

Тема 4. Діти з порушеннями мовлення та опорно-рухового апарату

1. Характеристика дітей з порушеннями мовлення.
2. Характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Завдання для самостійної роботи

1. Заповнити таблицю (два мовленнєвих порушення на вибір студента):

Порівняльна характеристика симптоматики мовленнєвих порушень

Мовленнєве порушення	Мовленнєва симптоматика	Немовленнєва симптоматика

2. Заповнити таблицю:

Основні форми ДЦП

	локалізація	прояви рухових порушень
Спастична диплегія		
Подвійна геміплегія		
Геміпаретична форма		
Гіперкінетична форма		
Атонічно-астатична форма		

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ

Анатомо-фізіологічні основи вимови й сприймання звуків

Знання анатомо-фізіологічних механізмів мовлення, тобто будова і функціональна організація мовленнєвої діяльності, допомагають: по-перше, уявити складний механізм мовлення в нормі; по-друге, диференційовано підійти до аналізу мовленнєвої патології і, по-третє, правильно визначити шляхи корекційного впливу.

Усне мовлення є результатом роботи мовного апарату, що складається з центрального (або регулюючого) й периферичного (виконавчого) відділів.

В акті мовлення беруть участь різні аналізатори, але вирішальне значення відіграють мовнослуховий і мовноруховий. Мовні зони кори (кіркові відділи слухового, рухового й інших аналізаторів) взаємодіють між собою і пов'язані з діяльністю всієї нервової системи.

Центральний мовленнєвий апарат міститься у головному мозку. Він складається із кори головного мозку (переважно лівої півкулі), підкоркових вузлів, провідних шляхів, ядер стовбура і нервів, які ідуть до дихальних, голосових та артикуляційних м'язів.

Мовлення розвивається на основі рефлексів. Мовленнєві рефлеksi пов'язані з діяльністю різних ділянок мозку. Однак деякі відділи кори головного мозку мають першорядне значення в утворенні мовлення. Це лобна, вискова, тім'яна і потилична долі переважно лівої півкулі мозку (у лівшій правій). *Лобні звивини* (нижні) є руховою ділянкою і беруть участь в утворенні власного мовлення (центр Брока). *Вискові звивини* (верхні) є мовленнєвослуховою ділянкою, куди поступають звукові подразники (центр Верніке). Завдяки цьому відбувається процес сприйняття чужого мовлення. Для розуміння мовлення має значення *тім'яна доля* кори головного мозку. *Потилична доля* є зоровою ділянкою і забезпечує засвоєння писемного мовлення (сприйняття буквенних зображень при читанні і письмі). Крім цього, у дитини мовлення починає розвиватися завдяки зоровому сприйняттю артикуляції дорослих.

Підкіркові ядра відповідають за ритм, темп, виразність мовлення.

Провідні шляхи. Кора головного мозку пов'язана з органами мовлення (периферичними) двома видами нервових шляхів: відцентровими і доцентровими.

У ядрах стовбура беруть початок черепно-мозкові нерви. Усі органи периферичного мовленнєвого апарату інервуються черепно-мозковими нервами, а саме: трійчастий нерв – інервує м'язи, які приводять у рух нижню щелепу; лицевий нерв – м'язову мускулатуру, в тому числі м'язи, які здійснюють рухи губ, надування і втягування щік; язикоглотковий і блукаючий нерви – м'язи гортані і голосових зв'язок, глотки і м'якого піднебіння. Крім цього, язиглотковий нерв є чутливим

нервом язика, а блукаючий нерв інервує м'язи органів дихання і серця. Додатковий нерв інервує м'язи шиї, а підязиковий нерв забезпечує м'язи язика руховими нервами і повідомляє йому про можливість здійснювати різноманітні рухи.

Через цю систему черепно-мозкових нервів передаються нервові імпульси від центрального мовленнєвого апарату до периферичного. Нервові імпульси приводять у рух мовленнєві органи.

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

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

Периферичний відділ мовного апарату складається з апарату слуху й апарату мовлення.

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

Периферична частина включає зовнішнє, середнє і внутрішнє вухо. Звукові хвилі через слуховий прохід зовнішнього вуха досягають барабанної перетинки і зумовлюють її коливання, яке передається слуховим кісточкам середнього вуха. Ланцюжок слухових кісточок передає звукові коливання у внутрішнє вухо. Слухові коливання викликають подразнення волоскових слухових нервових клітин кортієвого органа, які пов'язані із слуховим нервом провідникової частини. Далі через провідні шляхи нервові імпульси надходять до слухових зон кори головного мозку. У корі головного мозку здійснюється вищий аналіз і синтез слухових подразнень, що є фізіологічною основою сприймання звука.

