігати за наявністю у дитини окремих рефлексів та їхніх комплексів, щоб зробити правильний висновок і деякі прогнози щодо можливостей та обмежень майбутньої діяльності дитини різними предметами, тобто предметної діяльності.

Однією з умов формування мисленнєвої діяльності дитини є її предметна діяльність. Тому потрібно знати основні показники рефлекторної діяльності дитини на першому році життя та час, коли ці рефлекси за нормального розвитку майже згасати (табл. 2.4).

Таблиця 2

**Рефлекси немовляти та час їхнього згасання**

			Після 4 міс.	Моро	Коли дитину різко опускають, обидві її руки випростовуються, пальці потім руки повертають у положення, а пальці згинають у кулак.							
			Зазвичай після 4 міс.	Шийно-тонічний	Коли голову дитини повертають у бік, вона викидає того самого боку, куди і протилежну руку та ногу (позу фехтувальника).							
			Після 4 міс.	Бабкіна	У разі натискання на долонь будь-якої з рук дитини вона повертає голову в бік, заплющує очі.							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Час згасання</th> <th>Назва рефлексу</th> <th>Описання рефлексу</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Після 2 міс.</td> <td>Опори</td> <td>Подібний до рефлексу крокування: коли дитину підносять до краю столу і вона його торкається ногами, то намагається на нього встати.</td> </tr> <tr> <td>Після 2 – 3 міс.</td> <td>Крокування</td> <td>Коли дитину тримають вертикально, спираючи її ступні об тверду поверхню, вона нахиливши тіло вперед, рухає ногами вперед.</td> </tr> </tbody> </table>	Час згасання	Назва рефлексу	Описання рефлексу	Після 2 міс.	Опори	Подібний до рефлексу крокування: коли дитину підносять до краю столу і вона його торкається ногами, то намагається на нього встати.	Після 2 – 3 міс.	Крокування	Коли дитину тримають вертикально, спираючи її ступні об тверду поверхню, вона нахиливши тіло вперед, рухає ногами вперед.	Зазвичай після 5 міс.	Хапальний кисті	Коли до долоні дитини торкнуться пальцем, вона сильно згинає кисть; в разі спроби забрати предмет з мається ще дужче.
	Час згасання	Назва рефлексу	Описання рефлексу									
	Після 2 міс.	Опори	Подібний до рефлексу крокування: коли дитину підносять до краю столу і вона його торкається ногами, то намагається на нього встати.									
Після 2 – 3 міс.	Крокування	Коли дитину тримають вертикально, спираючи її ступні об тверду поверхню, вона нахиливши тіло вперед, рухає ногами вперед.										
	Після 6 міс.	Бабінського	У разі подразнення ступні пальців спостерігається згинання бік підшви; великий палець згинається бік тильної частини ступні.									
	Після 6 міс.	Смоктання	Якщо прикласти палець до губ дитини, вона починає смоктати його.									

			динаміка станів	швидкість та легкість, з якою д від сну до бадьорості, від плачу
Після 8 міс.	«З очей на шию»	Якщо тримати дитину вертикально, не пр тримуючи її голову ззаду, і ввімкнути світ ло, то вона швидким рухом відкидається назад.	Регулювання станів	Легкість (тяжкість), з заспокоюється
			Вегетативна стійкість	Реакція дитини на раптове прит
Після 9 міс.	Хапальний ступні	Якщо натиснути кінчиками пальців на передню частину підошви дитини, то у неї відбудеться тонічне згинання ступні.	Рефлекси	Наявність у поведінці немовля та ступеня їхнього прояву
Упродовж життя	Зіниць	Зіниці дитини звужуються на яскраве світ та під час засинання; розширюються в темряві та в момент пробудження.		

Після 2 – 4 міс, коли частина рефлексів або замінюється ширшою пошуковою поведін терігати у неї перші так звані проінтелектуал ті, які поки що заміщають виконання дитиною лектуальних процесів). У подальшому саме і основою для появи дуже важливих новоутвор яких неможливий подальший рух дитини до ф лекту, що забезпечує утворення різних форм ду го поєднання.

Під час спостереження за рефлекторною діяльністю дит ни важливо звернути увагу на такі показники, як звикання орієнтувальна реакція, тонус м'язів тощо (табл. 2.5).

Отже, з моменту народження дитині і п років у неї можуть спостерігатися ха мисленневих проявів (табл. 2.6).

Таблиця 2

**Показники поведінки немовляти**

**Характерні ознаки мисленневих проявів (р**

Показник	Поведінка	Віковий період	Характерні ознаки проявів мис
Звикання	Швидкість, з якою дитина звекає до світ звуку, брязкальця, музичної іграшки	Від народженн	Власне інтелектуальні прояви не ст
Орієнтувальна	Швидкість, з якою дитина повертається		

	зв'язок між слуханням та розгляданням.		уявлення. Спостерігається діяльність д виконання. Здатна оперувати малими предме невідповідність між ними. Може стати на точку зору іншого. Може упереджувати результати св
3,5 – 5,5 міс.	Ознайомлення з предметами через координа рухів очей. Починає цікавитися світом, а найбільше маленькими предметами.		
5,5 – 8 міс.	Дитина вже майже пройшла всі 4 етапи дій предметами: 1) відсутність інтересу до предметів; 2) з'являється інтерес до предметів (через власн кулак); 3) взаємодія з предметами; 4) зосередження на властивостях предмета. Відбувається накопичення досвіду. З'являється поведінка з подолання труднощів як перша форма розв'язання завдань.	2 – 3 роки	Наявні розмірковування перед ді обсяг знань про світ (завд встановлює умовно-наслідкові зв цікавість до феномену життя та вільно володіє абстракцією.

Узагальнюючи дані табл. 2.5., зазначимо життя дитини можна орієнтуватися на сенсомоторного інтелекту, виділені психологом 2.7.).

8 – 14 міс.	Враховує надбання попередніх фаз. Крім того, розвиток мислення на цьому етапі тісно пов'язаний з мовленням; виокремити певні інтелектуальні прояви поки що неможливо.	<b>Стадії сенсомоторного інтелек</b>			
		<b>Стадія</b>	<b>Віковий період, міс.</b>	<b>Назва періоду</b>	<b>Хара відпо</b>
		1.	0 – 1	Рефлекторна поведінка	Смокта розгляд;
		2.	1 – 4	Первинні реакції	Взаємне основни рухів.
		3.	4 – 8	Вторинні реакції (саме з цього віку	Започат стратегі планува

		вторинних реакцій	передбаченими, з'являється здатність пошуку схованих об'єктів.	24 – 36	Вибирає та роздивляється книжки розпізнає об'єкти на малюнках, називає об'єкти. Може доторкнутися до 1 об'єкта. Розрізняє чотири кольори. Може полічити їх. Розрізняє чотири кольори. Може погратися з незнайомою іграшкою.
5.	12 – 18	Третинні реакції	Методом спроб помилок актив досліджує предмет іграшки тощо.	36 – 48	Називає п'ять – шість кольорів. Свідомо розкладає кубики або кільця. Розпізнає та визначає проблему. Виконує дві – три частини з мистецької роботи. Ставить запитання для отримання інформації («Чому?», «Як?» тощо). Уміє полічити до семи об'єктів. Знає свій вік. Називає 6 частин тіла, якщо доросла людина виконує функції («Чим ми беремо ложку?»). Сортує об'єкти за групами з однаковими характеристиками (колір, форма, розмір). Називає або парують об'єкти, що використовуються разом («Що беремо разом із щіткою для зубів?»).
6.	3 – 18	Ментильні комбінації	Уявляє дію подумки перед її виконанням знаходить нові способи досягнення поставленої мети.	48 – 60	Підказує, римує слова для закінчення речення. Малює людину за п'ятьма характеристиками (такими, як голова, шия, тулуб, руки, ноги). Може назвати та показати на малюнку частини тіла. Може назвати та описує малюнок. Може підібрати чотири протилежні характеристики («Холодний, вогонь – гарячий»). Може розпізнати різні види тварин.

Отже, в ці періоди формуються певні елементарні, а також дуже важливі інтелектуальні здібності: 1) здатність використовувати звичайні предмети; 2) розуміння постійно різних об'єктів; 3) символічна система, яка передують оволодіння мовленням.

У період розвитку дитини з 2 до 7 років учені свідчать про появу доопераційного інтелекту, який зі свого боку, поділяють на допонятійний, символічний (2 – 4 роки) та інтуїтивний, а також перехідний (5 – 7 років).

Доопераційний інтелект має такі особливості: 1) конкретність дитячого мислення; 2) певна егоцентричність, тобто в центрі всього дитина ставить своє індивідуальне «Я»; 3) фокусування уваги на тих станах предметів, які дитина безпосередньо спостерігає.

Дітям переддошкольного і дошкольного віку (від 3 до 7 років) притаманні ознаки інтелектуального розвитку, наведені

використовує матеріали і приладдя (ножиці, фарба тощо). Відповідає на запитання на додавання та віднімання об'єктів у межах п'яти. Вказує на кількісних предметів; визначає, де більшість предметів (усі, перший, середній, останній) предметів (предметів).

#### 4. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини

Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини у перші тижні та місяці життя вже характеризує ті природні механізми, які використовуватимуться нею під час становлення мовлення. Крик здорової дитини характеризується голосом, коротким вдихом і подовженим видихом. Уже відразу після народження крик набуває різного обертонального забарвлення і є першою інтонацією, значущою за своєю комунікативним змістом (крик дискомфорту, голоду).

З 2 – 3 міс. дитина часто реагує криком на припинення спілкування з нею. Саме подальше інтонаційне збагачення свідчить про початок формування у неї функції спілкування. У цей період дитина починає прислухатися до звуків мовлення, відшукувати поглядом джерело звучання, повертати голову людини, що звертається до неї, зосереджуючи свою увагу на обличчі, губах дорослого.

У «гулініні» (2 – 3 міс.) уже можна виділити звуки, нагадують голосні (*а, о, у, е*), найлегші для артикулювання; гук приголосні (*п, б, м*), зумовлені фізіологічним актом ссання задньоязикові (*г, к, х*), пов'язані з фізіологічним актом ковтання.

– *га*), зосереджено прислуховуючись до себе. Після 8 міс. звуки, що не відповідають формі мови, поступово починають з'являються нові мовленнєві звуки, подовженні мовленнєвого оточення. Саме в цей період починає розвиватися власне мовленнєва пам'ятка неформуються фонетична (звукова) система рідної мови. У 10 – 12 міс. життя діти вже здатні знайти найтипівші характеристики мовленнєвого рідного мовлення.

Діти починають з'являються перші слова (До того ж зауважте, що темп розвитку усного мовлення не збігаються з темпом формування розуміння мовлення, оскільки діти адекватно реагують на слова і фрази на зразок «мама, телевизор, вікно?» тощо). Отже, перші слова з'являються наприкінці першого року життя. У мовленні у хлопчиків і дівчаток спостерігається різниця у відмінності. Є дані про те, що у дівчаток слова з'являються на 8 – 9-му, у хлопчиків – на 11 – 12-му міс. життя. Діти характеризуються низкою особливостей, зокрема: – тим самим словом (мама) дитина може повторити звертання, вказівку, прохання, скаргу; – слово може висловлювати закінчене речення, тобто відповідати реченню; – слово зазвичай може бути поєднане з іншими словами, складами, що повторюються (*ма – ма, па – па, дя дя*); – за збереження частини слова (короткі слова, слова наголошеного складу) звуковимовна є спотворення стають дедалі помітнішими і частішими; – спотворення стають дедалі помітнішими і частішими; – поповнення словника дитини і розвитку лексичної сторони її мовлення. Це особливо помітне.

Швидкість оволодіння активним словником вірші, казки, передають зміст малюнків. Св переддошкільний вік має індивідуальний характер. Особливоджують мовленням, що свідчить про форм швидко поповнюється словник в останні місяці другого рогуляторної функції мовлення.

життя. Наприкінці другого року життя формується так У 5 – 6 років у мовленні дітей з'явля елементарне фразове мовлення, яке охоплює зазвичай два – тіменники і нові слова, утворені за доп слова, що висловлюють вимогу («мама, дай», «тато, йди», «Н:Наприкінці п'ятого року життя діти оволодіва пити дати»). Якщо до 2,5 року елементарне фразове мовлення мовленням, тобто здатністю самостійно ств сформувалося, то вважають, що темп мовленнєвого розвитповідомлення, їхні висловлювання за фо дитини відстає від норми. Для фраз наприкінці другого ронагадувати короткі оповідання з включе життя дітей характерним є те, що вони здебільшого вимовлякпотребують значної кількості слів. У це їх з особливим порядком слів, за якого «основне» слово стоїть спостерігають збільшення граматичи першому місці. У цьому віці діти починають розмовляти(неузгодженість слів за відмінком, родом і чис іграшками, домашніми тваринами. Наприкінці двох роіструктурі речень, труднощі у плануванні мовлення стає основним засобом спілкування з дорослими. МсЗ'являються паузи хезитації, що відображу жестів і міміки починає поступово згасати. активність дитини, спрямовану на пошуки ад

На третьому році життя різко посилюється потреба дити або граматичної конструкції. На думку вчен у спілкуванні. У цей період не тільки стрімко збільшується обсафективне напруження дитини стосується н загальноновживаних слів, а й зростає здатність до словотворенконтекстного мовлення, скільки його лекс («Андрюшка – подушка», «копатка» замість лопатоформлення. Приблизно з 6 років формування «відключити двері» замість відкрити двері). Поступоу лексико-граматичному плані вважають завері формується вміння правильно пов'язувати слова у реченні. Е 3 7 років життя діти вживають слова, що простої фрази з двох слів дитина переходить до вживантя, а також слова з переносним значенням, по складної фрази з використанням сполучників, відмінкових фо ють розмовно-побутовим стилем мовлення. іменників однини і множини. Збільшується кількіс Узагальнюючи викладене, зазначимо, що прикметників. вого розвитку дітей від 1 до 6 років вважають (

Після 3 років інтенсивно розвиваються фонематичні прто особливо чутливим як до сприймання мов песи і формується звуковимовляння. Вважають, що звуковоточують їх, так і до впливу різних чинників зс стороною мовлення за нормального мовленнєвого розвитку дрішнього середовища. Саме в цей період діти тина оволодіває в 4 – 5 років. Нормативні мовленнєві звуки сппродуктивно оволодівати усним мовленням з чатку дуже нестійкі, легко спотворюються в разі збудження здоров'я дитини і сприятливого мовленнєвого о

оточення, багато нових людей в оточенні дитини, зміна мови. З'являються повторення складів, слів, словосередовища тощо). У будь-якому разі оволодіння усвідомлені фізіологічні ітерації. Цей період характер мовленням у період впливу шкідливих чинників утруднюється особливостями мовленнєвого дихання. Дитин Соматичні й особливо нервово-психічні захворювання, а також мовленнєве висловлювання в будь-якій із фаз емоційна деривація, обмеженість мовленнєвого спілкування вдиху, видиху, в паузі між видихом і можуть призвести до затримки, спотворення і патологічного мовленнєвого висловлювання дітей цього віку мовленнєвого розвитку. Незважаючи на, що весь період від 1 вираженими вегетативними реакціями: поче 6 років вважають чутливим для розвитку мовлення, на цю частим диханням, загальним м'язовим напружені спостерігаються достатньо обмежені за час. У цей самий період мовлення самої дитини гіперчутливої фази. інтелектуального та мовленнєвого розвитку. У

*Перша* з цих фаз характерна для періоду накопичення підвищена потреба в мовленнєвій активності перших слів. Умовно це період від 1 до 1,5 розвертається до дорослого із запитаннями, ініційованими Гіперчутливість цієї фази виявляється з одного боку, в тому, що його до спілкування з собою. Психічні що адекватне мовленнєве спілкування дорослого з дитиною (будь-які види сенсорних депривацій можуть змусити дитину досить швидко накопичувати слова, які стають темпом мовленнєвого розвитку (затримання мови основою для подальшого нормального розвитку фразової), а й призвести до патології мовлення (заїкання мовлення. З іншого боку, недостатнє мовленнєве спілкування дорослими, соматичні і психічні стреси призводять до формування контекстного мовлення, тобто порушення мовлення, що формується. Це може виявлятися в складності розуміння тексту. В цей період у дитини інтенсивно затриманні появи перших слів, у «забуванні» тих слів, істотно ускладнюється механізм переходу від дитини вже знала, і навіть у припиненні мовленнєвого розвитку зовнішнє мовлення. Як і у віці 3 років, центр

*Друга* гіперчутлива фаза в розвитку мовлення дитини настає в дітей 5 – 6 років у процесі мовлення значно стосується трьох років (2,5 – 3,5 року) її життя. Це період, коли дитина у цьому віці, з одного боку, надто активно опановує розгорнуте фразове мовлення, тобто якості мовленнєвих зразків контекстного мовлення переходить від несимволічної до символічної вербалізації (іншого – психічні стреси можуть призвести до конкретних до узагальнених форм спілкування), і в разі мовленнєвої патології, а обмеження мовленнєвих односкладових фраз до комплексних та ієрархічно організованих низький рівень мовленнєвого оточення – синтаксичних і семантичних структур. Саме в цей період різко формованості монологічного мовлення. У ускладнюється внутрішньомовленнєве програмування. недостатність погано компенсується й потребою

Реалізація дитиною мовленнєвого задуму на цьому етапі допомоги.

## Розвиток активного мовлення

Вік, міс.	Характерні ознаки нормального мовленнєвого розвитку дитини	
		голосів диких і домашніх тварин.
		20
		Формується зв'язок між звучанням значенням.
		24
2	Вимовляє нейтральні (нечіткі) голосні звуки, часто закритим ротом. Гуління.	Використовує словосполучення від 3 до «телеграфне мовлення»).
6	«Діалоги» у вигляді вимовляння голосних звуку повертання голови (або всього тіла) у бік батьків. По приголосних. Використовуючи свої можливості, змінює гучність і висоту голосу.	Використовує прості запитання (наприклад «Іти?»).
8	Лепетання, вимовляє склади на зразок: «гу-гу». Плач і сміється. Використовує у лепетанні різні види інтонації, зокрема інтонацію запитання. З'являються вказівні жести, складоподібне лепетання на зразок: <i>би-ба-ба, ма-ма-ма</i> . Одночасно з'являються лепетання інтонаційно подібне до мовлення дорослого («розмовляю фразами»).	Супроводжує вимовляння слова «це» вказівним жестом. Називає себе по імені, але не «я».
8 – 12	З'являються перші слова.	Коротко переказує висловлювання дитини. Може підтримати тему розмови.
12 – 16	Використовує слова, за інтонацією подібні до речень. Грає з використанням голосних звуків.	Мовлення сфокусоване на теперішній час.
15 – 18	З'являються перші речення разом з першими диференціаціями слів. Використовує жести і вокалізацію для привертання уваги, вказування на предмети, а також для прохання. З'являються осмислені слова, які тривалий час чергуються з лепетанням.	36
18	Словниковий запас: від 3 до 50 слів.	Словниковий запас приблизно 100 слів. Правильно використовує граматичні форми минулого часу, прикметники тощо).
18	Спостерігається перенесення значення слів (наприклад «тато» – звертання до всіх чоловіків.	Зрідка спостерігаються ехолоалічні повторення. Частіше використовує мовлення для повідомлення інформації.
		48
		Використовує складні структури речень, наприклад «Уранці я піду до дитсадка і буду грали в гру ввечеряю, а потім подивлюся мультики про тему розмови і додаю нову інформацію, яку не розумію, прошу пояснити висловлювання дорослого. Пристосовує мовлення залежно від слухача (наприклад мовлення для дворічної дитини).

	(граматичні – неграматичні структури) та виправляє помилки. Розуміє жарти і сарказми, впізнає мовленнєву двозначність. Зростає здібність пристосовувати власне мовлення залежно від слухача.	9 – 10	місцеперебування. Формується процес слухової диф мовлення.
65 – 72	Переказує відомі казки, оповідання. Складає і розповідає власні оповідання. Поширює речення. Приєднується до тих частин оповідання, пісні, вірша, що повторюються. Використовує описові слова щодо тканин, смаків тощо (м'які, жорсткі, солодкий тощо).	9 – 11	Зупиняється, почувши попереджене висловлене розмовним мовленням.
		9 – 10	Виконує прості вказівки (на зразок «Дай...»).
		10 – 11	За словесною інструкцією виконує предметами
		10 – 12	Розуміє жест «бувай-бувай» («до побачення»)

Таблиця 2.10

**Розуміння мовлення**

<b>Вік, міс.</b>	<b>Характерні ознаки нормального розвитку розуміння мовлення</b>		
2 – 5	Впізнає материнський голос	15	Розуміє, що означають слова «відкрити», «закрити», виконує інструкції, в яких є ці слова.
3 – 6	Швидко повертає голову на знайомий голос	15 – 18	Узагальнює предмети за істотними ознаками лексичного запасу дитини.
4 – 6	Реагує, почувши своє ім'я		
4 – 7	Повертається, почувши своє ім'я	15 – 19	Виконує інструкції, що складаються з двох дій, наприклад: «Піди в кімнату і принеси книжку».
6 – 8	Реагує, піднімаючи ручки, на прохання «Іди до мене»		
7 – 9	Зупиняється, почувши своє ім'я.	15 – 20	Розуміє, що означають прийменники «з», «під», «над», виконує інструкції з цими словами.
7 – 12	Розпізнає назви знайомих предметів		
8 – 9	На запитання «Де ...?» знаходить поглядом і вказує пальцем на знайомі предмети, що перебувають у полі зору.	18 – 25	Розуміє значення слів, що вказують на частину тіла (голова, руки, ноги).

		2 – 3	Вигукує звуки, коли з нею розмовляю
19 – 26	Правильно відповідає («так» чи «ні») на про запитання.	2 – 3	Користується голосом для висловлю тільки плаче).
20 – 29	Розуміє, що означає слово «один» – дає (бере) саме о предмет.	2 – 5	Намагається привернути увагу дорос та усмішкою.
20 – 30	Розуміє, що означає слово «всі» – дає (бере) прохання, наприклад, усі олівці.	3 – 4	Збуджується (радіє), коли дорослий Упізнає знайомих дорослих.
21 – 30	Правильно визначає (вказує) предмет за назвою й кольору.	3 – 5	Трясе брязкальцем, якщо його вкласти
22 – 24	Розуміє коротке оповідання дорослого про події, були у досвіді дитини.	6	Простягає руки, чекаючи, коли її візь
23 – 36	Показує на прохання більший з двох предметів.	3 – 6	По-різному реагує на сторонніх люде
48 – 70	Слухає оповідання та стежить за малюнками. вико три – і багатоступеневі інструкції. Задає відпові запитання.	4 – 8	Посміхається, коли дорослий робить Тягнеться до знайомої людини.
		5 – 7	Голосно сміється, коли лоскочуть. Прибирає хустинку, якщо нею закрити
		5 – 9	Сміється, коли дорослий робить сміш
		6 – 8	Кидає іграшки і дивиться, як Намагається привернути увагу дор тягнеться до нього і протягує руки.
		6 – 9	Реагує на гру в схованку («ку-ку»).
		7 – 8	Кидає і піднімає іграшки
		7 – 9	Любить кидати іграшки, для того

## 5. Розвиток спілкування та гри

Розвиток комунікативних умінь та навичок дитини формуються в процесі пізнання навколишнього світу, спілкуванні з дорослими та ровесниками. Велике значення має ігрова діяльність. Розглянемо зміст основних етапів формування різних видів діяльності дітей раннього віку та ті вміння, що мають бути сформованими у певний віковий період (табл. 2.11).

	Плаче або повзе за мамою після того, як вона виходить з кімнати.	15 і більше ніж 15	Обіймає або цілує ляльку.
8 – 10	Імітує гру «долоньки-долоньки».	13 – 17	«Пише» олівцем або ручкою.
8 – 11	Пручається, коли дорослий (або дитина) намагається відібрати іграшку. Обіймає маму, виявляючи свою любов до неї.	13 – 19	Цілує дорослого, коли просять.
8 – 13	Плаче, коли сварять.	14 і більше ніж 15	Підмітає віничком.
9 – 12	Грає у схованку («ховає» обличчя долонями). Дарує іграшку матері, якщо вона попросить. Простягає руку, щоб показати, що в ній тримає.	14 – 19	Копав лопаткою.
10 – 11	Плескає в долоні, коли просять.	14 – 20	Чмокає губами, щоб показати «смачне» в значенні «ні».
10 – 12	Вказує рукою (чи пальцем) на щось для неї цікаве. Вказує на предмет, який хоче взяти. Вимагає щось дати, простягаючи руку і виконуючи хапальний жест (розкриває і закриває долоню). Переносить дії, розучені з одним предметом, на інші. Катає м'ячик з дорослим. Стискає ляльку чи іншу іграшку, щоб вони зазвучали. Грає з ляльками.	14 – 21	Повторює слова, коли просять.
		15 і більше ніж 15	Просить їжу за допомогою слів чи звуку.
10 – 14	Прикладає до вуха телефонну слухавку.	Більше ніж 15	Відображує в грі окремі дії, за які раніше.
11 – 15	«Читає» (відкриває книгу, перегортає сторінки). Возить іграшкову машину або іграшковий візок.	15 – 18	Імітує знайомі справи (наприклад, телефону) або «спить»).
12	Зростає зоровий контакт з дорослими під час гри з іграшками. Киває головою на знак заперечення.	Більше ніж 15 – 19	Зазвичай ділиться іграшками або іншими предметами.

## Соціальні зв'язки дитини у різні період,

18	Кладе ляльку в ліжко		
18 – 28	Іноді говорить «ні», коли дорослий на чому наполягає		
19 – 29	Посилає повітряні поцілунки		
20	Співчуває іншим дітям, намагається допомогти втішити їх	<b>Вік, міс.</b>	<b>Характерні ознаки нормального розвитку</b>
22 – 24	Відтворює низку послідовних ігрових дій	1	Виявляє інтерес до людського обличчя обличчя матері.
23 – 25	З'являються епізоди, що нагадують гру	2	Може з'явитися посмішка в разі обличчя.
24	За умови активності дитини з'являється діяльність подібна до ігрової (наприклад, ігри на зразок «Дожді і доторкнися»).	6	Роздивляється на своє зображення у дзеркалі.
24 – 28	Гра набуває сюжетного характеру; відображає різноманітні сюжети з життя людей, що оточують її. Характеризується взаємозв'язком і послідовністю дій. Починає використовувати предмети заміників. Висловлює скарги словами.	6 – 7	Відрізняє «своїх» і «чужих». Стримано зустрічає незнайомих людей. Всміхається мамі і тим людям, яких доторкнулася на руки. Просить поносити її.
26 – 40	Вітається (наприклад, «Привіт»)	7	Починає поглядом активно шукати мисливець.
27 – 40	З'являються елементи рольової гри з відображенням дій людських взаємостосунків	8 – 11	Не звертає уваги на інших дітей.
28 – 36	Навчається взаємодії з однолітками	8 – 12	Кричить і плаче, коли її забирають в особу, яка постійно про неї дбає). Про
36	Епізоди наслідування взаємостосунків з дорослим. Часто свариться з однолітками.		
36 – 38	Любить допомагати батькам у веденні домашнього господарства		
36 – 40	Любить смішити інших. Бажає зробити щось добре батькам.		
37 – 40	Виключає небажаних дітей з гри		
45 – 48	Віддає перевагу друзям по грі.		
46 – 48	Взаємодіє з однолітками вербально (словесно), іноді		

	<p>Посміхається у відповідь на результат дії (наприклад відкрила коробочку) за наслідуванням.</p> <p>Виявляє нестійкий інтерес до дітей, їхньої гри.</p> <p>Радіє веселим іграм з дорослим, танцювальним рухам.</p> <p>Посмішкою, хниканням звертає на себе увагу, проситься руки.</p> <p>Розрізняє і адекватно (відповідно) реагує на міміку та вигук дорослого, позитивно чи негативно забарвлені.</p> <p>Плаче, ображається, відповзає: у відповідь на різний тон голосу дорослого; з появою незнайомої людини; у разі невміння виконати дію.</p> <p>Незадоволена, якщо не може самостійно змінити позу.</p> <p>З'являється специфічний вираз обличчя за різних ситуацій: інтерес, задоволення, радість, увага, образ.</p> <p>Повзе назустріч іншій дитині.</p> <p>Наслідує деякі рухи та дії іншої дитини.</p>	<p>Починає грати у «дім», залучається до гри.</p> <p>Бере участь у заняттях у малих групах (плескання в долоні, танці тощо) впродовж 10 хв.</p> <p>Знає ознаки статі.</p> <p>Наполягає на самостійності.</p> <p>Послідовно виконує три – чотири завдання нагадування.</p> <p>Самостійно грається за власною ініціативою.</p> <p>Виражає різні емоції відповідними діями.</p> <p>Виразом обличчя.</p>	
		30 – 36	Виявляє елементи негативізму і самостійності.
		36	Розповідаючи про себе, починає вживати іменники.
		36 – 48	Ініціює соціальну взаємодію з іншою дитиною. <p>Ділиться іграшками, матеріалами або створює спільну гру.</p> <p>Починає розігрувати драматичні ігри (наприклад, подорож, іграшки зображає тварин).</p> <p>Питає дозволу взяти річ, що належить іншій дитині.</p> <p>Бере участь у діяльності малих груп (наприклад, педагога) впродовж 10 – 15 хв.</p> <p>Грається з 2 – 3 дітьми з частими взаємодіями впродовж 15 хв.</p> <p>Чекає або відкладає виконання свого завдання.</p> <p>Сумлінно виконує до трьох правил денного режиму.</p>
12	Сміючись та лепечучи, протягує та віддає іграшку іншій дитині. Шукає іграшку, «заховану» іншою дитиною.		
15 – 18	Вимушено звертає увагу на інших дітей – частіше зв'язку з тим, що починає взаємодіяти з ними (наприклад, хоче взяти той самий предмет).		
16 – 18	Виявляє адекватні реакції на різні ситуації.		
19 – 21	Виявляє деякі ознаки недовіри.		
19 – 24	Граючись із дітьми, не займається спільною діяльністю. Кожна дитина грає окремо, сама собою. Дружні зв'язки короткочасні, нестійкі.		
24	Вдосконалює вибіркове ставлення до дітей і дорослих. З'являються елементи фантазії.		
24 – 30	Виявляє елементи символічності, імітує деякі елементи побутового та соціального життя.		
			Проводить дозвілля, спілкуючись сама з собою. <p>Часто ставить запитання дорослим.</p> <p>Уважно слухає розповідь дорослого чи інших дітей, щоб її слухали.</p>

	показники	Вік		
		4 роки	5 років	6 ро
<p>переконанням або переговорами. Розповідає про недавні заняття, події. Потребує позитивного оцінювання своїх дій, вчинків. Пояснює причини почуттів своїх товаришів. Послідовно і самостійно намагається виконати завдання, що відповідає рівню розвитку. Обережно поводить з речами, що належать іншим. Припиняє негідну поведінку після першого зауваження. Самостійно розв'язує, завдання, які ставить перед собою. Зосереджується на новій інформації. Активно та творчо грається. У щоденній діяльності використовує побутові знання та вміння. Об'єктивно оцінює складність завдань і свої можливості щодо їхнього виконання.</p>	<p><b>Моторний розвиток</b></p>	<p>1. Вільні координовані рухи, під час ходьби не шаркає ногами. 2. Кидає м'яч двома руками, відштовхує, ловить його, не притискаючи до грудей. 3. Стрибає з висоти і в довжину (на 15 – 20 см), підскакує на місці з відривом ніг від підлоги. 4. За сигналом може стримувати рух. 5. Любить лазити. 6. Заводить ключем механічну</p>	<p>1. Формується правильна постава, правильно тримає голову під час ходьби і бігу. 2. Добре координовані рухи рук і ніг під час ходьби. 3. Вміє ходити і бігати по колу, на носочках, тримаючись за руки: не боїться стрибати з висоти. 4. Може ходити по бруску 30 см. завширшки і 20 см. заввишки. 5. Б'є м'ячем об землю, підкидає і ловить його. 6. Чітко координує рухи пальців під час конструювання. 7. Добре і вільно малює горизонтальні і</p>	<p>1. Рухи набувають легкості стають енергійнішими. 2. Із захопленням стрибає розгону висоту довжину. 3. Розмаля підметання предметів. 4. Ловить однією рукою по лавці. 5. Може ходити по лавці. 6. Вміє стрибати місці, почергово змінюючи ноги. 7. Вільно малює і фає вирізує ножицями</p>
60 – 72	<p>Самостійно вибирає друзів серед інших дітей. Послідовно розв'язує проблеми за складних ситуацій. Грає у змагальні ігри. Разом з іншими дітьми бере участь у кооперативних іграх, що передбачають групове прийняття рішень, розподілення ролей, чесну гру. Вітає, підтримує іншу дитину чи допомагає їй. Висловлює позитивні твердження щодо своїх здібностей. Самостійно виконує всі аспекти завдання, що відповідає розвитку. Самостійно працює впродовж 20 хв.</p>			

Порівняльну характеристику стану загального розвитку дитини від 4 до 7 років наведено у табл. 2.13.

