**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**
**МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**
**ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

Кафедра дошкільної освіти

# НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ КОМПЛЕКС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

# ЛОГОПЕДІЯ З ПРАКТИКУМОМ

Для напряму підготовки 6.010101 Дошкільна освіта

Автори:
Шапочка К.А., доцент кафедри дошкільної освіти,
доктор філософії в галузі освіти

Затверджено на засіданні кафедри дошкільної освіти від «_____» _____ 20__р.

Затверджено на засіданні навчально-методичної комісії факультету дошкільної та початкової освіти «_____» _____ 20__р.

Затверджено на засіданні Вченої ради факультету дошкільної та початкової освіти

«_____» _____ 20__р.

Миколаїв – 2017

## ЗМІСТ

1. Витяги з ОКХ, ОПП спеціальності.
2. Навчальна програма дисципліни.
3. Робоча навчальна програма дисципліни.
4. Програма практичної підготовки.
5. Засоби діагностики навчальних досягнень студентів.
6. Навчальні-наочні посібники, технічні засоби навчання.
7. Конспект лекцій з дисципліни.
8. Комплекс контрольних робіт (ККР) для визначення залишкових знань з дисципліни.
9. Комплекс завдань для поточного контролю знань.
10. Інструктивно-методичні матеріали до семінарських, практичних і лабораторних занять;
11. Завдання на курсові та дипломні проекти;
12. Контрольні завдання до семінарських, практичних і лабораторних занять;
13. Питання до екзаменаційних білетів, екзаменаційні білети;
14. Тести для підсумкового контролю;
15. Список методичних рекомендацій та розробок викладача;
16. Методичні матеріали, що сприяють самостійній роботі студентів.

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**
**МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**
**ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**
Кафедра дошкільної освіти

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор із науково-педагогічної
роботи_____ Н. І. Василькова
28 серпня 2017 р.

# РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ ЛОГОПЕДІЯ З ПРАКТИКУМОМ

ОКР «бакалавр»
Галузь знань: 0101 Педагогічна освіта
Напрям підготовки: 6.010101 Дошкільна освіта
Факультет: дошкільної та початкової освіти

2017-2018 навчальний рік

Робоча програма навчальної дисципліни «Логопедія з практикумом» для студентів ОКР «бакалавр» за напрямом підготовки 6.010101 Дошкільна освіта

Розробник: Шапочка Катерина Анатоліївна, доцент кафедри дошкільної освіти, кандидат педагогічних наук , доцент _____ (Шапочка К.А.)

Робоча програма затверджена на засіданні кафедри дошкільної освіти
Протокол № __ від «___» серпня 2017 р.
Завідувач кафедри _____ (Трифонова О.С.)
«___» серпня 2017 р.

## 1. Опис навчальної дисципліни

<table>
<tr><td rowspan="2">Найменування показників</td><td rowspan="2">Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень</td><td colspan="2">Характеристика навчальної дисципліни</td></tr>
<tr><td colspan="2">денна форма навчання</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Кількість кредитів – 8 (4/4)</td><td>Галузь знань<br>0101 Педагогічна освіта</td><td colspan="2" rowspan="2">Нормативна</td></tr>
<tr><td>Напрям підготовки<br>0101 Педагогічна освіта</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Індивідуальне науково-дослідне завдання –</td><td rowspan="4">Спеціальність (професійне спрямування):<br>Спеціальна освіта (логопедія)</td><td colspan="2">Рік підготовки:</td></tr>
<tr><td>4-й</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Загальна кількість годин – 240 (120/120)</td><td colspan="2">Семестр</td></tr>
<tr><td>7</td><td>8</td></tr>
<tr><td rowspan="9">Тижневих годин для денної форми навчання:<br>аудиторних – 4/4<br>самостійної роботи студента – 4,4/4</td><td rowspan="9">Освітньо-кваліфікаційний рівень: бакалавр</td><td colspan="2">Лекції</td></tr>
<tr><td>16</td><td>14</td></tr>
<tr><td colspan="2">Практичні, семінарські</td></tr>
<tr><td>24</td><td>26</td></tr>
<tr><td colspan="2">Лабораторні</td></tr>
<tr><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td colspan="2">Самостійна робота</td></tr>
<tr><td>80</td><td>80</td></tr>
<tr><td colspan="2">Вид контролю:<br>залік – 7сем., екзамен – 8сем.</td></tr>
</table>

**Примітка**.

Співвідношення кількості годин аудиторних занять до самостійної та індивідуальної роботи становить: для денної форми навчання I семестр – 120год.: 30 год. – аудиторні заняття, 60 год. – самостійна робота (33% / 67 %) II семестр - 120год.: 30 год. – аудиторні заняття, 60 год. – самостійна робота (33% / 67 %).

## Мета та завдання навчальної дисципліни

Реформування освіти України відповідно до національних потреб і вимог європейського освітнього простору з метою вдосконалення особистісно-професійної педагогічної діяльності висуває на перший план проблему посилення професійно-педагогічної підготовки майбутнього фахівця в галузі освіти.

Дана програма за змістом охоплює всі розділи логопедії, може бути використана багатопрофільно в системі підготовки студентів та перепідготовки, підвищення кваліфікації педагогічних працівників.

Враховуючи особливо важливе значення правильного мовлення для всебічного розвитку особистості дитини, питанням попередження та корекції різних мовленнєвих вад у дітей має приділятися значне місце в системі підготовки не лише логопедів дошкільних та шкільних установ, а й інших фахівців, які мають працювати в загальних та спеціальних навчально-виховних закладах Міністерства освіти і науки України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України. Зважаючи на значне зростання мовленнєвої патології в останні роки, педагоги-фахівці мають бути озброєними міцними теоретичними знаннями з даного курсу та уміннями застосовувати їх на практиці. Вони повинні сприяти не лише правильному формуванню мовлення дітей різного віку, а й мати міцні знання про мовленнєві порушення, володіти навичками діагностування та виправлення різних вад мовлення. Отже, в процесі вивчення курсу «Логопедія з практикумом» студенти мають оволодіти міцними знаннями, уміннями та навичками виховання та перевиховання осіб з мовленнєвими вадами, а також попередження та корекції у них мовленнєвих порушень.

З **метою** надання студентам знань та умінь із зазначених розділів курсу викладач, який проводить лекційні, семінарсько-практичні та лабораторні заняття, повинен вирішити такі **завдання** професійної підготовки студентів:

1) надати студентам теоретичні знання щодо загальної характеристики різних мовленнєвих порушень в історичному аспекті, етіології, механізмів, симптоматики, класифікації, динаміки протікання даних порушень мовлення за умов спонтанного та цілеспрямованого навчання та виховання;

2) сформувати у студентів уміння правильно діагностувати певну мовленнєву ваду та визначати ефективні шляхи корекційного впливу у різних категорій дітей із ТВМ;

3) ознайомити студентів з питаннями організації логопедичної допомоги та профілактики даних мовленнєвих порушень.

Вирішення цих завдань передбачає використання різних організаційних форм занять: а) лекцій; б) самостійної роботи; в) лабораторних / практичних занять; г) групових та індивідуальних консультацій.

**Перелік компетентностей**, якими повинні оволодіти студенти в процесі вивчення курсу «Логопедія з практикумом»:

**Інтегральна компетентність:** Здатність самостійно і комплексно розв'язувати складні спеціалізовані завдання та практичні проблеми в галузі розвитку, навчання і виховання дітей раннього і дошкільного віку із

застосовуванням теорії і методики дошкільної освіти в типових і невизначених умовах системи дошкільної освіти

**Загальні компетентності:**

**КЗ-1**. Здатність до продуктивного (абстрактного, образного, дискурсивного, креативного) мислення.

**КЗ-2**. Здатність до самостійного пошуку, обробки та аналізу інформації з різних джерел.

**КЗ-3.** Здатність ідентифікувати, формулювати та розв'язувати проблеми.

**КЗ-4**. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

**КЗ-5.** Здатність до планування, складання прогнозів і передбачення наслідків своїх дій

**КЗ-6**. Здатність до співпраці і взаємодії в команді.

**КЗ-7**. Здатність до самокритики і сприймання конструктивної критики.

**КЗ-8**. Здатність приймати рішення і діяти відповідно до морально-етичних і правових норм.

**КЗ-9.** Здатність до вільного спілкування і співпраці державною та рідною мовами (усно і письмово).

**КЗ-10**. Здатність до вільного користування засобами сучасних інформаційних і комунікаційних технологій.

**КЗ-11**. Здатність до забезпечення безпеки діяльності власної та інших учасників освітнього процесу.

**КЗ-12**. Здатність до управління якістю роботи, що виконується.

**КЗ-13**. Здатність створювати команду, мотивувати її членів та досягати спільних цілей

**КЗ-14.** Здатність до проектної організації діяльності

**Спеціальні (фахові компетентності):**

**КС-1.** Здатність до розвитку в дітей раннього і дошкільного віку базових якостей особистості (довільність, самостійність, креативність, ініціативність, свобода поведінки, самосвідомість, самооцінка, самоповага).

**КС-2.** Здатність до розвитку допитливості, пізнавальної мотивації, пізнавальних дій у дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-3.** Здатність до розвитку перцептивних, мнемічних процесів, різних форм мислення та свідомості у дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-4.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку первинних уявлень про предметне, природне, соціальне довкілля, властивості і відношення предметів; розвитку самосвідомості (Я дитини і його місце в довкіллі).

**КС-5**. Здатність до розвитку в дітей раннього і дошкільного віку мовлення як засобу спілкування і взаємодії з однолітками і дорослими.

**КС-6.** Здатність до навчання дітей раннього і дошкільного віку рідної і української (державної) мов.

**КС-7.** Здатність до навчання дітей раннього і дошкільного віку суспільно визнаних морально-етичних норм і правил поведінки.

**КС-8.** Здатність до національно-патріотичного виховання дітей раннього і дошкільного віку (любов до Батьківщини, рідної мови, рідного міста, поваги до державних символів України).

**КС-9.** Здатність до виховання у дітей інтересу і поваги до національних традицій, звичаїв, свят, обрядів, народних символів.

**КС-10.**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок безпечної поведінки і діяльності в побуті, природі і довкіллі.

**КС-11**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок екологічно доцільної поведінки і діяльності у природі.

**КС-12**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку естетичного ставлення до довкілля, емоційного сприймання і переживання творів мистецтва.

**КС-13**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку елементарних уявлень про різні види мистецтва і засоби художньої виразності (слово, звуки, фарби тощо).

**КС-14.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку досвіду самостійної творчої діяльності у різних видах мистецтва (образотворче, музичне, театральне).

**КС-15**. Здатність до фізичного розвитку дітей раннього і дошкільного віку, корекції і зміцнення їхнього здоров'я засобами фізичних вправ і рухової активності.

**КС-16.** Здатність до організації і керівництва ігровою (провідною), художньо-мовленнєвою і художньо-продуктивною (образотворча, музична, театральна) діяльністю дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-17.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок здорового способу життя як основи культури здоров'я (валеологічної культури) особистості.

**КС-18.** Здатність до індивідуального і диференційованого розвитку дітей раннього і дошкільного віку з особливими потребами відповідно до їхніх можливостей (інклюзивна освіта).

## 2. Програма навчальної дисципліни

**Кредит 1. Логопедія як наука.**

**Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи.

Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток)

**Тема 2.** Види мовленнєвих порушень.

Причини мовленнєвих порушень. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями усного мовлення, порушення писемного мовлення. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ.

**Кредит 2.** Історія становлення логопедії як науки.

**Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної.

**Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку.

**Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція.**

**Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.

Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ.

**Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.

Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення».

**Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції.**

**Тема 1.** Дислалія.

Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків.

**Тема 2.** Ринолалія.

Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією.

**Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія.

Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП.

**Тема 2.** Заїкання.

Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання.

**Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія).

Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії.

**Тема 2.** Алалія.

Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії.

**Кредит 7. Порушення голосу**

**Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу.

**Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані.

**Кредит 8. Порушення писемного мовлення**

**Тема 1.** Порушення писемного мовлення.

Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання.

**Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. Профілактика порушень писемного мовлення.

## 4. Структура навчальної дисципліни

| Назви змістових модулів і тем | Кількість годин | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | усього | у тому числі | | | | |
| | | л | П | лаб | інд | ср |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **Кредит 1. Логопедія як наука** | | | | | | |
| **Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи. Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв’язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток) | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Види мовленнєвих порушень. Причини мовленнєвих порушень. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями | | 2 | 4 | | | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| усного мовлення, порушення писемного мовлення. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ. | | | | | | |
| **Кредит 2.** Історія становлення логопедії як науки | | | | | | |
| **Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку. | | 2 | 4 | | | 10 |
| **Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція** | | | | | | |
| **Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення». | | 2 | 4 | | | 10 |
| **Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | | | | | |
| **Тема 1.** Дислалія.<br>Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Ринолалія.<br>Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з | | 2 | 4 | | | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією. | | | | | | |
| **Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | | | | | |
| **Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія. Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Заїкання. Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання. | | 2 | 4 | | | 10 |
| **Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | | | | | |
| **Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія). Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії. | | 2 | 2 | | | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Тема 2.** Алалія. Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії. | | 2 | 4 | | | 10 |
| **Кредит 7. Порушення голосу** | | | | | | |
| **Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані. | | | 6 | | | 10 |
| **Кредит 8. Порушення писемного мовлення** | | | | | | |
| **Тема 1.** Порушення писемного мовлення. Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання. | | 2 | 2 | | | 10 |
| **Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. | | 2 | 4 | | | 10 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Профілактика порушень писемного мовлення. | | | | | | |
| **Усього годин:** | | 30 | 50 | | | 160 |

## 6. Теми практичних занять

| № з/п | Назва теми | Кількість годин |
|---|---|---|
| | **Кредит 1. Логопедія як наука** | |
| 1. | **Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи.<br>Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток) | 2 |
| 2,3 | **Тема 2.** Види мовленнєвих порушень.<br>Причини мовленнєвих порушень. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями усного мовлення, порушення писемного мовлення. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ. | 4 |
| | **Кредит 2. Історія становлення логопедії як науки** | |
| 4 | **Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної. | 2 |
| 5,6 | **Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку. | 4 |
| | **Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція** | |
| 7 | **Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ. | 2 |
| 8,9 | **Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення». | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 10 | **Тема 1.** Дислалія.<br>Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків. | 2 |
| 11, 12 | **Тема 2.** Ринолалія.<br>Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією. | 4 |
| **Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 13 | **Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія.<br>Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП. | 2 |
| 14, 15 | **Тема 2.** Заїкання.<br>Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання. | 4 |
| **Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 16 | **Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія).<br>Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії. | 2 |
| 17, 18 | **Тема 2.** Алалія.<br>Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. | 4 |

| | | |
|---|---|---|
| | Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії. | |
| **Кредит 7. Порушення голосу** | | |
| 19 | **Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу. | 2 |
| 20, 21, 22 | **Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані. | 6 |
| **Кредит 8. Порушення писемного мовлення** | | |
| 23 | **Тема 1.** Порушення писемного мовлення.<br>Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання. | 2 |
| 24, 25 | **Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. Профілактика порушень писемного мовлення. | 4 |
| | Разом: | 50 |

## 8. Самостійна робота

| № з/п | Назва теми | Кількість годин |
|---|---|---|
| | **Кредит 1. Логопедія як наука** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію за однією з тем:<br>**1.** Зв’язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток) | 15 |

| | | |
|---|---|---|
| | **2.** Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (мисленнєвий розвиток)<br>**3.** Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (емоційно-соціальний розвиток)<br>4. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями усного мовлення, порушення писемного мовлення | |
| | **Кредит 2. Історія становлення логопедії як науки** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію за однією з тем:<br>1. Обґрунтуйте необхідність вивчення корекційної педагогіки майбутніми вчителями загальноосвітніх шкіл<br>2. Обґрунтуйте необхідність вивчення корекційної педагогіки майбутніми вихователями дошкільних закладів<br>3. Ознаки сегрекативного та інклюзивного навчання<br>4. Роль педагога у впровадженні інклюзивної практики | 15 |
| | **Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Корекційна робота при ФФНМ<br>2. Корекційна робота при ЗНМ<br>3. Порушення писемного мовлення.<br>4. Профілактика порушень писемного мовлення | 15 |
| | **Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття; | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| | конспект першоджерела/словник | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Корекційна робота при ринолалії<br>2. Корекційна робота при дислалії<br>3. Сучасні методи роботи при ринолалії<br>4. Сучасні методи роботи при дислалії | 15 |
| | **Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Принципи аналізу мовленнєвої патології<br>2. Методи логопедичного впливу<br>3. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з порушенням слуху<br>4. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з порушенням зору | 15 |
| | **Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з порушенням мови<br>2. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з порушенням інтелектуального розвитку<br>3. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини із ЗПР<br>4. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з порушеннями опорно-рухового апарата | 15 |
| | **Кредит 7. Порушення голосу** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| | лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1.Проаналізуйте причини виникнення голосових порушень<br>2. Функціональні дисфонії<br>3. Органічні дисфонії<br>4. Корекція голосових порушень | 15 |
| | **Кредит 8. Порушення писемного мовлення** | |
| | Оформлення презентації за допомогою технічних засобів/ сучасних інформаційних технологій по темі лекційного/практичного заняття;<br>конспект першоджерела/словник | 5 |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію за однією з тем:<br>1. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з емоційно-вольовими розладами<br>2. Корекційна робота з розвитку мовлення дитини з комплексними порушеннями декількох функцій<br>3. Охарактеризуйте основні етапи оволодіння навичкою читання<br>4. Охарактеризуйте основні етапи оволодіння навичкою письма | 15 |
| | Разом: | 160 |

## 9. Індивідуальне навчально-дослідне завдання

Індивідуальна навчально-дослідна робота є видом позааудиторної індивідуальної діяльності студента, результати якої використовуються у процесі вивчення програмового матеріалу навчальної дисципліни.

Індивідуальне навчально-дослідне завдання (ІНДЗ) з курсу – це вид науково-дослідної роботи студента, яка містить результати дослідницького пошуку, відображає певний рівень його навчальної компетентності.

Мета ІНДЗ: самостійне вивчення частини програмового матеріалу, систематизація, узагальнення, закріплення та практичне застосування знань із навчального курсу, удосконалення навичок самостійної навчально-пізнавальної діяльності.

Зміст ІНДЗ: завершена теоретична або практична робота у межах навчальної програми курсу, яка виконується на основі знань, умінь та навичок, отриманих під час лекційних, семінарських, практичних занять і охоплює декілька тем або весь зміст навчального курсу.

Орієнтовна структура ІНДЗ – науково-педагогічного дослідження у вигляді презентації PowerPoint: вступ, основна частина, висновки, додатки (якщо вони є), список використаних джерел.

## 10. Методи навчання

І. Методи організації та здійснення навчально-пізнавальної діяльності.

1) За джерелом інформації:

• Словесні: лекція (традиційна, проблемна, лекція-прес-конференція) із застосуванням комп'ютерних інформаційних технологій (PowerPoint – Презентація), семінари, пояснення, розповідь, бесіда.

• Наочні: спостереження, ілюстрація, демонстрація.

• Практичні: вправи.

2) За логікою передачі і сприймання навчальної інформації: індуктивні, дедуктивні, аналітичні, синтетичні.

3) За ступенем самостійності мислення: репродуктивні, пошукові, дослідницькі.

4) За ступенем керування навчальною діяльністю: під керівництвом викладача; самостійна робота студентів: з книгою; виконання індивідуальних навчальних проектів.

ІІ. Методи стимулювання інтересу до навчання і мотивації навчально-пізнавальної діяльності:

методи стимулювання інтересу до навчання: навчальні дискусії; інтерактивні методи навчання, створення ситуацій пізнавальної новизни та зацікавленості.

## 11. Методи контролю

Для оцінки знань, умінь і навичок студентів при вивченні даного курсу використовуються наступні методи контролю: фронтальне опитування, письмове опитування, практичні заняття, модульні контрольні роботи, творчі завдання, реферати.

## 12. Розподіл балів, які отримують студенти

| Поточне тестування та самостійна робота | | | | | | | | Контрольна робота | Іспит | Накопичувальні бали/ Сума |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| К1 | К2 | К3 | К4 | К5 | К6 | К7 | К8 | 1 сем. – 3; 2 сем. – 3 | 320 (40х8) | 800 |
| 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | | | |

Розрахунок балів за один кредит: 1 кредит – 100 балів, а саме 40 б. – самостійна робота, 60 б. – поточне оцінювання, зокрема 20 б. контрольна робота.

Таким чином максимальна кількість балів, яку студент може отримати - 300 б., що складає 60 %. Решта – складання іспиту ( 40%).

**Шкала оцінювання: національна та ECTS**

| ОЦІНКА ЄКТС | СУМА БАЛІВ | ОЦІНКА ЗА НАЦІОНАЛЬНОЮ ШКАЛОЮ | |
|---|---|---|---|
| | | екзамен | залік |
| A | 90-100 | 5 (відмінно) | 5/відм./зараховано |
| B | 80-89 | 4 (добре) | 4/добре/ зараховано |
| C | 65-79 | | |
| D | 55-64 | 3 (задовільно) | 3/задов./ зараховано |
| E | 50-54 | | |
| FX | 35-49 | 2 (незадовільно) | Не зараховано |

## 13. Методичне забезпечення

1. Навчально-методичний комплекс.

## 14. Рекомендована література

### Базова


1. Дефектологічний словник / за ред. В.І. Бондаря. – Луганськ, 2003.
2. Зайцева Г.Л. Дактилология. Жестовый язык. – М., 2002. – 270 с.
3. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М., 1991.
4. Рібцун Ю.В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс / Ю.В.Рібцун – К.: Освіта України, 2011. – 292 с.
5. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: навчальний посібник / В.М. Синьов, Г.М. Коберник – К.: Вища школа., 1994. – 143с.
6. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М., 1987.
7. Хрестоматія по логопедії / За ред. М.К. Шеремет. – К., 2005.
8. Чиркина Т.Б., Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Основы логопедии. – М., 1989.
9. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / М.К. Шеремет – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.


### Допоміжна


1. Гвоздев А.Н., Вопросы изучения детской речи. – М., 1961.
2. Гриценок Л.І., Обухівська А.Г., Панок В. Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України. – К., 2005.

3. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. – М., 1973.
4. Конопляста С.Ю. Ринолалія // Педагогіка та методика: спеціальні. – К., 2005.
5. Отбор детей во вспомагательные школы / Под ред. С.Д. Забрамной. – М,1971.
6. Психологический словарь. – М., 1983.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. – М., 1969.
8. Тарасун В.В. Тесты учебных способностей для 1 кл. // Серия “Учитель и пиходиагностика”. – № 3. – К., 1992.
9. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. – М., 1969.

## 15. Інформаційні ресурси

http://www.defectology.ru/

http://www.logoped-sfera.ru/

http://defectologya.ru/publ

http://www.defektologiya.ru

http://mologoped.26206s013.edusite.ru/p8aa1.html

http://www.ikprao.ru

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**
**ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**
Кафедра дошкільної освіти

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор із науково-педагогічної
роботи_____ Н. І. Василькова
28 серпня 2017 р.

# ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
# ЛОГОПЕДІЯ З ПРАКТИКУМОМ

ОКР «бакалавр»
Галузь знань: 0101 Педагогічна освіта
Напрям підготовки: 6.010101 Дошкільна освіта
Факультет: дошкільної та початкової освіти

2017-2018 навчальний рік

Програму розроблено та внесено: Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського

РОЗРОБНИК ПРОГРАМИ: Шапочка Катерина Анатоліївна, доцент кафедри дошкільної освіти, кандидат педагогічних наук.

Програму схвалено на засіданні кафедри дошкільної освіти
Протокол від «__» серпня 2017 року № __

Завідувач кафедри
дошкільної освіти _____ (Трифонова О.С.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією факультету дошкільної та початкової освіти

Протокол від «__» серпня 2017 року № 1
Голова навчально-методичної комісії _____ (Курчатова А.В.)

Програму погоджено навчально-методичною комісією університету

Протокол від «28» серпня 2017 року № 12
Голова навчально-методичної комісії університету_____(Василькова Н. І.)

# ВСТУП

Програма вивчення нормативної навчальної дисципліни «Логопедія з практикумом» складена к.пед.н., доцентом Шапочкою Катериною Анатоліївною відповідно до освітньо-професійної програми підготовки бакалаврів напряму 6.010101 Дошкільна освіта.

**Предметом** вивчення навчальної дисципліни є проблеми навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Забезпечення оптимальних умов їхнього виховання, навчання та підготовки до самостійного активного суспільно корисного життя в нормальному соціальному оточенні.

**Міждисциплінарні зв'язки**: Вивчення курсу «Логопедія з практикумом» здійснюється у тісному зв'язку з іншими навчальним дисциплінами. Методологічні основи засвоєння курсу становлять такі навчальні дисципліни: вікова фізіологія і валеологія, загальна педагогіка, психологія дитяча, основи дефектології та логопедії, ігри в логопедичній роботі.

Програма навчальної дисципліни складається з таких змістових модулів: Логопедія як наука. Історія становлення логопедії як науки. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції. Порушення голосу. Порушення писемного мовлення.

## Мета та завдання навчальної дисципліни

Дана програма за змістом охоплює всі розділи логопедії, може бути використана багатопрофільно в системі підготовки студентів та перепідготовки, підвищення кваліфікації педагогічних працівників.

Враховуючи особливо важливе значення правильного мовлення для всебічного розвитку особистості дитини, питанням попередження та корекції різних мовленнєвих вад у дітей має приділятися значне місце в системі підготовки не лише логопедів дошкільних та шкільних установ, а й інших фахівців, які мають працювати в загальних та спеціальних навчально-виховних закладах Міністерства освіти і науки України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України. Зважаючи на значне зростання мовленнєвої патології в останні роки, педагоги-фахівці мають бути озброєними міцними теоретичними знаннями з даного курсу та уміннями застосовувати їх на практиці. Вони повинні сприяти не лише правильному формуванню мовлення дітей різного віку, а й мати міцні знання про мовленнєві порушення, володіти навичками діагностування та виправлення різних вад мовлення. Отже, в процесі вивчення курсу «Логопедія з практикумом» студенти мають оволодіти міцними знаннями, уміннями та навичками виховання та перевиховання осіб з мовленнєвими вадами, а також попередження та корекції у них мовленнєвих порушень.

З **метою** надання студентам знань та умінь із зазначених розділів курсу викладач, який проводить лекційні, семінарсько-практичні та лабораторні заняття, повинен вирішити такі **завдання** професійної підготовки студентів:

1) надати студентам теоретичні знання щодо загальної характеристики різних мовленнєвих порушень в історичному аспекті, етіології, механізмів,

симптоматики, класифікації, динаміки протікання даних порушень мовлення за умов спонтанного та цілеспрямованого навчання та виховання;

2) сформувати у студентів уміння правильно діагностувати певну мовленнєву ваду та визначати ефективні шляхи корекційного впливу у різних категорій дітей із ТВМ;

3) ознайомити студентів з питаннями організації логопедичної допомоги та профілактики даних мовленнєвих порушень.

Вирішення цих завдань передбачає використання різних організаційних форм занять: а) лекцій; б) самостійної роботи; в) лабораторних / практичних занять; г) групових та індивідуальних консультацій.

**Перелік компетентностей**, якими повинні оволодіти студенти в процесі вивчення курсу «Логопедія з практикумом»:

**Інтегральна компетентність:** Здатність самостійно і комплексно розв'язувати складні спеціалізовані завдання та практичні проблеми в галузі розвитку, навчання і виховання дітей раннього і дошкільного віку із застосовуванням теорії і методики дошкільної освіти в типових і невизначених умовах системи дошкільної освіти

**Загальні компетентності:**

**КЗ-1**. Здатність до продуктивного (абстрактного, образного, дискурсивного, креативного) мислення.

**КЗ-2**. Здатність до самостійного пошуку, обробки та аналізу інформації з різних джерел.

**КЗ-3.** Здатність ідентифікувати, формулювати та розв'язувати проблеми.

**КЗ-4**. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

**КЗ-5.** Здатність до планування, складання прогнозів і передбачення наслідків своїх дій

**КЗ-6**. Здатність до співпраці і взаємодії в команді.

**КЗ-7**. Здатність до самокритики і сприймання конструктивної критики.

**КЗ-8**. Здатність приймати рішення і діяти відповідно до морально-етичних і правових норм.

**КЗ-9.** Здатність до вільного спілкування і співпраці державною та рідною мовами (усно і письмово).

**КЗ-10**. Здатність до вільного користування засобами сучасних інформаційних і комунікаційних технологій.

**КЗ-11**. Здатність до забезпечення безпеки діяльності власної та інших учасників освітнього процесу.

**КЗ-12**. Здатність до управління якістю роботи, що виконується.

**КЗ-13**. Здатність створювати команду, мотивувати її членів та досягати спільних цілей

**КЗ-14.** Здатність до проектної організації діяльності

**Спеціальні (фахові компетентності):**

**КС-1.** Здатність до розвитку в дітей раннього і дошкільного віку базових якостей особистості (довільність, самостійність, креативність, ініціативність, свобода поведінки, самосвідомість, самооцінка, самоповага).

**КС-2.** Здатність до розвитку допитливості, пізнавальної мотивації, пізнавальних дій у дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-3.** Здатність до розвитку перцептивних, мнемічних процесів, різних форм мислення та свідомості у дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-4.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку первинних уявлень про предметне, природне, соціальне довкілля, властивості і відношення предметів; розвитку самосвідомості (Я дитини і його місце в довкіллі).

**КС-5**. Здатність до розвитку в дітей раннього і дошкільного віку мовлення як засобу спілкування і взаємодії з однолітками і дорослими.

**КС-6.** Здатність до навчання дітей раннього і дошкільного віку рідної і української (державної) мов.

**КС-7.** Здатність до навчання дітей раннього і дошкільного віку суспільно визнаних морально-етичних норм і правил поведінки.

**КС-8.** Здатність до національно-патріотичного виховання дітей раннього і дошкільного віку (любов до Батьківщини, рідної мови, рідного міста, поваги до державних символів України).

**КС-9.** Здатність до виховання у дітей інтересу і поваги до національних традицій, звичаїв, свят, обрядів, народних символів.

**КС-10.**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок безпечної поведінки і діяльності в побуті, природі і довкіллі.

**КС-11**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок екологічно доцільної поведінки і діяльності у природі.

**КС-12**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку естетичного ставлення до довкілля, емоційного сприймання і переживання творів мистецтва.

**КС-13**. Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку елементарних уявлень про різні види мистецтва і засоби художньої виразності (слово, звуки, фарби тощо).

**КС-14.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку досвіду самостійної творчої діяльності у різних видах мистецтва (образотворче, музичне, театральне).

**КС-15**. Здатність до фізичного розвитку дітей раннього і дошкільного віку, корекції і зміцнення їхнього здоров’я засобами фізичних вправ і рухової активності.

**КС-16.** Здатність до організації і керівництва ігровою (провідною), художньо-мовленнєвою і художньо-продуктивною (образотворча, музична, театральна) діяльністю дітей раннього і дошкільного віку.

**КС-17.** Здатність до формування у дітей раннього і дошкільного віку навичок здорового способу життя як основи культури здоров’я (валеологічної культури) особистості.

**КС-18.** Здатність до індивідуального і диференційованого розвитку дітей раннього і дошкільного віку з особливими потребами відповідно до їхніх можливостей (інклюзивна освіта).

На вивчення навчальної дисципліни відводиться 240 годин / 8 кредитів ECTS.

**2.Інформаційний обсяг навчальної дисципліни**

**Кредит 1. Логопедія як наука.**

**Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи.

Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток)

**Тема 2.** Види мовленнєвих порушень.

Причини мовленнєвих порушень. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями усного мовлення, порушення писемного мовлення. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ.

**Кредит 2. Історія становлення логопедії як науки.**

**Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної.

**Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку.

**Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція.**

**Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.

Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ.

**Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.

Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення».

**Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції.**

**Тема 1.** Дислалія.

Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків.

**Тема 2.** Ринолалія.

Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією.

**Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія.

Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна

реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП.

**Тема 2.** Заїкання.

Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання.

**Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія).

Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії.

**Тема 2.** Алалія.

Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії.

**Кредит 7. Порушення голосу**

**Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу.

**Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані.

**Кредит 8. Порушення писемного мовлення**

**Тема 1.** Порушення писемного мовлення.

Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання.

**Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. Профілактика порушень писемного мовлення.

## 3. Рекомендована література

**Базова**


1. Дефектологічний словник / за ред. В.І. Бондаря. – Луганськ, 2003.
2. Зайцева Г.Л. Дактилология. Жестовый язык. – М., 2002. – 270 с.
3. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М., 1991.
4. Рібцун Ю.В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс / Ю.В.Рібцун – К.: Освіта України, 2011. – 292 с.

5. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: навчальний посібник / В.М. Синьов, Г.М. Коберник – К.: Вища школа., 1994. – 143с.
6. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М., 1987.
7. Хрестоматія по логопедії / За ред. М.К. Шеремет. – К., 2005.
8. Чиркина Т.Б., Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Основы логопедии. – М., 1989.
9. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / М.К. Шеремет – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.

**Допоміжна**

1. Гвоздев А.Н., Вопросы изучения детской речи. – М., 1961.
2. Гриценок Л.І., Обухівська А.Г., Панок В. Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України. – К., 2005.
3. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. – М., 1973.
4. Конопляста С.Ю. Ринолалія // Педагогіка та методика: спеціальні. – К., 2005.
5. Отбор детей во вспомагательные школы / Под ред. С.Д. Забрамной. – М,1971.
6. Психологический словарь. – М., 1983.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. – М., 1969.
8. Тарасун В.В. Тесты учебных способностей для 1 кл. // Серия “Учитель и пиходиагностика”. – № 3. – К., 1992.
9. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. – М., 1969.

## 15. Інформаційні ресурси

http://www.defectology.ru/

http://www.logoped-sfera.ru/

http://defectologya.ru/publ

http://www.defektologiya.ru

http://mologoped.26206s013.edusite.ru/p8aa1.html

http://www.ikprao.ru

4. **Форма підсумкового контролю успішності навчання: залік, екзамен.**

5. **Засоби діагностики успішності навчання:** поточне усне опитування, поточні письмові самостійні роботи, контрольні роботи, тестові технології (експрес-тестування), проекти, презентації, підсумкова комплексна контрольна робота.

**Конспект лекцій з дисципліни**

**Лекція № 1, 2**

**Кредит 1. Логопедія як наука.**

**Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи.

Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток)

## Предмет і завдання логопедії

Логопедія — наука про порушення розвитку мовлення. ного подолання і запобігання йому засобами спеціального корекційного навчання і виховання.

У перекладі з грец, (*логос* — слово, мовлення і*пейдео* — виховую, навчаю) означає «виховання мовлення» і є одним із розділів ко р е к ц і й н ої п е д а го г і к и.

Предметом логопедії є вивчення закономірностей навчання і виховання осіб з порушеннями мовлення і пов'язаними з ними відхиленнями в психічному розвитку. Логопедію традиційно поділяють на дошкільну, шкільну і логопедію дорослих. Основи логопедії як педагогічної науки розроблені Р. Левіною в 50— 70-хроках XX ст. і грунтуються на вченні про складну ієрархічну структуру мовленнєвої діяльності.

Психологічною основою методик корекції порушення мовлення у дітей є теорія мовлення і мовленнєвої діяльності. Остання реалізується в її основних видах: слухання (аудиювання), говоріння (вимовляння), читання, письмо (писемне мовлення). Ці види мовленнєвої діяльності є основними для взаємодії людей у процесі вербального спілкування. Залежно від спрямованості на приймання (декодування) або видачу (кодування) мовленнєвого повідомлення розрізняють мовленнєву діяльність рецептивну і продуктивну.

*Порушення мовлення* — термін для позначення відхилень від мовленнєвої норми, прийнятої в мовному середовищі, які частково або повністю перешкоджають мовленнєвому спілкуванню, обмежують можливості пізнавального розвитку і соціокультурної адаптації.

Основними завданнями логопедії є:

•вивчення симптоматики порушень мовлення у дітей дошкільного і шкільного віку;

•дослідження структури мовленнєвих порушень і впливу мов-
леннєвих розладів на психічний розвиток дитини;

*розроблення методів педагогічноїдіагностики мовленнєвих розладів;

*вивчення закономірностей спеціального навчання і виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку;
*розроблення науково обгрунтованих методів усунення і запобігання різним формам мовленнєвих недоліків;
•організацію системи логопедичної допомоги.

**Методи логопеди**

Логопедична робота може здійснюватися з використанням різних методів, серед яких умовно виділяють наочні, словесні і практичні.

*Наочні методи* спрямовані на збагачення змістової сторони мовлення і забезпечують взаємодію двох сигнальних систем. Велика роль у цьому процесі належить вихователю.

*Словесні методи* застосовують для навчання переказу, бесіди, розповіді без спирання на наочний матеріал.

*Практичні методи* використовують для формування мовленнєвих навичок за допомогою спеціальних вправ, ігор, інсценізацій.

Особливе значення в логопедії має застосування репродуктивних і продуктивних методів та їх поєднання з урахуванням специфіки мовленнєвого порушення.

*Репродуктивні методи* ефективні в розвитку імітаційних здібностей дітей, формуванні навичок чіткої вимови в процесі використання звукоскладових вправ, сприймання мовленнєвих зразків. їх роль особливо значна у формуванні першопочаткових навичок вимовляння звуків, корекції порушень голосу. Ефективність цих методів значно зростає, якщо їх використовувати у контексті цікавих і адекватних для дитини видів діяльності.

*Продуктивні методи* найширше використовують для побудови зв'язних висловлювань, різних видів розповіді, в творчих завданнях. Перехід до використання продуктивних методів щоразу визначають логопед і вихователь залежно від конкретних завдань корекції порушення і рівня сформованості необхідних посилань,тля переходу до самостійного мовлення.

Від правильного добору співвідношення застосовуваних методів здебільшого залежать ефективність логопедичної дії, якість і міцність сформованих мовленнєвих навичок у вільному спілкуванні.

Методика логопедичного впливу за різних видів і форм мовленнєвих *недоліків* передбачає використання всієї різноманітностіпсихолого-педагогічнихметодів дошкільної корекційної педагогіки. Особливості застосування цих методів зумовлені специфікою мовленнєвого розладу, структурою співвідношення
первинних і продуктивних порушень мовлення дитини, її віковими ознаками.

Логопедичний вплив має бути спрямований на стимуляцію мовленнєвого розвитку з урахуванням порушеної функції мовленнєвого механізму, корекцію і компенсацію порушень окремих ланок і всієї системи мовленнєвої діяльності, виховання і навчання дитини з мовленнєвими порушеннями для подальшої інтеграціїї в середовище дошкільників, що нормально розвиваються. В разі виражених («тяжких») порушень мовлення велику роль відіграють перебудова мовленнєвої функції і формування компенсаторних механізмів, що компенсують порушену ланку.

**Причини мовленнєвих порушень**

Серед чинників, що призводять до виникнення мовленнєвих порушень у дітей, розрізняють несприятливі зовнішні (екзогенні) і внутрішні (ендогенні), а також зовнішні умови навколишнього середовища.

Під час розгляду різних причин мовленнєвої патології застосовують еволюційно-динамічнийпідхід, який полягає в аналізі процесу виникнення вади, урахуванні загальних закономірностей аномального розвитку на кожній віковій стадії (І. Сеченов, Л. Виготський, Р. Левіна, Є. Мастюкова та ін.).

Потрібно також спеціально вивчати умови, що оточують дитину. Принцип єдності біологічного і соціального процесів формування психічних (у тому числі й мовленнєвих) процесів дає змогу визначити вплив мовленнєвого оточення, спілкування, емоційного контакту та інших чинників на дозрівання мовленнєвої системи. Прикладами несприятливого впливу мовленнєвого оточення можуть слугувати недорозвинення мовлення у дітей, що чують, але виховуються у глухих батьків, а також у дітей, що тривало хворіють і яких часто госпіталізують (тобто соматично ослаблених), виникнення у дитини заїкання в разі тривалих ситуацій у сім'ї, що травмують.

У дітей дошкільного віку мовлення є вразливою функціональною системою і легко зазнає несприятливих впливів. Можна виділити деякі види вад мовлення, які виникають унаслідок успадкування: вади вимовляння звуків *л, р,* пришвидшений темп мовлення. Найчастіше страждає мовленнєва функція в критичні періоди її розвитку, що створює умови для «зриву» мовлення: в1—2роки, в 3 роки і в6—7років.

Основні причини патологій дитячого мовлення:

- внутрішньоутробні патології, що призводять до порушення розвитку плоду. Найгрубіші вади мовлення виникають у разі порушення розвитку плоду в період від 4 тижнів до 4 місяців.