Периферичний апарат мовлення складається з трьох частин: дихального апарату (легенів з бронхами і дихального горла); голосового апарату (гортані); артикуляційного апарату (надставної труби з системою порожнин)

Дихальний апарат. Дихальний апарат здійснює газовий обмін, потрібний для організму та голосоутворення.

Головний орган дихання (легені) розміщений у грудній клітці. Права й ліва легені з'єднані відповідно з правими й лівими бронхами. На рівні п'ятого грудного хребця бронхи переходять у трахею. Трахея, або дихальне горло, складається з хрящових півкілець завдовжки 11 – 13 см. Задня стінка трахеї прилягає до стравоходу. У верхній частині трахея переходить у гортань.

Дихальний **цикл** складається з двох фаз – вдиху і видиху. За одну хвилину відбувається 16 – 20 повних дихальних циклів. Загальна життєва ємкість легень становить 3500 – 4000 см³. У людей різного віку життєва ємкість легень неоднакова. В учнів молодших класів вона становить 1100 – 1600 см³. Фаза видиху під час мовлення значно переважає фазу вдиху (співвідношення 5:1 або навіть 8:1). Це забезпечує злитність мовлення на фазі видиху. Вдих під час мовлення здійснюється в основному через рот.

Гортань складається з хрящів і м'язів. Основу гортані становить перснеподібний хрящ. Над перснеподібним хрящем міститься щитоподібний хрящ. До цього хряща прикріплений надгортанний хрящ, або надгортанник. При ковтанні він щільно закриває вхід у гортань і захищає дихальні шляхи від потрапляння їжі. Під час дихання надгортанник піднімається, тому повітря вільно проходить у гортань. Зверху на печатці перснеподібного хряща симетрично розміщені два черпалоподібних хрящів. Кожний з них має по 2 відростки – голосовий і м'язовий. До голосових відростків прикріплені голосові зв'язки. Голосові відростки черпалоподібних хрящів сходяться і розходяться (наближаються і віддаляються один від одного). До того ж змінюється положення голосових зв'язок.

Найважливішим органом в утворенні голосу (фонації) є голосові зв'язки, які мають форму двох губ, що виступають назустріч одна одній із внутрішніх стінок щитоподібного хряща. Завдяки рухливості черпалоподібних хрящів і здатності голосових зв'язок скорочуватися вони можуть змикатися, утворюючи перепону для видихуваного повітря, або розмикатися, утворюючи голосову щілину. Під час вимовляння голосних, сонорних та дзвінких приголосних голосові зв'язки зближені.

Голос людини характеризується різною висотою, силою й тембром, що залежать від довжини, напруженості голосових зв'язок, а також від статі, віку, індивідуальних особливостей будови та функції голосових органів кожної людини.

Надставна труба складається з порожнини глотки, ротової і носової порожнин. Глотка розміщена над гортанню. У ній виділяють верхню (носоглотку), середню (ротову) й нижню (гортанню) частини. Носоглотка відділена від ротової частини м'яким піднебінням. М'яке піднебіння, скорочуючись, піднімається вгору й закриває вхід до носової порожнини. При такому положенні м'якого піднебіння повітря виходить тільки крізь ротову порожнину.

Якщо ж м'яке піднебіння опускається вниз і повітря проходить через носову порожнину, то звуки, утворювані при цьому, набувають носового відтінку. Носоглотка та носова порожнина з приносними пазухами відіграють роль резонатора, що підсилює голос і надає йому своєрідного

тембру. Ротова порожнина розміщена між нерухомою верхньою й рухомою нижньою щелепами. У ротовій порожнині містяться мовні органи: язик, зуби (верхні й нижні), альвеоли (верхні й нижні), м'яке й тверде піднебіння й язичок. Спереду ротова порожнина обмежена губами.

Найдіяльнішим органом мовного апарату є язик. На ньому виділяють кінчик, передню, середню і задню частини та корінь язика. Слизові оболонки, що вкривають м'язи язика, на дні ротової порожнини утворюють складку (вуздечку). Завдяки великій кількості м'язів, розміщених у різних напрямках, язик може швидко й точно рухатись (угору, вниз, уперед, назад), утворюючи потрібні звуки.

Звуки мови утворюються під час видиху. Повітря, що йде з легень, надходить у бронхи, потім – у трахею, гортань. У гортані проходить між голосовими зв'язками і, коли вони змикаються, зумовлює їхнє дрижання. У надставній трубі голос набуває певного забарвлення. Органи артикуляції, постійно рухаючись, увесь час змінюють форму й розмір ротової порожнини. Завдяки цьому утворюються різні звуки мови. Кожний звук характеризується певним положенням органів артикуляції (*артикуляція – це робота мовленнєвих органів спрямована на утворення звуків*) та голосових зв'язок. Правильна будова органів мовлення є запорукою успішного оволодіння звуковимовою. Але в деяких дітей є ті чи інші відхилення в будові мовного апарату.