	ллі.			голку, пришивавши гудзика. 7. Може користуватися пилкою і молотком.	<b>Розумовий розвиток</b>	1. Розуміє поняття «багато», «мало», «один», рахує до п'яти, знає пори року, доби (день – ніч). 2. Задає запитання: «Що?», «Навіщо?», «Чому?». 3. Уважно слухає, переказує, виділяє істотне в казці, називає сюжет картин. 4. Мовлення фразове, граматично оформлене.	1. Рахує до п'яти, порівнює невеликі кількості. 2. Формуються узагальнені поняття на зразок: «меблі», «фрукти», «транспорт» тощо. 3. У розповіді може виділити причинно-наслідкові зв'язки узагальнювальних понять. 4. Мовлення фразове, з правильною вимовою.	1. Рахує десяти, числа межах 10. 2. Поняття розподі. рівні частини. 3. Послужбові назви тижня, року. 4. Можливо узагальнені і предметом методом виключення називає складові частини. 5. Робить послідовні умовні малюнки. 6. Мовлення міркує, мовлення недорік
<b>Сенсорний розвиток</b>	1. Знає шість основних кольорів, добирає предмети за кольором і відтінком. 2. Знає і добирає «коло», «квадрат», «трикутник», вміє порівнювати предмети за довжиною, шириною, висотою. 3. Правильно орієнтується в просторі, знає	1. Знає вісім кольорів, під час малювання використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки. 2. Може розставити предмети в зростаючому й зворотному порядку. 3. Орієнтується в сторонах власного тіла і тіла співрозмовника.	1. Ретельно, планомірно досліджує предмети за допомогою зору і на дотик. 2. Визначає і називає нові геометричні форми – ромб і овал. 3. Правильно називає відтінки кольорів (блакитний, рожевий, фіолетовий, сірий).	1. Правильно називає прості і складні геометричні форми. 2. Правильно вказує на основні відмінності геометричних форм. 3. Під час малювання правильно використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки.				

				оукви, читає склади		Дотримуєть ся елементарн их правил поведінки у суспільстві 3. Сформовані гігієнічні навички (охайність, умивання, миття рук після туалету).	ті за доручену справу, прагне бути корисним для оточення. 3. Вміє підкоряти свої бажання вимогам дорослих, починає засвоювати правила взаємостосункі в.	поведін розумін їхнього значенн 3. Не сама ви правила поведін ї ст щоб дотриму ся інші
<b>Ігрова діяльніс ть</b>	1. З'являєть ся сюжетно- рольова гра з двома – трьома дітьми. 2. Гра триває від 10 до 40 хв. 3. З'являють ся улюблені ігри, любить грати з будівельни м матеріалом. 4. Займаєт ся конструюва нням більше ніж 10 хв., будує - «гараж», «кімната».	1. Збільшуєтьс я розмаїття ігор, збагачується сюжетний задум гри. 2. Стрижнем гри є взаємини між людьми. 3. У гри дотримується визначених правил, що відображують суспільні функції. 4. Гра тривала.	1. Виявляє стійку зацікавленіст ь до гри. 2. Є улюблені ігри і ролі. 3. Сюжет гри набуває найбільшої повноти, яскравості і виразності. 4. У гри найчастіше відображує життя людей, що оточують її.	1. Створює план гри, удосконалює її задум, надає перевагу груповим іграм. 2. У процесі гри узагальнює її аналізує свою діяльність. 3. Гра може тривати впродовж кількох днів. 4 Віддає перевагу груповим іграм.	<b>Навичк</b>	1. Самостійно одягається, застібає гудзика, блискавку, але не шнурує черевики. 2. Самостійно їсть, при цьому правильно тримає ложку, уміє користувати ся	1. Вміє правильно користуватися предметами домашнього побуту. 2 Вміє підтримувати чистоту і порядок у кімнаті. 3. Самостійно одягається, зокрема зав'язує шнурки.	1. Все робити самостійно вмивати вдягати користу я сто посудом 2. Акти підтрим встанов порядок чистоту вдома дитячом садку. 3. Віль користу ножиця
<b>Поведін</b>	1. Уважно	1. Міркує з	1. Погоджує	1.				

Потреба у спостереженні за розвитком дитини: не підлягає сумніву. Знання, здобуті до того ж, допоможуть спланувати, виховувати та навчати дитину, робити певні прогнози щодо того, в який дитячий садок (а потім і в школу) дитина піде, і бачити динаміку розвитку її психічних процесів (сприйняття, уявлення, мислення, мовлення тощо). Ці знання дадуть змогу краще зрозуміти її соціальну поведінку: чи вмє вона співчувати, чи усвідомлює почуття інших людей (радість та сум), допомагає іншим, як грається з іншими дітьми тощо.

Також треба враховувати, що багато часу потрібно дитині, щоб чомусь навчитися, яка на той час є надто мало розвинутою. Проте за кілька місяців, коли вона досягне відповідного рівня розвитку, те, що вона не змогла освоїти, стане їй доступним. Отже, пам'ятаймо, що існують певні періоди розвитку, коли навчання та виховання є найефективнішими і коли дитина засвоює певні знання, вміння та навички відносно швидко і легко. Крім того, психічний розвиток значною мірою визначається фізичним дозріванням. Просте дозрівання є одним з чинників, відповідальний за помірний розвиток дитини. Ще два важливі моменти: по-перше, навколишнє середовище, в якому розвивається дитина, по-друге, загальні принципи виховання.

Достатній рівень фізичного дозрівання, навколишнє середовище і відповідне виховання є складовими одного процесу соціалізації. За його допомогою дитина адаптується до певних звичок а також звичаїв своєї культури.

## 7. Основні форми і види мовленнєвих порушень

Відомо, що порушення мовлення мають різнобічний характер залежно від їхнього ступеня, локалізації функцій

Правдіна, С. Ляпідевський, Б. Гріншпун). В класифікації покладено вивчення причин (етіології), мовленнєвої недостатності. Виділяють різні мовленнєві патології, кожна з яких має певний патогенез, симптоматику і динаміку прояву.

Схематична клініко-педагогічна класифікація

Всі види порушень, що розглядаються в цій класифікації, на основі психолого-лінгвістичної можна поділити на дві великі групи залежно від вигляду мовлення є порушеним: **усний** або **письмовий**

**Порушення усного мовлення**, зі свого боку розділені на два типи: 1) фонетичне (зовнішнє) висловлювання, яке називають порушенням звукової сторони мовлення, і 2) структурно-семантичне оформлення висловлювання, яке в логопедичній системі або поліморфними порушеннями мовлення

1. Розлади фонетичного оформлення мовлення можуть бути диференційовані залежно від порушення: а) темпу-ритмічного висловлювання, б) інтонаційно-мелодійної організації. Ці розлади можуть спостерігатися в різних комбінаціях, залежно від чого в логопедичній практиці такі види порушень, для позначення яких існують традиційно закріпилися:

### Порушення усного мовлення

Розлади фонетичного оформлення:

**I. Дисфонія** (афонія) – відсутність або ослаблення голосу, порушення фонетичної організації мовлення, порушення фонетичних зв'язків.

мовлення. **Синонім:** *брадифразія*.

Проявляється в сповільненій реалізації артикуляторської програми, є центрально зумовленою і може бути функціональною за своєю природою.

**3. Тахілалія – патологічно прискорений темп мовлення.** **Синонім:** тахіфразія.

Проявляється в прискореній реалізації артикуляторської програми, є центрально зумовленою, органічною порушення умов реалізації звуків.

При сповільненому темпі мовлення є розтягнутий характер, а при їхній відсутності – функціональним, монотонним. При прискореному темпі – квапливий, стрімким, напористим. Порушення виникає зазвичай у процесі речення, супроводжується аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

Ці дефекти є вибірковими, і кожен з них супроводжується неабсолютно повними паузами, запинками, спотиканням, називається **полтреном**. Брадилалія і тахілалія механізму фонаційного оформлення висловлювання об'єднуються під загальною назвою – порушення темпу мовлення. Наслідком порушеного темпу мовлення є порушення плавності мовного процесу, ритму і мелодико-інтонаційної виразності.

**6. Ринолалія – порушення тембру голосу.** **Синоніми:** *гнусавість* (застаріле), *пал*

**4. Заїкання – порушення темпу ритмічної організації мовлення, зумовлене судомами м'язів мовленнєвого апарату.** **Синоніми:** *логоневроз*, *lalovros*, *balbuties*.

Є центрально зумовленим, має органічну функціональну природу, виникає найчастіше в ході мовленнєвого розвитку дитини.

**5. Дислалія – порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій іннервації мовленнєвого апарату.** **Синонім:** *мова при ринолалії малорозбірлива (невизначені дефекти звуковимови, фонетичні дефекти, недоліки вимови)*

чого продукуються ненормовані звуки.

Порушення вимови розглядаються або як несформованості операцій розрізнення і (тобто дефекти сприйняття), або як несформованості операцій розрізнення і (тобто дефекти продукування).

При анатомічних дефектах порушення мовлення виникає зазвичай у процесі речення, супроводжується аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

Ці дефекти є вибірковими, і кожен з них супроводжується неабсолютно повними паузами, запинками, спотиканням, називається **полтреном**. Брадилалія і тахілалія механізму фонаційного оформлення висловлювання об'єднуються під загальною назвою – порушення темпу мовлення. Наслідком порушеного темпу мовлення є порушення плавності мовного процесу, ритму і мелодико-інтонаційної виразності.

**6. Ринолалія – порушення тембру голосу.** **Синоніми:** *гнусавість* (застаріле), *пал*

Проявляється в патологічній зміні тембру голосу, виникає зазвичай у процесі речення, супроводжується аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

Проявляється надлишково нагнітаним звуком, виникає зазвичай у процесі речення, супроводжується аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

Проявляється надлишково нагнітаним звуком, виникає зазвичай у процесі речення, супроводжується аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

Окрім цього при ринолалії спостерігається порушення вимовляння всіх звуків мови (а не окремих, а не окремих, а не окремих).

При цьому дефекті часто трапляються і просодичні порушення, які виникають зазвичай у процесі речення, супроводжуються аграматизмами. І ці явища інколи виділяються як самостійні порушення, виражені в термінах **баттаризм** та **парафразія**.

відносять до ринофонії.

слів.

**7. Дизартрія** – порушення звуковимовної сторо. **2. Афазія** – повна або часткова вмовлення зумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвзумовлена локальними ураженнями гл апарату. Синонім: *недорікуватість* (застаріле).

Синоніми: *розпад, втрата мовлення*. У ди

Спостерігається несформованість усіх ланок складнсмовлення в результаті черепномозкових трав механізму фонаційного оформлення висловлювання, наслідк або пухлин мозку після того, як мовлення вже чого є голосові, просодичні і фонетичні для артикуляції дефект. Якщо таке порушення сталося у віці до Важкою мірою дизартрії є анартрія, що виявляється дослідники утримуються від діагнозу афазія. Я неможливості здійснити звукову реалізацію мовлення. У легксталося в більш старшому віці, то говорять випадках дизартрії, коли дефект проявляється переважно в арвідміну від афазії дорослих є дитяча або рання : куляційно-фонетичних порушеннях, свідчать про стерту форм **Порушення писемного мовлення**. По Ці випадки необхідно відрізнити від дислалії. групи залежно від того, який вид її порушени

Дизартрія є наслідком органічного порушен продуктивного виду відзначаються розлад центрального характеру, що призводить до рухових розладів. порушенні рецептивної писемної діяльності – і локалізацією пошкодження ЦНС виділяють різні фор: **1. Дислексія** – *часткове специфічне по дизартрії*. А за важкістю порушення розрізняють ступінь проя **читання**. Виявляється в труднощах розпізна

Найчастіше дизартрія виникає внаслідок рано набутструднощах злиття букв у склади і склад cerebrального паралічу, але може виникнути на будь-яко призводить до неправильного відтворення звук етапі розвитку дитини унаслідок нейроінфекції та інш аграматизмів і спотвореного розуміння прочита мозкових захворювань.

**2. Дисграфія** – *часткове специфічне по*

Порушення структурно – с емантичного (внутрішньо **письма**. оформлення висловлювання представлені двома видам **Проявляється в нестійкості оптико-про алалією і афазією**. букви, у пропусках букв, у спотвореннях

**1. Алалія** – *відсутність або недорозвинення мовлен* складу слова і структури цих процесів. У випа **внаслідок органічного пошкодження мовних зон ко** ності процесів письма (в ході навчання) говорят **головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому пері** **розвитку дитини**. Синоніми: *дисфазія, рання дитяча афаз* в опануванні вміннями і навичками, як **афазія розвитку, глухонімота** (застаріле). повноцінного здійснення цих процесів. За даг

Одне з найбільш складних дефектів мовлення, при яко ці труднощі зумовлюються дефектами усної м

порушень, 9 з них складають порушення **усного мовлення** вимови, дефекти фонемоутворення. різних етапах її розвитку та реалізації, і 2 форми складає Це недорозвинення може бути виражене порушення **писемного мовлення**, що виділяються залежно відсутності мови або лепетного її стану до р порушеного процесу. Серед порушень усного мовленелементами фонетичного і лекс виділяються **дисфонія** (афонія), **тахилалія**, **брадилал** недорозвинення. Залежно від міри сформ заїкання, **дислалія**, **ринолалія**, **дизартрія** (анартрія), **алал** засобів у дитини загальне недорозвинення п **афазія**; серед порушень **писемного мовлення** виділяють рівні. **дислексія** (алексія) і **дисграфія** (аграфія).

Для цієї класифікації притаманне поєднання психологічне порушення комунікативної функції мовленн лінгвістичних і клінічних (етіопатогенетичних) критеріїв. мовних засобів спілкування.

Відповідно до особливостей порушення для кожної форми Психолого-педагогічна класифікація і нині розроблено специфічні методи і прийоми корекції можливості для впровадження в логопедичну обгрунтованих фронтальних методів корекції логопедичної роботи.

Як основу для комплектування спеціальних логопедичних порушене мовлення й інші психічні функції ді закладів і вибору фронтальних методів впливу широкільного віку. Під кутом зору психолого- використовують психолого-педагогічну класифікації найзначнішим є питання про те, як мовленневих порушень. Вона розроблена Р. Левіною мовленневої системи недорозвинені або пору ґрунтується на виділенні насамперед тих ознак мовленневих порушень цього підходу, логопед може чітко сплан недостатності, які важливі для здійснення єдиного педагогічного навчання за відповідної категорії м підходу до навчання і виховання. ладу: загального недорозвинення мовле

На основі психолінгвістичних критеріїв порушення м фонематичного недорозвинення, в разі недо них засобів спілкування і порушення в застосуванні засо(звуків). спілкування в процесі мовленневої комунікації – вади мовлен Кожну групу вад, зі свого боку, розрізи (природою) порушення і ступенем її вираженос

До *першої групи* належать такі порушення: фонетичне і Клініко-педагогічна і психолого-педагог дорозвинення; фонетико-фонематичне недорозвинення; загальвзаємно доповнюють одна одну і використовув недорозвинення мовлення. стиці, так і для корекції мовленневих порушень

**Фонетико-фонематичне недорозвинення мови**  
*порушення процесів формування звуковимовної систе  
рідної мови у дітей з різними мовними розладами унаслід*

**8. Основні періоди нормального м  
розвитку дитини**

формах колективної діяльності. Тому виражені відхилення нестичні дані» зазначено, що дитина народи мовленнєвому розвитку дитини мають такі негативні наслідки: відразу не закричала, то ця інформація вже мо

- а) відстає психічний розвиток дитини; діагностичним симптомом для логопеда.
- б) уповільнюється формування всіх рівнів пізнавальної діяльності; Період «гуління» відзначають у всіх дітей а потім – в 2 – 3 міс. голосові реакції дитина ви
- в) з'являються порушення емоційно-вольової сфери, тих звуків, як *а-а-бм-бм, бль, угу, бу*. Саме во призводить до формування особливих особистісних якостей (зстають основою для становлення членорозділ кненість, емоційна нестійкість, відчуття втрати, нерішучості); «Гуління» у всіх дітей народів світу однакове.
- г) виникають труднощі в засвоєнні письма і читання, і У 4 міс. ускладнюються звукові сукуп нові, на зразок *гн-агн, ля-аля, рн*. Дитина в і знижує успішність дитини у навчанні.

У літературі питанням поетапності становлення мовленніби грається зі своїм артикуляційним апара за його нормального розвитку приділяється достатньо багатовторює той самий звук, отримуючи до тог уваги. У монографії О. Гвоздева, в працях Г. Розенгард-Пупко Гулитель дитина тоді, коли вона суха, виспал Д. Ельконіна, О. Леонтєва, Н. Швачкіна, В. Бельтюксздорова.

докладно описано становлення мовлення у дітей з раннь Якщо поблизу перебуває хтось із р дитинства. «розмовляти» з дитиною, то вона із задоволен

Ці автори з різних позицій розглядають і виділяють ета та ніби «підхоплює» їх. На тлі такого позити мовленнєвого розвитку. Так, О. Гвоздев на основі докладнсконтакту дитина починає наслідувати дорос вивчення послідовності засвоєння дитиною частин мови, струурізноманітнювати голос виразною інтонацією. тур речень, характер граматичного оформлення пропонує св Для розвитку навичок «гуління» рекомет періодизацію. не зорве спілкування, під час якого дити

Г. Розенгард-Пупко розглядає два періоди формуван міміку дорослого та намагається відтворювати мовлення: до 2 років – підготовчий; від 2 років і далі – періО. Тихєєва порівнює дитину в період «гулінн самостійного становлення мовлення. Спираючись що настроює свій інструмент.

дослідження О. Леонтєва, можна умовно виділити осно За нормального розвитку дитини «гулінн періоди мовленнєвого розвитку і в кожному з них визначити реходить у лепет. У 7 – 8,5 міс. діти вимовляк симптоматику, яка має насторожувати педагога в процзок *баба, дя-дя*, співвідносячи їх з людьм спілкування з дитиною. Зупинимося докладніше на чотирь Лепет – це не механічне відтворення складових періодах: співвідношення їх з визначеними людьми, пре;

1-й – *підготовчий* (з моменту народження – до 1 року); процесі спілкування з дорослими дитина посту

консультацію приводять дитину без мовлення в 2,5 – 3 роки, я Отже, упродовж півтора року відбувається не розуміє звернене до неї мовлення і не розмовляє, важлистрибок у розширенні словника дітей. з'ясувати, чи не зникало у неї «гуління» в ранньому віці. Характерним показником активного мов.

подібних випадках потрібно обов'язково зробити їй аудіограмуку дітей на цьому етапі є поступове формування

У дослідженнях фахівців з лінгвістики дитячого мовленкатегорій.

визначено основну послідовність її формування: від стадії л Можна виділити у цей період етап «фізіологичну пету до 7 років (О. Гвоздєв, Є. Ісеніна, Н. Лепська, В. Тарасутизму», коли дитина використовує в спілкуванні відповідного граматичного їхнього оформлення

### **Переддошкільний період**

У цей період розширюється обсяг лепетних слів, що вигмашини).

ристовує дитина. Переддошкільний період характеризується У разі нормального мовленневого розширення підвищеною увагою дитини до дорослих, що оточують, постриває всього кілька місяців і до 3 років дліюється її мовленнева активність. Слова, що використовує джививає найпростіші граматичні конструкції.

тина, багатозначні: водночас тим самим лепетним словом во Багато батьків оцінюють мовленневий позначає кілька понять: «бах» – упав, лежить, спіткнув(дитини тільки за ступенем правильності звуко: «дай» – віддай, принеси, подай; «биби» – що катається, машини вони помиляються, оскільки показником стан літак, велосипед. мовлення є своєчасний розвиток у д

Після півтора року спостерігається збільшення активнвикористовувати свій лексичний запас у р словника дітей, з'являються перші речення, що складаютьсяречень. Уже в 2,5 – 3 роки діти викорис: аморфних слів-коренів: «тато, ди» (тато, йди); «ма, да кчотирискладові речення з частковими грамат (мама, дай кицю). (йди-йде - йдемо - не йду; лялька - ляльці - ляльк

Як доводять дослідження, діти не відразу оволодівак У 1 – 3 роки дитина багато звуків рідної і правильним мовленням: одні явища мови засвоюють ранішвипускає, замінює простішими за артикуляцієк інші пізніше. Отже, що простіші за звучанням і структур(віковою недосконалістю артикуляційного апар слова, то їх легше запам'ятовують діти. У цей період особлирівнем сприймання фонем.

важливу роль відіграє сукупність таких чинників: Проте характерним для цього періоду є

а) механізм наслідування слів дорослих, що оточуквимова інтонаційно-ритмічних, мелодійних к дитину; приклад: «касянав» (космонавт), «піяміда» (

б) складна система функціональних зв'язків, що забезі(гітара), «тітаяська» (чебурашка), «сінюська» чують здійснення мовлення; Як зазначає Н. Жукова, «з моменту появи

Батьки і вихователі мають знати, що найсприятливіший простежується визначена логіка викладання. Не інтенсивний період у розвитку мовлення дитини припадає повідах з'являються елементи фантазії, бажа перші три роки життя. Саме в цей період усі функції центральної епізоди, яких насправді не було нервової системи у процесі природного формування найлегі У дошкільний період спостерігаються д піддаються тренуванню, вихованню. Якщо умови розвитку в цтановлення фонетичної сторони мовлення, і час несприятливі, то формування мовленнєвої функції настіль слова різної складової структури і звуконапо спотворюється, що надалі не завжди вдається в повному обскогось із дітей і виникають до того ж п сформувати повноцінне мовлення. стосуються найскладніших, маловживаних

*У 3 роки практично завершується анатомічне дозрівання незнайомих для них слів. Достатньо виправити мовленнєвих ділянок мозку. Дитина оволодіває основними гзрок відповіді і трохи «повчити» її правильно ви матичними формами рідної мови, накопичує визначений лі вона швидко введе його в самостійне мовленн сичний запас. Тому, якщо в 2,5 – 3 роки вона спілкується за і Розвинена навичка слухового сприйман помоого лепетних слів та уривків лепетних речень: «нотині контролювати власну вимову і чути пол (ніжки), «віко» (вікно), «деві» (двері), «ути» (руки); «тиндорослих, що оточують. У цей період форму (машина), потрібно терміново проконсультувати її в логопедвідчуття, що забезпечує впевненість використа перевірити фізіологічний слух і організувати корекційні занятт мовленнєвих висловлюваннях усіх граматични в умовах ясельної або дошкільної логопедичної групи. Залишає в цьому віці дитина допускає стійкий агр; без спеціальної допомоги таку дитину не можна, тому що бубатиком» – граюсь з братиком; «мамою б згаяний найсприятливіший період у її мовленнєвому розвитку. мамою були у магазині; «м'яч упав і тоя» – м*

### **Дошкільний період**

Цей період характеризується найінтенсивнішим мовлєскладів, їхня заміна і пропуск, то це є важливи невим розвитком дітей. Нерідко спостерігається якісний стрібсимптомом, що засвідчує виражене недорозвн у розширенні словникового запасу. Дитина починає актив Такі діти потребують систематичних логопеди використовувати усі частини мовлення, поступово формуютьвступу до школи. навички словотворення. Отже, до кінця дошкільного періоду діт

Деякі автори виділяють етап дитячого словотвореннрозгорнутим мовленням, фонетично, лексич підвищеної зацікавленості до мовленнєвих явищ і узагальне неправильно оформленим.

(Н. Ушакова, С. Цейтлін та ін.). Процес засвоєння мови відс Рівень розвитку фонематичного слуху да вається так динамічно, що після трьох років діти з високіти навичками звукового аналізу і синтезу, що є рівнем мовленнєвого розвитку спілкуються за допомогою вою засвоєння грамоти у шкільний період.

мовлення. Діти усвідомлено засвоюють граматичні правилетей / А.И. Захаров // Психология детей с оформлення вільних висловлювань, повністю оволодівають знарушеннями психического развития. – СПб. ковим аналізом і синтезом, формується писемне мовлення. С. 93 – 129.

Отже, розвиток дитячого мовлення – це складний і різнобічний процес. Діти не відразу оволодівають лексикою граматичним складом, словозміною, звуковимовою і складовою структурою. Одні мовленнєві групи засвоюються раніше, інші – значно пізніше. Тому на різних стадіях розвитку дитячого мовлення одні елементи мови виявляються вже повністю засвоєними, інші – лише частково. Засвоєння фонетики тісно пов'язане загальним поступальним процесом формування лексико-граматичного складу української мови.

#### *Питання для самоконтролю*

1. Що розуміють під поняттям «порушення мовлення»? Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100 – 101
2. Охарактеризуйте основні види мовленнєвої патології: в усному й писемному мовленні.
3. У чому полягають основні особливості двох типів класифікації мовленнєвих порушень?
4. Роль мовленнєвої функції у психічному розвитку дитини.
5. Які негативні наслідки виражених відхилень у мовленнєвому розвитку дитини?
6. Охарактеризуйте основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини: підготовчий; переддошкільний; дошкільний; шкільний.

#### *Література*

1. Большой толковый психологический словарь / [Авусного мовлення дитини.

### **6.3. ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛ**

1. Вплив порушення фонематичного слух

інтелектом, у яких порушений вимовний бік мовлення та осссприймання допомагає відповісти на запитання про фонематичний слух. у слові *сам*? Скільки у ньому звуків? Який і

Фонематичний слух і фонематичне сприймання – це те стоїть у кінці слова? Який голосний звук у середньому систематичний слух, що допомагав розрізнати і впізнавати. Правильний розвиток фонематичного слуху фонематичних фонем рідної мови. Фонематичний слух є частинкою сприймання покладено в основу безпомилкового фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення письма і читання в процесі шкільного навчання зіставлення звуків, які дитина чує з їхніми еталонами, і Мовлення дітей з ФФН характеризується зберігаються в пам'яті людини впорядковано – в «решітці фонематичних звуків: пропусками, спотвореннями». Найтипівішими є заміни звуків на більш прості

Поняття «фонематичний слух» слід відрізнити від поняття «сприймання» способом артикуляції (наприклад, *p* замінюється на *b*), «фонематичне сприймання». того ж дитина той самий звук може замінити на інший

З раннього віку дитина, що нормально розвивається, чує звуки: «лука» – рука, «корово» – корова; звуки навколишнього середовища, бачить артикуляційні рухи випадків дитина може правильно вимовляти губ дорослих й намагається їх наслідувати. До того ж воно (окремий) звук; а в самостійному мовленні постійно стикається з різним звучанням фонем рідної мови: спотворювати його.

самі звуки (наприклад, голосні *a*, *o*) по-різному вимовляють. Кількість порушених звуків у дитини з дорослі і діти, чоловіки і жінки. Кожна людина має досить значною – до 16 – 20. Таке порушення індивідуальні особливості вимовляння звуків: одна говорить і дітей безпосередньо зумовлене несформованіше, інша – голосно; дитина вимовляє звуки дзвінким, високочастотного слуху.

голосом, а доросла людина – низьким і хриплим. Проте Виділяють три можливі стани у разі недостатності звукові відтінки не слугують для розрізнення звукових об'єктів фонематичного слуху:

мовних одиниць. – недостатній розвиток і впізнавання тіл

Індивідуальний варіант звучання фонем визначається мова яких порушена; однією ознакою, а їхньою сукупністю, яка охоплює не тільки – недостатній розвиток значної кількості компоненти, що чуємо (такі, як шумові, частотні і високочастотні фонематичних груп при відносно сформованій характеристикі), а й зоровий образ і рухові відчуття, і – глибоке фонематичне недорозвинення виникають під час звукомови. На думку Н. Жинкіна, до озвучення практично не може виділити їх зі складу слова звуку належать і самі процеси кодування, які виникають під час послідовності звуків у слові.

переходу сигналу від периферії нервової системи до центру. Водночас з порушеною звукомовою у

Доведено, що вже на ранніх етапах розвитку мовлення фонематичним недорозвиненням спостерігають

лосних, а також речень, що складаються з подібних слів (це слів складно виконувати одне завдання впр сується насамперед незнайомих і важких слів). Вимовляючасу;

такий лексичний матеріал вони перекручують звуко-складов – труднощі в запам'ятовуванні інструкції малюнок слів: опускають склади, переставляють їх місцямиливо дво-, три- і чотирискладових, що потребу замінують, можуть пропустити або, навпаки, додати звук у (послідовного виконання); редину складу, наприклад: «*каркадил*» – крокодил, «*батуретк*» – у низці випадків з'являються особлив – табуретка, «*голопед*» – логопед тощо. ного характеру.

Отже, характер цих порушень свідчить про недостатніс Під час планування і проведення корекції фонематичного слуху і сприймання у дітей з **ФФН**. Етрібно враховувати ці специфічні особливос спеціальної корекційної роботи дитина не навчиться розрізнят Організовуючи з ними логопедичну роботу, до впізнавати фонема на слух, аналізувати звукоскладову будо – здійснювати суто індивідуальний підхід, слова, що призводить до появи стійких помилок в оволодіні ни з урахуванням її вікових і психічних особли – забезпечити позитивну мотивацію ви писемним мовленням.

**Психолого-педагогічна характеристика дітей** щоб підвищити ефективність корекційної дії; **фонетико-фонематичним** недорозвиненням мовлення. Кр – чергувати різні види діяльності; зазначених порушень мовленнєвого (вербального) характер – включати до занять тренувальні вправи окремо слід схарактеризувати можливі особливості в перебіпам'яті, мисленневих операцій. вищих психічних функцій у дітей з **ФФН**:

– увага у таких дітей може бути нестійкою, нестабільно 2. **Організація роботи у групах для** вичерпуватися, а також слабко сформованою довільною, ко Згідно з Типовим положенням визначені дитині важко зосередитись на одному предметі та за спеціалорганізації роботи дошкільних закладів для діт ним завданням переключитися на інший; вікових групах: старшій – для дітей шосто

– пам'ять може не відповідати нормі. До того ж дитині і підготовчій – для дітей сьомого року життя. трібно більше часу і повторів, щоб запам'ятати заданий матерік Корекційний вплив у цих групах має здій

– спостерігаються особливості в перебігу мисленневвідно до спеціальної програми навчання і в операцій: водночас з переважанням наочно-образного мисленфонетико-фонематичним недорозвиненням. у дітей можуть виникати труднощі в розумінні абстрактноокремо для кожної групи. У процесі навчанн понять й відношень. Швидкість перебігу мисленневих операумовах спеціального дитячого садка ро: може бути дещо уповільненою, внаслідок чого вповільнюєтєзавдання:

сприймання навчального матеріалу. – сформувати у дітей фонетичну сист



введення в самостійне мовлення.

Мовлення вихователя має відповідати правилам фонети мовлення і граматики. Він повинен володіти достатньо широким лексичним запасом.

#### *Питання для самоконтролю*

1. Охарактеризуйте фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.
2. Як впливає порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини?
3. Охарактеризуйте основні завдання корекційних занять

#### *Література*

1. Большой толковый психологический словарь / [Авторы: уклад. Ребер А. : в 2 т.]. – М., 2000. – 400 с.
2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Влад, 1989. – 680 с.
3. Навчання і виховання учнів 1-го класу. Метод. посібник для вчителів / Уклад. О.Я. Савченко. К. : Почат. шк., 2002.
4. Логопедія / [В.В. Тарасун, С.Ю. Коноплята, В. Кондратенко та ін.]; за ред. М.К. Шеремет. – [ 2-е вид.]. – Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.
5. Шеремет М.К. Формування усного мовлення у дітей з недорозвиненням мовлення / М.К. Шеремет, І.В.Серегеева. Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100 – 106.

6. Диференціальна діагностика загального

7. Диференціальна діагностика безмовленн

8. Комплексне обстеження дітей з недорозвиненням мовлення.

9. Методика корекційно-педагогічних

#### **1. Поняття про загальне недорозвинення**

В сучасній логопедії термін «недорозвинення мовлення» використовується для позначення якісно більш сформованості тої чи іншої мовленнєвої системи загалом. Недорозвинення мовлення

О. Корнєв, не є самостійною нозологічною одицею. Це поняття, цілісним єдиним патогенезом та механізмами. Зазвичай

#### **Під загальним недорозвиненням мовлення**

розуміють таку форму мовленнєвої аномалії, при якій порушені всі компоненти мовленнєвої системи

До того ж найсуттєвіші недоліки виявляються в усіх сферах мовлення й використання дітьми цієї категорії мови (Г. Жаренкова, Р. Лалаєва, С. Орфінська, Є. Соботович, Л. Спірова, Л. Філічева, Г. Чіркїна та інші).

Поняття загального недорозвинення мовлення

#### **6.4. ЗАГАЛЬНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ** на прогресивній думці про можливість єдиного

фонематичного розвитку.

О. Лурія, О. Мастюкова, О. Корнев, Є. Собо-

У дітей, які мають порушення інтелекту, слуху, зору, Г. Філічева та інші). Але і на сьогодні механізм дозрівання мовлення має вторинний характер, або виступ дозрівання мовлення залишаються недос- як другий первинний самостійний дефект (наприклад, у дітей проблемою.

інтелектуальною недостатністю та алалією).

До загального недозрівання мовлення

Вперше теоретичне обґрунтування ЗНМ бунесприятливі впливи як у внутрішньоутробно сформульовано в результаті багатоаспектних досліджень різні під час пологів (родова травма, асфіксія), а та форм мовленнєвої патології у дітей дошкільного та шкільного дитини.