Виникнення мовленнєвої патології спричинюють токсикоз вагітності, вірусні й ендокринні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором,екологія навколишнього середовища;

•пологові травми і асфіксії під час пологів, які призводять до внутрішньочерепних крововиливів;

•захворювання в перші роки життя дитини; залежно від часу їх впливу, локалізації ураження мозку мовленнєві вади можуть бути різного типу. Негативно позначаються на розвитку мовлення часткові інфекційно-віруснізахворювання, менінгоенцефаліти, ранні тривалішлунково-кишковірозлади;

•травми черепа, що супроводжуються струсом мозку;

•спадкові чинники; в цих випадках порушення мовлення можуть становити лише частину загального порушення мовленнєвої системи і поєднуватися з інтелектуальною і руховою недостатністю;

•несприятливі соціально-побутовіумови, що призводять до мікросоціальної педагогічної занедбаності, вегетативної дизфункції, порушеньемоційно-вольовоїсфери і дефіциту розвитку мовлення.

Кожна із зазначених груп причин, а іноді і їх сукупність, може зумовити порушення різних сторін мовлення.

Під час аналізу причин виникнення порушень враховують сукупність мовленнєвої вади і збережених аналізаторів та функціхі, які можуть бути джерелами компенсації в разі корекційного навчання.

Велике значення має рання діагностика аномалій розвитку мовлення. Мовленнєві дефекти, виявлені тільки під час вступу дитини до школи або в молодших класах, важко компенсувати (втрачений синзетивний період), що негативно позначається на успішності. Якщо відхилення виявляють у дитини в ясельному періоді або дошкільному віці, то рання медична і педагогічна корекція значно підвищує ймовірність повноцінного навчання її в школі.

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

1)де вже є дитина з тією або іншою вадою;

2)зі спадковою розумовою відсталістю, де є хворі на шизофренію, з порушенням слуху в одного з батьків або в обох;

3)де матері перенесли під час вагітності гострі інфекційні захворювання, тяжкий токсикоз;

4)де є діти , що перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, природну асфіксію, травму або нейроінфекцію,черепно-мозковітравми в перші місяці життя.

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

Упрофілактиці аномалій мовленнєвого розвитку велику роль відіграють диспансеризація дітей, що перенесли родові травми, їх тривалий патронат у фахівців.

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

Нині велику увагу приділяють проблемі ранньої діагностики і корекції відхилень мовленнєвого розвитку дітей. Значного поширення набув досвід корекційної роботи, який полягає у створенні діагностичних груп дітей дошкільного віку з відповідним медичним обслуговуванням. Спираючись на світовий досвід, потрібно створити центри ранньої діагностики і спеціальної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку.

**Контрольні запитання і завдання**

1.Що є предметом логопедії?
2.Які форми і види мовлення ви знаєте?
3. Розкрийте аспекти нормгільного розвитку мовлення дітей.
**4.** Що розуміють під поняттям «порушення мовлення»?
5.У чому полягають основні завдання логопедії?
6.Які ви знаєте принципи аналізу мовленнєвої патології?
7. Схарактеризуйте основні методи логопедичного впливу.
8. Назвіть чинники, які можуть стати причиною мовленнєвих порушень у дитини.

***Література***


1. Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы. – М.: Просвещение, 1968. – С. 148–149.

2. Бельтюков В. И. Об усвоении детьми звуков речи. – М.: Просвещение, 1964. – С. 91.

3. Березин Ф. М., Головин Б. Н. Общее языкознание. – М.: Просвещение, 1979. – 416 с.

4. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности. – М., 1966. – 290 с.

5. Брунер Дж. Онтогенез речевых актов // Психолингвистика. – М., 1984. – С.21–47.

6. Валлон А. От действия к мысли. – М.: Изд–во иностранной литературы, 1956. – 238 с.

7. Выготский Л. С. Мышление и речь: Психологические исследования – М.: Лабиринт, 1996. – 416 с.

8. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: Изд–во АПН РСФСР, 1961. – 471 с.

9. Запорожец А. В. Актуальные педагогические и психологические проблемы дошкольного воспитания. Материалы к докладу на Всесоюзных педагогических чтениях. Ленинград, 1970 г. – М.: Знание, 1970. – 29 с.

10. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии. – М.: Просвещение, 1968. – 367 с.

11. Леонтьев А. А. Слово в речевой деятельности. – М.: 1965. – 245 с.

12. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. – М.: 1975. – 253 с.

13. Орфинская В. К. Типы недоразвития языковых систем у учащихся младших классов вспомагательной школы // Научно – теоретическая конференция, посвященная 50 – летию СССР. Сектор дефектологии. – Л., 1967. – С. 189–191.

14. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М.: Педагогика – Пресс, 1994. – 526 с.

15. Слобин Д., Грин Дж. Психолингвистика. – М.: 1976. – 357 с.

16. Соботович Е. Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования. – К.: ІЗМН, 1997. – 44 с.

17. Соботович Е. Ф., Соботович И. Э. Формирование перцептивного и смыслового уровня восприятия речи (слов) в процессе онтогенеза // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин. – К.: 1994. – С. 271–273.

18. Уфимцева А. А. Типы словесных знаков. – М.: Наука, 1974. – 206 с.

19. Чистович Л. А. Речь. Артикуляция и восприятие. – М.: 1965. – 241 с.

20. Шахнарович А. М. К проблеме психолингвистического анализа детской речи. Автореф. дис... к–та филол. наук. – М.: 1974. –24 с.

21. Швачкин Н. Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте // Известия АПН РСФСР. – 1948. – №13. – С. 101–133.

22. Эльконин Д. Б. Развитие речи в дошкольном возрасте. – М.: Изд–во АПН РСФСР, 1958. –115 с.

**Лекція №**

**Кредит 2.** Історія становлення логопедії як науки.

**Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної.

**Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку.

**Перші суспільні погляди на проблеми людей з психофізичними відхиленнями**

За дослідженнями багатьох вчених, відрізок європейської історії від VIII ст. до н.е. до XII століття можна рахувати як перший етап еволюції у ставленні суспільства до розумово відсталих. У цей проміжок часу суспільство пройшло шлях від агресивного неприйняття розумово відсталих та інвалідів в цілому до прецедентів усвідомлення окремими особами необхідності надання їм допомоги і організації опіки.

Наука не має достатньо аргументованих доказів стосовно життя і соціального положення розумово відсталих у період первіснообщинного ладу. Та можна припустити, що в ті часи особи, які не могли приймати участь у житті спільноти, тобто не полювали, не збирали їжу, не могли достатньо швидко пересуватись, мали ті чи інші психічні або фізичні відхилення, були не потрібні клану і від них відмовлялись.

Археологи, які вивчали залишки древніх людей, припускаються думки, що в цей час відхилення в поведінці і в інтелектуальній діяльності обумовлювались впливом злих духів. Ці люди вірили, що тіло і розум людини являють собою поле битви між зовнішніми силами добра і зла. В більшості випадків патологічна поведінка пояснювалась як перемога злих духів, і для того, щоб вилікувати людину, необхідно примусити злих духів залишити тіло.

Цей погляд, можливо, існував і в кам’яному віці, більше, ніж півмільйона років тому. На деяких черепах, знайдених в Європі і в південній Америці, можна помітити сліди операції, яка називається трепанація, під час якої у хворої людини кам’яним інструментом (трепаном) вирізались круглі отвори. Деякі історики прийшли до висновків, що ця операція проводилась з метою лікування гострої патологічної поведінки – галюцинацій, тобто коли люди чули або бачили те, чого насправді не існувало. Череп розрізався з метою випустити злих духів, які – як припускалось – були причиною виникнення таких поведінкових реакцій [3].

У книзі „Законів Ману” є закони, що відображають міфологічні уявлення про метаморфози душ. Сповнені добрих намірів душі набувають божественних рис. Душі, над якими панують пристрасті, не виходять з людського образу. Ті, що керуються мотивами зла, падають до рівня тварин. Градація таких рівнів встановлюється на основі кваліфікації живих істот за їхніми добрими вчинками. У Давній Індії низхідна градація у переселеннях душі мала таку послідовність: боги, святі, вищі аскети, брахмани, німфи, царі й міністри, актори, п’яниці, птахи, танцюристи, шахраї, слони, коні, шудри, дикі звірі, змії, хробаки, комахи і, нарешті, неживі предмети. Покарані за негідні вчинки люди можуть

відроджуватись ідіотами, сліпими, глухими, німими, різними потворами [9, 168].

Також в „Законах Ману” оригінально регулювались правила спадкування, які виключали з числа спадкоємців дітей розумово відсталих, хворих і бідуючих. Недійсними рахувались також договори, які вкладались безумною людиною, людиною, яка була в стані гніву або горя, шляхом обдурювання або насилля, а також старою людиною, дитиною або калікою [4, 48].

Аналіз ставлення людей до розумово відсталих та інших осіб з відхиленнями доцільно розпочинати з перших законів Лікурга, які увібрали в себе агресивне ставлення до даної категорії населення і відобразили активне неприйняття таких осіб. Закони Лікурга передбачали знищення неповноцінних. В античному світі життя розумово відсталих та інших осіб з порушеннями як фізичного розвитку, так і поведінки було трагічним. Вони не рахувались громадянами держави, а їхній статус прирівнювався до статусу рабів. Їх чекала в гіршому випадку фізична, в кращому – громадянська смерть. Навіть якщо патологія проявлялась в більш пізньому віці, таких осіб позбавляли права громадянства, участі в суспільних заходах, права спадкування, власності тощо. Закон дискредитував навіть тих, хто належав до привілейованих прошарків суспільства, умовно поділяючи їх на повноцінних і неповноцінних. У світ вільних громадян античних держав-полісів глухим, сліпим, розумово відсталим, психічно хворим доступу не було. Прикладом такого ставлення до осіб з порушеннями психофізичного розвитку була антична держава-поліс Спарта. Безпосередньо після народження дитини старійшини общини вирішували про її право на життя або на смерть. Дитина при позитивному вирішенні цього питання залишалась жити у сім’ї до семилітнього віку. Якщо вона народжувалась негарною або слабкою, її тут же кидали в гірське провалля Тайтега.

У той же час необхідно зазначити, що ці люди мали можливість вільно пересуватись по території інших держав-полісів. Жорстких обмежень для них не існувало. Не має сумнівів у тому, що багато з них помирало через відсутність догляду і підозрілим ставлення інших членів спільноти: „сумирні ідіоти і розумово відсталі просили милостиню у храмах, на перехрестях доріг, на базарах, як це і досі існує в багатьох азіатських країнах” [2, 18].

На організацію медичної допомоги особам з порушеннями психофізичного розвитку в той час вказують багато джерел, які свідчать про прагнення античних філософів і медиків розібратись в проблемах неадекватної поведінки деяких людей. Ними займались як приватні, так і міські лікарі, які керували безкоштовними лікувальними закладами того часу. Ці „іатреї” являли собою перші спроби створення суспільних амбулаторій. Але достеменно невідомо, чи приймались до таких амбулаторій психічно хворі і розумово відсталі.

В античний період висуваються припущення про природу розумової відсталості. Левкіп із Мілета першим висловив основний принцип будь-якої науки: не може бути дії без причини і все викликано необхідністю.

Значний вплив на науку про розумову відсталість та інші психічні порушення в цей час мали Демокріт і Гіпократ. Досить цікавою є легенда про їхню зустріч. Співвітчизники Демокріта, який проживав у місті Абдера, з

якихось причинами визнали його божевільним. Тоді до нього, майбутнього засновника атомістичної фізики, покликали здалеку того, хто потім буде зватись „батьком медицини”. Він приїхав з острова Коса, який був славний своїми мануфактурними виробами. З нетерпінням чекали жителі Абдера, чим закінчиться бесіда двох філософів, які розмовляли у саду під платаном. Ця розмова скінчилась досить несподівано для мешканців міста: їм було вказано, що Демокріт відрізняється здоровим і ясним розумом, чого ніяк не можна сказати про його співвітчизників.

Гіпократу належить роль розвитку наукової медицини і пропагування матеріалістичних ідей. Можна з впевненістю констатувати, що він і його учні розробили теорію про те, що причина поведінки як здорової, так і хворої людини, причина psyche перебуває в глибині його тіла, в матерії, з якої воно складається. Істинне положення цього центра було визначено не відразу. Деякі філософи і медики зосереджували розумові здібності під діафрагмою, і з цього періоду ввійшло в словник спеціалістів слово „френ”, яке потім переросло в „френію”.

Діафрагму примушували думати порівняно недовго – Арістотель приписав цю здатність серцю. Розкриваючи вчення про душу, Арістотель зазначав, що зміна в станах тіла призводить до змін у стані душі. Коли душа засмучується або радіє, то видно, що засмучені пригнічені, а радісні збуджені фізіономічно. Коли душа вже вивільняється від певного стану, а відповідний стан тіла ще триває, то в такому випадку душа і тіло впливатимуть на переживання один одного, хоч їхній стан і різний. Це стає очевидним із такого спостереження: божевілля кваліфікується як стан душі, але лікарі, очистивши тіло ліками та певною дієтою, звільняють душу від божевілля. Завдяки зціленню душі і тіло звільняється від хворобливого стану [9]. Тобто можна зазначити, що в цей час інтелектуальні відхилення трактуються як один з станів душі, яка існує в тілі, і що їх можна виправити, якщо віднайти відповідні ліки для тіла.

Але мозкова теорія поступово починає домінувати. Крім Піфагора її провісником рахується Алкмеон, який відкрив основні нерви органів чуттів, які назвав „ходами” або „каналами”, і визначив їх початок або закінчення в мозку. Отже, основи мозкової теорії були отримані Гіпократом практично готовими і він зробив визначення, що мозок – це орган, який відповідає за пізнання і пристосування суб’єкта до оточуючого середовища. „Потрібно знати, що, з одного боку насолода, радість, сміх, ігри, з іншого – невдоволення, печаль, жалоба – обумовлюються мозком. Від нього ми стаємо безумними, галюцинуємо, нас охоплює тривожність, страх або ніччю, або з настанням дня”. [2]. Так отримала підтвердження думка про те, що психічні порушення розумова відсталість мають свою анатомічну локалізацію.

Гіпократові належить і вчення про гумори – відповідно до античних поглядів, життєві рідини, які впливають на розумові і фізичні функції людського організму. Він вважав, що причиною патології буває якась форма захворювання мозку, а це захворювання – як і будь-яка хвороба – в своїй основі має дисгармонію чотирьох гуморів, що циркулюють в людському організмі: жовтої жовчі, чорної жовчі, крові і слизу [3].

Деякі дослідники стверджують, що гіпократівська медицина лише займалась описом зовнішніх факторів прояву тих чи інших психофізичних розладів і взагалі не враховувала спадковість. Потрібно зазначити, що лікарі того часу не надавали їй такого значення, як це було, наприклад, в XIX столітті, в період розквіту вчення Мореля про дегенерації. Але ще тоді в книжці „Про священну хворобу" писалося: „Якщо насправді від флегматика народжується флегматик, від жовчного – жовчний, від людини з хворою селезінкою – людина з хворою селезінкою, то де ж підстави вважати, що хвороба…, вражаючи батька або матір, не переходить до когось з дітей". Один з учнів Піфагора значно раніше зазначав, що ми маємо схильність до доброчинності і до розпусти так само, як до здоров'я і до хвороб, і це в більшості випадків залежить від наших батьків і від складових нашого тіла, а не від нас самих.

У розвиток вчення про хвороби розуму і душі внесли свій вклад філософи. Платон виділяв два типи безумства: одне пов'язане з бездіяльністю богів, інше – з порушенням раціональної діяльності душі. Характеризуючи безумства, пов'язані з бездіяльністю богів, він описує випадок з дельфійською Піфією, яка починала пророкувати, перебуваючи в особливому стані, яке не можна назвати ніяк інакше, як божевільність. Але поряд з цим він визнає і божевільність, пов'язану з людськими захворюваннями. Для цього він використовує терміни „аноя" – безрозсудність, яка має двоякий зміст: манія – шаленство і аматія – безглуздя. І те, і інше відбувається через порушення тілесних функцій, в результаті чого виникають важкі перевтоми, егоїзм, статева розпуста, пригнічений стан, забудькуватість і розумова відсталість. Він зазначає, що тих людей, які перебувають у даному стані, необхідно вважати недієздатними. „Шалені не можуть залишатися на волі, їх необхідно тримати під замком, причому родичі мають їх пильнувати; якщо вони цього не виконують, їх необхідно штрафувати" [2, 26]. Платон психічні функції відводить голові, причому робить це, виходячи не з анатомічних, а з чисто метафізичних поглядів: голова – це куля, а куля найбільш досконала з усіх геометричних фігур, і тому боги заключили душу в кулеподібне тіло, наслідуючи при цьому будову Всесвіту.

Окремі психіатричні роздуми спостерігаються і в поглядах Арістотеля, який в своїй книзі „Про пам'ять і пригадування" наводить випадки людожерства, хворобливих страхів і зазначає, що розумова відсталість настає іноді тоді, коли людина хворіє. Хоч Арістотель і звів діяльність головного мозку до функції залози, яка має лише охолоджувати надзвичайно розігріту кров і все психічне життя переніс у серце, йому належить введення в словник такого терміну, як афект в його теперішньому розумінні.

Потрібно також вказати, що стоїки, до яких належали Арістотель і Платон, прагнули виправдати вбивство дітей з психічними і фізичними відхиленнями і економічними, і євгенічними поглядами. Платон був одним з перших, хто заснував теорію про дегенерації. Він вказував, що поява нижчих істот пояснюється їхньою негативною поведінкою, в результаті чого настає їхня біологічна деградація. Платон з морального боку обгрунтовує необхідність таких антиеволюційних метаморфоз, розвиваючи на античному грунті ідею карми. Він твердить, що всі живі істоти і досі перероджуються одна в одну, змінюють свій вигляд у міру зростання розуму або глупства [9, 320].

З IV століття до н.е. афінська культура переноситься до Александрії. Тут починають розвиватись наукові ідеї, які були закладені в елінській культурі. Саме в Александрії Герофіл визначив мозок як центральний орган всієї нервової системи. Він зробив опис мозкових синусів і вмістив душу в (Calamus (torcular Herofili)) [2,28]. Він також розрізняв чуттєві і рухові нерви. Його співвітчизник Еразістрат запропонував анатомічний спосіб розділення розуму і здібностей людини. Масштабом для нього слугували площа поверхні мозку, різноманітність і глибина мозкових звивин. Він описав слуховий, зоровий та інші черепно-мозкові нерви. Св. Августин у своїх посланнях з Північної Африки вперше ввів метод внутрішнього психологічного спостереження переживань (інтроспекція). Опис переживань, за Св. Августином, дозволяє зрозуміти його оточуючим, розділити і співпереживати з ним. Його описи можна по праву рахувати першими психологічними трактатами, присвяченими проблемі роботи з розумово відсталими та психічно хворими.

Пізнання нервової системи – одне з головних досягнень александрійської лікувальної науки. Але при цьому залишаються невідомими погляди вчених Александрії на розумово відсталих, на організацію їхнього догляду та опіку, на узаконеність або неузаконеність їхнього існування в цій державі.

Потрібно вказати, що вбивство дітей було узаконене в древньому Римі. Про це свідчать слова відомого римського філософа Сенеки: „Ми вбиваємо потвор і топимо тих дітей, які народжуються на світ немічними і калічними. Ми чинимо так не через гнів або досаду, а керуючись правилами розуму: відділяти хворе від здорового.” [1, 11].

Першими римськими вченими, при яких вчення про розумову відсталість та інші психофізичні розлади набуло поширення, були Цельс і Соран. Саме вони виступали за турботливе ставлення до людей з різними відхиленнями. Соран розробив свою терапію роботи з такими людьми, вказуючи, що потрібно бути якомога приємншими тим людям, з якими маєте справу. Він вказував, що лікарі, „…які порівнюють розумово відсталих з дикими тваринами, яких необхідно морити голодом і спрагою для того, щоб вони стали покірними, повинні самі вважатись розумово відсталими і не братись за лікування інших” [2, 41].

Потрібно зазначити, що в Древньому Римі були створені закони, які передбачали регламентацію стосунків розумово відсталих і суспільства. Закони XII таблиць передбачали, що коли людина впадає в безумство і немає кому над нею потурбуватись вступає в дію влада агнатів над її майном. У ролі агнатів у більшості випадків виступали найближчі родичі і спадкоємці. Причому вони повністю володіли правом над особистістю і майном людини, яку вони опікали. Самі розумово відсталі вважались повністю недієздатними. Призначенню опікуна передувало розслідування психічного стану хворого з боку магістратури, від чого і залежало встановлення опіки. У випадках, коли до безумних вертався розум, вони вважались тимчасово дієздатними. Але в цих же законах вказувалось, що голова родини міг через заповіт змінити законний порядок опікунства і призначити для свої малолітніх або розумово відсталих дітей будь-якого опікуна.

Поступово опіка почала перетворюватись в Древньому Римі не в право, а в обов’язок. При цьому опіка ставала суспільною повинністю у подвійному

розумінні. Перш за все ідея полягала в тому, що опіка безпосередньо виступає як турбота про ближнього, який самостійно про себе потурбуватись не може, і є загальною повинністю держави. Таке визначення повністю було протиставлено старому, архаїчному законі про опікунів, відповідно до якого якщо у малолітньої або розумово відсталої дитини не було опікунів за законом (внаслідок відсутності рідних) або за заповітом, то вони повністю втрачали право на майно і залишались зовсім без опіки. Але вже у II столітті до нашої ери опікуни призначались магістратом при участі трибунів і несли відповідальність перед органами муніципального керівництва за адекватне керування майном людини, яку вони опікали. З іншого боку, опікунство перестало бути правом, а стало обов'язком людини, звільнення від якого можна було просити у магістрата лише за наявності поважних причин [4, 79-80].

Нові ідеали, нові цінності, новий погляд на людину і смисл її життя принесло християнство. Це вчення внесло в світ язичників інші погляди на людські цінності, релігійну чутливість і релігійне співчуття. Милосердя було узаконене не лише як доброчинність, а як святий обов'язок християн. Але нові ідеали, нові тенденції натикались на нерозуміння і опір значної частини населення ранніх християнських країн. Агресивне несприйняття осіб з інтелектуальними і фізичними відхиленнями повільно витіснялось з поглядів спільноти. Першими, хто зміг переступити незриму лінію і надати приклад співчутливої участі і милосердя до людей з психофізичними відхиленнями були нечисленні церковні подвижники. При монастирях з'являються перші притулки і хоспіси. У 369 році в Кесареє (Візантія) буза заснована лікарня Базіліас, яка включала в себе, крім госпітальних корпусів, також притулки для старців і сиріт, для бідних і мандрівників. Особливий штат працівників – паремпонти або парабалани – повинні були по всьому місту розшуковувати хворих, особливо іноземців, і доставляти їх до лікарні. Оскільки серед них були і розумово відсталі та психічно хворі особи, для них мало бути побудоване спеціальне відділення.

Значний внесок в науку і догляд за розумово відсталими внесли арабські вчені і просвітителі. Падіння Александрії, яке супроводжувалось спаленням бібліотек, музеїв, госпіталів привело до того, що значна частина вчених, лікарів, філософів емігрувала, уникаючи переслідувань християнських фанатиків. Біженці із залишками рукописів Арістотеля, Гелена, Гіпократа, Сорано та інших авторів знайшли притулок в Персії, яка була завойована арабами. З VII століття починається арабський період вивчення психічних і фізичних відхилень. По всій території арабського світу поширюється вчення греків, відкриваються госпіталі в Багдаді, де починаючи з IX століття ведуться записи спостережень, в Іраку, Іспагані, Ширазі, в теперішній Мерві, Ієрусалимі, Дамаску. В цьому місті емір Нур Еддін заснував госпіталь з декількома відділеннями, який славився своїм відмінним утримуванням хворих і значному медичному забезпеченню. В Кіїрі, за доповіддю Леклерка, у 854 році була відкрита лікарня з відділенням для психічно хворих, в яку приймались і розумово відсталі. На її побудову емір виділив 60000 динарів і сам приїздив ревізувати лікарів. Той же Леклерк повідомляє, що у величезній лікарні Мористан в Каїрі було також психіатричне відділення, яке збереглося аж до XVIII століття.

До проблем розумової відсталості та виникнення психічних хвороб долучився і відомий арабський лікар Авіцена. Він у своїх трактах вчив, що „проти сліз і суму, які не мають причин, необхідно застосовувати в якості лікування розваги, роботу, пісні, оскільки найбільш шкідлива річ для розумово відсталого – страх і самотність” [2, 51]. Інший арабський лікар рекомендував лікувати сумні стани грою в шахи; в Кордові лікар Авензор засуджує лікування психічних хвороб розпеченим залізом. За даними, які збереглись від тих часів, мусульманський схід, який звик до дервішів та факірів, ставився до своїх розумово відсталих і психічно хворих терпимо і поблажливо.

**2. Дослідження розумово відсталих в епоху середніх віків та в наступні періоди**

Потрібно зазначити, що за наступні століття західноєвропейськими країнами був пройдений значний шлях від відкриття монастирських до створення перших світських притулків для розумово відсталих і психічно хворих осіб. Не дивлячись на те, що в багатьох джерелах описується негативне ставлення суспільства до осіб з інтелектуальними та фізичними відхиленнями, ця епоха має позивні тенденції, які проявляються у тому, що зроблено відмежування осіб з психофізичними відхиленнями від здорової частини населення і розроблені основи організаційного догляду і опіки за ними.

У ранньому середньовіччі люди ще не встигли зробити тих висновків стосовно розумово відсталих та інших осіб з відхиленнями, які привели до інквізиції. Відомо, що починаючи з III століття всі особи з явними порушеннями інтелектуального розвитку, поведінки, фізичними дефектами піддавались так званим екзорцизмам, тобто заклинальним обрядам, які практикувались у монастирях, причому була створена навіть особлива категорія спеціалістів у даному напрямку, до яких привозили хворих. Жрець читав молитви, просячи злих духів покинути тіло, а якщо це не допомагало – давав хворому пити гірку рідину, яка викликала рвотні рефлекси. Якщо ці форми не давали позитивного ефекту, то застосовували більш радикальні форми вигнання бісів – людину бичували і не давали їй їди.

В X – XI століттях духовенство стало освіченою частиною населення, яка в своїх руках зосередила значні матеріальні ресурси. Ці фактори: з одного боку освіченість, з іншого – матеріальна забезпеченість – привели до того, що медицина знову об’єднується з церквою. При монастирях відкриваються притулки і сховища, де займаються лікуванням паломників. В більшості випадків такими притулками керує напівзнахар – напівлікар – монах. Деякі ордени спеціально займались медициною – бенедиктинці, алексіанці, госпітальєри, іоаніти набули певного досвіду в догляді за хворими.

Також розвивається і світська медицина. До IX століття вона набуває значного розквіту. Прикладом того є знаменита Селеріанська школа, в яку привозили психічно хворих і розумово відсталих. За зразком цієї школи у XII столітті відкрився медичний факультет в Болоньї, одночасно у Франції відкриваються університети в Монпельє і в Парижі, а в Англії – вищі школи Кембріджа і Оксфорда.

У цей період формується законодавча база для розумово відсталих та інших осіб з психічними та фізичними порушеннями. Юридичні акти того часу містять декілька пунктів з перерахунком заходів, які застосовуються у різних

випадках залежно від характеру і проявів патології, від матеріального статку хворого та його родичів, від того, чи він місцевий, чи іноземець. Наведемо приклад таких заходів:

1. Родичі обов'язково мають використовувати всі заходи для безпеки і спокою інших громадян, тобто тримати таку людину під замком. Середньовічний іспанський кодекс вказує, що „божевільний, маньяк і розумово відсталий не несуть відповідально за вчинки, зроблені ними; відповідальність падає на родичів, якщо ті не застосували достатньо заходів для унеможливлення того, що ця особа заподіяла іншим.” [15]. У Британії дається вказівка на те, що при відсутності родичів духовенство несе відповідальність за такого хворого. В Германії турботу про таку людину беруть на себе цехи; в цілому ряді випадків витрати на утримання таких осіб брали на себе міста.

2. Якщо родичі не мали змоги утримувати таку особу вдома і не мали для цього засобів, то розумово відсталих направляли до інших людей. Збереглися свідчення про випадки патронажу, який самостійно виникав у різних містах.

3. Хворих іноземців відвозили додому на батьківщину і здавали там родичам, а при відсутності останніх – комунам, причому вони мали оплатити всі транспортні витрати. Так, у Франції був виданий закон, який зобов’язував комуни годувати бідних і утримувати розумово відсталих під вартою за власні кошти. Якщо хвора людина не могла нічого розповісти про себе, її вивозили за межі держави і там залишали. Як правило, хворих, які повертались назад, жорстоко карали батогами.

4. Утримування в тюрмі використовувалось як виняткова міра в тих випадках, якщо родичі на могли справитись зі збудженим станом такої людини або коли на цьому наполягала міська влада, якщо хворий здавався їм небезпечним. Також в деяких містах облаштовували так звані ящики для буйних. Так, в 1376 році в Гамбурзі в одній башті міської стіни була зроблена камера, яка називалась на мові офіційної середньовічної латини cista stolidorum або custodia fatuorum, що означає ящик для розумово відсталих, або карцер для дурнів.

5. Значна частина хворих, які не були небезпечними для оточуючих, була вільною: багато дітей з помірною, тяжкою і глибокою розумовою відсталістю, епілептиків, шизофреників бродила по селах і містах і просячи милостиню.

У той же час, в цей період домінують релігійні погляди на відхилення, які зустрічаються у людей. Релігійні вірування, які самі по собі містили значну частину здогадів, стали домінувати над всіма аспектами життя людей. Поведінка людини розглядалась як боротьба між добром і злом. А поведінка, яка відрізнялась від загальноприйнятих суспільних норм, трактувалась як вплив Сатани. Хоч деякі лікарі й намагалися пояснити з медичної точки зору ті чи інші відхилення, їхні погляди не користувались популярністю.

Середньовіччя характеризувалось значною кількістю воєн, нашестям чуми і віспи, іншими хворобами. Люди звинувачували демона у всіх цих бідах. У цей період зустрічається багато випадків патологічної поведінки. Крім того, були випадки масового безумства, коли у багатьох людей в один і той же час виникали однакові видіння і галюцинації. При одному такому психічному порушенні, яке відоме як танок святого Вітта, групи людей починали скакати, танцювати, ходити колами і битись у конвульсіях. Всі були переконані, що цих

людей вкусив вовчий павук – тарантул. При іншій формі масового безумства, так званій лікантропії, люди починали вважати, що їхні душі захопили вовки і поводили себе, як звірі [3].

У середньовічній Європі порушення поведінки і стани розумової відсталості були описані у трактатах схоластів. Класифікація психічних, інтелектуальних та інших розладів у цей період носила демонологічний характер і залежала від стилю поведінки того чи іншого суб'єкта. Тим паче цей період дозволив класифікувати інтелектуальні та поведінкові відхиленя. Так, Парацельс відмежовував зв'язок психозів і розумової відсталості і спадковості, вважаючи, що існує тісний зв'язок між мінералом, зіркою, хворобою і характером, і пропонував лікування цих розладів хімічними речовинами. В епоху Відродження з'явились описи типології емоцій при психічних розладах. Леонардо да Вінчі і Мікеланджело належить серія малюнків, які ілюструють зміну міміки при психічних і фізичних стражданнях [8].

На початку XVI століття в Європі відбувається поворот до медицини древніх еллінів та римлян, розшифровуються рукописи, які до того часу були невідомі. Але не дивлячись на це, Західна Європа вступила в один з найбільш темних періодів своєї історії, коли войовнича церква стала використовувати всі наявні у неї засоби для збереження повноти своєї влади і матеріального достатку. Поворотним пунктом, з якого починається цей жах, прийнято вважати буллу папи Інокентія VIII, яка дозволяла розшукувати і судити людей, які добровільно або неусвідомлено підпали під владу демонів. Два домініканських монахи, Яків Шпренгер і Генріх Істіторис, опираючись на цю буллу як юридичну санкцію для свої дій, почали енергійно знищувати відьом. У 1487 році вони опублікували свій „Молот відьом", у якому були перераховані всі способи, як необхідно впізнавати і знищувати цих жінок. Беззаперечним доказом було власне визнання своєї провини звинувачуваними, що практично завжди досягалось через застосування нелюдських тортур. Як зазначають дослідники, важко визначити, скільки серед спалених і закатованих було розумово відсталих і психічно хворих людей. Людвиг Майєр вказує, що психічно хворі, розумово відсталі, люди з фізичними відхиленнями складали переважну масу таких жінок. У той же час Сольдан вважає, що серед них взагалі не було людей з психічними і розумовими відхиленнями [2, 68].

Першим представником педагогіки, який висловив думку про необхідність турботи й виховання розумово відсталих, був знаменитий педагог Ян Амос Коменський. У своїй „Великій дидактиці" він писав: „Хто має сумніви в тому, що виховання необхідно людям тупим, щоб звільнитись від природної тупості? Хто по природі більш за все повільний і тупий, той тим більше потребує допомоги, щоб по можливості звільнитись від цього. І не можна знайти такого малодумства, якому не могла б допомогти освіта. Як дірява посудина, яка часто піддається чищенню,і хоч і не утримує води, але все ж таки втрачає свій бруд і стає чистішою" [10]. У своїй „Великій дидактиці" він вказував на необхідність надання допомоги всім дітям з проблемами розвитку. У зв'язку з цим він писав: „Виникає питання, чи можна починати освіту глухих, сліпих і відсталих, яким через фізичний недолік не можна в достатній мірі прищепити знання? Відповідаю: із людської освіти не можна виключати нікого, крім нелюдини."

Досить цікаво висловився Монтель, сучасник непримиримих інквізиторів, таких як П'єр де Ланкр, Боден. Монтель у своїх „Дослідах" писав про відьом і чарівників наступне: „Ці люди здаються мені скоріше божевільними, аніж винними в чому-небудь. Але ж до чого високо необхідно ставити свою думку, щоб зважитись спалити людину заживо" [2, 70]. Але в той час авторитетні лікарі Франції були далекі від здорового глузду, яким відрізнявся Монтель. Фернель та Амбруаз Паре, фактичний засновник наукової хірургії, вірили в демонів, в голові у них змішувались здоровий глузд і марновірство.

Культура Ренесансу і Реформація поіншому поставили питання роботи з особами, які мають порушення психофізичного розвитку. Ідеї гуманізму й антропоцентризму оволоділи європейцями, змінюючи їх уявлення про сутність життя і значення людини на землі, не могли не вплинути на статус розумово відсталих осіб. У цей період деякі особи з відхиленнями в розвитку добиваються громадянської реабілітації – про них не лише починають турбуватись, але прагнуть навчати. Але до початку набуття досвіду організації індивідуального навчання, який накопичувався протягом багатьох десятиліть в різних країнах Європи, суспільні інститути не могли розпочати організацію спеціальних закладів для осіб з психофізичними відхиленнями. Лише переосмислення у Франції громадянських свобод і статусу осіб з порушеннями психофізичного розвитку дає можливість створити перші державні навчальні заклади для дітей з порушеннями слуху (1770) і для дітей з порушеннями зору (1784). Велика Французька революція з її Декларацією прав людини і громадянина (1789) примусила парижан поновому подивитись і оцінити статус інвалідів, психічно хворих і розумово відсталих. „Люди народжуються і залишаються вільними і рівними у правах" – стаття №1 Декларації прав людини і громадянина була поширена на всіх без винятку, в тому числі і на осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Особливого значення набувають погляди на розумову відсталість таких спеціалістів у галузі психіатрії, як П. Ж. Кабаніс, Ф. Пінель, Ж. Ескіроль, Ж. Ітар та інші. В цей період створюються перші класифікації психічних відхилень. Так, Ф. Платер вперше ввів в практику роботи з розумово відсталими термін „імбецильність", під яким розумів вищу ступінь розладів інтелекту, пам'яті і фантазії, в результаті чого виникає вища ступінь розумової відсталості. Він зазначав, що імбецильність виникає внаслідок різноманітних причин, до яких належать спадковість, травми, інсульти, статеві ексцеси, інтонсикації тощо. Причому на перший план висувається спадковість, на яку він вказував як на основну причину виникнення розумової відсталості. Також він у своїй класифікації розділив причини виникнення інтелектуальних розладів на зовнішні і внутрішні, що чітко вказує на екзогенні і ендогенні причини виникнення розумової відсталості.

Одним з видатних представників медицини був Франциск Делебо, більш відомий під ім'ям Сільвія. Він зазначав, що „хто не вміє лікувати хвороби розуму – той не лікар". Саме Делебо вперше висловив припущення, що порушення психічних процесів може лікуватись не лише лікувальними засобами, а й через моральні впливи і роздуми. Також у ті часи цей природодослідник вказав на такі форми розумової відсталості, які в наш час характеризуються як дементні: „розумова відсталість іноді виникає внаслідок

важких перенесених захворювань, і тоді вона важко піддається лікуванню” [2, 97]. Необхідно вказати, що про дану патологію зазначає в своїй праці „Про душу тварин” і Томас Уіліс. Він вказує на хворобу, яка являє собою цікаві особливості: „Я спостерігав численні випадки, де спочатку виникає загальне нездужання, потім зниження розумових здібностей, втрата пам’яті, після чого розвивається розумова відсталість, яка закінчується загальним виснаженням і паралічем”. Автор „Анатомії мозку” Т. Уіліс був великим прихильником мозкової локалізації патології розумової діяльності.

Особливе місце в французькій психіатрії належить Декену. Головний принцип його лікування полягав в тому, що його основою виступало гуманне ставлення до людей з розумовою відсталістю та іншими психічними захворюваннями. Декен був самостійним спостерігачем і оригінальним дослідником. У своїй простій класифікації він обмежився чисто зовнішнім описом клінічних типів.

Гуманістичні погляди Декена не були виянтком. Заповіти таких лікарів, як Аретей та Сорана, відроджуються у цей період. Одним з послідовників цих ідей був відомий флорентійський лікар Вінченцо Кіаруджи, професор медичної академії і директор госпіталю св. Боніфація. Кіаруджи розробив свою класифікацію психічних розладів, у якій виділив і групу розумово відсталих, вказавши, що при розумовій відсталості афективні розлади відступають на другий план. Він зазначав, що розумова відсталість виникає лише тоді, коли мозок уражений будь-яким глибоким матеріальним процесом. Є підстави вважати, що Кіаруджи серед форм набутої розумової відсталості вмів розрізняти прогресивний параліч [2, 128].

Значний внесок у розбудову науки про розумову відсталість і про зміну ставлення до них належить Ф. Пінелю. Він першим знав кайдани з психічно хворих і розумово відсталих у лікарнях Бісетр і Сальпетрієр. Нові стосунки встановлювались між лікарями та пацієнтами, в основі яких лежала довіра та увага один до одного. Пінель був одним з перших, хто розглядав ідіотію як таке психічне захворювання, при якому спостерігається зупинка розвитку інтелектуальних і афективних здібностей. Він визначає такий стан як більш або менш абсолютне порушення функцій розуму і почуттів, вказуючи на його стійкість. Але він ще дотримується тогочасного погляду на ідіотію як одну з форм безумства (аменцію) [1, 21].

Велика роль в розвитку науки про розумову відсталість належить учневі Ф. Пінеля Жану Етьєну Домініку Ескіролю. У книжці „Про психічні хвороби” він пропонує враховувати не лише психічні, а й соматичні прояви хвороби. У своїй класифікації він розділяє людей з психічними порушеннями на 5 груп: 1) лепіманія; 2) манія; 3) мономанія; 4) розумова відсталість; 5) ідіотизм. Нас цікавлять дві останні групи:

4) про розумову відсталість

а) розумова відсталість гостра;

б) розумова відсталість хронічна;

в) розумова відсталість стареча;

г) розумова відсталість, ускладнена паралічем.

5) про ідіотизм:

а) імбецильність;

б) ідіотизм і прямому розумінні цього слова;

в) ідіотизм кретинів-альбіносів.

Він вказував, що розумова відсталість є ураження головного мозку з хронічним перебігом, з послабленням інтелекту, з викривленням почуттів і волі. В одному з точних афоризмів Ескіроль проводить розмежування розумової відсталості та ідіотії: розумово відсталий втрачає свої багатства, які він мав, а ідіот був від народження бідним [2, 180]. Тобто він був одним з перших, хто почав розрізняти олігофренію і дементну розумову відсталість, не вживаючи цих термінів.

У 1839 році закінчується епоха Ф. Пінеля. У психіатрії був проголошений новий принцип. Знявши з розумово відсталих і психічно хворих кайдани, Пінель узаконив гальмівні сорочки. Джон Коноллі і їхнє використання заборонив у лікарнях. Він ввів у словник лікарів та психіатрів два нових слова – no restrent – „ніяких обмежень” – які стали його лозунгом і лозунгом майбутніх поколінь спеціалістів, які працювали і працюють з психічно хворими та розумово відсталими. Але навіть Коноллі не зміг зняти всіх обмежувальних заходів з цієї категорії населення. В лікарнях і госпіталях, в притулках і хоспісах ще довго використовувались замки на дверях і ізолятори, в які відправляли особливо нестриманих пацієнтів. Заборона використання ізоляторів прийшла через багато років, коли підняття загального матеріального і культурного рівня в європейських країнах дозволило внести значне удосконалення в лікувальну справу і створити те, про що мріяв попередник Коноллі – Гардинер Гіль: моральний вплив на хворого з боку добре підготовленого медичного персоналу [2, 223-224].