Досвід роботи свідчить, що вади вимови не обов'язково зумовлюються відхиленнями у будові. Проте в процесі корекційної роботи їх не можна ігнорувати.

На оволодіння правильною звуковимовою можуть впливати відхилення в будові верхньої щелепи, зубних рядів, піднебіння та язика. Досить поширеними дефектами щелеп є прогнатія (збільшення й виступ уперед верхньої щелепи) і прогенія (аналогічна вада нижньої щелепи). На формування звуковимови здебільшого впливають прогнатія й прогенія, ускладнені вадами прикусу, що характеризуються деформацією зубних рядів. При глибокому прикусі верхні різці перекривають нижні або навпаки. Це обмежує рухи нижньої щелепи, може позначатися на акті жування й артикуляції.

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

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

Вади у будові язика, що характеризуються збільшенням чи зменшенням його розміру (макроглосія, мікроглосія), відсутність язика (аглосія) та дефекти губ трапляються рідко. Частіше бувають випадки укорочення вуздечки язика.

Якщо вада в будові артикуляційного апарату перешкоджає виробленню потрібних для правильної вимови того чи іншого звука положень органів артикуляції, можуть з'явитись вади у вимові звуків. Логопед повинен передбачити негативний вплив тієї чи іншої вади у будові мовного апарату на вимову певного звука, щоб вибрати правильний для такого випадку спосіб корекції вади вимови. У тяжких випадках потрібні консультація лікаря-ортодонта і відповідне лікування.

Досвід роботи свідчить, що вади звуковимови поширені в дітей з правильною будовою периферичного артикуляційного апарату так само, як і в дітей з вадами у будові артикуляційного апарату. Іноді, маючи значні вади в будові щелеп, язика, дитина оволодіває правильною вимовою всіх звуків.

Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини

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

З 2 – 3 міс. дитина часто реагує криком на припинення спілкування з нею. Саме подальше інтонаційне збагачення свідчить про початок формування у неї функції спілкування. У цей період дитина починає прислухатися до звуків мовлення, відшукувати поглядом джерело звучання,

повертати голову до людини, що звертається до неї, зосереджуючи свою увагу на обличчі, губах дорослого.

У «гуліні» (2 – 3 міс.) уже можна виділити звуки, що нагадують голосні (*a, o, y, e*), найлегші для артикулювання; губні приголосні (*n, b, m*), зумовлені фізіологічним актом ссання, і задньоязикові (*z, k, x*), пов'язані з фізіологічним актом ковтання.

Наступний етап, між 4 і 5 міс., передмовленневого розвитку – лепетання – характеризується появою ознак локалізованості і структурування складу, тобто у дитини поступово формується психофізіологічний механізм складкоутворення. На цьому етапі онтогенезу лепетного мовлення у дитини простежується явище ауто ехолалії – вона подовгу повторює той самий відкритий склад (*ва – ва – ва, га – га – га*), зосереджено прислуховуючись до себе.

Після 8 міс. звуки, що не відповідають фонетичній системі рідної мови, поступово починають згасати. Натомість з'являються нові мовленнєві звуки, подібні до фонем мовленневого оточення. Саме в цей період розвитку у дитини починає розвиватися власне мовленнєва пам'ять, завдяки чому у неї формується фонетична (звукова) система рідної мови.

У 10 – 12 міс. життя діти вже здатні відтворювати найтипівіші характеристики мовленневого ритму, після чого у них з'являються перші слова (До того ж зауважимо, що строки і темп розвитку усного мовлення не збігаються зі строками і темпом формування розуміння мовлення, оскільки вже в 7 – 8 міс. діти адекватно реагують на слова і фрази на зразок: «Покажи, де мама, телевизор, вікно?» тощо). Отже, перші слова у дитини з'являються наприкінці першого року життя. У темпах розвитку мовлення у хлопчиків і дівчаток спостерігаються деякі відмінності. Є дані про те, що у дівчаток слова з'являються

на 8 – 9-му, у хлопчиків – на 11 – 12-му міс. життя. Перші слова дитини характеризуються низкою особливостей, а саме:

- тим самим словом (мама) дитина може висловлювати звертання, вказівку, прохання, скаргу;
- слово може висловлювати закінчене цілісне повідомлення, тобто відповідати реченню;
- слово зазвичай може бути поєднанням відкритих складів, що повторюються (*ма – ма, па – па, дя – дя* тощо);

- за збереження частини слова (кореня, першого чи наголошеного складу) звуковимова є спотвореною. Ці фонетичні спотворення стають дедалі помітнішими на тлі швидкого поповнення словника дитини і розвитку лексико-семантичної сторони її мовлення. Це особливо помітно порівняно зі звуковимовлянням дитини, яке для свого вдосконалення потребує істотного дозрівання у неї фонематичного сприймання, фонематичних уявлень і мовленнєвої моторики.

