

Міністерство освіти і науки України
Мукачівський державний університет
Кафедра дошкільної та спеціальної освіти



ВСТУП ДО СПЕЦІАЛЬНОСТІ

опорний конспект лекцій
у схемах і таблицях
Ч. III.

для здобувачів
спеціальності 016 Спеціальна освіта

Мукачево
2022

УДК 378.016(042.3)(083)(075.8)

*Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри
дошкільної та спеціальної освіти
протокол №3 від 26 вересня 2022 року*

*Розглянуто та рекомендовано до друку науково-методичною радою
Мукачівського державного університету
протокол №2 від 20 жовтня 2022 року*

Укладач:

Чекан О.І., к.пед.н., доцент кафедри дошкільної та спеціальної освіти МДУ.

О-60

Вступ до спеціальності: опорний конспект лекцій у схемах і таблицях з дисципліни «Вступ до спеціальності» для здобувачів спеціальності 016 Спеціальна освіта Ч.П. / укладач О.І. Чекан. Мукачево : МДУ, 2022. - 55 с. (др.арк.1,9).

Третя частина опорного конспекту лекцій у схемах і таблицях з дисципліни «Вступ до спеціальності». У виданні представлено плани лекційних занять, опорні конспекти лекцій у схемах і таблицях, систему контрольних питань для опрацювання лекційного матеріалу й підготовки до практичних занять, завдання для самостійної роботи та список рекомендованої літератури.

Дане навчально-методичне видання адресовано викладачам, здобувачам спеціальності 016 Спеціальна освіта закладів вищої освіти, різним категоріям педагогічних працівників.

© МДУ, 2022

Зміст

Вступ	4
Програма навчальної дисципліни	6
Тема 10. Особливості логопедичної допомоги дітям із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення	7
Тема 11. Специфіка логопедичної роботи з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення та заїканням	19
Тема 12. Логопедична допомога дітям з сенсорними порушеннями	24
Тема 13. Логопедична допомога дітям із порушеннями інтелектуального розвитку	33
Тема 14. Особливості логопедичної допомоги дітям із порушеннями опорно-рухового апарату та комплексними вадами розвитку	42
Тема 15. Комплексна логопсихологічна допомога дітям з аутизмом	49
Рекомендована література	56

Передмова

Програма вивчення навчальної дисципліни «Вступ до спеціальності» для здобувачів освіти групи СОЛ-1 складена відповідно до спеціальності 016 Спеціальна освіта.

Мета курсу — сформувати уявлення у здобувачів про науково-теоретичні основи логопедії як спеціальної педагогічної науки про навчання, розвиток і соціалізацію осіб із порушеннями мовлення; сприяти успішному оволодінню здобувачами-першокурсниками способів і прийомів логопедичної діяльності в умовах запровадження кредитно-модульної системи навчання (ECTS) та розкрити шляхи підготовки до професійної практичної діяльності вчителя-логопеда в установах системи освіти, охорони здоров'я і соціального забезпечення.

Завдання курсу:

- ознайомити майбутніх учителів-логопедів із системою спеціальної освіти в Україні, принципами її побудови;
- ознайомити зі змістом та основними формами навчання у ЗВО, видами і формами перевірки й оцінювання знань, умінь та навичок здобувачів із курсу логопедії;
- розкрити місце і роль педагогічної практики здобувачів-логопедів у їх професійній підготовці;
- дати здобувачам освіти уявлення про раціональні форми і методи самостійної роботи за обраною спеціальністю;
- розкрити предмет, об'єкт і значення логопедії як науки, її зв'язки з суміжними науками;
- познайомити здобувачів освіти із теоретичними основами логопедії, її принципами і методами;
- дати поняття про форми мовленнєвих порушень, етіологію, симптоматику, класифікацію, структуру і корекцію мовленнєвих вад;
- познайомити з організацією логопедичної допомоги в Україні, принципами і методами логопедичного впливу;
- охарактеризувати особистість логопеда й сприяти становленню та розвитку у здобувачів професійної компетентності.

Вивчення курсу «Вступу до спеціальності» сприяє адаптації першокурсників до умов навчання у ЗВО, свідомому й активному їх включенню до самостійної навчальної, наукової, громадської діяльності. Разом із тим, одержані знання і вміння з даного курсу пробуджуватимуть інтерес здобувачів освіти до педагогічної теорії, до передового логопедичного досвіду, формуватимуть установку на оволодіння професійними знаннями, необхідними для педагогічно-корекційної діяльності, а також забезпечать початкову підготовку до проходження педагогічної практики.

Здобувачі, які вивчили навчальну дисципліну, повинні

знати:

- систему педагогічної освіти в Україні;
- специфіку професійної підготовки майбутнього вчителя-логопеда в сучасних умовах;
- предмет, об'єкт, принципи, значення логопедії як навчального предмета;
- сучасні класифікації мовленнєвих порушень;
- основні етіопатогенетичні механізми мовленнєвих порушень;
- систему організації логопедичної допомоги в Україні.

уміти:

- виділяти і диференціювати характерні вияви мовленнєвих порушень;
- визначати місце конкретного мовленнєвого порушення в клініко-педагогічній і психолого-педагогічній класифікаціях;
- орієнтуватися в напрямках організації логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовлення;
- добирати відповідний навчальний матеріал із урахуванням рекомендованої літератури до теми, що вивчається.

Курс конспекту лекцій із дисципліни «Вступ до спеціальності» складається із трьох частин. У даному початково-методичному виданні укладачами подано частину III.

Третя частина конспекту лекцій містить основні теми з курсу «Вступ до спеціальності», вивчення яких надасть здобувачам освіти ґрунтовний аналіз знань стосовно особливостей логопедичної допомоги дітям із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення, специфіки логопедичної роботи з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення та заїканням, логопедичної допомоги дітям з сенсорними порушеннями та порушеннями інтелектуального розвитку, комплексної логопсихологічної допомоги дітям з аутизмом.

Прослуховування курсу забезпечить формування у здобувачів системи компетентностей, які є критеріями оцінки якості знань з курсу.

Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 3. Дитина з порушеннями мовлення як суб'єкт логопедичного впливу

Тема 10. Особливості логопедичної допомоги дітям із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення.

Логопедичний вплив та його методи. Логопедична допомога дітям із порушеннями мовлення. Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення. Логопедичне обстеження дітей із порушеннями мовлення.

Тема 11. Специфіка логопедичної роботи з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення та заїканням

Класифікація загального недорозвинення мовлення. Рівні загального недорозвинення мовлення. Логопедична робота по подоланню загального недорозвинення мовлення Логопедична допомога дітям із заїканням.

Тема 12. Логопедична допомога дітям з сенсорними порушеннями

Теоретичні підходи до дослідження мовлення. Характеристика та особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями слуху. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями зору. Специфіка логопедичної допомоги дітям із сенсорними порушеннями

Тема 13. Логопедична допомога дітям із порушеннями інтелектуального розвитку

Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із затримкою психічного розвитку. Сутність, етіологія та класифікація затримки психічного розвитку. Психолого-педагогічна характеристика дітей із ЗПР. Класифікація затримки психічного розвитку за К.С.Лебединською. Профілактичні заходи затримки у дітей. Специфіка корекційної роботи з дітьми, у яких ЗПР.

Тема 14. Особливості логопедичної допомоги дітям із порушеннями опорно-рухового апарату та комплексними вадами розвитку

Види порушення мовлення та особливості логопедичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем. Особливості психофізичного розвитку дітей із комплексними порушеннями. Види порушень мовлення та специфіка логопедичної роботи з дітьми з комплексними вадами.

Тема 15. Комплексна логопсихологічна допомога дітям з аутизмом

Дитячий аутизм: визначення, вияви, причини, форми. Особливості пізнавальної діяльності дітей із аутизмом. Нейропсихологічні моделі аутизму: регулятивної дисфункції; ослабленого центрального зв'язування; лімбічна моделі. Напрями логопсихологічної допомоги дітям із аутизмом.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3. ДИТИНА З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ ЯК СУБ'ЄКТ ЛОГОПЕДИЧНОГО ВПЛИВУ

Тема 10. Особливості логопедичної допомоги дітям із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення.

План

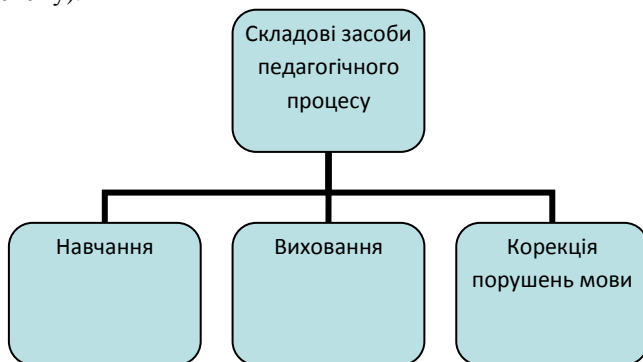
1. Логопедичний вплив та його методи.
2. Логопедична допомога дітям із порушеннями мовлення.
3. Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення.
4. Логопедичне обстеження дітей із порушеннями мовлення.

Ключові слова: логопедичний вплив, метод. практичні методи, наочні методи, словесні методи, логопедична допомога, фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення, логопедичне обстеження.

1. Логопедичний вплив та його методи

Логопедичний вплив – це педагогічний процес, який здійснюється за допомогою засобів навчання, виховання, корекції, компенсації, адаптації та профілактики мовних порушень. Логопедичний вплив може поєднуватися з медичним, медикаментозним, фізіотерапевтичним, психотерапевтичним тощо.

Розглянемо сутність складових засобів педагогічного процесу (див. опорну схему).



ОПОРНА СХЕМА

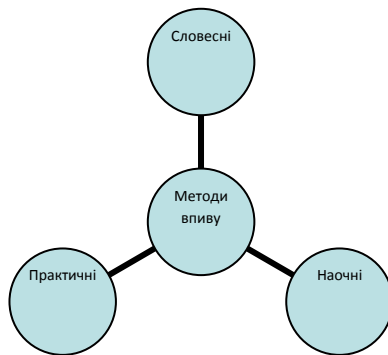
Складові засоби педагогічного процесу

Навчання – це процес засвоєння визначених знань, умінь і навичок під керівництвом вчителя (логопеда, вихователя), який включає активну пізнавальну діяльність дітей.

Виховання – процес систематичного та цілеспрямованого впливу на духовний і фізичний розвиток особистості відповідно до суспільних потребам.

Корекція порушень мови – це виправлення недоліків мови.

Логопедія використовує різносторонні методи впливу: словесні (інструкція, розповідь, бесіда, повідомлення, опис тощо); наочні (спостереження й обстеження предметів і явищ, навколишнього світу за допомогою аналізаторів) та практичні (різні способи організації дитячої діяльності) (див. опорну схему).

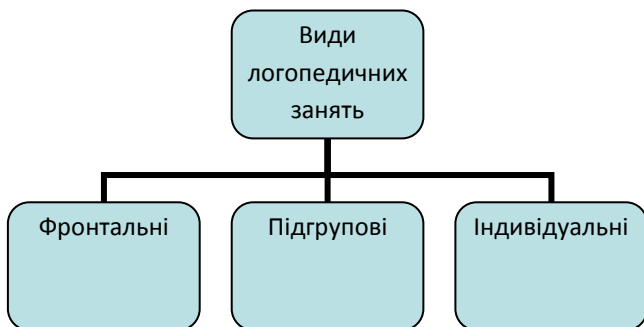


ОПОРНА СХЕМА Методи впливу

Логопедичні заняття (уроки) розрізняють за певними видами (див. опорну схему):

- *фронтальні (групові)* – всі діти виконують одну і ту ж роботу;
- *підгрупові* – диференційовані завдання для підгрупи дітей, створеної за схожою структурою дефекту;
- *індивідуальні* – проводяться логопедом або вихователем з однією дитиною.

На основі логопедичного обстеження на початку кожного навчального року розробляються індивідуалізовані мікропрограми проведення занять.



ОПОРНА СХЕМА
Види логопедичних занять

За дидактичною класифікацією всі типи логопедичних занять (уроків) діляться на (див. опорну схему):

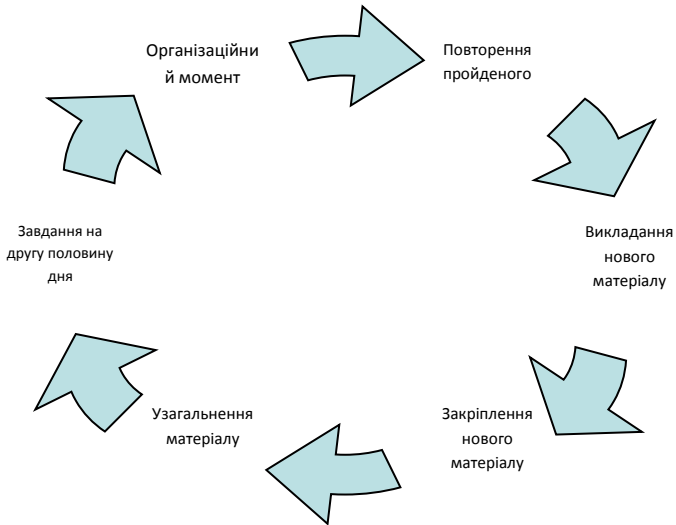
- заняття (урок) з метою оволодіння новими знаннями;
- заняття (урок) з метою поглиблення формування практичних умінь і навичок (багаторазове повторення):
- заняття (урок) з метою узагальнення знань, умінь і навичок (в кінці тем, розділів);
- заняття (урок) з метою повторення;
- заняття (урок) комбінований, на якому розв’язується декілька дидактичних і корекційних завдань (використовується найчастіше).