віку, які були проведені професором Р. Левіною Характер аномалії розвитку мозку загалом співробітниками НДІ дефектології (Г. Каше, Г. Жаренкова, пені залежить від часу ураження. Найбільш Нікашина, Л. Спірова та інші) у 50 – 60 роках минулого століття (його кіркових та підкіркових структ різних шкідливих факторів зазвичай виникаю

Недозрівання мовлення має різне походження нього ембріогенезу, на 3 – 4-му місяці вна відповідно різну структуру аномальних виявлень. **Але у вжиття.**

**дітей** із ЗНМ є типові відхилення, які вказують на систем Найбільш частими причинами, що зумо порушення мовленнєвої діяльності. Вони зумовлені інфекції або інтоксикації матері під час несформованістю або розладом на ранніх етапах онтогенезу, пологова травма, асфіксія, несумісність власне мовленнєвих психологічних і фізіологічних механізмів за резус-фактором або групою належ при первинно збереженому слухові та інтелекті. Однією з порушень центральної нервової системи (нейр провідних ознак є пізній початок мовлення, при якому перми мозку у перші роки життя дитини. До пору слова з'являються у 3-го розвитку дитини може призвести вжива 4 роки, а іноді і після 5-ти років. Мовлення таких дітей малоздатності алкоголю, нікотину, наркотичних засоб зуміле, спостерігається недостатня мовленнєва активність, а ЗНМ поєднується із синдромом рухової розгал без спеціального навчання поступово значно знижується. Утливності збудливості, вкрай низької розумової пр розмаїття мовленнєвого недозрівання умовно представлено Внаслідок мовленнєворухових поруше рівнях: від повної відсутності мовлення або белькоту до рорганічним ураженням або недозріванням горнутого мовлення, але з елементами фонетичного та лексичного ЦНС, виникають недоліки вимови, виражені у граматичного недозрівання. Виявлення таких типових відхилень також труднощі сприймання звуків. Порушен лень у смисловій та вимовній стороні мовлення дітей різного слуховим і мовленнєворуховим аналізатором клінічних категорій допомогло на основі психолого-педагогічної недостатності оволодіння звуковим складом с

відтворення структури слова.

Велика роль у виникненні мовленнєвих порушень належить генетичним факторам. У цих випадках мовленнєвий дефект може виникнути під впливом навіть незначних умов навколишнього середовища. Усі діти із ЗНМ можуть бути умовно поділені на три групи:

Виникнення зворотних форм ЗНМ може бути пов'язане з несприятливими умовами оточення і виховання. До відставання у розвитку мовленнєвої функції призводить психічна депривація у період найбільш інтенсивного її розвитку. Якщо вплив цього фактору поєднується навіть із не різко вираженою органічною недостатністю ЦНС або з генетичною схильністю, то порушення мовлення набувають стійкого характеру і виявляються у вигляді ЗНМ.

Особливе місце в етіології ЗНМ займає перинатальна енцефалопатія – ураження мозку, яке виникає під впливом поєднання несприятливих факторів у внутрішньоутробно-перинатальному періоді розвитку або у період народження. Залежно від причин це може бути гіпоксична енцефалопатія (пов'язана з кисневими голодуванням мозку), травматична енцефалопатія (як наслідок механічної пологової травми), гіпоксично-травматична енцефалопатія (при поєднанні двох патологічних факторів) та білірубінова енцефалопатія (при несумісності крові матері та плода за резус-фактором або груповою приналежністю). Також це може бути енцефалопатія, пов'язана з ускладненим перебігом пологів (наприклад, при ускладненні пологів токсичним ураженням ЦНС).

ЗНМ зазвичай є наслідком резидуально-органічного ураження мозку, тобто є результатом завершеного патологічного процесу. Його необхідно відрізнити від порушень розвитку при нервово-психічних захворюваннях (епілепсія, шизофренія тощо).

Отже, етіологія недорозвинення мовлення у більшості випадків пов'язана з порушенням операційного синтезу мовленнєвого матеріалу, з

модульоване, супроводжується мімікою та жестами. звуковимови визначається порушенн

При ускладненому варіанті ЗНМ церебрально-органічно-артикуляційного апарату. Обов'язковим є поєд геназа має місце дизонтогенетично-енцефалопатична наявність симптомів порушення скорочувальн симптомокомплекс порушень. Серед неврологічних синдром(гіпертонія або атонія, обмеження обсяг найбільш частими у дітей є такі синдроми: недовільних рухів) і або явища дискінез:

– гіпертензійно-гідроцефальний – синдром підвищено-невибірковий характер спотворень звукови внутрішньочерепного тиску, який виявляється насамперед мовлення. Порушення артикуляції й фонації, порушеннях розумової працездатності, довільної діяльності членороздільне звучне мовлення, складають п поведінки дітей, а також у швидкій виснаженості та перенасиченні який може призвести до виникнення вторинн ності будь-яким видом діяльності, підвищеній збудливості, ускладнюють його структуру. дратованості, руховій розгальмованості; У невеликої кількості дітей у групі ЗНМ

– церебрастенічний – синдром, який виявляється у вигляді ринолалія – порушення тембру голосу та підвищеної нервово-психічної виснаженості, емоційно-мовлені аномаліями у будові артикуляційного нестійкості, у вигляді порушень функцій активної уваги, пам'янезрозуміння. Залежно від характеру порушень ф: Синдром може поєднуватися з виявленнями гіперзбудливості глоткового зімкнення виділяють різні ф ознаками загального емоційного і рухового неспокою аОбширність і складність анатомічного , загальмованості, млявості, пасивності; хірургічного втручання часто зумовлюють ріве

– синдром рухових розладів характеризується змінами мовлення цієї категорії дітей. зового тону, легкими гемі- і монопарезами, не різко виража При неускладненому варіанті ЗНМ зб ними порушеннями рівноваги і координації рухів, недостатнісі (ядерні) зони мовленнєворухового аналізатору диференційованої моторики пальців рук, несформованісі основою ЗНМ у цих дітей є затримане дозр загального та орального праксису. Часто у цих дітей виявляють полів аналізаторів. У їхньому анамнезі відсутн ся порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів виражені відхилення під час вагітності матері тремору та насильницьких рухів окремих м'язів язика, третини досліджуваних під час бесіди з мат факти не різко вираженого токсикозу другої по зумовлює виявлення стертої дизартрії.

У логопедичній практиці нерідко поєднуються різні форми або короткої асфіксії у момент пологів. мовленнєвих порушень. Так, дизартричні розлади супроводженісіх неврологічних порушень у дітей ві джуються алалічними симптомами або недорозвиненн регуляцію довільної діяльності, емоційно-воль слухової функції, порушення звуковимови при риноланощі в оволодінні писемним мовленням. Малі поєднуються з дизартричними проявами. функції обмежуються порушеннями регуляції

1. Патологічних знаків «підкіркового» походження, іС. Рубінштейн та інші), схему формування і збіднюють, деформують, а часто порушують розвиток дитиниздібності можна представити у такому ви насамперед, її мовленнєвої діяльності. Такими найчастішдіяльність – спілкування – мовна здібність – м виступають синкінезиї, дистонії, вичурні пози, тіки, порушен(людина з ТПМ її готовності виробляти мовле ритму дихання, нав'язливі стереотипні рухи, підвищеРаппопорт) – мовна активність – мовна ком збудливість або виснаженість. обдарованість (до вивчення іноземних м

2. Недостатність міжпівкульового забезпеченпоетична тощо) – літературний або поетичний : психічного розвитку дитини, яка виявляє себе у мовленнєві 3 психолінгвістичних позицій (О. Л рухових, гностичних, мнестичних та інших психічних функці:здібність розглядають як один із компонен Головна увага звертається на дефіцит оптомоторніводночас із мовленнєвою діяльністю і мовною ( оптооральних, оптомануальних взаємодій; синергічних Мовна здібність розвивається лише у пр реципронких координацій. з іншими людьми. Умовами її становлення є

Клінічний підхід до проблеми ЗНМ передбачає необх вичок оволодіння мовою в її комунікативній і ність постановки медичного діагнозу, який визначає структуризнавальної активності дітей і формування сис мовленнєвої недостатності при різних формах мовленнєвспредметних та мовних дій; формування різ недорозвитку. Правильне розуміння структури мовленнєвсрівнів системи мови (фонетичного, лексичного, недорозвинення у кожному випадку є необхідною умовою біл У дітей із тяжкою мовленнєв ефективною логопедичної та медичної допомоги дітям. прослідковується порушення орієнтовної діял матеріалі з самого раннього дитинства. Автори у дітей із ЗНМ виявляються порушеними розвитку мовної здібності.

### **3. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення**

Багато авторів (О. Вінарська, О. Грибова, Л. Єфіменко В нормі між різними центрами кори — н Н. Мікляєва, Л. Соловійова, Є. Соботович, С. Шаховсьрефлексів (орієнтовного, рухово-поєднального В. Юртайкін) як основний дефект дітей із ЗНМ виділяють ітощо) – встановлюються умовні зв'язки. , достатність мовної здібності. Саме з нею вони пов'язують недіяльності утворюється відповідний «динамічн статню ефективність корекційно-педагогічної роботи. Павлов) як тимчасовий зв'язок декількох аналіз

Під мовною здібністю розуміють систему орієнтовних лучасть у цій діяльності. Дією динамічн у мовному матеріалі, спрямовану на вловлювання регулярностіпояснюється засвоєння системи мови за ум продуктивності мовних явищ. Основні способи орієнтуванняорієнтовної схеми оперування з мовленнє мовному матеріалі (О. Лурія) засвоюються у процесі предметіМаленька дитина не знає правил, не знає мов

мовлення на інший, залишаючись немовленневими (або тим нормально, та тривають довше. хто погано говорить) дітьми» (Б. Гріншпун).

Порушення мовної здібності у дітей із ЗНМ проявляє переважуючих типів орієнтовних дій: у вигляді:

– зниженої мовленнєвої активності (Б. Гріншпун, Н. Ж(48%) та правопівкульове (52%) орієнтування, кова, Р. Левіна);

– зниженої уваги до мовленнєвого оточення і недостатн активній спостережливості (Т. Візель, Р. Левіна, А. Маркова);

– уповільненого вироблення і патологічній інертності мовленневих стереотипів, поганому переключенні або, навпаки швидкому згасанні тих відбитків, що виникли у пам'яті (Гуровець, В. Лубовський, Н. Трауготт);

– як наслідок, виникають труднощі актуалізації навіть досамостійної мовленнєвої активності і творч ре знайомих слів (Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Філічева), засвоєних конструкцій. Це вказує на необхід здійснюється перенесення засвоєної граматичної форми на ін системи орієнтовних дій у комунікативній сит слова (О. Грибова, Б. Гріншпун, Н. Трауготт);

– у мовленнєвій безпорадності в нових ситуаціях і хаотилогопедичної роботи. них діях під час розв'язання вербальних завдань (Н. Жуко Н. Трауготт);

– у порушеннях програмування висловлюван несформованості динамічного стереотипу (В. Воробйова, виділені три рівні загального недорозвинення Соботович). Недорозвинення динамічного стереотипу яких перші два характеризують більш глибо моторній алалії є причиною появи порушень у використанні мовлення, а на третьому, більш високо засвоєних засобів спілкування – заїканні;

– зниження мовної здібності відображується сторони мовлення, словникового запасу і грама недостатності здібності до моделювання, заміщенню Під час опису кожного з рівнів вр символізації

(Л. Єфіменкова, В. Юртайкін).

Дослідження мовної здібності у дітей із ЗНМ (ми утвореннями; Мікляєва) виявили таку низку особливостей у її розвитку:

3. У дітей відзначається різне

– у дітей, що розвиваються нормальн

одного, починаючи з 2 – 3 років;

– у дітей із ЗНМ переважує правопівкульов

мовному матеріалі (65%);

– у дітей із ЗНМ, ускладненого ЗПР, в

Це фактично означає, що дошкільники з'

безпорадними у багатьох ситуаціях, які вим

ре знайомих слів (Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Філічева), засвоєних конструкцій. Це вказує на необхід

здійснюється перенесення засвоєної граматичної форми на ін системи орієнтовних дій у комунікативній сит

слова (О. Грибова, Б. Гріншпун, Н. Трауготт);

діяльності і мовних явищах під час компле

– у мовленнєвій безпорадності в нових ситуаціях і хаотилогопедичної роботи.

них діях під час розв'язання вербальних завдань (Н. Жуко

Н. Трауготт);

#### 4. Періодизація загального недорозви

Професором Р. Левіною та співробітник

виділені три рівні загального недорозвинення

яких перші два характеризують більш глибо

моторній алалії є причиною появи порушень у використанні мовлення, а на третьому, більш високо

засвоєних засобів спілкування – заїканні;

сторони мовлення, словникового запасу і грама

Під час опису кожного з рівнів вр

положення:

– ступені (рівні) мовленнєвого недорозви

– у кожному рівні можна знайти елемен

первинного дефекту і вторинних виявлень, які затримують формування граматичних значень. У їхньому мовленні залежних від них мовленнєвих компонентів. Перехід «коренів слова», в яких відсутні флексії, найчастіше одного рівня на інший визначається появою нових мовних звукових комплексів.

Підвищенням мовленнєвої активності, зміною мовної вагової основи мовлення і його предметно-сміслового змісту лідують фразою. Тільки у деяких із них, найближче до

Проблема ЗНМ набула ґрунтовного вивчення і висвітлення мовленнєвому відношенні, спостерігаються сфери в спеціальній літературі протягом багатьох років (Р. Левітської думки за допомогою декількох слів – Б. Г. Жаренкова, В. Орфінська, В. Воробйова, Л. Єфіменко *туту* – *тато поїхав*, «*Вова ода*» – *Вова хоче поїти*, Б. Гріншпун, Є. Соботович, В. Тищенко, Л. Трофименко, Невеличкий словник, який є у дітей, відомості Філічева, Г. Чірка та багато інших дослідників).

Дослідження вчених допомогли виявити системне почуття. Словесне вираження більш складних відношень мовленнєвої діяльності і знайти типові прояви недоліків для них є неможливим.

притаманних дітям із ЗНМ. Пасивний словник дітей, які перебувають

**Перший рівень ЗНМ** характеризується повною або майже значно більшим за активний. Це створює враження повною відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли розуміють, але самостійно сказати не можуть. дітей, які розвиваються нормально, мовлення в основному хибними. Немовленнєві діти сприймають мовлення сформованим. Мовленнєві засоби спілкування у дітей значливіше в умовах ситуації підказки, багатьох обмежені. Вони мають дуже бідний словниковий запас, як розуміють взагалі. Майже повністю відсутнє речення складається зі звуконаслідувань і звукових комплексів. Ці зграматичних змін слів (розрізнення форм однини і множини, кінцеві комплекси утворені самими дітьми і зазвичай є незрозумілими, минулого часу дієслова, форми чоловічого і жіночого роду, значення прикметників тощо).

Вони часто супроводжуються вказівними жестами, відповідними звуковимовною стороною мовлення дітей не мимікою, які дають можливість розуміння елементарних бажань окремих звуків часто позбавлена пості дитини. За своїм звучанням мовлення складається як внаслідок чого точне звучання слів передати неможливо. Для цих дітей також досить характерна омонімія слів (наприклад, «*тіта*» – *киця*, «*сиса*» – *лисиця*). Для цих дітей також досить характерна омонімія слів (наприклад, «*відтворювати*» – *складові елементи слова*, «*дупт*» – *горщик*, «*кі*» – *горобчик*, «*бю*» – *верблюди*). Діти мовленні переважують односкладові та двоскладові слова, користуватися і окремими загальноживаними словами, але, у відображеному мовленні діти схильються до спрощеного правила, ці слова мають спотворену складову структуру і зяке повторюють, до одного – двох складів.

кове оформлення. Одним і тим самим за звучанням словом діти. На рівні глибокого недорозвинення мовлення

– пасивний словник ширше активного, але розуміння мсвідмінку, дієслова – у початковій формі або у лєння поза ситуацією досить ускладнене. Фразове мовленоднини та множини теперішнього часу. Імени практично повністю відсутнє;

– здібність сприймати звукову і складову структуру слс Використання іменників у непрямих від ще не сформована. ковий характер. Фраза, як правило, є аграм:

**Другий рівень ЗНМ** характеризується тим, що мовленнм'ячику», «пішли на вулиці»). Аграматичною і можливості дітей значно зростають, спілкування вже здійсн іменників за числами («два вухи», «п: еться за допомогою достатньо постійних, хоч і дуже спотвоТрапляються взаємозаміни однини та мно жних у фонетичному і граматичному відношенні, мовленневдієслів минулого часу чоловічого та жіночого р засобів.

Наприклад, розповідь Вови К., 5 років, про літній відпочрозвитку поліпшується, з'являється розз нок:

«Пуф літо папусі. Я купаїса, г^са воді. П'юх, п'юх (жесвідбувається вже орієнтування не тільки на кулює), топ'є купаїса. Всі купаїса воді» (Був влітку у бабусі. морфологічні елементи, які набувають смисло купався, грався у воді. Плюх, плюх, добре купатися. Всі куззначення. Стає можливим розрізнення на с лись у воді). розуміння форм чоловічого та жіночого роду

Діти на II рівні ЗНМ володіють побутовим словниковвчасу, хоча помилки ще трапляються. запасом (здебільшого пасивним). У їхньому мовленні з'являю. Способами словотворення діти не корист ся крім іменників та дієслів деякі якісні прикметники та пр Фонетичний бік мовлення дуже відстає і слівники. Можливе використання займенників, сполучниккількість звуків, які вимовляються неправильно деяких прийменників у їхніх елементарних значеннях. З'являє: У дітей порушена вимова приголосних: шип. ся можливість відповідати на питання дорослого, більш чи менсонорів, твердих і м'яких, дзвінких і глухих. Н розгорнуто розповісти про себе, про сім'ю, про деякі добдіти вміють вимовляти, звучать у самот знайомі події. Пояснення неправильно названих слів інснедостатньо чітко. Характерною ознакою є не супроводжується жестом (наприклад, слово панчоха – «нога» вимова звуків, коли один звук замінює відразу жєст одягання панчохи; полиця – «мило» – і показ того, як звуків даної фонетичної групи (наприклад, зву полицю можна покласти будь-яку річ). «с» – «сянкі», звук «ш» – «сюба», звук

Часто діти замінюють необхідне слово назвою подібнсСпостерігається заміна груп звуків, більш про іншого предмета, але до того ж додають заперечення (помідоцісією (найчастіше сонорів, африкатів), спотвоє «яблуко не» ), назви частин предмета – назвою самого предмезвуків (міжзубний сигматизм, велярний звук Р)



німи, практично відсутні синоніми. Поняттям «великий – мтруднощі підбору споріднених слів, в утво- ленький» для позначення величини предмета підміняють слсприкметників із зменшено-пестливими суфікс *довгий, короткий, високий, низький, товстий, тонкий, широкі(козлючата), дверцята – «дверочки», маленьк вузький*. Це зумовлює випадки порушення лексичнстілець»), дієслів із префіксами, прикметни поєднання. (*глиняний посуд – «глиновий», скляна ваза –*

Серед прикметників використовують якісні, що позначсловотворення підмінюється словозміною. ють ті ознаки, які діти сприймають безпосередньо, – величинпомилко допускається і під час самої слово форму, колір, деякі властивості предметів. Відносні та присвїі порушується синтаксичний зв'язок слів у прикметники застосовують тільки для вираження добре звивражають часові, просторові і при йомих відношень (*«мамина сумка»*).

Прислівники використовуються досить рідко. прикметника з іменником у роді, числі, відмін

Діти користуються різними займенниками, простимятей» – *Я граю синім м'ячем*); числівника прийменниками (особливо для вираження просторовродів (*«один відло» – одне відро, «два луги» відношень – у, до, на, під, за* тощо). Рідко трапляютьлуках» – *п'ять рук*).

прийменники, які виражають обставини, характеристику дії У більшості дітей зберігаються недолікі стани, властивості предметів або спосіб дії (*біля, між, чепорушення звуко-складової структури слова, п тощо*). Прийменники можуть замінюватися або пропускати труднощі в оволодінні дітьми звуковим анал причому це може стосуватися одного і того ж прийменника. слів.

вказує на неповну сформованість розуміння значень навї Звуки, які діти можуть вимовляти правил простих прийменників. самостійному мовленні звучать недостатньо

Несформоване образне мовлення. Діти не розуміють і такі ознаки:

користуються лексико-семантичними засобами експресивнос – недиференційована вимова свистячих, словами з переносним значенням, значущими словаафрикатів, сонорів. Один звук може замінюю синонімами, епітетами, метафорами, порівняннями; у розвитдвома або кількома звуками даної або близько синтаксичних засобів спостерігаються порушення розуміння пи (*звук с', недостатньо чіткий, замінює звуки труднощі використання малих форм народної творчо«сіфла» – цифра, ш – «сюба», ч – «сйянік»*); (прислів'їв, приказок, загадок, фразеологізмів тощо). – заміна звуків, більш простих за артику

У дітей із III рівнем ЗНМ недостатньо сформовані грамше це заміни сонорів (*«люка, кольова» – рука, п тичні форми. Імпресивний аграматизм проявляється у недостіта шиплячих («дук» – жук, «танкі» – санки*); ньому розумінні морфологічної структури слова. Зазначають – нестійке використання звука, коли у

– відсутність пом'якшення («*пат*» – *п'ять*).

дійових осіб. Частина дітей виявляється зді

Діагностичним показником є порушення звуко-складолише на запитання за змістом твору.

структури слова, яке по-різному видозмінює складовий скл

Отже, III рівень ЗНМ має такі особливост

слова. Повторюючи за логопедом правильно слова, які мають :

– на фоні порівняно розгорнутого мовле

4 склади, у самостійному мовленні їх часто спотворюють: с'ється неточне знання і неточне використання ба

рочують, роблять перестановки звуків і складів («*коловода*»слів. У активному словнику превалюють іме

*сковорода*, «*мосикал*» – *мотоцикл*, «*лілісідіст*» – *велосипедист*Мало слів, які характеризують якості, ознаки, с

Типовими є персеверації складів, антиципації, додавання зайвдій. Спостерігаються помилки у використанн

звуків і складів («*бабаян*» – *барабан*, «*астобус*» – *автобус*). менників і майже не використовують складні п

Встановлена певна залежність між характером помил – спостерігається недостатня сформован

складового складу і станом сенсорних (фонематичних) або мформ мови – помилки у відмінкових закінче

торних (артикуляційних) можливостей дитини. часових та видових форм дієслів, помилки

Превалювання помилок, які виражаються у перестанокеруванні. Способами словотворення діти ма

або додаванні складів, свідчать про первинне недорозвиненються;

слухового сприймання дитини. У них уподібнення складів – в активному мовленні використовую

скорочення збігу приголосних трапляється нечасто і має зміннпрості речення. Відзначаються великі трудно

характер. невміння поширювати речення і будувати скла

Помилки на кшталт скорочення кількості складів, упод – у більшості дітей зберігаються недолік

нення складів один одному, скорочення при збігу приголоснпорушення структури слова, що утворює вели

указує на превалююче порушення артикуляційної сфери і млодінні звуковим аналізом і синтезом слів;

більш стійкий характер. – розуміння побутового мовлення зазв

Труднощі в оволодінні дітьми словниковим запассіноді виявляється незнання окремих слів і ви

граматичною будовою рідної мови та звуковимовою гальмуєсміслових значень слів, близьких за звуча

процес розвитку зв'язного мовлення і, насамперед, перехід говолодіння багатьма граматичними формами.

ситуативної його форми до контекстної (переказ, розповідь Отже, експресивне мовлення дітей III р

опис, розповідь за сюжетною картиною або серією картинказаними особливостями може слугувати зас

творче розповідання). Правильно розуміючи логічнлише у певних умовах, які вимагають пост

взаємозв'язок подій, діти обмежуються переліком дій. спонукання у вигляді додаткових питань, пі,

Наприклад, розповідь Михайла К., 6 років, за сюжетн(заохочувальних суджень із боку логопеда, вихо

картинкою «Зимові розваги»: На сучасному етапі розвитку логоп

які достатньо вільно оволоділи фразовим мовленням (70 – 80%) Обмеженість мовних засобів позначаєть і діти з більш обмеженим мовленнєвим досвідом і негта словотворенні. У дітей залишаються помилі сконалими мовними засобами (20 – 30%). форм множини із вживанням непродукт

Загалом діти IV рівня ЗНМ не мають грубих поруше («*дереви*», «*гнізди*», «*побачили воронів*», «*ве* звуковимови, але у них відзначається недостатньо чітерне змішування форм відмінювання, особлиі диференціація звуків. Порушення звуко-складової структуїння конструкціями місцевого відмінку. В акт слова виявляються у різних варіантах спотворення й правильно використовуються лише прості і до звуконаповнення, оскільки дітям важко утримувати у пам'раніше приємники (*у, на, під*). Складні пр граматичний образ слова. У них спостерігаються персевераі застосовують із помилками або замінюють їх перестановка звуків і складів, скорочення приголосних *пза, через*).

збігові, заміни складів, пропуски складів.

У словотворенні значні труднощі спосте

Водночас із неповною сформованістю звуко-складоутворення слів із відтінками збільшеності та су структури слова у дітей відзначається недостатня виразніізгрублості (*дім, ніс – великий, замість ді* мовлення, нечітка дикція, яка складає враження загальмалознайомих складних слів (*льодохід – «льодс змазаності мовлення, змішування звуків, що свідчить ппід водою ходить»*). Складності вини низький рівень сформованості диференційованого сприймандиференціювання дієслів із префіксами (*відсун фонем і є важливим показником незавершеного процепрійти – перейти*).

Характерною ознакою дітей IV рівня роз

У дітей спостерігаються деякі порушення смислового бо порушення зв'язного мовлення: порушені мовлення. Словниковий запас недостатньо точний за способслідовності, застрягання на другорядних ді використання. В ньому спостерігаються, в основному, слова, і головних подій, повторення окремих епізодів позначають конкретні предмети і дії, та мало слів, і розповіді на задану тему, за сюжетною кар позначають абстрактні та узагальнюючі поняття. Це призведе сюжетних картин. Прості речення у самот стереотипності лексичного запасу, частому використанню однітей часто складаються з підмета, присуд і тих самих слів. Лексичні помилки проявляються у заміні слпов'язано з недостатністю в їхньому ле близьких за значенням (*хлопчик чистить віником замісприкметників, прислівників, числівників, підмітає*), за ситуацією (*фонтан – водичка летється, бризкдієприслівників*. Структура складних речень *конура – домик, дупло*), у неточному використанні і змішуваів виявляється спрощеною («*Таня малювала дім ознак (високий дім – великий, сміливий хлопчик – швидки гриб*»). Є випадки пропуску членів речення, і Великі труднощі діти мають під час підбору синонімрідко трапляються розділові та протиставні с

ленневої системи. Це свідчить про те, що діти не досягли суттєвих ознак, під час порівняння предметів рівня мовленнєвого розвитку, який властивий їхнім однолітків випадкові, незмістовні зовнішні ознаки. Не із нормальним мовленням.

При ЗНМ спостерігаються відхилення у формуванні ознаками, відчувають труднощі у підбиранні мовленнєвої діяльності: діяльності засвоєння мови (усіх її бок основі порівняння. і діяльності використання мови з метою спілкування.

### **5. Психолого-педагогічна характеристика дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення**

Неповноцінна мовленнєва діяльність накладає відбиток зорового впізнавання предмета в ускладненні формування у дітей інтелектуальної, сенсомоторної, сенсорно необхідно більше часу для прийняття рішень та емоційно-вольової сфери.

Зв'язок мовленнєвими порушеннями та іншими сторонами ланку і знову їх об'єднати (порушений зорово-психічного розвитку зумовлює наявність вторинних дефектів), спостерігаються труднощі у зорово-просторові уявлення. Дітям важко виділити частини утворюють картину аномального розвитку дитини. Так, маюванні. Рівень сформованості слухової довільної повноцінної передумови для оволодіння мисленнєвим контролю, довільного запам'ятовування та операціями (порівняння, класифікації, аналізу, синтезу), ді увага є нестійкою, часто відволікається, відстають у розвитку наочно-образного та словесно-логічного невеликого навантаження. Так, під час виконання мислення, з важкістю опановують мисленнєвими операціями діти припускаються двох і більше помилок: в (Л. Андрусишин, Т. Барменкова, Р. Лалаєва, Є. Собоєв інструкцію взагалі, змінюють місцями і скорочують кількість дій.

У дітей відзначають уповільнену динаміку перебігу дослідження мнестичних функцій мисленнєвих процесів. Рівень сформованості логічних операцій допомагає зробити висновок про те, що дітей нижче вікової норми. Мовленнєва активність знижена, ді словесних стимулів у дітей значно нижче, відчувають труднощі прийому словесної інструкції мовленнєвої патології. При відносно збереженні демонструють обмежений обсяг пам'яті, неможливість утримати логічної пам'яті у дітей знижена вербальна і словесний ряд. Цілеспрямована діяльність порушена під час продуктивності запам'ятовування і відтворення виконання як вербальних, так і невербальних завдань. Ді інформації.

більшості дітей характерні низький рівень пізнавальних. Наявність ЗНМ у дітей призводить до зменшення активності, низький обсяг уявлень про навколишнє, труднощі діяльності спілкування (Ю. Гаркуша, В. Корже

порушень. Превалююча форма спілкування з дорослими у дітей виконання у внутрішній формі. З віку 4 – 5 років ситуативно-ділова, що не відповідає віковій нормі. у вольової сфері виявляються у різних видах діяльності

Водночас із загальною ослабленістю діти із ЗНМ у то виконання ігрового, навчального завдання чи іншому ступені демонструють збіднення, спотворення і погрозом.

Дані психолого-педагогічної діагностики (ноги, руки, ока, орального апарату тощо), так і їхньої взаємодіяють можливість визначити найбільш адекватні

Дітям притаманне відставання у розвитку всіх видів моторної організації у процесі навчання, знайти для ризику – загальної, мимічної, дрібної та артикуляційної найбільш оптимальні індивідуальні методи і підходи (Н.Трауготт, Є.Мастюкова, В.Дудьєв): порушення у розвитку

основних рухів та їхніх фізичних якостей, недостатня статична та динамічна координація загальних та дрібних рухів, зниження швидкості та спритності під час виконання вправ, порушення

послідовності елементів дій, труднощі переключення з однієї зовнішньо подібних за своїми проявами та виду рухів на інший, а також у відтворенні рухового завдання механізмами порушень психофізичного просторово-часовими параметрами. Найбільші труднощі (М.Зеєман, Н.Жукова, Є.Кириллова, Н.Леонідо визначаються під час виконання дій за словесною інструкцією.Є.Соботович, Т.Філічева та інші). Під час динамічного

У дітей із ЗНМ порушена графо-моторна навичка дітей логопед визначає уточнене заключення, а (І.Марченко, Т.Кобилякова, Н.Чердніченко) – спостерігається патогенез мовленнєвого порушення.

неможливість правильно змалювати фігури, малюнки. Існує загальне недорозвинення мовлення та недостатньо розвинена зорово-моторна координація і зорового розвитку.

контроль за рухами руки. Діти не дотримуються лінії, руху. Необхідність відмежування ЗНМ від загальної. Неточні, невпевнені, спостерігається слабке або дуже сильне мовлення зазвичай виникає у молодших дітей натискання на олівець під час малювання. У дітей із ЗНМ, коли відзначається пізній початок мовлення порушений конструктивний праксис, що переважно пов'язане з темпом його розвитку. Про вікову затримку мовлення

недорозвиненням дрібної моторики пальців рук – діти (ЗМР) зазвичай говорять тоді, коли в анамнезі відчують труднощі під час маніпуляції дрібними предметами знаходять дані про грубе порушення ЦНС

Вивчення мотиваційно-вольової готовності дітей із ЗНМ більшу збереженість моторних функцій, перед до навчання в школі (І. Мартиненко) виявило у них домінування поведінки дитини загалом. У цьому випадку соціально-ігрової та ігрової мотивації, несформованість (діяльність відсутня за наявності таких факторів регуляції, затримку формування навчальних мотивів, їх поєднанні декількох):

## 6. Диференціальна діагностика з недорозвинення мовлення

Загальне недорозвинення мовлення не

Загальне недорозвинення мовлення та

Необхідність відмежування ЗНМ від загальної

Про вікову затримку мовлення

знаходять дані про грубе порушення ЦНС

Вивчення мотиваційно-вольової готовності дітей із ЗНМ

соціально-ігрової та ігрової мотивації, несформованість

регуляції, затримку формування навчальних мотивів, їх поєднанні декількох):

різні предметні дії, сприймати предмети, їхні властивості якості. І ця потреба поступово згасає. За відсутності або різко зворотна динаміка мовленнєвої недостатності зниженні сенсорного досвіду і предметно-практичної діяльності є менш специфічним, ніж при ЗНМ. Оскільки мовлення у ранньому дитинстві діагностичних критеріїв є можливість зас вираженням наочно-образних й наочно-дієвих форм мислення; граматичних норм рідної мови. Дитина з І рідної мови – зупинка на стадії називання предмета – найбільш повністю не розуміє граматичних змін слів. І форма ЗМР. Мовлення складається з невеликої кількості слів, достатньо добре розуміє звернене мовлення позначають предмети. Обмежена діяльність дитини, відсутність значення граматичних змін слів, значення цікавої продуктивної діяльності разом із дорослим, постійно подібне звучання.