Мовленнєва активність дитини цього віку ситуативна, тісно пов'язана з предметно-практичною діяльністю і залежить від емоційної участі дорослого у спілкуванні. Вимовляння дитиною слів супроводжується зазвичай жестами та мімікою.

Швидкість оволодіння активним словником у переддошкільний вік має індивідуальний характер. Особливо швидко поповнюється словник в останні місяці другого року життя. Наприкінці другого року життя формується також елементарне фразове мовлення, яке охоплює зазвичай два – три слова, що висловлюють вимогу («мама, дай», «тато, йди», «Наті пити дати»). Якщо до 2,5 року елементарне фразове мовлення не сформувалося, то вважають, що темп мовленневого розвитку дитини відстає від норми. Для фраз наприкінці другого року життя дітей характерним є те, що вони здебільшого вимовляють їх з особливим порядком слів, за якого «основне» слово стоїть на першому місці. У цьому віці діти починають розмовляти з іграшками, домашніми тваринами. Наприкінці двох років мовлення стає основним засобом спілкування з дорослими. Мова жестів і міміки починає поступово згасати.

На третьому році життя різко посилюється потреба дитини у спілкуванні. У цей період не тільки стрімко збільшується обсяг загальноживаних слів, а й зростає здатність до словотворення («Андрюшка – подушка», «копатка» замість лопатка «відключити двері» замість відкрити двері). Поступово формується вміння правильно пов'язувати слова у реченні. Від простої фрази з двох слів дитина переходить до вживання складної фрази з використанням сполучників, відмінкових форм іменників однини і множини. Збільшується кількість прикметників.

Після 3 років інтенсивно розвиваються фонематичні процеси і формується звуковимовляння. Вважають, що звуковою стороною мовлення за нормального мовленневого розвитку дитина оволодіває в 4 – 5 років. Нормативні мовленнєві звуки спочатку дуже нестійкі, легко спотворюються в разі збудження чи стомлення дитини. Наприкінці третього року життя дитина ще погано керує своїм голосом, з труднощами змінює його гучність і силу. Шепітне мовлення з'являється тільки наприкінці четвертого року життя.

Починаючи з 4 років життя фразове мовлення дитини ускладнюється (речення складається в середньому з 5 – 6 слів). У мовленні діти дедалі частіше використовують складнопідрядні і

складносурядні речення, легко запам'ятовують і розповідають вірші, казки, передають зміст малюнків. Свої ігрові дії супроводжують мовленням, що свідчить про формування у них регуляторної функції мовлення.

У 5 – 6 років у мовленні дітей з'являються узагальнені іменники і нові слова, утворені за допомогою суфіксів. Наприкінці п'ятого року життя діти оволодівають контекстним мовленням, тобто здатністю самостійно створювати текстові повідомлення, їхні висловлювання за формою починають нагадувати короткі оповідання з включенням фраз, що потребують значної кількості слів. У цей самий період спостерігають збільшення граматичних помилок (неузгодженість слів за відмінком, родом і числом), порушень у структурі речень, труднощі у плануванні висловлювання. З'являються паузи хезитації, що відображують мисленеву активність дитини, спрямовану на пошуки адекватної лексеми або граматичної конструкції. На думку вчених, у цьому віці афективне напруження дитини стосується не стільки змісту контекстного мовлення, скільки його лексико-граматичного оформлення. Приблизно з 6 років формування мовлення дитини у лексико-граматичному плані вважають завершеним.

З 7 років життя діти вживають слова, що означають поняття, а також слова з переносним значенням, постійно оволодівають розмовно-побутовим стилем мовлення.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що період мовленнєвого розвитку дітей від 1 до 6 років вважають сензитивним, тобто особливо чутливим як до сприймання мовлення людей, що оточують їх, так і до впливу різних чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Саме в цей період діти можуть особливо продуктивно оволодівати усним мовленням за умови доброго здоров'я дитини і сприятливого мовленнєвого оточення.