Види логопедичних занять
<i>заняття (урок) з метою оволодіння новими знаннями;</i>
<i>заняття (урок) з метою поглиблення формування практичних умінь і навичок (багаторазове повторення):</i>
<i>заняття (урок) з метою узагальнення знань, умінь і навичок (в кінці тем, розділів);</i>
<i>заняття (урок) з метою повторення;</i>
<i>заняття (урок) комбінований, на якому розв’язується декілька дидактичних і корекційних завдань (використовується найчастіше).</i>

ОПОРНА СХЕМА
Види логопедичних занять за дидактичною класифікацією

Логопедичне заняття традиційно має таку *структуру*: організаційний момент, повторення пройденого, викладання нового матеріалу, закріплення нового, узагальнення вивченого матеріалу, завдання на другу половину дня (див. опорну схему).

Структура логопедичного заняття



ОПОРНА СХЕМА

Структура логопедичного заняття

2. Логопедична допомога дітям із порушеннями мовлення

Логопедична допомога дітям і дорослим здійснюється системами освіти, охорони здоров'я та соціального забезпечення (див. опорну схему).

<i>В системі освіти</i>	<i>В системі охорони здоров'я</i>
<ul style="list-style-type: none"> – спеціальні ясла-садки; – заклади дошкільної освіти; – дошкільні дитячі будинки; – дошкільні групи при спеціальних і загальноосвітніх школах; – спеціальні групи в закладах дошкільної освіти загального типу; – школи для дітей з важким порушенням мови; – логопедичні пункти при загальноосвітніх школах. 	<ul style="list-style-type: none"> – логопедичні кабінети дитячих поліклінік; – спеціалізовані ясла для дітей з порушеннями мови; – спеціалізовані будинки дитини; – в дитячих психоневрологічних лікарнях і санаторіях; – напівстаціонарних і літніх таборах-санаторіях.

ОПОРНА СХЕМА

Логопедична допомога в системах освіти та здоров'я

В спеціальні дитячі заклади приймаються діти з порушенням мови з трьохрічного віку при первинно збереженому інтелекті та нормальному слухові.

В школах з важкими порушеннями мови (школи 5 виду) можуть бути 2 відділення (див. опорну схему):

Перше відділення	Друге відділення
для дітей з важкими порушеннями мови (ЗНМ, аламія, афазія, дизартрія, риноламія, заїкання з ЗНМ);	для дітей, що заїкаються (діти з важкою формою заїкання при нормальному розвитку мови).

ОПОРНА СХЕМА Відділення шкіл 5 виду

В умовах медичних закладів діти отримують комплексну *медико-психолого-педагогічну допомогу*: корекційно-виховну роботу вихователя, логопеда, психолога; медичний вплив (медикаментозне лікування, фізіотерапію, рефлексотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, раціональне харчування).

Основними напрямками роботи логопеда поліклініки є (див. опорну схему):

диспансеризація дітей, які знаходяться в дитячих дошкільних закладах;
первинний прийом дітей, які не відвідують дитячі заклади дошкільної освіти;
участь у комплектуванні логопедичних закладів системи охорони здоров'я й освіти;
педагогічна робота по виправленню дефектів мови; проведення логопедичної, санітарно-просвітницької роботи.

ОПОРНА СХЕМА Напрямки роботи логопеда поліклініки

3. Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення

Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (далі ФФНМ) (поняття, введене Р. Левіною), «поєднує порушення звуковимови, складової структури слова, просодичних компонентів, фонематичних процесів. Це порушення процесів формування вимовляльної системи рідної мови у дітей із різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприймання і вимовляння фонем» (див. опорну схему).

При ФФНМ у дітей спостерігаються такі стани:

1. Недостатнє розрізнення та труднощі в аналізі тільки порушених у вимові звуків, проте решта звукового складу слова та складова структура аналізується правильно. Це легка ступінь ФФНМ – фонетичні порушення, що поєднують порушення звуковимови, складової структури слова, просодичних компонентів, інтонації.
2. Недостатнє розрізнення великої кількості звуків із кількох груп. Спостерігаються такі недоліки звуковимови:
 - заміна звуків більш простими за артикуляцією ([с]-[ш] заміна на [ф]);
 - наявність дифузної артикуляції звуків, яка замінює цілу групу звуків;
 - нестабільне використання звуків у різних формах вимови;
 - викривлена вимова одного або кількох звуків фонетичних груп при достатньо сформованій артикуляції в усній вимові. В цьому випадку звуковий аналіз порушений більш грубо.
3. При глибокому фонематичному недорозвитку дитина не чує звуків у слові, не розрізняє відношення між звуковими елементами, не може виділити їх зі складу слова та визначати послідовність. Низький рівень фонематичного сприймання виражається в нечіткому слуховому розрізненні фонем у власній та чужій вимовах (у першу чергу глухих-дзвінких, свистячих-шиплячих, твердих-м'яких); невідповідності до елементарних форм звукового аналізу та синтезу; труднощах здійснювати аналіз звукового складу слова.

ОПОРНА СХЕМА
Стани дітей при ФФНМ

Основними напрямками логопедичної корекції таких порушень є: формування правильної звуковимови голосних і приголосних звуків та їх м'яких пар; розвиток фонематичних процесів (фонематичного слуху, сприймання, аналізу, синтезу); підготовка до навчання грамоти (див. опорну схему).



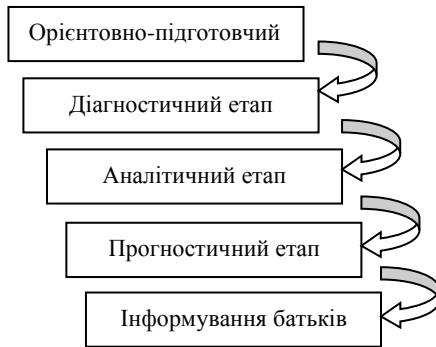
ОПОРНА СХЕМА

Основні напрямки логопедичної корекції порушень

4. Логопедичне обстеження дітей з порушеннями мовлення

Ефективність логопедичної роботи багато в чому залежить від того, наскільки правильно і грамотно була проведена діагностика мовленнєвого недорозвинення. В процесі обстеження здійснюються такі види діяльності: вивчення медичної і педагогічної документації; вивчення робіт дитини; бесіда з батьками.

Процес логопедичного обстеження проходить кілька етапів (див. опорну схему).



ОПОРНА СХЕМА Етапи логопедичного обстеження

1. **Орієнтовно-підготовчий етап** – період, на якому проводиться збір анамнестичних даних, з’ясовуються запити батьків, виявляються попередні дані про індивідуально-типологічні особливості дитини (без присутності батьків).

Перший крок обстеження – знайомство з медичною та педагогічною документацією.

До медичної документації відносяться (див. опорну схему):

медичка карта дитини або виписки із неї фахівців: педіатра, невропатолога, психоневролога, отоларинголога та ін.
надані висновки фахівців, консультації різних медичних установ: аудіограми, висновки про результати обстеження (ЕЕГ, РЕГ, ЕХО-ЕГ тощо)
вивчення робіт дитини (наприклад, малюнки, шкільні зошити та щоденник)

ОПОРНА СХЕМА Медична документація

2. **Діагностичний етап** - це процедура обстеження дитини, під час якої взаємодія логопеда та дитини спрямована на з’ясування таких моментів як мовленнєві засоби, сформовані до моменту обстеження; мовленнєві засоби, не сформовані до моменту обстеження; характер несформованості мовленнєвих засобів. Використовують такі *методи логопедичного обстеження*: педагогічний експеримент; бесіда з дитиною; спостереження за дитиною; гра. Під час обстеження можна використовувати різноманітний *дидактичний матеріал*, наприклад, іграшки та муляжі, сюжетні та наочні малюнки, картки з надрукованими завданнями, книги й альбоми. Відповідно до соціального досвіду дитини підбирається матеріал.

Обстеження мовлення дитини

Зв'язне мовлення. Обстеження мовлення починається з вивчення стану зв'язного мовлення дитини, що може мати діалогічну або монологічну форму. Пропонуються (після 4,5 років) такі види завдань: складання описової розповіді: з опорою на малюнок, за сюжетною картинкою, за серією малюнків.

Словниковий запас. У лінгвістичній літературі виділяється два види словники – *активний (продуктивний)*, у який включаються ті лексичні одиниці, які використовуються носієм мови для продукування (складання) власного висловлювання, і *пасивний (рецептивний)* – складається з лексичних одиниць, які адекватно сприймаються носієм мови при сприйманні чужого висловлювання. При цьому співвідношення обсягів пасивного і активного словників може бути різним в умовах різних форм патологій. Кожен із цих словників може бути охарактеризований за двома параметрами: кількісному (обсяг) і якісному (семантичний зміст). Обсяг лексичного запасу залежить від віку дитини, рівня розвитку її пізнавальних та комунікативних функцій, умов виховання.

Загальні принципи й підходи до проведення обстеження дитини (див. опорну схему):

Принцип	Зміст
Принцип індивідуального та диференційованого підходу	відбір завдань, їх формулювання та наповнення вербальним і невербальним матеріалом, що співвідноситься з рівнем реального розвитку дитини й урахуванням його специфіки, соціальне оточення та особистісний досвід.
Дослідження від загального до конкретного	спочатку фахівець виявляє проблеми в розвитку мовлення дитини, а потім ці проблеми розглядаються ґлибше, піддаються кількісному та якісному аналізу.
Всередині кожного виду тестування пред'явлення матеріалу дається від складного до простого	це дозволяє дитині закінчити кожну пробу успішно, що створює додаткову мотивацію та позитивний емоційний настрій, які, в свою чергу, підвищують продуктивність і тривалість обстеження.
Дослідження від продуктивних видів мовленнєвої діяльності – до рецесивних	насамперед обстежуються усні види мовленнєвої діяльності; писемне мовлення обстежується тільки у школярів, які мають досвід написання письмових видів робіт
Послідовність процедури дослідження (від експресивної мовленнєвої компетенції до імпресивної)	логічно спочатку досліджувати обсяг і характер уживання мовних і мовленнєвих одиниць, і лише за наявності труднощів у їх використанні переходити до виявлення особливостей користування ними в пасиві.

ОПОРНА СХЕМА

Загальні принципи й підходи до проведення обстеження дитини

Граматична будова мовлення. У структуру обстеження синтаксичних умінь і навичок включаються спеціальні тести з вивчення угодження й управління.

Обстеження вимови звуків проводиться тільки в тому випадку, коли в процесі обстеження зв'язного мовлення або за скаргами батьків у дитини виявляються недоліки вимови звуків. Розглядаються такі *вади вимови*: відсутність звука; спотворення звука; заміни та змішування звуків (стійкі та нестійкі).

Складова структура слова. При обстеженні вимови звуків вербальний матеріал підбирається так, щоб він представляв складові структури речення. За наявності у дитини проблем звуковимовного характеру процедура обстеження проводиться за двома напрямками: обстеження будови і рухових функцій артикуляційного апарату; обстеження стану фонематичного сприймання. На підставі отриманих даних заповнюється протокол, до якого включаються всі відповіді дитини, як правильні, так і помилкові. Аналізу цих даних присвячується наступний етап обстеження.

3. *Аналітичний етап* – його завданням є інтерпретація отриманих даних і заповнення логопедичної карти, яка є обов'язковим звітним документом логопеда, незалежно від його місця роботи. У логопедичній карті, як правило, представлені розділи:

- паспортна частина;
- анамнестичні дані;
- дані про фізичне та психічне здоров'я дитини;
- розділ, присвячений загальній характеристиці мовлення, зв'язного мовлення, словникового запасу, граматичної будови, вимови звуків і фонематичному сприйманню, складовій структурі слова, читанню і письму;
- спеціальне місце для запису логопедичного висновку.

При складанні логопедичного висновку враховуються такі чинники (див. опорну схему):

1.Порушення тих чи інших компонентів мовленнєвої системи (фонетичного, фонематичного, лексичного, граматичного, зв'язного мовлення).	-фонетичне недорозвинення мовлення (ФНМ); -фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФНМ); -загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ I, II, III, IV рівнів); -нерізко виражене загальне недорозвинення мовлення.
2. Форма мовленнєвого порушення:	дизартрія (кіркова; псевдобульбарна; бульбарна; екстрапірамідальна (підкуркова); мозочкова; стерта форма дизартрії);

	<p>ринолалія (органічна, функціональна відкрита; органічна закрита (передня, задня); функціональна закрита);</p> <p>алалія(моторна; сенсорна; моторно-сенсорна);</p> <p>дисграфія (артикуляторно акустична; акустична; оптична; аграматична; дисграфія на тлі порушення мовного аналізу та синтезу);</p> <p>дислексія (аграматична; фонематична; семантична; мнестична; отрична; тактильна) – за Р.Лалаєвою;</p> <p>заїкання (невротичне; неврозподібне).</p>
--	--

ОПОРНА СХЕМА

Врахування чинників при складанні логопедичного висновку

4. **Прогностичний етап** – важлива ланка в системі логопедичного обстеження, оскільки на підставі наявних фактів і їх осмислення фахівцем визначається прогноз подальшого розвитку дитини, з'ясовуються основні напрями корекційної роботи з нею, вирішується питання про її індивідуальний корекційно-освітній маршрут. Освітні маршрути можуть бути реалізовані в різних формах:

- заняття за індивідуальною програмою в умовах спеціального закладу;
- групові заняття за певною освітньо-корекційною програмою в умовах спеціального закладу.

Вибір організаційної форми залежить від характеру дефекту, ступеня його вираженості, від психомоторного стану дитини, а також від соціальних умов: особливостей сімейного виховання, можливостей батьків, наявності на доступній відстані відповідних фахівців у регіоні.

Висновок, напрями корекційної роботи і її організаційні форми мають бути обговорені з батьками.