називання дорослим тільки іменників гальмують становлення мовлення. Незважаючи на відхилення від вікового фразового мовлення, звужують зону найближчого розвитку (особливо у сфері фонетики) мовлення (пасивний словник); комунікативну функцію, а у низці випадків

– функціональна незрілість мовленнєвих зон мозку (теповоючим регулятором їхньої поведінки). У дітей із ЗМР більш виражені тенденції до затримки, коли мовлення гармонійно розвивається у більш пізні строки) є поглиблюючим ЗМР фактором; мовленнєвого розвитку, до перенесення виробничих

– подовжені соматичні порушення: органів дихання, сформованих навичок в умови вільного спілкування. За цево-судинної системи, неврологічної сфери, недостатньої логопедичної допомоги це допомагає повнішим розвиненні голосові складки, аденоїдит тощо, негативно позначає мовленнєву недостатність до 5 – 6 річного віку. ються на розвитку мовлення та його якості (гугнявість, шепіт мовлення, нездібність дитини промовити фразу на єдинолість (РВ) видику тощо); Диференціальна діагностика цих станів б

– наслідки постнатальної енцефалопатії, тобто негрубої, оскільки розумове недорозвинення (зокрема ураження ЦНС під час пологів і у післяпологовий період, у тому чи іншому ступені супроводжується можуть бути виражені у легкому ступені, але вони так чи інакше мовлення, а первинне недорозвинення мовлення відіграють визначальну роль у ранньому мовленнєвому розвитку формування первинно збережених розумку: Діагностичною ознакою є дисоціація мовлення

– вторинна ЗНМ як наслідок порушень слуху, з одного розвитку. Для дітей із ЗНМ характерним моторно-рухової сфери, психічного розвитку. бірковій недостатності окремих психічних функцій

Відсутність мовлення у дітей із ЗМР не буває повною, розвиток загалом випереджує їхній мовленнєвий лексикон обмежується словами, що позначають осіб, предметів дітей із ЗНМ спостерігається різко виражена, і

порушенням кіркових функцій (є труднощі у складанні цілого мовлення інтуїтивно, але мають великі труд частин, у розрізненні за основними ознаками – колір, форми, у розумінні смислу лексичних та граматичних величин, у класифікації видових понять). Основні труднощі значень більш високого ступеня узагальнення (викликають завдання, що вимагають прямої участі мови). А у дітей із первинним ураженням мовлення діти мають хороші здібності до перенесення засвоєних способів мовлення та підкіркових структур порушених розумових дій на інші аналогічні завдання. За мірою корекції засвоєння правил про те, за допомогою яких мовлення відбувається вирівнюваніхньої комбінації і послідовності виражається інтелектуальних процесів.

У дітей із РВ – тотальне інтелектуальне ураження і то для передачі оформленого за допомогою мови однаково порушуються усі психічні функції. Їм притаманне звукове мовлення. А це вимагає цілеспрямованого загальної психічної інактивності, слабке прагнення пізнання навчання дітей із ЗНМ рідної мови і мовлення. навколишнього світу, більш пізній розвиток предметної та ігрової діяльності, їхня примітивність та стереотипність. **Воно розвивається.**

У сучасній корекційній педагогіці затриманого розвитку (ЗПР) визначається як уповільнений

У дітей із РВ відзначається виражене відставання у розумового та емоційно-вольового розвитку дитини. Воно також має тотальний рівномірний характер виражається мікроураженням у корі головного мозку стосується недорозвинення як імпресивного, так і експресивного соматичним захворюванням (В. Тарасун). Термін мовлення. У них важко формується диференціальне розуміння невідповідний рівень психічного розвитку позначення предметів і дій. Характерне подовжене використання тимчасовий характер відставання, який із віком слів у неточному значенні, навіть загальної живих іменників успішніше, чим раніше утворюються адекватні дієслів, прикметників, повільне засвоєння логіки побудова розвитку дітей (В. Лубовський).

Діти з РВ можуть повторити складну фразу, але смислові не розуміють. Характерними ознаками ЗПР є такі: обмежений запас знань та уявлень. Порухена словесна регуляція дій (Г. Кузнецов). **Відповідний віку дитини запас знань та уявлень.** С. Соботович, В. Тищенко).

У дітей із ЗНМ (виключаючи сенсорних алаїк довольної діяльності і поведінки, більш імпресивне мовлення випереджує розвиток експресивного. порівнянно із дітьми з нормальним розвитком діти розуміють звернене мовлення, але не говорять. Їх відрізняє прийому та переробки перцептивної інформації критичність до власної мовленнєвої недостатності. сформованість вищих психічних функцій.

Різний механізм порушень мовлення (ураження різних частин). Формування мовленнєвої діяльності цих

словотвірної системи мови. Відстає розвиток здібностей використовувати зоровий усвідомлювати мовленнєву дійсність як щось відрізане (поставу, жестикуляцію для регулювання соціал предметного світу. Низка граматичних категорій у їхньо це роблять діти з порушеннями мовлення ; мовленні відсутня. Для мовленнєвої діяльності характервідзначається відсутність белькоти і слабкий недостатність монологічного мовлення. У цих дітей часнаслідування. Зростаючи, діти нездібні вступ трапляються недоліки звуковимови, вони важко засвоююоднолітками, знаходити спільні інтереси, дії звуковий аналіз слів, недостатньо володіють звуковим образзбіднену або девіантну реакцію на емоції ін слова. Відчувають суттєві труднощі у словесній регуля статність емоційної та комунікативної поведін діяльності.

Під час диференціальної діагностики велике значення мхворобливо, збуджено реагувати на переміщен комплексне обстеження. Воно передбачає клінічн метів, на зміну звичних щоденних рутинних дій етіопатогенетичний аналіз порушеного розумового Своєрідний характер має ігрова діяльніс мовленнєвого розвитку, психологічне вивчення дитиознакою є використання незвичного ігрового спрямоване на розмежування ведучого мовленнєвого а предметів домашнього побуту. Дитина грає о, інтелектуального дефекту, а також додаткові мето використовуючи різні предмети (взуття, папір дослідження — електроенцефалографічні тощо. Диференцій тощо). Сюжетно-рольова гра відсутня. діагностиці допомагає аналіз динаміки психічного розвитк своєрідне патологічне перетворення в той дитини.

**Загальне недорозвинення мовлення та ранній дитяч аутизм (РДА)** Серед характерних ознак РДА велике мі дорозвинення або повна відсутність усного :

У сучасній корекційній педагогіці аутизм розглядається супроводжується спробою компенсації за доп важка форма патології розвитку, що характеризується погряції або мімікі як альтернативи комунікації шеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій реотипне і повторне використання слів і ф також наявністю нетипових інтересів і форм поведінки (В. Івдістрочені чи безпосередні ехолалії. Подовж ган, К. Лебединська, О. Нікольська, Д. Шульженко та інш такі відповіді, як «так» чи «ні», особистий Запропонований дитячим психологом Л. Каннером у 1943 р Недорозвинений лексико-граматичний бік мо (США) опис хвороби, беручи до уваги ранній вік її виникненгаються своєрідні фонетичні розлади і поруше сьогодні позначається як ранній дитячий аутизм або синдрвалюванням високої тональності наприкінці Каннера. Більш легку форму аутизму, при якій мовлення і подовжена відсутність у мовленні слів, які поз рушене у меншому ступені, описав австрійський педіатр для дитини людей (мати, тато) або окремі пр

жестикулювання та імітаційної поведінки. Найчастіше можливі причини, механізм і симптоматику р спостерігається у дівчаток. може постановці правильного мовленнєвог

Мовленнєві порушення у дітей із РДА можуть варіювати обстеженні враховують такі принципи: за своїми проявами, ступенями складності і багато в чому залежать від етіології, патогенезу, мікросередовища, своєчасності комунікативного і мовленнєвого, вербального і адекватної лікувальної та психолого-педагогічної роботи. – комплексного підходу, що важливо д – системного структурно-динаміч психічного розвитку, що допоможе підвищи

### 7. Диференціальна діагностика безмовленнєвих дітей психолого-педагогічного вивчення загалом;

Значними труднощами є диференціальна діагностика – якісного аналізу структури дефекту, і безмовленнєвих дітей, особливо до п'яти років (Т.Ахутідля оцінки діяльності; Б.Гріншпун, Є.Кириллова, Р.Левіна, Є.Соботович, О.Усанов – цілісного аналізу психічного розвитку С.І. Паховська та інші). зможу визначити співвідношення між первин

Той рівень мовлення, який є у цих дітей, – вокалізації, з дефектом. конаслідування і звукокомплекси, емоційні оклики, навіть деякі. Обстеження безмовленнєвих дітей необч нечітко вимовлені побутові слова – не можуть слугувати дсукупність взаємопов'язаних прийомів, завда повноцінного спілкування. Їхнє мовлення не є регулятором яких дає підстави виявити їхні індивідуальні особ поведінки, оскільки вироблення умовних зв'язків на слова знає. Аналіз мовленнєвого дефекту і прогнозує но утруднене. ків здійснюється з позицій розвитку, з ураху:

Група безмовленнєвих дітей неоднорідна. Вона охоплює ближчого розвитку (за Л.Виготським). такі категорії дітей: з сенсорними та моторними алаліями, *Обстеження безмовленнєвих дітей (* анартріями, з тяжкими дизартріями, з РДА, з розумовою *Пред'явлення матеріалу повинне бути* відсталістю, з тяжкими порушеннями слуху. Спільним для них є те, що кожна безмовленнєва дитина могла реагувати усіх є відсутність мотивації до спілкування, невміння ними засобами, які їй доступні. Форми спіл орієнтуватися в ситуації, розлади поведінки, негнучкість якої обстежує, і дитини повинні враховувати контактах, підвищене емоційне виснаження. Це заважає їм: посмішку, жест, знак заперечення, фік повноцінному спілкуванню дитини з людьми, що оточують. предметі тощо.

У безмовленнєвих дітей часто відзначається неврологічна симптоматика – мінімальна мозкова дисфункція, синдроми гігі бесід з батьками необхідно з'ясувати такі псих і гіперзбудливості, гіпертензійно-гідроцефальний індивідуально-типологічні особливості дитини; коли церебрастенічний синдром. Крім цього, для них характерне зблизьких і чужих людей; наскільки дитина і

белькоту, про емоційні аспекти комунікації і невербальних засобів спілкування. Вони або занижують, або (частіше) перевищують можливості самої дитини.

При обстеженні необхідно:

1) звертати увагу на міміку і емоційні прояви, вираженість соціальних емоцій (звернення за допомогою, реакцію на оцінку, або чуттєвість до оцінки дорослого), їхню адекватність, відзначати особливості спілкування з людьми, оточують, особливості адаптації до умов закладу. Необхідно враховувати, чи може дитина самостійно кусати, жувати, ковтати, пити з чашки. Спостереження за реакціями дитини дають інформацію про стан її сенсорного апарату;

2) в організованій дорослим діяльності потрібно фіксувати можливість залучення дитини до індивідуальної сумісної з дорослим ігрової чи іншої діяльності (побутової, пізнавальної тощо), наявність інтересу до запропонованих ігор і занять, вибір іграшок, адекватність їхнього використання, володіння знаково-символічними функціями, прояви ініціативи з боку дитини, здібність до співпраці, емоційні реакції на оцінку дорослим її успіхів, наявність звуконаслідувальних реакцій модульованого лепету, що супроводжує діяльність;

3) завдання для обстеження повинні бути емоційно забарвлені і сплановані так, що реакція на них має бути мінімальною. Використовують не тільки дидактичний матеріал, а й різні аксесуари (намисто, шльопки, браслети, каблучки тощо), театральні ляльки бі-ба-бо, ялинкова мішура, ліхтарик тощо. Замість муляжів ліпше використовувати натуральні предмети: овочі, фрукти тощо;

4) необхідно звертати увагу на те, як дитина вступає в контакт, чи є в неї негативні реакції загального і мовленнєвого

Діти з моторною алалією	Діти з сенсорною алалією	Діти з РДА	Діти з порушенням слуху	Діти з інтелектуальними порушеннями
<p>1. Пошук правильних артикуляційних зв'язків.</p> <p>2. Парези артикуляційної мускулатури відсутні; функціональні слухозадовільний.</p> <p>3. Імпресивний</p>	<p>1. Діти чують, але не розуміють звернене мовлення, відзначається неформальність акустичних процесів, зниження здібності до сприйняття мовлення</p>	<p>1. Часто реагує на тихий голос під час звучання знайомих музики, уникає зорового контакту, не дивиться на міміку і губи того, хто говорить.</p> <p>2. Виявляє повну байдужість до того, що відбувається, у</p>	<p>1. Розуміння зверненого мовлення поліпшується збільшення його голосності.</p> <p>2. Відзначаються особливої поведінки у вигляді підвищеної психічно</p>	<p>1. Мова потенційно спільна з іншими людьми.</p> <p>2. У повільній реакції піддається</p>

труднощі у розумінні і граматичних форм і розгорнутого тексту. 4. Характерною ознакою є несформованість ритмічності і структур: неможливість відтворенням ритмічності малюнку відплескуванням при хорошому розумінні	дітей вибірково утруднене утворення умовних зв'язків на звукові подразники достатньої голосності. 3. Непостійність слухової функції залежить від підвищеної збудливості або загальмування, від соматичного стану	спостерігається пластичність рухів. 4. Не користується центральним зором, нічого не розглядає спеціально. 5. Не використовують міміку, жести, зображувальні дії. 6. Розуміння зверненого мовлення ситуативне, відсутні фіксовані форми навіть примітивних моторних стереотипів	розгальмованості. 3. Функція активної уваги знижена, імпресивний словник недостатній. 4. Активно користуються невербальними засобами комунікації. 5. Мімка і пластичність під час реакції враження змінюється, відзначається	ість. 3. Етична дистанція «дитина – дорослий» відсутня. 4. Порухення контактів із середовищем виражені, ніж при аутизмі, а страхіття, біль адекватні. 5. Деякі діти реагують на жест і інтонацію, їхні дії мають наслідувальний характер. 6. Відзначається	3. Використовуються паралінгвістичні засоби: жест, міміка, пантоміма. 6. У багатьох дітей водяться сворукі. Дітям або важко амбідекструвати реакцію на мовленнєву недостатність, попірхуються їжі. 4. У всіх дітей підвищен	підвищену чутливість до звуків, які не викликають занепокоєння у людей, що оточують: шурхіт паперу, скрип, брязкання тощо (гіперакузія). 5. Імпресивний словник нестійкий, впізнавання предметів – вибірково, при зміні форм і	страху. 7. Відзначається тенденція до заміщення реального світу аутостимуляторами утворення ми, часто відсутня навіть примітивна гра. 8. Характерним є пасивний дрейф від одного об'єкту до іншого без фіксації погляду на будь-чому.	часто відбувається з відхиленнями, а всі компоненти мовної системи порушені.	ть можливість комунікації нечоловічистої звуку
--	--	--	--	--	---	--	---	--	--

<p>них конструкцій. 6. Відзначаються труднощі включення і переключення уваги. 7. Для спілкування часто використовуються міміка і жести, ігрові дії можуть супроводжуватися модульованим лепетом. 8. Критичність цих дітей знижена, поведінка</p>				<p>млявими. 9. труднощі Характерні оптичні порушення. переключення з однієї артикуляції до іншої та не сформованість ритмічної структури.</p>	<p>тивним є те, що дитина чує, але не розуміє зверненого мовлення.</p>	<p>афективне виділення сигнальних вражень і відповідь на них поведінкою реакцією захисту, або задоволення потреби.</p>	<p>ивним є те, що діти намагаються вдивляти ся в обличчя того, хто говорить. Потребують обстеження отоларинголога та сурдолога.</p>	<p>повирня зв'язі анараханастидизген</p>
--	--	--	--	---	--	--	---	--

### 8. Комплексне обстеження дітей із недорозвиненням мовлення

Правильно організоване корекційне навчання дітей із ЗНМ повинно спиратися на комплексне обстеження їхніх немовленнєвих процесів, сенсомоторного інтелектуального розвитку, особистісних та соціального середовища.

В спеціальній літературі достатньо повернуті методики обстеження і принципи аналізу із урахуванням того, що первинна несформованість одного з мовних компонентів, які так чи інакш

Основне завдання діагностики порушень мовленнєво-слухової патології від подібних станів, де і розвитку – правильна кваліфікація дефекту з метою визначення інтелекту або слуху. оптимальних шляхів його подолання (Є.Соботович).

Розглянемо основні напрями комплексного вивчення дітей із мовленнєвим розвитком. із ЗНМ.

Логопедичне обстеження включає три основні розділи: системи, підсумок якого обґрунтовує логопедичні

1) ретельне вивчення умов виховання і динаміки мовленнєвого і загального психічного розвитку, яке відбувається тереження за дитиною в умовах спеціального і основі бесіди з батьками і аналізу документів про дитину (матеріальна та педагогічна документація);

2) логопедичне та психолого-педагогічне обстеження та педагогічної документації) передбачає виявлення докладним реєструванням вербальної та невербальної діяльності проходження вагітності матері та пологів дитини;

3) аналіз та педагогічна оцінка усіх отриманих даних. комоторний, домовленнєвий (підготовчий) та

У процесі вивчення дитини з мовленнєвою патологією розвиток дитини, перенесені дитиною та наявні логопед повинен виявити обсяг її мовленнєвих навичок, співвідношення, умови виховання, мовленнєве оточення їх із віковими нормативами, а також із рівнем психічного мовлення дитини батьків, усвідомлення розвитку, визначити співвідношення дефекту мовленнєвого дефекту, її поведінка, контактні компенсаторного фону, мовленнєвої і комунікативної активності та дітьми, активність і форми комунікації. та інших видів психічної діяльності.

Під час дослідження мовленнєвих дефектів необхідно виявити загальний кругозір дитини, отримати базуватися не тільки на визначенні відхилень у формуванні її мовлення, його повноту, зрозумілість, чіткість чи інших сторін мовлення, але й виявленні стану тих операцій тощо. Бесіда передбачає питально-відповідальні мовними знаками та тих психічних функцій, які забезпечують основних відомостей про дитину, її оточення засвоєння порушених мовних одиниць й їхнє використання у побудові, а також завдання у вигляді переказу мовленні. Важливо визначити співвідношення розвитку експресивного розповіді за сюжетною картинкою, розповідного та імпресивного мовлення дитини, виявити компенсаторну роль збережених ланцюгів мовленнєвої функції, співвідношення мовлення дитини, оскільки до того ж послаблює нести рівень розвитку мовних засобів із їхнім активним використанням і можна виявити окремі симптоми мовлення у мовленнєвому спілкуванні. недорозвинення мовлення, але не зафіксовані у

межах (рахунок, знання про колір, форму, величину), виконання завдань (наприклад, класифікація геометричних фігур, предметів, їхній аналіз), розуміння звуків мовлення (фонем), впізнавання порівняння, конструктивна діяльність (піраміди, конструктори тощо), стан просторових умовлення. Розвиток розуміння мовлення, доречність (орієнтування у власному тілі, у просторі, розрізні завдання). Розвиток розуміння мовлення, доречність (орієнтування у власному тілі, у просторі, розрізні завдання). Розвиток розуміння мовлення, доречність (орієнтування у власному тілі, у просторі, розрізні завдання).

предметне сприймання, стереогнозис, часові уявлення, зорове сприймання. Важко обстежувати окремо експресивні слухова увага, довільне запам'ятовування. Важливо слідкувати за мовленням дитини. Доречно чергувати прийом за ходом виконання завдань дитиною, фіксувати як і в якій формі виявлення особливостей власного мовлення дитини. Доречно чергувати прийом за ходом виконання завдань дитиною, фіксувати як і в якій формі виявлення особливостей власного мовлення дитини. Доречно чергувати прийом за ходом виконання завдань дитиною, фіксувати як і в якій формі виявлення особливостей власного мовлення дитини.

Дослідження *сенсомоторних функцій* дитини передбачає комплексне сприймання, призводить до вторинного обстеження особливостей розвитку загальної, дрібної та артикуляційної моторики та впливає на експресивну мову. Виявлення будови тіла та артикуляційних порушень артикуляторних механізмів мовного апарату, наявності обсягу та відчуттів усіх основних рухових органів, якості їхнього виконання. У процесі виконання рухових завдань необхідно звернути увагу на точніше об'єднати в одному обстеженні два завдання: відтворення дитиною просторово-часових параметрів, утримання розуміння чужого мовлення та водночас наявності пам'яті елементів дій, наявність самоконтролю під час розвитку активного мовлення. І навпаки, чи виконання дій. Окремо фіксуються навички самообслуговування: розвитку усного мовлення, тим більше потрібні, якими володіє дитина: вміння зав'язувати шарф, шнурки, прийомів для виявлення недоліків розуміння то банти, застібати та розстібати гудзики, правильно мити та тирати руки тощо.

Індивідуальне всебічне обстеження мовлення дитини включає:  
ЗНМ сприяє найбільш точному встановленню рівня її мовлення – нульовий: дитина зі збереженим слухом невого розвитку. З метою ефективного використання періоду мовлення середовища, іноді реагує на свої обстеження, процес якого вимагає великих часових витрат, моїнтонації заборони або заохочення;  
на об'єднувати деякі завдання, водночас виявляючи ступінь – ситуативний рівень розвитку розуміння сформованості різних мовленнєвих навичок (наприклад, зазуміє прохання, пов'язані з побутовим предме-

з чого? тощо);

розповіді.

– предикативний рівень розуміння мовлення: знає бага *Для обстеження лексичного запасу* під назв дій, легко орієнтується у питаннях непрямих відмінковий мінімум, визначений із урахуванням пр поставлених до об'єктів дій, зображених на сюжетних картках загальноосвітнього дошкільного закладу за ус ках, розрізняє значення декількох простих прийменників (*на, ності* відповідно до віку. *коло тощо*). Не розрізняє граматичних форм слів;

– розчленований рівень: розрізняє зміну значень, вості словника. Вивчається представленість в вносяться окремими частинами слова (морфемами) – флексіями дитини й розуміння слів, які належать до префіксами, суфіксами (стіл – столи, прилетів – полетів). гічних категорій, але виражають різний за с

Під час *обстеження зв'язного мовлення* з'ясовується, зміст (С.Соботович):

дитина може скласти розповідь за сюжетною картинкою, за ( – слів, безпосередньо співвідносних із п **рією** сюжетних картинок, переказати, скласти розповідь-опис. ми, з їхніми діями та якостями;

Сюжет картинок для розповідання має бути доступні – слів, які не мають прямої предметної дітям, наближеним до їхнього життєвого досвіду. Спочат позначають складні збірні поняття, суму яко дитині пропонують розглянути картинку (1 – 2 хв.), пот(наприклад, зима, літо, хитрий, добрий тощо); логопед задає декілька питань, щоб з'ясувати розумін – слів, які мають близькі або прот дитиною змісту картинки і, нарешті, пропонує дитині склас(синонімічні, антонімічні, первинні та похідні, і розповідь, спираючись на систему питань логопеда а Під час обстеження словникового самостійно. подають за поступовим зростанням складн

Для складання розповіді за серією сюжетних картинок (залежить від рівня лексичного розвитку ди 5 картинок) їх розташовують із урахуванням мовленнєвого дроботи використовують такі методичні прийом фекту та вікових особливостей дітей за зростаючою складністю Чіркїна):

Логопед пояснює дитині або дає наочний зразок того, як і – знаходження (показ) дітьми предметі трібно послідовно розташовувати картинки. Після цього п(логопедом (покажи, хто шиє, хто вишиває тощ понується інша серія картинок, яку дитина розкладає, відповід – виконання дій, запропонованих лог на запитання логопеда за її змістом і самостійно складкульку, розфарбуй кульку); розповідь. – самостійне називання дітьми показані

Переказ допомагає логопеду з'ясувати, наскільки уважявищ, ознак і якостей (Хто намальований на і дитина може слухати, як розуміє зміст, запам'ятовує і бить хлопчик? Яка кулька?); слідовність подій. Підбираючи тексти для переказу, необхід – самостійне називання дітьми і



глухі приголосні, г) тверді та м'які приголосні. Ці звуки ді повинні вимовити ізольовано, у складах і у словах у різних ф нетичних контекстах. Слова та речення відтворюються сам стійно та відображено.

Для обстеження *складової структури* та звуконаповнен підбирають слова з певними звуками і з різним типом кількістю складів: слова зі збігом приголосних на початку, редині, кінці слова. Під час вимови цих слів передбачається відображене, так і самостійне називання картинок (сюжетних). Фіксують, що є найбільш характерним для дитини: пропуски складів, їхня перестановка, скорочення приголосних тощо. У разі глибинного порушення складової структури дитині пропонують вимовити низку складів

переключення з різним ритміко-інтонаційним приклад, «патакама», «бутакаво», «пту», «мна», «фто» тощо.

Для виявлення розвитку фонематичного слуху пропонують виділити (плеснути у долоні) звук на фоні інших слів. Воно передбачає роботу за такими звуками, запам'ятати та відтворити складовий ряд (2 – 4 складів) паралельними напрямками: а) який входять тільки ті звуки, які дитина вимовляє правильно але різні за артикуляцією та акустичними ознаками.

Обстеження звукового аналізу передбачає розрізнення виділення звуків зі складу слова (на голосній і протяжній вимові), виділення приголосного з початку слова і голосного наприкінці слів. (використовують знайомі двоскладові слова), підбір слів заданим звуком, порівняння слів за звуковим складом. Дітям, які вже мають деякі навички звукового аналізу, дають складні завдання: ділення речень на слова, слова на складні склади на звуки, визначається порядок та місце звука в слові.

Хорошим прийомом роботи є підбір картинок, назва як

загальному недорозвиненні мовл

Системне недорозвинення мовлення біле синдромом, у структурі якого виділяють склад зв'язки між мовленнєвим і немовленнєви

Основи корекційного навчання розробл

і педагогічних дослідженнях багатьох авторів

Є. Собонович, Л. Трофименко, Т. Філічева,

напрямами:

а) слухове, зорове сприймання, увага, мотс

(вимова, лексика, граматики, зв'язне мовл

механі: формування загальнофункціональних механі

будується з урахуванням завдань,

залежно від рів: розвитку дитини. Вона визначається як і

– подолання мовленнєвого та немовленнєвого слуховс

– формування сенсорно-перцептивного рівня сприймангультуати» ).  
(в роботі з дітьми з дизартрією).

Логопедична робота з подолання ЗНМ здійснюється шлях розширення та уточнення значення предхм використання поетапної системи формування мовленнятивного та ад'єктивного словника урахуванням закономірностей його розвитку в нормі. узагальнювальних понять.

«Головне завдання полягає не тільки в тому, щоб навчи Формують антонімічні відношення у пр дітей користуватися певними словами і висловами, але головипротивних за значенням дієслів (налий – вил у тому, щоб озброїти їх засобами, які допоможуть самостійзастібає – розстібає, лягає – встає), прикме розвивати мовлення в процесі спілкування і навчаннмаленький, довгий – короткий), прислівників (Р.Левіна).<sup>4</sup> близько – далеко, спереду – позаду). Навчають

Виконання цього завдання тісно пов'язане з розвиткнепрямих відмінків із використанням слів: кол пізнавальної діяльності дітей, із виробленням у них уміння ским, куди («Покажи, кому дівчинка дає молоко стерігати, порівнювати та узагальнювати як явища навколи малює хлопчик» ). Диференціюють у імпрес нього життя, так і різні явища мови. форми однини та множини чоловічого та жіноч

На першому етапі навчання (I рівень ЗНМ) основними зг-а (кульки, м'ячі, дерева) у називному відмінку, даними є: викликати наслідувальну мовленневу діяльнісособи однини та множини теперішнього часу дітей у формі будь-яких звукових виявлень, розширити обсспіває – співають), форми дієслів минулого розуміння мовлення, формувати та розширювати активн чоловічого роду (взяла – взяв, читала – чип словник, навчити дітей правильно будувати двоскладові реченФормують розуміння значення продукти у межах розмовно-побутового мовлення. пестливих суфіксів іменників (м'яч – м'ячик

Необхідною умовою проведення занять є щільний конталожка – ложечка). Формують та розви із дитиною на фоні позитивного емоційного настрою, її бажанпрійменникових конструкцій із прийменникам говорити і наслідувати логопеда. Заняття повинні вклюаколо, від, із-під, із-за за демонстрацією різноманітні методичні та ігрові прийоми, розумне чергуванрозуміння питань за сюжетною картинкою, про видів роботи з багатократним повторенням одного й того ж мс У дітей формують загальні мовленневі і ленневого матеріалу, бути насиченими (особливо на початіфізіологічного та мовленневого дихання без м невербальними завданнями. Подовженість індивідуальних роводу (спокійний вдих та повільний цілеспрям підгрупових (по 3 дитини) занять 10 – 15 хв. з мовленневим супроводом на матеріалі голосі

Насамперед дітей із ЗНМ I рівня навчають розуміння звсоеднань, складів (ПГ) зі щільними глухим неного до них побутового мовлення. Дітей орієнтують на рсдальшому слів і фраз, поступово їх розширюю



контексту висловлювання.

Систематична робота з розширення пасивного граматичним та інтонаційним оформленням. Розвивають вміння правильно будувати активного словника, розвиток усвідомленого сприйманя мовлення допомагає нарощувати і узагальнювати речення, узгоджувати слова у реченні. Навча спостереження над смисловими, звуковими, морфологічними речення за рахунок однорідних членів з використанням синонімічних форм слова та без такого (*Мама купила моркву, буряк, картоплю. На вулиці сьогодні гарна погода*).

У дітей із II рівнем ЗНМ формують граматичні стереотипи мовлення. Навчають використанню простих видів мовленні.

Вдосконалюють їхні навички, сформовані на першому складнопідрядних речень із використанням етапі навчання. Навчають розумінню та використанню форм сурядності та підрядності (*а, але, і, щоб*, однини і множини іменника середнього роду, зміні іменників *машиною, а Катя лялькою. Пішов дощ, але жіночого та чоловічого роду спочатку однини, а потім множини *бесіди. Микола взяв олівець, щоб намалювати за відмінками з прийменниками, зміні іменників середнього роду однини за відмінками без прийменників і з такими.**

Виробляють вміння узгоджувати прикметник із іменником реальних життєвих обставинах. Діти повинні чоловічого, жіночого, середнього роду однини та множини двох факторів і встановити послідовність називному та непрямих відмінках, а також узгоджувати кількісний їхнього проходження. Далі їм демонструють, як числівники з іменниками.

Удосконалюють навички правильного використання прийменникових конструкцій із прийменниками *у, із, на, під, за, біля* діалогічного мовлення у спеціально з, від, до, із-за, з-під і навички розрізнення прийменників у - комунікативних ситуаціях (бесідах, іграх, під доручень тощо). Завдання з розвитку діалогу.

Навчають правильного використання дієслів доконаного та поточні заняття та у вільний час від закінченого та недоконаного виду (*малював – намалював, читав – прочитав*) розмовно-побутовим мовленням прискорює темп мовлення.

Формують навички використання словотворних моделей іменників із більш, а потім менш продуктивними суфіксами знайомих та незнайомих казок і оповідань зменшеності та згрубілості, звуконаслідувальних дієслів, дієслів планом, самостійно; самостійного складу утворених від іменників (*фарба – фарбує, вчитель – вчить*) розповідей за схемою і без такої; складаних

їхня автоматизація та диференціація у різних фонетичних умована на елементарне усвідомлення звуків мовлях. Відбувається розвиток фонематичного слуху, фонематичн Велика увага приділяється становленню «чуття уявлень, простих форм фонематичного аналізу (виділен базою для формування метамовної діяльності і наголошеного голосного з початку слова, виділення звука зі сл дітей до навчання в школі. Корекційна робота на цьому етапі провод

Становлення вимовної сторони мовлення тісно пов'язаням принципу взаємопов'язаного формуванням складової і ритмічної структури мовлені фонематичних і лексико-граматичних ком Закріплюються навички правильного, чіткого відтворення 3 - Логопедичні підгрупові заняття (6 – 7 дітей, ча складних слів різної звуконаповнюваності. Але вправи про 30 хв.) поділяються на два типи: форм дяться на матеріалі тільки тих звуків, які вимовляються пграматичних засобів спілкування і розвиток з вильно. та формування звукової сторони мовлення

У дітей формують загальні уявлення про виразність мс урахуванням завдань, змісту кожного періоду н лення. Ознайомлюються із розповідною, питальною мета занять – забезпечити перехід від накоп окличною інтонацією, засобами їхнього вираження і способа пасивного мовного запасу до активного викс позначення з подальшою диференціацією в імпресивному засобів. Зміст корекційного навчання включає ро експресивному мовленні. Попередньо розвивають осно імпресивного та експресивного мовлення в пр акустичні характеристики голосу (сила, висота, тембр), особлинення пасивного та активного словника д у дітей із дизартрією, в особливих голосових вправах.

На третьому етапі навчання головним завданням є роздиференціювання та правильного використа ток зв'язного мовлення, тобто повне, послідовне, системне виформ словозміни і словотвірних моделєі ладення думки (уміння усно переказати і розказати прочита синтаксичних конструкцій, формування зв' побачене, будь-яку подію, яка вже відбулася) на основі і корекція фонетико-фонематичної сторони мовл дальшого розширення і уточнення словника імпресивного Весь процес корекційного навчан експресивного мовлення, можливості диференційованого ви комунікативну спрямованість. Засвоєні елемент ристання граматичних форм слова і словотвірних модел повинні бути включені у безпосереднє спілк (водночас із формуванням звуковимови і слухомоторн навчити дітей використовувати відпрацьо диференціацій), різних синтаксичних конструкцій. Отж операції у аналогічних або нових си корекційно-логопедичний вплив спрямований на розвит використовувати отримані навички у різних ви, різних компонентів мовленнєвої здібності (фонетичноі На третьому етапі навчання лексичного, словотвірного, морфологічного, семантичного). удосконаленням експресивного мовлення, ут

слова з емотивним значенням (*радісний, горе*).

видів складносурядних та складнопідрядних

Навчають осмисленню образних висловів у загадках, кстанням сполучників причини, ках, пояснення смислу прислів'їв, приказок.

Навчають складання складнопідрядних

Удосконалюють навички усвідомленого використання єними мети, умови, часу, деяких складних кон і словосполучень відповідно до контексту висловлювання, *лад: Коли прийшла весна і почав танути сніг, також навичок самостійного використання граматичних фо вилися перші проліски*). слова та словотвірних моделей.

У формуванні зв'язного мовлення дітей

Формування граматичної правильності мовленнавички описових розповідей, переказу те відбувається на основі попередньо засвоєного матеріалу літератури та народної творчості. Навчають лексики і фонетики. Використовують вправи на розрізнення типів текстів із дотриманням цілісност співставлення форм слів. Навчають вслуховуватися в закінченвисловлювання. Вдосконалюються навич іменників, дієслів однини та множини, у відмінкові зміни однс програмування і мовного оформлення зв'язно й того ж слова.