Якщо в сензитивний період розвитку мовлення організм дитини зазнає впливу певних шкідливих чинників (чинників ризику), то нормальний процес мовленнєвого розвитку порушується. Вади мовлення можуть виникати або внаслідок усунення низки необхідних умов для його формування (порушення мовленнєвого спілкування з дорослими, слуху тощо), або у зв'язку з появою нових «несприятливих» чинників (різке збільшення сенсорної інформації, постійне гучне оточення, багато нових людей в оточенні дитини, зміна мовного середовища тощо). У будь-якому разі оволодіння усним мовленням у період впливу шкідливих чинників утруднюється. Соматичні й особливо нервово-психічні захворювання, а також емоційна деривація, обмеженість мовленнєвого спілкування можуть призвести до затримки, спотворення і патології мовленнєвого розвитку. Незважаючи на, що весь період від 1 до 6 років вважають сензитивним для розвитку мовлення, на цьому тлі спостерігаються достатньо обмежені за часом гіперсензитивні фази.

Перша з цих фаз характерна для періоду накопичення перших слів. Умовно це період від 1 до 1,5 року. Гіперсензитивність цієї фази виявляється з одного боку, в тому, що адекватне мовленнєве спілкування дорослого з дитиною дає змогу дитині досить швидко накопичувати слова, які стають основою для подальшого нормального розвитку фразового мовлення. З іншого боку, недостатнє мовленнєве спілкування з дорослими, соматичні і психічні стреси призводять до порушення мовлення, що формується. Це може виявлятися у затриманні появи перших слів, у «забуванні» тих слів, які дитина вже знала, і навіть у припиненні мовленнєвого розвитку.

Друга гіперсензитивна фаза в розвитку мовлення дитини стосується трьох років (2,5 – 3,5 року) її життя. Це період, коли дитина активно опановує розгорнуте фразове мовлення, тобто переходить від несимволічної до символічної вербалізації (від конкретних до узагальнених форм спілкування), від односкладових фраз до комплексних та ієрархічно організованих синтаксичних і семантичних структур. Саме в цей період різко ускладнюється внутрішньомовленнєве програмування.

Реалізація дитиною мовленнєвого задуму на цьому етапі супроводжується не лише психічним, а й емоційним напруженням. Усе це позначається на характері усного мовлення. В мовленні дитини з'являються паузи, які можуть виникати не тільки між окремими фразами, а й усередині фраз і навіть слів (дизритмія мовленнєвого висловлювання). Поява пауз усередині слів як між складами, так і всередині складів (онтогенетичні паузи хезитації) свідчить про інтенсивне формування внутрішньомовленнєвого програмування. З'являються повторення складів, слів, словосполучень, або так звані фізіологічні ітерації. Цей період характеризується певними особливостями мовленнєвого дихання. Дитина може починати мовленнєве висловлювання в будь-якій із фаз дихального акту: на вдиху, видиху, в паузі між видихом і вдихом. Нерідко мовленнєве висловлювання дітей цього віку супроводжується вираженими вегетативними реакціями: почервонінням, дуже частим диханням, загальним м'язовим напруженням.

У цей самий період мовлення самої дитини стає засобом її інтелектуального та мовленнєвого розвитку. У дитини з'являється підвищена потреба в мовленнєвій активності. Вона постійно звертається до дорослого із запитаннями, ініціативно підключаючи його до спілкування з собою. Психічні стреси, а також будь-які види сенсорних депривацій можуть не лише змінити темп

мовленнєвого розвитку (затримання мовленнєвого розвитку), а й призвести до патології мовлення (заїкання).

Третя гіперсензитивна фаза (5 – 6 років) характеризується формуванням контекстного мовлення, тобто самостійного зародження тексту. В цей період у дитини інтенсивно розвивається й істотно ускладнюється механізм переходу внутрішнього задуму у зовнішнє мовлення. Як і у віці 3 років, центральна нервова система дітей 5 – 6 років у процесі мовлення значно напружується.

Дитина у цьому віці, з одного боку, надмірно вразлива до якості мовленнєвих зразків контекстного мовлення дорослих, з іншого – психічні стреси можуть призвести до виникнення мовленнєвої патології, а обмеження мовленнєвого спілкування, низький рівень мовленнєвого оточення – до недостатньої сформованості монологічного мовлення. У подальшому ця недостатність погано компенсується й потребує спеціальної допомоги.

Отже, зазначені вікові особливості усного мовлення (нестійкість мовленнєвої функціональної системи у дошкільному віці) пояснюють вибіркочу нестійкість його розвитку впливом різних шкідливих чинників.

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 порушення, виражені в термінах **баттаризм, парафразія**. У випадках, коли патологічно прискорене мовлення супроводжується необґрунтованими паузами, запинками, спотиканням, називається **полтреном**. Брадилалія і тахілалія 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 пізнання 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 анато-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. Синоніми: *гнузавість* (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 відрізнити 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 черепно мозкових 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 відрізнити 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. Левіною 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.

Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини

Мовленнєва функція відіграє важливу роль у психічному розвитку дитини, у процесі якого відбувається становлення пізнавальної діяльності, формуються здібності до понятійного мислення. Повноцінне мовленнєве спілкування є необхідною умовою здійснення нормальних соціальних людських контактів, а це, зі свого боку, розширює уявлення дитини про навколишній світ. Оволодіння дитиною мовленням певною мірою регулює її поведінку, допомагає спланувати адекватну участь у різних формах колективної діяльності. Тому виражені відхилення в мовленнєвому розвитку дитини мають такі негативні наслідки:

- а) відстає психічний розвиток дитини;
- б) уповільнюється формування всіх рівнів пізнавальної діяльності;
- в) з'являються порушення емоційно-вольової сфери, що призводить до формування особливих особистісних якостей (замкненість, емоційна нестійкість, відчуття втрати, нерішучості);
- г) виникають труднощі в засвоєнні письма і читання, що знижує успішність дитини у навчанні.

У літературі питанням поетапності становлення мовлення за його нормального розвитку приділяється достатньо багато уваги. У монографії О. Гвоздева, в працях Г. Розенгард-Пупко, Д. Ельконіна, О. Леонтьєва, Н. Швачкіна, В. Бельтюкова докладно описано становлення мовлення у дітей з раннього дитинства.

Ці автори з різних позицій розглядають і виділяють етапи мовленнєвого розвитку. Так, О. Гвоздев на основі докладного вивчення послідовності засвоєння дитиною частин мови, структур речень, характер граматичного оформлення пропонує свою періодизацію.

Г. Розенгард-Пупко розглядає два періоди формування мовлення: до 2 років – підготовчий; від 2 років і далі – період самостійного становлення мовлення. Спираючись на дослідження О. Леонтьєва, можна умовно виділити основні періоди мовленнєвого розвитку і в кожному з них визначити ту симптоматику, яка має насторожувати педагога в процесі спілкування з дитиною. Зупинимося докладніше на чотирьох періодах:

- 1-й – *підготовчий* (з моменту народження – до 1 року);
- 2-й – *переддошкільний* (з 1 до 3 років);
- 3-й – *дошкільний* (з 3 до 7 років);
- 4-й – *шкільний* (з 7 до 17 років).

Підготовчий період

Дитина з'являється на світ і свою появу оголошує криком. Крик – перша голосова реакція дитини. І крик, і плач дитини активізують діяльність артикуляційного, голосового, дихального відділів мовленнєвого апарату. Тому, якщо в розділі «анамнестичні дані» зазначено, що дитина народилася в асфіксії і відразу не закричала, то ця інформація вже може бути важливим діагностичним симптомом для логопеда.

Період «гуління» відзначають у всіх дітей. Уже в 1,6 міс., а потім – в 2 – 3 міс. голосові реакції дитина виявляє у вимові таких звуків, як *а-а-бм-бм, бль, угу, бу*. Саме вони у подальшому стають основою для становлення членороздільності мовлення. «Гуління» у всіх дітей народів світу однакове.

У 4 міс. ускладнюються звукові сукупності: з'являються нові, на зразок *гн-агн, ля-аля, рн*. Дитина в процесі «гуління» ніби грається зі своїм артикуляційним апаратом, кілька разів повторює той самий звук, отримуючи до того ж задоволення. Гулить дитина тоді, коли вона суха, виспалася, нагодована і здорова.

Якщо поблизу перебуває хтось із рідних і починає «розмовляти» з дитиною, то вона із задоволенням слухає звуки та ніби «підхоплює» їх. На тлі такого позитивного емоційного контакту дитина починає наслідувати дорослих, намагається урізноманітнювати голос виразною інтонацією.

Для розвитку навичок «гуління» рекомендується і так зване зорове спілкування, під час якого дитина вдивляється в міміку дорослого та намагається відтворити її. У своїх працях О. Тихеева порівнює дитину в період «гуління» з музикантом, що настроює свій інструмент.

За нормального розвитку дитини «гуління» поступово переходить у лепет. У 7 – 8,5 міс. діти вимовляють склади на зразок *баба, дя-дя*, співвідносячи їх з людьми, що оточують. Лепет – це не механічне відтворення складових співвідношень, а співвідношення їх з визначеними людьми, предметами, діями. У процесі спілкування з дорослими дитина поступово намагається відтворити інтонації, темп, ритм, мелодійність, а також вимовляти звукові елементи мовлення. У 9 – 10 міс. розширюється обсяг лепетних слів, які дитина намагається повторювати за дорослим.

У 8,5 – 9 міс. лепет має модульований характер з різноманітними інтонаціями. Проте не у всіх дітей цей процес однаковий: зі зниженням слухової функції гуління «затухає», і це нерідко є діагностичним симптомом. Так, якщо на консультацію приводять дитину без мовлення в 2,5 – 3 роки, яка не розуміє звернене до неї мовлення і не розмовляє, важливо з'ясувати, чи не зникло у неї «гуління» в ранньому віці. В подібних випадках потрібно обов'язково зробити їй аудіограму.