5. **Інформування батьків** – делікатний і складний етап обстеження дитини. Він проводиться у вигляді бесіди з батьками за відсутності дитини. Тому при інформуванні батьків необхідно враховувати такі вимоги до бесіди:

- слід будувати бесіду на доступному для них рівні використання термінології, чітко структуруючи матеріал результатів обстеження;
- враховувати батьківські почуття любові до дитини: необхідно підкреслювати кращі сторони та досягнення навіть найважчих дітей, детально роз'яснювати суть дефекту та пропонувати конструктивні пропозиції з його подолання;

- бесіду будувати у конструктивному напрямі, оскільки корекційна робота буде недостатньо ефективною, якщо не знайдеться активних союзників - батьків. Вони мають право знати все про свою дитину, але робити це треба делікатно.

Контрольні запитання

1. Дайте визначення поняття «логопедичний вплив».
2. Схарактеризуйте засоби логопедичного впливу.
3. Розкрийте, за допомогою яких методів здійснюється логопедичний вплив.
4. Висвітліть особливості надання логопедичної допомоги в закладах системи освіти, охорони здоров'я, соціального захисту населення.
5. Схарактеризуйте групу дітей із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення.
6. Назвіть вимоги до проведення логопедичних занять.

Запитання для самостійної роботи

1. Від чого, на вашу думку, залежить ефективність логопедичного впливу?
2. В яких випадках поєднання логопедичного впливу з медичним, медикаментозним, фізіотерапевтичним або психотерапевтичним є доцільним?
3. Наведіть приклади профілактичних заходів попередження мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку.
4. Складіть таблицю-схему строків засвоєння звуків рідної мови дітьми в процесі нормального онтогенезу
5. Складіть план першої бесіди з батьками дитини та дитиною з метою збору анамнезу.

Література [1; 3; 4; 6]

Тема 11. Специфіка логопедичної роботи з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення та заїканням.

План

1. Класифікація загального недорозвинення мовлення.
2. Логопедична робота по подоланню загального недорозвинення мовлення.
3. Логопедична допомога дітям із заїканням.

Ключові слова: загальний недорозвиток мовлення, логопедична допомога, рівні, заїкання.

1. Класифікація загального недорозвинення мовлення

В сучасній логопедії під поняттям ЗНМ розуміють різні складні мовленнєві розлади, при яких у дітей з нормальним слухом й інтелектом спостерігаються відхилення у формуванні мовленнєвої діяльності (засвоєння і використання мови), порушене засвоєння всіх компонентів мовленнєвої системи, що відносяться до звукової і смислової сторони мовлення.

За клінічними видами О. Мастюкова виділяє групи дітей із ЗНМ (див. опорну схему):

<i>I група</i>	<i>II група</i>	<i>III група</i>
<p>необтяжений варіант ЗНМ, для якої характерна наявність лише ознак загального недорозвинення мовлення. У дітей цієї групи не виявляється локальних уражень ЦНС. В анамнезі цих дітей частіше за все відсутні вказівки на патологічне протікання вагітності та пологів у матері, лише інколи спостерігається нерізко виражений токсикоз другої половини вагітності, нетривала асфіксія. В постнатальному періоді у цих дітей може відмічатися соматична ослабленість, часті інфекційні та застудні захворювання. 3</p>	<p>обтяжений варіант ЗНМ центрально-органічної генези. У дітей цієї групи ЗНМ характерна більш складна симптоматика і патогенез. Порушення мовленнєвого розвитку супроводжується психопатологічною та неврологічною симптоматикою, яка свідчить не лише про незрілість ЦНС, але й про грубе ураження відповідних мозкових структур.</p> <p>Дітям другої групи притаманні синдроми:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гіпертензійно-гідроцефальний синдром (характеризується збільшеним внутрішньочерепним тиском, збільшеним розміром голови, розширенням венозної системи в скроневих ділянках; швидкою виснажуваністю, підвищеною збудливістю, розгальмованістю, дратівливістю, частими головними болями, запамороченням; -церебрастенічний синдром, що характеризується підвищеною нервово-психічною виснажливістю. 	<p>етиологія алалії, що супроводжується ураженням мовленнєвих зон як лівої, так і правої півкуль дітей із ЗНМ. У дітей із моторною алалією, як свідчать клінічні і енцефалографічні дослідження, проявляється складні дизонтогенетично-енцефалопатичні порушення, мають місце не лише локальні ураження кори головного мозку, але й ураження підкіркових його структур.</p>

<p>психологічної точки зору в цих дітей спостерігається загальна емоційно-вольова незрілість, несформованість регуляції довільної діяльності, недостатність тонких диференційованих рухів пальців рук, труднощі динамічної організації рухів.</p>	<p>емоційною нестійкістю, порушенням уваги та пам'яті; в одних випадках виявляється на тлі емоційного та рухового неспокою, в інших супроводжується в'ялістю, загальмованістю, пасивністю;</p> <p>- синдроми рухових розладів характеризуються зміною м'язового тону, порушенням координації рухів, несформованістю загальної, дрібної, а також артикуляційної моторики, що виявляється у вигляді тремору (тремтіння), синкінезій (рефлекторний супроводжувальний рух кінцівки при довільному русі іншої кінцівки або частини тіла), насильницьких рухів, легких парезів, спастичності, що притаманні для дітей зі стертою формою дизартрії.</p>	
---	--	--

ОПОРНА СХЕМА

Групи дітей із ЗНМ за О. Мастюкова

Логопедична робота з подолання загального недорозвинення мовлення

Логопедичної допомоги при ЗНМ передбачає такі етапи:

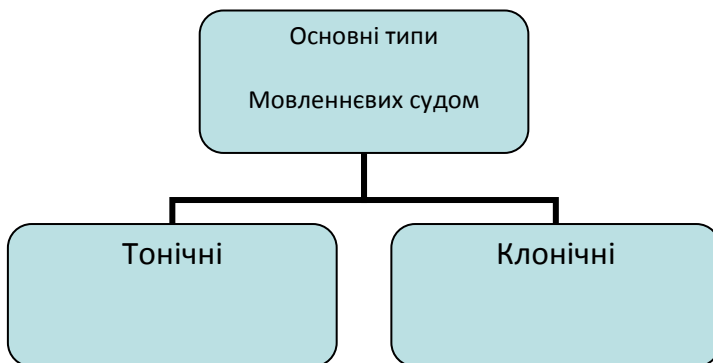
1. Виховання мовленнєвої активності, формування пасивного й активного словника, доступного розумінню й відтворенню.
2. Формування фразового мовлення на фоні ускладнення словника та структури слова та фрази.
3. Формування зв'язного мовлення, комунікативних умінь, автоматизація граматичних структур.

На кожному з етапів формуються всі сторони мовленнєвої діяльності.

Логопедична допомога дітям із заїканням

Заїкання – це порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) під кодом Р98.5 стоїть заїкання, що є дискоординаційним судомним порушенням мовлення. Клінічні вияви заїкання зводяться до розладів плавності, цілісності мовлення, темпоритмічної організації. Вони мають форму специфічних заїкань, зумовлених судомним станом м'язів мовленнєвого апарату (Л. Білякова).

Виділяють два основні *типи мовленнєвих судом* (дивую опорну схему).



ОПОРНА СХЕМА

Типи мовленнєвих судом

Діти із заїканням поділяються на такі 3 підгрупи (див. опорну схему).

<i>I підгрупа</i>	<i>II підгрупа</i>	<i>III підгрупа</i>
підгрупи входять діти, у яких мовлення зненацька переривається повторами різних звуків. За спостереженнями батьків, ці діти заїкаються лише тоді, коли хвилюються. У них порушені моторні механізми мовлення і на заїкання, що виникає під час мовлення, вони не звертають уваги. Мовленнєве порушення найчастіше виявляється під час емоційних реакцій, зумовлених ситуацією.	належать діти, які реагують на свою ваду мовлення. До виникнення заїкання ці діти спокійні, врівноважені, проте з появою заїкання у них з'являються зміни у емоційно-вольовій сфері: стають плаксивими, замкненими; намагаються менше говорити, наявні супутні рухи голови, рук, тулуба, ніг (виражені в легкому ступені); виникає страх перед мовленням.	входять фізично ослаблені, занадто хворобливі, вразливі, моторно неспокійні, тривожні діти, які бояться темряви. З'являється логофобія. Під час мовлення вони дуже хвилюються і частота судом м'язів обличчя, шиї, кінцівок збільшується.

ОПОРНА СХЕМА

Підгрупи дітей із заїканням

Виявлена симптоматика заїкання може бути *мовленнєва* та *немовленнєва* (див. опорну схему).

Види	Прояви симптомів
Немовленнєва симптоматика	стан комунікабельності; загальна та дрібна моторика; праксис; гнозис
Мовленнєва симптоматика	порушення систем (лексичної, граматичної та ін.) мовлення; недорозвинення мовлення у дітей із алалією, дизартрією, ринолалією, заїканням; порушення звуковимови: за виявами (сигматизм, ротацизм тощо); за обсягом (поліморфне, мономорфне); тонічні, клонічні, змішані судоми; дихальні, голосові, артикуляційні, змішані судоми; супутні мовленнєві вади (дислалія, дизартрія, вихід із моторної алалії, дисграфія, дислексія).

ОПОРНА СХЕМА

Симптоматика заїкання

Виділяють дві клінічні форми заїкання (див. опорну схему):

<i>Неврозоподібна форми заїкання</i>	<i>Невротична форма заїкання</i>
Цей розлад має не психогенне походження. Найчастіше неврозоподібний синдром виникає внаслідок органічного ураження ЦНС у ранньому дитинстві. Неврозоподібна форма заїкання починається у дітей поступово в 3-4 роки без психотравматичних причин. Заїкання збігається з періодом формування фразового мовлення. В початковому періоді заїкання має хвилеподібний тип перебігу, проте періодів, вільних від судом, немає. Якщо в цей період була відсутня логопедична допомога, мовленнєве порушення поступово обтяжується.	Цей розлад має психогенне походження, виникає у ранньому дитинстві, з 2-х років та пізніше. Може мати хвилеподібний тип перебігу, є періоди вільні від судом. Завдання логопедичної роботи полягає в тому, щоб шляхом систематичних занять звільнити мовленнєвий апарат дітей від напруження, зробити мовлення вільним, ритмічним, плавним, виразним.

ОПОРНА СХЕМА

Клінічні форми заїкання

Контрольні запитання

1. Назвіть основні ознаки загального недорозвитку мовлення.
2. Схарактеризуйте зміст клінічних видів ЗНМ за О. Мастоюковою.
3. Визначте основні ознаки ЗНМ.
4. Охарактеризуйте основні напрямки корекційної роботи при загальному недорозвиненню мовлення у дітей дошкільного віку.

Запитання для самостійної роботи

1. Поясніть, до яких фахівців можна скеровувати дитину у випадках виникнення в неї заїкання. Яка допомога їй та її батькам буде надана.
2. Сформулюйте конкретно, в чому буде полягати особиста участь батьків та допомога вихователів у попередженні мовленєвих затиань.
3. Які можуть бути причини заїкання?
4. Розкрийте поняття «третій рівень ЗНМ». Поясніть, чим III рівень ЗНМ відрізняється від попередніх.
5. Наведіть приклади ігор та вправ для подолання заїкання.

Література [1; 3; 4;]

Тема 12. Логопедична допомога дітям з сенсорними порушеннями

План

1. Теоретичні підходи до дослідження мовлення.
2. Характеристика та особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями слуху.
3. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями зору.
4. Специфіка логопедичної допомоги дітям із сенсорними порушеннями.

***Ключові слова:** діти з порушеннями зору, сліпі діти, слабозорі діти, діти з порушеннями слуху, глухі діти, слабочуючі діти, короткозорість, далекозорість, амбліопія, астигматизм.*

1. Теоретичні підходи до дослідження мовлення.

У дітей виявляються порушеними всі компоненти мовленнєвої системи: звукова сторона, фонематичні процеси, лексична та граматична будова, в різній мірі ураження комунікативної функції мовлення. Необхідно підкреслити, що при зовнішній подібності мовленнєвих вад їх механізм при різних формах аномалій виявляється по-різному, тому для класифікації порушень мовленнєвого розвитку важливими є принципи аналізу структури дефекту, розроблені Л.Виготським:

- виділення первинного дефекту;
- встановлення характеру вторинних відхилень;
- вивчення походження симптомів, що спостерігаються;
- класифікація симптомів із урахуванням провідних факторів: часу виникнення первинного дефекту, ступеню його вираженості, умов виховання і сукупності соціальних факторів, у яких протікає розвиток особистості аномальної дитини.

Такий підхід до аналізу структури дефекту дозволив провести диференціацію відхилень мовленнєвого розвитку в різних категорій дітей із психофізичними вадами. Доведено, що в дітей, які мають порушення інтелекту, слуху, зору недорозвинення мовлення носить вторинний характер, або виступає як другий первинний дефект (наприклад, у дітей із олігофренією і алалією, олігофренією і дизартрією тощо).

Для теорії і практики сучасної логопедичної науки особливо гострою є проблема науково-методичного вирішення питань диференціальної діагностики мовленнєвих розладів різної етіології, патогенезу і ступеня вираженості, що виявляються в картині наочності числа порушень психофізичного розвитку.