Навчання дітей творчого розповідання на осн

Для вдосконалення сприймання на слух значущих част використанням сформованих уявлень і знань. слова, що виражають їхнє граматичне значення, у завдання Корекція порушень фонетико-фонематич визначення дії і місця розташування предметів включаєлення дітей із III рівнем ЗНМ передбачає фор дієслова з різними префіксами, слова зі зменшено-пестливої артикуляції відсутніх та порушених у ви суфіксами. У них закладені великі можливості для розвитку звуків пізнього онтогенезу, їхня автоматизація чуття мови збоку морфології.

у різних фонетичних умовах. Розвиває

Навчають правильного використання іменників, утворен слуховимовну диференціацію не порушених у і за допомогою непродуктивних суфіксів (*-иц(я), -к – продавци* Удосконалюють фонематичні уявлення. *льотчиця; лікарка*), зменшено-пестливих прикметників Формують здібності здійснювати допомогою суфікса *-еньк(ий)* (*маленький, зелененький, мо фонематичного аналізу та синтезу (знаходить денький*), відносних прикметників від основ іменників за дслові, послідовність і кількість звуків у слові) помоогою суфікса *-ов* (*малиновий, медовий, гороховий*), пупоетапного формування розумових дій (за П.Га свійних прикметників (у значенні приналежності) за допомог Удосконалюють навички відтворення с суфіксів *-яч; -ч*, з чергуванням приголосного (*лисячий, котячискладової структури (ізолюваних і у різ свинячий, ведмежий*). Особливу увагу звертають на засвоєнконтекстах).

споріднених понять, а потім і слів, які їх позначають, умін Ознайомлюють дітей із поняттями «ре знаходити у них подібність і відмінності (*ліс, лісник, лісові«звук», «склад»*), навчають аналізувати.

мови відбувається за такими напрямками:

– розвиток у дітей різних видів усного мовлення (діалогічного, монологічного) на основі збагачення знань про навколишній світ;

– формування і розширення лексичної сторони мовлення;

– практичне оволодіння основними закономірностями мови на основі засвоєння смислових та граматичних відношень;

– формування лексико-граматичної готовності до усвідомленого засвоєння інших розділів рідної мови (навчання граматиці, грамоті, правопису).

Уся система роботи з формування та розвитку мовлення спирається на принцип комунікативної спрямованості навчання. Це передбачає формування спілкування у процесі активної мовленнєвої діяльності, утворення в учнів мотивованої потреби до мовлення шляхом стимуляції їхньої мовленнєвої активності і моделювання ситуацій, які сприяють породженню самостійних та ініціативних висловлювань.

#### *Питання для самоконтролю*

1. Дайте визначення ЗНМ.

2. З якими причинами може бути пов'язане виникнення ЗНМ?

#### *Література*

1. Большой толковый психологический словарь / [Авт.-уклад. Ребер А. : в 2 т. ]. – М., 2000. – 400 с.

2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.

3. Навчання і виховання учнів 1-го класу. Метод. посібник для вчителів / Уклад. О.Я. Савченко. К. : Почат. шк., 2002.

## **7. ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-АПАРАТУ**

1. Загальна характеристика дітей з дитячим

2. Причини порушення у дітей опорно-ручного

3. Корекційна робота з дітьми з ДЦП.

### **1. Причини порушення у дітей опорно-ручного апарату**

Дитячий церебральний параліч – це захворювання, яке починається внутрішньо розвивається в перші роки життя. Термін запропонований З.Фрейдом для об'єднання спастичних паралічів пренатального походження клінічними ознаками. При «ДЦП» спостерігаються психічні порушення, нерівномірний, характер формування окремих психічних функцій. Існує понад 20 класифікацій ДЦП. неврології найбільш поширена класифікація К. Ланга (1) подвійна геміплегія, характеризується вираженою атрофією кори головного мозку; об'єму шлуночків; психічний розвиток дітей з ДЦП мінімальний і подібне до олігофренії; імбецильності або ідіотії;

2) спастична диплегія (хвороба Літтля) –



логічна симптоматика.

Головним завданням терапії на ранній стадії захворювання варто пам'ятати про складні побічні дії. у подібних випадках є запобігання подальшого розвитку Антибіотики є однією з причин лікар патологічного інфекційно-допоміжного процесу в ЦНС, вражає переважно шкіру і підшкірну осн почався внутрішньоутробно, та попередження розвитку грубпричиною токсично-алергічного енцефаліту (Е резидуальних явищ, які можуть бути результатом як головноЛаврецький у своїх роботах наголошує, що п захворювання, так і черепно-мозкової пологової травмсистеми розвинулася в 27% хворих, які одержу порушення мозкового кровообігу, який виникає, як правило,з приводу того або іншого захворюванн результаті механічного впливу на мозок плода, на судини, стінускладнень належать: напади епілепсії, генер яких уражені запальним процесом. гіпоксія, набряк мозку, гіпертензивний к

У плода з внутрішньоутробною патологією мозку не рпорушення, кохлео-вестибулярні порушення. звиваються, як правило, два рефлексии, що з'являються у здоро- Отже, дитячий церебральний параліч – вого плода ще внутрішньоутробно – рефлекс із голови на тулущо викликає порушення рухової активнос рефлекс першого подиху. Пологи зазвичай тривалі та важположення тіла. Воно виникає в результаті у ускладнені механічно пологовою черепно-мозковою травмоюдо народження дитини, під час пологів або порушенням мозкового кровообігу. Обидва ці стани супровоВражається не весь мозок, а головно, відд жуються набряком мозку, що, зі свого боку, може викликаруховою активністю. Порушені функції мозку і важкі порушення діяльності ЦНС. але і не погіршуються.

Різне порушення мікросередовища нейрону, зумовлене У кожної дитини, яка страждає на ДЦП перичелюлярним набряком, викликає, як правило, найтяжманітні відділи мозку. Причини ушкодження ч його дисфункцію, і в тих випадках, коли це порушення здаєтьстановити. тривалим, можуть виникнути незворотні зміни у ньому з І. Основні причин виникнення дитячо наступним розпадом. паралічу.

Показані порушення зумовлюють необхідність визначених 1. Причини виникнення ДЦП до народже заходів, проведених уже в пологовому будинку. Нерідко на 5 – 7 а) інфекційні захворювання матері пі день життя розвивається набряк мозку і повторні порушен(наприклад, краснуха); мозкового кровообігу. б) неоднакова кров у матері і дитини (н

Антибіотики викликають зниження внутрішньочерепнозус-фактором); тиску, зменшення інтенсивності набряку мозку на декілька го- в) захворювання матері такі, як діабет а дин. Це може відтворити захисні сили організму, набряк постних;

застосування гормонів (окситоксинів) із метою прискорення піншими дїтьми починає тримати голївку, сидїти логїв викликає звуження кровоносних судин матки, у результатї 4. Вона може не володїти руками або кор дитина вїдчуває кисневе голодування. Вона з'являється на сюднїєю рукою.

посинїлою і нерухомою – із ушкодженнями мозку;

б) пологові травми. Важкі пологи виникають у матерїв, яз смоктанням, ковтанням і жуванням: вона є занадто молодї або тендїтнї; давиться. Навїть пїсля того, як дитина пїдрос

в) передчаснї пологи. У дитини, що народилась недоношзберегти ця та їнші труднощї з харчуванням. ною, вага якої менше 2 кг, дуже ймовїрний ДЦП.

3. Причини виникнення ДЦП пїсля народження дитини: ною молодшого вїку. Тїло дитини скуте пїд

а) дуже висока температура внаслідок їнфекцїйної хворопання або гри. Пїзнїше їй важко навчитися сам або зневоднювання (втрата рїдини при поносї). Ця причигатися, умиватися, користуватися туалетом аб найбільше поширена серед дїтей, яких штучно годують; дїтьми. Це може бути пов'язане з раптовою по:

б) їнфекцїйнї захворювання мозку (менїнгїт, енцефалїт); розслабленням тїла, у результатї чого дитина і

в) травма голови; же бути настїльки розслабленою, що здастьс

г) кисневе голодування – при газовому отруєннї, якщо двїпаде. І цїлком знеацька тїло дитини стає с тина тонула або внаслідок їнших причин; подїбно до дошки, так, що його неможливо пїдї

д) отруєння глазур'ю, пестицидами, застосовуваними для 7. Дитина часто плаче, нервова, драгївл обпрїскування сїльськогосподарських культур, та їншими отрзагальмована, пасивна, майже нїколи не плаче ї тамї;

е) кровотеча або згустки кровї в мозку, що виникають чколишнє не так, як їнші дїти. Частково це буде сто їз невідомої причини; слабленїстю, скутїстю тїла, поганою рухливї

ж) пухлини мозку, що викликають прогресуюдитини може спостерїгатися вїдставання в ро ушкодження мозку, симптоми якого аналогїчнї до ДЦП, пїзгодом у деяких дїтей мовлення стає неч постїйному погїршеннї стану. труднощами розумїють, чого хоче їхня дитина;

У багатьох країнах, ДЦП, є найбільш поширенсзнаходять способи дїзнатися про її потреби. причиною фїзичних хиб. У деяких країнах вїн займає друге 9. Розумовї здїбностї. Приблизно пол мїсце пїсля полїомїєліту. Приблизно одна дитина з 3страждають на ДЦП, розумово вїдсталї, про народжується з ДЦП або занедужує на нього невдовзї пїспїшати з подїбним висновком. Дїти з наслїд ються невмїло: або занадто швидко, або занад обличчя перекошуються, через слабкїсть м'ї

## II. Раннї ознаки ДЦП.

цілком нормальними у розумовому відношенні.

У дитини спостерігаються повільні рухи

10. Іноді хвороба вражає слух та зір. Якщо батькам про личчя, вони смикаються або зненацька швидкі невідомо, вони можуть думати, що в дитини недостатньо розвжки й ноги дитини підстрибують та нервово рух: нуті розумові здібності.

причини може рухатися тільки кисть руки аб

11. У деяких дітей, що страждають на ДЦП, бувають виникати й зникати спастичні рухи або пс наприклад: епілептичні судоми.

зберігає рівновагу й часто падає.

12. Неспокійна поведінка. У дитини можуть спостерігати- Більшість дітей, що страждають а ся несподівані зміни настрою: від сміху до плачу, страхи, вибунормальні розумові здібності, але захворюван гніву тощо. Іноді це пов'язано з неможливістю керувати свонеобхідні для розвитку мовлення, тому та тілом так, як цього хочеться дитині. Якщо люди навколо сильпередати свої думки й бажання словами.

шумлять й активно рухаються, дитина може злякатися або 3. Розлад координації рухів, або атаксія. розхвилюватися. Ці діти потребують більшої допомоги й Дитина, що страждає на атаксію, тобто і терпіння для подолання виникаючих у них проблем із пнації рухів, важко сидить та стоїть. Вона ведінкою.

непевнено користується руками. Усе це цілк

13. Чутливість до дотику, болі, тепла, холоду й змімаленьких дітей, але у дитини з атаксією такі а положення тіла не зникає. Проте у дітей можуть виникнуся більш тривалий час, а іноді все життя.

ускладнення з контролем за спрямуваннями тіла і зберіганням У багатьох дітей із м'язовою спастичніс рівноваги. Через ушкодження мозку діти з труднощами отримвиникають проблеми зі зберіганням рівноваги ють ці навички. У такому випадку може допомогти терпляголовною перешкодою при навчанні ходіння навчання з багаторазовим повторенням спроб.

рівноваги розвинути можна. Немовлята, що стр

14. Рефлекси, що не відповідають нормі. У немовлят, хвякий тип ДЦП, найчастіше бувають слабк рих на ДЦП, довше зберігаються визначені "первинні рефлексіСкутість м'язів або неконтрольовані рухи вини або автоматичні рухи тіла, що зазвичай зникають у звичайніУ дитини може спостерігатися млявість дітей у перші тижні або місяці життя.

положеннях і скутість в інших.

ІІІ. Типи дитячого церебрального паралічу та можливості ДЦП – це захворювання, яке потребує не його лікування.

систематичного медикаментозного ліку

У кожної дитини з ДЦП спостерігаються ті або інші прсистематичного застосування масажу, лікувал яви, але, як правило, вони відбуваються у певному сполученні санаторно-курортного лікування та, як довів

Розріняють три головних типи ДЦП, але це не впливає років, голкорексотерапії (крапковий масаж лікування.

плавання.

основне завдання батьків допомогти своїй дитині стати дорослими. У цих дітей набагато частіше спостерігається лою, жити достатньо повноцінним життям й бути, по можливості, найбільш поширених важких фізичних дефектів, незалежною.

Дитина з більш високими розумовими здібностями як і вроджені дефекти. Взагалом успішно пристосовується до свого стану. Проте розумові здібності не завжди відіграють головну роль. Деякі розумово відсталих дітей народження дитини визначені діти набагато легше розчаровуються й зневіряються через захворювання, а також відсутність реабілітації невдачі. Для цього необхідні додаткові зусилля, щоб знайти неідеальним і серйозним явищем. Деякі цікаві способи стимулювання їхнього розвитку.

#### IV. Попередження фізичних вад у дітей з ДЦП

Щоб установити, яку допомогу потребує дитина з фізичними вадами, спочатку потрібно якнайбільше дізнатися про цю дитину. Незважаючи на те, що всі стурбовані її труднощами, вона повинна мати такі навички й уміння, як і інші діти її віку (якщо це можливо).

Реабілітація ставить своєю метою допомогти дитині краще адаптуватися в сім'ї й суспільстві. Тому при обмеженні дитини необхідно співвіднести свої спостереження з тим, що дитина може робити, чого вона робити не може й чому могла би наважитися, ходити у туалет;

Щоб визначити потреби дитини, треба відповісти на питання:

1. Що дитина може робити, а що – ні.
2. З якими проблемами зіштовхується дитина. У зв'язку з чим і коли уперше вони виникли. Стали вони менш або більш серйозними, чи залишилися на старому рівні.
3. Яким чином ці проблеми впливають на тіло, розум, почуття, поведінку дитини. Як кожна з них впливає на її повсякденне життя.
4. Які повторні проблеми ускладнюють життя дитини.
5. Яка ситуація дитини удома. Які можливості й обмеження.

Ознаки дитячого церебрального паралічу, як правило, важливі пізнавальні процеси, як сприйняття, у вигляді з дня народження, і тому вже в перші тижні життєвості, мовлення.

порушується весь хід психічного розвитку дитини. Останніми Отже, психокорекційна робота з діть десятиліттями усе ширше впроваджується в практику ранДЦП, вимагає розв'язання таких задач.

діагностика ДЦП, що пов'язано з необхідністю проведення 1. Усебічне вивчення особистості раннього лікування і корекційно-виховної роботи з дітьми, особливостей її емоційного реагування, спеці страждають на ДЦП. системи відносин із людьми, що оточують.

Реабілітація і соціально-трудова адаптація хворих на ДЦП 2. Виявлення і вивчення етіопатогени є комплексним, багатогранним процесом, успішність якого сприяють виникненню і зберіганню невротично значною мірою залежить від урахування особливостей 3. Корекція неадекватних форм реагува особистості хворих. поведінки.

Слід зазначити, що при визначенні рівня інтелекту дітей, 4. Сгладжування педагогічної занедбано хворих на ДЦП, не існує спеціальних методик, які із достатнім місцем через специфіку хвороби.

ступенем надійності могли б відмежувати дітей із затримкою 5. Досягнення в процесі психокорекційно психічного розвитку від дітей із педагогічною занедбаністю. І дітей та їхніх батьків усвідомлення і розум

пояснюється тим, що органічні ураження головного мозку зв'язку між особливостями особистості дитини мають мозаїчну структуру, психічні функції дитини системою її взаємин із людьми, що оточують і з

розвиваються компенсаторним шляхом, і навіть Реалізація цих задач призводить до лік нейропсихологічне обстеження, томографія й енцефалограма дезадаптації, певному зниженню рівня

дають ясної картини стану психічних функцій. При психологагресивності. У дитини формується об'єктивні педагогічних обстеженнях діти, які ростуть у сім'ях, у край важливо для дітей, які мають ру

приділяють велику увагу їхньому навчанню, доводять достатньо розвивається її творчий потенціал. рівень інтелекту на свій вік навіть за невербальною шкалою.

Лише тривале психолого-педагогічне спостереження за такими 2. **Корекційна робота з дітьми** дітьми може показати затримку психічного розвитку. Письмо – одна з найскладніших навичок

Ураховуючи наявність у більшості дітей-інвалідів із ДЦП вимагає злагодженої роботи м'язів кисті усієї стійких порушень емоційно-вольової сфери, доцільною координації рухів усього тіла. Оволодіння на

використовувати індивідуальні методи психокорекції. Це тривалий і трудомісткий процес, який не всім , гімнастика, музикотерапія, аутогенне тренування. У роботі. А дітям з церебральним паралічем вона в дітьми-інвалідами на ДЦП, у яких спостерігається підвищена важкою, а іноді і неможливою. Підготовка до

центру утворення слів. Дещо пізніше (Центр Екснера, 1881; Нідріділяти належну увагу вправам, іграм, різ-  
von Meyendorf, 1941; Kleist, 1959) стверджувалось, що це лише розвиток дрібної моторики і координа  
моторний акт з центром локалізації у премоторних відділах речез'язувати відразу два завдання: по-перше,  
хового аналізатора. На противагу цьому стали дослідження впливати на загальний інтелектуальний розв  
Цветкової Л.С., де наголошувалось на більш пізній онтогенетичне друге, готувати до оволодіння власне навичкок  
ний етап формування писемних навичок, які залежать від цілес- Аналіз підходів з підготовки руки до  
прямованого і вчасного розвитку аналізаторних систем та вищик О., Журба, Л.Т., Тимонина О.В., Мастюков:  
психічних функцій людини. К.А., Эйдинов М.Б., О.В. Правдина, Е.Н.

Науковці (К.А. Семенова, 1968; Є.М. Мастюкова, 1981 Шипіцина, І.І. Мамайчук та ін.) допоміг  
Л.О. Бадалян, 1988; Є.Ф. Архіпова, 1989; М.В. Іпполітова, 1980) спрями роботи, а саме: навчання різним ру  
Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук, 2001 та ін.) відзначають, що оодночасні рухи пальців рук і кисті; відтворе  
дітей з церебральним паралічем недостатньо сформованих рухів пальців рук і кисті; формув  
здатність до оцінки просторових відмінностей, від яких залежали диференційованого захоплення предметів зал  
повнота і точність сприйняття та відтворення форм літер. У нррозміру, пружності, ваги та інших якостей; і  
недорозвинені дрібні м'язи руки, недосконала координація рухів руху правої руки при утриманні предмета і  
триває окостеніння зап'ясть і фаланг пальців. Зорові і рухованіпуляцій з ним; "письмо" вказівним паль  
аналізатори, які безпосередньо беруть участь у сприйнятті фарбі, в альбомі; проведення комплексу гімнас  
відтворенні літер та їхніх елементів, перебувають на різній стадії розвитку рухів рук.

розвитку; на самих початкових ступенях навчання письма діти У разі важких порушень моторики рук  
не бачать у буквах елементів. Крім того, через порушення приєдиндівдуально підбирати спосіб утримуванні  
сторового аналізу й синтезу, зорово-моторної координації, слухавчати прийняттю пози руки і пальців, що  
хового, тактильного сприйняття дітям важко орієнтуватись ручки; формувати правильне захоплення руч  
таких необхідних при письмі просторових характеристиках, яварті, і прийняття положення для письма;  
права і ліва сторона, верх – низ, ближче – далі, під – над, близькокопруження пальців, у той час як вони ут  
– всередині тощо. (Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук). зберігають правильну позицію; розвивати віл

Загалом, сам процес письма є надзвичайно важкимдля прижимання ручки.  
вимагає не лише фізичних, інтелектуальних, але й емоційних Формування рухів олівцем або ручч  
зусиль. До того ж формуються технічні навички: правильнеключає: навчання контролю зором за рух  
ставлення до письмового приладдя, координація рухів руки приагаторазового повторення (розвиток  
письмі, дотримання гігієнічних правил письма; графічні навичкоординації); розвиток ізольованих рухів право

Е.С. Каліжнюк звертає особливу увагу на попередження ~~ми~~ камінчиками, пластиліном, різноманітними подолання дзеркального письма. У ході корекційної роботи ~~роз~~аїкою; вирізання ножицями; малювання різі коментується навчати дитину писати правою рукою і проводити ~~руч~~кою, простим олівцем, кольоровими ол комплекс лікувальних заходів (лікувальна гімнастика, фізіотерапія; роботу з папером (складання о рапія, медикаментозне лікування), спрямованих на активізацію лікації; графічні вправи, штрихування [1, 2, 4 дій в ураженій руці. Якщо ж параліч виражений грубо і письмо Під час виконання цих вправ потрібно правою рукою неможливе, то при навчанні дитини необхідно щоб дитина рівно сиділа, правильно тримала г провести попередню роботу. Слід формувати автоматизовані на підлозі), намагалась правильно рухати р рухи зліва направо шляхом малювання "доріжок", "стрічок" спроек. Завдання повинні приносити дитині радіс чатку пальцем у повітрі, із зоровим контролем і без нього, і тільки ускладнювати нудьги і перевтоми.

ки потім шляхом написання пальцем крейдою на склі, грифель- Враховуючи рекомендації науковців-пра ної дошки тощо. Комплекс корекційних заходів повинен включити із даних вивчення дітей з порушенням опор чати також розфарбовування за трафаретом асиметричних фігур, підготовча робота з оволодіння навичкам У процесі малювання або написання асиметричних фігур або будуватись за спеціально підібраним комплек букв необхідно проводити аналіз розташування різних елементів для розвитку моторики пальців рук: букв або малюнка. Важливо порівнювати й аналізувати пра- 1. Пальчикові ігри вильно і неправильно намальовані фігури та букви. Формування мовленнєвих зон відбуває

Формуючи у дитини з церебральним паралічем початкові естетичних імпульсів від рук, а точніше в навички письма, дуже важливо розв'язати завдання навчання необхідно стимулювати мовленнєвий розвит утриманню ручки або олівця та формування графомоторних рухів пальців рук. Виконуючи функцій. Але якщо в силу важкості рухових порушень це завдання, дитина досягає гарного розвитку дрібі дання не буде розв'язаним, не можна відмовлятися від навчання яка не тільки сприятливо впливає на розвиток Діти з важкими порушеннями маніпулятивних функцій, які не до того ж індуктивно відбувається збуджен можуть опанувати письмом ручкою, можуть навчитися друкувати (написання), але і готує дитину до малювання, п ти на комп'ютері. набувають гарної рухливості, гнучкості, зник

Для дітей цієї категорії дуже важливим є виконання надалі полегшить оволодіння навичкою пи підготовчих вправ, які дають їй змогу оволодіти власним тілом три" дуже емоційні і захоплюючі. Вони ніби навчитись правильно сидіти, тримати ручку; формувати звичність навколишнього світу – предмети, тва підвищувати зорово-просторову координацію. діяльність, явища природи. У ході "пальчиков

Завдання з розвитку дрібної моторики пальців рук повинні сприяти виконанню рухів дорослих, активізують мотори

буде намагатися придумати нове інсценування. Доцільно кожний за контури зображених предметів, рівня заняття з підготовки до письма починати з "пальчикових ігор" потрібний колір. Розфарбовування, як один з щоб розім'яти пальчики, активізувати моторику рук для успішності, вводиться значною мірою заради ного виконання дітьми різноманітних графічних вправ. Час необхідних для письма гігієнічних правил. ведення 3 – 7 хв.

2. Ігри з крупою, намистинками, гудзиками, дрібними зернового і рухового аналізаторів і зміцнення камінчиками. ведучої руки. Дитина, виконуючи роботу з роз

Ці ігри надають прекрасний тонізуючий і оздоровчий вплив. Дітям пропонується сортувати, вгадувати з закритими очима, катати між великим і вказівним пальцем, придавлювати за чергою всіма пальцями обох рук до столу, намагаючись за чергою всіма пальцями обох рук до столу, намагаючись того ж робити обертальні рухи.

Можна навчити дитину перекочувати пальцями однієї руки два волоських горіха або камінчика, пальцями однієї руки між двох долонь шестигранний олівець. Можна запропонувати дітям викладати літери, силуети різних предметів з предметів: насіння, гудзиків, гілочок тощо. Всі заняття з використанням дрібних предметів мають проходити під суворим контролем дорослих.

### 3. Вирізування ножицями.

Педагог приділяє особливу увагу засвоєнню основних прийомів вирізання – навичкам різання по прямій, вмінювати вирізувати різні форми (прямокутні, овальні, круглі). Завдання полягає в тому, щоб підвести дітей до узагальненого розуміння способів вирізування будь-яких предметів. При поясненні завдання необхідно вчити дітей не тільки пасивно засвоювати процес вирізування, а й спонукати їх давати словесну характеристику рухам рук педагога при показі способів вирізування. Отримуючи симетричні форми при згинанні паперу, складеного гарною мошкою, діти повинні засвоїти, що вони різють не цілу форму

Малювання різними матеріалами (решівець, кольоровими олівцями, крейдою) виконання натиску для того, щоб на папері залишився предмет. Це теж сприяє розвитку ручної роботи. 5. Робота з папером. Орігамі. Плетіння. Розвитку точних рухів і пам'яті допомагають паперу. Необхідно ознайомити дітей з інструментами паперу, показати прийоми згинання і складання паперу (газетний паперу (шпатель, обгортковий). 6. Графічні вправи. Штрихування. Виконуються на нелінованому папері. Моторики визначається не тільки чіткістю і кріпкістю, а й легкістю і свободою руху: руки повинні бути розслабленими, напруженими. Правильно дотримуючись пропорцій, писати плавно і симетрично важливо гарного і чіткого почерку. Дитина повинна на

напрямі; не виходити за контури фігури; дотримуватися паралельності ліній; не зближувати штрихи, відстань між ними повинна бути 0,5 см. Виконуючи різні вправи з підготовки письма, дитина і педагог повинні постійно пам'ятати і дотримуватись гігієнічних правил, доводячи їхнє виконання до автоматизму. Дотримання гігієнічних правил допоможе дитині надалі подолати труднощі технічного боку письма.

Отже, під час проведення підготовчої корекційної роботи у дитини передовсім долаються порушення просторового аналізу і синтезу, зорово-моторної координації, слухового й тактильного сприйняття, а також формуються потрібні знання й вміння для оволодіння навичками письма.

Характер порушень моторики тіла, а зокрема, пальців рук, напряму залежить від локалізації ураження та ступеню прояву порушень опорно-рухового апарату. Специфічні труднощі дітей проявляються ще від народження й характеризуються сутністю або недорозвиненням безумовних рефлексів.

Процес оволодіння писемним мовленням для учнів з церебральним паралічем дуже трудомісткий і вимагає багато часу та терпіння. У дітей виявляються значні патологічні зміни моторики пальців рук, які спонтанно, з ростом дитини не зникають, навпаки, закріплюються і призводять до того, що дитина залишається непідготовленою до нормальної адаптації до умов суспільства. Тому, процес підготовки дитини до навчання письму вимагає злагодженої співпраці цілого ряду спеціалістів (педагогів, логопеда, дефектолога, психолога, лікаря ЛФК, масажиста) та батьків. Потрібно чітко скласти план і структуру роботи.

Індивідуально, залежно від характеру порушення, підібрати комплекси вправ і завдань для розвитку дрібної моторики пальців рук.

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с органическим параличом (доречевого периода). / Е.Ф. Архипова. – М.: Просвещение, 1989. – 234 с.

2. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи. / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – К.: Здоровье, 1987. – 27 с.

3. Ипполитова М.В. Воспитание детей с органическим параличом в семье. / М.В. Ипполитова – М.: Просвещение, 1987. – 66 с.

4. Мастюкова Е.М. Двигательные нарушения при структуре аномального развития / Е.М. Мастюкова. – 1987. – №3. – С. 3 – 9.

5. Семенова К.А. Восстановление лечения детей с резидуальной стадией церебрального паралича. / К.А. Семенова. – М.: Антидор, 1999.

6. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. / К.А. Семенова. – М.: Просвещение, 1968. – 25 с.

7. Эйдинов М.Б. Детские церебральные параличи: преодоления. / М.Б. Эйдинова, О.В. Правдина. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. – 215 с.

## 8. ДІТИ З АУТИЧНИМИ ФОРМАМИ ПОВЕДІНКИ

1. Історичний аспект проблеми аутизму.
2. Класифікація аутизму.
3. Концепції аутизму: соціокультурна біологічна.



при шизофренії, шизоїдії, проведені в Європі, США (Адаптації до оточення, а також афективні р Бльойлер, 1911, 1922; Крепелін Е., 1913; Кречмер Е., 1921). терміни розгорнутого прояву (до трьох – п'я

Л. Каннер вважав, що синдром раннього дитячого аутизму дитячого аутизму і можливість виникне частіше трапляється у дітей, ніж це вважалось раніше, і що психопатологічних розладів водночас із симпто ранній дитячий аутизм помилково розглядали як розумов розвитку всіх сфер діяльності (Л. Каннер, 19 відсталість або дитячу шизофренію. Каннер виділяв п'ять 1975, 1978, 1980; Л. Ейзенберг, та ін.).

головних критеріїв дитячого аутизму:

- глибоке порушення контакту з іншими людьми; раннього дитячого аутизму. Послідовни
  - нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності; в'язували формування раннього дитяч
  - поглинутість предметами, які крутяться; порушенням симбіозу між матір'ю і дит
  - мутизм, або мовлення, не спрямоване на міжособистіс адаптаційних механізмів у незрілої особистс
- спілкування; інтеграційних процесів у нервовій системі ди
- високий когнітивний потенціал. таких зовнішніх чинників, як пологи, вікові

На підставі більшої кількості спостережень, Л. Каннер ерекції, травми, відстоюючи багатofактс (1956) дійшов висновку, що головними критеріями дитячого аутизму (М. Махлер, 1959, 1972; З. аутизму є глибоке порушення контакту з іншими людьми та ін.).

нав'язливе прагнення до одноманітних форм активності, а від Великі досягнення у сфері вивчення д трьох інших критеріїв як основних відмовився. форм розумової відсталості привели до оп

Складні й різні психопатологічні симптоми у клінічнi симптоmів при розумовій відсталості, фені дитячого аутизму були підставою для того, щоб розглядати цi шизофренії, Х-ламкій хромосомі, синдромі захворювання як окремий розлад, але відповідно до розладах (Г. С. Маринчева, В. И. Гаврилов, 198 феноменологічного визначення Каннер зберіг за ним колишнє – З дитячої шизофренії був виділений і р аутизм. Це зумовило плутанину понять дитячого аутизму i синдром Ретта, за наявності якого відзнач розладу та аутизму як симптому (за Е. Бльойлером). Тому, коли симптоми на першій стадії його розвитку (В. йдеться про ранній дитячий аутизм, мається на увазі не симптоm 1993, 1995; Ретт А., 1966; Хагберг Б., 1985).

аутизму в бльойлерівському розумінні, який постає як ознака Отже, питання про аутистичні розла різних хворіб і насамперед шизофренії, а розлад (хвороба) розглядається протягом півстоліття. Залежн названий раннім дитячим аутизмом Каннера, або синдромом i напрям, в аспекті якого розглядають аутисти Каннера. природу і клініку, відповідно верифікують як с

**IV етап.** У 50 – 90-х роках ХХ ст. (так званi i в'яробу, патологію розвитку. Це відображено

## **F84 Загальні розлади розвитку**

Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями у реципрокних соціальних взаємодіях, способам комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються. Ці якісні аномалії є загальними рисами функціонування індивіда у всіх ситуаціях.

За бажанням можна застосовувати додатковий код для позначення будь-якого супутнього захворювання чи розумової відсталості.

### **F84.0 Дитячий аутизм**

Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який уперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія; комунікація; поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, які повторюються). Крім цих специфічних діагностичних ознак, характерними є втрата цілеспрямованих рухів (фобії), порушення сну і харчової поведінки, спалахи гніву, агресивність (зокрема і спрямована на себе).

#### ***Належать:***

аутистичний розлад;  
інфантильний аутизм;  
інфантильний психоз;  
синдром Каннера.

***Не належить:*** аутистична психопатія (F84.5).

### **F84.1 Атиповий аутизм**

Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповно-

Атиповий аутизм найчастіше виникає у дитини з розумовою відсталістю або з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

#### ***Належить:***

атиповий психоз дитячого віку;  
розумова відсталість з рисами аутизму.

### **F84.10 Атиповість за часом прояву.**

### **F84.11 Атиповість за симптоматикою.**

### **F84.12 Атиповість як за часом прояву, так і за симптоматикою.**

### **F84.2 Синдром Ретта**

У цьому стані (поки що описаний лише у жінок) періодом зовнішньо нормального розвитку є перші роки життя, після чого настає часткова або повна втрата мовлення, набуті навички мануальних навичок водночас з уповільненням розвитку. Зазвичай розлад починається у віці від 7 до 24 місяців, характерними є втрата цілеспрямованих рухів у формі „заламування рук” і задишка. Соціально-емоційний розвиток зупиняється, однак виявляється соціальний інтересу. Приблизно до чотирьох років починають розвиватись статична атаксія і агресивність і нерідко і хореоатетодні рухи. Наслідком стану є тяжка розумова відсталість.

### **F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитинства**

Це загальний розлад розвитку (інший, ніж аутизм), який характеризується періодом загалом нормального розвитку до його початку, після чого протягом двох років відбувається виражена втрата раніше набутих навичок у сферах розвитку. Зазвичай, це супроводжується втратою інтересу до довкілля, стереотипні

дитяча деменція;  
симбіотичний психоз;  
синдром Геллера.