Прихильники даної системи – системи но-рестрента – були практично в кожній європейській країні. Починаючи з 1858 року цю систему енергійно відстоював Брозіус. Він переклав книжку Коноллі „Лікування душевно хворих без механічних засобів обмеження”. Він втілював у життя ідею патронатів для надання допомоги хворим, яких виписували з лікарняних закладів. Він був одним з засновників журналу „Друг душевно хворих”, який видавався Коснером з 1859 року.

Також яскравими прихильниками системи но-рестрента були Майер і Гризінгер. Вони спільно відстоювали цю систему, виступаючи проти Лера, Флемінга і Дамерова, погляди яких заважали розвитку даної системи. Гризінгер зазначав: „Ця система передбачає численну, розумну, діяльну і добру челядь, але ще більшою мірою – лікувальну діяльність, яка відбувається лише через сильну любов до своєї справи, терпіння і самопожертву” [2, 311].

Характеризуючи Європу кінця XIX, століття не можна не зупинитись і на інших тенденціях, які визначали спрямованість суспільної думки стосовно організації роботи з розумово відсталими, психічно хворими, сліпими, глухими та іншими категоріями людей з психофізичними відхиленнями. Провідником такої ідеї був французький психіатр Бенедикт Морель. У 1857 році від опубліковує свій „Трактат про виродження”. Дарвінівська теорія походження видів і морелівська ідея дегенерації з’являються практично одночасно і мають значний вплив на розвиток не лише психіатричної науки, а й інших суміжних і навіть віддалених наук. Морель визначає виродження наступними словами: „це є хвороботворне відхилення від первинного типу. Як би не було воно

елементарне на перших етапах, воно має здатність передаватись по спадковості, поступово зростаючи. Таким чином, носії цих зародків стають менш здатними виконувати своє призначення у людському суспільстві, а розумовий прогрес, який порушується у їхній іпостасі, піддається все більшій і більшій загрозі в особах їхніх нащадків… Отже, виродження і відхилення від нормального розвитку є одне і те ж.” [2, 339].

Ця ідея внесла у роботу з розумово відсталими дітьми антропологічний напрямок. Ідеї Мореля полягали в тому, що виродження відбувається не лише через наявні патологічну спадковість, а й обумовлюється цілим рядом шкідливих впливів факторів зовнішнього середовища. Він наводить таблицю етіологічних моментів виникнення дегенерацій:

1) виродження від інтонсикацій: болотяна лихоманка, опій, алкоголь; геологічний склад грунту (приклад – кретинізм); голодування, епідемії; отруєння харчовими продуктами;

2) виродження, які залежать від соціального середовища: робота на виробництві (Industries), шкідливі професії, матеріальна скрута;

3) виродження від попередніх хвороб або від патологічного темпераменту;

4) виродження, обумовлені важкими психічними переживаннями (mal moral);

5) виродження від вроджених патологій або від таких, які виникли в дитячому віці;

6) виродження, обумовлені спадковими впливами.

Достатньо одного погляду на дану таблицю щоб оцінити широке суспільно-медичне значення цієї доктрини [2, 342-343].

Потрібно зазначити, що дану доктрину не всі сприйняли адекватно. В багатьох країнах психологи, соціологи та юристи стверджували, що між розумовою відсталістю і злочинністю існує не лише соціальний, а й біологічний зв’язок. Розумово відстала людина почала розглядатись як потенційний злочинець. Із таких висновків виходило, що суспільство має ізолювати розумово відсталих, і першу чергу жінок, які через надану їм свободу і підвищене прагнення до сексуальних утіх приносять суспільству велику кількість дітей з важкою спадковістю, які надалі стають резервом для асоціальних елементів.

***У США та Англії*** розумово відсталих почали розглядати як негативну силу, яка загрожує основам нації. Навіть такий авторитет в галузі американської дефектології як Годдард, заявив: „Протягом десятиліть ми шкодували ідіота. Врешті решт… ми виявили, що він є тягарем, являє небезпеку для суспільства і цивілізації, що він відповідальний за багато, якщо не всі, соціальних проблем”. У 1913 році американський лікар Вальтер Фернальд заявив: „Розумово відсталі – паразитичний хижацький клас, не здатний на вирішення своїх проблем і самопідтримку. Вони є невгамовним сумом для сім’ї, небезпекою і загрозою для суспільства. Розумово відсталі жінки – аморальні. Вони часто стають переносниками венеричних захворювань або народжують дітей таких же розумово відсталих, як і самі… Кожен розумово відсталий, особливо у вищій стадії імбецильності, є потенційним злочинцем” [1, 74].

Антигуманною мірою проти розумової відсталості був закон про стерилізацію, прийнятий штатом Індіана у 1907 році. До 1936 року більше 25 штатів приймають цей закон. В одних штатах така операція робилась добровільно, в інших – примусово. Під час стерилізації застосовувались операції – переріз сім'яних каналів у чоловіків, перев'язка фалопієвих труб у жінок.

Ця істерія навколо розумово відсталих ще більше посилилась через появу тестів, які розробили французькі дослідники А. Біне і С. Сімон. Кульмінація вимірювання інтелекту у американців настає на початку першої світової війни, коли тестуванню піддались всі чоловіки, які призивались до лав збройних сил. Вияснилось, що десятки тисяч людей є розумово відсталими з точки зору спеціалістів по тестам того часу.

Але таке ставлення до категорії розумово відсталого населення було не у всіх країнах. У значної частини країн Європи домінуючими залишались принципи но-рестрента, що позитивно впливав на більшість суспільства стосовно їхнього ставлення до даної категорії людей.

Потрібно зазначити, що кардинальна зміна ставлення держави (монархій та демократичних урядів) до розумово відсталих та осіб з іншими порушеннями в другій половині XVIII століття було результатом багатьох соціокультурних процесів попередніх віків.

Реформація змінила погляд на милосердя. У протестантських країнах зміцнюється мирська благодійність, яка патронується державою, формуються принципи і правила суспільної доброчинності, зароджується соціальна політика.

Урбанізація сприяє оформленню особливого статусу городянина. В багатьох країнах завдяки урбанізації з'являються не лише церковні, а й державні, общинні, міські притулки для розумово відсталих та інших осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Поява університетів, розвиток шкільної освіти сприяли розвиткові науки, підвищенню загальнокультурного рівня громадян західноєвропейських країн, стимулюванні зацікавленості громадян у навчанні своїх дітей, усвідомлення ролі освіти в житті людини. Під впливом ідей гуманізму, в контексті набуття вольностей окремими верствами населення пом'якшується ставлення спільноти до розумово відсталих. В умовах розквіту вільної думки, свободи слова, змінились погляди впливової частини суспільства, монархії на громадянський статус осіб з порушеннями аналізаторних систем, що дозволило розповсюдити на них законодавчі ініціативи про навчання даної категорії населення.

У такій атмосфері продовжували удосконалюватись методи турботи про людей з інтелектуальними і психічними порушеннями. В Англії такі люди утримувались вдома, а сім'ї за це одержували допомогу від місцевого церковного приходу. У різних місцях Європи церквою створювались богодільні, притулки, хоспіси для лікування осіб з психофізичними відхиленнями. Найвідомішим в той час був притулок у місті Гіль, Бельгія. Починаючи з XV століття в Гіль звідусіль приходять люди, які прагнуть вилікувати свою психіку. Місцеві мешканці ставились до них доброзичливо, і з таких пілігримів сформувалась перша в світ колонія пацієнтів з психічними та інтелектуальними відхиленнями. Гіль виступає першим містом, який почав

турбуватись про психічне здоров'я суспільства показав усьому світові, що люди з психічними проблемами позитивно реагують на турботу про них і на лікування. І дотепер там перебуває велика кількість людей з психічними порушеннями, які вільно спілкуються з місцевими мешканцями.

На початку XX століття було кардинально змінено ставлення суспільства до розумово відсталих, що обумовлюється становленням більш гуманного і демократичного погляду на права осіб з вродженими відхиленнями розвитку, а також введенням загальної обов'язкової початкової освіти.

Закономірно, що цей період характеризується розбудовою європейських національних систем спеціальної освіти. У попередні роки ставлення держави до розумово відсталих було таким, що не вимагало організації спеціальної системи їхнього навчання як паралельної щодо загальноосвітньої системи.

У цей час змінений статус інваліда: більшість європейських країн визнає за ними право на освіту. Прагнення багатьох поколінь психологів, педагогів, філантропів, альтруїстів починають реалізовуватись: навчання дітей з психофізичними порушеннями перестає бути екзотичним. Закінчується час прецедентів – починається епоха створення спеціальної системи для навчання вказаної категорії дітей. Це стало можливим завдяки тому, що держава визнає право інвалідів на гарантовано соціальну допомогу і освіту, а також відповідальність держави і всього суспільства за його реалізацію.

З початку XIX століття приймаються нормативні акти про введення спеціальної освіти:

- 1817 (Данія) – Акт про обов'язкове навчання глухих;
- 1842 (Швеція) – Закон про початкову освіту, який передбачає введення „мінімального плану" для бідних дітей і „дітей з недостатньою здатністю набувати знання в повному обсязі, який пропонується системою освіти";
- 1873 (Саксонія) – закон про обов'язкове навчання глухих, сліпих і розумово відсталих;
- 1881 (Норвегія) – закон про обов'язкове навчання глухих;
- 1882 (Норвегія) – закон про навчання розумово відсталих;
- 1884 (Пруссія) – циркуляр про вивід з класів педагогічно занедбаних дітей з сімей з недостатнім морально-економічним кліматом;
- 1887 (Швеція) – нова редакція Закону про початкову освіту розрізняє бідних дітей і дітей розумово відсталих;
- 1889 (Швеція) – закон про обов'язкову восьмирічну освіту глухих;
- 1892 (Прусія) – циркуляр, який підтверджує необхідність розширення сітки допоміжних класів;
- 1893 (Англія) – закон про початкову освіту глухих і сліпих;
- 1896 (Швеція) – закон про обов'язкову освіту сліпих;
- 1899 – (Англія) – закон про навчання розумово відсталих;
- 1900 (Прусія) – закон про обов'язкове навчання глухих, сліпих і розумово відсталих;
- 1909 (Франція) – закон про організацію допоміжних класів і шкіл;
- 1914 (Бельгія) – закон про обов'язкове навчання ініціює відкриття державних шкіл для розумово відсталих дітей;
- 1920 (Нідерланди) – положення про освіту розумово відсталих, глухих, слабочуючих, сліпих дітей;

- 1923 (Італія) – закон про обов'язкове початкове навчання глухонімих [11, 98-99].

Інтенсивний розвиток допоміжних класів і шкіл для розумово відсталих дітей прямо пов'язаний з введенням закону про загальну початкову освіту. Почавши навчати всіх дітей, держава змушена була створити освітню систему для дітей, які були не в змозі оволодіти освітнім стандартом в обумовлені строки. Саме таким чином розумово відсталі виділяються в особливу категорію дітей, які потребують спеціального навчання.

Кожна європейська країна пройшла свій шлях побудови системи спеціальної освіти, але при цьому він має ряд спільних моментів: прийняття закону про загальну початкову освіту; визнання права аномальних дітей на навчання; створення мінімальної нормативно-правової бази, яка регулює діяльність системи спеціальної освіти; визначення принципів і джерел фінансування спеціальних шкіл і їхнє законодавче закріплення; паралельне функціонування недержавних організацій, які стимулюють і контролюють рішення держави і ініціюють розвиток мережі спеціальних закладів; охоплення спеціальною освітою всіх регіонів країни.

Отже, європейським країнам знадобилось практично двісті років для того, щоб усвідомити право дітей з порушеннями психофізичного розвитку на освіту, визнати необхідність створення паралельної освітньої системи, яка включала в себе три типи спеціальних шкіл – для дітей з порушеннями слуху, зору і з розумовою відсталістю.

Починаючи з XX століття в кожній Європейській країні складається своя система спеціальної освіти. Удосконалюються горизонтальні і вертикальні зв'язки спеціальних закладів, відбувається становлення нових типів спеціальних шкіл і нових типів закладів спеціального навчання, формуються на додаток до шкільних дошкільні і позашкільні навчальні заклади.

Не дивлячись на суттєві національні відмінності, країни створили системи спеціальної освіти і намітили шляхи їхнього розвитку. Але реалізувати ці системи у повній мірі завадили спочатку Перша, а потім Друга світова війна. Особливо негативно на спеціальну освіту вплинула Друга світова війна, яка була породжена ідеологією фашизму. Фашизм як ідеологія переваги однієї нації над іншою, однієї людини над іншою призвів до масового знищення розумово відсталих дітей і закриття спеціальних установ, які займались їхнім навчанням, вихованням, доглядом та опікою. Внаслідок цього в багатьох країнах системи спеціальної освіти не лише не розвивались, а й значно скоротили свої напрацювання у цій галузі. Виняток склали країни Східної Європи, де ріст національної самосвідомості в контексті національно-визвольних рухів значно розширив кількість спеціальних закладів для різних категорій дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Але це відбувалось у період між війнами. Друга світова війна так само негативно позначилась і на їхніх напрацюваннях у галузі спеціальної освіти для розумово відсталих та інших категорій осіб з порушеннями психофізичного розвитку.

Після Другої світової війни людство по новому почало дивитись на різницю між людьми, на їхню індивідуальність і самобутність. Життя, Свобода, Права людини, Гідність були визнані головними цінностями. Люди побачили, що лише демократичний устрій, який визнає рівними права всіх людей без

винятку, незалежно від їхньої національної, расової, релігійної, культурної, політичної та іншої приналежності, наявних порушень психічного та фізичного розвитку, дозволить уникнути таких катастрофічних наслідків, до яких призвели і можуть призвести тоталітарні ідеології та режими.

Держави об'єднали свої зусилля з метою підтримання миру, безпеки і розвитку співробітництва, створивши Організацію Об'єднаних Націй (1945). Всесвітня Декларація прав людини ООН (1948) закріпила нове світорозуміння. Було підписано декларацію „Про захист прав людини" (1950). У 1961 році була прийнята європейська соціальна хартія. Стаття №15 даного документа передбачала право фізично і розумово непрацездатних осіб на професійну підготовку, на відновлення працездатності і соціальну реабілітацію. Генеральною асамблеєю ООН у 1969 році була прийнята Декларація соціального прогресу і розвитку, яка ствердила необхідність захисту прав і забезпечення добробуту інвалідів, а також забезпечення захисту людей, які страждають фізичними і розумовими недоліками. У 1971 році ООН була прийнята Декларація „Про права розумово відсталих осіб", а в 1975 році – Декларація „Про права інвалідів". Названі міжнародні акти нівелювали існуючі протягом багатьох тисячоліть в умах європейців погляди на нерівність людей.

Відповідно нового соціокультурного контексту, в країнах Західної Європи удосконалюється система виявлення, обліку, діагностики дітей з тими чи іншими психофізичними відхиленнями. До категорії осіб з порушеннями психофізичного розвитку крім глухих, сліпих і розумово відсталих починають відносити дітей з труднощами у навчанні, емоційними розладами, девіантною поведінкою, соціальною і культурною депривацією. Показником модернізації системи спеціальної країни є те, що відсоток учнів, які охоплюються спеціальним навчанням, в цілому ряді Європейських країн, за даними ЮНЕСКО, досягає 5-12% від потреби [11].

Загальними тенденціями розвитку національних систем спеціальної освіти в країнах Західної Європи було те, що розвинулась і стала близькою до досконалості законодавча база спеціальної освіти, проведено диференціацію видів спеціальних шкіл і закладів спеціальної освіти.

**Література**

1. Замский Х. С. История олигофренопедагогики.- М.: Просвещение, 1980.

2. Каннабих Ю. В. История психиатрии.- М.: АСТ, 2002.

3. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики.- СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.

4. Кузьмин К. В., Сутырин Б.А. История социальной работы за рубежом и в России (с древности до начала XX века).- М.: Академический Проект, 2003 .

5. Літопис Руський / Пер. з давньорус. Л. Є. Махновця; Відп. ред. О.В.Мишанич.- К.: Дніпро, 1989.

6. Малофеев Н. Н. Актуальные проблемы специального образования // Дефектология.- 1994.- № 6.

7. Медвідь Л. А. Історія національної освіти і педагогічної думки в Україні.- К.: Вікар, 2003.

8. Психиатрия / Под ред. В. П. Самохвалова.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2002.
9. Роменець В. А. Історія психології.- К.: Либідь, 2005.
10. Селецкий А. И. Психология и психопатология слабоумия.- К.: Радянська школа, 1981.
11. Специальная педагогика / Под ред. Н. М. Назаровой.- М.: Академия, 2004.
12. Чудновский В. С., Чистяков Н. Ф. Основы психиатрии.- Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.
13. Шипицина Л. М. „Необучаемый" ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта.- СПб.: Речь, 2005.
14. Юдин Т. И. Очерки истории отечественной психиатрии.- М.: Медицина, 1951.
15. Ptze L. Les precurseurs de Pinel en France au XVII siecles. Paris, 1922.

**Список додаткової рекомендованої літератури.**

1. Державна національна програма „Освіта" („Україна XXI століття").- К., 1998.
2. Замский Х. С. История воспитания и обучения умственно отсталых детей.- М.: Просвещение, 1966.
3. Замский Х. С. Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древних времён до середины XX века.- М., 1995.
4. Ионова Е. Н. Вальфдорская педагогика: теоретико-методологические аспекты.- Харьков, 1997.
5. Малофеэв Н. Н. Современное состояние коррекционной педагогики // Дефектология.- 1996.- №1.
6. Обучение детей с проблемами развития в разных странах мира / Сост. Л. М. Шипицина.- СПб., 1997.
7. Основы управления специальным образованием / Под ред. Д. С. Шилова.- М., 2001.

**Лекція №**

**Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція.**

**Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.

Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ.

**Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.

Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення».

## Основні форми і види мовленнєвих порушень

Відомо, що порушення мовлення мають різнобічний характер залежно від їхнього ступеня, локалізації функції та ступеня ураження, від виразності вторинних відхилень, що виникають під дією провідної вади.

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

Схематична клініко-педагогічна класифікація:

Всі види порушень, що розглядаються в даній класифікації, на основі психолого-лінгвістичних критеріїв можна поділити на дві великі групи залежно від того, який вигляд мовлення є порушеним: **усний** або **письмовий.**

**Порушення усного мовлення,** зі свого боку, можуть бути розділені на два типи: 1) фонаційне (зовнішнє) оформлення висловлювання, яке називають порушеннями звуковимовної сторони мовлення, і 2) структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання, яке в логопедії називають системними або поліморфними порушеннями мовлення.

1. Розлади фонаційного оформлення висловлювання можуть бути диференційовані залежно від порушеної ланки: а) голосоутворення, б) темпу-ритмічної організації висловлювання, в) інтонаційно-мелодійної, г) звуковимовної організації. Ці розлади можуть спостерігатися ізольовано і в різних комбінаціях, залежно від чого в логопедії виділяються такі види порушень, для позначення яких існують терміни, що традиційно закріпилися:

**Порушення усного мовлення**

Розлади фонаційного оформлення:

**І. Дисфонія** (афонія) – відсутність ***або розлад фонації унаслідок патологічних змін голосового апарату.*** Синоніми: *порушення голосу, порушення фонації, фоноторні порушення, вокальні порушення.*

Проявляється або у відсутності фонації (афонія), або в порушенні сили, висоти і тембру голосу (дисфонія), може бути зумовлена органічними або функціональними розладам голосоутворювального механізму центральної або периферичної локалізації і виникати на будь-якому етапі розвитку дитини. Буває ізольованою або входить до складу ряду інших порушень мовлення.

2. **Брадилалія – *патологічно сповільнений темп*** мовлення**.** Синонім: *брадифразія.*

Проявляється в сповільненій реалізації артикуляторної мовленнєвої програми, є центрально зумовленою і може бути органічною або функціональною за своєю природою.

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

Проявляється в прискореній реалізації артикуляторної мовленнєвої програми, є центрально зумовленою, органічною або функціональною за своєю природою.

При сповільненому темпі мовлення є розтягнутим, млявим, монотонним. При прискореному темпі – квапливим, стрімким, напористим. Прискорення мовлення може супроводжуватися аграматизмами. І ці явища інколи виділяють як самостійні порушения, виражені в термінах **баттаризм, парафразія.** У випадках, коли патологічно прискорене мовлення супроводжується необґрунтованими паузами, запинками, спотиканням, називається **полтреном.** Брадилалія і тахилалія об'єднуються під загальною назвою – порушення темпу мовлення. Наслідком порушеного темпу мовлення є порушення плавності мовного процесу, ритму і мелодико-інтонаційної виразності.

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

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

**5. Дислалія** – ***порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій іннервації мовленнєвого апарату.*** *Синоніми: дефекти звуковимови, фонетичні дефекти, недоліки вимови фонем.*

Проявляється в неправильному звуковому (фонемному) оформленні мовлення: у спотвореному (ненормованому) вимовлянні звуків, у замінах (субституціях) звуків або в їхньому змішуванні. Дефект може бути зумовлений тим, що у дитини не повністю сформувалася артикуляторна база (не засвоєний весь набір позицій артикуляцій, необхідних для вимовляння звуків) або неправильно сформувались артикуляторні позиції, унаслідок чого продукуються ненормовані звуки. Особливу групу складають порушення, зумовлені анатомічними дефектами артикуляційного апарату. У психолінгвістичному аспекті порушення вимови розглядаються або як наслідок несформованості операцій розрізнення і пізнавання фонем (тобто дефекти сприйняття), або як несформованість операцій відбору і реалізації (тобто дефекти продукування), або як порушення умов реалізації звуків.

При анатомічних дефектах порушення мають органічний характер, а при їхній відсутності – функціональний.

Порушення виникає зазвичай у процесі розвитку мовлення дитини, у випадках травматичного пошкодження периферичного апарату – в будь-якому віці.

Ці дефекти є вибірковими, і кожен з них має статус самостійного порушення. Проте спостерігаються і такі, до яких виявляються залученими

водночас декілька ланок складного механізму фонаційного оформлення висловлювання. До таких належать ринолалія і дизартрія.

**6. Ринолалія –** ***порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.*** Синоніми: *гнусавість* (застаріле), *палатолалія.*

Проявляється в патологічній зміні тембру голосу, який виявляється надлишково назалізованим унаслідок того, що голосовидихаючий струмінь проходить при вимовлянні всіх звуків мовлення в порожнину носа і в ній отримує резонанс. Окрім цього при ринолалії спостерігається спотворене вимовляння всіх звуків мови (а не окремих, як при дислалії). При цьому дефекті часто трапляються і просодичні порушення, мова при ринолалії малорозбірлива (невиразна), монотонна. У вітчизняній логопедії до ринолалії прийнято відносити дефекти, зумовлені природженими щілинами піднебіння, тобто грубими анатомічними порушеннями артикуляторного апарату. У ряді зарубіжних робіт такі порушення позначаються терміном «палатолалія» (лат. palatum – піднебіння). Всі інші випадки назалізованої вимови звуків, зумовлені функціональними або органічними порушеннями різної локалізації, у цих роботах називають ринолалією. У вітчизняних роботах останніх років явища назалізованої вимови без грубих порушень артикуляцій відносять до ринофонії.

**7. Дизартрія –** ***порушення звуковимовної сторони мовлення зумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату.*** Синонім: *недорікуватість* (застаріле).

Спостерігається несформованість усіх ланок складного механізму фонаційного оформлення висловлювання, наслідком чого є голосові, просодичні і фонетичні для артикуляції дефекти. Важкою мірою дизартрії є анартрія, що виявляється в неможливості здійснити звукову реалізацію мовлення. У легких випадках дизартрії, коли дефект проявляється переважно в артикуляційно-фонетичних порушеннях, свідчать про стерту форму. Ці випадки необхідно відрізняти від дислалії.

Дизартрія є наслідком органічного порушення центрального характеру, що призводить до рухових розладів. За локалізацією пошкодження ЦНС виділяють різні форми дизартрії. А за важкістю порушення розрізняють ступінь прояву дизартрії.

Найчастіше дизартрія виникає внаслідок рано набутого церебрального паралічу, але може виникнути на будь-якому етапі розвитку дитини унаслідок нейроінфекції та інших мозкових захворювань.

Порушення структурно – с емантичного (внутрішнього) оформлення висловлювання представлені двома видами: алалією і афазією.

**1. Алалія –** ***відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного пошкодження мовних зон кори головного мозку у***

***внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.*** Синоніми: *дисфазія, рання дитяча афазія, афазія розвитку, глухонімота* (застаріле).

Одне з найбільш складних дефектів мовлення, при якому порушені операції відбору і програмування на всіх етапах розвитку і прийому мовленнєвого висловлювання, унаслідок чого виявляється несформованою мовна діяльність дитини. Система мовленнєвих засобів (фонемних, граматичних, лексичних) не формується, страждає мотиваційно-спонукальний рівень мовоутворення. Спостерігаються грубі семантичні дефекти. Порушено управління мовними рухами, що відображається на відтворенні звукового і складового складу слів.

2. **Афазія –** ***повна або часткова втрата мовлення, зумовлена локальними ураженнями головного мозку.*** Синоніми: *розпад, втрата мовлення.* У дитини втрачається мовлення в результаті черепномозкових травм, нейроінфекцій або пухлин мозку після того, як мовлення вже було сформовано. Якщо таке порушення сталося у віці до трьох років**,** то дослідники утримуються від діагнозу афазія. Якщо ж порушення сталося в більш старшому віці, то говорять про афазію. На відміну від афазії дорослих є дитяча або рання афазія.

**Порушення писемного мовлення.** Поділяються на дві групи залежно від того, який вид її порушений. При порушенні продуктивного виду відзначаються розлади письма, при порушенні рецептивної писемної діяльності – розлади читання.

**1. Дислексія –** ***часткове специфічне порушення процесу читання.***

Виявляється в труднощах розпізнавання букв; у труднощах злиття букв у склади і складів у слова, що призводить до неправильного відтворення звукової форми слова; аграматизмів і спотвореного розуміння прочитаного.

**2. Дисграфія –** ***часткове специфічне порушення процесу письма.***

Проявляється в нестійкості оптико-просторового образу букви, у пропусках букв, у спотвореннях звуко-складового складу слова і структури цих процесів. У випадках несформованості процесів письма (в ході навчання) говорять про аграфію.

Порушення письма і читання у дітей викликають труднощі в опануванні вміннями і навичками, які необхідні для повноцінного здійснення цих процесів. За даними дослідників, ці труднощі зумовлюються дефектами усної мови (за винятком оптичних форм), несформованістю операцій звукового аналізу, нестійкою довільною увагою.

Порушення письма і читання у дітей необхідно відрізняти від втрати умінь і навичок письма і читання, тобто дислексії (алексії) і дисграфії (аграфії), що виникають при афазіях.

Отже, в логопедії виділяються 11 форм мовленнєвих порушень, 9 з них складають порушення **усного мовлення** на різних етапах її розвитку та реалізації, і 2 форми складають порушення **писемного мовлення**, що

виділяються залежно від порушеного процесу. Серед порушень усного мовлення виділяються **дисфонія** (афонія), **тахилалія, брадилалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія** (анартрія), **алалія, афазія;** серед порушень **писемного мовлення** виділяються **дислексія** (алексія) і **дисграфія** (аграфія).

Для цієї класифікації притаманне поєднання психолого-лінгвістичних і клінічних (етіопатогенетичних) критеріїв.

Відповідно до особливостей порушення для кожної форми нині розроблено специфічні методи і прийоми корекційно-логопедичної роботи.

Як основу для комплектування спеціальних логопедичних закладів і вибору фронтальних методів впливу широко використовують *психолого-педагогічну класифікацію мовленнєвих порушень.* Вона розроблена Р. Лєвіною і ґрунтується на виділенні насамперед тих ознак мовленнєвої недостатності, які важливі для здійснення єдиного педагогічного підходу до навчання і виховання.

На основі психолінгвістичних критеріїв порушення мовних засобів спілкування і порушення в застосуванні засобів спілкування в процесі мовленнєвої комунікації – вади мовлення поділяють на дві групи.

До *першої групи* належать такі порушення: фонетичне недорозвинення; фонетико-фонематичне недорозвинення; загальне недорозвинення мовлення.

**Фонетико-фонематичне недорозвинення мови –** ***порушення процесів формування звуковимовної системи рідної мови у дітей з різними мовними розладами унаслідок дефектів сприйняття і вимови фонем.***

**Загальне недорозвинення мови –** ***різні складні мовні розлади, при яких порушено формування всіх компонентів мовної системи, що належать до звукової і смислової сторони.***

Як загальні ознаки зазначаються: пізній початок розвитку мови, мізерний словниковий запас, аграматизми, дефекти вимови, дефекти фонемоутворення.

Це недорозвинення може бути виражене різною мірою: від відсутності мови або лепетного її стану до розгорнутої, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвинення. Залежно від міри сформованості мовних засобів у дитини загальне недорозвинення поділяється на три рівні.

До *другої групи* відносять заїкання, за якого основою вади є порушення комунікативної функції мовлення за збереженості мовних засобів спілкування.

Психолого-педагогічна класифікація відкрила широкі можливості для впровадження в логопедичну практику науково обґрунтованих фронтальних методів корекційного впливу на порушене мовлення й інші психічні функції дітей дошкільного і шкільного віку. Під кутом зору психолого-педагогічної класифікації найзначнішим є питання про те, як саме компоненти мовленнєвої системи недорозвинені або порушені. Дотримуючись цього підходу, логопед може чітко спланувати напрям корекційного навчання за відповідної категорії мовленнєвого розладу: загального недорозвинення мовлення, фонетико-фонематичного недорозвинення, в разі недоліків вимовляння звуків.

Кожну групу вад, зі свого боку, розрізняють за формою (природою) порушення і ступенем її вираженості.

Клініко-педагогічна і психолого-педагогічна класифікації взаємно доповнюють одна одну і використовуються як у діагностиці, так і для корекції мовленнєвих порушень.

**Контрольні запитання і завдання**

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

*Питання для самоконтролю*

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

*Література*

1. Большой толковый психологический словарь / [Авт.- уклад. Ребер А. : в 2 т. ]. – М., 2000. – 400 с.

2. Волкова Л.С. Логопедия / Л.С. Волковой. – М. : Владос, 1989. – 680 с.

3. Гриншпун В.М. Классификация нарушений речи. Логопедия / В.М. Гриншпун; под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской // – М., 1998. – С. 55 – 70.

4. Захаров А.И. Своеобразие психического развития детей / А.И. Захаров // Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития. – СПб. : Питер, 2001. – С. 93 – 129.

5. Навчання і виховання учнів 1-го классу. Метод посіб. для вчителів / Уклад. О.Я. Савченко. К. : Почат. шк., 2002.

6. Логопедія / [В.В.Тарасун, С.Ю. Конопляста, В.О. Кондратенко та ін.]; за ред. М.К. Шеремет. – [ 2-е вид.]. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 672 с.

7. Пінчук Ю.В. Основи методики виховання правильної вимови звука при дислалії / Ю.В. Пінчук // Педагогіка та методика спеціальні: зб. наук. праць. – К., 2000. С. 43 – 49.

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

**Лекція №**

**Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції.**

**Тема 1.** Дислалія.

Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови.. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків

**Тема 2.** Ринолалія.

Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією.

**Дислалія** – порушення звуковимови при нормальному слухові та збереженій іннервації мовного апарату. В залежності від локалізації порушення та причин, що обумовлюють дефект звуковимови, дислалію розподіляють на дві основні форми: механічну та функціональну.

**Механічна дислалія.** Механічною (органічною) дислалією називають такий вид неправильної звуковимови, який викликаний:
1) органічними дефектами периферичного мовного апарату, його кісткової та м'язової будови. Часто причиною механічної дислалії є укорочена під?язична вуздечка (під?язична зв'язка). При цьому ускладнюються рухи язика, коротка вуздечка не дає можливості високо підняти язик. Також правильну артикуляцію може ускладнювати дуже великий та широкий, або дуже маленький та вузький язик.
2) дефектами будови щелеп, що призводять до аномалії прикусу. Нормальним вважається прикус, коли при зімкненні щелеп верхні зуби трохи прикривають нижні. Аномалії прикусу мають декілька варіантів:
• прогнатія – верхня щелепа сильно видається вперед, в результаті чого нижні передні зуби зовсім не змикаються з верхніми;
• **прогенія** – нижня щелепа виступає вперед , передні зуби нижньої щелепи

виступають попереду передніх зубів верхньої щелепи;
• **відкритий прикус** – між зубами верхньої та нижньої щелеп при їх зімкненні залишається проміжок. В деяких випадках цей проміжок лише між передніми зубами (передній відкритий прикус);
• **боковий відкритий прикус** – може бути лівостороннім, правостороннім та двостороннім;
• **неправильна будова зубів**, зубного ряду також може призвести до дислалії. Наприклад, при великих розщілинах між зубами язик під час вимови деяких звуків просувається між зубами, спотворюючи вимову. Регуляція зубів та щелеп проводиться лікарями стоматологом та ортодонтом за допомогою накладання на зуби спеціальних пластинок.
3) неправильною будовою піднебіння, що також негативно впливає на звуковимову. Вузьке, надто високе („готичне”) піднебіння, або, навпаки, низьке, плоске перешкоджає правильній артикуляції багатьох звуків.
4) товсті губи, або укорочена, малорухлива верхня губа ускладнюють чітку вимову губних та губно-зубних звуків.

**Функціональна дислалія.** Функціональною дислалією називають такий вид неправильної звуковимови, при якому немає ніяких дефектів артикуляційного апарату, тобто немає ніякої органічної основи. Причини функціональної дислалії можуть бути наступні:
1) неправильне мовленнєве виховання дитини в родині, коли дорослі протягом довгого часу „сюсюкають” з малюком, в результаті чого затримується розвиток правильної звуковимови;
2) за наслідуванням, коли малюк наслідує спотвореній звуковимові дорослих членів сім’ї, або спілкується з малодшими дітьми, у яких ще не сформувалася правильна звуковимова;
3) двомовність в сім’ї, коли батьки, розмовляють на різних мовах, а дитина переносить особливості вимови однієї мови на іншу.
4) педагогічна занедбаність, коли мовлення дитини не піддається необхідному впливу дорослих, що гальмує нормальний мовленнєвий розвиток; тобто, коли дорослі не звертають уваги на звуковимову дитини, не виправляють помилки малюка, не дають йому взірець чіткої та правильної вимови.
5) недорозвиток фонематичного слуху, коли у дитини спостерігаються ускладнення в диференціації звуків, що розрізняються між собою тонкими акустичними ознаками, наприклад, дзвінких та глухих приголосних, м’яких та твердих, свистячих та шиплячих. В результаті таких ускладнень розвиток правильної звуковимови надовго затримується.
6) недостатня рухливість органів артикуляційного апарату, яка може бути викликана й невмінням дитини утримувати язик в потрібній позиції або швидко переходити від одного руху до іншого.

**Види дислалії.** Відповідно до характеру дефекту вимови, що стосується окремої групи звуків, виділяють наступні види дислалії:

**Сигматизм** (від назви грецької букви сигма, що позначає звук с) – вади вимови свистячих (с, с?, з, з?, ц, ц?) та шиплячих (ш, ж, ч, щ) звуків. Один з найбільш розповсюджених видів порушень вимови.

Ротацизм ( від назви грецької букви ро, що позначає звук р ) – вади вимови звуків р та р?.

**Ламбдацизм** ( від назви грецької букви ламбда, що позначає звук л) – вади вимови звуків л, л?.

**Дефекти вимови піднебінних звуків:**

**Каппацизм** – (від назв грецької букви каппа, що позначає звук к) – вади вимови звуків к та к?;

**Гаммацизм** – (від назв грецької букви гамма, що позначає звук г) – вади вимови звуків г та г?;

**Хітизм** – (від назв грецької букви хі, що позначає звук х) – вади вимови звуків х та х?;

**Йотацизм** – (від назв грецької букви йота, що позначає звук й) – вади вимови звука й.

**Дефекти вимови дзвінких приголосних звуків** – вади вимови, які виражаються в заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими звуками: б-п, д-т, в-ф, з-с, ж-ш, г-к.

**Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків**

Порушення одного із описаних вище артикуляційних укладів призводить до неправильної вимови цих звуків. У зв'язку з цим виділяють шість видів сигматизму: губно-зубний,призубний, шиплячий, свистячий, міжзубний, бічний, носовий.

*Губно-зубний сигматизм* виявляється в заміні свистячих і шиплячих звуків фонемою, близькою до***ф.*** Це пояснюється тим, що під час вимовляння звука нижня губа змикається з верхніми різцями.

*Призубний сигматизм* виявляється в заміні свистячих і шиплячих звуками***т—д.***

Сутність цієї вади полягає в тому, що кінчик язика впирається в краї верхніх і нижніх різців, створюючи перешкоду для проходження повітряного потоку через зубну щілину.

*Шиплячий сигматизм* виявляється в заміні свистячих звуками***ш, ж.*** При цьому кінчик язика дещо відтягнутий у глибину рота і припіднятий, спинка різко вигнута — замість свисту утворюються дещо пом'якшені **ш** або ж.

Уразі *свистячого сигматигму шиплячі*звуки замінюються свистячими.

Заміну свистячих і шиплячих звуків іншими, простішими за артикуляцією, називають *парасигматазмом.*

*Міжзубний сигматизм* виявляється в тому, що кінчик язика займає положення між зубами. Цим пояснюється поява шепелявого відтінку звука.

*Бічний сигматизм* характеризується тим, що кінчикязика впирається у верхні альвеоли, внаслідок чого бічні краї язика не змикаються з верхніми кутніми зубами — там утворюється щілина, через яку проходить повітряний потік(право-,лівобічний), двобічний.

*Носовий сигматизм* характеризується появою носового (назального) відтінку під час вимовляння свистячих і шиплячих, які замінюються звуком, подібним дох з назальним призвуком. Така вада зумовлена тим, що корінь язика піднімається і приєднується до м'якого піднебіння, внаслідок чого м'яке піднебіння опускається і потік видихуваного повітря проходить крізь прохід, що утворився в носовій порожнині.

**Контрольні запитання і завдання**

1.Що таке дислалія?

***2.***Які причини дислалії?

3.Схарактеризуйте основні вади вимови звуків у разі дислалії.

**4.** Назвіть основні причини розвитку спотвореної звуковимови.

5. Що передбачає обстеження для виявлення порушень у звуковимові?

6.Опишіть основні прийоми корекції дислалії у дітей дошкільного віку: сигматизму, ламбдацизму, ротацизму, йотацизму, вимовляння твердих і м'яких приголосних, піднебінних звуків.

## РИНОЛАЛІЯ

### Історія вивчення ринолалії

Термін «ринолалія» (від грец. ***rhinos*** — ніс,***Iaiia*** — мовлення) у перекладі означає мовлення в ніс, або гугнявість, тим самим відображуючи лише зовнішні прояви розладу. Історично для визначення цього мовленнєвого порушення в літературі (особливо зарубіжній і медичній) використовували й інші терміни: «палатолалія»***{Klaus-Peter Becker, Milosh Sovak***), «палапголалія», «ринофонія» (М. Зеєман), «механічнадислалія» (О. Правдіна, В. Олтушевський). Проте на відміну від механічної дислалії в разі ринолалії порушується вимова не тільки приголосних, а й голосних звуків. Від ринофонії, за якої спостерігається лише збільшення назалізації (від грец.***nasus*** **—** ніс), або носового резонансу голосу, ринолалія вирізняється ще й наявністю стійких порушень звуковимовної сторони мовлення.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я ринолалія зарахована до голосових розладів, незважаючи на те, що за її наявності спостерігаються грубі порушення артикуляції, які найчастіше є наслідком природжених незрощень верхньої губи, твердого та м'якого піднебінь.

Нині найуживанішим визначенням цього мовленнєвого порушення є таке: **ринолалія — це порушення тембру голосу і звуко-вимови, зумовлене анатомо-фізіологічнимивадами артикуляційного** апарату.

Вивчення чинників, що впливають на формування вроджених незрошень губи і піднебіння, дало змогу поділити їх за етіологічними ознаками на п'ять груп (Н. Горовенко, 2005):

1)природжені незрощення моногенної природи;

2)ВНГП у складі моногенного синдрому (аутосомно-домінантного,аутосомно-рецесивного,А-зчепленого);

3)ВНГП у складі хромосомного синдрому;

4)ВНГП, зумовлені негативним впливом зовнішнього середовища;

5)природжені незрощення губи і піднебіння мультифакторної природи.