Дослідження порушень психофізичного розвитку (див. опорну схему):

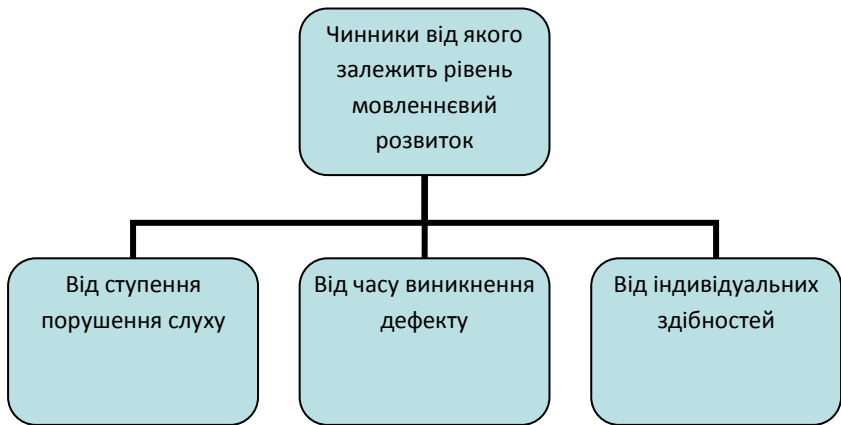
Первинне порушення	Вторинне порушення	Комплексне порушення
ядро складного симптомокомплексу, що зумовлює вторинні наслідки	зумовлене первинним дефектом розвитку інтелектуальної, сенсорної, емоційно-вольової, рухової сфери	компонент, що є обов'язковим у структурі складного (комплексного) порушення розвитку
розглядається в руслі клініко-педагогічної систематизації (Б.Гріншпун, О.Правдіна, М.Хвагцев) і узагальнюється у форматі психолого-педагогічної класифікації порушень мовлення, розробленої Р.Левіною; вплив лопедичний вплив спирається на апробовану методичну основу Н.Миронова, Т. Філічева, Н. Чевельова, Г.Чиркіната ін.	мовний статус дітей із інтелектуальними порушеннями у дослідженнях Р.Лалаєва, Л.Парамонова, В.Петрова, з повним або частковим порушенням фізичного слуху – Р.Боскіс, Ф.Рау та ін, з дефіцитом функції зору – Л.Солнцева та ін.	фонетико-фонематичний, лексико-граматичний розвиток дитини та стан її зв'язного мовлення (І. Каше, Р. Левіна, Н. Нікашина, О. Правдіна, Д. Ястребова та ін.)

ОПОРНА СХЕМА

Порушення психофізичного розвитку

2. Характеристика та особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушенням слуху

Виражене і стійке зниження слуху утрудняє не тільки сприймання мовлення, але й неминує зумовлює порушення або недорозвинення мовлення, рівень мовленнєвого розвитку дітей із порушенням слуху різний і залежить від чинників (див. опорну схему):



ОПОРНА СХЕМА

Чинники мовленнєвого розвитку

Глухота – повна відсутність слуху або така форма його зниження, при якій розмовне мовлення сприймається лише частково, за допомогою слухових апаратів. **Тугоухість** – зниження слуху на обидва вуха, при якій виникають труднощі в сприйманні мовлення, проте при посиленні голосу це сприймання стає можливим. Л. Нейман, залежно від втрати слуху, виділяє 3 ступені тугоухості (див. опорну схему):

1-й ступінь	зниження слуху в мовному діапазоні не перевищує 50 Дб; сприймання частот у межах 125-8000 Гц; цілком доступне мовленнєве спілкування; можливе розбірливе сприймання мовлення розмовної гучності на відстані більше 1 м.
2-й ступінь	знижений слух у мовному діапазоні до 70 Дб; ускладнене мовленнєве спілкування; розмовне мовлення сприймається на відстані менше 1 м.
3-й ступінь	знижений слух у мовному діапазоні до 70 Дб; мовлення розмовної гучності стає нерозбірливим біля самого вуха; спілкування здійснюється за допомогою гучного голосу на близькій від вуха відстані.

ОПОРНА СХЕМА

Ступені тугоухості (за Л.Нейман)

На основі оцінки стану слуху, рівня розвитку мовлення з урахуванням часу настання слухового дефекту виділяють 4 групи дітей із порушенням слуху (див. опорну схему).

Слабочуючі	володіють розвиненим мовленням із невеликими недоліками (порушення у вимові, відхилення в граматичній будові мовлення)
Слабочуючі з глибоким недорозвиненням мовної функції	фрази короткі, неправильно побудовані, окремі слова сильно спотворені та ін.
Ранньооглухлі діти	втратили слух на 1-2 році життя або народилися такими
Пізнооглухлі діти	втратили слух у 3-4 роки й пізніше та не зберегли мовлення у зв'язку з виникненням глухоти

ОПОРНА СХЕМА

Групи дітей із порушенням слуху

Ефект корекційного впливу на дітей із порушеннями слуху визначається:

- своєчасністю (з моменту виявлення характеру зниження слуху);
- якісним слухопротезуванням;
- використанням різної якісної звукопідсилювальної апаратури (за відсутності медичних протипоказань);
- адекватністю корекційного процесу.

У спеціальній школі, де навчаються слабочуючі й пізнооглухлі діти, існує два відділення: 1) для дітей із легким недорозвиненням мовлення, пов'язаним із порушенням слуху; 2) для дітей із глибоким недорозвиненням мовлення, причиною якого є порушення слуху.

З глухими та слабочуючими дітьми проводиться лікувально-реабілітаційна, санітарно-гігієнічна, консультаційна робота. Всі дії спрямовані на максимальне збереження залишкового слуху. Основною причиною відставання в розумовому розвитку дитини з недоліками слуху є порушення розвитку мовлення. Діти з порушеннями слуху можуть бути включені до системи інтегрованого навчання:

– *комбінована інтеграція* – діти з високим рівнем психофізичного та мовленнєвого розвитку на рівних виховуються в масових групах, отримуючи постійну коректувальну допомогу вчителя-дефектолога.

– *часткова інтеграція* – глухі діти, що не здатні на рівних із оточуючими однолітками оволодіти освітнім стандартом, впливаються в масові групи лише на частину дня;

– *тимчасова інтеграція* – всі вихованці спеціальної групи об'єднуються з дітьми, якічують, 1-2 рази на місяць для проведення різних заходів. Найбільш комфортною моделлю загального навчання для дитини з порушеннями слуху є включення її в колектив однолітків, якічують, із перших днів перебування в закладі.

3. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із порушенням зору

До основних функцій зору відносяться: *гострота зору, кольоророзпізнавання, попе зору, характер зору й окорухові функції*.

Порушення функції гостроти зору може бути викликане порушенням заломлюючої сили оптичної системи ока (рефракції) і виявлятися у вигляді міопії (короткозорості), гіперметропії (далекозорості), астигматизму (заломлююча система ока відрізняється в різних меридіанах). Порушення окорухової функції, що характеризується відхиленням одного ока від загальної точки фіксації, провокує виникнення косоокості. При порушенні розпізнавальної здібності до кольору учні переживають труднощі при розпізнанні різних кольорів. Порушення функції поля зору утрудняє цілісність, одночасність, динамічність сприймання, що приводить до виникнення труднощів у просторовому орієнтуванні, тоді як нормальне поле зору дозволяє швидко читати, охоплюючи ціле слово, інколи рядок, швидко переглядати цілу сторінку, охоплювати поглядом настінні таблиці, картини та інші дистантно розташовані об'єкти.

Групи дітей із порушеннями зору (див. опорну схему):

Групи	Зорові порушення і специфіка навчання
Сліпі та практично сліпі (ті, які частково бачать) з гостротою зору в межах від 0,01 до 0,04 з корекцією окулярами на оці, яке краще бачить	мають незначний залишковий зір або зовсім не бачать; під час занять вони користуються в основному тактильно-слуховим способом сприймання навчального матеріалу, читають і пишуть за системою Брайля; навчання здійснюється переважно за допомогою дотику та слуху; частина дітей при читанні й на письмі спираються на залишковий зір; якщо дозволяє зір, оволодівають, за певних умов, зоровим способом читання і письма укрупненого чорно-білого шрифту.
Слабозорі діти з гостротою зору в межах від 0,05 до 0,09 з корекцією окулярами на оці, яке краще бачить	як правило, виявляються складні порушення зорових функцій; зі зниженням гостроти зору в деяких звужене поле зору, порушений просторовий зір, що ускладнює зорове сприймання навчального матеріалу; дотримання регламентованого зорового навантаження та заходів щодо охорони та раціонального використання неповноцінного зору під час занять; як правило, підлягають навчанню у спеціальних школах для слабозорих дітей.
слабозорі діти з гостротою зору від 0,1 до 0,4 із корекцією оптикою на оці, яке краще бачить	за наявності певних умов вони за допомогою зору вільно читають, пишуть, зорово сприймають предмети, явища та процеси дійсності, орієнтуються у великому просторі; у зв'язку з необхідністю застосовувати спеціальні методи та технічні засоби навчання, дотримання певних гігієнічних вимог, такі діти також навчаються у спеціальних школах для слабозорих.
Діти з гостротою центрального зору 0,4-0,5 і вище з корекцією оптикою	не виявляються виражені вторинні відхилення в психічному розвитку; підлягають навчанню у звичайних умовах масової школи, проте по відношенню до них повинен дотримуватися певний режим.

ОПОРНА СХЕМА

Групи дітей із порушеннями зору

І якщо розвиток фонетичного слуху і формування мовнеслухових уявлень, заснованих на слуховому сприйманні, протікає у сліпих і зрячих ідентично, то формування мовнорухових образів істотно страждає у сліпих. Це є наслідком повного або часткового порушення можливості візуально відображати артикуляційні рухи. Основним дефектом мовлення при сліпоті є порушення звуковимови, широко поширене у сліпих дітей дошкільного та молодшого шкільного віку: сигматизм – неправильна вимова свистячих і шиплячих звуків у різних варіантах; ламбдацизм – неправильна вимова звука [л]; ротацизм – недоліки вимови звука [р]; мають місце також порушення

Школа II ступеня закладає міцний фундамент загальноосвітньої і трудової підготовки, необхідний випускникові для продовження освіти та повноцінного включення в життя. Продовжується робота з корекції пізнавальної, рухової сфери дітей, гігієни зору, зміцнення, здоров'я.

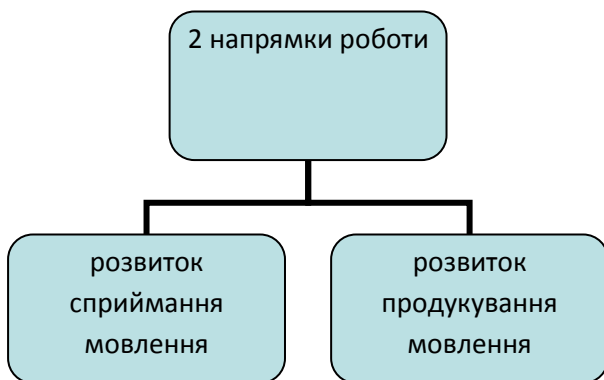
Середня школа III ступеня забезпечує завершення загальноосвітньої підготовки та курсу трудового виховання дітей, які навчаються на основі широкої і глибокої диференціації. Школа створює умови для якнайповнішого обліку інтересів дітей, соціально-психологічної адаптації, активного включення в життя сучасного суспільства.

У школах для сліпих навчання проводиться за підручниками масової школи, які видаються рельєфно-точковим шрифтом Л. Брайля. В навчальну практику широко впроваджуються тифлотехнічні засоби навчання (спеціальні прилади для письма, перетворювачі світлових сигналів у звукові та тактильні). У школах для слабозорих навчання здійснюється за підручниками масової школи, які друкуються крупнішим шрифтом і містять спеціально перетворені зображення, доступні для зорового сприймання. Застосовуються відповідні слабкому зору дітей зошити, наочний і дидактичний матеріал, оптичні та технічні засоби допомоги.

Учні, що закінчили середню школу для сліпих і слабозорих дітей отримують таке ж, як і в масовій школі, свідоцтво про повну загальну середню освіту і можуть на загальних підставах вступати до вищих навчальних закладів.

4. Специфіка логопедичної допомоги дітям із сенсорними порушеннями.

Особливості логопедичної допомоги дітям із порушеннями слуху передбачає створення практичної мовленнєвої бази для оволодіння програмним матеріалом. Виділяються два напрями роботи (див. опорну схему):



ОПОРНА СХЕМА

Напрями роботи допомоги дітям із порушенням слуху

Вчитель-логопед, працюючи з розвитку слухового сприймання з дітьми, повинен відбрати певний матеріал і види роботи по розвитку слухового сприймання.

1. Робота з розрізнення матеріалу повсякденно-розмовного мовлення за різними видами, наприклад:

– робота з картками (питання, доручення та ін. пишуться шрифтом; сприймаються на слух і зором; потім виключається зорове сприймання: рот закривається екраном і промовляється доручення, яке сприймається тільки на слух);

– робота з малюнками (відпрацювання дієслів із префіксами, граматичні форми, закінчення; спочатку слухо-зорове сприймання, потім слухове, – вимовляють за екраном);

– робота з конструктивною картиною (макетом): заготовлюються певні картки з проханнями, дорученнями; учневі пропонується виконати якесь доручення і він прочитус доручення з губ, вибирає картку, виконує доручення, відшукує відповідний малюнок, на якому зображено дане доручення;

– діалог на будь-яку тему, причому партнери в діалозі повинні мінятися.

2. Робота з розрізнення речень. Мовленнєвий матеріал тісно пов'язаний із роботою з формування граматичної будови мовлення, тому використовуються такі завдання: підбір відповідного малюнка, складання схеми речень із паперових або магнітних смужок, доповнення речень за малюнками.

3. Розрізнення математичного матеріалу (терміни, вирази) з використанням малюнків, їх серій, таблиць, деформованого тексту

завдання, вибіркового читання тексту завдання, складання плану завдання.

4. Розрізнення немовленнєвих звучань: ритмів, барабана і сопілки (розрізняються за висотою звучання), губної гармошки і дзвону ключів та ін.

5. Розрізнення на слух фонем: ізольовано виділених фонем; розрізнення звукосполучень: апа, ата, пекла... (міняється один приголосний звук); звукосполучень із кількох приголосних звуків: аста, аска, ашта, ашда....