У дослідженнях фахівців з лінгвістики дитячого мовлення визначено основну послідовність її формування: від стадії лепету до 7 років (О. Гвоздев, Є. Ісеніна, Н. Лепська, В. Тарасун, В. Тищенко, С. Цейтлін, А. Шахнарович).

Переддошкільний період

У цей період розширюється обсяг лепетних слів, що використовує дитина. Переддошкільний період характеризується підвищеною увагою дитини до дорослих, що оточують, посилюється її мовленнєва активність. Слова, що використовує дитина, багатозначні: водночас тим самим лепетним словом вона позначає кілька понять: «бах» – упав, лежить, спіткнувся; «дай» – віддай, принеси, подай; «биби» – що катається, машина, літак, велосипед.

Після півтора року спостерігається збільшення активного словника дітей, з'являються перші речення, що складаються з аморфних слів-коренів: «тато, ди» (тато, йди); «ма, да кх» (мама, дай кицю).

Як доводять дослідження, діти не відразу оволодівають правильним мовленням: одні явища мови засвоюють раніше, інші пізніше. Отже, що простіше за звучанням і структурою слова, то їх легше запам'ятовують діти. У цей період особливо важливу роль відіграє сукупність таких чинників:

- а) механізм наслідування слів дорослих, що оточують дитину;
- б) складна система функціональних зв'язків, що забезпечують здійснення мовлення;
- в) сприятливі умови, в яких виховується дитина (доброзичливе, уважне ставлення до дитини, повноцінне мовленнєве оточення, достатнє спілкування з дорослими).

Аналізуючи кількісні показники зростання лексичного запасу дітей у цьому віці, можна навести такі дані: півтора року – 10 – 15 слів, до кінця 2 року – 30 слів, до 3 років – приблизно 100 слів.

Отже, упродовж півтора року відбувається кількісний стрибок у розширенні словника дітей.

Характерним показником активного мовленнєвого розвитку дітей на цьому етапі є поступове формування граматичних категорій.

Можна виділити у цей період етап «фізіологічного аграматизму», коли дитина використовує в спілкуванні речення без відповідного граматичного їхнього оформлення: «Мама, дай ляля» (мама, дай ляльку); «Вова ма тина» (у Вови немає машини).

У разі нормального мовленнєвого розвитку цей період триває всього кілька місяців і до 3 років дитина самостійно вживає найпростіші граматичні конструкції.

Багато батьків оцінюють мовленнєвий розвиток своєї дитини тільки за ступенем правильності звуковимови. І в цьому вони помиляються, оскільки показником становлення дитячого мовлення є своєчасний розвиток у дитини здібності використовувати свій лексичний запас у різних структурах речень. Уже в 2,5 – 3 роки діти використовують три – і чотирискладові речення з частковими граматичними формами (йди-йде - йдемо - не йду; лялька - ляльці - ляльку).

У 1 – 3 роки дитина багато звуків рідної мови переставляє, випускає, замінює простішими за артикуляцією. Це пояснюється віковою недосконалістю артикуляційного апарату, недостатнім рівнем сприймання фонем.

Проте характерним для цього періоду є достатньо стійка вимова інтонаційно-ритмічних, мелодійних контурів слів, наприклад: «касянав» (космонавт), «піяміда» (піраміда), «ітая» (гітара), «тітаяська» (чебурашка), «сінюська» (свиношка).

Як зазначає Н. Жукова, «з моменту появи у дитини можливості правильно будувати нескладні речення і змінювати слова за відмінками, числами, родами і часом відбувається якісний стрибок у розвитку мовлення».

Отже, до кінця переддошкільного періоду діти спілкуються між собою і дорослими, що їх оточують, використовуючи структуру простого поширеного речення з найпростішими граматичними категоріями мовлення.

Батьки і вихователі мають знати, що найсприятливіший та інтенсивний період у розвитку мовлення дитини припадає на перші три роки життя. Саме в цей період усі функції центральної нервової системи у процесі природного формування найлегше піддаються тренуванню, вихованню. Якщо умови розвитку в цей час несприятливі, то формування мовленнєвої функції настільки спотворюється, що надалі не завжди вдається в повному обсязі сформувати повноцінне мовлення.