Важливим досягненням сучасної медичної генетики можна вважати відкриття у 1991 р. британськими вченими гена, аберація якого може провокувати незрощення губи і піднебіння. Це відкриття сприяє поліпшенню діагностики і лікування цього захворювання. Дослідники Імперського коледжу Лондона встановили, що хвороба спричинена змінами в гені TBX 22, розміщеного на ^"-хромосомі.Відкриття було зроблено за до помогаю інформації, отриманої під час аналізу даних розшифрування людського геному. В своїх дослідженнях біологи вивчали ДНК семи поколінь однієї ісландської родини з цим спадковим захворюванням. Для картирування зміненого гена ДНК представників цієї родини порівнювали з геномом жителів Канади, Бразилії і Великої Британії. Інформацію про ДНК родини різних поколінь вдалося зібрати завдяки тому, що в Ісландії проживає незначна кількість людей, і медична інформація про них досконало зібрана й організована. Це відкриття дає змогу підняти на вищий рівень ранню діагностику і лікування цього надзвичайно складного захворювання. Проте слід зауважити, що далеко не всі науковці, які досліджують зазначену проблему, сприйняли цю інформацію як вірогідну.

**Класифікація ринолалій. Основні форми**

Гугнявість як фонетичний феномен має різну природу, що потрібно розуміти для глибшого усвідомлення механізмів, покладених в основу такого самостійного мовленнєвого порушення, як ринолалія.

Причиною носового відтінку голосу може бути як надмірне, так і недостатнє резонування носової порожнини в процесі мовлення.

Перший варіант зумовлений наявністю анатомічного дефекту твердого та м'якого піднебіння, що утворює з'єднання між ротовою і носовою порожнинами і провокує недостатнє змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, внаслідок чого голосовидихуваний струмінь майже повністю проходить через ніс.

Другий варіант гугнявості зумовлений органічними змінами в носовій і/або носоглотковій ділянці або функціональними розладами піднебінно-глотковогозмикання, що утруднюють процес носового дихання.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глот-кового змикання виділяють різні форми ринолалії.

У логопедичній літературі традиційно виділяють три форми ринолалії: закриту, відкриту і змішану і за етіологічними показ пиками кожна з них може бути ***органічно*** і***функціонально*** зумовленою.

***1. Закрита ринолалія — це порушення фонаційної сторони мовлення.*** Порушення нормального проходження струменя повітря через ніс призводить до повного або часткового виключення носового резонансу, спричинюючи тим самим зміни тембру голосу. Закрита ринолалія характеризується зниженням фізіологічного носового резонансу під час вимовляння носових звуків ***(м, м', н,*** я'). У процесі артикуляції цих звуків у нормі носоглотковий прохід залишається відкритим, і повітря вільно проникає в носову порожнину. Якщо носового резонансу немає, то ці фонеми звучать як ротові ***(б, б', д, д').***Крім вимови носових приголосних звуків у разі закритої ринолалії фонаційно порушуються і голосні звуки, вимова набуває неприродного глухого відтінку, оскільки в цих випадках голос позбавлений низки обертонів.

Причинами закритої ринолалії найчастіше є органічні зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінноглоткового змикання (наприклад, підвищений тонус м'якого піднебіння), тобто ізолюється носова порожнина від ротової.

Розрізняють: *передню закриту ринолалію,* що виникає за хронічної гіпертрофії слизової носа (в основному задніх відділів нижніх раковин), у разі поліпів у носовій порожнині, викривлення перегородки носа, пухлин у носовій порожнині;*задню закриту ринолалію,* яка найчастіше є наслідком великих аденоїдних розрощень або носоглоткових поліпів унаслідок фіброми чи інших пухлин. У разі передньої закритої ринолалії порушується нормальне проходження повітря в носові ходи, а задньої закритої — зменшується об'єм носоглоткової порожнини, при цьому фонеми***м, н,*** «'звучать як***б, д, д'.*** Однією із зовнішніх ознак закритої ринолалії є постійно відкритий рот.

Закриту ринолалію прийнято ще поділяти на *органічну* і*функціональну.*

Проте, на відміну від традиційної точки зору щодо закритої форми ринолалії, точніше і правомірніше було б віднести ЇЇ до *ринофонії,* оскільки зазвичай за закритого варіанта спостерігаються лише порушення фонологічні (темброві), а артикулювання, як процес мовотворення, залишається збереженим. Тобто випадає одна з ланок, яка характеризує цю мовленнєву ваду як ринолалію. На користь цієї точки зору свідчать і рекомендації щодо її подолання, які насамперед передбачають усунення причини (органічної або функціональної)

медичними засобами. Після лікування зазвичай відновлюється носове дихання і назалізація зникає. Хоча в логопедичній практиці є поодинокі випадки, коли, наприклад, після аденектомії (видалення аденоїдів хірургічно) залишається назальний тембр голосу, і тоді йдеться про так звану *звичну закриту ринолалію.* В цих випадках рекомендовано застосовувати фонопедичні прийоми, комплекс дихальних і логопедичних вправ, за допомогою яких вдається позбутися неприродного, гугнявого відтінку голосу.

***2. Відкрита ринолалія — це порушення як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення.*** Вона є найскладнішою в механізмах і найтяжчою у подоланні формою. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкриту ринолалію. В свою чергу, органічна форма відкритої ринолалії може бути набутою і природженою.

*Набута відкрита органічна ринолалія* виникає в разі перфорації твердого і м'якого піднебіння внаслідок черепно-мозкової травми або у разі розвитку остеомієліту, рубцевих змін, поранень, тиску пухлини тощо, тобто порушуються цілісність і рухомість твердого і/або м'якого піднебіння.

*Вроджена органічна відкрита ринолалія* зазвичай є наслідком: а) природжених незрошень м'якого та твердого піднебіння, закороткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння *uvula,*субмукозної (прихованої) щілини; б) парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язикоглоткового і блукаючого нервів.

За *функціональної відкритої* ринолалії найчастіше вада мовлення зумовлена парезом м'якого піднебіння (одноабо двобічним), змінами, які відбуваються у глотці через її травми і пухлини, порушенням контролю за власним мовленням у разі зниження слухової функції або наслідуванням назальному мовленню.

***3. Змішана ринолалія — це стан мовлення, що характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу.***

Причиною змішаної ринолалії є поєднання ускладненого носового дихання та недостатності піднебінно-глоткового змикання функціонального або органічного походження. Найтиповішим є поєднання закороткого м'якого піднебіння, підслизового його незрощення та аденоїдних вегетацій. У таких випадках аденоїди будуть перешкодою для проникнення повітря через носові ходи. Стан мовлення може погіршитися після аденектомії, оскільки виникаєпіднебінно-глоткованедостатність і виявляються ознаки відкритої ринолалії. Потрібно ретельно обстежити будову м'якого піднебіння, встановити, яка форма ринолалії сильніше порушує тембр мовлення. Після відновлення носового дихання використовують логопедичні прийоми подолання відкритої ринолалії.

Загалом будь-якийваріант відкритої ринолалії характеризується надмірною назальністю мовленнєвих звуків та їх дефектною артикуляцією внаслідок

підвищеної можливості проходження струменя видихуваного повітря через ніс (як синонім вживають термін «гіперринолалія»). За цих умов не тільки звуки носові***(м, м', н, н'),*** а й усі інші, які є ротовими, набувають носового відтінку, при цьому порушується артикуляційна характеристика звуків.

Оскільки в логопедичній практиці найчастіше трапляється природжена відкрита органічна ринолалія, спинимося на ній докладніше.

Відкрита органічна ринолалія найчастіше є наслідком природженої вади піднебіння, причини і механізми виникнення якої було розглянуто вище.

Природжену відкриту органічну ринолалію (далі — відкриту ринолалію) характеризує своєрідний ***комішекс симптомів*** (за А. Іпполітовою).

1. *Зміна положення і активності язика.*За цієї вади язик стабілізується в такому положенні: тіло язика відтягнуте дозаду (до глотки), а задня частина спинки і корінь язика підтягнуті догори, дещо збільшені за розмірами, гіпертрофовані (спостерігається підвищений тонус). Кінчик язика практично нерозвинений, млявий, атонічний. Унаслідок цього для язика залишаються доступними тільки найелементарніші, недостатньо диференційовані артикуляційні рухи.

2.*Порушення діяльності м'язів м'якого піднебіння.* Навіть після операційного втручання відновлене м'яке піднебіння залишається недостатньо активним, малорухомим, що зумовлено, зокрема, наявністю рубцевої тканини. Воно не виконує функції розмежування ротової і носової порожнин. Часто спостерігається асиметрія м'язів м'якого піднебіння зліва і справа, яка з віком прогресує. Поступово слизова оболонка стає блідішою, млявою, атрофічною. Спонтанне змикання м'якого піднебіння із валиком Пассавана не спостерігається.

*3.Порушення взаємодії м'язів периферичного артикуляційного апарату.* Насамперед порушується взаємодія артикуляційних і мімічних м'язів, що підтверджується зайвими рухами лицьових м'язів під час мовлення, навіть наявністю синкінезій (додаткові рухи), інколи тикоподібних і хореїчних рухів м'язів обличчя. У дитини поступово може сформуватися стійкий стереотип напруженого мовлення. Симптомом, який ускладнює організацію мовленнєвого акту; можна вважати стійке порушення взаємодії між артикуляційними і дихальними м'язами, що призводить до специфічних порушень мовленнєвого дихання. Страждають ритмічність мовленнєвого дихання (порушується співвідношення між вдихом і видихом), спрямованість і плавність видиху.

4. *Тотальне порушення звуковимови.*Симптоми цього порушення описано у підрозділі 5.6.

Таким чином, за відкритої ринолалії органічна вада — незрощення піднебіння призводить до функціонального порушення праксису артикуляційного апарату.

**Логокорекційна робота зподолання ринолалії**

Серед мовленнєвих розладів ринолалію вважають тяжкою вадою, подолання якої потребує тривалого часу, ранньої діагностики порушень розвитку, своєчасного корекційного впливу, врахування індивідуальних і загальнокомпенсаторних можливостей дитини, глибокого знання специфіки логопедичної роботи саме з цією категорією дітей.

Сучасна практична логопедія активно використовує в роботі методичні розробки і рекомендації О. Алмазової, Л. Вансовської, Т. Волосовець, Т. Воронцової, І. Єрмакової, А. Іпполітової, Н. Захарової, Н. Сереброва, В. Чиркіноїта інших як такі, що забезпечують позитивні результати логопедичної роботи (формування чіткої, правильної звуковимови і подолання гугнявого відтінку голосу).

Насамперед слід зазначити, що логопедичний вплив у разі ринолалії має бути науково обґрунтованим, системним, послідовним і мати комплексний характер. Плануючи свою роботу, логопед, керуючись психолого-педагогічноюкласифікацією мовленнєвих порушень, має визначити стан розвитку структурних компонентів мовлення у процесі логопедичного обстеження. Виходячи зі стану сформованості фонетичної, лек-сико-граматичноїі просодичної сторін мовлення, визначають основні завдання і обирають напрями логокорекційного впливу на дитину з ринолалією.

Високу результативність показала система логопедичного впливу на дитину з ВНГП, розроблена А. Іпполітовою. Підтримуючи ідеї М. Зеємана, М. Хватцева про можливість доопераційного логопедичного втручання, А. Іполітова багаторічним досвідом роботи довела необхідність і доцільність систематичних логопедичних занять уже в доопераційному періоді. Проте нині слід ураховувати, що цю систему розробляли у 80-тіроки, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна й особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди визнають методику А. Іпполітової як ефективну за відсутності у дитини системних порушень мовлення.

Своєрідність цієї методики полягає в тому, що на тлі дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів увага дитини зосереджується спочатку на артикуляційному укладі (артикулемі) звука, і тільки за умови її засвоєння пізніше підктючається голос. У процесі формування артикулем особлива увага звертається на плавний, невимушений характер рухів з метою запобігання виникненню синкінезій у лицьовій та мімічній мускулатурі. У системі вправ з розвитку артикуляційного праксису основним є використання фізіологічної взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату, тобто їх взаємообумовленість та взаємозалежність. Послідовність роботи над звуками визначається рівнем готовності артикуляційної бази. Зміст логопедичних занять передбачає перевиховання фізіологічного дихання на

мовленнєве; відпрацювання диференційованого вдиху — видиху; виховання довгого, плавного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без включення голосу) та фрикативних глухих приголосних; диференціацію короткого і довгого ротового та носового видиху для формування сонорних звуків і африкат; формування м'яких звуків, диференціацію й автоматизацію сформованих звуків. У методиці А. Іпполітової чітко визначено етапи (підготовчий, основний) і особливості логопедичної роботи в до- і післяопераційному періоді, вказано послідовність роботи над звуками, дозування матеріалу в різні періоди роботи.

Артикулеми голосних звуків рекомендовано формувати у такій послідовності: ***а, є, о,у,и,я,ю*** (завершує цю послідовність звук и). Звуки***я, є, ю*** формуються зі сполучення***й*** та відповідного голосного звука***(а, е, о,*** у). Звук***й*** дає змогу простежити напрям видихуваного повітря як першої, так і другої частини дифтонга. Принципово відмінною від інших А. Іпполітовою була запропонована саме послідовність роботи над приголосними звуками. О. Рау рекомендувала такий порядок постановки приголосних;***п, б, м, т, д, н, ф, л, к, г, с, з, х.*** М. Хватцев:**я,** ***т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж.*** 3. Нелюбова: я,***б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х.*** Тобто зазначені автори починати постановку приголосних зі проривних**(я,** ***б)*** і передньоязикових***(т, д,*** я). А. Іпполітова, спираючись на досягнення підготовчого періоду (рухомості м'якого піднебіння, напрямленості видихуваного струменя повітря через рот, постановки голосних звуків), вважала, шо найефективнішим буде початок роботи з постановки щілинних***ф*** і в, оскільки їх вимова не потребує підвищеної сили голосу, що не є бажаним для ослабленої дитини. На основі***ф*** і в, змінивши артикуляційний уклад, пропонується поставити с і ї (оскільки дитина вже може показати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий***ф, ф, ф.*** відбувається змикання і утворюється звук**я,** а від звука***в*** можна поставити звук***б.*** Незважаючи на відносну збереженість деяких звуків, А. Іпполітова категорично наполягала на тому, що роботу над постановкою звуків слід починати заново, з нуля, оскільки звуковимовну сторону вважала тотально порушеною. Кількість вправ, запропонованих дитині на кожному занятті, може бути різною. Так, на першому занятті можна обмежитися тренуванням ротового видиху або перейти до формування деяких артикулем голосних звуків.

Виходячи із зазначеного, проаналізувавши методи і прийоми, які використовують у практичній логопедії, можна виділити основні принципи і напрями корекційної роботи з подолання ринолалії:

* урахування механізмів розладу мовлення й особливостей симптоматики (стану піднебінно-глоткового змикання, ана-томо-функціональної збереженості артикуляційних органів, дихання, стану артикуляторної бази, слухового контролю, рівня фонематичного слуху тощо), що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних укладів заново;

•спирання на збережені аналізатори і їхні функції, розвиток потенційних функціональних можливостей кінестетичного, слухового, зорового апарату;
•використання фізіологічного дихання з метою перевиховання його в мовленнєве діафрагмальне з ротовим видихом;
•паралельність у роботі над формуванням мовленнєвого дихання і формуванням артикуляційних укладів;
•використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'я- зових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису;
•урахування рівня готовності артикуляційної бази звуків для визначення послідовності постановки їх;
•урахування вікових і компенсаторних можливостей дитини з ВНГП;
•забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційноїроботи.

Тобто система корекційної роботи з розвитку фонетично правильного мовлення у дітей дошкільного віку з ВНГП обов'язково має забезпечити: розвиток рухомості м'якого піднебіння, усунення назального тембру голосу, виховання правильної артикуляції всіх звуків, розвиток фонематичного сприймання. Зміст логопедичної роботи з кожного розділу може варіювати залежно від того, чи прооперована дитина, чи працював з нею логопед до операції, наскільки тривалою була підготовча робота, чи готова вона психологічно до логопедичних занять тощо. Після операції логопед повинен допомогти дитині оволодіти мовленням в анатомічно нових умовах. Для всіх пацієнтів логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням доопераційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення пацієнта з урахуванням його психічного статусу. Проте незмінними залишаються основні принципи, мета, завдання і вимоги до результатів логопедичної корекції.

Запропоновані JT. Вансовською критерії дають можливість чіткіше розмежувати порушення мовлення в разі ринолалії й оцінити ефективність корекційного впливу за двома позиціями: усунення назалізації і подолання вад артикуляції. Мовлення дитини з ринолалією після логопедичної корекції може бути оцінене як:
•нормальне або наближене до норми — сформованою є звуковимова і усунено назалізацію;
•значно поліпшене мовлення — сформованою є звуковимова за помірної назалізації;
поліпшене мовлення — сформованою є артикуляція не всіх звуків на тлі помірної назалізації;
•без поліпшення — несформованою є артикуляція звуків у разі гіперназалізації.

**Контрольні запитання і завдання**

1. Дайте визначення ринолалії як самостійної мовленнєвої вади.

2.Якою є будова периферичного мовленнєвого апарату?

3. Дайте розгорнуту характеристику форм ринолалії.

4.Опишіть механізм утворення носових і ротових звуків за відкритої та закритої форм ринолалії. Порівняйте з механізмом утворення цих звуків у нормі.

5.Назвіть причини природженої та набутої відкритої ринолалії.

6. Наведіть класифікацію різних видів природжених незрошень верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння.

7. Як виявити наявність прихованої (субмукозної) щілини твердого або м' якого п іднебі ння ?

8.Чи порушується у дітей з природженим незрощенням губи та піднебіння голосова функція, просодична сторона мовлення? Обгрунтуйте відповідь.

9.Чи впливають ранні строки хірургічного відновлення губи та піднебін-ня на зміст корекційно-педагогічноїроботи? Чому?

10.Якими є особливості раннього психомоторного та мовленнєвого розвитку удітей з ВНГП?

11.У чому полягають завдання логопедичної роботи у доопераційний період?

12.Завдання та зміст логопедичної роботи у післяопераційному періоді. Дайте характеристику кожного етапу.

13.Особливості психічного стану дітей з природженими незрощеннями губи і піднебіння. Чи впливає вік дитини на цей стан?

14.Складіть протокол обстеження дитини з природженим незрощенням губи і піднебіння (ВНГП) дошкільного та молодшого шкільного віку, підготуйте матеріали для обстеження.

15.Складіть на основі протоколу обстеження розгорнуту психолого-педа-гогічну характеристику дитини з природженим незрощенням губи та піднебіння з логопедичним спостереженням та планом корекційного впливу.

Лекція №

**Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія.

Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП.

**Тема 2.** Заїкання.

Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-

педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання.

**Суть, прояви, причини і класифікація дизартричних порушень**

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

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

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

Особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність з руховими розладами (Е. Мастюкова, Р. Бабенкова, М. Іпполітова та ін.). Це виявляється насамперед у характері порушень загальної і мовленнєвої моторики.

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

1) обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення;
2)змінний (нестійкий) характер порушень м'язового тонусу
вмовленнєвій мускулатурі;
3)наявність гіперкінезів (примусових рухів);
4)частота оральних синкінезій;
5)порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;
6)вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату.

Розглянемо докладніше перелічені особливості порушень моторики артикуляційного апарату.

*Обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення* (м'язів губ, язика, піднебіння, голосових зв'язок) виявляються в тому, що діти за нормальної будови периферичного мовленнєвого апарату не можуть за завданням висунути язика за межі зубів, пересувати його у порожнині рота, опускати вниз до нижніх різців, піднімати кінчик язика до верхніх різців. Для таких дітей притаманні: напіввідкритий рот, гіперсалівація (сли-
новиділення), утруднення під час жування твердої їжі, піднімання кінчика язика. Довільні рухи губ обмежені, а іноді — неможливі (діти не можуть витягнути губи вперед, зробити «хоботок» тощо). Спостерігається швидке виснаження мовленнєвої мускулатури, тобто поступове виконання (за завданням) 2—3рухів стає неможливим. Часто обмеження рухів м'язів мовленнєвого апарату поєднується з втратою кінестетичного відчуття в них (тобто дитина втрачає можливість відчувати положення і рухи язика, губ, піднебіння).

Унаслідок цього виникають:

•труднощі в диференціації тонких рухів (наприклад, кінчика язика і різних ділянок спинки язика);

•велика кількість непотрібних додаткових рухів (наприклад, під час виконання тих чи інших рухів язиком одночасно починають рухатися губи, нижня щелепа, руки).

Через обмеженість вільних рухів мовленнєвого апарату артикуляція звуків і вимова слів утруднюються, мовлення набуває нечіткого, стертого характеру.

Найбільші труднощі виникають під час вимовляння всіх приголосних звуків, які потребують більш складної координації мовленнєвих рухів. Ці звуки можуть спотворюватися, випадати, уподібнюватися, змішуватися. Особливо утруднена вимова звисів в мовленнєвому потоці, де координація рухів є найскладнішою.

Значні труднощі для дизартрика з обмеженими довільними рухами становить вимова слів зі збігом приголосних звуків. Звуки в разі збігу їх у словах зазвичай випадають, навіть якщо дитина уміє правильно вимовляти кожний окремий звук.

*Мінливий (нестійкий) характер м'язового тонусу* (його підвищення або зниження), залежність від впливу зовнішніх чинників, стану довільних рухів, емоційного стану дитини, положення її тіла і голови зумовлюють інші, ніж у першому випадку, порушення звуковимови. За цих порушень відсутні стабільні артикуляційні порушення, шо спричинює непостійність порушень фонетичної сторони усного мовлення.

Якщо у спокійному стані.мовленнєвої мускулатури виявлено дистонію, тобто мінливий характер м'язового тонусу (підвищення, пониження), то в разі намагання говорити спостерігається лише різке підвищення м'язового тонусу в артикуляційній мускулатурі. Тонічні м'язові порушення можуть також поширюватися на дихальну мускулатуру і м'язи гортані, зумовлюючи своєрідні голосоутворення і дихання у цих дітей. Тому важливо враховувати, що довільне підключення голосу у них завжди ускладнене: минає певний латентний (прихований) період між беззвуковою артикуляцією і відповіддю дитини. У таких дітей завжди спостерігаються «особливі» труднощі усної відповіді. Важливо при цьому пам'ятати, що полегшення мовленнєвого висловлювання настає у зв'язному мовленні, атакожуразі, коли питання поставлене не до конкретної дитини, а до її сусіда або до всього класу, тобто враховувати, що у них дітей передусім порушується функція спілкування. Мовлення стерте, нечітке, голос з гугнявим відтінком.

*Наявність гіперкінезів* (примусових рухів) у мовленнєвій мускулатурі грубо спотворює мовлення, іноді робить його малозрозумілим, часом неможливим для розуміння. Гіперкінези призводять до примусового відкривання рота і викидання язика вперед, шо може призвести до повної втрати дитиною можливості говорити. Крім того, у дітей можуть спостерігатися гіперкінези в

м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що грубо порушує дихання, плавність мовлення і в тяжких випадках призводить до виникнення насильницьких викриків, стогону.

*Частоту оральних синкінезій* слід відрізняти від гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі, що спостерігаються зазвичай у спокої і підвищуються в разі спроби до мовлення і довільного руху. Синкінезії виникають за всіх типів активних рухів у кінцівках і особливо бувають виражені під час рухів правої руки, але виникають головним чином у процесі засвоєння нової рухової навички (наприклад, письма). Вони виявляються у відкриванні рота, в облизувальних рухах язика, губ. Важливо пам'ятати, що синкінезії, на відміну від гіперкінезів, дитина може подолати вольовим зусиллям. Часто оральні синкінезії поєднуються з гіперкінезами.

*Порушення імпульсаціївід м 'язів артикуляційного апарату* виявляється у слабкості або недостатності відчуттів положення і руху органів артикуляції. Діти слабко відчувають положення язика, губ, напрями їхніх рухів. їм важко навіть за прикладом відтворити і зберегти артикуляційне положення язика, губ. У деяких випадках, навчившись виконувати той чи інший рух за наслідуванням, вони не можуть його повторити через дуже короткий відрізок часу. Це зумовлено нестійкістю кінестетичного наслідуваного образу в артикуляційній мускулатурі, тобто діти легко «забувають» положення і рухи органів артикуляції. У зв'язку з цим навіть за незначних парезів м'язів артикуляційного апарату ці діти важко засвоюють артикуляційні положення і рухи язика, губ, що спричинює труднощі у логопедичній роботі.

*Вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату* виявляється у тому, що стан м'язового артикуляційного апарату і можливість довільних рухів у ньому залежать від положення тулуба, голови, кінцівок. За деяких положень голови (наприклад, під час опускання голови донизу) м'язовий тонус в язиці посилюється і активні рухи його стають обмеженішими. Порушення м'язового тонусу і збільшення обмеженості довільних рухів по-різномувиникають у тих чи інших положеннях дитини: сидячи, дежачи, стоячи. Наприклад, коли дитина сидить, за різко підвищеного м'язового тонусу вона не в змозі відкрити рота і висунути язик уперед. Однак у положенні лежачи дитина може виконувати ці рухи.

Розглянуті розлади артикуляційної моторики у всіх дітей з таким мовленнєвим порушенням зазвичай ускладнюються розладами дихання і голосоутворення. Дихальні порушення і розлади голосоутворення значною мірою визначаються тонічними спазмами дихальних і фонаційних м'язів та наявністю гіперкінезів.

Майже у всіхдітей спостерігається скорочене, уривчасте дихання з різко обмеженим видихом. Довільне підключення голосу утруднене, а тому діти під час усних відповідей можуть переривати не тільки фразу, а й слово. Для

подолання труднощів усної відповіді вони починають говорити на вдиху, і їх мовлення набуває «захлинального» характеру.

Узагальнюючи викладене, зазначимо:

1) порушення моторики, голосоутворення і дихання призводить до того, шо мовлення дітей стає стертим з гугнявим відтінком, часом скандованим, малозрозумілим для оточення зі значними порушеннями звуковимови;

2) дітям або дорослим здизартріями притаманні швидка мовленнєва втома, нерідко значне слиновиділення (гіперсаливація). Поштовх видихуваного повітря слабкий. Діти швидко стомлюються, для вираження процесів артикуляції та фонації вони постійно мають докладати зусиль.

Отже, тяжкі розлади різних сторін вимовляння звуків є провідним порушенням мовлення в разі дизартрії. Інші сторони мовлення: розуміння, словник, граматична сторона можуть або не порушуватися, або відставати у своєму розвитку, як і за розумової відсталості. Іноді дизартрія спостерігається на тлі значних рухових порушень, ступінь вираження яких може бути різним. Так, у дітей часто страждає моторика верхньої частини обличчя; при цьому спостерігається нерухоме маскоподібне амімічне обличчя. Нерідко діти погано пережовують і ковтають їжу. Можуть траплятися паралічі або парези рук і ніг, а за їх відсутності — загальна моторна незграбність.

Найчастішою причиною виникнення дизартрій є дитячий церебральний параліч (ДЦП).

Проблема ДЦГТ є однією з актуальних і найскладніших проблем медицини і спеціальної педагогіки — як їх теорії, так і практики. Нині (як і раніше) вирішення цієї проблеми потребує участі фахівців різних галузей науки. У зв'язку з цим слід розширювати мережу спеціальних закладів, де проводять комплексне вивчення, лікування, розвиток, навчання і соціалізацію дітей з порушеннями опорно-руховогоапарату.

Друга причина — це поліомієліт як епідемічне захворювання, що спричинює вибіркові ураження певних м'язових груп, первинно не порушуючи інтелект, мовлення і формування вищих кіркових функцій. Тому діти з наслідками поліомієліту успішно засвоюють програму дитячого садка і школи. Якщо кількість дітей, хворих на поліомієліт, різко скоротилася останнім часом, то кількість дітей, хворих на ДЦП, не зменшується.

Практика навчання дітей цієї групи свідчить, що множинні порушення не дають змоги певній кількості дітей повноцінно засвоювати програмовий матеріал дитсадка і школи, зумовлюючи у них специфічні труднощі в навчанні. Тому завжди гострим було і залишається питання про знаходження шляхів корекції рухових порушень і мовленнєвих розладів у цієї категорії дітей.

Клінічні обстеження дітей (Е. Масткжова, М. Іпполітова та ін.), спрямовані на виявлення нозологічних1 особливостей, показали, що діти з церебральним паралічем (ЦП) є неоднорідною групою. Встановлено, що різновиди і тяжкість

цих порушень за ДЦП залежать від часу, локалізації і поширення уражень мозку.

З часу описання ДЦП основну роль у його виникненні відводили пологовій травмі, а пізніше — асфіксії. Нині називають ті самі причини, хоча оцінюють їх де шо інакше. Залежно від часу, характеру і тяжкості ураження внутрішньоутробна патологія може бути як причиною захворювання, так і умовою для виникнення пологової травми і асфіксій, уражуючи мозок у момент пологів.

У літературі зазначено, що найчастіше трапляються внутрішньоутробні (пренатальні) ураження, шо виникають унаслідок гострих і хронічних захворювань матері, токсикозів вагітності та інтоксикацій, спричинюючи хронічне кисневе голодания плоду (внулрішньоутробну гіпоксію), які, як вважають учені, порушують розвиток мозку у внутрішньоутробний період. Велику увагу приділяють також відсутності дихання під час народження, порушенням мозкового кровообігу, внутрішньочере пн и м кро вовили вам.

Є вказівки на певну роль генетичних чинників у розвитку ДЦП, хоча деякі автори не вважають його спадковим захворюванням. Велике значення мають ураження мозку внаслідок несумісності крові матері і дитини за групою або резус-фактором.Отже, дизартрія є одним із проявів паралічу центральної нервової системи.

Як висновок щодо причин ДЦП зазначимо, що найчастіше це захворювання виникає внаслідок різних шкідливих чинників, які впливають на плід внутрішньоутробно, під час пологів або в перші місяці життя дитини. Чинники, що зумовлюють ураження (гіпоксія плоду, тобто нестача кисню, інфекції, травми, інтоксикації та ін.), призводять до порушення закладення і дозрівання мозкових структур. Наслідком цього є неправильне, патологічне становлення і розвиток рухових, психічних і мовленнєвих функцій. Поступово формується клінічна картина ДЦП зі спастичним або атонічним станом м'язів, порушенням рівноваги або з наявністю зайвих рухів—гіперкінезів.

Дитина з ДЦП не має нормального м'язового тонусу, у неї не згасають примітивні рефлекси новонароджених і тому порушуються механізми, що забезпечують вертикальне положення (вертикалізацію) тіла, а також зв'язок між чуттєвими і руховими системами. Патологічний руховий стереотип дитини, її поза, можливості пересування у просторі (локомоції) відображують ступінь тяжкості ураження *командних* рухових систем у головному або спинному мозку. Однак за цієї патології завжди вторинно страждає*виконавчий* руховий апарат — суглоби і зв'язки хребта, м'язи спини і тулуба, які утримують тіло у вертикальному положенні. Страждає такожм'язово-суглобовийапарат кінцівок, обмежуючи можливість активних, усвідомлених рухів дитини. В руках і ногах постійно з'являються нерухомість, контрактури і деформації. Порушуються співпраця й узгоджене функціонування «командирів» і «виконавців» рухів (за

термінологією В. Козявкіна), створюється нездорове коло — складний комплекс патологічних змін. Одним із компонентів цього комплексу є різні форми дизартрій.

Є кілька класифікацій дизартрій. Загальноприйнятою є класифікація за локалізаційним принципом. За цією класифікацією розрізняють такі форми дизартрій: псевдобульбарну, екстрапірамідну, мозочкову та кіркову.

Оскільки м'язи органів артикуляційного апарату приводяться в рух (іннервуються) черепно-мозковиминервами, то в цьому руховому процесі мають бути задіяні їхні ядра, розміщені у довгастому мозку (бульбусі), і пірамідно-над'ядернішляхи, що з'єднують ядра з корою головного мозку (моторною ділянкою кори). Отже, для виконання того чи іншого руху потрібна збереженість усіх перелічених ділянок мозку.

Одно- і двобічне ураження всіх відділів центральної нервової системи (моторної ділянки кори пірамідних шляхів, ядер черепно-мозковихнервів) призводить до парезів і паралічуміміко-артикуляційноїмускулатури.

Проте в здійсненні мовленнєвих рухів важливу роль відіграють й інші ділянки мозку. Зокрема, підкіркові ядра (екстрапірамідна система) регулюють тонус м'язів, мозочок — координує рухи. Отже, ураження цих ділянок також призводить до своєрідних парезів і паралічів мовленнєвого апарату.

Переважною формою є *псевдобульбарна дизартрія*, яка ха- - рактеризується різними порушеннями м'язового тонусу. Ці порушення зумовлені ураженнямчерепно-мозковихнервів, що іннервують артикуляційну мускулатуру. Внаслідок ураження язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів у діте й виявляється псевдобульбарний синдром, що характеризується порушенням ковтання, дихання, голосоутворення, різкою обмеженістю рухомості органів артикуляційного апарату. Так, ураження X паричерепно-мозковихнервів виявляється млявістю м'якого піднебіння, слабкістю глоткового рефлексу, попирхуванням під час їжі. В разі ураження VII пари спостерігаються порушення іннервації губної мускулатури і паретичність (слабкість) колового м'яза рота.

У разі псевдобульбарної дизартрії переважають порушення м'язового тонусу за типом спастичності (Е. Мастюкова та ін.). Внаслідок такого порушення рухів (тобто напруженого стану всіх мовленнєвих органів) спотворюється або неправильно формується вся звукова сторона мовлення: тверді проривні приголосні пом'якшуються, фрикативні — спотворюються, голос набуває здавленого відтінку, в ньому немає модуляції. Мовлення тихе, маловиразне.

Крім порушень м'язового тонусу за типом спастичності в разі псевдобульбарної дизартрії спостерігаються також розлади м'я- зового тонусу за типом паретичності. Парез м'язів гортані і голосових зв'язок дається взнаки з перших днів життя дитини: у новонароджених спостерігаються глухий голос, слабкий крик, часте попирхування під час годування. З розвитком мовлення у

таких дітей виявляють порушення вимови дзвінких приголосних звуків, глухий, тихий, монотонний, немодульований голос.

Парез м'язів м'якого піднебіння виявляється в його млявому або в асиметричному скороченні, відхиленні маленького язичкг. від середньої лінії. Внаслідок цих проявів м'яке піднебіння під час мовлення не змикається взагалі або змикається не досить шільно із задньою стінкою гортані, і видихуване повітря проходить через рот і ніс. Отже, внаслідок паралічу або парезу м'якого піднебіння мовлення набуває гугнявого й увулярного відтінку, що призводить до порушення вимови язикових звуків.

Парез м'язів губ часто виявляється в згладженості носо-губ-них складок (в нормі під час усмішки ці складки добре видно), неможливості зробити деякі мімічні рухи — витягнути губи трубочкою, розтягнути в сторони. У разі однобічного парезу спостерігається асиметричне розтягування губ у сторони (тобто неоднаково розтягуються правий і лівий кути рота). Парез м'язів губ призводить до стирання відмінності всередині групи голосних звуків.

Парез м'язів язика виявляється по-різному:може відмічатися повна нерухомість язика. За легких форм спостерігаються обмеження об'єму рухів, уповільненість, неплавність рухів, неможливість утримувати язик у певному положенні. Іноді парез язика виявляється під час виконання найпростішого завдання — кінчик язика відхиляється вбік у разі висування його з рота (за однобічних парезів) або спостерігається відхилення всієї маси язика і його кінчика в порожнині рота. Унаслідок парезу м'язів язика порушується вимова язикових звуків.

Паретичний стан окремих м'язів артикуляційного апарату призводить до порушень координованої роботи дихального, голосового й артикуляційного апарату. Тому за псевдобульбарної дизартрії здебільшого спостерігається асинхронність (неодночасність голосоутворення, мовленнєвого дихання і артикуляції). Так, якщо ці діти починають говорити, видихнувши все повітря, вони змушені переривати своє мовлення частими інспіраціями (вдиханням повітря). Такі порушення здебільшого виступають на тлі більш значних рухових порушень, тобто парезу або паралічу рук і ніг.

Псевдобульбарна дизартрія може виявлятися різною мірою:

*середня тяжкість або виражена псевдобульбарна дизартрія, за якої можливі рухомість окремих м'язових груп і деяка артикуляція звуків;

•легка або стерта дизартрія, за якої неврологічна симптоматика нечітко виражена, наявні парези окремих м'язових груп, шо супроводжуються нечіткою звуковимовою, назалізацією, дисфонією, просодичними розладами, коротким і поверхневим диханням (JI. Мартинова, 1972; Е. Соботович, 1974; А. Гуровець, С. Маєвська, 1981). Спинимося докладніше на характеристиці цього ступеня дизартрії.

Дослідження стертих форм дизартрії довели, що всі діти зі стертою дизартрією для підтвердження органічної природи цієї вади потребують якомога раннього їх виявлення, комплексного обстеження і спеціального навчання.

Автори одностайно висловлюють думку, що в основу численних порушень звуковимови (таких, як бічна вимова свистячих, шиплячих звуків, міжзубний сигматизм і ламбдацизм), усунення яких пов'язане зі значними труднощами, покладено легкі залишкові розлади іннервації мовленнєвої мускулатури, так звану органічну мікросимптоматику. Вона виявляється лише в разі поглибленого спеціального обстеження рухів артикуляційного апарату (серію таких спеціальних проб буде розглянуто нижче в розділі діагностики мовленнєвого розвитку дітей з дизартричними розладами). У зв'язку зі стертим, невираженим характером ці рухові порушення мають тяжчий, ніж за функціональної дислалії, характер, але є значною мірою скомпенсованими. Тому вони виявляються частіше не в процесі виконання окремих ізольованих рухів, а в потоці мовлення, тобто в динамічних мовленнєворухових процесах. У зв'язку з цим порушення звуків у цієї категорії дітей за зовнішнім проявом нагадують дислалію, що на початкових етапах корекційно-логопедичноїроботи призводить до змішування стертої дизартрії і поліморфної дислалії.

Ретельне вивчення цієї вади дає змогу встановити порушення іннервації однієї сторони язика (правої чи лівої), що виявляється в слабкості рухів однієї половини язика або відхиленні його вбік. Важливо зазначити, що ці особливості виявляються лише в процесі вимовляння звуків, причому не тільки свистячих і шиплячих, а й усіх передньоязикових.

У результаті визначено, що цю ваду правильніше відносити до дизартрій, оскільки під час неврологічного обстеження у такому разі виявляються мікросимптоми органічного ураження центральної нервової системи з однієї сторони, а зазвичай і зниження слуху (з тієї самої сторони), тобто всі ознаки, що вказують на центральний, органічний характер цієї вади.

Діагностика стертої дизартрії пов'язана зі значними труднощами. Проте під час обстеження у дітей стану порушень звуковимови можливість таких розладів потрібно враховувати з метою визначення правильних методів подолання їх.

Безумовно, для логопеда-практикаважливим є знання сутності та інших форм дизартричних порушень.

Так, *кіркова дизартрія* характеризується більш ізольованими порушеннями іннервації м'язів артикуляційного апарату. В разі кіркової дизартрії частими є порушення оратьного праксису, у зв'язку з чим страждає насамперед вимова тих звуків, які по- в'язані з найтоншими ізольованими рухами окремих м'язових груп язика. Темп і виразність мовлення за кіркової дизартрії зазвичай не страждають.

Для *екстрапірамідної дизартрії* характерні порушення м'язового тонусу в артикуляційній, фонаційній і дихальній мускулатурі за типом дистоЧпї (мінливого тонусу) або за типом ригідності (тонічних спазмів). Спостерігаються також розлади інто-наційно-виразноїсторони мовлення, наявність гіперкінезів (найчастіше у м'язах язика). Мінливий характер м'язового тонусу, гіперкінези в артикуляційній та дихальній мускулатурі грубо спотворюють мовлення, часом роблять його малозрозумілим, іноді неможливим для розуміння. Екстрапірамідальна дизартрія спостерігається за гіперкінетичної форми ДЦП. При цьому гіперкінези (примусові рухи) різного ступеня і форми можуть виявлятися у м'язах обличчя, язика, шиї, плечового поясу, кінцівок, у м'язах артикуляційного апарату. Часто у цих дітей виявляють порушення слуху.

*Мозочкова дизартрія* характеризується порушенням узгодження (координації) в роботі артикуляційної, дихальної та фонаційної мускулатур, що призводить до порушення синхронності артикуляції, дихання і. фонації. Мовлення втрачає плавність звучання, стає скандованим (розірваним на склади, слова). Найчастіше ця форма дизартрії спостерігаєтьсязаатонічно-ас-татичної форми ДЦП: порушення координації рухів, недорозвиненість реакції рівноваги.

Усі викладені форми дизартрій можуть поєднуватися з проявами загального мовленнєвого недорозвинення, з порушенням слуху.

**Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями**

У цієї категорії дітей серед сенсорних розладів переважають порушення зорового, слухового та кінестетичного сприймання (Р. Бабенкова, М. Іпполітова, Е. Мастюкова та ін.).

**Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями**

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

**Особливості відновлювальної роботи з дітьми з дизартричними порушеннями**

Відновлювальна робота з дітьми з дизартричними порушеннями відрізняється від логопедичної роботи, спрямованої на подолання таких видів порушень звукової системи, як дислалії і ринолалія.

Метою логопедичної роботи в разі дизартрії є корекція всієї звукової системи мовлення: звуковимови, дикції, голосу, темпу і ритму мовлення, мовленнєвого дихання, а також розвитку лексико-граматичноїбудови. Вироблення всіх перелічених навичок можливе тільки на основі подолання або компенсації

наявних порушень мовленнєвої моторики. Тому робота з розвитку загальної і особливо мовленнєвої моторики у такому разі набуває найбільшого значення.

Враховуючи те, що корекція рухових, мовленнєворухових і мовленнєвих порушень у разі дизартрії має комплексний характер, логопед планує такі напрями корекційної дії:

1. Виправлення рухових порушень (медичний аспект):

а) лікувальна фізкультура і масаж. Ці види роботи має виконувати відповідний фахівець. Однак і логопед має знати деякі методи цієї роботи, щоб у разі відсутності таких фахівців він зміг допомогти дитині;

б) медикаментозне лікування, спрямоване на нормалізацію м'язового тонусу, стимуляцію моторного розвитку і зменшення гіперкінезів;

в) фізіотерапія, яка охоплює як чинники загальної дії, так і лікувально-рефлекторні;

г) ортопедичне, переважно консервативне лікування. При цьому велике значення має правильно організований руховий лікувальний режим, що передбачає часту зміну поз.

2. Логопедичний аспект відновлення передбачає:

а ) роботу з розвитку загальної і мовленнєвої моторики, спрямовану на боротьбу з насильницькими рухами, зняття напруження з м'язів мовленнєвого апарату, вироблення рухливості артикуляційного апарату, точності і диференційованості рухів, тобто потрібно застосовувати систему вправ лікувальної логопедичної фізкультури;

б) роботу з боротьби зі слинотечею (салівацією); в) нормалізацію просодики мовлення (дихання, голосу, тем-

пу, ритму мовлення, дикції); **г)** систему вправ з розвитку фонематичних процесів і формування вимови фонеми; Ь) систему психологічного впливу.

**Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДІПП**

Серед реабілітаційних програм найпоширенішими є:

•нейророзвивальна методика Бобата (філософія розвитку дитини або неврологія розвитку);

•метод рефлексолокомоції Войта;

•кондуктивна педагогіка Петьо.

**Основні компоненти системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації**

***Біомеханічна корекція хребта.***

***Мобілізація суглобів кінцівок.***

***Рефлексотерапія.***

***Мобілізуюча гімнастика***

***Спеціальна система масажу.***

***Ритмічна гімнастика.***

***Апітерапія.***

***Механотерапія.***

***Біодинамічний корекиійний костюм «Спіраль».***

**Контрольні запитання і завдання**

1. Дайте визначення такого мовленнєвого порушення як дизартрія.
2. Схарактеризуйте особливості моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами.
3. Які причини виникнення дизартрій?
4. Схарактеризуйте ступені прояву псевдобульбарної дизартрії.
5. Розкрийте особливості прояву стертих форм дизартрії.
6. Розкрийте зміст роботи з обстеження дітей з дизартричними порушеннями.
7. Схарактеризуйте основні напрями і методи логопедичного впливу, спрямованого на корекцію дизартричних порушень.

**Клініхо-фізіологічнахарактеристика заїкання**

Заїкання — це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату (Л. Білякова).

В усьому світі визнано, що заїкання — важка проблема як в теоретичному, так і в практичному аспектах. Проблема заїкання залишається ще остаточно не вивченою через широкий спектр причин його виникнення, різноманітність клінічних проявів, варіантів перебігу, патологічних реакцій логопата на свою ваду.

Донині немає єдиного погляду на етіологію заїкання. Всі дослідники погоджуються, шо у появі заїкання можуть мати значення такі чинники:

1.Певний вік дитини.
2.Стан центральної нервової системи дитини.
3.Індивідуальні особливості перебігу мовленнєвого онтоге-
незу:
4.Особливості формування функціональної асиметрії мозку.
5.Наявність психічної травматизації.
6.Генетичний чинник.
7.Статевий диморфізм.

Уразі заїкання зазвичай немає специфічної поодинокої причини, що зумовлює цю мовленнєву патологію, оскільки є потреба у поєднанні низки екзогенних та ендогенних чинників.

Ще Лагузен до причин, шо зумовлюють заїкання, відносив афекти, переляк, гнів, страх, травми голови, тяжкі хвороби та неправильне мовлення батьків. І.

Сікорський (1880) вперше підкреслив, що заїкання характерне для дитячого віку, коли
мовлення L".е не сформоване. Значне місце він відводив сг.ад ковості, вважаючи психологічні та біологічні причини лише поштовхами, шо порушують рівновагу нестійких мовленнєвих механізмів удітей.

Зарубіжні дослідники серед причин виникнення заїкання виділяли неправильне виховання дітей (А. Шервен); асенізацію організму внаслідок інфекційних захворювань (А. Гутцман); наслідування, інфекції, падіння, переляк, перенавчену ліворукість (Т. Гепфнер, Фрешельс).

Нині в етіології заїкання відмічають сукупність екзогенних та ендогенних чинників (Н. Власова, В. Гіляровський, М. Зеєман, М, Хватцев, Н. їяпугін).

На сьогодні виділяють дві групи причин заїкання: ті, що призводять до виникнення його («грунт»), та вихідні («поштовхи»).

***До причин, що призводять до виникнення заїкання («Грунт»),***
належать такі:

невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції ЦНС);

невропатичні особливості заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

спадкова обтяженість (заїкання розвивається на грунті природженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватися спадково як рецесивна ознака);

ураження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих чинників: внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії; постнатальних — інфекційні, травматичні впливи за різних дитячих захворювань.

Зазначені причини призводять до затримки мовленнєвого розвитку, до мовленнєвих розладів та розвитку заїкання.

***Серед вихідних («поштовхів»)*** виділяютьанатомо-фізіологічні,психічні та соціальні причини.

*Анатомо-фізіологічніпричини:*захворювання з енцефалітними наслідками; внутрішньоутробніта пологові травми, струси мозку, органічні порушення мозку; виснаження або перевтома нервової системи внаслідок інтоксикації та різних соматичних захворювань, які послаблюють центральні апарати мовлення: рахіт, коклюш, хвороби обміну отоларингологічні хвороби.

*Психічні та соціальні причини:* одночасна психічна травма; тривала психічна травма, або неправильне виховання в сім'ї: розбещеність, виховання «зразкової» дитини, нерівномірне виховання: постійні конфлікти, переживання у вигляді тривалих

емоційних напружень; гостра, тяжка психічна травма, соціальні раптові потрясіння, які спричинюють гостру афективну реакцію: неправильне формування мовлення в дитинстві: мовлення на вдиху, порушення звуковимови, швидкий темп мовлення батьків; перевантаження дітей молодшого дошкільного віку мовленнєвим матеріалом, невідповідне для віку ускладнення мовленнєвого матеріалу та мислення (складна конструкція фрази, абстрактні поняття), поліглосія; наслідування заїкуватих: пасивне — дитина заїкається мимовільно, коли чує неправильне мовлення, активне — копіює неправильне мовлення.

**Науково-теоретичніоснови дослідження проблеми заїкання**

У міжнародній класифікації хвороб 10-гоперегляду під кодом F 98.5 стоїть заїкання, що є дискоординаційним судомним порушенням мовлення. Клінічні прояви заїкання зводяться до розладів плавності, злитності мовлення, темпоритмічної організації. Вони мають форму специфічних заїкань, зумовлених судомним станом м'язів мовленнєвого апарату (Л, Білякова).

Отже, заїкання — це порушення темпу; ритму та плавності усного мовлення, спричинене судомним станом м'язів артикуляційного апарату (за Л. Біляковою), але, за дослідженнями Ю. Кузьміната І. ГТружан (1974), неможливо виділяти судоми як основну ознаку заїкання. Підтвердженням цього може бути наступний факт: під час знімання фільму «Кіноренггенотомографія мовлення в разі розщелин піднебіння» до контрольної групи входив пацієнт, який в минулому мав заїкання. На тлі безсудомного і зовнішніх проявів ускладнень мовлення під час промовляння тестового завдання спостерігалося асиметричне «здуття» м'язів язика, яке охоплювало середню частину спинки цього органу (Л. Пікулєв,Л. Вансовська, 1975). Таке явише було підтверджене і кінорентгенографічними дослідженнями Я. Циммермана у 1980 р. Вважають, що дефектність мовлення в разі заїкання пов'язана з розладами послідовності артикуляційних рухів. За іншими гіпотезами, моторні порушення у 20 % випадків виникають унаслідок уповільненого оброблення слухової інформації в процесі мовлення. Крім того, заїкання пов'я- зують з особливостями процесу синтезу мовлення, оскільки заїкання спостерігаються на початку певних структурних одиниць повідомлення: на початку фрази, синтагми, слова. Зазвичай самі пацієнти говорять про уповільнення, труднощі у доборі слів, репродукуванні думки вголос, тоді як на письмі вони подібного явища не спостерігають.

Методом дихотомічного сприйняття мовленнєвих сигналів доведено, що в ра зі заїкання можуть спостерігатися особливості в системі міжпівкульних взаємовідношень під час оброблення мовленнєвих сигналів; ті, хто заїкається, мало відрізняється від інших осіб за кількістю відповідей на ліві сигнали, проте

за кількістю правильних відповідей на праві сигнали — значно більше, На основі цих досліджень виявлено певну тенденцію до зниження функціональної асиметрії півкуль. У деяких країнах на основі цих досліджень використовують відповідну методику корекції заїкання.

У разі заїкання порушується не тільки мовленнєвий, а й руховий аналізатор загалом: координація рухів кінцівок з численною кількістю синкінезій і моторною недосконалістю; паралельно виявлено труднощі у запам'ятовуванні і виконанні серії послідовних і складних координованих рухів. Спостерігаються загальна напруженість, скованість та нестриманість рухів. Насильницькі рухи частіше виявляються в ділянці м'язів обличчя. Ускладнення у мовній моториці можуть супроводжуватися додатковими рухами (постукування, смикання головою, закривання очей). Ній проблемі були присвячені дослідження Л. Білякової. Нові дослідження американських учених свідчать про наявність фізіологічних компонентів, що впливають на появу заїкання. Так, виявлено, шо скроневі частки головного мозку у тих. хто заїкається, більші за розміром, ніжутого, хто не має цієї вади. Крім того, для заїкання важливим є порушення комунікації, що призводить до психогенної зміни особистості хворого.

Багато думок існує навколо цього розладу мовлення з приводу причин виникнення заїкання. Так, вважають, шо причиною є перенесені емоційні проблеми або стани тривоги і страху. Ця теорія не обгрунтована серйозними доказами ***(Barlow & Durand,*** 1999). Зарубіжні дослідники сконцентрували увагу на вивченні сімейних стосунків. Важливу роль у виникненні заїкання відіграють генетичні чинники. Згідно з авторитетними іноземними дослідженнями, спадковість є причиною більше ніж 2/3 (71 %) різних випадків вади, а 1/3 (29 %) — це результат впливу оточення***(Andrews, Morris-Yates, Howie & Martin,*** 1991). Генетичні чинники, напевно, впливають на мовлення і є причиною його патологічного розвитку, яке відбувається у мовленнєвих центрах мозку (ліва півкуля). Цією біологічною причиною заїкання пояснюються багато клінічних характеристик, зокрема і втрата самостійності та занижена самооцінка (***Yovetich, Leschied & Flicht,***
2000).

**Проблема заїкання** хвилює **не одне покоління**людей, **відображенням**чого є численні теорії, які претендують на пояснення його механізмів. Виникнення заїкання **пов'язують з**певною стадією мовленнєвого **розвиткулітей-дошкільників**і відносять до віку 2,5—6 років. Цей період збігається з такими періодами:

а) становлення звукового (фонетичного) складу мовлення, активного засвоєння лексики і граматики;

б) недостатньо сталого розвитку7 мовленнєвої функції; в) дозрівання багатьох фізіологічних і психічних функцій
дитячого організму.

Повністю координація між трьома відділами периферичного апарату — дихальним, артикуляційним, голосовим — встановлюється до десятирічного віку. З огляду на те, шо можливість прояву заїкання зберігається до десяти років, профілактика його не має бути ослабленою до цього вікового періоду.

Таким чином, причиною появи заїкання є певна несформованість мовленнєвої системи. Таке заїкання, як хворобу розвитку. можна назвати еволюційним. Вторинне заїкання симптоматичне, або **посттравматичне,** зумовлене психотравмою. Відомо, що заїкання — складний симптомокомплекс, який включає особливі психофізіологічні, емоційні та особливі прояви поведінки.'

З погляду Л. Міссуловіна (1988) і В. Шкловського (1994), заїкання — це стан мовлення, за якого у периферичному мовному апараті дитини спостерігаються судом и різного сту пеня тяжкості, тривалості, частоти. Судоми виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричинюють у ді тей вторинні реактивні нашарування. Ці нашарування зумовлюють певні

Методом дихотомічного сприйняття мовленнєвих сигналів доведено, що в разі заїкання можуть спостерігатися особливості в системі міжпівкульних взаємовідношень під час оброблення мовленнєвих сигналів; ті, хто заїкається, мало відрізняється від інших осіб за кількістю відповідей на ліві сигнали, проте за кількістю правильних відповідей на праві сигнали — значно більше. На основі цих досліджень виявлено певну тенденцію до зниження функціональної асиметрії півкуль. У деяких країнах на основі цих досліджень використовують відповідну методику корекції заїкання.

У разі заїкання порушується не тільки мовленнєвий, а й руховий аналізатор загалом: координація рухів кінцівок з численною кількістю синкінезій і моторною недосконалістю; паралельно виявлено труднощі у запам'ятовуванні і виконанні серії послідовних і складних координованих рухів. Спостерігаються загальна напруженість, скованість та нестриманість рухів. Насильницькі рухи частіше виявляються вділянні м'язів обличчя. Ускладнення у мовній моториці можуть супроводжуватися додатковими рухами (постукування, смикання головою, закривання очей). Ній проблемі були присвячені дослідження J1. Білякової. Нові дослідження американських учених свідчать про наявність фізіологічних компонентів, що впливають на появу заїкання. Так, виявлено, що скроневі частки головного мозку у тих, хто заїкається, більші за розміром, ніжу того, хто не має цієї вади. Крім того, для заїкання важливим є порушення комунікації, шо призводить до психогенної зміни особистості хворого.

Заїкання може мати як гострий психогенно-реактивний,так і поступовий початок. У подальшому формуються психічні особливості, які виявляються в обмеженні мовлення, труднощах у спілкуванні, логофобії. Логофобія зазвичай не залежить від тяжкості перебігу цього мовленнєвого порушення, а є індивідуальноюпатологічно-емоційноюреакцією пацієнта на ваду мовлення.

Психологічний аспект вивчення цієї проблеми пов'язує заїкання з порушеннями системи стосунків, патологічними особливостями адаптації до соціальних умов, які призводять до зміни особистості (В. Шкловс-ький,1973; В. Ковшиков, 1976; Г. Волкова, 1984; Л. Міссуловін, 1988; Ю. Некрасова. 1992).

Заїкання є одним із поширених мовленнєвих порушень. За даними деяких досліджень, на цю недугу страждають близько З % дітей і І % дорослих (Ю. Кузьмін), заданими Л. Міссуловіна — відповідно 2 % дітей та ! ,5 % дорослих.

Співвідношення дівчаток і хлопчиків становить 1 до З—4(АРА 2000). Хлопчики частіше, ніж дівчатка, зазнають психічного травмування.

Багато думок існує навколю нього розладу мовлення з приводу причин виникнення заїкання. Так, вважають, що причиною є перенесені емоційні проблеми або стани тривоги і страху. Ця теорія не обгрунтована серйозними доказами (***Barlow & Durand,*** 1999). Зарубіжні дослідники сконцентрували увагу на вивченні сімейних стосунків. Важливу роль у виникненні заїкання відіграють генетичні чинники. Згідно з авторитетними іноземними дослідженнями, спадковість є причиною більше ніж 2/3 (71 %) різних випадків вади, а 1/3 (29 %) — це результат впливу оточення***(Andrews, Morris-Yates, Howie & Martin,*** 1991). Генетичні чинники, напевно, впливають на мовлення і є причиною його патологічного розвитку, яке відбувається у мовленнєвих центрах мозку (ліва півкуля). Цією біологічною причиною заїкання пояснюються багато клінічних характеристик, зокрема і втрата самостійності та занижена самооцінка***(Yovetich, Leschied& Flicht,***
2000).

Проблема заїкання хвилює не одне покоління людей, відображенням чого є численні теорії, які претендують на пояснення його механізмів. Виникнення заїкання пов'язують з певною стадією мовленнєвого розвиткудітей-дошкільниківі відносять до віку2,5—6років. Цей період збігається з такими періодами:

а) становлення звукового (фонетичного) складу мовлення, активного засвоєння лексики і граматики;
б) недостатньо сталого розвитку' мовленнєвої функції; в) дозрівання багатьох фізіологічних і психічних функцій
дитячого організму.

Повністю координація між трьома відділами периферичного апарату — дихальним, артикуляційним, голосовим — встановлюється до десятирічного віку. З огляду на те, що можливість прояву заїкання зберігається до десяти років, профілактика його не має бути ослабленою до цього вікового періоду.

Таким чином, причиною появи заїкання є певна несформованість мовленнєвої системи. Таке заїкання, як хворобу розвитку, можна назвати еволюційним. Вторинне заїкання симптоматичне, або посттравматичне, зумовлене

психотравмою. Відомо, що заїкання — складний симптомокомплекс, який включає особливі психофізіологічні, емоційні та особливі прояви поведінки.

З погляду Л. Міссуловіна (1988) і В. Шкловського (1994), заїкання — це стан мовлення, за якого у периферичному мовному апараті дитини спостерігаються судоми різного ступеня тяжкості. тривалості, частоти. Судоми виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричинюють у дітей вторинні реактивні нашарування. Ці нашарування зумовлюють певні
зміни особистості і призводять до порушення системи спілкування з оточенням. На тлі органічних порушень виникають судоми м'язів мовленнєвого апарату, які мають різну локалізацію, тип і силу виразності.

Прийнято виділяти два основних типи мовленнєвих судом: тонічні і клонічні.

*Тонічні мовленнєві* судоми виявляються у вигляді мимовільних багаторазових скорочень м'язів з різким підвищенням їх м'язів, шо охоплює кілька м'язових груп. Дитина мовби скута. Рот напіввідкритий або, навпаки, губи міцно стиснуті. Обличчя відображує велике напруження.

*Клонічні мовленнєві судоми* характеризуються мимовільним разовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Дитина зазвичай повторює окремі звуки та склади.

Досить частими є поєднання клонічних і тонічних мовленнєвих судом в однієї дитини.

*Локалізація судом:* судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виявлятися в усіх його відділах: артикуляційному, голосовому і дихальному. Відповідно ці судоми прийнято називати артикуляційними, голосовими і дихальними. У клінічній картині заїкання трапляються переважно змішані судоми:

*1)дихально-артикуляційні;*

2)*дихально-голосові;*.

*3)артикуляційно-голосові.*

Отже, із зазначеного можна зробити висновок, що заїкання —•це складне комплексне захворювання, яке потребує різнобічного підходу до лікування. На сучасному етапі корекційної роботи поширений комплекснийМедико-педагогічнийпідхід до подолання заїкання.

Клініко-педагогічніспостереження за дітьми, які заїкаються, дає змогу поділити їх на три підгрупи.

До *першої 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, які виникають під час мовлення, вони не звертають уваги. Мовленнєве порушення найчастіше виявляється під час емоційних реакцій, зумовлених ситуацією.

До *другої підгрупи* належать діти, які реагують на свою ваду у мовленні. До виникнення заїкання ці діти спокійні, врівноважені, проте з появою заїкання у них з'являються зміни у емоцій-но-вольовійсфері. Вони стають плаксивими, замкненими, намагаються менше говорити, наявні супутні рухи голови, рук, тулуба, ніг, виражені у легкому ступені. Виникає страх перед мовленням.

З 1 8

До ***третьої підгрупи*** входять діти, фізично ослаблені, занадто хворобливі, вразливі, вони бояться темряви, моторно неспокійні, тривожні. З'являється логофобія. Під час мовлення вони дуже хвилюються і частота судом збільшується. Спостерігаються судоми м'язів обличчя, шиї, кінцівок.

Усі ці аспекти треба враховувати, виконуючи корекційну роботу з подолання заїкання.

**Фізіологія заїкання**

Мовлення — це коловий процес (мал. 8.1). Мовленнєве коло утворюють три мозкових мовленнєвих центри (мал. 8.2):

центр Брока відповідає за мовлення, керуючи мовленнєвою мускулатурою:

центр Верніке (слуховий центр мовлення) розпізнає власне мовлення і мовлення інших людей;

асоціативний центр створює структуру фраз і речень. Розрив мовленнєвого кола в будь-якомумісці руйнує мов-
леннєвий процес.

Заїкуватість є періодичним розривом мовленнєвого кола, що зумовлює нестабільну його роботу.

М овленнєве коло періодично розривається внаслідок неоднакової швидкості роботи мовленнєвих центрів. Причина цього явища визначається такими чинниками:

***1) неоднаковою фізіологічною силою мовленнєвих центрів :***

центр Брока є найсильнішим. Він розвивається першим, коли в дитини з'являються перші мовленнєвоподібні реакції — дитячий лепет;

центр Верніке формується пізніше, коли дитина із загального хаосу звуків починає розпізнавати і повторювати прості слова, від яких вона життєво залежна. Наприклад, «мама», «тато», «дай» тощо; асоціативний центр розвивається до 2 років, коли дитина починає вимовляти складні фрази, за які цей центр і відповідає: 2) ***недостатністю неврологічних механізмів синхронізації швидкостей роботи мовленнєвих центрів*** унаслідок переляку, стресу, перенесеного наркозу або тяжкого соматичного захворювання (див. мал. 8.3).

Потенційно відмінність між мовленнєвими центрами є в кожної людини, проте захворювання виявляється, якщо вона

**Симптоматика заїкання**

Вперше повну симптоматику заїкання було подано в npaui І. Сікорського. Прояви заїкання у різні вікові періоди вивчали В. Гіляровський, М. Зеєман, С. Ляпідевський. М. Хватцев та ін. У сучасній теорії та практиці логопедії умовно виділяють дві групи симптомів заїкання, які перебувають у тісному взаємозв'язку:

» *біологічні (фізіологічні*): порушення центральної нервової системи та фізичного здоров'я, загальної та мовленнєвої моторики;

• *соціальні (психологічні*): мовленнєві заїкання та інші порушення експресивного мовлення, феномен фіксованості на ваді, логофобії, виверти та інші психологічні особливості.

**Мовленнєві судоми**

Судоми м'язів мовленнєвого апарату мають різну локалізацію, тип і ступінь виразності. Виділяють два основних типи мовленнєвих судом: тонічні та клонічні.

*Тонічні мовленнєві судоми* — це складні тривалі спазми, які заважають вимовити слово та виявляються у вигляді тривалої паузи в мовленні або у вигляді напруженої, протяжної вокалізації (к—к— корова).

*Каонічнімовленнєві судоми* — характеризуються мимовільним багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату Заїкуватий повторює окремі звуки або склади(*кі—кі* — кіт).

**Локалізація судом.** Судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виникати в усіх його**відділах:** артикуляційному, голосовому та дихальному Відповідно ці судоми прийнято називати артикуляційними, голосовими і дихальними. В практиці частіше трапляються змішані судоми:дихально-артикуляційні,дихально-голосові,артикуляційно-голосові.

**Судоми дихального апарату:**

***Інспіраторні судоми*** характеризуються раптовим різким вдихом, що виникає на різних етапах мовленнєвого висловлювання, і призводять до необгрунтованої паузи. Ці судоми порушують як фонацію, так і мовленнєву артикуляцію. Сила інспіраторних судом буває різною.

***Експіраторні судоми*** характеризуються раптовим різким видихом у процесі мовленнєвого висловлювання. їм притаманні сильні скорочення мускулатури черевного преса. Під час експіраторних судом артикуляція і вокалізація призупиняються.

***Судоми голосового апарату*** виникають, коли логопат намагається вимовити голосний звук. Розрізняють такі види судом:

***Зімкнена голосова судома.*** Виникає в разі спроби почати мовлення або посеред мовленнєвого висловлювання, раптово припиняє голосоподачу. Голосові зв'язки в момент судоми різко змикаються, перешкоджаючи

проходженню повітря. Основна ознака — це повна відсутність звука (різноїтривалості). Оскільки голосова щілина зімкнена, перекривається проходження повітряного струменя, черевна мускулатура напружена. Хворий завмирає, його обличчя стає амімічним, можливі скарги на відчуття напруженості в ділянці гортані, грудей та черевних м'язів, відчуття перешкоди в ділянці гортані.

***Вокальна судома*** виникає у вигляді підвищеного тонусу голосових м'язів у процесі мовлення на голосних звуках. Акустично судома сприймається як незвичайна протяжність голосного звука. Іноді спостерігаються зміни тембру голосу і його висоти. Голос набуває неприємного, фальцетного (то зниженого, то підвищеного) звучання.

***Тремтячий, або поштовхоподібний, гортанний спазм.*** Виникає під час вимови голосних звуків. При цьому мовлення припиняється, виникає тремтячий або переривчастий звук, що супроводжується повною відсутністю артикуляції. Під час тремтячого гортанного спазму голосові зв'язки змикаються, потім розмикаються, внаслідок чого виникають нефонологічні звуки. Ця судома характеризується наявністю відкритої ротової порожнини і може супроводжуватися ритмічним відкиданням або опусканням голови.

**Судоми артикуляційного апарату:**

1.Лицьові (губи, нижня щелепа).

2.Язикові.

3.Судоми м'якого піднебіння.

***Лицьові судоми:***

*Зімкнена судома губ* виявляється у вигляді спазму колового м'яза рота, внаслідок чого губи сильно змикаються, при цьому інші м'язи обличчя можуть не брати участі в судомі. В разі спроби вимовити звук щоки можуть надуватися під тиском повітря, що заповнює ротову порожнину. Порушується вимова твердих і м'яких губних звуків***/б*, **[и], [в], \ф\. [лі],** а в тяжких випадках — язикових [Э],***/т\. [«].***

*Верхньогубна судома* виявляється спазмом м'язів, які піднімають верхню губу. Виникає частіше гемісудома обличчя, при цьому ротова щілина викривляється. Ця судома найчастіше буває клонічною. В разі виникнення її вимова всіх губних звуків є практично неможливою. Обличчя стає асиметричним, спотвореним.

*Нижньогубна судома* аналогічна верхньогубній. Уражує один або обидва м'язи, які опускають кут рота. Ізольовано спостерігається зрідка.

*Судома кута рота* характеризується різким відтягненням кута рота справа або зліва разом з підняттям його вгору. Ротова щілина перекошується вбік судомно скорочених м'язів. Вона може охоплювати м'язи носа, гіовік, чола. Судома кута рота порушує роботу колового м'яза рота. Хворий під час судоми

не в змозі зімкнути губи, від чого порушується вимова відповідних приголосних. Вона буває як тонічною, так і клонічною.

*Судома розкриття ротової порожнини* може відбуватися удвох варіантах:

а) рот розкривається широко з одночасним опусканням нижньої щелепи;

б) у разі зімкнених шелеп різко оголюються зуби. Контури рота набувають квадратної форми. Всі м'язи артикуляційного апарату напружені. Судома тонічного характеру.

*Складна судоми обличчя* є одним із проявів різних судом обличчя, виражених у тяжкому ступені, що охоплюють судоми м'язів чола, колового м'яза повік, вушних м'язів. Вона супроводжує судому колового м'яза рота.

***Язикові судоми:***

*Судома кінчика язика.* Кінчик язика з напруженням впирається у тверде піднебіння, внаслідок чого артикуляція, а також видих (і відповідно — фонація) у цей момент призупиняються, виникає необгрунтована пауза.

*Судомне підняття кореня язика.* Виявляється у мимовільному піднятті кінчика язика вгору та відтягненні його назад. Під час судоми відбувається змикання кореня язика з піднебінням, повністю блокується проходження повітряного стру меня через ротовий отвір. Порушується вимова задньоязикових та глоткових звуків [г], [к]. [г], |.ї].

*Судома виштовхування язика.* Характеризується виштовхуванням язика в простір між зубами, може бути тонічною і клонічною. В разі тонічної судоми язик висувається із порожнини рота, клонічної — періодично висувається вперед, а потім із сплою втягується всередину. Під час судоми вимова звуків стає неможливою, дихання порушується.

*Під'язикова судома* характеризується опусканням нижньої щелепи і відкриванням ротової порожнини. Ця судома охоплює м'язи, пов'язані з під'язиковою кісткою, поєднується із судомами іншої локалізації. Часто спостерігаються повторення складів та вимова з придихом.

*Судома м 'якого піднебіння* ізольовано трапляється зрідка. Під час судоми м'яке піднебіння або піднімається, або опускається, внаслідок чого вхід у носову порожнину або відкривається, або закривається, що надає звукам назального відтінку. Зовні судома виявляється у раптовій зупинці мовлення і повторенні звуків, подібних до***/пм — пм\, \тн — тн\. \кн—кн\.***

**Феномен фіксованості на ваді**

Зародження переживань із приводу якості власного мовлення можна виявити вже у маленьких дітей.

Хвилювання з приводу свого мовлення може змінюватися у заїкуватих залежно від різних обставин. Так, з віком хвилювання, а також рівень загальної тривожності зростають.

Ступінь виразності мовленнєвих хвилювань залежить від ступеня мовленнєвого розладу: що більше виражена заїкуватість, то більші хвилювання.

Багато заїкуватих разом із зростанням тривоги з приводу свого мовлення починають ототожнювати цю тривогу із самою заїкуватістю. Проте під час додаткових бесід зазвичай з'ясовують, шо страх зумовлює не сама заїкуватість, а можливе ставлення до неї через **недосконале** мовлення. Тому хвилювання значною мірою залежить від того, хто є партнером зі спілкування. Страхи можуть мати й індивідуальний характер.

Фіксованість на своїй ваді — це відображення об'єктивно існуючої мовленнєвої вади (мовленнєвих заїкань) у всій психологічній діяльності заїкуватої людини. Це результат процесів отримання і перероблення інформації про мовленнєві труднощі і по- в'язані з ними неприємності, трансформовані у психічні стани і властивості заїкуватого, шо виявляються в його взаємодії з навколишнім соціальним середовищем.

Виділяють три ступеня хворобливої фіксації на своїй ваді. Нульовий ступінь характеризує байдуже ставлення заїкувато-
го до своєї вади в поєднанні з відсутністю вольових зусиль у боротьбі з нею. Ці заїкуваті охоче вступають у контакт зі знайомими і незнайомими. У них немає елементів сором'язливості, вразливості за своє неправильне мовлення.

Помірний ступінь характеризується помірно стриманим ставленням до своєї вади в поєднанні з наявністю вольових зусиль у боротьбі з нею. При цьому спостерігаються неприємні переживання, пов'язані з заїкуватістю, заїкуватість приховується, компенсується завдяки мовленнєвим вивертам. Проте усвідомлення свого недоліку і переживання не переходять у постійне тяжке відчуття власної неповноцінності.

**Виражений ступінь.** У хворих спостерігається безнадійне ставлення до своєї вади**і** наявність таких вольових**зусиль у** боротьбі з нею, які переростають у навіювані дії та стани. Заїкуваті постійно**зосереджують** увагу на своїх мовленнєвих невдачах, глибоко**і тривало** переживають їх. Всю свою діяльніс ть заїкува ті із вираженим ступенем прояву фіксації на своїй ваді ставлять у**залежність** від**мовленнєвих** невдач. Для них характерним є занурювання у хворобу; самознищення, навіювані думки і виражений страх перед мовленням

Із часом у заїкуватих ступінь фіксованості на своїй валі має тенденцію до ускладнення.

Позитивні результати логопедичної роботи із заїкуватими закономірно перебувають у зворотній залежності від ступеня їхньої фіксованості на своїй ваді (що більша фіксованість, то нижчий результат). Саме різний ступінь фіксованості на своїй ваді, а не стаж заїкуватості визначає різні результати логопедичної роботи.

*Логофобія* - - це страх мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач.

Створюється своєрідне коло, коли судомні заїкання в мовленні зумовлюють сильні негативні емоційні реакції, шо посилює мовленнєві порушення. Зрештою, здебільшого у заїкуватих мовлення стає джерелом постійної психічної травматизації. Все це спричинює підвищену виснажливість (як психічну, так і власне мовленнєву), стомлюваність і призводить до розвитку патологічних рис характеру.

Поступово одні заїкуваті починають уникати мовленнєвих навантажень, різко обмежують мовленнєві контакти (пасивна форма компенсації), інші, навпаки, стають агресивними, на- в'язливими у спілкуванні (явище гіперкомпенсації).

Із віком логофобія в деяких випадках набуває особливого значення в картині заїкуватості, має навіюваний характер і виникає лише в разі думки про потребу у мовленнєвому спілкуванні або спогадів про мовленнєві невдачі в минулому. В цьому стані заїкуваті часто вимовляють не те, шо їм хотілося б сказати. а лише те, що легше вимовити.

**Класифікація заїкання**

Починаючи з 70-хроків у вітчизняній літературі з'являються нові трактування класифікації заїкання. Дослідники виділяють дві клінічні форми заїкання — неврозоподібну та невротичну, які зумовлені різними патогенетичними механізмами.

**Характеристика неврозоподібної форми заїкання.** Зовнішньо подібний до неврозу, цей розлад має не психогенне походження (в межах шизофренії, епілепсії, різних видів олігофренії, внаслідок'органічного ураження центральної нервової системи). Найчастіше неврозоподібний синдром виникає внаслідок органічного ураження **ЦНС**у ранньому дитинстві. Після травм голови, струсу головного мозку, менінгоенцефалітів часто спостерігається неспецифічний комплекс залишкових явиш, подібних до ураження головного мозку. В цьому комплексі поєднуються універсальні загальномозкові синдроми та ознаки ураження тієї чи іншої функціональної системи.

До універсальних синдромів, які виникають практично у всіх, хто переніс подібне ураження, належить *церебрастенічпий* синдром. Він виявляється в негативному перенесенні спеки, перебуванні у транспорті, у підвищеній млявості та втомлюваності в разі інтелектуального або фізичного навантаження. Діти з церебрастенічним синдромом швидко втомлюються, тому їх потрібно викликати до дошки не наприкінці уроку, а спочатку, не на останніх уроках, а на перших. Ці хворі потребують суворо дозованих навантажень з частим чергуванням періодів інтелектуальної діяльності та відпочинку. Наявність церебрастенії, з одного боку, завжди посилює вже наявну патологію головного мозку, а з другого — призводить до виникнення різних нових порушень. Отже, церебрастенічний фон не є безпечним.

Виділяють п'ять основних клінічних варіантів церебрастенічного синдрому".

1. *Астеногіпердинамічний:* людина втомлюється, стає метушливою, розсіяною, гіперрухливою.

2.*Астенодинамічний:* хворий бажає спокою, спостерігається гіподинамія. При цьому про щось запитувати його, примушувати працювати шкідливо.

3.*Астеноапатичний:* хворий нічого не хоче робити, у нього апатичний стан.

*А.Астенодистонічний:* хворий роздратований, плаксивий, нудний, його не слід втішати, йому потрібен відпочинок.

5. *Змішаний:* у його проявах є різні симптоми, що впливають один на одного, і тим самим приховують прояви хвороби.

іншою ознакою раннього органічного враження ЦНС є синдром рухового розгальмування (гіпердинамічний синдром). Він виявляється в надмірній метушливості, хаотичній рухливості, нездатності бути цілеспрямованим, дисциплінованим. Пацієнти запальні, роздратовані.

Неврозоподібна форма заїкання починається у дітей поступово в 3—4роки 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. Заїкання «обростає» супутніми рухами, емболофразіями, і судомні зупинки посилюються в разі фізичноїабо психічної втоми, соматична ослабленість погіршує якість мовлення.

М'язовий тонус за цієї форми заїкання нестійкий, рухи порушені, не розмірені. Порушена координація рухів рук, ніг, дрібної моторики рук, артикуляційної моторики. Найвиразніші порушення відмічають у мімічній, артикуляційній та дрібній
моториці рук: страждає динамічнич праксис. Заїкуватим важко відтворювати та утримувати в пам'яті заданий темп, ритм. Спостерігається різке порушення мовленнєвого дихання: слова вони вимовляють під час вдиху або в момент повного видиху.

Неврозоподібна форма заїкання характеризується тим, що мовленнєві спотикання виявляються в різних ситуаціях — як наодинці з самим собою, так і в колективі.

Активна увага заїкуватих до процесу мовлення полегшує мовлення, воно стає кращим.

За умови хронічного перебігу неврозоподібної форми заїкання у дорослих мовлення характеризується нерідко тяжкими тоно-клонічнимисудомами у відділах мовленнєвого апарату. Мовлення супроводжується різкими рухами пальців рук, притоптуванням, хитанням голови, супутніми рухами, які нагадують гіперкінези — насильницькі скорочення м'язів, які не мають маску вального характеру.

**Характеристика невротичної форми заїкання.** Невротична форма заїкання виникає гостро у віці від 2 до 6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. Переважає психогенний початок мовленнєвої патології (психічна гостра або хронічна травматизація).

З анамнестичних даних випливає, що у дітей з цією формою заїкання відсутня патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів. Ранній психофізіологічний розвиток відбувається в межах норми. Моторні навички формуються своєчасно.

У мовленнєвому онтогенезі спостерігається ранній розвиток мовлення (перші слова з'являються в 10 міс.). Фразове мовлення формується в 16— 18 міс. життя. За короткий період часу діти починають розмовляти розгорнутою фразою, словниковий обсяг швидко поповнюється; темп мовлення пришвидшений. Діти начебто «захлинаються» мовленням, недомовляють закінчень слів, речень; спостерігається велика кількість ітерацій — повторення складів, слів, словосполучень. Таким чином, артикуляційні механізми мовлення в них несформовані, проте лек- сико-граматичнасторона випереджає норму.

Під час обстеження у дітей виявляють нормальний розвиток загальної моторики. Вони добре переключаються з одного руху, ритму на інший. Дрібна моторика розвивається у межах норми.

Удітей з невротичною формою заїкання часто спостерігається рецидив у 7 років у зв'язку зі збільшенням емоційного й фізичного навантаження, зумовленого вступом до школи.

У10—12років діти починають усвідомлювати свою ваду.

Уних формується логофобічний синдром. Логофобія може поєднуватися із невротичними тіками та синкінезіями.

**Загальні напрями психологапедагогічної реабілітації заїкуватих**

**Клінічне і психолого-педагогічнеобстеження заїкуватих**

Для адекватного планування програми логопедичної і лікувальної роботи із заїкуватими та визначення її ефективності потрібне правильне обстеження заїкуватих з урахуванням симптоматики захворювання.

Обстеження заїкуватих має бути комплексним і передбачати психолого-педагогічнеі логопедичне вивчення заїкуватого, а також аналіз результатів медичного обстеження.

Лікар визначає соматичний, неврологічний і психічний стан заїкуватого. Логопед обстежує стан мови заїкуватого, особливості його особистості, моторику. Починаючи **обстеження,** логопед має ретельно вивчити медичну і**психолого-**педагогічнудокументацію. Ця документація може містити дані про стан інтелекту. слуху, зору (висновки фахівців: психоневролога, отола-ринголога, офтальмолога). Крім того, документація може охоплювати характеристики, складені вихователем, учителем, психологом та іншими фахівцями.

Обстеження зазвичай передбачає три етапи:

1)збирання анамнестичних даних;

2)обстеження стану мови і моторики;

3)вивчення **особистісних** особливостей заїкуватого. Анамнестичні дані про індивідуальні особливості розвитку

мовлення і моторики заїкуватого дають можливість логопеду правильно оцінити його стан, а потім спланувати роботу.

Основним компонентом логопедичного обстеження є складання логопедом на кожного заїкуватого характеристики мовленнєвого стану — «мовленнєвого статусу». Логопед складає цю характеристику перед початком корекційної роботи із заїкуватим. Вивчення особистісних особливостей заїкуватого може проводитися як логопедом, так і психологом.

**Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих**

У логопедичних заняттях із заїкуватими учнями на сьогодні використовують в основному методичні рекомендації, запропоновані для роботи з дітьми дошкільного віку (для молодших учнів) чи з підлітками і дорослими (для старших учнів). Наприклад, **Н, Чевельова** у своєму посібнику пропонує систему виправлення мовлення в заїкуватих учнів1—4класів у процесі ручної діяльності. Принципово вона**мало** відрізняється від запропонованої раніше системи логопедичних занять із заїкуватими дошкільниками. Змінюються лише вибір і складність виробів, запропонованих для роботи з учнями. Відповідно до навчальних чвертей автор виділяє чотири періоди послідовних логопедичних занять:

1.Супровідного мовлення.