Читання з губ – це зорове сприймання мовлення по видимих рухах органів артикуляції. Механізм читання з губ – це складний процес, спрямованості уваги до зміни граматичних форм шляхом порівняння і зіставлення іменників єдиного і множинного числа; практичне засвоєння деяких форм словотворення і словозміни.

Напрями навчання зв'язного мовлення (див. опорну схему):



Контрольні запитання:

1. Висвітліть основні теоретичні підходи до дослідження мовлення у дітей із порушеннями психофізичного розвитку.
2. Охарактеризуйте глухих дітей за класифікацією Л. Неймана.
3. Розкрийте зміст класифікації дітей із порушеннями слуху Р. Боскіс.
4. Окресліть особливості мовленнєво розвитку дітей раннього віку з порушеннями слуху.
5. Проаналізуйте особливості мовленнєвого розвитку глухих дітей у дошкільному віці.
6. Назвіть та схарактеризуйте групу дітей із порушеннями зору.
7. Дайте характеристику порушень мовлення у дітей із вадами зору.
8. Висвітліть особливості функціонування дошкільних закладів для дітей із порушеннями зору.

Запитання для самостійної роботи:

1. Від чого, на вашу думку, залежить ефект корекційного впливу на дітей із порушеннями слуху?
2. Яке порушення провокує виникнення косоокості?
3. Охарактеризуйте роль слуху і зору в розвитку мовлення дошкільників.
4. Обґрунтуйте роль генетики в мовленнєвому розвитку дитини.
5. Підберіть 2-3 вправи на розвиток слухового сприймання для дітей дошкільного віку

Література [1; 3; 4]

Тема 13. Логопедична допомога дітям із порушеннями інтелектуального розвитку

План

1. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із затримкою психічного розвитку.
2. Напрями логопедичної роботи з корекції порушень мовлення у дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР).
3. Характеристика психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із розумовою відсталістю.
4. Специфіка логопедичної роботи з корекції порушень мовлення у розумово відсталих дітей.

Ключові слова: ЗПР психогенного походження, ЗПР конституційного походження, ЗПР церебрально-органічного генезу, ЗПР соматогенного походження, розумова відсталість, oligofrenia, demencia.

1. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із затримкою психічного розвитку

До дітей із труднощами в навчанні належать діти, що переживають через різні біологічні та соціальні причини та вияви (легкі залишкові порушення функцій головного мозку, функціональна незрілість ЦНС, незрілість емоційно-вольової сфери, соматична ослабленість, педагогічна невідданість та ін.) стійкі ускладнення в засвоєнні освітніх програм і шкільній адаптації за відсутності виражених порушень інтелекту, відхилень у розвитку слуху, зору, мовлення, рухової сфери. Значну частину даної категорії складають діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР). Уповільнення темпу психічного розвитку в дітей має різні вияви (див. опорну схему).

ЗПР психогенного походження	пов'язана з рано виниклими і тривало діючими несприятливими умовами виховання; спостерігається зниження мотивації навчальної діяльності та вольових компонентів особистості, нерівномірність розвитку психічних процесів, переважно порушення емоційно-цільової сфери
ЗПР конституційного походження	гармонійний психофізичний інфантилізм; характерні особливі труднощі на початку навчання в школі, що зумовлено розвитком дитини молодшого віку (переважання емоційних реакцій у поведінці, ігрових інтересів, недостатня самостійність, інфантильний тип статури та ін.)
ЗПР церебрально-органічного	органічне ураження ЦНС, що виявляється виснажуваністю психічних функцій; порушенням розумової працездатності;

генезу	недорозвиненістю переключення й обсягу уваги; зорово-просторового гнозису та праксису; зниженням пам'яті та ін.
ЗПР соматогенного походження	пов'язана з тривалими хронічними захворюваннями, які приводять до фізичної й психічної астенії, зниження динаміки розумової працездатності, підвищеної виснажуваності уваги, зменшення обсягу пам'яті, невпевненості в собі, боязливості та ін.

ОПОРНА СХЕМА

Види та вияви затримки психічного розвитку

Структура мовленнєвого дефекту дітей із ЗПР є варіативною, характеризується комбінаторністю симптомів мовної патології. В роботах різних авторів робиться спроба класифікувати дітей із ЗПР із урахуванням характеру їх мовленнєвих порушень. Е.Мальцева виділяє 3 групи дітей (див. опорну схему):

<i>I група</i>	<i>II група</i>	<i>III група</i>
діти з ізольованим дефектом, що виявляється неправильно вимовою лише однієї групи звуків. Розлади пов'язані з порушенням будови артикуляційного апарату, недорозвиненням мовної моторики.	діти, в яких виявлені фонетико-фонематичні порушення. Дефекти звуковимови охоплюють 2-3 фонетичні групи і виявляються переважно в замінах фонетично близьких звуків. Спостерігаються порушення слухової диференціації звуків, фонематичного аналізу.	діти з системним недорозвиненням усіх сторін мовлення (ЗНМ). Окрім фонетико-фонематичних порушень, спостерігаються істотні порушення в розвитку лексико-граматичної сторони мовлення: обмеженість, недиференційованість словникового запасу, примітивна синтаксична структура речень, аграматизми.

ОПОРНА СХЕМА

Групи дітей із ЗПР із урахуванням характеру їх мовленнєвих порушень

2. Напрями логопедичної роботи з корекції порушень мовлення у дітей із затримкою психічного розвитку

Логопедична робота з корекції порушень мовлення у дітей із затримкою психічного розвитку передбачає врахування специфіки пізнавальної діяльності й емоційно-вольової сфери, без яких неможливо досягти ефективності в логопедичній роботі: слухове та зорове сприйняття, увага, пам'ять; слухо-рухова, слухо-зорова, зорово-рухова взаємодія; розумові операції: від простіших (аналіз, синтез, порівняння,

класифікація) з опорою на наочно-образне, мислення, до складніших (узагальнення, абстрагування) з опорою як на наочно-образне, так і на словесно-логічне мислення.

Логопедична робота з дітьми із ЗПР проводиться за напрямками (див. опорну схему):



ОПОРНА СХЕМА Напрями роботи з дітьми із ЗПР

Корекційно-логопедична дія при ЗПР носить комплексний і водночас диференційований характер. Диференціація коректувально-логопедичної дії здійснюється з урахуванням клінічної характеристики, індивідуально-психологічних особливостей дитини, властивостей її психічної діяльності, працездатності, рівня недорозвинення та механізмів порушень мовлення. В процесі корекційної роботи логопеду необхідні вміння організації розумової та мовленнєвої діяльності дітей, викликати позитивну мотивацію, максимально активізувати пізнавальну діяльність дітей із ЗПР, використовувати різноманітні прийоми та методи, ефективно допомогати дітям у їх найближчого розвитку.

В структурі мовленнєвого розладу дітей із ЗПР первинним є семантичний дефект, який визначає порушення як на рівні мовних значень, так і на рівні звукового оформлення. Найбільш грубе недорозвинення виявляється в засвоєнні та диференціації мовних, особливо граматичних значень, які є більш абстрактними, ніж лексичні. У зв'язку з цим, засвоєння мовної системи дітьми із ЗПР має ґрунтуватися на розвитку розумових операцій аналізу, синтезу, узагальнення, абстракції, що й визначає необхідність тісного зв'язку з розвитком цих пізнавальних процесів на мовному матеріалі.

Корекційна робота з подолання дисграфії у дітей із ЗПР, за А.Логіновою, окрім традиційної роботи з усунення недоліків усного мовлення, включає такі напрями (див. опорну схему):

Корекційна робота за А.Логіновою
1) оптимізація письма як виду психічної діяльності шляхом формування мотивації до оволодіння правильним письмом;
2) розвиток когнітивних функцій (зорового гнозису та праксису, уваги, пам'яті, мислення) і довольної саморегуляції;
3) формування самоконтролю на письмі;
4) вдосконалення графомоторних навичок.

ОПОРНА СХЕМА

Корекційна робота з подолання з дисграфії у дітей із ЗПР

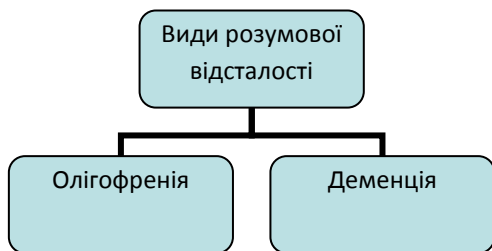
Ефективність логопедичної роботи з подолання порушень усного та писемного мовлення у дітей із ЗПР в значній мірі визначається диференційованим і комплексним підходом в коректувально-педагогічному впливі з урахуванням механізмів і структури мовленнєвого дефекту, рівня сформованості мовленнєвих і немовленнєвих процесів, а також індивідуально-психологічних особливостей дітей.

3. Характеристика психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із розумовою відсталістю

Розумова відсталість – це виразне, незворотне системне порушення пізнавальної діяльності, яке виникає внаслідок дифузного органічного пошкодження кори головного мозку, для якого характерні такі ознаки:

- органічне дифузне пошкодження кори головного мозку;
- системне порушення інтелекту;
- виразність та незворотність цього порушення.

Залежно від часу виникнення розумову відсталість поділяють на два види – олігофренію та деменцію (див. опорну схему).



ОПОРНА СХЕМА
Види розумової відсталості

Ступені розумової відсталості (див. опорну схему):

Ступінь	Сутність, прояви, можливості навчання	
Ідіотія (глибока розумова відсталість)	найвиразніший ступінь розумової відсталості; виникає внаслідок глибокого пошкодження кори головного мозку та частково підкірки, що призводить до грубого порушення фізичного та психічного розвитку.	
Імбецильність	середній за виразністю ступінь розумової відсталості, який виникає через глибоке пошкодження кори головного мозку	
	<i>визраза</i> (важка розумова відсталість) супроводжується грубим недорозвитком рухової сфери, яка незалежно від віку дитини виявляється у порушенні та слабкості статичної та моторної функцій, координації, точності й темпу довільних рухів; невміння бігати та стрибати, важко переключатися з одного руху на інший; часті аномалії розвитку органів відчуттів та функціональні розлади аналізаторів; поверхневе сприймання; дуже малий обсяг пам'яті і значне спотворення при відтворенні; хаотичне і безсистемне мислення; під впливом навчання можуть з'явитися не пов'язані між	<i>легка</i> (помірна розумова відсталість): локомоторні функції розвиваються дуже повільно; незграбна і недиференційована моторика; нездатність виконувати дії, що потребують точності, довільної регуляції, координованості рухів, особливо дрібних; примітивне наочно-дійове мислення, яке характеризується конкретністю, браком послідовності, гнучкістю; можуть бути фізично активними, встановлювати контакти, брати участь в елементарних соціальних заняттях, організованих вихователями; У дорослому віці – здатні до

	собою уявлення, міркування є збідненими та несамотійними.	простої практичної роботи під наглядом.
Дебільність	найлегший ступінь розумової відсталості; виникає внаслідок поверхневого пошкодження кори головного мозку; певне відставання у розвитку локомоторних функцій (у шкільному віці може бути виявленим за допомогою спеціального обстеження; можливе навчання за програмою спеціальної допоміжної школи, (програма початкової масової школи і спрощене вивчення історії, географії, біології, побутової хімії та фізики); трудове навчання, соціально- побутова орієнтація.	

ОПОРНА СХЕМА

Ступені розумової відсталості

Мовна патологія визначається ступенем інтелектуальної недостатності: чим глибше розумовий недорозвиток, тим сильніше в дитини недорозвинення імпресивного та експресивного мовлення (див. опорну схему).

Легка ступінь розумової відсталості характерна для дітей з:
<ul style="list-style-type: none"> – фонетичні спотворення, обмеженість словникового запасу, недостатність розуміння слів, що вживаються; – не використовується повною мірою слово як засіб спілкування; активний словник украй обмежений, переобтяжений штампами; – порушення граматичної будови мовлення (пов'язане з рідкісно використанням прикметників, прийменників і сполучників); фрази бідні, односкладові; – утруднення в оформленні думок, передачі змісту прочитаного або почутого; – складнощі при оволодінні процесами письма і читання.

Помірна ступінь розумової відсталості має такі ознаки :
розуміння і використання мовлення розвивається повільними темпами, спостерігається запізнення на 3-5 років, а остаточне формування мовлення обмежене (дитина розуміє мовлення співбесідника дуже обмежено, задовільно уловлюючи інтонації, жести та мімічні рухи); під впливом педагогів відбувається подальший розвиток мовлення, проте його розуміння зрештою визначається особистим досвідом; експресивне мовлення обмежується окремими словами або короткими реченнями; бідний словниковий запас (він складається зі побутових слів).

Важкий ступінь розумової відсталості має такі ознаки :

мовлення глибоко недорозвинене, його поява істотно запізнюється. У дуже частих випадках розвивається мовлення у вигляді потоку беззмістовних ехолоалічних повторень. Більш ніж у чверті дітей мовлення не формується взагалі; більшість розуміють чуже мовлення приблизно, примітивно (ім удається уловити інтонацію, міміку співбесідника і його окремі слова, головним чином пов'язані з основними його фізичними потребами); пасивний словник поступово збагачується, проте розуміння залишається обмеженим; самостійне усне мовлення дітей складається із окремих слів і коротких речень, не підкоряються граматичним правилам; мовлення недостатньо модульоване, грубо порушена звуковимова. Через недорозвинення фонематичного слуху діти не здатні розрізнати правильну й неправильну вимову звуків; структура слів порушена (багато з таких дітей замість мовлення користуються постами, нечленороздільними звуками, «словами», які мають сенс тільки для них самих). Грубі порушення периферичного апарату артикуляції погіршують вимовну сторону мовлення. Розширенню активного словникового запасу перешкоджають: низька активність, у край знижена потреба в обміні інформацією, слабкий інтерес до оточуючого.