**Не належить:** синдром Ретта (F84.2).

#### **F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами**

Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження. Ця категорія призначена для випадків, які характеризуються поєднанням у дітей важкої розумової відсталості (IQ нижче 50) з вираженою гіперактивністю і порушенням уваги, а також стереотипною поведінкою. Дітям із таким розладом не допомагає лікування стимулювальними засобами (на відміну від тих, у кого коефіцієнт інтелектуальності в межах норми), до того ж ці препарати можуть спричиняти у них тяжку дисфоричну реакцію (іноді психомоторною затримкою). У підлітковому віці гіперактивність має тенденцію змінюватись на понижену активність (нехарактерно для дітей з гіперкінетичним розладом при нормальному інтелекті). Цей синдром часто поєднується з різними видами затримки розвитку, специфічними наслідком низького інтелекту або органічного ураження мозку

#### **F84.5 Синдром Аспергера**

Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення реципрокної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів занять. Головна відмінність від аутизму полягає у відсутності загальної затримки або відставання у розвитку мови когнітивних функцій. Синдром Аспергера

#### **F84.9 Загальний розлад розвитку, неут**

Цю діагностичну категорію варто використовувати для випадків розладів, які відповідають опису загальних розладів, коли, зважаючи на суперечливі дані, неможливо визначити, чи задовольняються діагностичні критерії

### **3. Концепції аутизму: соціокультурна, психологічна, біологічна**

Запропоновано різні концепції [10], щоб розглянути основні: соціокультурну, психологічну та біологічну. **Соціокультурна концепція.** Першим спеціфічними риси батьків аутистичних дітей Ліві та Рубін (1967) назвали «холодність» батьків, на думку яких це сприятливий клімат для розвитку дитини, який призводить до виникнення хвороби. Згідно з його описом, батьки аутистичних дітей є «холодними», проте високоінтелектуальні, проте «холодними» у своїй поведінці. Ці твердження мали суттєвий вплив на думку і на думку батьків про самих себе. Пізніше дослідження підтвердили того, що батьки таких дітей є жорстокими, холодними, які нехтують своїми потребами (Роузен, 1992).

Інші клінічні спеціалісти вважали, що аутизм пов'язаний з навколишніми умовами життя, а не з внутрішніми причинами аутизму. Однак, дослідження підтвердили гіпотезу. Вчені, які порівнювали дітей з аутизмом і не мають цього розладу, не виявляли жодних особливостей таких сімейних подій, як смерть батька чи фінансові проблеми у сім'ї (Кок

«емоційно-когнітивного функціонування» (або «теорія розуму») батьків дітей з аутизмом, дають змогу говорити (Леслі, 1997; Фрітц, 1989; Байрон-Кохен, 1997; Хейп, 1997). генетичного чинника в розвитку цього розла

За теорією “емоційно-когнітивного функціонування” братів і сестер аутистів, хвороба розвивається (Theory of mind) людина здатна передбачувати та розуміти випадках зі 100 (Пайвен та ін., 1997), тобто в наміри, думки інших людей (а також власні) на підставі у середньому в усіх людей. Однояйцеві б поведінки, вигляду, вербальних та невербальних аспектів належать до найбільш ризикованої групи. Крім людей, які мають аутизм, простежуються хро

До трьох чи п’яти років більшість дітей здатні брати участь (Бадхалтер та ін., 1990). Деякі дослідники п уваги думку іншої людини і розуміють, що, враховуючи ще також з ускладненнями, які виникають під думку, можна передбачити, що людина робитиме, тобто воши родження дитини (Рімланд, 1992; Гудмен, 1 вчаться «читати думки» інших людей. Для пояснення цієї теорії розвитку аутизму зростає, якщо жінка під час наведемо приклад: «Іринка поклала м’ячик у скриньку для краснуху, до чи після вагітності працює іграшок, а потім ми спостерігаємо, як Андрійко забирає всімічними речовинами, чи якщо були ускладне: м’ячик і відносить його в іншу кімнату, поки Іра спить. Ми У 80-х роках ХХ ст. виявлено спец знаємо, що Іра, коли прокинеться, шукатиме свій м’ячик аномалії, що вагомо вплинуло на дослідження і скриньці для іграшок, бо вона не знає, що Андрій забрав його». деяких працях, наприклад, особливу увагу Ми знаємо це, оскільки беремо до уваги думку Іринки. Здорово зочку (Корчесне, 1997). Результати не дитина так само зможе передбачити поведінку дівчинки досліджень дають змогу припустити, що і Людина, яка має аутизм, цього зробити не зможе. Така людина ранньому дитинстві виникають аномалії у цій буде очікувати, що Іра піде за своїм м’ячиком в іншу кімнатуозку. Якщо мозочок розвивається аномалі тому що м’яч є там. Те, що відбувається в голові дівчинки, дляпрямовано фокусувати свою увагу, розуміти с такої людини значення не має». міміку інших людей і сприймати соціальну і

Досвід роботи з аутистами доводить, що вони справді аттєвими ознаками аутизму. Дослідження у страждають своєрідною “розумовою сліпотою”. Тому їм важко продовжуються до сьогодення. брати участь у рольових іграх, ефективно взаємодіяти з іншими людьми, використовувати засоби мовлення, які передбачають врахування іншої думки. Чому ж аутисти мають таке емоційно-когнітивне обмеження? Як вважають Гермелін та О’Коннор (1998), це відбувається внаслідок порушень біологічного характеру в ранньому дитинстві, що спричинює неспроможність розумову відсталість. Адже відомо, що дитя

#### 4. Медичні проблеми дітей із за розладами розвитку

*Розумова відсталість*

Часто виникає необхідність співвідн

набагато більшу кмітливість в окремих сферах, з одного боку, подібний підхід виправданий тільки у тому значно гіршу адаптацію до життя загалом, з іншого. Показники кримані результати впливають на по- розумового розвитку дітей-аутистів за окремими тестами будуть пароксизмальні порушення складно ігнору- відрізнитись один від одного, наприклад, діти із синдромом відсутності клінічних нападів.

Аспергера, мають високий рівень IQ, висловлюються реченнями Будь-який аналіз результатів лікування і (навіть можуть бути надмірно говіркими) і дуже активні. Слово контрольної групи хворих, в якій лікуванн- відзначити те, що чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку або даних про клінічний перебіг захворюван- тим виразнішою буде різниця між результатами у вербальних аутизм має місце з моменту народження, в невербальних завданнях на користь останніх. дитинства; як швидко він розвивається

Зрозуміло, що люди з такими різними рівнями здібностей порушуються. Особливо важливо встано- мають потребу в диференційованому керівництві і навчанні, проявляється аутистична регресія. Ці дані сл- також у спеціальних умовах. Наприклад, вважається результатами лікування, так як необхідно зн- неприйнятним поєднувати в одному навчальному класі дітей може настати поліпшення (особливо відраз- аутизмом зі значним ступенем розумової відсталості з дитячої захворювання). Рання ремісія може свідчити п- аутистами, для яких характерний високий інтелектуальний трапили до психіатра і їм не був вста- розвиток. аутизм».

### *Епілепсія*

Епілептичний напад може бути

Епілепсія трапляється у 30% аутистів і може генералізованого типу (grand mal), з тоніч- ускладнювати перебіг захворювання. Існує достатня кількіс- ритмічними конвульсіями у всіх групах м- даних, які вказують на те, що епілепсія може імітувати аб- відомості, іноді з прикушуванням язика, відс- провокувати аутизм. Наприклад, зміни поведінки, аналогіч- синінням і рідше з утратою сфінктерного то- таким при аутизмі, можуть проявлятися при синдромі Ландау- утратою контролю над виділенням сечі і к- Клеффнера (набута епілептичні дисплазія), при яко- ривати декілька хвилин і зазвичай заверш- встановлюють за результатами електроенцефалографії (ЕЕГ) ном. Людину необхідно покласти на ліжко аб- Складно робити висновок про значення пароксизмальних побігання ушкодженні від падіння, удуше- активності, яка виявляється при ЕЕГ у 50% дітей з дисплазією до- хання у випадку наявності перешкоди у диха- розвитку при відсутності нападів (Пікард та ін., 1998). Подібні Деякі варіанти епілептичних нападів дані були виявлені при аутизмі (Кавасакі та ін., 1997) попередніми "психіатричними" симптомами, і Пароксизми при ЕЕГ були статистично пов'язані з аутистично- споводження, застиглий погляд, автоматизми- регресією, проявом аутизму після періоду аномального розвитку відкритість. В окремих випадках такі симп-

Порушення зору характерне для значної частини людей з аутизмом, дуже рідко розглядаються належним чином. Діти з аутизмом, особливо при наявності супутнього аутизму, часто відмовляються носити окуляри. На жаль, така поведінка перешкоджає подальшому обстеженню і їм розглядають як ритуальну. Якщо в дитини з аутизмом простежуються рефракторні аномалії або інші причини порушення зору, то треба ставитись до цього продумано, щоб дитина отримала повноцінну допомогу (окуляри, вправи для виправлення косоокості або оперативне втручання при постійній косоокості). Важливість взаємодії з офтальмологом, якому добре знайомі діти з аутизмом, не може бути недооцінена. Необхідно забезпечення кваліфікованого обстеження дитини, що допомагає складанню збалансованих і обґрунтованих рекомендацій.

Якщо дитині з аутизмом рекомендоване носіння окулярів, дуже важливо змусити її додержуватися цього правила. Якщо батьків і вчителів, але ці загальні зусилля зазвичай коштують витраченого часу і сил. Зовсім не є таким рідкісним явищем, коли дитина, що страждає аутизмом, опанувала навичками після того, як вона почала носити окуляри.

Сліпі діти з аутизмом складають особливу групу сліпоту. Проте при аутизмі найбільш важкими проблемами. Крім того, сліпота може бути ризик розвитку аутизму: такого роду практично не вивчалась.

### *Порушення слуху*

Щонайменше один з 20 осіб з аутизмом глухий або майже глухий. Кожен п'ятий має значне обмеження слуху. Для осіб, мають важкі порушення слуху, можуть бути корисні слухові апарати. Для осіб із середнім ступенем порушення слуху зазвичай слуховий апарат більшою мірою перешкода, ніж

### *Порушення в суглобах і кістках*

Деякі захворювання спектру аутизму (маркер синдрому 15-ої хромосоми), зумовлені порушеннями функцій хребта (сколіоз або кіфоз). Це може бути важкою труднощі, що проявляються в періоду часу. Починаючи з підліткового



## 5. Проблеми розмежування аутизму та інших порушень розвитку

Часто за аутизм можна прийняти деякі інші порушення, які трапляються у дітей. Майже у кожній аутистичній дитині спочатку підозрюють глухоту чи сліпоту. Ці підозри зумовлені тим, що вона, зазвичай, не озивається на своє ім'я, не виконує вказівки дорослих, оскільки дитина не реагує на соціальні стимули [10].

Важливо пам'ятати про характерні відмінності реакцій соціальні та фізичні стимули. Для здорової дитини соціальні стимули є надзвичайно важливими. Вона передусім реагує на те, що виходить від іншої людини. Аутистична дитина, навпаки, може ігнорувати близьку людину, з одного боку. З іншого боку, дитина з порушеннями зору та слуху так само простежуються одноманітні дії, як-от розхитування пальців перед очима тощо. Як і у випадку дитячого аутизму, ці дії виконують функцію ауто стимуляції, що компенсується недостатністю реального контакту зі світом. Ми не можемо говорити про дитячий аутизм, доки стереотипність поведінки не поєднується з труднощами у налагодженні емоційних контактів з іншими людьми за допомогою доступних їй засобів. Зауважимо, що справді можливе співвідношення аутизму та порушень слуху, принаймні, аутистичних тенденцій з порушеннями зору та слуху.

Потрібно звернути увагу і на розумову відсталість. Аутистична дитина може бути пов'язаний з різними, зокрема і дуже низькими кількісними показниками розумового розвитку. Необхідно також зважати на те, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: у разі кількісного

відсталістю можливий розвиток спеціальних ауто стимуляцій, наприклад розхитування, яке депривації у дітей із сенсорними порушеннями питання про те, чи маємо у цьому випадку справу з аутизмом, потребує перевірки: чи співвідноситься поведінка дитини з емоційного контакту з нею на доступному рівні.

У деяких випадках необхідно відрізнити аутизм від інших порушень розвитку. Часто перші тривожні симптоми аутистичних дітей власне щодо незвичайної інтонації, штампи, ехолоалії – все це може бути проблем диференціації з іншими порушеннями, здебільшого, не виникає. Особливо важких і легких, випадках дитячого аутизму ж можливі.

У найважчому випадку – мутичності мови і не реагує на мову інших дітей. Питання про моторну та сенсорну алалію (відсутність нормального слуху і розумовому розвитку; неможливість говорити, сенсорна – нерозуміння мови) дитина відрізняється від тої, яка має моторну алалію, коли може випадково вимовити не лише окремі звуки, а й цілі фрази. Важче розв'язати питання сенсорної алалії.

Аутистична дитина не зосереджується на мові, мови не є інструментом організації мислення, вона не розуміє те, що до неї говорять? Важко і якщо вона і намагається зосередитися на мові, то не може її у свідомості цілковито. У цьому

із суто мовленнєвими труднощами, вона не намагається Як у випадку аутизму, так і у випадку шизофренії виразити свої бажання вокалізацією, поглядом, мімікою чи жестами. психологія є незрозумілою.

Необхідно звернути увагу на розрізнення дитячого аутизму і порушень спілкування цілковитої відсутності мови простежуються лише пов'язані з невловними умовами життя, виховання дитини нею ускладнення, можливі прояви різних мовленнєвих порушень можуть виникнути, якщо у ранньому віці порушень. У таких випадках виникають проблеми пов'язані з відсутністю можливості налагодити емоційний контакт з близькою людиною, тобто у випадку так званих сприймань мовленнєвої інструкції, простежується нечіткість мови, аграматизми (порушення граматичної побудови мови), госпіталізму.

труднощі у побудові фраз. Усі ці проблеми виникають тоді, коли дитина намагається встановити контакт, організувати взаємодію. Відомо, що недостатність емоційних контактів часто зумовлюють значну затримку розвитку в дітей, котрі виховуються в дитячих будинках. Щоб диференціювати такі випадки слід ґрунтувати власне на порівнянні можливостей розуміння і використання мови у ситуаціях ауто стимуляції мови. Компенсує недостатність контакту зі світом. У разі госпіталізму не мають такого загостреного спрямованої взаємодії.

У процесі диференційного діагностування необхідно брати до уваги більш загальні характеристики поведінки дитячого аутизму: це може бути також розширення чи смоктання пальця. Дитина У спробах комунікації дитина виявлятиме надмірну сором'язливість, загальмованість, підвищену чутливість до порівняно з аутистичною дитиною, набагато ширше погляду іншої людини, тону її розмови [9]. Вона буде більш контактна у звичній і ритуалізованій обстановці та губитися в новій обстановці. Іншою причиною психогенного порушення може бути негативний невротичний досвід дитини.

Водночас важливо розмежовувати дитячий аутизм і шизофренію. Виокремлений Каннером у 1943 році синдром аутизму, такий досвід може набути будь-яка дитина з аутизмом раннього дитячого аутизму трактувався як дитяча форма шизофренії. Однак ці порушення спілкування шизофренії. Лише в 70-х роках ХХ ст. з'явилися праці, в яких стверджувалося, що це різні й не пов'язані між собою розлади. Ми вважали, що в випадку аутизму можливість комунікації порівняно з аутистичною дитиною, набагато ширше погляду іншої людини, тону її розмови [9]. Вона буде більш контактна у звичній і ритуалізованій обстановці та губитися в новій обстановці. Іншою причиною психогенного порушення може бути негативний невротичний досвід дитини.

– розумова відсталість часто наявна у дітей з аутизмом,

## 6. Проблеми поведінки

Найхарактерніші поведінкові проблеми :

діти не засинають у потрібний час тому, що не можуть спокійно бути у власному ліжку. Батьки часто вважають, що небажання формою звичайного вандалізму, це швидкі дитини перебувати у ліжку зумовлене страхом самій залишити предметами зацікавлення дитини можуть в кімнаті. Тоді вони беруть дитину в своє ліжко, тим самим м'ятки, якими хоче бавитись дитина, а потім створюючи їй звичку, якої потім дуже важко позбутися. Наприклад, вільний кінець доріжки, який дит також впливає на інтимні стосунки між батьками. Батькам треба довго допоки він не порветься. У дитини усвідомити, що достатньо залишитися біля дитини протягом такої поведінки, коли вона не може знайти собі якогось часу, щоб допомогти опанувати страх перед самотністю предметів є спробою отримання задоволення у кімнаті. діяльності.

Загалом більшість проблем зі сном, що трапляються в аутистичних дітей, дуже часто нагадують проблеми здорових дітей приблизно до восьмого року життя.

**Самоскалічення.** Батьки переживають великий стрес спостерігаючи, як їхня дитина себе калічить. Найчастішими формами самоскалічення є гризіння рук, натискання очей пальцями, удари головою в стінку, удари руками по вухах. Така поведінка виявляється у дітей з важкими формами аутизму.

Самоскалічення часто виявляється у дітей, які не можуть порозумітися з людьми, що оточують. Отже, така поведінка формою комунікації і батьки чи інші опікуни повинні старанно проінтерпретувати те, що дитина хоче їм висловити.

**Агресія.** Копання, биття, гризіння, плювання, штовхання інших людей є насправді важкими для родини. Така поведінка характерною для аутистичних дітей і найчастіше є наслідком фрустрації, яку переживає дитина, що, можливо, пов'язана з непорозумінням чи відмовою виконання бажання.

Батьки виробили собі стратегії, як радити собі в таких ситуаціях. Найчастіше намагаються відволікти увагу дитини, наприклад, показують їй щось цікаве. Після того, як злість чи агресія опанована, потрібно проаналізувати, що спричинило таку

**Деструктивна поведінка.** Здебільшого формою звичайного вандалізму, це швидкі дитини перебувати у ліжку зумовлене страхом самій залишити предметами зацікавлення дитини можуть в кімнаті. Тоді вони беруть дитину в своє ліжко, тим самим м'ятки, якими хоче бавитись дитина, а потім створюючи їй звичку, якої потім дуже важко позбутися. Наприклад, вільний кінець доріжки, який дит також впливає на інтимні стосунки між батьками. Батькам треба довго допоки він не порветься. У дитини усвідомити, що достатньо залишитися біля дитини протягом такої поведінки, коли вона не може знайти собі якогось часу, щоб допомогти опанувати страх перед самотністю предметів є спробою отримання задоволення у кімнаті. діяльності.

*Питання для самоконтролю.*

1. Розкрийте зміст поняття “спотворення”.
2. Поєднання яких особливостей ра дитини може бути загрозою формуванню дитячого аутизму?
3. Охарактеризуйте дослідницькі діагностичні ознаки дитячого аутизму за класифікацією DSM-5.
4. В чому полягає зміст біологічної теорії аутизму?
5. Охарактеризуйте основні аспекти концепції аутизму.
6. Як відбувалась еволюція поглядів на те, що спричинило дитячий аутизм?
7. Охарактеризуйте медичні проблеми дітей з аутизмом.
8. Які типи аутистичної поведінки ви знаєте?

*Література*

лення аутизма / Т. Грэндин, М. Скариано; [ пер. с англ. Н. Холмогоровой]. – М., 1999.

6. Детский аутизм. Хрестоматия: учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед., психол. и мед. заведений / [Сост. Л. Шипицына]. – СПб., 2001.

7. Дьяченко М.И. Краткий психологический словарь М.И. Дьяченко. – Мн., 1998.

8. Иванов Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция. Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб., 2004.

9. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. / И.Б. Карвасарская. – М., 2003.

10. Островська К.О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги: [навчальний посібник] / К.О. Островська. – Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.

АБДУКЦІЯ – відведення кінцівки убік ві.

АБЕРРАЦІЯ – індивідуальне відхилен

АБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрям

соціально-вживаних функцій дитиною, які

внаслідок психічних або фізичних порушень.

АБСАНС («відсутність») – дуже кор

свідомості, миттєве затемнення свідомості епілепсію.

АБСЦЕС – органічне накопичення гною в органах.

АБУЛІЯ – патологічна відсутність б спонукань до діяльності.

АВТОМАТИЗАЦІЯ ЗВУКІВ – етап неправильної звуковимови, який здійснюється нового звука.

АВТОМАТИЗМИ УРОДЖЕНІ – гр рефлексів, що трапляються в новонароджени віком.

АВТОМАТИЗОВАНІ МОВЛЕННЄВІ РЯ дії, реалізовані без участі свідомості.

АВТОРИТЕТ – визнання гідності, пер особистості, групи, організації. Особистість, визнання.

АВТОРИТЕТ БАТЬКІВ – визнаний вплив переконань і поведінки дітей, який ґрунтує повазі чи любові до батьків, довірі високої особистісних якостей і життєвого досвіду, вчинків.

АГЛОСІЯ – вроджена відсутність язика.

конструкції (імпресивний).

АГРАФІЯ – неможливість, специфічне порушен процесу написання.

АГРЕСИВНІСТЬ – хвороблива властивість особистос що проявляється в нанесенні ушкоджень, спричиненні болтілі хворого із застосуванням спеціальних голо нападанні на будь-кого.

АДАПТАЦІЯ – процес пристосування організму до умвнаслідок органічного ураження мовних зон існування, оточення, до особливих потреб людини.

АДАПТАЦІЯ (СОЦІАЛЬНА) – активне пристосування умов соціального середовища через засвоєння й прийнятвтрата цієї можливості. цілей, цінностей, норм і стилю поведінки, схвален суспільством.

АДАПТОВАНА РЕАКЦІЯ – відповідна, ефективкомпонентів власних тканин. реакція на стимул або вимоги навколишнього середовища.

АДАПТОВАНЕ ОБЛАДНАННЯ – спеціалуражень очей. пристосування, які використовуються для прийнят правильному положення тіла та виконання активних рухів.

АДИНАМІЯ – безсилість, втрата сил, надмірна слабкості

АДУКЦІЯ – приведення кінцівки до середини тіплощині (наприклад, від повного згинан (протилежність абдукції).

АКАЛЬКУЛІЯ – порушення рахунку й рахунков операцій як наслідок ураження різних ділянок кори головнслогічні прийоми: мозку.

АКАТАФАЗІЯ – це аграматизм, нездатність граматичрозчленування цілого (речі, явища, відношення правильно утворювати слова та синтаксично поєднувати їхна складові частини. реченні.

АКІНЕЗІЯ – відсутність активних рухів унаслідрозчленованими. паралічу, захворювання суглобів тощо.

АКТ КОМУНІКАЦІЇ – одиниця повідомлення, що мта аналіз подразнень. змістову цілісність і може бути сприйнятою слухачем у дан

діяльності.

АКТИВНІСТЬ ДОМАШНЯ – свідома процесі реабілітації дитини.

АКУПУНКТУРА – лікування уколами в

АЛАЛІЯ – відсутність або недоро

мозку під час вагітності або в ранньому дитинс

АЛЕКСІЯ – специфічне порушення і

АЛЕРГІЯ – стан зміненої реактивності ор підвищеної його чутливості до впливу будь-

компонентів власних тканин.

АМБЛЮПІЯ – послаблення зору за від

АМНЕЗІЯ – часткова або повна втрата і більшої чи меншої кількості спогадів.

АМПЛІТУДА – найбільш можливий об

розгинання в якомусь суглобі).

АНАЛІЗ І СИНТЕЗ – протилежно і нер

• Аналіз – операція мисленого

розчленування цілого (речі, явища, відношення

• Синтез – узагальнення, поєднання ч

АНАЛІЗАТОР – система органів, що здіі

АНАМНЕЗ – сукупність даних про почат

спеціальних умов навчання і виховання.

**АНОСМІЯ** – відсутність нюху.

**АНТИЦИПАЦІЯ** – здатність передбачати прояв результату на дотик без допомоги зору при збереженні дії, «упереджувальне відбиття», наприклад, передчасний заптактильна агнозія. звуків, що входять до кінцевих складів слова.

**АНТРОПОМЕТРІЯ** – один із засобів дослідження новонароджених. антропології, що складається з різних вимірювань людського тіла.

**АПЛІКАЦІЯ** – накладання на поверхню тіла будь-якої речовини з метою лікування.

**АПРАКСІЯ** – порушення складних цілеспрямованих рухів практичного досвіду, необхідних для виконання за відсутності паралічів та парезів, втрата або відсутність службових обов'язків. навичок.

**АРАХНОЇДИТ** – запалення павутинної оболонки форм гіперкінезів. 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 взаємовідносинах дитини з людьми, що оточують, зумовлюється відсутністю в неї соціального попиту а наявністю яких-небудь відхилень у розвитку.

**АСПІРАЦІЯ** – потрапляння в дихальні шляхи стороннього інтересу до спілкування. речовин, що може призвести до зупинки дихання.

**АСТАЗІЯ** – неможливість стояти, порушення рівноваги заснований на максимальному м'язовому і відсутності парезів та паралічів.

**АСТЕНІЯ** – стан, який характеризується підвищенням

діяльності, особливо за малої відстані від ока до **АСТЕРЕОГНОЗІЯ** – неможливість упізнати

**АСФІКСІЯ** – гостре кисневе

**АТАКСІЯ** – порушення координації рухів м'язів.

**АТЕСТАЦІЯ** педагогічних працівників їхньої відповідності зайнятій посаді, рівня

**АТЕТОЗ** – повільні судомні рухи пальців

**АТОНІЯ** – недостатність м'язового тону еластичності м'язів.

**АТРОФІЯ** – зменшення об'єму того чи іншого органу внаслідок розладу живлення

**АУДИОГРАМА** – графічне зображення даних слуху за допомогою аудіометра.

**АУДИОМЕТРІЯ** – вимірювання гостроти слуху

**АУРА** – передвісник епілептичного нападу, симптоми, які виникають безпосередньо перед

**АУТИЗМ** – патологічна відлюдність, відокремленість від реальності з утратою природних та емоційних

**АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ** – вид фізичного тренування, який поєднується із самонавіюванням.

**АФАЗІЯ** – повна або часткова втрата мови

реакцій.

**АФЕРЕНТНИЙ АНАЛІЗ І СИНТЕЗ** – аналіз і сингязикоглоткового, блукаючого і під'язичного нер імпульсів, що йдуть від рецепторів, від периферії до ко **БУДИНОК ДИТИНИ** – лікувально-профі головного мозку, що контролює виконання окремого руддя виховання дітей-сиріт та дітей, залишених піклування з моменту народження до 3-х років.

**АФЕРЕНТНИЙ ІМПУЛЬС** – той, що йде від периферії центру, наприклад кінестетичний, тактильний.

**АФОНІЯ** – втрата звучності голосу за умови збережен шепітної мови.

## **Б**

**БАЛАНС** – здатність тіла утримувати рівновагу.

**БАЛЬНЕОТЕРАПІЯ** – сукупність методів лікувандітей не відповідає конкретному сприйняттю. профілактики та реабілітації, заснованих на використанні мінеральної води або лікувальної грязі.

**БАНДАЖ** – швейний виріб, призначений для підтримяка забезпечує сприйняття мови. черевної стінки та внутрішніх органів.

**БАРОТЕРАПІЯ** – застосування з метою лікуванповерхонь кісток. зниженого або підвищеного атмосферного тиску.

**БЕСІДА** – засіб навчання, під час якого вчите.перебудова психічних, фізичних, соціальних спираючись на знання дітей, вміння і навички, за допомог(навичок особистості, що відбувається під впли питань підводить їх до розуміння і засвоєння нових знань, шляхом самовдосконалення. повторення і перевірки навчального матеріалу.

**БЕТОЛЕПСІЯ** – втрата свідомості під час нападу кашлю неприємної інформації.

**БІБЛІОТЕРАПІЯ** – лікувальний вплив на психіку хвоі **ВИХОВАННЯ** – процес цілеспрямоваі людини за допомогою читання спеціально підібраних книжок. особистості дитини.

**БІНЕ-СІМОНА ТЕСТ** – метод кількісної оцінки рів **ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ** – діяльн великих півкуль головного мозку, яка забезпе розвитку інтелектуальних здібностей.

**БІОМЕХАНІКА** – розділ фізіології, що вивчає рухлив поведінкове пристосування людини д апарат людини. навколишнього і внутрішнього середовищ.

**БЛИЖНІ ПЕРЕХОДИ** – переходи з однієї обла **ВИЩІ ПСИХІЧНІ ФУНКЦІЇ** – складні, п

**БУЛЬБАРНИЙ ПАРАЛІЧ** – син,

**В**

**ВАЛЬГУС** – вигнутий, кривий, вивернуті

**ВАРУС** – вигнутий, кривий, вивернутий ;

**ВЕКСЛЕРА ТЕСТ** – набір завдань для о

здібностей.

**ВЕРБАЛІЗМ** – недолік, за яким слова

не відповідає конкретному сприйняттю.

**ВЕРБАЛЬНИЙ** – словесний, мовний, усн

**ВЕРНІКЕ ЦЕНТР (ЗОНА)** – ділянка кори

**ВИВИХ** – порушення співвіднош

**ВИПРАВЛЕННЯ** – складний процес усу

**ВИТІСНЕННЯ** – це активне вилучен

**ВИХОВАННЯ** – процес цілеспрямоваі

**ВИЩА НЕРВОВА ДІЯЛЬНІСТЬ** – діяльн

великих півкуль головного мозку, яка забезпе

рухлив поведінкове пристосування людини д

навколишнього і внутрішнього середовищ.

**ВИЩІ ПСИХІЧНІ ФУНКЦІЇ** – складні, п

яка виконує систему заходів з відтворення або компенсації втрачених функцій людини та налічує менше п'яти навчальних реабілітаційних груп.

**ВІДОБРАЖЕНЕ МОВЛЕННЯ** – повторене за ким-небудь виникають при ураженні первинних полів потилиці.

**ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БАТЬКІВ** – юридичні і морально-етичні вимоги до батьків.

норми, які визначають відповідальність батьків перед державою і суспільством за виховання своїх дітей.

**ВІДСТАВАННЯ** – неспроможність виконання довільної рухливості, тобто параліч (парез) встановлених нормативів життєдіяльності.

**ВІДЧУТТЯ** – психічний пізнавальний процес, що відбувається в результаті впливу подразників на органи чуття.

**ВКЛЮЧЕННЯ** – спостерігаючи чужі страждання, людина починає й самостійно переживати біль інших, й співчуваючи, людина починає й самостійно переживати біль інших.

**ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ** – анатомо-фізіологічні особливості, характерні для того чи іншого вікового періоду.

**ВМІННЯ** – засвоєний людиною спосіб виконання дій на основі набутих знань та навичок.

**ВНУТРІШНЄ МОВЛЕННЯ** – різні види використання мовних значень поза процесом реальної комунікації та внутрішнього промовляння («мовлення про себе»):

- те, що зберігає структуру зовнішнього мовлення, але позбавлене фону й типове для розв'язання мисленнєвих завдань в ускладнених умовах;

- власне В.м., коли воно виступає як засіб мислення;

- структурне програмування (задум, програма поведінки).

мовленнєвого висловлювання).

**ВОДОЛІКУВАННЯ** – застосування води з лікувальною дією.

**ГАМАЦІЗМ** – недолік вимови звуків «г».

**ГЕМІАНОПСІЯ** – різні варіанти порушення зору.

**ГЕМІПАРЕЗ** – парез половини тіла.

**ГЕМІПЛЕГІЯ** – ураження на одній половині тіла.

**ГЕРЦ (Гц)** – одиниця виміру частоти коливань.

**ГІГІЄНА** – система дій, які спрямовані на збереження здоров'я.

**ГІГІЄНА СОЦІАЛЬНА** – вивчення соціальних проблем здоров'язву з умовами його життя.

**ГІГІЄНА ПСИХІЧНА** – теорія та практика профілактики психічних патологій (наркоманія, проституція, злочинність).

**ГІДРОЦЕФАЛІЯ** – водянка голови, зумовлене надмірним утворенням або накопиченням спинномозкової рідини в порожнині черепа.

**ГІПЕР** – вище норми.

**ГІПЕРАКУЗІЯ** – підвищена чутливість до звуку.

**ГІПЕРДИНАМІЧНИЙ СИНДРОМ** – розгальмованості, що проявляється в надмірній роздратованості, нездатності до цілеспрямованих дій.

**ГІПЕРКІНЕЗ** – надмірні мимовільні рухи.

**ГІПЕРКОМПЕНСАЦІЯ** характеризується надмірним виконанням дій.

**ГЛОБАЛЬНЕ ЧИТАННЯ** – неаналітичне читання  
впізнавання слова як єдиного графічного цілого.

**ГНОЗИС** – впізнавання (акустичне, оптичне, тактиль-  
смакове тощо.).

**ГОНІОМЕТР** – прилад для вимірювання амплітуди руху  
суглобах.

**ГОСПІТАЛІЗМ** – погіршення стану здоров'я під вплив  
тривалого перебування в стаціонарних лікувальних закладах.

**ГОСПІТАЛІЗМ РАННІЙ** – психічна і фізична відсталість  
яка виникає в перші роки життя дитини внаслідок «дефіцит  
виховання.

**ГОТОВНІСТЬ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ** зумовлене наявністю  
сукупність морфофізіологічних і психологічних особливості  
дитини старшого дошкільного віку, яка забезпечує успішн  
перехід до систематично організованого шкільного навчання

**ГРА** – вид діяльності в умовних ситуаціях, відхилення від  
відтворюють ті чи інші області дійсності, головний факт  
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** – формування  
організації реабілітаційних заходів в об'єднаних спільно  
реабілітаційною метою малих групах під керівництвом  
реабілітолога.

**ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ** – теплолікування з використанням  
лікувальної гряди.

**ГУБИ РОЗЩЕЛИНА** – вроджена аномалія будови губ

## Д

**ДАЛЬНЄ СУСПІЛЬНЕ ОТОЧЕННЯ** – сукупність осіб, з  
якими дитина-інвалід має короткочасні, епізодичні  
фоні різнорівневого, здебільш нетривалі  
сприйняття.