2.**Завершального** мовлення.

3.Мовлення, що випереджає.

4.Закріплення навичок самостійного мовлення.

**Контрольні запитання і завдання**

1.Дайте характеристику історії заїкання.

2.Які основні напрями в терапії і корекції заїкання сформувалися з давніх часів і донині?

3.Які передумови створення *комплексної* о підходу до усунення заїкання?

4.Етіологія заїкання.

5.Симптоматика заїкання.

6.Перебіг заїкання в різні вікові періоди.

7.Характеристика судомних заїкань за місцем їх утворення (артикуляційні, голосові, дихальні, змішані). Як вони виявляються в усному мовленні дитини?

8.Судомні заїкання, які спостерігаються в разі заїкання клонічного, тонічного та змішаного типу. Як вони виявляються в мовленні, на яких звуках?

9.Причини заїкання судомного характеру. Які біологічні і соціальні чинники можуть бути причиною виникнення в мовленні у дитини заїкань судомного характеру?
10.Схарактеризуйте заїкання як складне психофізичне порушення, за якого у людини спостерігаються різного ступеня зміни в системі ЦНС, експресивного мовлення, мовленнєвої і загальної моторики та психофізичні особливості поведінки.
11.Принцип медичної класифікації заїкання.
12.Мовленнєві судоми (тип, місце, частина) та особливості мімічної моторики.
13.Логопедичне обстеження дитини із заїканням.
14.Поясніть, яку роль у подоланні заїкання у дитини може відіграти правильно організоване навколишнє середовище і ставлення до дитини з боку людей, шо оточують її. Яку конкретну участь у цьому беруть батьки і вихователі?
15.Які чинники впливають на ефективність подолання заїкання у дітей? Назвіть причини рецидивів.
16.Участь батьків (та вихователів) у корекційно-педагогічнійроботі з дітьми. шо заїкаються. Назвіть форми роботи.

**Лекція №**

**Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції**

**Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія).

Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії.

**Тема 2.** Алалія.

Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії.

Лекція №

**Кредит 7. Порушення голосу**

**Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу.

**Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані.

**Лекція №**

**Кредит 8. Порушення писемного мовлення**

**Тема 1.** Порушення писемного мовлення.

Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання.

**Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. Профілактика порушень писемного мовлення.

## Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушень писемного мовлення

Проблема порушень писемного мовлення в учнів є однією з найскладніших та найактуальніших для шкільного навчання. Повноцінне оволодіння писемним мовленням на початковому етапі шкільного навчання є необхідною передумовою для успішного засвоєння шкільної програми, формування особистості дитини та її соціальної адаптації, озброює новими засобами мовленнєвої комунікації у письмовій формі.

Початок вивчення порушень письма і читання у дітей припадає на другу половину XIX ст. Уведення в країнах Західної Європи державної шкільної освіти дало змогу виявити особливу категорію дітей, які були неспроможні оволодіти грамотою, незважаючи на нормальний розвиток.

Утой період переважала думка, шо порушення писемного мовлення є частковим проявом розумової відсталості (Ф. Бахман,
Г.Вольф, Б. Енглер).

У1877 р. А. Куссмауль вперше визначив порушення письма і читання як самостійну патологію мовленнєвої діяльності.

У1896 р. англійський лікар В. Морган описав14-річногохлопчика з нормальним інтелектуальним розвитком, у якого були великі труднощі у читанні та письмі. В 1897 р. аналогічний випадок описав англійськийлікар-окулістКерр, а в 1905 р. вийшла праця Томаса, яка узагальнила спостереження ста випадків подібних станів.

Праці Д. Гіншельвуда в 1900—1907рр. підтвердили думку дослідників, що порушення читання та письма не завжди супроводжують розумову відсталість. Він уперше назвав утруднення в опануванні читання та письма термінами «алексія» і «аграфія» незалежно від ступеня прояву їх.

0:же, в другій половині XIX ст. у наукових дослідженнях стверджується новий напрям — розгляд патології читання і письма у дітей як ізольованого самостійного порушення, яке трапляється в разі локального мозкового захворювання. Автори, які дотримуватися такої думки, вважали, що в основу патології читання та письма удітей покладено неповноцінність зорового аналізатора, а саме — оптичного сприймання літер, зорової пам'яті та обмеженість поля зорового сприймання, а недорозвинення зорових образів слів

та окремих літер розглядали як основний механізм порушень читання і письма. У зв'язку з цим для визначення порушень почати застосовувати поняття «природжена словесна сліпота».

П. Раншбург, проводячи тривалі дослідження дітей з порушенням писемного мовлення, вперше вказав на різні ступені прояву порушень читання і письма, визначивши їх термінами «легастенія» та «графостенія».

Таким чином, проблема дислексій та дисграфій удітей довго існувала як **проблема оптичного або оптико-просторовогопорушення.** Писемне мовлення розглядали якоптико-моторнийпронес.

Поступово розуміння природи процесів читання та письма, механізмів дисграфій і дислексій змінювалося. На основі ретельного вивчення симптоматики письмових порушень неодноразово змінюватись їх визначення та термінологія. Було розмежовано терміни «алексія» та «дислексія», «аграфія» та «дисграфія».

Порушення функціонування зорового аналізатора перестали вважати єдиною причиною порушень читання та письма.

Дослідники почали виділяти інші форми дислексій та дисграфій, які характеризуються особливостями локалізації і своєрідністю проявів (Б. Голдшгейн, Л. Лібман, К. Монахов, С. Ортон).

Вагомий внесок у вивчення дисграфій зробив відомий невропатолог К. Монахов (1914), який вперше пов'язав дислексію із загальним характером мовленнєвого порушення та афазією. Він виділив такі форми дислексії: оптичну, акустичну, моторну, ідеомоторну.

У 1937 р. С. Ортон, досліджуючи порушення читання, письма та мовлення удітей, описав специфічні помилки читання в разі дислексії у вигляді інверсій, перестановок та дзеркального читання. Він виявив, що основні труднощі удітей з порушенням писемного мовлення полягають у неспроможності складати з літер слова. С. Ортон відмежував порушення читання та письма у дітей під час навчання грамоти від порушень читання та письма внаслідок уражень головного мозку у дорослих. Він зробив висновок, що причинами атексіїта аграфії удітей є порушення не тільки моторного, а й сенсорного характеру. Найчастіше дислексії та дисграфії трапляються у дітей з моторними вадами, у ліворуких та тих, у кого пізно здійснюється латералізація, а також у дітей з вадами слуху та зору.

Значний внесок у вивчення механізмів дислексії та дисграфії зробили клініцисти-невропатологиР. Ткачов і С. Мнухін. Р. Ткачов, спостерігаючи дітей з природженою нездатністю до читання, зазначив, що в основу дислексій покладено порушення па- м'яті. Дитина, називаючи правильно літери та склади, неспро- \ можна їх запам'ятати, співвіднести з відповідними звуками та% утримати в пам'яті. Таким чином виникає читання за смислового здогадкою, спотворюється звукова модель слова. Причини цих порушень автор

вбачає у слабкості асоціативних зв'язків між зоровими образами літер та слуховими образами відповідних звуків за достатньо збереженого інтелекту. Це порушення зумовлене, на думку автора, впливом спадкових чинників.

С. Мнухін у праці «О врожденной алексии и аграфии» вказує на той факт, що вади в процесі читання і письма є досить поширеними і трапляються за різних станів, навіть у нормі на початковому етапі навчання. Порушення читання та письма спостерігаються у дітей як з нормальним інтелектом, так і розумово відсталих. У дорослих ці вади належать до складного симптомокомплексу в разі афатичних та агностичних розладів. Під природженою алексією та аграфією автор розуміє тривалу нездатність опанувати читання і письмо за умов збереження всіх інших психічних функцій, незважаючи на нормальний інтелектуальний розвиток. С. Мнухін досить докладно описав симптоматику цих порушень. Виходячи зі своїх спостережень, він вказує, що порушення читання і письма супроводжуються цілою низкою інших розладів, які виникають на спільній з порушеннями читання та письма психопатологічній основі. Діти, які мають труднощі у писемному мовленні, погано заучують вірші, з помилками відтворюють графічний ритм, їм важко називати дні тижня, місяці року, літери алфавіту за порядком, хоча всі ці елементи знають та відтворюють в хаотичному вигляді. Характерними для них є труднощі виконання кількісного і порядкового звукового та складового аналізу і синтезу слів. Ці порушення свідчать про наявність у них утруднення й уповільнення процесів «рядоутворення та рядопромовляння».

Загальною психопатологічною основою описаних вад, на думку С. Мнухіна, є порушення цілої системи функцій структуроутворення. При цьому найскладнішими проявами цього порушення є розлади читання та письма, а елементарними —розлади «рядопромозляння». Він вважає, шо в разі дисграфії та дислексії спостерігаються спадкова обтяженість різного ступеня вираженості (алкогольна, психопатична, епілептична), а також тяжкі пологи та пологові травми.

Поступово погляд на дисграфію та дислексію у дітей як самостійне ізольоване порушення змінюється. Порушення писемного мовлення педагоги-дефектологи,психологи розглядають як наслідок відхилень у формуванні усного мовлення дитини (Ф, Рау, М Хватцев, Р. Боскіс, Р. Левіната ін.).

М. Хватцев, глибоко вивчаючи питання дисграфії та дислексії, спочатку розглядав їх як наслідок порушень звуковимови у дітей. Випадки, коли дисграфії та дислексії залишалися, незважаючи на те, що вади вимови були виправлені, автор пояснював стійкістю старих зорових стереотипів звука, представленого у вигляді літери.

У своїх останніх працях, присвячених порушенням писемного мовлення, М. Хватцев розкрив значно вищий та диференційований рівень розуміння природи цих порушень. Зокрема, розглянув складну психофізіологічну структуру

процесів читання і письма, дав визначення алексії, дислексії, аграфії, дисграфії, розробив класифікацію їх. Так, за порушеними механізмами він виділив фонематичні, оптичні, просторово-апраксичні(словесна сліпота), семантичні, мнестичні та інші форми алексії та дислексії, описав їхню симптоматику та методику подолання. За таким самим принципом М. Хватцев виділив багато форм дисграфії.

Вагомий внесок у вивчення дисграфій та дислексій зробила Р. Левіна. У її ранніх працях недоліки писемного мовлення схарактеризовані як наслідок фонематичного недорозвинення. Пізніше в працях Р. Левіної, Н. Нікашиної, Л. Спірової та інших співробітників сектора логопедії Інституту дефектології АПН РРФСР було розроблено новий системний підхід до розумі ння дисграфій та дислексій у дітей. Порушення читання і письма розглядаються ними як один із проявів недорозвинення усного мовлення.

У1950 р. було надруковано працю відомого нейропсихолога О.Лурії «Очерки психофизиологии письма», яка відкрила нове розуміння механізмів дисграфії т а дислексії з позиції нейропсихології та нейролінгвістики.

Увивченні механізмів порушень письма в сучасній логопедії спираються на комплексний підхід, який охоплює клінічний, психологічний, психолінгвістичний, психофізіологічний та методичний аспекти.

З позиції **клінічного таклініко-психологічногопідходів**дисграфію розглядають не як самостійне порушення, а як один із симптомів, які входятьдо комплексу інших, переважно неврологічного або енцефалопатичного порушення (В. Ковальов, С. Мнухін). Багато авторів вказують на те, що порушення писемного мовлення найчастіше спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), затримки психічного розвитку. олігофренії (А. Руттер, В. Ковальов, С. Мнухін та ін.). Вони є частиною складних мовленнєвих та нервово-психічнихпорушень.

З позиції **психофізіологічного підходу,** спрямованого на ви вчен - ня психофізіологічних механізмів процесу письма та читання, дисграфію розглядають як наслідок порушеноїаналітико-син-тетичної діяльності мовнослухового, мовнорухового, зорового та рухового аналізаторів, а дислексію — як наслідок порушеноїаналітико-синтетичноїдіяльності мовнослухового, мовнорухового та зорового аналізаторів (С. Ляпідевський, В. Басонова, О. Токарева).

Сучасне розуміння письма як виду мовленнєвої діяльності потребує значно ширшого підходу до вивчення дисграфії, не обмежуючись клінічним та психофізіологічним (аналізаторним) аспектами, які недостатньо враховують складну психологічну структуру писемного мовлення.

**Психолінгвістичний аспект** вивчення цих порушень розглядає механізми дисграфії як розлад операцій породження мовленнєвого висловлювання (О. Леонтьев, О. Лурія).

Найсучаснішими аспектами вивчення дисграфії, які набули поширення завдяки однозначному зв'язку між вадою письма та його корекцією, є **психолого-логопедичний** та**психолінгвістичний аспекти.**

Психолого-логопедичнийта психолінгвістичний аспекти співвідносять дисграфію удітей із несформованістю вищих психічних функцій (мовленнєвих та немовленнєвих). а також тих чи інших операцій письма (Р. Лалаєва, Р. Левіна, І. Садовнікова, Л. Спірова, Є. Соботович. О. Гопіченко, Е. Данілавічютє).

Розуміння дисграфії як мовленнєвого порушення зумовлене не лише тим, що письмо є видом мовленнєвої діяльності і формується на основі розвитку усного мовлення, а й тим, що найчастіше у дітей трапляється дисграфія, пов'язана з недостатністю тих чи інших сторін мовленнєвого розвитку, шо, вочевидь, не передбачає вивчення дисграфії без аналізу взаємозв'язку недостатності мовленнєвого розвитку з іншими психічними процесами.

Отже, з погляду психолого-логопедичногота лінгвістичного підходів дисграфію слід розуміти насамперед як специфічне мовленнєве порушення, що потребує спеціальних психологопедагогічних методів корекції.

**Методичний аспект вивчення дисграфії** полягає у розробленні спеціальних корекційних методик подолання та запобігання вадам читання і письма у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку з різними психофізичними порушеннями.

У сучасній зарубіжній літературі проблема порушень писемного мовлення удітей є досить актуальною. Основою педагогічно орієнтованих досліджень дислексії є **порушення процесу навчання читання і письма.** В60-хроках вони дістали назву «специфічні порушення навчання»***(specific learning disability — LD).***

Порушення називають специфічними у зв'язку з необхідністю підкреслити гой факт, що вони не пов'язані з інтелектуальною недостатністю або **грубими** вадами аналізаторів, а мають власний механізм (В. Гаддес, П. Сац, Р. Морріс). Усі визначення LD мають спільні позиції, а саме:

•наявність ознак церебральної дисфункції;

•дисгармонію дозрівання окремих когнітивних функцій;

•стійкі труднощі в опануванні деякими шкільними або соціально значущими навичками (читанням, письмом, математикою, мовленнєвими та мовними навичками тощо);

•наявність дисфункції між потенційними пізнавальними здібностями та реальними шкільними досягненнями (Дж. Лернер).

Отже, нині існують різні погляди на походження дислексії та дисграфії, що свідчить про надзвичайно складну проблему механізмів порушення писемного мовлення.

**Дисграфія**

Визначення і термінологія за період вивчення проблеми дисграфії та дислексії змінюватися неодноразово. В сучасній спеціальній літературі для визначення порушень письма використовують в основному терміни: ***аграфія*** — повна неспроможність оволодіти навичкою письма;***дисграфія*** — часткове специфічне порушення процесу письма (Р. Лалаєва). У психологічній літературі О. Корнєв (1997) запропонував таке визначення дисграфії: *дисграфія* — це*стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою письма за правилами графіки, тобто керуючись фонетичним принципом, незважаючи на достатній рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність грубих порушень слухового та зорового аналізаторів, а також оптимальні умови навчання.*

Дисграфію визначено також як часткове порушення процесу письма, основним симптомом якого є наявність стійких помилок, не пов'язаних ані зі зниженням інтелектуального розвитку, ані з вираженими порушеннями слуху і зору, ані з нерегулярністю шкільного навчання (f. Садовнікова).

На Заході для визначення специфічних порушень письма *(specific spelling disability, disorthografia)* прийнято кількісний критерій: відставання в навичці письма на дві і більше стандартних помилок (або на півтора — два класи) від рівня засвоєння інших предметів за відсутності істотних порушень інтелекту, зору або слуху. Якісній характеристиці помилок не надається значення для віднесення розладу до категорії специфічних.

Серед дітей шкільного віку масової загальноосвітньої школи поширеність порушень письма, заданими різних авторів, становить 6 - 7 % (О. Корнєв, 1997). від 3 до 15 % (Т. Пічугіна).

Поширеність порушень читання і письма залежить як від статевої належності (у хлопчиків порушення письма і читання спостерігаються у 4,5 раза частіше, ніж у дівчаток (О. Корнєв)), так і від характеру писемності. Найвищий цей показник в англомовних країнах (10—15%) та у Венесуелі (33*%) (Л. Тарнопол, М. Тарнопол).* Система українського правопису є значно простішою, ґрунтується переважно на фонетичному принципі. Тому кількість дітей, які мають порушення писемного мовлення, в нашій країні є меншою і прогнозуваня корекції порушень сприятливішим. Засвідченнями К. Макіти, серед японських дітей лише 0,98 % страждає на дислексію. Дослідником доведено, що у дітей, які оволодівають фонетичним складовим письмом, кількість дисграфій та дислексій значно більша, ніж удітей. які засвоюють ієрогліфічну писемність. Автор робить висновок, що специфіка мови та

писемності є значним чинником поширеності, симптоматики і структури вади в разі дисграфій та дислексій.

**Передумови формування навичок письма**

Становлення функції письма відбувається лише за умов цілеспрямованого навчання у період опанування грамоти. Передумови її формування закладаються ще до початку навчання в школі. Труднощі, з якими стикається дитина під час опанування письма, полягають не лише у потребі в усвідомленні його знаково-символічноїфункції, а й у розрізненні змістового аспекту знака (значення) і його форми, у високому ступені довільності акту письма та наявності у дитини складноорганізованої сенсомоторної бази. Опанування письма стає можливим за умов досягнення нею певного рівня зрілості — стану «шкільної зрілості». Під «*шкільною зрілістю»* розуміють такий рівень фізичного, психічного, мовленнєвого та інтелектуального розвитку дитини, який дає змогу дійти висновку, що вимоги систематичного навчання, різного роду навантаження, новий режим життя не будуть для неї занадто виснажливими. Досягнення «шкільної зрілості» визначається достатнім рівнем розвитку у дітей*передумов*, що забезпечують успішне опанування навички письма на початковому етапі шкільного навчання.

Серед них: високий рівень розвитку усного мовлення дитини, сформованість функціональної бази (когнітивних, сенсомоторних процесів) та операціональних компонентів.

**Мовленнєва готовність** є одним із важливих аспектів підготовки дітей до школи. Відомо, шо відхилення в розвитку усного мовлення дітей негативно позначаються на засвоєнні шкільної програми, формуванні їхньої особистості, затримують процес соціальної адаптації.

Достатній рівень розвитку усного мовлення характеризується сформованістю звукової та лексико-граматичноїсистем мовлення, що, в свою чергу, є усномовленнєвими передумовами опанування письма (А. Винокур, Е. Данілавічютє, Р. Левіна, Є. Соботович та інші). Сформована звукова система мовлення передбачає відсутність порушень звуковимови, фонематичних функцій (різних рівнів фонематичного сприймання, фонематичних уявлень, а також операцій, що входять до структури дій звукового аналізу слова). Розвиток цих процесів забезпечується складною взаємодією мовнослухового та мовнорухового аналізаторів, що передбачає збереженість і сформованість не тільки слухової диференціації фонем, а й інших слухових функцій — мовнослухової пам'яті, слухової уваги та слухового контролю (О. Гопіченко, Е. Данілавічютє, Є. Соботович).

**Функціональні механізми письма** є надзвичайно складними, оскільки охоплюють велику кількість психічних функцій, когнітивних і сенсомоторних компонентів.

Для переведення фонем у їхні графічні схеми (літери) дитина має засвоїти зоровий образ літери. Опанування їх передбачає достатній рівень сформованості зорових функцій: зорово-просторовогосприймання і уявлення, зорового аналізу та синтезу, зорового контролю, зорової пам'яті та зорової уваги.

Одним із важливих показників функціонального розвитку дитини є *рівень зорового сприймання,* що визначає успішність засвоєння базових навичок письма і читання у початковій школі. Завдяки йому відбуваються засвоєння і впізнавання літери, аналіз її елементів, розрізнення друкованих і рукописних літер тощо.

Розвиток зорового сприймання у дитини передбачає відповідні етапи: спочатку розгорнуте «обмацування» предмета рукою й оком і лише потім згорнуті форми сприймання. **В** разі порушення вміння плавно переводити погляд з одного предмета на інший дитина може сприймати повноцінно лише один об'єкт, що свідчить про звуження зорового сприймання.

В основу формування зорового уявлення літери покладено встановлення різних внутрішньоаналізаторних зв'язків у зоровому аналізаторі, у яких має знайти своє відображення просторове розташування і взаємовідношення графічних елементів літери. Просторова і кількісна близькість багатьох літер ще більше ускладнює внутрішньоанаїізаторні зв'язки, потребуючи тонких просторово-кількіснихдиференціювань, без яких складнааналітико-синтетичнаробота, потрібна для формування зорових уявлень літер, стає неможливою.

Отже, успішне опанування письма передбачає вміння дитини *вільно орієнтуватися в просторі із. володіти основними просто-"^S ровими поняттями.* Орієнтування в просторі — це комплексний v процес, що складається з симультанного зорового сприймання, диференційованих рухів очей, вестибулярного аналізу і синтезу, а також кінестетичних сигналів, що йдуть від ведучої руки, забезпечуючи асиметричність у сприйманні простору (О. Лурія). Зорова орієнтація в просторі є найпізнішою та більш згорнутою формою просторового сприймання.

За свідченнями О. Корнєва, для засвоєння символічного позначення фонем у дітей має бути сформованою також *навичка символізації.* Це відбувається на основі розвитку у дитини здібностей до символізації більш широкого плану: символічної гри, образотворчої діяльності та ін. Першим проявом здібності до символічної діяльності в онтогенезі є поява символічної гри з характерними для неї діями ігрового заміщення предметів і предметного зображення в матюнках. З того моменту, як дитина починає давати назви власним зображенням, можна

говорити про початок розвитку графічного символізму. На відміну від письма, це символізм першого порядку: назвами позначають конкретні предмети, а не слова, які самі є також знаками. Пізніше, коли формується здібність до**малювання за задумом,** можна говорити про появу елементарних знакових операцій. Прогресу деталізації**малюнків** є проявом динаміки засвоєння мови графічних символів. Незрілість цих здібностей у дитини навіть за достатнього розумового розвитку утруднює опанування графем.

**Графомоторні навички** є кінцевою ланкою операцій, шо формують письмо: за їх допомогою здійснюється операція перетворення оптичних образів літер у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки. Тим самим вони можуть впливати на процес письма загалом. Наприклад, труднощі у зображенні літер іноді настільки концентрують увагу дитини, що дезорганізують усі попередні операції. Графомолюрні навички формуються в онтогенезі одночасно з розвитком образотворчої діяльності. Найважливішою функцією, від якої залежить цей процес, є*зорово-мо- торна координація.* Упродовж значної частини дошкільного віку регуляція зображувальних рухів здійснюється на основі рухо-
вого **аналізатора,** тобто діти спираються на «пам'ять руки». Зорового контролю за рухами майже немає. Проте поступово відбувається міжсенсорна інтеграція кінестетичних відчуттів під час малювання і зорових образів, які при цьому сприймаються. Свого найбільшого розвитку вона досягає у віці6—8років. З цього періоду око бере активну участь у керуванні рухами —зорово-моторнакоординація починає посідати провідне місце в регуляції графомоторних рухів і розвитку відповідних навичок. На перших етапах розвитку навички письма рух, потрібний для написання кожного елемента літери, а пізніше — для написання кожної літери, є предметом спеціальної усвідомленої дії. В подальшому ці елементи поєднуються, і написання цілих звукових комплексів поступово стає автоматизованою допоміжною операцією. Процес письма набуває складного автоматизованого характеру. Одночасно з рухом руки здійснюється*руховий контроль.* У міру написання літер, слів він підкріплюється*зоровим контролем*, читанням написаного.

Необхідною умовою опанування писемного мовлення та удосконалення графомоторних навичок є достатній розвиток *дрібної моторики рук* (В. Галкіна, В. Дудьєв, М. Кольцова, О. Корнєв, І. Садовнікова, Т. Пічугіна). Формування рухових функцій, у тому числі і дрібних рухів рук, відбувається у процесі взаємодії дитини з навколишнім предметним світом. Відомо, шо онтогенетичний розвиток руки дитини розпочинається з обмацувальних і хапальних рухів. У подальшому маніпулятивні дії з предметами допомагають дитині набути першого досвіду у пізнанні навколишнього предметного світу, формуючи у неї предметне мислення та сприяючи розвитку тонких рухів кисті і пальців руки, що, в свою чергу, здійснює стимулювальний вплив на мовленнєву

функцію дитини, на розвиток у неї сенсорної і моторної сторін мовлення. Заданими О. Корнєва, оволодіння довільною регуляцією рухів руки відбувається в період від одного до4—5років. Для оволодіння довільними рухами необхідними є збереженість сили і точності рухів, а також нормального забезпечення тонусу, який є основою для чіткої координації їх.

Особливим чинником, який впливає на становлення динамічної організації різних видів довільних рухів у дітей, є *ліворукість.* У таких дітей спостерігаються неплавність, уповільненість, дезавтоматизованість власне рухів, а також письма і малювання. Дослідження психофізіологів свідчать про взаємозв'язок між розумовою працездатністю та тонкою руховою координацією пальців руки і кисті удітей5—7років. Удітей з низьким рівнем розумової працездатності зазвичай спостерігаються також низька координація та порушення пропорційності рухів.

Особливо складним у дитини, що починає опановувати навичку письма, є оволодіння рухами кінчиків пальців, які реалізують рухи кінчика пера на поверхні аркуша. Це пояснюється невідповідністю траєкторії кінчика кулькової ручки на письмі та рухів пальців, що спрямовують його. Саме тому дитина на першому етапі навчання пише крупно, бо що крупнішим є письмо, то менша відносна відмінність між рухами кінчика ручки і рухами самої руки. Завдяки розвиненій моториці руки збільшуються можливості формування просторових уявлень,

що дає змогу в процесі письма реалізовувати рухи ручки на ар- ^ * куші вздовж дійсних або уявних ліній, правильно тримати знаряддя письма, а також забезпечується процес написання: виконання схеми рухів, відповідних оптичному образу літери, та плавний послідовний запис елементів літери, літер у словах.

Аналіз психологічної структури писемного мовлення дає можливість виділити **основні когнітивні процеси,** що відповідають за опанування процесу письма та є основою його функціональної бази, а саме:*сприймання, уявлення, мислення, пам'ять і увагу {О.* Російська, В. Тарасун).

Молодший школяр під час письма стикається із необхідністю одночасного виконання великої кількості різних дій, що потребує від нього високого рівня розвитку здібності концентрувати, розподіляти і переключати увагу. Відсутність достатньої автоматизації всіх складових процесу письма передбачає певний рівень сформованості уваги. Встановлено, що шестирічні діти можуть продуктивно займатися одним видом діяльності впродовж 10—15хв. Важливою властивістю уваги є її обсяг, що залежить від кількості об'єктів, які людина може сприйняти одночасно. Вщомо, що шестирічна дитина може одночасно сприйняти три об'єкти з певною повнотою і деталізацією (Я. Коломенський, Є. Панько).

Психологи Н. Бастуй, Ю. Гільбух, В. Горбенко пояснюють незрілість уваги недорозвиненістю емоційно-вольовоїсфери шестирічної дитини, що впливає на розвиток самоконтролю. Що виразнішаемоційно-вольованезрілість, то меншою є у дитини здатність цілеспрямовано керувати своїми діями і відповідно гіршою є якість її письма.

Завдання записати щойно почуті чи побачені слова становить значні труднощі для початківця, особливо якшо вони мають великий обсяг. Необхідність утримувати в пам'яті певну послідовність звуків слова, яке підлягає запису, а також оптичного образу літер свідчить про її важливу роль у забезпеченні процесу письма. Важливими показниками рівня сформованості пам'яті є обсяг, швидкість та стійкість запам'ятовування сдухомовленнєвого та зорового матеріалу.

З огляду на те, що письмо є складною багатоопераційною діяльністю, яка охоплює низку розумових дій різного рівня, на особливу увагу заслуговують **операціональні компоненти мислення:** *симультанно-сукцесивний аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, класифікація,* складна взаємодія яких у процесі пізнання забезпечує готовність дитини до навчання в школі (Є. Соботович, В. Тарасун, Л. Андрусишин).

Велике значення у формуванні навички письма має операція **контролю** (зорового, слухового і рухового) та самоконтролю власної діяльності. Контроль виявляється у всіх психічних процесах — мисленні, пам'яті та мовленні. Виконаннябудь-якихзавдань без нього неможливе. Саме контроль є найслабкішою ланкою в процесі регуляції діяльності дитини, що виявляється у недоведенні дії до кінцевого результату, переході на другорядні дії та асоціації, у відсутності дії перевірки після виконання завдання. При цьому можуть спостерігатися такі явища, як відволікання учня на зовнішні подразники під час виконання певного завдання.

Операція контролю має складну структурну організацію. Її нормальне виконання можливе лише за умов сформованості еталону контролю (того, з чим порівнюють результат дії), операції порівняння виконаної дії та її результатів із заданим зразком (еталоном), контрольної дії (пошук помилки) та механізмів визначення, виділення і корекції помилки (В. Тищенко). Порушення будь-якоїланки цієї операції може спричинити збій у функціонуванні всієї мовленнєвої системи.

Таким чином, письмо є складною за структурою формою мовленнєвої діяльності, що потребує залучення великої кількості операцій та різних мозкових ділянок, кожна з яких робить свій специфічний внесок. Несформованість будь-якоїз розглянутих вище функцій може зумовлювати порушення процесу опанування письма — дисграфію. Опанування процесу письма можливе лише за умови досягнення дитиною високого рівня фізичного, психічного, мовленнєвого та інтелектуального розвитку.

**Етіологія порушень писемного мовлення**

Причини порушень письма та читання є подібними. Нині немає єдиноїдумки шодо етіології дисграфії та дислексії. Аналіз літературних джерел дає змогу встановити цілу низку причин, які призводять до порушень писемного мовлення.

Порушення читання і письма можуть бути зумовлені затримкою у формуванні певних функціональних систем, важливих для засвоєння писемного мовлення, внаслідок шкідливих чинників, які діяли в різні періоди розвитку дитини (О. Лурія, С. Ляпідевський, М. Хватцев). Дехто з дослідників відзначає спадкову схильність до дислексії (Б. Хальгрен, М. Рудінеску та ін.). Так, генетичні дослідження, проведені М. Ламі, К. Лонай, М. Сулє, Б. Хальгреном, дали змогу дійти висновку про спадковий характер деяких чинників (порушення латератізації, затримка мовленнєвого розвитку), які зумовлюють виникнення дислексії та дисграфії. М. Захалкова та співавтори відмічають спадкову обтяженість у 45 % дітей з дислексією. Заданими О. Корнєва, серед дітей з дислексією та дисграфією в 60 % випадків спадковість була обтяженою психічними розладами і лише в 25 % — порушеннями безпосередньо писемного мовлення. Рейнольд також вказав на вплив спадкового чинника в етіології дислексій у дітей. На його думку, є особлива, природжена форма дислексій, коли діти успадковують від батьків якісну незрілість головного мозку в його окремих ділянках. Ця незрілість структур мозку виявляється у специфічній затримці розвитку певних функцій.

Під час клінічного дослідження в анамнезі у більшості дітей з дислексією та дисграфією виявляють несприятливий перебіг пренатального, натального і постнатального періодів: патологію вагітності і пологів (токсикоз вагітності, інфекційні захворювання, хвороби матері (нефропатії, діабет, гіпотеріоз тощо), алкоголізм матері, несумісність крові матері та плоду, недоношеність, стрімкі пологи, акушерські ускладнення у вигляді гіпоксії плоду, затяжні пологи, асфіксія); патологічну спадковість (труднощі навчання у батьків, психічні захворювання). Нерідко поряд із зазначеними чинниками виявляють черепномозкові травми голови, соматичну ослабленість, вірусні та бактеріальні нейроінфекції та часті інфекційні захворювання в постнатальний період. При цьому найістотнішу негативну роль у виникненні дисграфії та дислексії відіграють патологічні чинники, які діють у більш пізні періоди розвитку плоду та в постнатальний період. Дослідники передбачають, шо вони негативно впливають на структури третинних зон головного мозку, які забезпечують символічні функції (усне мовлення, читання і письмо).

Етіологію дислексії та дисграфії пов'язують із впливом як *біологічних,* так і*соціальних* чинників. Порушення читання і письма можуть зумовлюватися*причинами органічного* та*функціонального характеру.* Підчас

досліджень, проведених А. Галабурдою, було виявлено анатомічні аномалії мозку двох типів у 5 чоловіків з дислексією. Перші анатомічні відхилення виявлялися у відсутності асиметрії півкуль у ділянках, що забезпечували оволодіння мовленням, друге — аномаліями в розміщенні клітин головного мозку (порушення розвитку плоду в період з 16 по 24 тиждень вагітності) переважно в лобних та задніх тім'я- но-потилицевихзонах лівої півкулі, які беруть участь у процесі мовлення. Спираючись на дослідження А. Галабурди, Н.Геншвінд розробив гіпотезу, згідно з якою відсутність або зменшення асиметрії правої та лівої півкуль у дислексиків переважно зумовлене порушеннями імунної функції організму. Надмірний вплив чоловічого статевого гормону — тестостерону" призводить до відсутності або зменшення асиметрії головного мозку, внаслідок чого порушується розвиток мовленнєвих ділянок мозку. Це підтверджує той факт, що дислексія та дисграфія частіше трапляються у хлопчиків, ніж у дівчаток (відповідно**4 : 1** і**10 : 1).**

Крім того, дисграфія та дислексія виникають за органічних мовленнєвих порушень. Органічні ураження ділянок головного мозку, які беруть участь у процесі читання і письма, спостерігають у дизартриків, афазиківтаалаліків (О. Лурія, С. Ляпідевський, М. Хватцев).

Багато дослідників акцентують увагу на функціональних порушеннях діяльності ділянок мозку, які забезпечують оволодіння мовленням. Функціональні причини можуть бути пов'я- зані з впливом як внутрішніх (хронічні соматичні захворювання), так і зовнішніх (неправильне мовлення оточення, двомовність, недостатня увага до розвитку мовлення дитини з боку дорослих, дефіцит мовленнєвих контактів) чинників, які затримують формування психічних функцій, що беруть участь у процесі читання і письма.

Таким чином, в етіології дисграфії та дислексії виявляють як генетичні, так і екзогенні чинники.

Дослідження останніх десятиліть доводять, що нерідко однією з причин порушень читання і письма є труднощі становлення пронесу латералізації (функціональної асиметрії в діяльності парних сенсомоторних органів). У таких дітей остаточно не встановилася домінантна роль однієї з великих півкуль головного мозку, що, в свою чергу, може призвести до порушень мовленнєвого розвитку.

Причини та прояви дисграфії з позиції ктініко-педагогічно-го підходу пов'язують передусім з явищами недорозвинення та ураження ЦНС, наприклад, такими як нейродинамічні порушення вищих психічних функцій, з функціональною недостатністю їх вищих форм регуляції. У зв'язку з цим порушення читання і письма найчастіше спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), затримки психічного розвитку, олігофренії, дитячого церебрального паралічу, порушень слуху (В. Ковальов, В. Ковшиков, С. Мнухін, О. Корнєв).

Згідно з концепцією Р. Левіної, порушення читання і письма є проявом системного порушення мовлення, відображенням недорозвинення усного мовлення у всіх його ланках. Отже, дисграфію та дислексію здебільшого виявляють у структурі складних мовленнєвих та нервово-психічнихпорушень.

Сучасне розуміння порушень письма і читання під кутом зору психолінгвістичного та психолого-педагогічногоаспектів доводить, що різні порушення читання і письма зумовлені не стільки порушенням у дитини усного мовлення, скільки недостатністю низки психічних функцій: пам'яті, уваги,зорово-просторо-вого гнозису, сукцесивних та симультанних процесів, а також операціональних компонентів письма та читання (О. Гопіченко, Е. Данілавічютє, Р. Лалаєва, О. Російська, І. Садовнікова, Є. Соботович, В. Тарасун, Н. Чередніченко та ін.). Труднощі в оволодінні писемним мовленням виникають як наслідок поєднання трьох груп явищ: біологічної недостатності певних мозкових систем, функціональної недостатності, шо розвивається на цій основі, а також соціальних умов.

**Симптоматика дисграфії**

Основними симптомами дисграфії є стійкі специфічні помилки (не пов'язані із застосуванням орфографічних правил), виникнення яких не зумовлено порушеннями інтелектуального або сенсорного розвитку чи нерегулярністю шкільного навчання. Такі патологічні помилки слід відрізняти від помилок, яких припускають діти під час вивчення нової теми. Основними *критеріями відмежування* патологічних помилок від непато-
*логічняхє: стійкість, здатність закріплюватись та збільшуватись,*
якщо не проводити спеціальну корекційну роботу.

Український, як і російський правопис, грунтується на деяких основних принципах, серед яких провідними і найбільш загальноприйнятими вважають: фонетичний (фонематичний), морфологічний та традиційний (історичний).

*Фонетичний принцип* письма є основою українського правопису. Суть його полягає в тому, шо буквене позначення повністю відповідає тим фонемам, які чують у слові (слова записують так, як чують і вимовляють). Для засвоєння фонетичного принципу письма дитина має оволодіти основними операціями письма: звуковим аналізом; співвіднесенням звука з літерою та співвіднесенням літери з кінемою. Якщо вона в процесі засвоєння цих операцій допускає помилки в словах, які записують за фонетичним принципом, їх вважають тимчасовими, пов'язаними з певними етапами засвоєння цих операцій. У цей період допускається, що дитина може пропускати, переставляти та додавати зайві літери в слова. Однак з оволодінням операціями письма ці помилки мають зникнути. Якшо дитина стабільно продовжує пропускати голосні та приголосні звуки під час їх збігу, замінювати літери, що позначають близькі за акустико-артику-**ляційними** ознаками звуки, або замінювати букви, подібні за

написанням, це свідчить про те, що у неї є труднощі у засвоєнні основних операцій письма. Такі помилки слід вважати патологічними. що потребують спеціальної логопедичної корекції.

*Морфологічний принцип* письма полягає в тому, що під час написання зберігаєтьс**ясталість буквеного** позначення морфем (префіксів, суфіксів, закінчень), незважаючи нате, що в різних фонетичних умовах їх вимовляють і чуютьпо-різному.Саме на цьому принципі грунтується більшість правил орфографії. Коли виникає**невідповідність між вимовою і** написанням, вибір літери визначається певним орфографічним правилом.

*Традиційний принцип* письма зберігає історично старе написання слів, яке неадекватне сучасній вимов; та морфологічному принципу. Тому його ще називають історичним (Л. В. Щерба, 1983). У шкільній програмі це так звані словникові слова.

Помилки, допущені **в** орфограмах, які ще не вивчали, не вважають патологічними. Якщо учень, знаючи правило, не може його застосувати, стабільно допускає однотипні орфографічні помилки, то в цих випадках помилки вважають патологічними, або дизорфографічними.

**Класифікація дисграфій**

Класифікація дисграфії здійснюється на основі різних критеріїв: з урахуванням порушених аналізаторів, психічних функцій, несформованості операцій письма.

М. Хватцев (1959) виділив такі види дисграфії: дисграфія на основі акустичної агнозії та вад фонематичного слуху; внаслідок порушень усного мовлення («графічна недорікуватість»); на основі порушень вимовного ритму; оптична; в разі моторної та сенсорної афазії.

О. Токарева (1969), розглядаючи дисграфію з позицій психофізіологічного підходу як наслідок порушеної аналітико-синте-тичної діяльності мовнослухового, зорового та рухового аналізаторів, виділяє три види дисграфії: акустичну, оптичну, моторну.

Основним симптомом **акустичної дисграфії** є помилки на змішування та заміни літер, які позначають звуки, близькі за своїмиакустико-артикуляційнимиознаками, а також пропуски літер. Причини цих помилок автор вбачає у недиференційованому слуховому сприйманні та порушеній звуковимові, що позначається на письмі.

**Оптична дисграфія** зумовлена нестійкістю зорових образів літер. Окремі літери діти не впізнають, не співвідносять з певними звуками, внаслідок чого виникають помилки на заміни, змішування літер, які близькі між собою за графічними та оптикопросторовими ознаками. У низці випадків, особливо у ліворуких дітей, спостерігаються дзеркальне письмо, елементи написання літер справа наліво.