Глибокий ступінь розумової відсталості має такі ознаки :

Розуміння і використання мовлення в кращому разі обмежується виконанням основних команд і вираженням елементарних прохань, мовлення часто замінюється окремими нечленороздільними звуками. Найбільш важкі з таких дітей не плачуть, не сміються; мовлення та жести не розуміють. Інтелектуальна недостатність викликає в дитини порушення формування всіх ланок мовленнєвої діяльності, тому до періоду шкільного навчання діти залишаються з недостатнім рівнем мовленнєвого розвитку.

ОПОРНА СХЕМА

Характеристика ступенів розумової відсталості

4. Специфіка логопедичної роботи з корекції порушень мовлення розумово відсталих дітей

Порушення мовлення при інтелектуальній недостатності мають складну структуру; різноманітні за своїми виявами, механізмами, рівнем порушення; вимагають диференційованого підходу при їх аналізі; характеризуються стійкістю, усуваються з труднощами, зберігаючись аж до старших класів школи.

Враховуючи структуру мовленнєвого дефекту Р. Лаласва виділяє 5 груп школярів із інтелектуальною недостатністю (див. опорну схему):

Група	Характеристика
1 група	<i>діти з системним порушенням мовлення тяжкого ступеня, ускладненого стертою формою дизартрії (25 %);</i> порушені всі рівні породження мовлення (смисловий, мовний і сенсомоторний); через органічне ураження центральної нервової системи, моторики – грубе порушення звуковимови, яке носить

	<p>поліморфний характер; спотворення звукоскладової структури слова (пропуски складів і збіг приголосних, перестановки складів і приголосних); грубо страждає фонематичний аналіз (важче даються складні форми аналізу: кількість і послідовність звуків у слові); істотне порушення морфологічної системи мовлення (не володіють відмінковими формами іменників множини, порушують уживання іменників і прикметників, порушене словотворення і словозміна); грубо порушена операція внутрішнього програмування як зв'язних висловлювань, так і окремих речень, цілісність і зв'язність тексту.</p>
2 група	<p><i>діти з системним порушенням мовлення середнього ступеня (10%);</i> рівномірне недорозвинення всіх компонентів мовлення, всіх операцій мовленнєвої діяльності; трохи страждає звукоскладова структура слів; більш порушене сприймання складів, ніж слів; особливо великі труднощі виникають при сприйманні опозиційних звуків: [п]-[б], [д]-[т], [г]-[к], [ш]-[с], [ч]-[щ], [р]-[л]; грубо страждає фонематичний аналіз (визначення кількості звуків у слові); у спонтанному мовленні порушення словотворення і словозміни майже не спостерігаються, проте складні форми словотворення (утворення відносних, присвійних прикметників, префіксальних дієслів тощо) знаходяться на стадії становлення; операції внутрішнього програмування менш порушені, ніж у дітей I групи; здатність правильно скласти розповідь за серією із 3-х сюжетних малюнків; правильне відтворення часової послідовності подій (хоча узв'язних розповідях є смислові спотворення).</p>
3 група	<p><i>діти з системним порушенням мовлення легкого ступеня з переважанням у структурі дефекту фонетико-фонематичних розладів (10 %);</i> порушення звуковимови однієї-двох груп звуків; важке сприймання опозиційних фонем, складних форм фонематичного аналізу; значне порушення звукоскладової структури слова; мають місце дисграфії і дислексія; мовний рівень відносно збережений (сформовані не лише прості, але й складні форми словотворення і словозміни); операції внутрішнього програмування порушені в меншій мірі, ніж біля дітей I і 2 груп (здатні правильно відтворювати послідовність простих сюжетних ліній), проте в зв'язному мовленні спостерігається спотворення змісту ситуації, відсутні причинно-наслідкової зв'язки.</p>
4 група	<p><i>діти з системним порушенням мовлення легкого ступеня з переважанням у структурі дефекту фонематичних розладів (25 %)</i> у значній групі дітей немає порушень звуковимови, звукоскладова структура слів збережена; виявляються одиничні труднощі сприймання опозиційних фонем; смисловий і мовний рівні породження мовлення характеризуються легким ступенем несформованості, як і в дітей 3 групи; найгрубіше виражені порушення фонематичного аналізу.</p>
5 група	<p><i>діти з відносно збереженим рівнем розвитку мовлення (30 %), діти з типовою формою олігофренії, які справляються з програмою першого класу, оволодівають читанням і письмом</i> сенсомоторний рівень мовлення відповідає нормі; немає порушень</p>

звукоскладової структури слів; мовний рівень також відносно збережений; смисловий рівень має особливості, зумовлені станом інтелекту.

ОПОРНА СХЕМА

Характеристика груп порушень мовлення школярів із інтелектуальною недостатністю

Логопедична робота з розумово відсталими дітьми передбачає такі напрями: розширення словникового запасу, формування граматичної будови мовлення, діалогічного й монологічного мовлення, звукоскладової та фонематичних процесів.

Контрольні запитання:

1. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітей із ЗПР.
2. Схарактеризуйте особливості звукової сторони мовлення дітей із ЗПР.
3. Висвітліть особливості лексичної і граматичної сторони мовлення у дітей із ЗПР.
4. Розкрийте специфіку формування зв'язного мовлення у дітей із ЗПР.
7. Визначте напрями логопедичної роботи з дітьми із ЗПР.
8. Дайте визначення розумової відсталості та назвіть її основні ознаки.
10. Проаналізуйте особливості видів розумової відсталості – олігофренії і деменції.
11. Розкрийте особливості мовленнєвого розвитку дітей із розумовою відсталістю за ступенем зниження інтелекту.

Запитання для самостійної роботи:

1. Підберіть декілька ігор та вправ для заняття з «розвитку мовлення» дітей із затримкою психічного розвитку
2. Скласти поради батькам для дітей з дислалією.
3. Класифікуйте за структурою мовленнєвого дефекту розумово відсталих школярів.
4. Схарактеризуйте види розумової відсталості за ступенем зниження інтелекту.
5. Класифікуйте з врахуванням характеру мовленнєвих порушень дітей із ЗПР.

Література [1; 2; 4; 8]

Тема 14. Особливості логопедичної допомоги дітям із порушеннями опорно-рухового апарату та комплексними вадами розвитку

План

1. Види порушення мовлення та особливості логопедичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем.
2. Особливості психофізичного розвитку дітей із комплексними порушеннями.
3. Види порушень мовлення та специфіка логопедичної роботи з дітьми з комплексними вадами.

***Ключові слова:** діти з порушеннями опорно-рухового апарату, дитячий церебральний параліч, парез, параліч, подвійна геміплегія спастична диплегія, геміпаретична форма ДЦП, гіперкінетична форма ДЦП, атонічно-астатична форма ДЦП, діти з комплексними порушеннями*

1. Види порушення мовлення та особливості логопедичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем

Діти з порушенням опорно-рухового апарату – це поліморфна в клінічному та психолого-педагогічному відношенні категорія осіб. Серед них умовно можна виділити 4 групи (див. опорну схему):

<i>I група</i>	<i>II група</i>	<i>III група</i>	<i>IV група</i>
<i>діти, у яких порушення опорно-рухового апарату зумовлені органічними ураженням нервової системи: головного мозку (дитячий церебральний параліч, пухлини, травми); провідникових шляхів (паралічі рук, кривошия та ін.); спинного мозку (наслідки поліомієліту, травми);</i>	<i>діти, які мають поєднані ураження нервової системи і опорно-рухового апарату внаслідок родових травм;</i>	<i>діти, які мають порушення опорно-рухового апарату при збереженому інтелекті (артрогрипозі, хондродистрофія, сколіоз та ін.);</i>	<i>діти, які мають порушення опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючою м'язовою атрофією (міопатія Дюшена, амнотрофія Вердінга-Гоффмана та ін.).</i>

ОПОРНА СХЕМА

Групи дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

Особливістю мовленнєвих порушень при ДЦП є їх патогенетична спільність із руховими розладами. Це знаходить свій вияв у характері порушень загальної та мовленнєвої моторики:

– обмеженість або недостатність довільних артикуляційних рухів зумовлена ураженням черепно-мозкових нервів, що іннервують мускулатуру мовного апарату;

– в результаті ураження язико-глоткового, блукаючого та під'язикового нервів у дітей виявляється псевдобульбарний синдром, який характеризується порушеннями дихання, ковтання, голосоутворення, обмеженою рухливістю органів апарату артикуляції;

– ізольоване ураження окремих нервів, зокрема ураження X пари черепно-мозкових нервів (блукаючого) виявляється у м'якості м'якого піднебіння, слабкості глоткового рефлексу;

– при ураженні лицевого нерва (VII пари) – порушення іннервації губної мускулатури та паретичність (слабкість) кругового м'яза рота (напіввідкритий рот, посилена саливація (слинотеча), труднощі при жуванні твердої їжі; довільні рухи губ обмежені, а в ряді випадків неможливі; діти не можуть витягнути губи, зробити «хоботок»).

Класифікація дизартрій за локалізаційним принципом виділяє такі її форми: бульварна, псевдобульбарна, екстрапіримідна, мозочкова, кіркова (див. опорну схему).

Форма	Характеристика
Бульбарна	виявляється при ураженнях мозку, однобічному або двосторонньому ураженні периферичних рухових нервів (трійчастого, лицевого, язико-глоткового, блукаючого та під'язикового) вибірковими м'якими, переважно право- або лівосторонніми паралічами м'язів мовного апарату (язика, губ, м'якого піднебіння і глотки, гортані, що піднімають нижню щелепу, дихальних), атрофією цих м'язів, їх атонією, відсутністю глоткового та нижньощелепного рефлексів, розладами будь-яких мимовільних і довільних рухів у відповідних групах м'язів; голос слабкий, глухий, виснажуваний; дзвінки приголосні звуки оглушені; Тембр мовлення змінений за типом відкритої гугнявості; артикуляція голосних наближена до нейтрального звука; артикуляція приголосних спрощена; зімкнені приголосні й вібранти замінюються відповідними щілинними; в мовленні домінують глухі звуки; мовлення уповільнене, різко стомлює хворого

Псевдобульбарна	найбільш поширена форма, яка характеризується порушенням м'язового тону (частіше за типом спастичності); обмежена рухливість артикуляційних м'язів; особливо страждають найбільш тонкі ізольовані рухи (рухи язика убік і особливо вгору); підвищена саливація, оральні синкінезії, порушення дихання, голосоутворення (часто ці порушення пов'язані з переживанням їжі); маловиразне, монотонне, голос із гугнявим відтінком мовлення; найчастіше виявляється у дітей зі спастичною диплегією і при геміпаретичній формі церебрального паралічу.
Екстрапірамідна	порушення м'язового тону в артикуляційній, фонаційній і дихальній мускулатурі (за типом дистонії - змінного тону або так званої ригідності - тонічних спазмів); розлади інтонаційно-виразної сторони мовлення, наявність гіперкінезів (що найчастіше виявляються у м'язах язика; відсутня стабільність порушень артикуляції); змінний характер м'язового тону, гіперкінези в артикуляційній і дихальній мускулатурі грубо спотворюють мовлення, інколи роблять його малозрозумілим, часом неможливим; має місце при гіперкінетичній формі ДЦП.
Кіркова	більш ізольоване порушення іннервації м'язів артикуляційного апарату; страждає насамперед вимова тих звуків, які пов'язані з найбільш тонкими ізольованими рухами окремих м'язових груп мовлення; темп, виразність мовлення зазвичай не страждають; частими є порушення орального праксису; має місце при спастичній диплегії і геміпаретичній формі церебрального паралічу.
Мозочкова	порушення узгодженості (координаності) в роботі органів артикуляції, дихальної і фонаційної мускулатури; порушення синхронності артикуляції, дихання і фонації; мовлення втрачає плавність звучання, стає розірваним на склади; найчастіше спостерігається при атонічно-астатичній формі церебрального паралічу та при ускладнених формах захворювання.

ОПОРНА СХЕМА

Форми дизартрії за локалізаційним принципом

Вдосконалення артикуляційної бази, діяльності дихального апарату та голосоутворення є необхідним фундаментом для виправлення недоліків вимови фонем і розвитку всіх сторін мовлення. Усунення недоліків вимови – тривалий процес. У певній послідовності проводяться:

1) корекційні заходи з одночасним порівнянням звуків на слух, спостерегаючи за візуальною артикуляцією, з урахуванням результатів даного тактильно-кінестетичного та зорового сприймання;

2) заходи щодо оволодіння звуко-складовим і звуко-буквеним аналізом, і при постановці звуків важливе значення має використання

методу пасивної корекції, за допомогою якої формуються чіткіші кінестетичні відчуття у м'язах артикуляційного апарату.

3. Особливості психофізичного розвитку дітей із комплексними порушеннями

Складні комплексні порушення розвитку можуть бути викликані однією або кількома причинами, різними або однаковими за походженням.

Можливі такі варіанти складного порушення: 1) один дефект має генетичне, а інший – екзогенне походження і навпаки; 2) обидва дефекти зумовлені різними генетичними чинниками, що діють незалежно один від одного; 3) кожен дефект зумовлений різними екзогенними чинниками, що діють незалежно: обидва порушення є різними виявами одного і того ж спадкового синдрому; два дефекти виникли в результаті дії одного і того ж екзогенного фактору.

До дітей із комплексними дефектами відносять: сліпоглухонімих; розумово відсталих і глухих або туговухих, глухих і слабозорих; розумово відсталих і слабозорих або сліпих та ін. У дефектологічній практиці зустрічаються також діти з багатьма дефектами – розумово відсталі і сліпоглухі, діти з порушеннями опорно-рухового апарату в поєднанні з порушеннями органів слуху або зору тощо.