**ДАЛЬНІ ПЕРЕХОДИ** – переходи до центрального  
повернення додому, відвідування лікувального  
магазину, відвідування своїх родичів, знайомих  
парку, поїздки на дачу, море тощо.

**ДАУНА ХВОРОБА (СИНДРОМ)** – генетично зумовлене

завищення кількості хромосоми у  
проявляється недоумкуватістю, м'язовою гіпотонією  
зовнішнім виглядом хворого.

**ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА** – поведінка, що відрізняється  
від встановлених норм поведінки

**ДЕКОМПЕНСАЦІЯ** – розлад діяльності, що виникає внаслідок  
порушення функцій організму загалом внаслідок порушення  
складного процесу перебудови функцій системи

порушення або втрати якої-небудь функції

**ДЕМЕНЦІЯ** – стійка втрата пам'яті, інтелекту, особистості  
раніше збереженої

**ДЕОНТОЛОГІЯ** – (грец. «δέο» – належить, повинен») – наука  
про етичні норми поведінки фахівців, зокрема педагогів  
те, як логопед має будувати свої взаємини з дітьми  
мовленнєвий розлад, з його родичами і колегами

етичності.

**ДЕПРИВАЦІЯ** – недостатнє задоволення потреби

**ДИСЛАЛІЯ** – порушення звуковимови за нормального стану слуху й збереженої іннервації мовленнєвого апарату.

**ДИСПЛАЗІЯ** – порушення формування, неправильний розвиток.

**ДИТИНА-ИНВАЛІД** – особа віком до 18 років (повноліт) зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

**ДИТЯЧИЙ КОЛЕКТИВ** – об'єднання дітей, згуртовані спільною корисною діяльністю.

**ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ (ДЦП)** – збірний термін, що об'єднує в собі групу непрогресуючих рухових порушень, які виникають у результаті ураження а недорозвитку головного мозку до народження, під час пологів 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.

**ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ** – загальна назва процесів уражень головного мозку.

**ЕПКРИЗ** – висновок про діагноз, при захворюванні і результат лікування, який виписувався в медичній документації.

**ЕПІЛЕПСІЯ** – хвороба, яка проявляється характером судомних нападів та відносності.

**ЕТІОЛОГІЯ** – наука про причини виникнення.

**ЕХОЛАЛІЯ** – автоматичне повторення чужих слів.

**ЕХОПРАКСІЯ** – наслідувальне, автоматичне повторення рухів і дій інших людей при ураженні лобових частин мозку.

## **Ж**

**ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ** – повсякденна діяльність особи здійснювати життєво необхідні дії у спосіб звичайних для людини.

## **З**

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ** – створення умов, за яких усі люди мають рівний доступ до освіти, культури, здоров'я, соціального захисту, життєвих можливостей.

**ЗАГАЛЬНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ** – порушення формування усіх складових мовленнєвих елементів, що призводить до різноманітних, складних мовленнєвих розладів, порушено формування усіх складових мовленнєвих елементів, належать до звукової та змістової сторін.

**ЗАЇКАННЯ** – порушення темпу та ритму мовлення, що характеризується порушенням темпу та ритму мовлення, що характеризується порушенням темпу та ритму мовлення, що характеризується порушенням темпу та ритму мовлення.

**ЗАМИКАЛЬНА АКУПАТІЯ** – це порушення зв'язку між звуковою оболонкою слова та його змістом.

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.

**ЗІР** – це здатність отримувати і витягати інформацію з світу із енергії електромагнітного випромінювання світлового діапазону; складний комплекс процесів у зоровій системі, починаються з трансформації світлової енергії у фоторецепторнабуття досвіду з урахуванням вад дітей та закінчуються зоровими відчуттями і сприйняттями.

**ЗНАННЯ** – узагальнений досвід людства, що відображає різні галузі дійсності у вигляді фактів, правил, висновків, законімірностей, ідей, теорій, якими володіє суспільство.

**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 дорослоПоняття введено Л.С. Виготським.

**ЗОНА СЕРЕДНЬОЇ ДОСТУПНОСТІ** – обладнання життєдіяльності, вимагає надання соціальної підтримки 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 здатності людини-спостерігача до виконання зорової роботи

зінці залежно від інтенсивності падаючого безумовний рефлекс.

**ІДЕНТИФІКАЦІЯ** – несвідоме переживання почуттів і якостей, властивих іншій людині й

**ІГРОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ДІТЕЙ** – моделювання майбутніх життєвих ситуацій з урахуванням вад дітей та максимально рівних можливостей.

**ІЗОЛЯЦІЯ** – відокремлення у світі, що призводить до порушення звичайних зв'язків з навколишнім середовищем.

**ІМІТАЦІЯ** – слухове або зорове наслідування дій інших людей.  
**ІМПРЕСИВНИЙ АГРАМАТИЗМ** – порушення граматичних засобів мови.

**ІНВАЛІД** – особа, яка має стійке порушення нормального функціонування організму, що призводить до обмеження життєдіяльності, вимагає надання соціальної підтримки патологічним станом, що призводить до порушення звичайних зв'язків з навколишнім середовищем.

**ІНГАЛЯЦІЯ** – вдихання пароподібних речовин.

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ СІМЕЙНИЙ ПЛАН** – динамічна індивідуальна програма ранньої реабілітації дитини-інваліда.

**ІНСОЛЯЦІЯ** – опромінення сонячним світлом.

**ІНТЕРЕС** – спрямованість людини на певний об'єкт яких психічних функцій внаслідок перенесення певної діяльності, зумовлена позитивним, зацікавленістю, травматичних пошкоджень. ставленням до чогось, когось.

**ІНТЕРЕСИ** – прояв позитивного емоційного ставлення спрямовані на те, щоб дати собі раду в стресових ситуаціях, породжують тривогу щодо утримання та збереження об'єкта чи явища, увага, збуджена ним.

**ІНТЕРІОРИЗАЦІЯ** – поступовий перехід від зовнішньої самооцінки, самоповаги. схем і опор до внутрішнього планування дії.

**ІНТРАНАТАЛЬНИЙ** – який відбувається під час пологової реакції немовля на появу дорослого.

**ІПОТЕРАПІЯ** – лікування верховою їздою.

**КОМПІНГ-СТРАТЕГІЇ** – це свідомі зусилля, спрямовані на усунення проблем, породжують тривогу щодо утримання та збереження об'єкта чи явища, увага, збуджена ним.

**КОМПЛЕКС ПОЖВАВЛЕННЯ** – вираження почуття гордині, пов'язане з певними рисами зовнішнього вигляду.

**КОМПЛЕКСНА ГРА** – гра, у якій беруть участь декілька складових, спрямованих на відновлення загальних навичок, фіксованих у соціально заборонених ситуаціях здійснення предметних дій.

**КОМУНІКАТИВНА ФУНКЦІЯ** – функція, пов'язана з процесом спілкування.

**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 кінцівок, що характеризується порушеннями функцій м'язів та сухожиль, що призводить до порушення рухової активності.

**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.

**КОНСТИТУЦІЯ** – комплекс спадкових властивостей організму.

**КОНТРАКТУРА** – обмеження нормальних рухів у суглобі внаслідок укорочення м'яких тканин і зв'язок.

**КОНЦЕПЦІЯ** – система поглядів на те чи інше явище, процес, спосіб розуміння, тлумачення педагогічних явищ, подій; провідна ідея педагогічної діяльності.

**КООРДИНАЦІЯ РУХІВ** – узгодження рухів людини під час виконання рухового акту.

**КОРЕКЦІЯ** –

• виправлення (часткове чи повне) вад фізичного розвитку.

• спеціально організований педагогічний вплив, спрямований на послаблення, додання порятунку, запобігання їм та сприяння розвитку анатомічних і фізичних функцій загалом з метою щонайбільшого наближення до норми.

ростом тіла та зниженим інтелектом.

**КРИПТОГЕННИЙ** – який має визначену етіологію, а недостатньо встановлений патогенез.

**КРИТЕРІЙ** – ознака, на основі якої виявляється оцінювання або класифікація чого-небудь.

**КРОК** – одиниця руху ногою під час ходи.

**КУРОРТТЕРАПІЯ** – комплекс лікувальних заходів, заснованих на використанні природних факторів.

**КОРСЕТ** – виріб, призначений для фіксації, розвантаження або корекції хребта під час захворювань, деформацій 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 середньої лінії, 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.

розладу мови (наприклад, заїкування невротичних

**ЛОГОПАТ** – людина з дефектами мови.

**ЛОГОПЕД** – корекційний педагог, спеціаліст з

визначенням недоліків мови в дітей і дорослих.

**ЛОГОРЕЯ** – беззв'язковий мовний потік.

**ЛОГОФОБИЯ** – нав'язливий страх: побоювання

**ЛОКАЛІЗАЦІЯ** – місце розташування.

**ЛОРДОЗ** – специфічне порушення і

скривлення хребта випуклою стороною вперед.

## М

**МАКРОГЕНІЯ** – аномалія розвитку: занадто велика

**МАКРОГЛОСІЯ** – великий язик.

**МАНІПУЛЯЦІЯ** – рухи рукою чи руками з метою

виконання певного завдання.

**МАНІЯ** – загальна назва психопатологічних форм психозу, перевагою психомоторного збудження як острого, так і хронічного.

**МАСАЖ** – метод механічного дозовано-ручного впливу на організм людини, який здійснюється руками масажиста пристроями з метою лікування та профілактики захворювань.

**МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ** – спеціальна форма діяльності медичної установи, яка проводить комплексне медичне обстеження аномальних дітей для спрямування їх на навчально-виховну та оздоровчу установу.

**МЕЛАНХОЛІК** – людина, що схильна до депресивних настроїв суму, пригніченості.

**МЕНІНГІТ** – запалення оболонок головного і спинного мозку.

їхнього графічного позначення без складового і звукохарактеру, навичок та звичок моральної поведінки буквенного аналізу.

**МИСЛЕННЯ** – процес відображення об'єктивної дійсності в уяві, судженнях, поняттях.

**МІАСТЕНІЯ** – нервово-м'язове захворювання, проявом якого є підвищена м'язова стомлюваність.

**МІАТОНІЯ** – вроджене захворювання нервової системи, що проявляється надмірною амплітудою пасивних рухів суглобів, м'язовою слабкістю, зниженням сухожилкових рефлексів.

**МІАТРОФІЯ** – атрофія м'язів.

**МІЄЛІТ** – запалення спинного мозку.

**МІЖДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА** – фахівців різного профілю (психолог, учитель-реабілітолог, логопед, спеціаліст із фізичної реабілітації, невролог), працюють разом в одному закладі, надання реабілітаційних послуг дітям з особливими потребами

**МІКРОГЛОСІЯ** – вроджений недорозвиток язика, мовлення якого містить

**МІКРОЦЕФАЛІЯ** – захворювання, що проявляється значним зменшенням об'єму головного мозку, інтелекту різних ступенів.

**МІМІКА** – рухи м'язів обличчя, які відображають почуття людини.

**МІОПАТІЯ** – загальна назва групи захворювань, що зумовлені порушенням здатності м'язів.

**МІОТОНІЯ** – патологічний стан, неможливо розслабити напружені м'язи.

**МОВА ВІДОБРАЖЕНА** – мова, повторена за кимось.

**МОТИВ** – причина, яка спонукає до дії.

**МОТИВАЦІЯ** – активний стан, змушують людину здійснювати дії, що

**МОТИВИ ПОВЕДІНКИ** – спонукають

**МОТОРИКА** – рухова активність.

**МОТОРИКА ГРУБА** – рухи з утриманням голови, тулуба або кінцівок у просторі щодо

**МОТОРИКА ТОНКА** – рухи пальцями та голосовою та мимічною мускулатурою.

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА КОМАНДА**

**МУТАЦІЇ** – зміни, які виникають природно змінюються штучно змінюються

**МУТИЗМ** – відмова від мовленнєвого апарату.

**М'ЯЗОВА АТРОФІЯ** – захворювання, що характеризується руйнування м'язових волокон жирною і сполучною тканинами: м'яз стає м'яким

**НАВИЧКА** – психічне новоутворення індивіда спроможний виконувати певну дію належною послідовністю, точністю і швидкістю

## Н

**НАВИЧКА** – психічне новоутворення індивіда спроможний виконувати певну дію належною послідовністю, точністю і швидкістю

**НАВИЧКА** – психічне новоутворення індивіда спроможний виконувати певну дію належною послідовністю, точністю і швидкістю

навчальний матеріал.

**НАРКОЛЕПСІЯ** – захворювання, яке протікає з нападами нестримної сонливості.

**НАФТАЛАН** – нафталанська лікувальна нафта.

**НЕВРИТ** – запалення нерву.

**НЕВРОЗИ** – психосоматичні розлади, що виникають внаслідок психічної травми та усвідомлюються самим суб'єктом. Вони характеризуються порушеннями словесної регуляції рухів, виявлення відхилень, які проявляються у протидії будь-якому втручанню зовні: хворий не відповідає на питання, не дозволяє досліджувати себе тощо.

**НЕГАТИВІЗМ МОВНИЙ** – свідомо, стійка немотивована відмова від мовного спілкування.

**НЕДОСТУПНА ЗОНА** – обладнання, матеріали іграшки, які діти використовують тільки з дозволу та допомогою вчителя-реабілітолога.

**НЕЙРОІНФЕКЦІЯ** – загальна назва захворювань, які характеризуються переважно збудників інфекції у ЦНС.

**НЕЙРОЛЕПТИКИ** – лікарські речовини, які гальмуючу дію на функції ЦНС, не свідомості і здатні усувати марення, галюцинації та деякі симптоми психозів.

**НЕОНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД** – вік дитини від народження до 28-ї доби життя.

**НЕРВОВА СИСТЕМА** – сукупність ганглії, мозок) у людини, яка здійснює організму з навколишнім середовищем та взаємний зв'язок органів між собою; регулює та координує усі функції організму.

**НЕСАМОВИТІСТЬ** – нездатність особи

втрата особою внаслідок захворювання, травм вад здатності або можливості самообслуговування, пересування, спілкування, орієнтації, конто поведінки.

**ОЗЕРЕЦЬКОГО МЕТРИЧНА ШКАЛА**

дослідження психомоторики, тобто моторного та словесної регуляції рухів, виявлення відхилень, який використовують для лікування.

**ОЗОКЕРИТ** – воскоподібний препарат, який використовують для лікування.

**ОЛІГОФРЕНІЯ** – недоумкуватість.

**ОЛІГОФРЕНІЯ** – вид розумової відсталості внаслідок органічного пошкодження мозку натальний або ранній (до трьох років) період виявляється у тотальному психічному недорозвитку.

**ОЛІГОФРЕНОПЕДАГОГ** – педагог із спеціальною освітою, який здійснює навчання та виховання відсталих дітей.

**ОРАЛЬНИЙ** – який має відношення до ротової порожнини.

**ОРТЕЗ** – пристосування, які використовують для підтримки опорно-рухового апарату.

**ОРТОПЕДІЯ** – розділ клінічної медицини, який займається діагностикою, лікуванням та профілактикою захворювань опорно-рухового апарату.

**ОРФОЕПІЯ** – розділ знання мови, який вивчає літературну вимову; сукупність вимовних норм.

**ОСВІТА** – процес та результат засвоєння знань, умінь та навичок.

**ОСТЕОПОРОЗ** – зменшення кісткової щільності, що призводить до підвищеної ламкості кісток.

**ОСТЕОПОРОЗ** – зменшення кісткової щільності, що призводить до підвищеної ламкості кісток.

хворих, що передбачають максимальне усунення факторів, з відтворення дії, слова чи складу. негативно впливають на психіку.

## П

**ПАМ'ЯТЬ** – здатність організму до накопичення інформації, її збереження та наступного відтворення упізнавання.

**ПАРАЛІЧ** – випадіння функції будь-якого м'яза а кінцівки внаслідок порушення іннервації.

**ПАРАПАРЕЗ** – параліч пари кінцівок.

**ПАРЕЗ** – частковий параліч, рухи можливі, але з силою та в недостатньому обсязі.

**ПАРЕТИЧНІСТЬ** – нерухомість м'язів.

**ПАСИВНІСТЬ** – бездіяльність, байдужість навколишнього.

**ПАТОГЕНЕЗ** – механізм розвитку певної хворої патологічного процесу чи стану.

**ПАТОГЕННИЙ** – хворобливий, який викликає захворювання.

**ПАТРОНАЖ** – форма профілактичної роботи, яка полягає в дослідженні умов життя та побуту осіб, які перебувають в обліку, проведення вдома оздоровчих заходів; надання медичної 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 впливом несприятливих умов.

**ПЕРЕКОНАННЯ** – психічний стан особистості, як діяльності,

**ПІЗНАННЯ НАВКОЛИШНЬОГО ЧЕРЕ** це здатність дитини отримувати знання у спрямованих дій.

**ПІКНОЛЕПСІЯ** – синдром дуже частих малих судомних нападів у дітей.

**ПЛЕГІЯ** – повний параліч.

**ПЛЕКСИТ** – запалення нервового сплетення причиною паралічу.

**ПОВЕДІНКА** – процес взаємодії навколишнім середовищем, який пов'язаний з та психічною активністю.

**ПОВЕДІНКА СОЦІАЛЬНА** – сукупність особистості або групи у суспільстві, яка залежить економічних факторів та норм моралі.

**ПОЛІОМІЄЛИТ** – гостре інфекційне захворювання викликане однойменним вірусом, що уражає ЦНС, головним чином, клітини спинного мозку, оболонки головного та сі

**ПОНЯТТЯ** – основна форма знань, що в

**ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ**

профілактику переходу захворювання, наслідки

**ПОРУШЕННЯ МИСЛЕННЯ** – порушення

яке виникає у випадку рі

відразу після народження.

**ПОЧУТТЯ** – психічний стан і процеси, в яких відображає психіку людини; визначене ставлення її до відповідні форми її поведінки, які мають стійкі емоційний бік духовного стану людини.

**ПОЯСНЕННЯ** – словесне тлумачення понять, яви принципів дій.

**ПРОБА ПАЛЬЦЕНОСОВА** – проба, яка служить виявлення динамічної атаксії: хворому пропонується торкнутися вказівним пальцем кінчика власного носу та повторити цей із заплюшеними очима.

**ПРОГЕНІЯ** – виступ нижньої щелепи вперед (порівнян верхньою) внаслідок її надмірного розвитку.

**ПРОГРЕС** –

• Тип, напрям розвитку, перехід від менш до більш досконалого.

• Успіх, який досягнуто порівнянню з минулим.

**ПРОЕКЦІЯ** – несвідоме перенесення (приписуван власних почуттів, бажань і прагнень, у яких людина не хотіти зізнатися, розуміючи їхню соціальну непривабливість, на інших осіб).

**ПРОКСИМАЛЬНИЙ** – ближній до тулуба або голої Протилежність дистальному.

**ПРОЛЕЖНІ** – виразки, які формуються в місцях тиску шкіри 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 скла

**ПСИХІЧНІ ЯКОСТІ** – це індивідуа

психіки людини; визначене ставлення її до відповідні форми її поведінки, які мають стійкі

**ПСИХІЧНИЙ ПРОЦЕС ПОРУШЕННЯ** порушення, порушення уваги, порушення

дсприйняття, порушення відчуттів, розлади пам'

**ПСИХОАНАЛІЗ** – метод вивчення психічних процесів шляхом аналізу асоціації помилок під час письма, обмовок із ціллі

свідомості комплексів, конфліктів, переж дитинства, які витискуються в безсвідоме

психічних розладів.

**ПСИХОДІАГНОСТИКА** – галузь розробляє методи виявлення і вимірюванн

психологічних особливостей особи.

**ПСИХОДРАМА** – вид групової психі пацієнти почергово виступають як актори і гля

ролі спрямовані на моделювання життєвих си особистісний зміст для учасників із

неадекватних емоційних реакцій, більш глибок

**ПСИХОКОРЕКЦІЯ** – напрям ре корекційно-виховної роботи з аномальними діт

подолання та попередження порушень психічн

**ПСИХОЛОГІЯ СЛІПИХ АБО ТИФЛОП** галузь спеціальної психології, яка вивчає п

порушенням зору.

**ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ** – ск розумово відсталих дітей, а також дітей із ЗПР;

**ПСИХОЛОГІЯ ОСІБ З М**

ВОЛЬОВОЇ СФЕРИ І СОЦІАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ – це галузь спеціальної психології, яка вивчає психіку осіб з порушення пристосування на тому чи іншому рівні до у емоційно-вольової сфери і соціальної поведінки середовища; є етапом реабілітації, на яку

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ – це спеціальна система психосоціальні методи впливу, стимуляції соці стабілізації особистості, спрямована на захист свідомості і (трудова терапія, професійне навчання аб неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішні спеціальна педагогічна робота зі пси і зовнішніми конфліктами, станами тривоги та дискомфорту. спрямованістю).

ПСИХОМОТОРНЕ РОЗГАЛЬМУВАННЯ – психомото РЕАКЦІЯ – відповідь організму, особист розлади, за яких подразнення.

спостерігається надлишкова рухова та мовна активність. РЕАЛІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОГРАМ

ПСИХОТЕРАПІЯ ІГРОВА – вид психотерапії, де готочення, залучення дитини-інваліда до дитяч використовується з лікувальною ціллю. є можливість навчитися самостійності, подола

ПСИХОТЕРАПІЯ СІМЕЙНА – вид психотераг бар'єр відлюдності, набути перші навички соціє спрямований на вивчення сім'ї і вплив на неї з метс РЕЛАКСАЦІЯ – розслаблення, зняття пс нормалізації міжособистісних відносин, а також профілактики фізичного напруження.

лікування захворювань із наступною соціальною реабілітацієс РЕМІСІЯ – тимчасове послаблення (неп

ПТОЗ – опущення верхньої вії. зникнення (повна ремісія) проявів захворюванн

РЕТРАКЦІЯ – відтягування частини тіла

РЕТРОПУЛЬСІЯ – схильність до

## Р

РАННІЙ ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ (РДА) – аномал РЕФЛЕКС – мимовільна, опосередк психічного розвитку, яка характеризується порушенн системою закономірна відповідна реакціє емоційного зв'язку, екстремальною самотністю дитини подразник.

стереотипністю в поведінці та своєрідним мовленнєвим РИНОЛАЛІЯ – порушення тембру голос інтелектуальним недорозвитком, який не пов'язаний зумовлене дефектами мовного апарату (говори: первинною недостатністю цих функцій.

РЕАБІЛІТАЦІЯ – комплекс заходів, спрямованих фізіологічних, біохімічних, психічних, соціальє відновлення або компенсацію порушених функцій людини які відбуваються з людиною від моменту її нар необхідних їй для життя в суспільстві. життя.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА УСТАНОВА – устано РОЗГАЛЬМУВАННЯ – припинення ст

твердого або м'якого піднебіння, що виникає під час походження ембріогенезу.

**РОЛЬ СОЦІАЛЬНА** – діяльність, зумовлена парезу або в органах мови під час руху здорови 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 проявів життєдіяльності, який забезпечує можливість взаємодії організму з навколишнім середовищем.

## С

**САМОВИХОВАННЯ** – свідомо діяльність людини спрямована на вироблення в себе позитивних рис і подолання негативних.

**СЕНЗИТИВНИЙ ВІК** – найсприятливіший вік розвитку тих чи інших психічних функцій, що психічний розвиток дитини і мають вирішальне значення для навчання та виховання.

**СЕНЗИТИВНІСТЬ ВІКОВА** – оптимальне для розвитку психічних якостей і процесів, які визначеному віковому періоду.

**СЕНСОРНИЙ** – чуттєвий, той, який належить до відчуттів.

**СЕРЕДНІ ПЕРЕХОДИ** – переходи до поглибленої корекції, музичного залу, до інших груп на подвійних межах Центру.

**СЕРЕДОВИЩЕ** – оточення людини, і комплекс зовнішніх явищ, які впливають на людину.

**СЕРЕДОВИЩЕ ПРИРОДНЕ** – природні умови оточення

**СИНКІНЕЗІЇ** – мимовільні рухи, що виникають під час руху здорови

**СІМЕЙНЕ ВИХОВАННЯ** – одна з форм що поєднує цілеспрямовані педагогічні повсякденним впливом сімейного побуту.

**СІМ'Я** – це

- природне середовище для фізичного і соціального і духовного розвитку дитини.

- група людей, що складається з батьків і ближніх родичів, які живуть разом.

**СКОЛІОЗ** – порушення постави, викривлення

**СОМАТИЧНИЙ** – який стосується організму

**СОЦІАЛІЗАЦІЯ** – процес залучення індивідууму до суспільних відносин, формування його соціальної особистості й розвитку як цілісної особи

результат активного відтворення індивідом соціальної поведінки, який здійснюється у спілкуванні та діяльності.

**СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ** – спрямованих на створення і забезпечення умов

особи до активної участі в житті, відновлення статусу та здатності до самостійної суспільної

побутової діяльності шляхом соціально-середовищної адаптації, соціально-побутової адаптації, соціального

задоволення потреби в забезпеченні технічними засобами реабілітації.

**СОЦІАЛЬНИЙ** – громадський, пов'язаний з

стосунками людей у суспільстві.

**СПАДКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ** – захворювання, що передаються

**СПИНАЛЬНИЙ** – що стосується хребта.

виховання і професійної підготовки людей

**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.

**СТЕНДЕР (СТОЯК)** – реабілітаційний пристрій, надання дитині вертикального положення та утримання в ньому, якщо вона сама не може цього зробити.

**СТИМУЛ** – це

- подразник, який спонукає до дії.
- зацікавленість у здійсненні чогось.

**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 з порушеннями слуху.

**ТАКТИЛЬНИЙ** – що відчувається на дотик

**ТАЛАСОТЕРАПІЯ** – лікувальне використання купань та клімату морського узбережжя.

**ТАХІЛАЛІЯ** – патологічне прискорення темпу

**ТЕМПЕРАМЕНТ** – індивідуальна характеристика людини, яка виявляється в швидкості та зрівноваженості перебігу її психічних процесів

**ТЕСТ** – система завдань, які допомагають визначити рівень розвитку певних процесів та властивостей

**ТЕСТУВАННЯ** – спосіб оцінювання та вимірювання психофізичного розвитку дітей шляхом

використання спеціально підібраних стандартизованих тестів

**ТЕТРАПАРЕЗ** – парез чотирьох кінцівок.

**ТЕТРАПЛЕГІЯ** – параліч чотирьох кінцівок.

**ТИФЛОПЕДАГОГ** – педагог зі спеціальності, який здійснює навчання та виховання незрячих і слабовидячих дітей

**ТИФЛОПЕДАГОПКА** – галузь дефектології, яка здійснює навчання та виховання сліпих та слабозорих дітей

**ТОКСИН** – отруйна речовина.

**ТОНУС М'ЯЗОВИЙ** – пружність м'язів у стані спокою

**ТРАКЦІЯ** – підтягування вперед тіла або частини тіла

**ТРЕМОР** – ритмічні коливальні рухи тіла, частини тіла, язика тощо, тремтіння.

**ТВОРЧИСТЬ** – здатність дитини створювати оригінальні матеріальні цінності на основі набутого досвіду

**ТРИПЛЕГІЯ** – параліч трьох кінцівок.

складається з поєднання суттєвого та з'єднання його з групою предметів та явищ.

**УМІННЯ** – здатність на належному рівні виконувати певні дії.

**УМОВИВИД** – 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 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 череп'ятку).

**ФАЗА ПЕРЕНОСНОГО ПЕРІОДУ КРОКУ** – часовий інтервал, впродовж якого одна з ніг не контактує з поверхнею.

**ФАЗА ПОШТОВХУ** – період між відривом п'яти відривом носка від поверхні.

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ** – комплекс заходів спрямованих на подолання або зменшення рухових порушень розвитку рухової сфери, націлений на компенсацію втрачених функцій за рахунок збережених, який складається зі спеціальних вправ та позиційного режиму.

**ФОНЕМАТИЧНИЙ СЛУХ** – тонкий слух, який дає можливість здійснювати операції

та установлення звукової структури слів.

**ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДІЯ** – порушення процесу формування системи рідної мови в дітей із різними мовними

недодіями.

**ФОНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ** – визначення значення слова.

**ФОНОСКОП** – пристрій для вивчення особливостей мови і виконання під час цього

## Х

**ХАРАКТЕР** – сукупність психічних, мовних

ознак людини, що проявляється в її поведінці.

**ХОРЕЯ** – вид гіперкінезів, який характеризується

невпорядкованими, мимовільними рухами різного

## Ц

**ЦЕНТР РЕАБІЛІТАЦІЇ** – спеціалізована установа, яка виконує систему заходів із

компенсації втрачених функцій людини та навчально-реабілітаційних груп.

**ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ** – який стосується головного

мозку.

**ЦЕРЕБРАСТЕНІЯ** – поєднання астенії з запамороченням, деяким погіршенням пам'яті,

**ЦІЛЬ** – це

подразнення.

**ЧУТЛИВІСТЬ ПОРИГ** – 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, турсетів.

фектології в Україні.

3. Спеціальна психологія і педагогіка. сурдопедагогіка. Тифлопсихологія, тифлопеда Олігофренопедагогіка.

4. Теоретичні і методологічні основи дефектоскопії та засоби досліджень.

5. Взаємозв'язок дефектології з іншими галузями науки: психіатрією, неврологією, філософією, фізіологією, етнопсихологією та прикладним психологією. Підхід і сучасні тенденції у розумінні суті порушення розвитку дитини.

6. Загальні і спеціальні поняття дефектології.  
7. Основні етапи фізичного та нервово-психічного розвитку дитини у нормі та при патології. Вікові кризи).

8. Теорія розвитку Л. С. Виготського. Основи онтогенезу.

9. Дизонтогенетичні форми порушення у мовленні. Класифікація дизонтогеній різної етіології. Різні підходи і підходи у розумінні суті відхилень у психічному розвитку дитини.

10. Анатомо-фізіологічні механізми мови та її компоненти мови та їхній розвиток.

11. Дислалія, дизартрія, порушення ритмічності мовлення, заїкання, порушення мовлення слуху.

12. Алалія та афазія, порушення письма дисграфія та дислексія.

13. Логопедичне обстеження. Класифікація порушень мовлення згідно із МКХ-10.

засоби компенсації порушених функцій. Методи та способи висхідного і розумового розвитку з урахування користування слухового, рухового, шкірного та інших аналізаторів (читання, письмо, лічба, малювання, у сліпих осіб. (праця), поняття про моторний інфантизм.

18. Особливості формування словесно-логічного уявлення про навколишнє середовище. Складні форми пізнавальної діяльності. Абстрактне мислення. 32. Роль та відповідальність батьків, медичників та вчителів у розвитку захворювань. Роль життя дитини з відхиленням у розвитку.

19. Взаємодії окремих психічних функцій сліпих на різних етапах онтогенезу під впливом тифлопедагогічних заходів. Роль шрифту Брайля. 33. Принципи застосування психокорекції в реабілітації осіб з вадами розвитку.

20. Порушення слуху. Сурдологія, сурдопедагогіка. 34. Гуманістичний підхід до дітей з психічному та розумовому розвитку.

21. Діти з порушенням слуху. Глибоке стійке порушення слуху. Уроджене та набуте порушення слуху, глухота. Глухонімота. 35. Психокорекція у педагогіці та дефектології. Прямі психотерапевтичні корекції.

22. Особливості орієнтувальної реакції у осіб з порушеннями слуху. Особливості процесу формування сенсорного свіду. 36. Немедикаментозні методи лікування осіб з вадами розвитку. Рефлексотерапія та мануальна фізкультура і масаж.

23. Зміни емоційно-вольової сфери глухонімих. 37. Масаж як профілактичний і лікувальний механізм оздоровчого впливу лікувальної фізкультури на організм.

24. Шляхи та засоби компенсації порушених функцій. Методи та способи використання візуального, рухового, шкірного та інших аналізаторів. Компенсаторні механізми та їхні прояви. 38. Загальні питання організації медичної допомоги особам з вадами розвитку. Реабілітація та ефективність реабілітаційно-педагогічної корекції та реабілітації.

25. Міміко-жестикulatoryне мовлення глухонімих. 39. Спеціалізовані установи для дітей з вадами розвитку. Педагогічна корекція та реабілітація.

26. Загальні поняття про граничні форми інтелектуально-педагогічної корекції та реабілітації. Дефекту і затримку темпу психічного розвитку. Класифікація, клінічні і психолого-педагогічні критерії форм аномалій розвитку. 40. Соціально-трудова адаптація у спеціалізованих дитячих закладах.

27. Інтелектуальна недостатність і аномалії поведінки як результат дефектів виховання, сімейно-побутова захищеність. Затримка розвитку внаслідок соматичних й інфекційних захворювань, черепно-мозкових травм та інтоксикацій.