У тяжких випадках оптичної дисграфії написання слів неможливе, дитина пише лише літери.

**Моторна дисграфія.** Характерними для неї є труднощі рухів руки під час писання, порушення зв'язків моторних образів слів з їх звуковими та зоровими образами.

Сучасне вивчення письма з позицій психолінгвістичного та психолого-педагогічногоаспектів свідчить про те, що воно як вид мовленнєвої діяльності має складну психологічну структуру, охоплює комплекс операцій різного рівня: сенсомоторних, мовних та семантичних. У зв'язку з цим виділення видів дисграфії на основі порушень аналізаторного рівня на сьогодні є недостатньо обгрунтованим.

Найбільш обгрунтованою є класифікація дисграфій, в основу якої покладено несформованість певних операцій процесу письма, розроблена співробітниками кафедри логопедії ЛДГТІ імені О.І.Герцена під керівництвом Р. Лалаєвої (1989).

Виділяють такі види дисграфій: артикуляторно-акустичну,на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем), внаслідок порушень мовного аналізу та синтезу, аграматичну та оптичну.

1. В основу **артикуляторно-акустичноїдисграфії**покладено відображення неправильної вимови на письмі, опора учнів на неправильне промовляння. Виявляється вона в замінах, пропусках літер, які відповідають замінам та пропускам звуків в усному мовленні. Така форма дисграфії спостерігається частіше у дітей з поліморфною дислалією, ринолалією та дизартрією. Причому заміни літер на письмі іноді залишаються навіть тоді, коли вимова звуків виправлена, що пов'язано з недостатньою сформованістю удітей чітких кінестетичних образів літер. Слід зазначити, що заміни і пропуски звуків в усному мовленні діти не завжди переносять на письмо. Це зумовлено компенсаторними можливостями, а саме заміною неправильних кінестетичних образів звуків їх чіткими слуховими диференціюваннями завдяки сформованим фонематичним функціям.

**2. Дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем),** або за традиційною термінологією — **акустична дисграфія.**Виявляється в замінах літер, які позначають фонетично близькі звуки (свистячі — шиплячі, дзвінкі — глухі, африкати і компоненти, що входять до складу їх ***(ч-т', ч-щ, ш - щ, ц-т, ц-с),*** м'які — тверді). При цьому в усному мовленні звуки вимовляють правильно.

Найчіткіше дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання спостерігається за сенсорної алалії та афазії. В тяжких випадках діти змішують літери, що позначають артикуляторно і акустично далекі звуки ***(л-к, б-е, п-н),*** які вони правильно вимовляють.

Механізми цього виду дисграфії, на думку авторів, різні, що пояснюється складністю процесу фонемного розпізнавання. Багаторівневу структуру процесу фонемного розпізнавання розглянуто в розділі «Операції процесу письма».

Так, Р. Левіна, Л. Спірова пов'язують заміни літер на письмі з фонематичним недорозвиненням, несформованістю уявлень про фонему, порушенням операції вибору фонеми. Є. Соботович, О. Гопіченко, Е. Данілавічютє основні причини цих помилок вбачають у порушенні фонематичних уявлень про акустично близькі звуки, а також у недостатньому використанні слухового контролю під час розпізнавання їх. Своїми дослідженнями вони довели, шо у дітей з цим видом дисграфії кінестетичний аналіз(промовляння під час письма) не зменшує кількості помилок на змішування літер, а, навпаки, призводить до збільшення їх.

Отже, для правильного письма потрібний достатній рівень функціонування всіх операцій процесу розрізнення і вибору фонем. Уразі порушення будь-якоїланки (слухового, кінестетичного аналізу, операції вибору фонеми, слухового та кінестетичного контролю) утруднюється весь процес фонемного розпізнавання, що виявляється в замінах літер на письмі.

**Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу**
виявляється на письмі у спотворенні звукобуквеної або морфологічної структури слова та структури речення. В її основу покладено порушення різних форм мовного аналізу та синтезу: синтаксичного, морфологічного та фонематичного, а також морфологічних та синтаксичних узагальнень. Найхарактернішими помилками є:

1)пропуски, перестановки та додавання до слів зайвих літер, що пов'язано з несформованістю фонематичного аналізу та синтезу. Механізми цього типу помилок розкрито в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» (фонетичні помилки);

2)написання разом слів, особливо прийменників, з іншими словами, написання разом частин двох слів, роздільне написання частин слова, відривання префікса від кореня та ін. Такі помилки виникають внаслідок порушення удітей морфологічних узагальнень, морфологічного аналізу та синтезу. Приклади цього типу помилок наведено в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» (морфологічні помилки);

3)помилки, які виявляються у відсутності позначень меж речення — великих літер та крапок, неправильному визначенні меж речення, пропусках слів та частин речень та порушенні послідовності слів у реченні. Приклади цих помилок, їх причини та механізми наведено в підрозділі «Синтаксичні помилки».

Порушення письма внаслідок несформованості фонематичного аналізу та синтезу широко висвітлені в працях Р. Левіної,
Л.Спірової, І. Садовнікової, Г. Чиркіної, Е. Данілавічютє.

4.**Аграматична дисграфія** пов'язана з недорозвиненням граматичної будови мовлення: морфологічних та синтаксичних
узагальнень, часто **спостерігається** у дітей із загальним недорозвиненням мовлення. Може виявлятися**на** рівні слова, словосполучення, речення, тексту і є складовою частиною більш широкого**симптомокомплексу** —лексико-граматичногонедорозвинення, яке спостерігається у дітей з дизартрією,**алалією,** розумово відсталих та дітей з порушенням слуху.

На рівні зв'язного писемного висловлювання виявляють значні труднощі у встановленні логічних та мовних зв'язків між реченнями. Діти неправильно передають послідовність подій, пдопускаючи та переставляючи фрагменти тексту, що порушує смислові та граматичні зв'язки між окремими реченнями.

На рівні речення аграматизми виявляються у спотворенні морфологічної структури слова, заміні префіксів, суфіксів (морфемний аграматизм), у неправильному вживанні відмінкових закінчень під час узгодження слів у словосполученні та реченні. В учнів з пією формою дисграфії спостерігається порушення синтаксичного оформлення мовлення, що виявляється у труднощах конструювання складних за будовою речень, пропусках членів речення, порушенні послідовності сліву реченні. Приклади помилок за цієї форми дисграфії наведено в розділі «Типи та механізми патологічних помилок» (лексико-граматичніпомилки).

5. **Оптична дисграфія** пов'язана з недорозвиненням зорового гнозису аналізу та синтезу, просторових уявлень і зорової пам'я- ті та виявляється в замінах та спотвореннях літер на письмі, близьких між собою заоптико-просторовимиознаками. Класифікацію та приклади помилок цього типу наведено в розділі «Типи та механізми патологічних помилок» (графічні та опти-ко-просторовіпомилки).

До оптичної дисграфії відносять і дзеркальне письмо, яке іноді виявляється у ліворуких дітей, а також у разі органічних уражень головного мозку.

**Дислексія**

У сучасній літературі для визначення порушень читання використовують терміни: «алексія» — повна відсутність читання; «дислексія», «дислексія розвитку», «еволюційна дислексія» — часткове порушення процесу опанування читання, на відміну від тих випадків, коли акт читання порушується внаслідок уражень кори головного мозку, тобто в разі афазій. Формулювання діагнозу зазвичай залежить від професійної належності фахівця: той самий стан педагог визначає як «специфічне порушення читання» (*specific reading disability),* а лікар — «дислексія розвитку»*(developmantal dislexia).* Західні

дослідники включають в коло дислексій і порушення письма, термінологічно не виділяючи останні.

У Міжнародній класифікації хвороб (10)дислексію визначено як «специфічне порушення читання».

У логопедичній літературі наведено таке визначення дислексії:*дислексія — часткове порушення процесу оволодіння читанням, яке зумовлене несформованістю (порушенням) вищих психічних функцій та виявляється в численних помилках, що стійко повторюються під час читання* (Р. Лалаєва, 1989).

У психології під дислексією розуміють *стани, основним проявом яких є стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою читання, незважаючи на достатній для цього рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність порушень слухового і зорового аналізаторів та оптимальні умови навчання.* Основним порушенням при цьому є стійка нездатність оволодівати злиттям звуків у сктади і автоматизованим читанням цілими словами, шо часто супроводжується недостатнім розумінням прочитаного. В основу розладу покладено порушення специфічних церебральних процесів, що загалом формують основний функціональний базис навички читання (О. Корнєв. 1997).

**Дислексія та порушення зорово-просторовихфункцій**

За багатьма дослідженнями, у дітей з дислексією зо- рово-просторовесприймання істотно не страждає. Однак спостерігаються**труднощі просторової орієнтації** у всіх просторових напрямках, змішування понять*«вправо — вліво», «верх — низ-», «попереду — позаду», «над — під»,* утруднення у виконанні просторово організованих рухів. Зниження рівня мовленнєвого розвитку та здатності виділяти й усвідомлювати просторові ознаки предметного світу призводить до істотного відставання в оволодінні просторовимивербально-понятійнимипозначеннями. Особливо чітко це виявляється в експресивному мовленні.Діти-здислексією майже не використовують прийменники*«над», «між»,* прикметники*«широкий», «вузький», «товстий», «тонкий»,* прислівники*«попереду», «позаду»*. часто замінюють їх або застосовують неадекватно. На думку багатьох авторів,**порушення вербалізації просторових уявлень** відіграють важливу роль у механізмах порушення читання. Причому рівень мовленнєвого розвитку не є визначальним чинником в опануванні поняттями «*вправо» — «вліво».*

Удітей **здислексією** спостерігаються затримка в диференціації правої та лівої частин тіла, пізня**латералізація** або її порушення (ліворукість або змішана домінанта). Співвідношення між ліворукістю та дислексією не прямі, а опосередковані. В багатьох випадках, особливо під час переучування ліворукості або у дітей зі змішаною домінантою, спостерігаються специфічні

труднощі у формуванні просторових уявлень, змішуванні правої та лівої сторін. У нормі розрізнення поняття «вправо» та «вліво» формується до 6 років. Достатня**сформованість просто-**
**рових уявлень є необхідною передумовою розрізнення та засвоєння літер** дитиною. У ліворуких дітей без порушень читання в процесі еволюції створюються механізми, які компенсують латеральну дискоординацію, уліворукихдітей здислексією ці системи компенсації формуються повільніше та пізніше. Отже, не сам факт ліворукості, а несформованість просторових уявлень, що спостерігається в разі переучування ліворуких дітей та за змішаної домінанти, спричинює порушення читання.

У дітей із порушеннями читання виявляють неточність у визначенні форми та розміру. **Несформованість оптико-просторовихуяв-**
**лень** виявляєтьс**яв** малюванні, під час**складання** цілого із частин. Так, під час конструювання геометричних фігур за зразком спостерігається спотворення кутових співвідношень між елементами ламаної лінії або неправильне розташування фігур. При цьому помітні спотворення форми фігур майже відсутні. Виконання цих завдань за пам'яттю часто видається непосильним. Аналіз малюнків дітей свідчить, що їм притаманні схематизм, мізерність композиції, розташування предметів і фігур в один рядок, статичність та недостатність**реалізму** (Є. Ігнатьєв,**Н.** С-аку-**ліна** та ін.). Однією з найвиразніших патологічних ознак у дітейдислексиків є порушення пропорцій як між частинами одного зображення, так і між окремими зображеннями. Часто малюнки непропорційно малі порівняно з форматом аркуша паперу. Основною причиною низького рівня зображувальної діяльності удітей здислексією, за результатами досліджень, проведених О. Корнєвим, є**незрілість складних, довільних форм зорово-моторної координації.** Більшість дітей, які не засвоїли літери, мають найнижчий рівень розвитку зображувальних навичок. Дефіцит зображу-**вально-графічних здібностей** безпосередньо впливає на патогенез дислексії. особливо на етапі засвоєння звукобуквеної символіки.

**Дислексія та порушення когнітивних функцій**

Дослідження, проведені багатьма **вченими-клініии-**стами. психологами, підтвердили, що удітей з дислексією характерною є нерівномірність розумового розвитку. Найбільше
страждають такі передумови інтелекту: пам'ять, увага, зоровопросторова орієнтація, симультанно-сукцесивніфункції та мовленнєві навички. За даними О. Корнєва, дефіцит сукцесивних функцій трапляється у 88 % дітей з дислексією. Найчастіше у них виявляють слабкість автоматизації мовленнєвих рядів (64 %), менше порушується відтворення звукових ритмів (46 %) та серії рухів (33 %). Дослідження довели наявність зв'язків між неповноцінністю часових операцій (запам'ятовування та відтворення часової послідовності подій,

дій, слів) та дислексією. Короткочасна мовнослухова пам'ять на сукцесивно організований матеріал страждає значно більше, ніж інші психічні функції. Дітям важко запам'ятовувати комплекси з 5 геометричних фігур різної форми («симультанні комплекси») або рядів фігур чи малюнків, розташованих у різній послідовності («сукцесивні комплекси»).

Як показали клінічні та нейрофізіологічні дослідження, сукцесивні процеси тісно пов'язані зі здатністю до довіл ьної вибіркової концентрації уваги (С. Мнухін, Н. Суворов, О. Таїров) і за умов її порушення істотно змінюються.

**Дислексія та порушення усного мовлення**

У дітей з дислексією часто спостерігаються порушення усного мовлення. Вони мають різний характер: порушення звуковимови та фонематичного розвитку, обмеженість словникового запасу та неточність вживання слів, порушення граматичного оформлення усного висловлювання, недорозвинення зв'язного мовлення, порушення темпу та ритму мовлення (заїкання, пришвидшений темп мовлення). У багатьох дітей спостерігаються затримка появи мовлення та уповільнений темп його розвитку. В повсякденному житті діти використовують прості фрази, уникають складних синтаксичних конструкцій. За даними О. Корнєва, у 22 % дітей цієї клінічної групи характерними є ознаки нерізко вираженого загального недорозвинення мовлення (НЗНМ). У 44 % випадків виявляють порушення звуковимови, у 22 % —аграматизми у вигляді неправильного узгодження слів у реченні та спотворенні відмінкових закінчень. Обмеженість словникового запасу особливо яскраво виявляється в разі потреби визначити просторові, часові та інші абстрактні співвідношення. У багатьох дітей виявляють труднощі у використанні граматичних конструкцій, які позначають просторові співвідношення.

Численні дослідження свідчать про нечіткість та дифузність фонематичного сприймання та слуховимовної диференціації в разі дислексії (О. Корнєв, Л. Спірова, ***Z. Matejcek***, *//.Levinson),* що, в свою чергу, значно ускладнює фонематичний аналіз (92 % дітей, заданими О. Корнєва). Причому найбільші труднощі зумовлюють завдання на фонематичні уявлення (добір малюнків на заданий звук) й визначення кількості та послідовності звуків у слові. Учні під час виконання аналізу пропускають звуки, особливо голосні, замість звуків виділяють склади. Недостатній рівень розвитку фонематичних процесів спричинює незасвоєння літер. Діти легко співвідносять з літерами звуки, які точно сприймають та правильно вимовляють. Якщо дитина погано розрізняє звуки на слух, спотворено вимовляє або замінює їх у вимові, то узагальнене уявлення про цей звук має нечіткий характер, а сприймання літер утруднюється.

Важким для дітей з дислексією є процес звукового синтезу. Поєднати звуки в склади — це насамперед вимовити їх так. як вони звучать в усному мовленні. Якшо у дитини відсутні чіт::: уявлення про звукобуквений склад слова, формувакг.я узагальнених звукоскладових образі в відбувається з великими труднощами.

Порушення звуковимови, фонематичного сприймання та фонематичних уявлень створюють перешкоді! переважно на початковому етапі опанування читання в букварний період. Недостатнє усвідомлення звукової сторони слова перешкоджає пов - ноцінному засвоєнню звукобуквеної символіки. Якщо до цього приєднуються недостатністьміжаналізаторноїінтеграції, неповноцінність довільних форм зорово-моторноїкоординації в зображувальній діяльності, то букварний період розтягується у дитини на роки.

Порушення читання можуть бути пов'язані з недостатнім розвитком лексико-граматичноїсторони мовлення. Так. заміна слів під час читання може бути зумовленою не лише їх фонетичною подібністю, неправильною вимовою, порушенням диференціації фонем, а й труднощами у встановленні синтаксичних зв'язків у реченні. В цих випадках відсутня спрямованість на морфологічний аналіз слів, діти зосереджують увагу або на злиття літер у слово, або на його семантику. Так, під час читання фрази «*Дівчинка готує вечерю»* дитина з нормальним мовленнєвим розвитком може здогадатися, яке закінчення буде у слові*вечеря.* В процесі читання вона починає здогадуватися про зміст та граматичну форму наступних слів уже під час сприймання попереднього слова. Смислова здогадка в цьому разі спирається на існуючі в учня уявлення про закономірності мови, на «чуття мови».

Якщо у дитини порушена лексико-граматичнасторона мовлення, то наведене вище речення вона може прочитати так:
*«Дівчинка готує вечеря»,* оскільки не спирається на точні мовні узагальнення про закономірності зміни слів та їх узгодження в реченні та недостатньо усвідомлює морфологічну структуру слова. Смислова здогадка в таких випадках або відсутня, або відіграє негативну роль, тому шо призводить.до значної кількості специфічних помилок (аграматизмів).

Обмежений словниковий запас та недостатньо розвинені граматичні узагальнення спричинюють труднощі в розумінні прочитаного.

Фахівці по-різномуоцінюють значення порушень усного мовлення у виникненні дислексій. Так, на думку багатьох авторів (Б. Хальгрен, С.Борель-Мезоні,Р. Левіна), порушення усного мовлення та читання є результатом впливу єдиного етіопатогенетичного чинника, який є причиною цих порушень та формує його патологічний механізм. Л. Спірова, А. Ястребова, Р. Левіна, Р. Лалаєва вважають вади усного мовлення і, зокрема, «фонематичне (фонологічне) недорозвинення» провідною причиною дислексії. Вочевидь, тяжке недорозвинення усного мовлення утруднює засвоєння читання. Однак, як

засвідчили дослідження, лише у50—60% таких дітей спостерігаються стійкі труднощі в опануванні читання, які перевищують складністьусно-мовленнєвихпорушень та зберігаються після компенсації останніх. Якщо труднощі в опануванні читання пропорційні тяжкості недорозвинення усного мовлення та зникають в міру його компенсації, їх правомірно вважати неспецифічним и.

Результати, отримані О. Корнєвим у процесі спеціального дослідження, довели, що порушення основних мовних засобів (звуковимови, фонематичного сприймання, лексики, граматичної будови мови) відіграють важливу, проте другорядну роль у виникненні порушень читання. Несформованість навичок фонематичного аналізу входить до складу синдрому дислексії, зумовлена тими самими механізмами, що й порушення читання, і не може розглядатися як його причина. Фонематичний аналіз порушений у дітей значно частіше, ніж читання. Однак далеко не завжди при цьому діти відстають у читанні. І *тільки комплекс порушень — дефіцит короткочасної мовнослухової пам'яті та уваги, слабкість вербсілізації зорово-просторовихуявлень,порушення сукиесивних функцій, низькі зображувально-графічніздібності, слабкість вербально-логічного мислення поряд із недорозвиненням мовних узагальнень (фонематичних, лексичних, граматичних) призводять до дислексії.*

**Симптоматика дислексії**

Симптоматику дислексії визначають по-різномузалежно від розуміння механізмів цього порушення. Немовленнєві порушення(зорово-просторовихуявлень, сукцесивних функцій та ін.), які майже завжди супроводжують дислексію. — це не симптоми дислексії, а її патогенетичні механізми.

Дислексія виявляється в уповільненні процесу опанування читання, а також темпу, швидкості читання внаслідок великої кількості регресій, підвищеної тривалості фіксацій. Найтиповішим проявом дислексії є стійкі та специфічні помилки читання. В разі дислексії спостерігаються такі типи помилок:

1. Заміни та змішування звуків під час читання, частіше фонетично близьких звуків, а також заміни подібних за накресленням літер (механізми цих помилок розглянуто в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» — фонетичні помилки на заміни літер, графічні та оптико-просторовіпомилки на заміни літер).

2.Побуквене читання — порушення злиття звуків у склади та слова. В разі побуквеного читання літери називають по черзі, «бухштабують» ***(р, а, м, а).***

3.Спотворення звукоскладової структури слова, яке виявляється в різних помилках: пропусках приголосних під час їх збігу, пропусках приголосних та голосних за відсутності збігу, в разі додавання звуків, пропусків та перестановок складів (механізми цих помилок розглянуто в розділі «Типи

патологічних помилок та їх механізми» — фонетичні помилки на пропуски та перестановки літер).

4.Порушення розуміння прочитаного, що виявляються на рівні слова, речення, тексту, коли в процесі читання не спостерігається порушення її технічної сторони.

5.Аграматизми під час читання. Ця група помилок виявляється на аналітико-синтетичномута синтетичному етапах опанування навички читання. Відмічають порушення відмінкових закінчень під час узгодження слів у реченні (види них помилок розглянуто в розділі «Типі! патологічних помилок та їх ме ха ні з м и » — л е кс и ко - гр а м ати ч н і п о м и л к и),

Симптоматика та перебіг дислексії залежать від її виду, ступеня вираженості, а також від етапу опанування читання.

На аналітичному етапі (засвоєння звукобуквених позначень та поскладове читання) найчастіше виявляють порушення у замінах звуків, злитті звуків у склади (побуквеному читанні), спотворенні звукоскладової структури слова, розуміння прочитаного.

На етапі переходу до синтетичних етапів читання симптоматика дислексії виявляється у спотвореннях структури, замінах
с lie, аграматизмах, порушеннях розуміння прочитаного речення, тексту.

У разі синтетичного читання спостерігаються також заміни слів, аграматизми, порушення розуміння прочитаного тексту.

Динаміка дислексії має регресивний характер з поступовим зменшенням видів та кількості помилок під час читання, ступеня її вираженості.

Порушення читання можуть негативно впливати на формування особистості дитини, призвести до негативних змін у її характері, зокрема до невпевненості у собі, боязкості або, навпаки, агресивності, озлобленості, схильності до негативних реакцій.

**Класифікація дислексій**

В основу класифікації покладено різні критерії: прояви, ступінь вираженості порушень читання (Р. Беккер), порушення діяльності аналізаторів, які беруть участь в акті читання (О. Токарева), порушення тих чи інших психічних функцій (М. Хватцев, С. Борель-Мезоні.Р. Левіна та ін. ), урахування операцій процесу читання (Р. Лалаєва).

За *проявами* виділяють два види дислексії: літеральну, яка виявляється у нездатності або труднотах засвоєння літер, та **вер**бальну. спричинену труднотами у читанні слів. Однак цей поділ є умовним, оскільки ці два види можуть траплятися одночасно в тих самих дітей.

**Обстеження дітей з порушеннями читання і письма**

Метою обстеження дітей з порушеннями читання і письма є виявлення симптоматики, причин та механізмів цих порушень. У процесі психолого-

педагогічногота логопедичного обстеження визначають ступінь вираженості, характер, тип порушення, що дає можливість правильно визначити основні напрямикорекційно-логопедичноговпливу.

Під час обстеження дітей з порушеннями читання і письма обо- в'язково враховують стан слуху, зору, нервової системи, пізнавальної діяльності дитини, які визначають лікарі-спеціалісти.

Обстеження проводять з урахуванням таких основних принципів, як: принцип комплексності, системності, **патогенетичний.** діяльнісного підходу,**особистісний** та принцип розвитку.

**Методика логопедичної роботи з подолання порушень писемного мовлення**

Механізми порушень читання та письма загадом є подібними, тому і в методиці корекційно-логопедичноїроботи з подолання їх є багато спільного. Під час планування корекційної логопедичної роботи слід враховувати такі важливі принципи:

1*) принцип комплексності* полягає у корекційному впливанні на весь комплекс мовленнєвих порушень — усне мовлення, читання та письмо;

2)*патогенетичний принцип* передбачає врахування механізмів порушення. Порушення письма та читання можуть бути пов'я- зані з вадами усного мовлення дитини або спостерігатись у дітей за достатньої сформованостілексико-граматичноїта фонетичної сторін мовлення. В цих випадках порушення писемного мовлення зумовлені недостатнім засвоєнням основних специфічних операцій процесу читання або письма внаслідок різних причин. Так, заміни на письмі літер, шо позначають близькі заакустико-артикуляційнимиознаками звуки, можуть бути спричинені порушеннями слуховимовної диференціації фонем, слухового контролю, фонематичного уявлення внаслідок неправильної вимови звуків. Корекційна робота має спрямовуватися на відновлення порушених психічних функцій, які забезпечують опанування операцій читання та письма;

*3)принцип урахування психологічної структури процесів читання і письма та характеру порушення мовленнєвої діяльності*полягає в тому, шоб у процесі логопедичної роботи не лише сформувати ту чи іншу мовленнєву дію чи операцію, а й довести їх до автоматизму;

4)*принцип максимальної опори на полімодальні аферентації, на пізні функціональні системи та аналізатори* передбачає зас тосування різних функціональних систем у формуванні вищих психічних функцій. Так, процес диференціації фонем спочатку здійснюють за участю зорової, кінестетичної та слухової аферентацій. Пізніше провідної ролі під час диференціації набуває слухова диференціація. Тому в разі недорозвинення диференціації фонем спочатку спираються на зорове сприймання артикуляції звука, кінестетичні відчуття під час його вимови, а потім на його слуховий образ;

5)*принцип опори на збережені ланки порушеної функції.* Так, у разі порушення у дитини фонематичного сприймання, звуковий аналіз формують, спираючись на оральний образ цього звука, кінестетичні відчуття тобто на збережені кінестетичні та зорові аферентації. За оптичної дисграфії та дислексії диференціацію літер на початкових етапах здійснюють з опорою на руховий аналізатор (кінестетичні відчуття під час відтворення літер) та на тактильне сприймання;

6) *принцип поетапного формування розумових дій*полягає у поступовому переведенні дії із зовнішнього плану у внутрішній. Дослідження у галузі психології (Л. Виготський, О. Леонтьев, П. Гальперін, Д. Ельконін та ін.) свідчать про те, шо формування кожного уміння та навички передбачає кілька етапів: виконання дій за допомогою розгорнутих операцій, шо відбуваються у зовнішньому плані, надалі — поступове згортання і виконання їх за участю зовнішнього мовлення, нарешті — перенесення до внутрішнього плану і виконання як автоматизованих розумових дій. З огляду на те, що здебільшого операції читання і письма (звуковий та зоровий аналіз і синтез, слуховий та зоровий контроль) є розумовими діями, потрібно враховувати й принципи формування їх:

а) розпочинати формування аналізу і синтезу слід з найпростіших його видів, поступово, поетапно переходячи до більш складних;

б) під час формування звукового аналізу та синтезу необхідно спиратися на збережені аналізатори, наочність та інші допоміжні засоби, і тільки згодом виконувати дії аналізу за уявленням.

Таким чином, у процесі логопедичної роботи поступово відбувається інтеріоризація дії звукового аналізу;

7)*принцип урахування зони «найближчогорозвитку»* (за Л. Виготським) передбачає поступовий розвиток тієї чи іншої психічної функції з урахуванням того рівня, на якому виконання завдання можливе з незначною допомогою з боку педагога;

8)*принцип поступового ускладнення завдань та мовленнєвого матеріалу,*

9)*принцип системності у застосуванні різних методів та прийомів*

залежно від мети, особливостей та етапу корекційної роботи. Так, під час формування операцій застосовують прямі та опосередковані прийоми та вправи. Наприклад, у разі несформованості *звукового аналізу та синтезу* вдаються до*прямих прийомів,*

таких як: підкреслена вимова одного із звуків у слові за допомогою сили голосу, або протяжної вимови; виділення звука, який найчастіше повторюється в заданих словах, реченнях, віршах; виділення звука зі слова на основі описання його артикуляції тощо.

Уразі порушення у дитини певної функції використовують опосередковані прийоми. Наприклад, за порушення вимови звуковий аналіз формують,

спираючись на слуховий -азоровий образи звука, гальмуючи неправильні кінестетичні відчуття;

10) *принцип урахування симптоматики та ступеня вираженості дисграфії і дислексії;*

І і*) принцип дієвого підходу* передбачає потребу в корекційному впливі на всіх етапах складної мовленнєвої діяльності процесів читання та письма (мотив, програмування, операції читання і письма, етап контролю). Спочатку формують порушені операції мовленнєвої діяльності, а потім поступово, в міру автоматизації окремих операцій, — цілісну структуру мовленнєвої діяльності;

12) *онтогенетичний принцип* полягає у врахуванні етапів та послідовності формування певних функцій в онтогенезі. Так, у логопедичній роботі, спрямованій на корекціюоптико-просто-рових помилок, потрібно враховувати послідовність формуваннязорово-просторовихфункцій в онтогенезі: 1) розвиток орієнтації у власному тілі, диференціацію правої та лівої його частин; 2) орієнтацію у навколишньому просторі; 3) визначення просторових співвідношень елементів графічних зображень, букв, цифр.

**Логопедична робота з подолання фонетичних помилок**

Зміст логопедичної роботи з подолання фонетичних помилок залежить від типу та механізмів допущення їх.

Метою корекційної роботи з подолання *помилок на заміни та змішування букв, що позначають звуки, близькі за акустико-арти-куляційними ознаками, є формування у дітей звукової диференціації фонем.* Основою зазначених помилок є порушення слухових операцій та функцій (слухової уваги, мовнослухової пам'яті та слухового контролю), що негативно позначається на розвитку фонематичного розрізнення і впізнавання звуків за корисними (смислорозрізнювальними) ознаками, а також формуванні фонематичних уявлень.

Логопедичну роботу з уточнення та закріплення диференціації звуків проводять, спираючись на різні аналізатори (мовнослуховий, мовнорухйвий, зоровий тощо), максимально використовуючи найзбереженіші ланки, які входять до складу психофізіологічної структури читання та письма. Починають роботу з диференціації звуків, які змішуються на письмі та під час чигання, спираючись на найбільш збережене зорове сприймання, тактильні та кінестетичні відчуття (за збереженої звуковимови).

При цьому потрібно враховувати, що вдосконалення слуховимовних диференціювань буде найуспішнішим за умови
здійснення його у тісному зв'язку з розвитком слухової уваги, мовнослухової пам'яті, слухового контролю та фонематичного аналізу і синтезу.

Логопедична робота, спрямована на диференціацію звуків, які змішуються, передбачає два етапи.

**Контрольні запитання та завдання**

1. Дайте короткий історичний огляд розвитку вчень про порушення писемного мовлення.
2. Розкрийте сутність клініко-психологічногопідходу до вивчення дисграфії та дислексії.
3. Схарактеризуйте психолінгвістичний аспект вивчення дисграфії та дислексії.
4. У чому полягає сутність психолого-логопедичногоаспекту вивчення порушень писемного мовлення?
5. Складіть порівняльну характеристику усного та писемного мовлення. 6. Розкрийте функціональні механізми процесу письма.
7. Складіть схему «Функціональні та операціональні компоненти процесу письма».
8. Назвіть основні передумови формування графічної навички письма.
9. Дайте характеристику *поняття* «мовленнєва готовність».*Яке* значення вона має у процесі засвоєння навичок читання та письма?
10. Яке значення має ліворукість у виникненні порушень письма та чигання?
11. Недорозвинення яких психічних функцій та розумових операцій негативно позначається на засвоєнні грамоти?
12. Розкрийте суть фонетичного, морфологічного та традиційного принципів письма.
13. Схарактеризуйте патологічні помилки писемного мовлення.
14. Які критерії покладено в основу класифікацій помилок писемного мовлення?
15. Схарактеризуйте орфографічні помилки. На основі аналізу літературних джерел складіть таблицю орфографічних помилок.
16. Дайте клініко-психологічнухарактеристику дітям здисграфією та дислексією.
17. Схарактеризуйте різні класифікації дисграфії.
18. Які форми дисграфії притаманні дітям із порушеннями звукової системи мови?
19. Які причини можуть призвести до оптичної дисграфії? Наведіть приклади типових помилок у разі цієї форми дисграфії.
20. Які форми дисграфії можуть спостерігатися у дітей з порушеннямиопорно-руховогоапарату?

**Тести з дисципліни «Логопедія з практикумом»**

**Варіант І**

1. Рухове вміння – це …..

**а) такий ступінь володіння технікою дій, при якій керівництво діями відбувається автоматизовано і дії відрізняються високою надійністю;**

б) виконання вправи з деякими помилками;

в) швидкість виконання під музику.

2. Метод, який не використовується на заняттях з логоритміки:

а) метод використання слова;

б) метод наочного сприйняття;

**в) метод – інтерв'ю;**

г) ігровий метод.

3. Чому сприяють заняття з логоритміки?

а) розвитку гнозису;

б) розвитку генезису;

**в) розвитку праксису.**

4. Об'єктом вивчення логопедії є:

а) порушення мовлення;

б) процес навчання та виховання осіб з порушеннями мовлення;

**в) людина з мовленнєвими порушеннями.**

5. Центральним відділом мовленнєворухового аналізатора є:

а) центр Верніке;

**б) центр Брока;**

в) потилична область.

6. Яка мета логопедичної ритміки?

**а) усунення мовленнєвого порушення шляхом розвитку, виховання і корекції рухової сфери в людей з мовленнєвою патологією;**

б) виховання й розвиток почуття ритму, здатності сприймати ритмічну виразність;

в) виховання здатності сприйняття музичних образів.

7. Створив систему ритмічного виховання під назвою «метод ритмічної гімнастики»:

а) В.А. Грінер;

б) Н.А. Баженов;

**в) Э. Жак–Далькроз.**

8. Які вправи не обов'язкові в корекції недоліків звуковимови при ринолалії:

а) вправи на розвиток міміки обличчя;

б) вправи на розвиток мовленнєвого дихання;

**в) вправи на розвиток уяви.**

9. При якому мовленнєвому порушенні спостерігається недостатня іннервація м'язів мовленнєвого апарату?

а) дисфонії;

**б) дизартрії;**

в) ринолалії.

10. Що є предметом музично-ритмічного виховання?

а) розвиток голосу;
**б) музика та рух;**
в) розвиток музичних здібностей і слуху.

11. При обстеженні мовлення не перевіряємо:
**а) стан інтелекту;**
б) ста звуковимови;
в) стан словника;

12. Що не є резонатором:
а) глотка;
б) ротова порожнина;
**в) гортань;**

13. Що не є причиною носової вимови звуків:
а) підвищений тонус м'язів м'якого піднебіння;
**б) скорочення під'язичної уздечки;**
в) знижений тонус м'язів м'якого піднебіння.

14. Прискорене мовлення, що супроводжується необгрунтованими паузами, спотиканнями – це …..
**а) батаризм;**
б) парафразія;
в) брадилалия;
г) тахілалія.

15. Яке завдання не висувається в логопедичній ритміці:
а) корекційне;
б) освітнє;
**в) педагогічне;**

16. Що не належить до логоритмічного виховання:
**а) розвиток ритмічної сторони мовлення;**
б) розвиток, виховання і корекція немовленнєвих процесів у людей з мовленнєвою патологією;
в) розвиток мовлення і корекція мовленнєвих порушень.

17. Об'єкт логоритміки – це:
а) система рухів у сполученні з музикою і словом;
б) багатоманітність порушень психомоторних функцій людини з мовленнєвою патологією;
**в) людина з мовленнєвою патологією.**

18. Крокувати, чергуючи крок і хлопок. На розвиток чого спрямована дана вправа?
а) на дослідження рухової пам'яті;
**б) на дослідження динамічної координації рухів;**
в) на дослідження статичної координації рухів.

19. Обстеження стану психомоторики не включає в себе …..
а) обстеження рухливості органів артикуляції;
б) обстеження координації рухів;
**в) обстеження словникового запасу;**

20. Засобами музично-ритмічного виховання не є:
а) елементарні основи музичної грамоти;
б) вправи на узгодження рухів з музикою;

**в) гімнастика;**

21. Зображувальні засоби музики не включають в себе:

а) ритм;

б) **читання;**

в) темп;

22. Швидкість виконання музики – це …..

**а) темп;**

б) ритм;

в) мелодія;

23. Структура заняття з логоритміки не має:

а) підготовчої частини;

б) основної частини;

**в) попереджувальної частини;**

24. Обери вправу, не спрямовану на розвиток голосу:

а) «Заспокой ляльку»;

б) «Луна»;

**в) «Фокус»;**

25. Типи дихання (виключи зайве):

а) ключичний;

б) діафрагмальний;

**в) плечовий;**

26. Мета логопедичної ритміки:

**а) усунення мовленнєвого порушення шляхом розвитку, виховання і корекції рухової сфери в людей з мовленнєвою патологією;**

б) виховання й розвиток почуття ритму, здатності сприймати ритмічну виразність;

в) виховання здатності сприйняття музичних образів.

27. Загальноприйнятий варіант вживання язика в процесі мовленнєвої діяльності – це……

а) порушення мовлення;

**б) норма мовлення;**

в) діалект.

28. Яка мета музично-ритмічного виховання?

а) виховання і розвиток музичного розміру, почуття ритму;

б) усунення мовленнєвого порушення шляхом розвитку, виховання та корекції рухової сфери в людей з мовленнєвою патологією;

**в) виховання здібності сприйняття музичних образів, розвиток рухових здібностей.**

29. Відрізок твору від однієї сильної долі до іншої - це:

а) гучність;

**б) такт;**

в) темп;

30. До освітніх завдань логопедичної ритміки не належить:

**а) розвиток голосу, артикуляції;**

б) знайомство з різними рухами, просторовою організацією тіла;

в) знайомство з музичними термінами при формуванні відчуття ритму.

31. Засновником ритміки як навчальної дисципліни вважається:

а) І.Г.Єременко;

**б) Е.Жак-Далькроз;**

в) Л.С.Виготський

32. Заняття з логоритміки дозволяють:

а) доцільно використовувати графічні навички;

б) активізувати увагу дітей;

**в) розвивати відчуття ритму;**

33. Головними коригуючими факторами на уроках логоритміки виступають:

**а) рух;**

б) технічні засоби;

в) музика;

34. Визначте умови, які посилюють корекційну спрямованість занять із логоритміки:

**а) введення у програму корекційно-компенсаторних засобів музично-ритмічної діяльності з опорою на збережені або менш уражені функції;**

б) поетапне формування компонентів психомоторики під час проведення музичних занять;

в) раціональне використання корекційних засобів і прийомів залежно від психомоторного розвитку дітей.

35. Який основний принцип побудови логоритмічних занять для дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення?

**а) відповідність запропонованих вправ стану моторної сфери дітей із ФФНМ, стану їх звуковимови і рівня фонематичного сприймання;**

б) відповідність запропонованих вправ періоду навчання;

в) відповідність запропонованих вправ віку дитини із ФФНМ.

36. Визначте основні завдання логоритмічних занять для дітей із ФФНМ.

а) формування правильної постави і відчуття рівноваги;

**б) удосконалення звуковимови і розвиток фонематичного сприймання;**

в) взаємодія з логопедичною роботою шляхом використання різних вправ, які поєднують музику, рухи і мовлення.

37. Які вправи обов’язково використовуються в логоритмічних заняттях для дітей із ФФНМ?

**а) для розвитку фонематичного слуху;**

б) для розвитку голосу і співи;

в) розвиток стійкості уваги, переключення і розподілення уваги.

38. Яким чином проводиться логоритмічні робота в групі для дітей із загальним недорозвитком мовлення?

а) у три етапи: підготовчий, основний етап, підсумковий виступ;

б) у чотири етапи: встановлення контакту й активізації мовленнєвої діяльності; основний етап, підготовка і проведення свят; удосконалення різних форм мовленнєвої діяльності;

**в) у три етапи: підготовчий, етап автоматизації звуків і етап диференціації звуків.**

39. Основні завдання логоритмічних занять при подоланні заїкання?

**а) нормалізація темпу і ритму загально і мовленнєвих рухів, просодики мовлення, психомоторики, перебудова відношення до спілкування і власного мовлення, корекція мовлення;**

б) корекція психомоторики, перебудова відношення до спілкування і власного мовлення, корекція мовлення;

в) корекція мовлення подолання заїкання.

40. З якого віку проводяться логоритмічні заняття з дітьми, які мають заїкання?

а) з 5-6 років, коли сформовані основні рухові уміння;

**б) з 2-3 років, оскільки у цьому віці швидше долається заїкання;**

в) з 6-7 років, коли здійснюється орієнтація дошкільника на шкільне навчання і в дітей сформоване критичне ставлення до власного дефекту.

41. Різновид творчих ігор, в яких діти відображають навколишній світ, самостійно зводячи споруди і обіграючи їх – це:

а) сюжетно-рольові ігри;

**б) будівельно-конструктивні ігри;**

в) дидактичні ігри

42. Класифікував гру як педагогічне явище:

а) Сухомлинський;

**б) Фребель;**

в) Леонтьєв

43. Ігри , які сприяють розв'язанню народознавчих, мовленнєвих та інших навчально-розвивальних завдань – це:

а) сюжетно-рольові ігри;

**б) народні;**

в) **будівельно-конструктивні ігри**

**44.** Які види ігор побудовані на словах та діях виконавців?

а) сюжетно-рольові ігри;

**б) словесні;**

в) будівельно-конструктивні ігри

45. Хто із вчених класифікував ігри за походженням?