Аналізуючи особливості розвитку таких дітей, слід враховувати, що їхня інтелектуальна недостатність є первинною, оскільки різні специфічні порушення пізнавальної діяльності можуть виникати як вторинні відхилення в розвитку при ураженнях слуху або зору, але при первинно збережених розумових здібностях.

Діти з комплексними порушеннями за вираженістю того чи іншого дефекту можуть вважатися «особа з обмеженнями життєдіяльності», що відповідає соціальній моделі інвалідності (на відміну від медичної) та формуванню її концепції на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (ВООЗ, 2001 р.).

4. Види порушень мовлення та специфіка логопедичної роботи з дітьми з комплексними вадами

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) – різні складні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушено формування всіх компонентів мовної системи, що відносяться до її звукової та смислової сторін, при нормальному слухові та інтелекті. Загальне недорозвинення мовлення в чистому вигляді зустрічається вкрай рідко. Частіше всього – це поєднаний дефект:

– *дизартрія* – ЗНМ, зумовлене порушенням вимовної сторони мовлення внаслідок недостатньої іннервації мовного апарату;

– *алалія* – порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання (відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку у внутрішньоутробному або на ранньому періоді розвитку);

– *ринолалія* – порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлені анатомофізіологічними дефектами мовного апарату;

– ЗНМ при затримці психічного розвитку (ЗПР);

– поєднання ЗНМ із неврологічними та психопатичними синдромами.

У граматичній будові мовлення найпоширенішими є такі помилки:

– бідність словника зумовлює невміння розрізнити та виділити загальні смислові корені, спостерігається досить велика кількість помилок у словозміні (яблуки, немає мебеля), вживанні відмінкових закінчень, змішування тимчасових і видових форм дієслова;

– порушення синтаксичного зв'язку у реченні;

– неправильне узгодження частин мови (сім конев, п'ять рибков);

– майже не вживаються у мовленні прийменники, особливо складні: (через, з-під), або вживають неправильно.

У дітей із комплексними порушеннями виявляються порушення базових компонентів мовленнєвої комунікації, таких, як дихання, голос, інтонація, просодична сторона мовлення; це перешкоджає оволодінню навичками повноцінної комунікативної діяльності. Неодмінною умовою успіху логопедичної роботи буде використання корекційних заходів щодо формування мелодико-інтонаційного боку мовлення. Завданнями роботи над мелодико-інтонаційним боком мовлення є: формування правильного дихання, нормалізація голосу, корекція ритму, розвиток немовленнєвих засобів комунікації, формування темпоритмічної сторони мовлення, просодики (див. опорну схему).

Рівні	Характеристика мовеннєвого недорозвитку
Перший	словесні засоби спілкування відсутні або майже відсутні в той період, коли в дітей, що нормально розвиваються, мовлення в основному сформоване; активний словник дітей складається із звуконаслідувань, звукових комплексів; повсякденні слова та їх заміники використовуються в різних значеннях, часто замінюються паралінгвістичними засобами спілкування – жестами, мімікою; мовлення зрозуміле лише близьким людям у конкретній ситуації спілкування.
Другий	зростає мовленнєва активність; з'являється мовлення спотворене в фонетичному та граматичному оформленні фразове; розширюється активний словник за рахунок використання різних частин мови;

	з'являються спроби використовувати окремі навички словозміни та словотворення; яскраво виявляються порушення звуковимови (не можуть вимовити ряд складів, слів, близьких за звучанням (па-та-па, кіт-тік-кіт), часто спотворюють складову структуру та звуконаповненість слів (асипед - велосипед, ет-літак, телемптуя - температура, апапед-логопед); не готові до оволодіння мовленнєвим аналізом та синтезом.
Третій	спостерігаються фонетико-фонематичні порушення; порушення звуковимови частіше всього мають поліморфний характер; Патологія охоплює 4-6 груп звуків (шиплячі, свистячі, сонорні, африкати, м'які та тверді, дзвінкі та глухі); багато дітей не диференціюють акустично або артикулярно схожі звуки, що свідчить про несформованість фонематичного слуху, непідготовленість артикуляційного апарату до вимовляння звуків спотворюється звукова та складова структура слова.

ОПОРНА СХЕМА

Рівні мовленнєвого недорозвитку дітей (за З. Левіною)

Жестово-піктографічного мовлення має певні переваги:

1. Оволодіння жестово-піктографічним мовленням є ефективним засобом розвитку мислення.
2. Засвоєння первинних елементів жестово-піктографічної мови сприяє зниженню рівня тривожності та агресивності, зумовлених нерозумінням ситуації, браком знань про оточуюче середовище.
3. Застосування жестів і піктограм стане проміжним етапом на шляху розвитку усного мовлення.
4. Для більшості дітей із комплексними порушеннями мова жестів та піктограм залишається єдиним каналом осмисленої комунікації з оточуючими.

Методика застосування жестово-піктографічної мови для дітей із комплексними порушеннями є чітко структурованою системою педагогічного спілкування, що передбачає послідовність подачі інформації у трьох модальностях: мовленнєве слово → слово-жест → слово-піктограма.

У дитини виробляється стереотип полімодального сприйняття мовлення, тому в ситуаціях, коли одна з модальностей вилучається, дитина здатна не лише зрозуміти, що їй говорять, а й доповнити вилучений вид інформації, наприклад, побачивши жест, показати відповідний малюнок чи сказати слово.

Контрольні запитання:

1. Визначте групи дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.
2. Схарактеризуйте клінічні форми ДЦП, виділені К. Семеновою.

3. Висвітліть характерні для дітей із ДЦП порушення мовлення.
4. Визначте основні форми дизартрії, характерні для дітей із ДЦП.
5. Окресліть зміст логопедичної роботи з дітьми з ДЦП.
6. Дайте характеристику дітей із комплексними порушеннями розвитку.
7. Схарактеризуйте вади мовленнєвого розвитку дітей із комплексними порушеннями.

Запитання для самостійної роботи та

1. У чому полягають особливості логопедичної роботи з дітьми з комплексними порушеннями?
2. Назвіть екзогенно-органічні причини виникнення порушень мовлення у дітей.

Література [4; 5; 7; 9]

Тема 15. Комплексна логопсихологічна допомога дітям з аутизмом

План

1. Дитячий аутизм: визначення, вияви, причини, форми.
2. Особливості пізнавальної діяльності дітей із аутизмом.
3. Нейропсихологічні моделі аутизму: регулятивної дисфункції; ослабленого центрального зв'язування; лімбічна моделі.
4. Напрями логопсихологічної допомоги дітям із аутизмом.

Ключові слова: асинхронний тип розвитку, варіанти аутизму, причини аутизму, теорії аутизму, логопсихологічна допомога.

1. Дитячий аутизм: визначення, вияви, причини, форми.

Дитячий аутизм (від лат. *autos* - сам) є одним із клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (В. Лебединський) (див. опорну схему).

Види аутизму за К.Лебединською:		
<i>Органічний аутизм</i>	<i>Психогенний аутизм</i>	<i>Аутизм шизофренічної етіології</i>
<p>дитячий аутизм при різних захворюваннях ЦНС, що виявляється у психічній інертності дитини, в руховій недостатності, а також у порушеннях уваги і пам'яті. Крім того, у дітей спостерігаються неврологічна симптоматика (зміни по органічному типу ЕЕГ, епізодичні судоми та ін.) і затримка мовленнєвого та інтелектуального розвитку.</p>	<p>виникає переважно у дітей до 3-4 років, які зростають в умовах емоційної депривації, тобто при довготривалій відсутності матері, неправильному домашньому вихованні чи в інтернатах тощо. Характеризується порушенням контакту з оточуючими, емоційною інфантильністю, пасивністю, відсутністю диференційованих емоцій, затримкою розвитку мовлення і психомоторики. При нормалізації умов виховання цей варіант аутизму може зникнути. Проте у випадку перебування дитини в несприятливих умовах протягом перших трьох років життя аутистична поведінка і порушення мовленнєвого розвитку стають стійкими.</p>	<p>виражається відчуженістю від зовнішнього світу та слабкістю контактів із оточуючими, дисоціацією психічних процесів, стиранням меж між суб'єктивним і об'єктивним, занурювання у тії внутрішніх хворобливих переживань і патологічних фантазій тощо. В зв'язку з цим поведінка дітей відрізняється нетиповістю, амбівалентністю (при емоційній невираженості, наприклад, у спілкуванні з батьками, діти можуть бути досить комунікабельними зі сторонніми людьми).</p>

ОПОРНА СХЕМА Види аутизму

Важливими діагностичними ознаками аутизму шизофренічного генезу є наявність (див. опорну схему):

Ознаки аутизму шизофренічного генезу
а) хоча б короткого проміжку часу, коли у дитини до появи аутизму спостерігався нормальний психічний розвиток;
б) ознак прогредієнтності (прогресування захворювання) у вигляді наростання психічного дефекту (розпад мовлення, регрес поведінки зі втратою набутих навичок, аспонтанність, поглиблення в'ялості);
в) аутизм при захворюваннях обміну речовин;
г) аутизм при хромосомній патології.

ОПОРНА СХЕМА

Ознаки аутизму шизофренічного генезу

Синдром аутизму, на відміну від інших аномалій розвитку, характеризується складністю і дисгармонійністю як у клінічній картині, так і в психологічній структурі порушень (див. опорну схему).

Основні ознаки аутизму дитини при всіх його клінічних варіантах

недостатня або повна відсутність потреби в контактах із оточуючими; активне прагнення самотності (почувають себе помітно краще, коли їх залишають одних)
відчуженість від зовнішнього світу
слабкість емоційного реагування стосовно близьких людей, аж до повної байдужості до них (афективна блокада), проте, поруч із байдужістю можлива також симбіотична форма контакту, коли дитина підмовляється залишатися без матері, хоча ніколи не буває з нею ласкавою
слабка здатність (або нездатність) диференціювати живі і неживі об'єкти, чим, зокрема, пояснюється їх агресивна поведінка стосовно іншої дитини, яку вони можуть сприймати як ляльку
недостатня реакція на зорові та слухові подразники, хоча можуть бути дуже чутливими до слабких подразників (не переносять шум побутових приладів, капання води тощо)
прагнення до збереження незмінності оточуючого простору (феномен тожності за А. Канером), яке виявляється (навіть на першому році життя) у прагненні до збереження звичної постійності
страх всього нового (неофобія): перестановки ліжка, зміни місця проживання, нового одягу, взуття і т. д.
одноманітна поведінка зі стереотипними, примітивними рухами (перебирання пальців, згинання і розгинання плечей і передпліч, розхитування тулубом чи головою, підстрибування навшипінки тощо)
різноманітні мовленнєві порушення – від мутизму (повної втрати мовлення) до підвищеного вербалізму (вибіркове ставлення до певних слів і виразів – постійне вимовляння слів або складів, що сподобалися; дифузний характер зв'язку між словом і предметом (афективно насичена акустична сторона слова набуває самостійного значення, що виявляється в явищах автономного

мовлення)
характерна зорова поведінка: не переносить погляду в очі, має побіжний погляд або «погляд повз»; переважання зорового сприймання на периферії поля зору (батьки відмічають, що «дитина бачить предмет, який вони ховають, потилицею», або «через стінку»)
одноманітність гри, що є стереотипною маніпуляцією з неігровим матеріалом (мотузкою, ключем, склянкою тощо); можуть годинами одноманітно перекладати предмет з місця на місце, переливати рідину з одного посуду в інший і т. д.
різноманітні інтелектуальні порушення (за даними психометричних досліджень, у 55-60 % випадків у дітей із аутизмом спостерігається розумова відсталість; у 15-20 % – легка інтелектуальна недостатність і 15-20 % дітей мають нормальний інтелект; нерівномірність інтелектуальної діяльності, низькі показники при виконанні невербальних завдань; переважання у молодших школярів перцептивних узагальнень (колір, форма, розмір предметів) при достатньо високому рівні розвитку понятійного мислення, при розв'язанні задачі, де є конфлікт між зоровим сприйманням ситуації й її смыслом, орієнтація не на суттєві ознаки, а на перцептивні враження
стан дифузної тривоги і невмотивованих страхів: а) надцінні страхи (втрати матері, страх чужих людей, незнайомого середовища); б) страхи, зумовлені афективною і сенсорною гіперчутливістю (до побутових шумів; зорових і тактильних подразників: світла люстри, гудіння бджоли тощо); в) неадекватні марення
наявність рудиментарних способів обстеження предметів, обнюхування, облизування, покусування тощо
високий рівень розвитку пам'яті, хоча сам процес запам'ятовування носить ізольований характер, а в її використанні виявляється виражена автономність
парадоксальність поведінки, зумовлена постійним сенсорним дискомфортом, який намагається компенсувати аутостимуляцією (розхитуваннями, бігом по колу, стрибками); непереборне тяжіння до води, вогню, бруду і т. д. (розглядається як важливий компенсаторний механізм із метою пом'якшити емоційний дискомфорт)

ОПОРНА СХЕМА

Основні ознаки аутизму дитини

2. Особливості пізнавальної діяльності дітей із аутизмом

Аутичним дітям особливо необхідна нейропсихологічна допомога, оскільки, не задовольняючись констатацією слабкості тієї чи іншої вищої психічної функції, педагог проводить аналіз діагностичних даних із метою виявити, який саме структурно-функціональний компонент страждає первинно і призводить до недорозвитку тієї чи іншої ВПФ. На основі поглибленого факторного аналізу розробляються індивідуально-орієтована стратегія і тактика корекційно-розвивального навчання, що враховують дифузність і пластичність функціональних

систем дітей і можливості організації їх психічного процесу на різних рівнях мозкової ієрархії (Т.Ахутіна, Л.Яблокова, L. Sohnson).