4. Причини виникнення аномалій розвитку.
5. Поняття “дитина з особливими потребами”.
6. Загальне поняття про дизонтогенез.
7. Параметри дизонтогенезу за В. В. Лебединським.
8. Характеристика дизонтогенезу за функціональною локалізацією порушення.
9. Поняття про специфічне і неспецифічне недорозвинення.
10. Сутність напрямів виникнення вторинних відхилень осіб “згори вниз” і “знизу вгору”.
11. Процес виникнення вторинних відхилень з часовими закономірностями розвитку.
12. Особливості структури аномального розвитку при загальному та специфічному дефектах.
13. Практичне значення теоретичних положень про структуру аномального розвитку.
14. Значення системи афективної регуляції у забезпеченні стабільного розвитку особистості.
15. Поняття про рівні афективної регуляції за В. В. Лебединським.
16. Прояви порушення рівня оцінки інтенсивності впливу чинників середовища.
17. Прояви порушення рівня афективних стереотипів.
18. Прояви порушення рівня афективної експансії.
19. Прояви порушення рівня емоційної комунікації.
20. Співвідношення біологічного та соціального у психічному розвитку людини.
21. Особливості соціального розвитку дітей із психофізичними вадами.
22. Патологія інтелекту та її форми.
23. Психосоматози і їхні прояви.
24. Поведінкові реакції.
25. Поняття “активність” та “реактивність”.
26. Теорія функціональних систем П. Анселя.
27. Системні процеси та суб’єктивність в поведінці.
28. Причини межових нервово-психічних розладів.
29. Психологічна характеристика індивідуальності з межовими нервово-психічними розладами.
30. Преморбідні типи особистості.
31. Розлади особистості.
32. Особистісні дефекти.
33. Загальне поняття про агресію, її прояви.
34. Класифікація агресії.
35. Причини і чинники впливу на формування агресивності.
36. Виявлення дитячої агресивності шляхом спостереження.
37. Використання бесід з батьками та їхні результати.
38. Використання проективних методик виявлення дитячої агресивності.
39. Загальна характеристика явища гіперактивності.
40. Поняття про синдром дефіциту уваги.
41. Основні прояви гіперактивності, її причини.
42. Основні прояви гіперактивності, її причини.
43. Порушення уваги дітей з СДУГ.
44. Порушення у дітей із СДУГ.

- нервових процесів у дітей дошкільного віку.
53. Тренування швидкості рухів у повільних дітей.
54. Корекційні вправи, спрямовані на розвиток внутрішнього гальмування у повільних дітей.
55. Загальна характеристика проблемних форм міжособистісних відносин дошкільників.
56. Образливість, її прояви. Особистісні особливості образливих дітей.
57. Сором'язливі діти, особливості їхньої поведінки у колективі однолітків і при спілкуванні з дорослими.
58. Особистісні риси та особливості ставлення до однолітків демон-стративних дітей.
59. Порушення відносин з однолітками агресивних, гіперактивних, повільних дітей.
60. Особливості проявів порушень міжособистісних відносин у дітей з психофізичними вадами.
61. Характеристика мікросоціальних умов розвитку дітей позбавлених батьківського піклування.
62. Вплив відсутності батьківського піклування на різні аспекти психічного розвитку дитини.
63. Особливості поведінки дітей дошкільного віку, що виховуються в дитячому будинку.
64. Характеристика відносин з однолітками та дорослими вихованців дитячих будинків.
65. Організація комплексного корекційно-виховного впливу на дітей, позбавлених батьківського піклування.
66. Значення сім'ї у розвитку дитини з особливими потребами.
67. Поняття про мікросоціальні умови, напрями їхнього впливу на розвиток дитини з особливими потребами.
71. Методики дослідження батьківсько-дитячих відносин.
72. Поняття про акцентуації характеру, в тому числі в дитинстві.
73. Типи акцентуацій, їхня характеристика.
74. Особливості перебігу характерологічних акцентуацій характеру.
75. Особливості формування акцентуацій характеру різних груп дітей із психофізичними вадами.
76. Вивчення особистісних якостей дітей з метою виявлення акцентуацій.
77. Рівнева організація системи афективних відносин.
78. Класифікація дітей із синдромом РДА.
79. Психолого-педагогічна характеристика дітей з РДА з різним ступенем прояву афективної патології.
80. Особливості раннього розвитку дітей з РДА.
81. Поведінка дітей з РДА різного ступеня порушення контактів зі спеціалістами.
82. Перспективи розвитку дітей з РДА різного ступеня порушення слуху та зору.
83. Причини сліпоглухоти.
84. Особливості розвитку психіки за наявності порушень слуху та зору.
85. Напрями і перспективи корекційної роботи з дітьми.
86. Особливості використання прийомів психологічного досвіду при вихованні дітей із поєднаними порушеннями слуху та зору.

89. Спеціалізовані установи для здійснення медико-педагогічної корекції і реабілітації. Спеціалізовані дитячі садки, школи-інтернати та санаторії.

90. Спеціальні дошкільні і шкільні установи для дітей з поганим зором та сліпих, глухуватих та глухих, з тяжкими порушеннями мови, з ДЦП та з порушенням опорно-рухового апарату.

91. Робота обласних психолого-медико-педагогічних консультацій.

92. Система спецустанов в Україні. Призначення спецустанов, специфіка роботи.

93. Відбір дітей у спецустанови. Психолого-медико-педагогічна консультація, її функції, особливості.

94. Професійна етика викладача та дефектолога. Відповідальність за прийняття рішення і їхня професійна компетенція як основа діяльності.

126

Аграфія 185  
Алалія 10, 63, 183, 206, 235  
Алексія 185  
Альбінізм 97  
Аномальні діти 22, 26, 35, 38, 42  
Аномальний розвиток 41  
Астигматизм 94, 97  
Аудіометрія 88  
Афазія 10, 183, 184, 185

## **Б**

Баттаризм 181  
Брадилалія 181, 185  
Брадилогія 181  
Будова мовленнєвого апарату: 124  
• центральний 124  
• перефричний (дихальний, голосовий,

## **В**

Витіснення 16  
Включення 16, 17

## **Г**

Гіперкомпенсація 16  
Глухота 10, 84, 105  
Глухонімота 84, 105, 106, 108

## **Д**

Дактологія 107  
Дебільність 12, 56, 60

Дефектологія 5, 9, 10, 11  
Дефект розвитку 10, 38, 39  
Дизонтогенез 21, 35, 37, 38, 40, 42, 46, 49  
Дисграфія 184, 185  
Дислалія 10, 181, 185  
Дислексія 184, 185  
Дисфонія (афонія) 185, 180  
Дитячий церебральний параліч 63, 263, 265, 267

### **З**

Загальне недорозвинення мовлення 185, 202  
Заїкання 26, 30, 181, 185, 186  
Заміщення 9, 15, 17  
Заперечення 16  
Захисні психологічні механізми особистості 16  
Затримка психічного розвитку 37, 42, 62, 66

- психічний та психофізичний інфантилізм 63
- астеничні та церебрастенічні стани 63, 64, 65

Зір 44, 80, 92, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 105  
Зоровий аналізатор 95  
Зорові порушення 94

### **І**

Ідентифікація 17  
Ідіотія 12, 56  
Ізоляція 16, 17  
Імбецильність 12, 57

### **К**

Клініко-педагогічні класифікація: 180

• порушення мовлення 113, 180

Логопсихологія 38

### **М**

Методи логопедії 120

- наочні методи 120
- словесні методи 120
- практичні методи 120
- репродуктивні методи 120
- продуктивні методи 120

Мікрофтальм 97

Мова 66, 78, 111

Мовлення 82, 111

- зовнішнє (діалогічне, монологічне)
- внутрішнє 113, 114

### **Н**

Недоліки розвитку мовлення 115

### **О**

Олігофренія 53, 54

Олігофренопедагогіка 5, 11

Олігофренопсихологія 38

### **П**

Пізнооглохші 84

ПМПК 29, 33, 34

Причини мовленнєвих порушень 121

Психолого-педагогічна класифікація 186

Порушення мовлення 115, 180

Порушення опорно-рухового апарату 262

Проекція 17

Рефракція 96

- емметропічна 96
- міопічна 96
- гіперметропічна 96

Ринолалія 182, 185

Розумова відсталість 42, 51

## С

Слабозорість 10, 94, 95

Слабочуючі діти 85

Сліпоглухонімота 105, 106, 108

Сліпота 10, 11, 12

Слух 10, 11, 21, 22, 23, 37, 34, 78, 91

Слуховий аналізатор 79

Спеціальна психологія 38

Сурдопедагогіка 10

Сурдопсихологія 38

Сурдотифлопедагогіка 104

Сурдотифлопсихологія 38

## Т

Тахилалія 181, 185

Тифлопедагогіка 11

Тифлопсихологія 38

Туговухість 83, 85

## Ф

Фонетико-фонематичне недорозвинення 185, 196

Фонетичне недорозвинення 197

Фонематичний слух 194, 195

Фонематичний слух 195, 196

Анохін П.К. 15

Аспергер Х. 233

Бельтюкова В. 187

Белякова Л. 226

Біне А. 9

Бобер Б.О. 7

Борякова Н. 232

Брайль Л. 102

Бріджмен Л. 108

Виготський Л.С. 6, 7, 15, 35, 38, 42, 44, 6'

236

Вінарська О. 209, 276

Візель Т. 211

Воробйова В. 211, 213

Воронова А. 226

Гаюї В. 108

Гальперін П.Я. 102

Гаркуша Ю. 226

Гвоздев О. 187

Граборов О.М. 6

Грибова О. 209, 211

Гріншпун Б. 180, 211, 213, 235, 250

Гуровець Г. 211

Гуслистый П.Г. 6

Дульнєв Г.В. 67

Ельконін Д. 190

Єфіменкова Л. 209, 211, 213, 250

Жаренкова Г. 202, 203, 204, 213

Жильцова О.Л. 100

Жинкін М. 111, 114

Келлер Є. 108  
Кобилякова Г. 226, 227  
Корнеєв Н. 109  
Корнев О. 202, 204, 205  
Коржевіна В. 226  
Коробко С.Л. 106  
Костюк Г. 100  
Костючек Н. 146  
Котельников М.Н. 6  
Крилова Є. 236  
Крилова Н.А. 228, 235  
Кузнецова Г. 231  
Крюнгель М. 9  
Лалева Р. 202, 225  
Лебединська К. 233  
Лебединський В.В. 45  
Левина Р.Є. 9, 110, 116, 202, 203, 204, 209, 211, 212, 213,  
226, 235, 250  
Леонідова Н. 228  
Леонтъев О. 111, 210  
Лепська Н. 189  
Лерненр Ю. 109  
Липа В.О. 13  
Лубовський В. 7, 211, 232  
Лурія О.Р. 15, 204, 209  
Любченко В.П. 6  
Ляпідевський С. 180  
Мальцева О. 232  
Маркова А. 210, 211  
Марченко І. 226, 227, 232

Орфінська В.К. 202, 213  
Павлов І. 210  
Певзнер М.С. 45  
Попова К.Н. 7  
Правдіна О. 180, 276  
Преображенський Б.С. 86  
Рау Ф. 180  
Розенгард-Пупко Г. 187  
Россолімо Г.І. 9  
Рубінштейн С. 210  
Семаго Н.Я. 71  
Семенович А. 209  
Семикова В.В. 13  
Сеченов І. 121  
Симерницька Е.Г. 46  
Синьов В.М. 67  
Сироткін С. 109  
Скороходова О.І. 108  
Слепович О. 232  
Смалюга О.Н. 6  
Соботович Є. 202, 204, 209, 213, 225, 228,  
Соколянський І.П. 106, 109  
Соколянський І.А. 108  
Соловійова К.Н. 209  
Співакова Л. 206  
Стадненко Н.М. 67  
Суворов О. 109  
Сулліван А. 108  
Сухарева Г.С. 45  
Тарасевич В.А. 7

Хохліна О.П. 13  
Цейтлін С. 191  
Філічева Т. 202, 204, 211, 213, 226, 228, 241, 250  
Чередніченко Н. 227  
Чиркіна Г. 202, 209, 213, 226, 241  
Шапиро С.Л. 99  
Шахнарович А. 189  
Шаховська С. 209  
Швачкіна Н. 189  
Шипіцина Л.М. 275, 276  
Штерн В. 15  
Шульженко Д. 233  
Юртайкін В. 209, 211  
Ярмаченко М.Д. 15  
Яхонтова С.В. 99

267 с.

2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа  
бральным параличом (доречевого период). / Е.Ф.  
: Просвещение, 1989. – 234 с.

3. Аутизм. Методы лечения тяжелого пси  
нения // Азбука здоровья. – 2002. №5. – С. 23 –

4. Бадалян Л.О. Детские церебральные  
Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. – К. :  
327 с.

5. Большой толковый психологический  
уклад. Ребер А. : в 2 т. ]. – М., 2000.

6. Боскис Р.М. Аномальные дети / Р.М. Б  
гия аномального развития ребенка: хрестомат  
Высш. шк.; изд-во МГУ, 2002. – С. 437 – 464.

7. Боскис Р.М. Основы компенсации деф  
ных детей / Р.М. Боскис, Р.Е. Левина // Психол  
развития ребенка: Хрестоматия. – Т. 1. – М. : Е  
МГУ, 2002. – С. 465 – 487.

8. Боскис Р.М. Учителю о детях с нару  
Р.М. Боскис. – М., 1987.

9. Бурлакова М. К. Коррекционно-педаг  
при афазии / М.К. Бурлакова. – М. : Просвеще

10. Бурлакова М.К. Речь и афазия / М.К.  
Медицина, 1997.

11. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика .  
Здоровье, 1989. 89 с.

12. Вансовская Л.И. Устранение нару  
врожденных расщелинах неба / Л.И. Ванс  
Гиппократ, 2000. – 132 с.

13. Ванье Ж. Бути людиною. / Ж. Ванье. -

школьном возрасте: Хрестоматия по психологии / Выготский Л.С. – М. : Просвещение, 1987. – 381 с.

17. Выготский Л.С. Проблемы развития психики – 31. Л.С. Выготский // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия. – Т. 1. – М. : ЧеРо: Высш. шк.; Изд-во МГУ, 2002. – С. 10 – 22.

18. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С. 7

19. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С. 181 – 182.

20. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 3: проблемы развития психики. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С.31.

21. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 3: проблемы развития психики. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С.36.

22. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. основы дефектологии / Л.С. Выготский. [Под ред. Т.А. Власовой]. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – 368 с.

23. Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. Проблемы развития психики / Л.С.Выготский. [Под ред. А.М. Матюшкина]. – М Педагогика, 1983. – Т.3. – 368 с.

24. Возрастная и педагогическая психология: хрестоматия – М. : Академия, 2001. – 368 с.

25. Волкова Л.С. Выявление и коррекция нарушений зрения у слепых и слабовидящих детей. / Л.С. Волкова. – Л., 1982.

26. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.

27. Воронкова В.В. Воспитание и обучение детей с откл

Григоренко, М.Л. Синява // Дефектология. – 2(

31. Гриншпун В.М. Классификация и логопедия / В.М. Гриншпун; под ред. Л.С Шаховской // – М., 1998. – С. 55 – 70.

32. Грэндин Т. Отворяя двери надежды. М. Скарариано

33. Детский аутизм. Хрестоматия: учеб. высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведе

34. Детские церебральные параличи. Основы реабилитационной диагностики / В.А.

35. Дефектологический словарь [Уклад. М. : „Педагогика”, 1970. – 503 с.

36. Дубиніна Є.А. Методики до – та і логопедичного навчання дітей із вродженим

37. Дульнев Г.М. Учебно-воспитательной вспомогательной школе / Г.М. Дульнев. – М 1981. – 176 с.

38. Дьяченко М. И. Краткий психологии М.И. Дьяченко. – Мн., 1998.

39. Жук Т.В. Перелік документації логопедів / Н.А. Соколенко // Дефектологія. – 1996. №1. – (

40. Захаров А. И. Своеобразие психичес

- подростков / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2003. – 391 с.
44. Карвасарская И. Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. / И. Б. Карвасарская. – М., 2003.
45. Катпаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика. А.А. Катпаева, Е. Л. Стребелева. – М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2001. – 208 с.
46. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В.В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985.
47. Кольцова М.М. Медлительные дети / М.М. Кольцова. – СПб. : Речь, 2003. – 94 с.
48. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушение и патологии психики / Р. Комер. – СПб., 2002.
49. Конопляста С.Ю. Вроджені щілини піднебіння та їхній вплив на психофізичний розвиток дитини / С.Ю. Конопляста // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім М.П. Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – 193 с.
50. Коробейников И.А. Психологическая диагностика психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста / И.А. Коробейников, Л.Н. Поперечная // Журн. невропатол. психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1981. – №3. – С. 370 – 374.
51. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб Питер, 2002. – 992 с.
52. Кузнецова Л.В. Основы специальной психологии / Л.В. Кузнецова. – М. : Издат. центр: "Академия", 2002. – 480 с.
53. Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедева. – СПб. : Речь, 2003.
54. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М., 1991.
55. Лебединский В.В. Классификация психического д
57. Лебединський В.В. Розлади психіки дітей // Спеціальна психологія. Тексти. – Ч. 1. – Подільський, 1999. – С. 18 – 29.
58. Липа В.Л. Психологические основы коррекции / В.Л. Липа. – Славянск, 2001. – 232 с.
59. Литвак А.Г. Тифлопсихология. / А.Г. Литвак. – СПб., 1985.
60. Личко А.Е. Акцентуации характера и типы личности с отклонениями психического развития. – СПб. : Питер, 2001. – 333 с.
61. Логопедія / [В.В. Тарасун, С.Ю. Кондратенко та ін.]; за ред. М.К. Шеремет. – Київ: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.
62. Лопатина Л.В. Преодоление речевых нарушений у детей с синдромом Корнблума-Лейнера (Коррекция стертой дизартрии) / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб., 2001. – С. 9 – 19, 109 – 117.
63. Лубовський В.І. Психологічні проблеми аномального розвитку дитини / В.І. Лубовський // Журн. невропатол. психологія. Тексти. – Ч. І. – Кам'янець-Подільський, 1999. – С. 18 – 29.
64. Лубовский В.И. Психология аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М., 1991.
65. Лубовский В. И. Специальная психология / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева. – М., 2005. – 464 с.
66. Лурия А.Р. Мозг и психические процессы / А.Р. Лурия. – М., 1970.
67. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых

- в структурі аномального розвитку / Е.М. Мастюкова. // Дефектологія. – 1987. – №3. – С. 3 – 9.
70. Матвеева М.П. Корекційна робота у системі освітньої діяльності дітей з вадами розумового розвитку. / М.П. Матвеева, С. Миронова. – Кам'янець-Подільський: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільського держ. ун-ту, 2005. – 164 с.
71. Матвеево М.П. Спеціальна психологія. Тексти: Ч. 1 / М.П. Матвеева, С.П. Миронова. – Кам'янець-Подільський: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільського держ. ун-ту, 1999. – 158 с.
72. Матвеево М.П. Спеціальна психологія. Тексти: ч. 2 / М.П. Матвеева, С.П. Миронова. – Кам'янець-Подільський: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільського держ. ун-ту, 2001. – 142 с.
73. Миккин Х. Цели, процессы и методы видеотренинга руководителей / Х. Миккин // Человек, общение и живая среда. – Таллин, 1986.
74. Навчання і виховання учнів 1-го класу. Метод посидиagnostической и коррекционной работы и для вчителів / Уклад. О.Я. Савченко. К. : Почат. шк., 2002.
75. Назарович В. Схеми психолого-педагогічних характеристик / В. Назарович, С. Тарасюк. – Рівне : Принт Парезидуальной стадией церебрального паралича 2003. – 56 с.
76. Никифоров Г.С. Психология здоров'я. / Г.С. Никифоров. – СПб. : Питер, 2002.
77. Никольская О.С. Аутистичний ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М., 1997.
78. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская – СПб. : Речь, 2000.
79. Обухівська А.Г. Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню / А.Г. Обухівська // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. – Вип 1. – С. 56 – 59.
82. Пінчук Ю.В. Основи методики виховання звуку при дислалії / Ю.В.Пінчук
83. Питерс Т. Аутизм: от теоретического до педагогического воздействия: книга для педагогов / Питерс Т.; [пер. с англ. М.М. Щербаковой]; пер. М.М. Щербаковой. – М., 2002.
84. Програма виховання та навчання дітей дошкільного віку. – К. : ТОВ "ЛДЛ", 2000
85. Радченко М.І. Особистісні риси батьків та педагогічної психології: збірн. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К. – 2002. – Т. 4, кн. 1.
86. Романчук О. Дорога любові / О. Романчук. – К., 2000.
87. Семаго Н.Я. Проблемные вопросы коррекционной работы / Семаго, М.М. Семаго – М. : АРКТИ, 2000. – 207 с.
88. Семенова К.А. Восстановление личности ребенка с церебральным параличом / К.А. Семенова. – М. : Просвещение, 1968. – 258 с.
89. Семенова К.А. Детские церебральные параличи / К.А. Семенова. – М. : Просвещение, 1968. – 258 с.
90. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте / А.В. Семенович. – М., 2002.
91. Сергеева І.В. Логопедична допомога дітям з вадами мовлення / І.В. Сергеева // Педагогіка та методи навчання дітей з вадами мовлення: наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2001. – Вип 1. – С. 56 – 59.
92. Синьов В.М. Основи дефектології. – К., 2000.



дос, 1989. – 680 с.

5. Логопедія / [В. В.Тарасун, С. Ю. Конопляста, В. О. Кондратенко та ін.]; за ред. М. К. Шеремет. – [ 2-е вид.]. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.

6. Матвеева М. П. Корекційна робота у системі освіти дітей з вадами розумового розвитку./ М. П. Матвеева, С. П. Миронова. – Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2005. – 164 с.

7. Матвеевої М. П. Спеціальна психологія. Тексти: ч. 1 / М. П. Матвеева, С. П. Миронова. – Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 1999. – 158 с.

8. Матвеевої М. П. Спеціальна психологія. Тексти: ч. 2 / М. П. Матвеева, С. П. Миронова. – Кам'янець-Поділ.: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2001. – 142 с.

9. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги: [навчальний посібник] / К. О. Островська. – Л.: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 110 с.

10. Синьов В.М. Основи дефектології. / В.М. Синьов, Г.М.Коберник. – К.: Вища школа, 1994. с. 28-39.

11. Сорокин В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин – СПб.: Речь, 2004. – 216 с.

12. Спеціальна педагогіка: понятійно-термінологічний словник / [Ред-упоряд. В. І. Бондарь]. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 436 с.

13. Стадненко Н. М. Нариси з олігофренопсихології / Н. М. Стадненко, М. П. Матвеева, А. Г. Обухівська – Кам'янець-Подільський: Інформ.-вид. відділ Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту, 2002. – 200 с.

14. Тарасун В. В. Концепція державного стандарту освіти учнів з порушенням мовленнєвого розвитку / В.В.Тарасун

нарская. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1959. – 214 с.

## ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Абизов Р. А. Онкоотоларингологія: л

лікарів-інтернатів і курсантів вищ. мед. шк. / Р.А. Абизов. – К.: Книжковий ринок, 2007. – 167 с.

2. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа

при общем параличом (доречевого периода). / Е. Ф. Архипова. – М.: Просвещение, 1989. – 234 с.

3. Аутизм. Методы лечения тяжелого пси

хического расстройства // Азбука здоровья. – 2002. №5. – С. 23 – 27.

4. Бадалян Л. О. Детские церебраль

ные параличи / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – М.: Медицина, 1988. – 327 с.

5. Большой толковый психологический словарь / под редакцией А.А. Ребер. – М., 2000.

6. Боскис Р. М. Основы компенсации дефектов психического развития ребенка: хрестоматия. – Т. 1. – М.: МГУ, 2002. – С. 465 – 487.

7. Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями психического развития / Р. М. Боскис, Р. Е. Левина // Психология в школе, 1987.

8. Бурлакова М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии / М. К. Бурлакова. – М.: Просвещение, 1997.

9. Бурлакова М. К. Речь и афазия / М. К. Бурлакова. – М.: Медицина, 1997.

10. Вансовская Л. И. Устранение нарушений речи у детей, рожденных в расщелинах неба / Л.И. Вансовская. – М.: Гиппократ, 2000. – 132 с.

- школьном возрасте: хрестоматия по психологии / Выготский Л. С. – М. : Просвещение, 1987. – 381 с.
15. Выготский Л.С. Проблемы развития психики / Л.С. Выготский // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия. – Т. 1. – М. : Черо: Высш. шк.; Изд-во МГУ, 2002. С. 10 – 22.
16. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С. 71 – 182.
17. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. – Т. 5: основы дефектологии. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С. 181 – 182.
18. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 3: проблемы развития психики. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С.31.
19. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – Т. 3: проблемы развития психики. / Л.С. Выготский – М. : Педагогика, 1983. – С.36.
20. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. основы дефектологии / Л. С.Выготский [Под ред. Т.А. Власовой]. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 5. – 368 с.
21. Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. проблемы развития психики / Л.С. Выготский [Под ред. А.М. Матюшкина]. – М. Педагогика, 1983. – Т.3. – 368 с.
22. Возрастная и педагогическая психология: хрестоматия – М. : Академия, 2001. – 368 с.
23. Волкова Л. С. Выявление и коррекция нарушений речи у слепых и слабовидящих детей. / Л. С.Волкова. – Л., 1982.
24. Волкова Л. С. Логопедия / Л. С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.
25. Воронкова В. В. Воспитание и обучение детей с отклонениями органической дислалии и способы ее к
- Григоренко, М. Л.Синява // Дефектология. – 2001. №1.
29. Гриншпун В. М. Классификация Логопедия / В. М. Гриншпун; под ред. Л. С. Шаховской // – М., 1998. – С. 55 – 70.
30. Грэндин Т. Отворяя двери надежды. Мелания аутизма / Т. Грэндин, М.Скарианс [и Л. Холмогоровой]. – М., 1999.
31. Детский аутизм. Хрестоматия: учеб. для высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений [М. Шипицына]. – СПб., 2001.
32. Детские церебральные параличи. Основы реабилитационной диагностики / В. А. Кривошапко, С. К. Ткаченко и др. – Л. : Медицина, 1981. – 342 с.
33. Дефектологический словарь [Уклад. М. : „Педагогика”, 1970. – 503 с.
34. Дубиніна Є. А. Методики до – та і логопедичного навчання дітей із вродженим недбіння / Є. А. Дубиніна // Дефектологія. – 1996. №1. – С. 10 – 22.
35. Дульнев Г. М. Учебно-воспитательная работа в вспомогательной школе / Г. М. Дульнев. – М. : Педагогика, 1981. – 176 с.
36. Дьяченко М. И. Краткий психологический словарь / М. И. Дьяченко. – Мн., 1998.
37. Жук Т. В. Перелік документації логопедів / Т. В. Жук // Дефектологія. – 1996. №1. – С. 10 – 22.
38. Захаров А. И. Своеобразие психического развития детей с отклонениями органической дислалии и способы ее к
- Григоренко, М. Л.Синява // Дефектология. – 2001. №1.

- параличем в семье. / М. В. Ипполитова – М. : Просвещение, 1980. – 53 с.
41. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей подростков / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.
42. Карвасарская И. Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. / И. Б. Карвасарская. – Москва, 2003.
43. Катпаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. Катпаева, Е. Л. Стребелева. – М. : Гуманит. изд. цен "ВЛАДОС", 2001. – 208 с.
44. Ковальцов В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковальцов. – М. : Медицина, 1985.
45. Кольцова М. М. Медлительные дети / М. М. Кольцова. – СПб. : Речь, 2003. – 94 с.
46. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушение и патологии психики / Р. Комер. – СПб., 2002.
47. Конопляста С. Ю. Вроджені щілини піднебіння та їхній вплив на психофізичний розвиток дитини / С. Ю. Конопляста // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім М. П. Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – 193 с.
48. Коробейников И. А. Психологическая диагностика психического недоразвития у детей старшего дошкольного возраста / И. А. Коробейников, Л. Н. Поперечная // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 1981. – №3. – С. 373-374.
49. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб Питер, 2002. – 992 с.
50. Кузнецова Л. В. Основы специальной психологии / Л. В. Кузнецова. – М. : Издат. центр: "Академия", 2002. – 480 с.
51. Лебедева Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, М., 1970.
54. Лебединский В. В. Общие закономерности дизонтогенеза / В. В. Лебединский // Психология отклонениями и нарушениями психического развития / В. В. Лебединский // Питер, 2001. – С. 129 – 149.
55. Лебединский В. В. Розлади психічного розвитку дітей // Спеціальна психологія. Тексти. – Ч. 1. – Подільський, 1999. – С. 18 – 29.
56. Липа В. Л. Психологические основы коррекции / В. Л. Липа. – Славянск, 2001. – 232 с.
57. Литвак А. Г. Тифлопсихология. / А. Г. Литвак. – М., 1985.
58. Личко А. Е. Акцентуации характера и психопатии / А. Е. Личко // Психология детей с отклонениями психического развития. – СПб. : Питер, 2002. – 333 с.
59. Лопатина Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (Коррекция стерттой дизартрии) / Л. В. Лопатина // В. В. Сербрякова. – СПб., 2001. – С. 9 – 19, 109 с.
60. Лубовский В. И. Психологические проблемы аномального развития дитини / В. И. Лубовский // Психологія. Тексти. – Ч. I. – Кам'янець-Подільський, 2003. – С. 4 – 17.
61. Лубовский В. И. Психологические проблемы аномального развития детей / В. И. Лубовский. – СПб., 1989. – 104 с.
62. Лубовский В. И. Специальная психология / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева. – М., 2005. – 464 с.
63. Лурия А. Р. Мозг и психические процессы / А. Р. Лурия. – М., 1970.

- в структуре аномального развития / Е. М. Мастюкова. // Дефектология. – 1987. – №3. – С. 3 – 9.
67. Миккин Х. Цели, процессы и методы видеотренингов руководителей / Х. Миккин // Человек, общение и живая среда / Таллин, 1986.
68. Навчання і виховання учнів 1-го класу. Метод посвідчення для вчителів / уклад. О. Я. Савченко. К. : Почат. шк., 2002.
69. Назарович В. Схеми психолого-педагогічних характеристик / В. Назарович, С. Тарасюк. – Рівне: Принт Пауз, 2003. – 56 с.
70. Никифоров Г. С. Психология здоров'я. / Г. С. Никифоров. – СПб. : Питер, 2002.
71. Никольская О. С. Аутистичний ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг – М., 1997.
72. Никольская И. М. Психологическая защита у детей / И. М. Никольская, Р. М. Грановская – СПб. : Речь, 2000.
73. Обухівська А. Г. Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню / А. Г. Обухівська // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – 2001. – вип 1. – С. 56 – 59.
74. Петрова В. Г. Психология умственно отсталого школьника / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Академия, 2002. – 160 с.
75. Пінчук Ю. В. Основи методики виховання правильної вимови звука при дислалії / Ю. В. Пінчук // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. праць. – К., 2000. С. 43 – 49.
76. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию: книга для педагогов-дефектологов / Питерс Т.; [пер. с англ. М. М. Щербаковой]; под науч. ред. Л. 79. Романчук О. Дорога любові / О. Романчук. – 2001.
80. Семаго Н. Я. Проблемные вопросы диагностики и коррекционной работы психически больных / Семаго, М. М. Семаго – М. : АРКТИ, 2000. – 20 с.
81. Семенова К. А. Восстановление левополушарных функций резидуальной стадией церебрального паралича / К. А. Семенова. – М. : Просвещение, 1968. – 258 с.
82. Семенова К. А. Детские церебральные параличи / К. А. Семенова. – М. : Просвещение, 1968. – 258 с.
83. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте / А. В. Семенович. – М. : Просвещение, 2002.
84. Сергеева И. В. Логопедична допомога дітям з порушеннями мовлення / І. В. Сергеева // Педагогіка та методи спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – вип 1. – С. 56 – 59.
85. Смирнова Е. О. Межличностные отношения в семье: Диагностика, проблемы, коррекция / Е. О. Смирнова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 160 с.
86. Справочник по психологии и психологии подросткового возраста [Под ред. С. Ю. Цицина]. – СПб. : Издательство «Питер», 2000.
87. Филичева Т. Б. Логопедическая работа в детском саду. / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 160 с.
88. Хохліна О. П. Підготовка розумово відсталих дітей до навчання в школі / О. П. Хохліна // Підготовка дітей з особливими потребами до навчання в школі: зб. наук. праць. – К., 2005. – С. 163 – 184.
89. Хохліна О. П. Розумово відстала дитина в школі: навчання і виховання / О. П. Хохліна. – К., 2005. – 160 с.

**Навчальне видання**

*Наталія Каут*

# **ОСНОВИ ДЕФЕКТОЛО ТА ЛОГОПЕДІЇ**

**Тексти лекцій**

**для студентів спеціальності «Дошкільня:  
«Психологія», «Практична психоло  
«Соціальна педагогіка»**

*Редакційно-видавничий відділ*

*Дрогобицького державного педагогі*

*університету імені Івана Фран*

**Головний редактор**

*Ірина Невмержицька*

**Редактор**

*Тетяна Івлева*

**Технічний редактор**

*Роман Дмитришин*

**Коректор**

*Мар'яна Терес*

92. Шеремет М. К. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови / М. К. Шеремет // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 1.

93. Шеремет М. К. Сучасні комп'ютерні технології в логопедичній роботі / М. К. Шеремет, Г. Загорська // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 1. – С. 183 – 192.

94. Шеремет М. К. Прогнатія, її причини та вплив на вимову / М. К. Шеремет, В. О. Кондратенко // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 87 – 93.

95. Шеремет М. К. Формування усного зв'язного висловлювання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення / М. К. Шеремет, І. В. Сергєєва // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100 – 106.

96. Шипицина Л. М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. /Л. М. Шипицина, А. А. Хилько, Ю. С. Галлямова и др. – СПб. : Речь, 2003. – 240 с.

97. Шипицина Л. М. "Необучаемый" ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицина. – СПб. : Речь, 2005. – 477 с.

98. Юрьев В. В. Рост и развитие ребенка / В. В. Юрьев, А. С. Симаходский, Н. Н. Воронович, М. М. Хомич. – СПб.: Питер, 2003. – 272 с.

99. Ярмаченко Н. Д. Проблема компенсации глухоты. / Н. Д. Ярмаченко. – К., 1976. С. 148-164.

Здано до набору 17. 02. 2011 р. Підписано до дру

Формат 60x90/16 Папір офсетний Гарнітура Т