а) Фребель;

**б) Леонтьєв;**

в) **Сорокіна**

**46. Що посідає головне значення в ігровому завданні?**

а) ролі;

**б) мета;**

в) дії

47. Що є центральним фрагментом гри і супроводжується ігровими діями?

а) мета;

**б) роль;**

в) сюжет

48. Сукупність методів і прийомів, спрямованих на організацію конкретних ігор дітей і оволодіння ними ігровими вміннями – це:

а) мета;

**б) керівництво грою;**

в) ролі

49. У процесі дидактичної гри діти здобувають нові..

а) нові уміння, враження, навички;
**б) нові уміння, навички, знання;**
в) новий досвід, уміння, навички

50. Практична діяльність, в якій діти використовують знання, здобуті на заняттях – це:
а) театралізована гра;
**б) дидактична гра;**
в) сюжетно-рольова гра

**Варіант ІІ**

1. Що означає поняття «корекція»:
   а) **виправлення;**
   в) призначення;
   б) керівництво;
   г) заміщення.
2. До якого віку нормального розвитку дитини можуть відноситися наступні показники: «Словниковий запас складає більше 1000 слів, з'являється питання питань – чому? Дитина переказує почуте і побачене, якщо йому допомогти навідними питаннями. Використовує складносурядні і навіть складнопідрядні речення, що свідчить про ускладнення його мислення. Розуміє, що таке один, мало, багато, розрізняє поняття ліворуч, праворуч. За однією характерною деталлю може взначити ціле: по вухах — зайця, по хоботу слона».
   а) 2,5 років;
   **б) 3 роки;**
   в)3,5 років;
3. Онтогенез -це
   **а)процес розвитку індивідуального організму, тобто сукупність послідовних морфологічних, фізіологічних та біохімічних перетворень організму від його зародження до кінця життя**
   б) патологічні механізми, що зумовлюють характер порушення;
   в) сукупність симптомів порушення;
4. Фонематичний слух - це
   **а) мовний слух, що передбачає розрізнення звуків мови як фонем і цим сприяє осмислення граматичної форми і значення слів.**
   **б)** уміння визначати напрямок і джерело звуку;
   **в)** структура порушень мовленнєвої діяльності

5. Практична діяльність, в якій діти використовують знання, здобуті на заняттях – це:
а) театралізована гра;
**б) дидактична гра;**
в) сюжетно-рольова гра

6. Мовлення -це
   **а) оволодіння та застосування особистістю певної мови в процесі її спілкування з іншими людьми, тобто в процесі мовленнєвої діяльності ;**
   **б)** процес говоріння;

в) система звукових і графічних знаків, що виникла на певному рівні розвитку людства.

7. Логопедія - це

а) **наука про порушення мовлення, причин цих порушень, методи попередження, виявлення та усунення мовленнєвих порушень;**

б) галузь педагогіки, що розглядає вчення і виховання дітей з порушенням зору;

в) галузь педагогіки, що розглядає вчення і виховання дітей з порушенням слуху;

**8. Метою логопедії як науки є :**

а) розробка науково обґрунтованої системи засобів профілактики та корекції мовленнєвих розладів, а також реабілітації осіб з порушеннями мовлення;

б) структура порушень мовленнєвої діяльності

в) **розробка системи подолання і профілактики мовних розладів, а також вивчення, навчання, виховання людей із порушеннями мовлення.**

**9. До психолого-педагогічної належать відносяться такі мовленнєві розлади як:**

а) дислалія**;**

б) заїкання;

в) **загальний недорозвиток мовлення;**

**10. До порушень писемного мовлення відносяться:**

а) дислалія;

б) ринолалія;

в) **дисграфія.**

**11. Порушення темпу, ритму мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату – це:**

а) браділалія;

б) **заїкання;**

в) тахілалія;

***12. Порушення мовлення це***:

а) порушення будови і функцій мовленнєвого апарату (дислалія, ринолалія, дизартрія);

б) порушення темпо-ритмічної сторони мовлення (заікання);

в) **всі відповіді правильні**;

13. Дайте характеристику одному з видів порушення усного мовлення – заїкання:

а) порушення звуковимови. Проявляється у спотворенні фонем, заміні звуків або їх змішуванні;

б**) порушення темпо-ритмічної сторони мовлення;**

в) порушення тембру голосу і звуковимови.

14. Дайте характеристику одному з видів порушення усного мовлення – дисфонії:

а**) відсутність фонації, порушення сили, висоти та тембру голосу;**

б) порушення звуковимови;

в) порушення темпо-ритмічної сторони мовлення.

15. Сукупність методів і прийомів, спрямованих на організацію конкретних ігор дітей і оволодіння ними ігровими вміннями – це:

а) мета;

**б) керівництво грою;**

в) ролі

16. Дайте характеристику одному з видів порушення усного мовлення – дислалії:

а) поступовий розпад і втрата раніше сформованої мови.

б) **порушення звуковимови. Проявляється у спотворенні фонем, заміні звуків або їх змішуванні.**

в) порушення темпо-ритмічної сторони мовлення;

17. У процесі дидактичної гри діти здобувають нові..

а) нові уміння, враження, навички;

**б) нові уміння, навички, знання;**

в) новий досвід, уміння, навички.

18. Дайте характеристику одному з видів порушення усного мовлення – ринолалії:

а) поступовий розпад і втрата раніше сформованої мови. Дитина втрачає здатність говорити аж до повного нерозуміння зверненої до нього мови;

б) порушення звуковимови;

в) **порушення тембру голосу і звуковимови**.

19. Дайте характеристику одному з видів порушення усного мовлення – брадилалиї:

а) поступовий розпад і втрата раніше сформованої мови. Дитина втрачає здатність говорити аж до повного нерозуміння зверненої до нього мови;

б) патологічно прискорений темп мовлення;

в) **патологічно уповільнений темп мови, викликаний порушенням мовних центрів у корі головного мозку.**

**20.** Як називається галузь дефектології, яка вивчає порушення мовленнєвого розвитку:

а) педіатрія;

б) психолінгвістика;

в) **логопедія.**

21. Предметом логопедії є :

а) формування мовленнєвого розвитку;

б) порушення психічного розвитку;

в) **процес виховання і навчання осіб із порушенням мовленнєвої діяльності.**

**22.** Порушення звуковимови, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату:

а) дислалія;

б) брадилалія;

в) **дизартрія.**

23. Порушення темпу мовлення:

а) афазія;

б) заїкання;

в) **тахілалія, брадилалія.**

**24.** Часткове порушення формування навичок письма:

а) **дисграфія;**

б) аграфія;

в) дислексія.

25. Недорозвинення або відсутність мовлення:

а) дислалія;

б) афазія;

**в) алалія.**

26. Порушення темпо-ритмічного боку мовлення:

а) брадилалія;

б) полтерн;

**в) заїкання.**

27. Невротична форма заїкання виникає внаслідок:

а) порушення ЦНС;

б) затримки мовленнєвого розвитку;

в) **психічних травм.**

28. Логопат- це:

а) людина з фізичними вадами;

б) **людина з дефектами мовлення;**

в) людина з психічними розладами.

**29.** Верніке центр (зона) - це

а. **ділянка кори головного мозку, яка забезпечує сприйняття мови.**

б. ділянка кори головного мозку, яка забезпечує сприйняття мови.

в. ділянка кори головного мозку, яка забезпечує моторну організацію мови.

**30. Внутрішня форма мовлення** – це

**а. беззвучне мовлення, коли людина думає про що-небудь, подумки складає план висловлювання.**

б. це графічно оформлене мовлення, організоване на основі буквенних зображень.

в. психофізіологічно найпростіша і природна форма мовлення, що виникає за безпосереднього спілкування двох і більше співрозмовників та складається переважно з обміну репліками

31. Гамацизм - це:

а. **недолік вимови звуків «г», « ґ»**.

б. недолік вимови звуків «к», « к».

в. надмірні мимовільні рухи.

32. Найбільш ефективний вид діяльності, який сприяє розвитку творчої активності дітей, – це діяльність…:

а. трудова

б. правова

**в. ігрова**

33. Яка діяльність є провідною діяльністю дітей дошкільного віку?

а. Зображувальна діяльність
б. **Ігрова діяльність**
в. Навчальна діяльність

34. Роль гри в ознайомленні дошкільників із соціальним світом полягає у…:
а. засвоєнні основних векторів людських взаємин**;**
б. **формуванні уявлень дітей про працю, дорослих;**
в. формуванні умінь користуватися матеріалом;

35. Функції дидактичної гри в процесі навчання:
а. засвоєння нових знань і умінь різного змісту;
б. формування уявлень і розвиток пізнавальних процесів;
в. **удосконалення і закріплення знань.**

36. Вкажіть роль сюжетно-рольової гри у соціальному розвитку дошкільника?
а. у грі дитина оволодіває довільними рухами;
б. **гра формує початкові форми самоконтролю, самооцінки, організованості, міжособистісних стосунків дітей;**
в. дитина засвоює правила поведінки дорослих.

37. До освітніх завдань логопедичної ритміки не належить:
**а) розвиток голосу, артикуляції;**
б) знайомство з різними рухами, просторовою організацією тіла;
в) знайомство з музичними термінами при формуванні відчуття ритму.

38. Завданнями дидактичних ігор і вправ є…:
а. **закріплення знань, умінь і навичок, розвиток психічних процесів;**
б. формування способів діяльності з предметами;
в. формування колективних навичок виконання математичних завдань;

39. Визначте умови, які посилюють корекційну спрямованість занять із логоритміки:
**а) введення у програму корекційно-компенсаторних засобів музично-ритмічної діяльності з опорою на збережені або менш уражені функції;**
б) поетапне формування компонентів психомоторики під час проведення музичних занять;
в) раціональне використання корекційних засобів і прийомів залежно від психомоторного розвитку дітей.

40. Який основний принцип побудови логоритмічних занять для дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення?
**а) відповідність запропонованих вправ стану моторної сфери дітей із ФФНМ, стану їх звуковимови і рівня фонематичного сприймання;**
б) відповідність запропонованих вправ періоду навчання;
в) відповідність запропонованих вправ віку дитини із ФФНМ.

41. Яке завдання не висувається в логопедичній ритміці:
а) корекційне;
б) освітнє;
**в) педагогічне;**

42. Що не належить до логоритмічного виховання:
**а) розвиток ритмічної сторони мовлення;**
б) розвиток, виховання і корекція немовленнєвих процесів у людей із мовленнєвою патологією;
в) розвиток мовлення і корекція мовленнєвих порушень

43. Що не є резонатором:

а) глотка;

б) ротова порожнина;

**в) гортань;**

г) носова порожнина;

44. Що не є причиною носової вимови звуків:

а) підвищений тонус м'язів м'якого піднебіння;

**б) скорочення під'язичної уздечки;**

в) знижений тонус м'язів м'якого піднебіння.

45. Типи дихання (виключи зайве):

а) ключичний;

б) діафрагмальний;

**в) плечовий;**

г) черевний.

46. Мета логопедичної ритміки – це:

**а) усунення мовленнєвого порушення шляхом розвитку, виховання і корекції в людей з мовленнєвою патологією рухової сфери;**

б) виховання й розвиток почуття ритму, здатності сприймати ритмічну виразність;

в) виховання здатності сприйняття музичних образів.

47. Загальноприйнятий варіант вживання язика в процесі мовленнєвої діяльності – це……

а) порушення мовлення;

**б) норма мовлення;**

в) діалект.

48. Яка мета музично-ритмічного виховання?

а) виховання і розвиток музичного розміру, почуття ритму;

б) усунення мовленнєвого порушення шляхом розвитку, виховання та корекції рухової сфери в людей з мовленнєвою патологією;

**в) виховання здібності сприйняття музичних образів, розвиток рухових здібностей.**

49. Відрізок твору від однієї сильної долі до іншої - це:

а) гучність;

**б) такт;**

в) темп;

г) швидкість.

50) . Практична діяльність, в якій діти використовують знання, здобуті на заняттях – це:

а) театралізована гра;

**б) дидактична гра;**

в) сюжетно-рольова гра

**Інструктивно-методичні матеріали до**
**семінарських / практичних /лабораторних занять**

Практичні заняття (грец. ***prakticos*** - діяльний) - форма навчального заняття, на якому педагог організує детальний розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни і формує уміння і навички їх практичного застосування шляхом виконання відповідно поставлених завдань. У структурі практичного заняття домінує самостійна робота студентів. Практичні і лабораторні заняття отримали поширення в університетській освіті у другій половині XIX ст.. Зусиллями М.В. Ломоносова лекція знайшла поєднання з практичними заняттями і науково-дослідною роботою.

Практичні заняття орієнтовані на вирішення наступних завдань:

- поглиблення, закріплення і конкретизацію знань, отриманих на лекціях і в процесі самостійної роботи;
- формування практичних умінь і навичок, необхідних в майбутній професійній діяльності;
- розвитку умінь спостерігати та пояснювати явища, що вивчаються;
- розвитку самостійності тощо.

Методика підготовки і проведення лабораторно-практичних робіт охоплює декілька етапів:

***Попередня підготовка до практичної/лабораторної роботи*** полягає у вивченні студентами теоретичного матеріалу у відведений для самостійної роботи час, ознайомлення з інструктивними матеріалами з метою усвідомлення завдань проектної роботи, тощо.

***Самостійне виконання студентами завдань*** відповідно до окресленої навчальною програмою тематики.

***Контроль і оцінювання*** викладачем результатів роботи студентів.

У практиці вищих навчальних закладів сформувалися різні підходи до методики ***проведення пралабораторних занять:***

1. За місцем лабораторних робіт у структурі навчальної дисципліни: виконання лабораторних робіт чи тематичного лабораторного практикуму після теоретичного курсу (послідовний метод);
2. За організаційними особливостями: фронтальні лабораторні роботи (коли всі студенти виконують одне й те ж завдання на одному обладнанні) та групові лабораторні роботи (коли студенти поділені на підгрупи з 2-4 осіб, які виконують різні за тематикою, планом і змістом роботи).

***Фронтальні і групові форми лабораторно-практичних занять*** мають свої недоліки і переваги, які слід враховувати. До переваг фронтальних лабораторних робіт можна віднести:

- безпосередній зв'язок з матеріалом, що вивчається, і засвоюється одночасно усіма студентами;

- реалізацію принципів систематичності і послідовності;

- сприятливі умови для викладача: усний інструктаж перед початком роботи і в процесі її виконання, підготовка типового обладнання, досить легкий контроль за виконанням студентами лабораторної роботи та її результатами.

Обговорення результатів, яке здійснюється на даному чи наступному занятті, дозволяє їх узагальнити у процесі колективного обговорення, виявити типові помилки студентів та здійснити їх корекцію.

Однак при фронтальних лабораторних роботах найчастіше використовується досить просте обладнання: 25-30 однотипних комплектів устаткування, і тому для проведення більш складних експериментальних досліджень доцільно організовувати індивідуально-групові роботи з використанням більш складного, сучасного обладнання. Вони мають різне дидактичне спрямування та вимагають різного рівня самостійності студентів. Науковці-методисти В.І. Мокін, В.О. Папьєв, О.В. Мокін пропонують використовувати такі різновиди лабораторних робіт як:

1. Ознайомчі лабораторно-практичні роботи, що передбачають формування вмінь і навичок користування приладами, пристроями, необхідних для виконання професійних завдань.

2. Підтверджуючі лабораторно-практичні роботи, виконання яких має на меті підтвердження правильності отриманих теоретичних знань.

3. Частково-пошукові лабораторно-практичні заняття, що стимулюють самостійність та творче мислення студентів. В інструкціях та методичних рекомендаціях до таких робіт окреслюється тема, мета, завдання, загальний план досліджень та орієнтований перелік запитань, на які слід знайти відповіді. Студенти самостійно деталізують план дослідження і вибирають траєкторію руху для досягнення мети дослідження.

4. Дослідні практичні роботи мають лише мету дослідження, усі інші етапи роботи студенти планують самостійно. Такий вид лабораторних робіт вимагає великих часових затрат, високої інтелектуальної напруги і передбачає відповідне оцінювання.

Наш досвід свідчить про можливість і необхідність диференційованого підходу до студентів при виконанні лабораторно-практичних робіт. У цьому випадку можлива система багатоваріантних завдань з правом вибору студентом рівня складності завдання і відповідної оцінки за його правильне виконання. Для виконання лабораторно-практичних робіт різного рівня складності студентів можна об'єднувати в гомогенні групи з урахуванням рівня їх підготовки (високий, середній, низький). Індивідуалізуючи завдання, викладач має окреслити рівень знань та умінь, який відповідає завданням вищої школи, і забезпечити безперервне його підвищення для кожної групи. При цьому заняття

повинні організовуватися таким чином, щоб кожен студент (сильний, середній, слабкий) відчував підвищення рівня своєї підготовки. Індивідуалізуючи завдання лабораторно-практичних робіт, слід, зберігаючи цілісність системи теоретичної і практичної підготовки, їх взаємозв'язок, розглядати їх як єдине ціле, у якому кожне заняття - це тематично завершена ланка навчального процесу.

**Карта самостійної роботи студента**
**428 групи IV курсу**
**Спеціальності 6.010101 Дошкільна освіта**
**з дисципліни Логопедія з практикумом**

| **Кредит та тема** | **Академічний контроль (форма представлення)*** | **Кількість балів (за видами роботи)**** | **Кількість балів всього за кредит** | **Термін виконання (тижні)***** | **Викладач (підпис)** |
|---|---|---|---|---|---|
| Кредит № 1<br>Тема: «**Логопедія як наука**» | Проект/презентація з теми «**Логопедія як наука**»<br>«Основні закономірності розвитку мовлення»<br>«Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення»<br>«Види мовленнєвих порушень»<br>«Причини мовленнєвих порушень»<br>«Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ.» | 10 | 40 | 11.09 – 30.09 | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію за однією з тем:<br>5. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови<br>6. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із ЗПР<br>7. Особливості мовленнєвого розвитку дітей-логопатів<br>8. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями | 25 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | слухової функції<br>9. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями зорової функції<br>10. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями інтелектуального розвитку<br>11. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями опорно-рухового апарата<br>12. Особливості мовленнєвого розвитку дітей із порушеннями емоційно-вольової сфери<br>13. Особливості мовленнєвого розвитку дітей з комплексними порушеннями | | | | |
| Кредит № 2<br>Тема**: «Історія становлення логопедії як науки»** | Проект/презентація з теми **«Історія становлення логопедії як науки»**<br>«Розвиток логопедії в різні історичні епохи»<br>«Вчення М. Хватцева»<br>«Вчення Є. Левіної»<br>«Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку» | 10 | 40 | 2.10.-21.10 | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію за однією з тем:<br>5. Сучасні підходи до питання мовленнєвих здібностей дитини<br>6. Розвиток логопедичної допомого в Україні (1991-2000)<br>7. Розвиток логопедичної допомого в Україні (2000-2010) | 25 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 8. Розвиток логопедичної допомого в Україні (2010-2017)<br>9. Особливості використання наочності у роботі з формування комунікативних умінь і навичок<br>10. Використання сучасних інформаційних технологій в процесі формування комунікативних умінь і навичок | | | | |
| Кредит № 3<br>Тема: «**Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція**» | Проект/презентація з теми «**Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція**»<br>«Загальне недорозвинення мовлення»<br>«Причини та механізми ЗНМ» «Психолінгвістичні аспекти ЗНМ»<br>«Періодизація ЗНМ» «Диференціальна діагностика ЗНМ»<br>«Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення» | 10 | 40 | 23.10.-11.11. | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>5. Здібності до мов. Мовленнєві здібності.<br>6. Визначення рівня сформованості мовленнєвих здібностей.<br>7. Визначення рівня сформованості комунікативних умінь і навичок<br>8. Корекційна робота при ЗНМ<br>9. Корекційна робота при ФФНМ | 25 | | | |
| Кредит № 4<br>Тема: «**Симптомологічні** | Проект/презентація з теми «**Симптомологічні мовленнєві порушення** | 10 | 40 | 13.11.-27.11 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції»** | **та методика їх логопедичної корекції»**<br>«Дислалія»<br>«Ринолалія та її форми»<br>«Допомога дітям з ринолалією» | | | | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Особливості оволодіння мовою дітьми з порушенням слуху<br>2. Особливості оволодіння мовою дітьми з порушенням зору<br>3. Особливості оволодіння мовою дітьми порушенням інтелектуального розвитку<br>4. Особливості оволодіння мовою дітьми із ЗПР<br>5. Особливості оволодіння мовою дітьми з порушеннями опорно-рухового апарата<br>6. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією.<br>7. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією.<br>8. Логокорекційна робота з подолання ринолалії.<br>9. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією. | 25 | | | |
| **Всього балів за самостійну роботу І семестр** | | | **160 балів** | | |
| | | | | | |
| Кредит № 5<br>Тема:<br>**«Мовленнєві порушення та методика їх** | Проект/презентація з теми **«Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції»**<br>«Дизартрія» | 10 | 40 | 4.12. -29.12. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **логопедичної корекції»** | «Дисфонія»<br>«Заїкання» | | | | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень.<br>2. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями.<br>3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями.<br>4. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.<br>5. Клініко-фізіологічна характеристика заїкання.<br>6. Історія вивчення проблем заїкання.<br>7. Фізіологія заїкання.<br>8. Психологічні особливості дітей із заїканням.<br>9. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих.<br>10. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема.<br>11. Профілактика заїкання. | 25 | | | |
| Кредит № 6<br>Тема:<br>**«Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції»** | Проект/презентація з теми **«Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції»**<br>«Афазія» «Класифікація афазій (О.Лурія)»<br>«Алалія»<br>«Класифікація алалії» | 10 | 40 | | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез | 25 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Історичний аспект вивчення афазії.<br>2. Загальна характеристика афазії.<br>3. Дитяча афазія.<br>4. Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії.<br>5. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії.<br>6. Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності.<br>7. Класифікація алалії.<br>8. Моторна алалія.<br>9. Сенсорна алалія.<br>10. Обстеження дітей з алалією.<br>11. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку.<br>12. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії.<br>13. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії. | | | | |
| Кредит № 7<br>Тема:<br>«**Порушення голосу**<br>» | Проект/презентація з теми<br>**«Порушення голосу»**<br>«Історія розвитку фонопедії»<br>«Класифікація порушень голосу» | 10 | 40 | | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Голос, його | 25 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | акустичні властивості.<br>2. Вікові особливості голосу.<br>3. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень.<br>4. Класифікація порушень голосу.<br>5. Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу<br>6. Методики корекційної роботи: при парезах чи паралічах гортані<br>7. Методики корекційної роботи: після резекції гортані. | | | | |
| Кредит № 8<br>Тема:<br>«**Порушення писемного мовлення**<br>» | Проект/презентація з теми **«Порушення писемного мовлення»**<br>«Дислексія та порушення зорово-просторових функцій»<br>«Профілактика порушень писемного мовлення» | 10 | | | |
| | Конспект першоджерела/словник | 5 | | | |
| | Підготовка реферату/ тез доповіді на конференцію однією з тем:<br>1. Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення.<br>2. Поняття «дисграфія» та «аграфія».<br>3. Психофізіологічні механізми процесу письма та читання.<br>4. Мозкова організація процесу письма та читання.<br>5. Механізми дислексії.<br>6. Дислексія та порушення зорово- | 25 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | просторових функцій.<br>7. Дислексія та порушення когнітивних функцій.<br>8. Дислексія та порушення усного мовлення.<br>9. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних, графічних, лексико-граматичних помилок.<br>10. Профілактика порушень писемного мовлення. | | | | |
| **Всього балів за самостійну роботу II семестр** | | | **160 балів** | | |
| **Всього балів за рік** | | | **320 балів** | | |
| **ВСЬОГО за рік – 160 год.** | | | | | |

Карту отримав (ПІБ студента)

(підпис) (дата )

## ЗАВДАННЯ НА КУРСОВІ ПРОЕКТИ/РОБОТИ

1. Логопедія як ланка спеціальної педагогіки.
2. Основні методологічні принципи виявлення, вивчення, подолання та профілактики мовленнєвих порушень.
3. Поняття норми та патології мовленнєвої діяльності.
4. Особливості формування писемного мовлення у дітей із ПМР
5. Негативний вплив мовленнєвих вад на формування всебічно-розвиненої особистості дитини
6. Негативний вплив мовленнєвих вад на оволодіння грамотою.
7. Мовленнєві порушення: недоліки звуковимови (функціональні та органічні дислалії, ринолалія, дизартрія)
8. Мовленнєві порушення: недоліки словотворення (алалія, афазія, тимчасові функціональні затримки мовленнєвого розвитку)
9. Мовленнєві порушення: недоліки темпу і ритму мовлення (брадилалія, тахилалія, заїкання)
10. Мовленнєві порушення: порушення писемного мовлення (дислексія і дисграфія).
11. Етіологія вад мовлення.
12. Причини виникнення мовленнєвих вад у дітей.
13. Умови правильного розвитку мовлення у дітей із ПМР (роль слухового і зорового сприймання в розвитку мовлення, роль гри, праці і навчання, мова дорослих як зразок для дітей).
14. Закономірності формування мовленнєвих умінь і навичок в нормальних і атипових умовах.
15. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей з порушеннями слуху.
16. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей з порушеннями зору.
17. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери.
18. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.
19. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей із затримкою психічного розвитку.
20. Корекційно-виховна робота з розвитку мовлення дітей з тяжкими порушеннями мовлення.
21. Логопедична допомога дітям в Україні.
22. Методика логопедичного впливу при дислалії.
23. Формування первинних вмінь і навичок правильної вимови.
24. Формування комунікативних вмінь і навичок у дітей із ЗПР

25.Формування комунікативних вмінь і навичок у дітей із порушеннями зору

26.Формування комунікативних вмінь і навичок у дітей із порушеннями слуху

27.Формування комунікативних вмінь і навичок у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату

28.Спрямованість корекційної роботи залежно від характеру неправильної вимови (на матеріалі постановки звуків [ р, р", л, л" ]).

29.Методика виховання правильної вимови при органічній дислалії.

30.Методика корекційного впливу у передопераційний період при ринолалії.

31.Методика корекційного впливу у післяопераційний період при ринолалії.

32.Методика корекційного впливу при закритій ринолалії.

33.Роль артикуляційних вправ у виправленні недоліків мовлення.

34.Статичні та динамічні артикуляційні вправи в логопедичній роботі.

35. Артикуляційні вправ для підготовчого етапу постановки шиплячих звуків.

36. Артикуляційні вправ для підготовчого етапу постановки свистячих звуків.

37. Комплекс артикуляційних вправ для підготовчого етапу корекції звуків [ р, л ].

38.Система корекційно-педагогічної роботи при дизартрії.

39.Розвиток голосу у дітей з ПМР.

40.Розвиток фізіологічного і мовленнєвого дихання у дітей із ПМР.

41. Особливості корекційно-педагогічного впливу при різних розладах голосової функції.

42.Методика логопедичної роботи при тахилалії.

43.Методика логопедичної роботи при брадилалії.

44.Особливості подолання заїкання.

45.Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей дошкільного віку при ЗНМ.

46.Методика логопедичної роботи по усуненню порушень писемного мовлення.

47.Формування зв’язного мовлення у дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення.

48.Використання сучасних комп’ютерних технологій в логопедичній роботі.

49.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей із порушеннями зору.

50.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей із порушеннями слуху.

51.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

52.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей із порушеннями емоційно-вольової сфери.

53.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей із затримкою психічного розвитку.

54.Використання сучасних інформаційних технологій у процесі розвитку мовлення дітей-логопатів.

55.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей п’ятого року життя із загальним недорозвитком мовлення.

56.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей з порушеннями зору.

57.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей з порушеннями слуху.

58.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей із ЗПР.

59.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у з порушеннями опорно-рухового апарату.

60.Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери.

# КОНТРОЛЬНІ ЗАВДАННЯ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

**Контрольна робота № 1**
**з дисципліни «Логопедія з практикумом »**

В І

1. Предмет, завдання та історія становлення корекційної педагогіки.
2. Причини мовленнєвих порушень.
3. Логопедична допомога дітям в Україні.

**Контрольна робота № 1**
**з дисципліни «Логопедія з практикумом »**

В.ІІ

1. Галузі корекційної педагогіки.
2. Корекційна робота з розвитку лексичної сторони мовлення.
3. Перші нагадування про мовленнєві розлади у літературних пам’ятках Стародавнього Сходу та Азії

**Контрольна робота № 2**
**з дисципліни «Логопедія з практикумом »**

В.І

1. Загальні й специфічні закономірності розвитку осіб з психофізичними вадами.
2. Класифікація мовленнєвих порушень.
3. Особливості формування граматичної сторони мовлення дітей дошкільного віку із ПМР.

**Контрольна робота № 2**
**з дисципліни «Логопедія з практикумом »**

В. ІІ

1. Основні типи затримки психічного розвитку та їх психолого-педагогічна характеристика.
2. Особливості використання наочності у роботі з дошкільниками із ЗНМ.
3. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення

**Завдання до практичних занять**

| № з/п | Назва теми | Кількість годин |
|---|---|---|
| | **Кредит 1. Логопедія як наука** | |
| 1. | **Тема 1.** Науково-теоретичні основи логопедії, її предмет, завдання, методи.<br>Оволодіння мовленням дитиною дошкільного віку. Основні закономірності розвитку мовлення. Особливості пізнавальної діяльності дітей із порушеннями мовлення. Зв'язок мовної діяльності із структурами мозку. (Сенсомоторний розвиток, мисленнєвий розвиток, емоційно-соціальний розвиток)<br>*Література*<br>Хрестоматія по логопедії / За ред. М.К. Шеремет. – К., 2005.<br>Чиркина Т.Б., Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Основы логопедии. – М., 1989.<br>Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / М.К. Шеремет – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с. | 2 |
| 2,3 | **Тема 2.** Види мовленнєвих порушень.<br>Причини мовленнєвих порушень. Клініко-психологічна класифікація розладів мовлення: порушеннями усного мовлення, порушення писемного мовлення. Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень: ФНМ, ФФНМ, ЗНМ. | 4 |
| | **Кредит 2. Історія становлення логопедії як науки** | |
| 4 | **Тема 1**. Розвиток логопедії в різні історичні епохи. Вчення М. Хватцева. Вчення Є. Левіної. | 2 |
| 5,6 | **Тема 2.** Відкриття перших навчально-виховних закладів для дітей з порушеннями психофізичного та мовленнєвого розвитку. | 4 |
| | **Кредит 3. Нозологічні мовленнєві порушення та їх корекція** | |
| 7 | **Тема 1.** Загальне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «ЗНМ». Історія розвитку вчення про ЗНМ. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. Психолінгвістичні аспекти ЗНМ. Періодизація ЗНМ. Диференціальна діагностика ЗНМ. | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| 8,9 | **Тема 2.** Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.<br>Поняття «фонематичний слух». Поняття «фонематичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетичне недорозвинення мовлення». Поняття «фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення». | 4 |
| **Кредит 4. Симптомологічні мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 10 | **Тема 1.** Дислалія.<br>Поняття «дислалія». Класифікація дислалій. Рівні порушень вимови. Сигматизм і способи його виправлення. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків. | 2 |
| 11, 12 | **Тема 2.** Ринолалія.<br>Поняття «ринолалія». Історія вивчення ринолалії. Допомога дітям з ринолалією. Класифікація ринолалій, основні форми. Особливості розвитку мовлення дітей з ринолалією. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією. Логокорекційна робота з подолання ринолалії. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією. | 4 |
| **Кредит 5. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 13 | **Тема 1.** Дизартрія. Дисфонія.<br>Суть, прояви, причини і класифікая дизартричних порушень. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП. Нейротранплантація в разі ДЦП. Санаторно-курортне лікування хворих на ДЦП. | 2 |
| 14, 15 | **Тема 2.** Заїкання.<br>Клініко-фізіологічна характеристика заїкання. Історія вивчення проблем заїкання. Фізіологія заїкання. Симптоматика заїкання. Мовленнєві судоми. Психологічні особливості дітей із заїканням. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема. Профілактика заїкання. | 4 |
| **Кредит 6. Мовленнєві порушення та методика їх логопедичної корекції** | | |
| 16 | **Тема 1.** Афазія. Історичний аспект вивчення афазії. Загальна характеристика афазії. Дитяча афазія. Класифікація афазій (О.Лурія). | 2 |

| | | |
|---|---|---|
| | Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії. Методологічні основи відновлювального навчання при різних формах афазії. | |
| 17, 18 | **Тема 2.** Алалія.<br>Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності. Класифікація алалії. Моторна алалія. Сенсорна алалія. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання моторної алалії. Особливості логопедичної і корекційної роботи з подолання сенсорної алалії. | 4 |
| **Кредит 7. Порушення голосу** | | |
| 19 | **Тема 1.** Голос його акустичні властивості. Історія розвитку фонопедії. Вікові особливості голосу. Клінічне і логопедичне обстеження голосових порушень. Класифікація порушень голосу. | 2 |
| 20, 21, 22 | **Тема 2.** Методики корекційної роботи: корекційна робота при функціональних порушеннях голосу, при парезах чи паралічах гортані, після резекції гортані. | 6 |
| **Кредит 8. Порушення писемного мовлення** | | |
| 23 | **Тема 1.** Порушення писемного мовлення.<br>Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушення писемного мовлення. Поняття «дисграфія» та «аграфія». Психофізіологічні механізми процесу письма та читання. Мозкова організація процесу письма та читання. | 2 |
| 24, 25 | **Тема 2**. Механізми дислексії. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій. Дислексія та порушення когнітивних функцій. Дислексія та порушення усного мовлення. Обстеження дітей. Логопедична робота з подолання фонетичних. Графічних. Лексико-граматичних помилок. Профілактика порушень писемного мовлення. | 4 |
| | Разом: | 50 |

## ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНАЦІЙНИХ БІЛЕТІВ

1.Логопедія, її предмет, завдання, методи.

2.Причини мовленнєвих порушень.

3.Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку (Є. Соботович): фонологічна складова мовленнєвої діяльності.

4.Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку (Є. Соботович): лексична складова мовленнєвої діяльності.

5.Психолінгвістична періодизація мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку (Є. Соботович): граматична складова мовленнєвої діяльності.

6.Перші нагадування про мовленнєві розлади у літературних пам’ятках Стародавнього Сходу та Азії.

7.Питання патології мовлення в сучасній американській та англійській періодиці.

8.Масова логопедична допомога населенню СРСР

9.Розвиток логопедичної допомоги в Україні.

10.Концепція державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку

11.Класифікація мовленнєвих порушень.

12.Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню.

13.Організація роботи вчителя-логопеда в групі для дітей із ЗНМ

14.Створення предметно-розвивального середовища. Особливості використання наочності у роботі з дошкільниками із ЗНМ.

15.Взаємозв’язок роботи вчителя-логопеда та вихователів; вчителя-логопеда з батьками.

16.Ігри та вправи з розвитку мовлення молодших дошкільників із ЗНМ.

17.Розвиток лексичної складової мовлення.

18.Формування граматичної будови мовлення.

19.Розвиток зв’язного мовлення.

20.Принципи і методи логопедії.

21.Негативний вплив мовленнєвих вад на формування всебічно-розвиненої особистості дитини, на оволодіння грамотою.

22.Етіологія вад мовлення.

23.Критичні періоди в розвитку мовлення дітей. Причини виникнення мовленнєвих вад у дітей.

24.Основні закономірності нормального розвитку дитячого мовлення.

25.Закономірності засвоєння рідної мови дітьми.

26.Умови правильного розвитку мовлення у дітей: роль слухового і зорового сприймання в розвитку мовлення, роль гри, праці і навчання, мова дорослих як зразок для дітей.

27.Цілісність особистості логопеда, як необхідна передумова корекційної роботи. Професіограма логопеда.

28.Модель професійної компетенції вчителя-логопеда.

29.Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги.

30.Практична діяльність логопеда в закладах системи освіти.

31.Концепція спеціальної освіти осіб з психічними та фізичними вадами в Україні.

32.Дислалія. Форми дислалії.

33.Функціональні та органічні дислалії, визначення. Різновиди дислалій.

34.Методика логопедичного впливу при дислалії.

35.Розвиток артикуляційної моторики.

36.Розвиток фонематичного слуху і слухової памяті та уваги.

37.Добір та практичне проведення гри і вправ на розвиток слухової уваги, мовного та фонематичного слуху.

38. Формування первинних вмінь і навичок правильної вимови.

39. Формування комунікативних вмінь і навичок.

40. Сигматизм свистячих звуків. Послідовність корекційної роботи залежно від характеру неправильної вимови звуків.

41.Сигматизм шиплячих звуків. Послідовність корекційної роботи залежно від характеру неправильної вимови звуків.

42.Ротацизм та ламбдацизм.

43.Характеристика різновидів ротацизмів (велярного, увулярного, бокового, одноударного, губного) і ламбдацизмів (губного, носового).

44.Органічна дислалія. Причини виникнення органічної дислалії. Методика виховання правильної вимови при органічній дислалії.

45.Ринолалія. Причини, механізми, основні форми порушення.

46.Відкрита ринолалія. Методика корекційного впливу у передопераційний період. Методика корекційного впливу у післяопераційний період.

47.Закрита ринолалія. Методика корекційного впливу при закритій ринолалії.

48.Артикуляційні вправи, їх роль у виправленні недоліків мовлення.

49.Мета артикуляційної гімнастики. Продемонструвати і охарактеризувати динамічні підготовчі вправи.

50. Статичні артикуляційні вправи.

51.Динамічні артикуляційні вправи.

52.Дизартрія. Причини, механізми, основні форми порушення.

53.Розвиток голосу у дітей з ПМР. Промоделювати і охарактеризувати ігри і вправи для розвитку голосу.

54. Розвиток фізіологічного і мовленнєвого дихання у дітей із ПМР. Промоделювати і охарактеризувати ігри і вправи для розвитку дихання.

55.Розлади голосу. Анатомо-фізіологічний механізм голосоутворення. Причини, механізми і класифікація порушень голосу.

56.Заїкання. Прояви заїкання у дітей: особливості стану нервової системи та здоров'я, загальної та мовленнєвої моторики, експресивного мовлення, психологічних особливостей особистості. Причини виникнення заїкання.

57.Комплексний підхід до подолання заїкання.

58.Сучасні методики логопедичної роботи з дітьми. Шляхи попередження заїкання у дітей. Зв'язок логопедичних занять з роботою у повсякденному житті.

59.Загальний недорозвиток мовлення. Характеристика розвитку мовлення у дітей із ЗНМ. Завдання корекційного впливу при ЗНМ.

60.Алалія. Причини виникнення. Симптоматика і механізми порушення.

61.Методика логопедичної роботи по усуненню порушень писемного мовлення.

## МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ, ЩО СПРИЯЮТЬ САМОСТІЙНІЙ РОБОТІ СТУДЕНТІВ

### Базова


10. Дефектологічний словник / за ред. В.І. Бондаря. – Луганськ, 2003.
11. Зайцева Г.Л. Дактилология. Жестовый язык. – М., 2002. – 270 с.
12. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. – М., 1991.
13. Рібцун Ю.В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ: програмно-методичний комплекс / Ю.В.Рібцун – К.: Освіта України, 2011. – 292 с.
14. Синьов В.М., Коберник Г.М. Основи дефектології: навчальний посібник / В.М. Синьов, Г.М. Коберник – К.: Вища школа., 1994. – 143с.
15. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М., 1987.
16. Хрестоматія по логопедії / За ред. М.К. Шеремет. – К., 2005.
17. Чиркина Т.Б., Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Основы логопедии. – М., 1989.
18. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / М.К. Шеремет – К. : Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.


### Допоміжна


10. Гвоздев А.Н., Вопросы изучения детской речи. – М., 1961.
11. Гриценок Л.І., Обухівська А.Г., Панок В. Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України. – К., 2005.
12. Земцова М.И. Учителю о детях с нарушениями зрения. – М., 1973.
13. Конопляста С.Ю. Ринолалія // Педагогіка та методика: спеціальні. – К., 2005.
14. Отбор детей во вспомагательные школы / Под ред. С.Д. Забрамной. – М,1971.
15. Психологический словарь. – М., 1983.
16. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. – М., 1969.
17. Тарасун В.В. Тесты учебных способностей для 1 кл. // Серия “Учитель и пиходиагностика”. – № 3. – К., 1992.
18. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. – М., 1969.


## 15. Інформаційні ресурси

http://www.defectology.ru/

http://www.logoped-sfera.ru/

http://defectologya.ru/publ

http://www.defektologiya.ru

http://mologoped.26206s013.edusite.ru/p8aa1.html

http://www.ikprao.ru