Сьогодні у корекційно-розвивальному навчанні нейропсихологи розвивають кілька *напрямів*:

1) *«заміщуючий онтогенез»*, за яким інтенсивний вплив на сенсомоторний рівень, що проводиться з урахуванням загальних закономірностей онтогенезу, викликає активізацію в розвитку всіх ВГІФ дитини (А. Семенович та ін.). Методично цей підхід являє собою адаптований варіант базових тілесно-орієнтованих психотехнік (оптимізація загального тону тіла, розширення сенсомоторного репертуару, формування навичок уваги і переборення стереотипів тощо), їхнє застосування передбачає відпрацювання в єдності афекту, сприймання та дії. Такий підхід розглядається як основа для розвитку соціального спілкування і всіх психічних функцій;

2) *«процес інтеріоризації»* (від лат. *interior* – внутрішній), в ході якого відбувається об'єктивування порушеної функції, винесення її назовні, перетворення спочатку у зовнішню, а далі – у внутрішню діяльність. У даному разі корекційно-розвивальну роботу пропонується проводити або підвищуючи навантаження на слабку функцію, або пристосовуючи дитину до дефекту (Kirk, Reitan, С. Симерницька, Ю.Матюгін);

3) *комплексний підхід до корекційно-розвивального навчання* об'єднує підходи «заміщуючий онтогенез» та «інтеріоризація» і передбачає розвиток слабкої ланки пізнавальної діяльності з опорою на її сильні складники в ході спеціально організованої роботи. Така взаємодія будуватиметься з урахуванням закономірностей процесу інтеріоризації та врахуванням слабкої і сильної ланок функціональних систем дитини при її емоційному залученні до процесу взаємодії.

Враховуючи позитивні результати при застосуванні кожного із зазначених підходів для вирішення проблеми навчання та розвитку аутичних дітей в центрі уваги мають знаходитися кілька інших нейропсихологічних теорій аутизму. Кожна з них визначає в якості ключового те чи інше нейропсихологічне порушення, що певною мірою пояснює різні (часто важко співставлені) поєднання симптомів і поведінкових особливостей при аутизмі:

– *теорія регулятивної дисфункції*: розглядає аутизм як вияв первинного порушення здібності програмувати і контролювати поведінку;

– *теорія ослаблення центрального зв'язування*: когнітивна (в тому числі і перцептивна) обробка аутистом інформації відбувається частинами, а не цілісно; це зумовлює як багато поведінкових

особливостей, так і особливостей когнітивних стратегій, якими характеризується аутизм.

3. Нейропсихологічні моделі аутизму: модель регулятивної дисфункції, ослабленого центрального зв'язування, лімбічна модель

Базуючись на зазначеному, вважаємо, що в основу розробки програми корекційно-розвивального навчання дітей із аутизмом можуть бути покладені такі пояснювальні *нейропсихологічні моделі аутизму*: теорія регулятивної дисфункції; теорія ослабленого центрального зв'язування; лімбічна теорія, оскільки в них чітко визначена первинна роль тих порушень, які в них викладені.

Результати сучасних нейропсихологічних досліджень, здійснених у межах *теорії регулятивної дисфункції*, свідчать про те, що корекції функції програмування та контролю при аутизмі повинна проводитися в напрямку розвитку спілкування і соціальної поведінки дітей, формуючи вміння інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, здійснювати вибіркову уважність, оперативну оцінку і вибір реакцій у відповідь на інформацію, що поступає, розуміти переживання іншої особи.

Дія розробки програми розвитку, навчання та соціалізації аутичних дітей важливою є також *теорія ослаблення центрального зв'язування*. Спираючись на принципи, закладені в гештальтпсихології, цією теорією передбачається, що при аутизмі виникає руйнування «вродженого нахилу» людини опрацьовувати інформацію таким чином, щоб із розрізнених стимулів утворювалися якомога довші ряди, в яких ці стимули були б пов'язані між собою. При цьому страждає узагальнення різноманітних контекстів (наприклад, бачити в новій ситуації схожість з тією, що була раніше, Frith, 1989). Вважається, що такі порушення є наслідком домінування фрагментарної (сукцесивної) обробки інформації, коли складні стимули сприймаються як деяка сукупність розрізнених частин, а не як зв'язне ціле, об'єднане єдиним смислом.

Внаслідок цього аутична дитина виявляє: 1) схильність фокусувати увагу на окремих властивостях предмета замість того, щоб застосовувати цей предмет загальноприйнятим чином (наприклад, крутіння колішат у машинці, виймання очей у ляльки); 2) дивне і незвичне захоплення предметами (наприклад, кнопками, гвіздками), які зазвичай не викликають підвищеного інтересу; 3) надчутливість до незначних змін у навколишньому оточенні; 4) інтереси, що свідчать про достатній рівень розвитку дитини (наприклад, інтерес до географічних відомостей), але які формуються відірвано від решти її досвіду. Такі поведінкові особливості є виявами ослаблення центрального зв'язування, діапазон якого може бути від порушень зв'язування

окремих сигналів у єдиний образ до порушень інтеграції різномірної інформації на рівні смислів.

Цією ж теорією пояснюється й інша особливість при аутизмі – неоднаковий ступінь порушення різних когнітивних функцій, особливо – наявність «острівців видатних здібностей» на тлі загального зниження інтелекту.

Теорія слабкості центрального зв'язування є найбільш сильною з точки зору її можливостей пояснити всі незвичні здібності, а також грубі порушення, що притаманні аутизму. І хоча перед цією теорією у подальшому стоїть завдання довести, що різні психічні порушення при аутизмі мають характер розладу загальноомозкового процесу, більшість вчених схиляються до думки про її правильність.

4. Напрями логопсихологічної допомоги дітям із аутизмом

Аналіз і узагальнення викладених матеріалів дають підставу в програмі корекційно-розвивального і корекційно-превентивного навчання дітей із аутизмом виділити декілька напрямів роботи:

– формування всіх рівнів переробки інформації (забезпечує коригування у дітей регулятивної дисфункції);

– корекція порушень механізму управління процесом переробки інформації і планування дій (включає роботу по формуванню центрального зв'язування).

– корекція порушень соціальної поведінки, які при аутизмі пов'язуються з дисфункцією лімбічних структур (підвищення рівня сформованості здатності до соціальної взаємодії, своєю чергою, призведе до зміцнення функцій програмування і контролю);

– превентивне і корекційно-розвивальне навчання, спрямоване на полегшення оволодіння дітьми з аутизмом інаннями, вміннями і навичками, що визначені індивідуальними програмами їх навчання.

Оскільки регулятивна дисфункція, ослаблення центрального зв'язування і лімбічна є взаємодоповнюючі змістом превентивного і корекційно-розвивального навчання передбачено введення обов'язкового підготовчого етапу роботи, цей етап має виключне значення. Спираючись на ключові положення зазначених теорій, педагог зможе своєчасно передбачати, запобігати і коригувати у дітей когнітивні порушення і вади соціальної поведінки. У результаті проведення такої роботи закладається основа для успішного навчання дошкільників і школярів із аутизмом.

Контрольні запитання:

1. Дайте визначення поняття «аутизм».

2. Розкрийте класифікацію РДА на основі різних концептуальних підходів В Башиної.
3. Визначте характерні риси аутизму.
4. Розкрийте зміст чотирьох варіантів мовленнєвого розвитку дітей із РДА за Є. Баснською, К. Лебедевою, О. Нікольською.
5. Висвітліть зміст методів навчання дітей із аутичними порушеннями.

Запитання для самостійної роботи та контролю знань:

1. Схарактеризуйте принципи проведення корекційної роботи з дітьми з аутизмом, визначені І. Гюсоховою.
2. Які порушення у дітей із аутизмом Т. Скрипник визначає у якості фундаментальних?

Література [2; 6; 8; 9]

Рекомендована література

Базова

1. Вступ до спеціальності: Логопедія: навч. посібник /Л.М.Омельченко, В.В.Тарасун, Л.О.Федорович. Кременчук: Християнська зоря, 2011. 416 с.
2. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: навчальний посібник. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. 308 с.
3. Колишкін О. Вступ до спеціальності «Корекційна освіта»: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2013. 392 с.
4. Логопедія. Підручник: 2-ге видання, перероблене та доповнене / за ред. М.К. Шеремет. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2010. 672 с.
5. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. Частина I. 238 с.
6. Соботович Є.Ф. Концепція стандарту спеціальної освіти дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку. *Дефектологія*. 2002. №1. С. 2-7.
7. Фіцула М.М. Вступ до педагогічної професії: навч. пос. для студ. вищих пед. закладів освіти, 2-ге вид. Тернопіль Навчальна книга-Богдан, 2003. 136 с.
8. Шеремет М. К., Сергєєва І.В. Формування усного зв'язного висловлювання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення. Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2001. Вип. 2. С. 100 – 106.
9. Шеремет М.К. Проблеми та перспективи спеціальної освіти. Зб. наук, праць Кам'янець-Подільського державного університету: Серія «Соціально-педагогічна». Випуск VII. Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С.2007. 420 с.

Додаткова

1. Берник Т. Організація логопедичної допомоги дітям дошкільного віку в системі спеціальної освіти. *Дефектологія*. 2006. № 1. С.51-55.
2. Богуш А. М Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови: підручник / за ред. А.М. Боїуш, Н.В. Гавриш Київ: Вища школа. 2007. 542 с.
3. Гомля В. Артикуляційна гімнастика. Методичні рекомендації для логопедів, учителів і вихователів загальноосвітніх навчальних закладів / за наук. ред. Л.О. Федорович. Київ: Кременчук: Християнська Зоря. 2008. 67 с.

4. Калмыкова Л.О. Формування мовленнєвих умінь і навичок у дітей: психологічний і лінгвістичний аспекти, навч. пос. для студ. вищ. навч. закл. Київ: НМЦВО, 2003. 300 с.
5. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія: навч. посіб. за ред. Київ: Знання, 2010. 293 с.
6. Лалаева Р.И. Проблемы логопедической диагностики. *Логопедия сегодня*. 2007. №3. С.37-43.
7. Левина Р.Е. Характеристика общего недоразвития речи у детей. *Логопедия сегодня*. 2009. № 1. С. 6-19.
8. Левченко И.Ю., Приходько О.Б. Технология обучения и воспитания детей с детскими церебральными параличами. Москва: Академия, 2001. 146 с.
9. Матвеева М П., Миронова С.П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. 64 с.
10. Миронова С.П. Підготовка вчителів до корекційної роботи в системі освіти дітей з вадами інтелекту: монографія. Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2007. 304 с.
11. Обухтська А Г. Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в системі освіти України. *Корекційна педагогіка*. 2007. №2. С. 21 -26.
12. Основи корекційної педагогіки : навчальний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвеева; за заг.ред. С.П. Миронової. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
13. Основи наукових досліджень /П.С. Цехмістрова. Навч. посіб. – К.: Видавничий дім «Слово», 2004. 240 с.
14. Пінчук Ю. Модель професійної компетентності вчителя-логопеда. *Дефектологія*. 2007. №2. С. 14-18.
15. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Київ. 2008. 24 с.
16. Програма розвитку та виховання дитини раннього віку «Зернятко». Науковий керівник Кононко О.Л. Київ: ВКТФ «Кобза», 2004. 192 с.
17. Програма розвитку, навчання та виховання «Дитина в дошкільні роки», 2-ге вид. Запоріжжя: ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2004. 268 с.
18. Ревуцька О. Розвиток вчення про мовленнєві порушення та їх подолання. Імідж сучасного педагога. Корекційно-педагогічна допомога дітям. 2009. № 6-7 (95-96). С. 80 - 82.
19. Сак Т.В. Особливості узагальнення у дітей із затримкою психічного розвитку. *Дефектологія*. 1999. № 2. 33-36.

20. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму. Київ: Видагництво "Фенікс", 2010. 388 с.

21. Таранченк Оксана. Можливості оптимізації навчання дітей зі зниженим слухом в умовах інклюзивного навчального закладу. *Дефектологія*. 2009. №2. С. 8-11.

22. Федорович Л.О. Організація науково-дослідної роботи майбутніх логопедів в умовах кредитно-модульного навчання. Імідж сучасного педагога. Корекційно-педагогічна допомога дітям. 2009. №.6-7 (95-96). С.33 - 37.

23. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія : навч. посіб. / уклад.: М.К.Шеремет. І.В.Мартиненко. 2-ге вид., змін, і доп. Київ: КНТ, 2008. 380 с.

24. Чернова Е.П. Психологическая помощь дошкольникам с нарушениями речи. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2005. №2. С. 51-55.

25. Шейко В.М Організація та методика науково-дослідної діяльності: підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. Київ: Знання - Прес, 2002. 295 с.

26. Шеремет М. К., Сергєєва І.В. Формування усного зв'язного висловлювання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення. Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2001. Вип. 2. С. 100 – 106.

27. Шпак В.П. Формування в майбутніх логопедів готовності до самостійної навчальної діяльності. Імідж сучасного педагога, Корекційно-педагогічна допомога дітям. 2009. № 6-7 (95- 96). С.30-33.

Навчально-методичне видання

Вступ до спеціальності

Конспект лекцій Ч.ІІІ.
Укладач *О.І. Чекан*

Тираж 10 пр.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і
розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 6984 від 20.11.2019 р.

Редакційно-видавничий відділ МДУ
89600 м.Мукачево
Вул.Ужгородська. 26
Тел.2-11-09



МУКАЧІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

89600, м. Мукачево, вул. Ужгородська, 26

тел./факс +380-3131-21109

Веб-сайт університету: www.msu.edu.ua

E-mail: info@msu.edu.ua, pr@mail.msu.edu.ua

Веб-сайт Інституційного репозитарію Наукової бібліотеки МДУ: <http://dspace.msu.edu.ua:8080>

Веб-сайт Наукової бібліотеки МДУ: <http://msu.edu.ua/library/>