У 3 роки практично завершується анатомічне дозрівання мовленнєвих ділянок мозку. Дитина оволодіває основними граматичними формами рідної мови, накопичує визначений лексичний запас. Тому, якщо в 2,5 – 3 роки вона спілкується за допомогою лепетних слів та уривків лепетних речень: «ноти» (ніжки), «віко» (вікно), «деві» (двері), «ути» (руки); «тина» (машина), потрібно терміново проконсультувати її в логопеда, перевірити фізіологічний слух і організувати корекційні заняття в умовах ясельної або дошкільної логопедичної групи. Залишати без спеціальної допомоги таку дитину не можна, тому що буде згаяний найсприятливіший період у її мовленнєвому розвитку.

Дошкільний період

Цей період характеризується найінтенсивнішим мовленнєвим розвитком дітей. Нерідко спостерігається якісний стрибок у розширенні словникового запасу. Дитина починає активно використовувати усі частини мовлення, поступово формуються навички словотворення.

Деякі автори виділяють етап дитячого словотворення, підвищеної зацікавленості до мовленнєвих явищ і узагальнень (Н. Ушакова, С. Цейтлін та ін.). Процес засвоєння мови відбувається так динамічно, що після трьох років діти з високим рівнем мовленнєвого розвитку спілкуються за допомогою не тільки граматично правильно побудованих простих речень, а й багатьох видів складних речень, з використанням сполучників і сполучних слів (*щоб, тому що, той... який*).

У цей час активний словник дітей досягає 3 – 4 слів, формується більш диференційоване використання слів відповідно до їхнього значення, здійснюються процеси словозміни.

У віці 5 – 6 років висловлювання дітей досить поширені, простежується визначена логіка викладання. Нерідко в їхніх розповідях з'являються елементи фантазії, бажання придумувати епізоди, яких насправді не було.

У дошкільний період спостерігаються достатньо активне становлення фонетичної сторони мовлення, вміння вимовляти слова різної складової структури і звуконаповненості. Якщо у когось із дітей і виникають до того ж помилки, то вони стосуються найскладніших, маловживаних і найчастіше незнайомих для них слів. Достатньо виправити дитину, дати зразок відповіді і трохи «повчити» її правильно вимовляти це слово, і вона швидко введе його в самостійне мовлення.

Розвинена навичка слухового сприймання допомагає дитині контролювати власну вимову і чути помилки у мовленні дорослих, що оточують. У цей період формується мовленнєве відчуття, що забезпечує впевненість використання в самостійних мовленнєвих висловлюваннях усіх граматичних категорій. Якщо в цьому віці дитина допускає стійкий аграматизм (*«граю батиком»* – граюсь з братиком; *«мамою були магазині»* – з мамою були у магазині; *«м'яч упав і тоя»* – м'яч упав зі стола), скорочення і переставляння складів і звуків, уподібнення складів, їхня заміна і пропуск, то це є важливим і переконливим симптомом, що засвідчує виражене недорозвинення мовлення. Такі діти потребують систематичних логопедичних занять ще до вступу до школи.

Отже, до кінця дошкільного періоду діти мають володіти розгорнутим мовленням, фонетично, лексично і граматично правильно оформленим.

Рівень розвитку фонематичного слуху дає змогу їм володіти навичками звукового аналізу і синтезу, що є необхідною умовою засвоєння грамоти у шкільний період. Як зазначав О. Гвоздев, до семи років дитина оволодіває мовленням як повноцінним засобом спілкування (за умови збереженості мовленнєвого апарату, якщо немає відхилень у психічному й інтелектуальному розвитку, якщо вона виховується в нормальному мовленнєвому і соціальному оточенні).

Шкільний період

Упродовж цього періоду триває вдосконалення зв'язного мовлення. Діти усвідомлено засвоюють граматичні правила оформлення вільних висловлювань, повністю оволодівають звуковим аналізом і синтезом, формується писемне мовлення.

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

Поняття про загальне недорозвинення мовлення

В сучасній логопедії термін «недорозвинення мовлення» використовується для позначення якісно більш низького рівня сформованості тої чи іншої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи загалом. Недорозвинення мовлення, як зазначає О. Корнев, не є самостійною нозологічною одиницею у медичному розумінні цього поняття, цілісним однорідним розладом із єдиним патогенезом та механізмами. Зазвичай це сукупність декількох синдромів, які відрізняються за механізмами.

Під загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) у дітей із нормальним слухом і первинно збереженим інтелектом розуміють таку форму мовленнєвої аномалії, при якій порушено формування усіх компонентів мовленнєвої системи, які належать як до звукової, так і до смислової сторони мовлення³.

До того ж найсуттєвіші недоліки виявляються під час засвоєння й використання дітьми цієї категорії лексики та граматики рідної мови (Г. Жаренкова, Р. Лалаєва, Р. Левіна, В. Орфінська, Є. Соботович, Л. Спірова, Л. Трофименко, Т. Філічева, Г. Чіркїна та інші).

Поняття загального недорозвинення мовлення базується на прогресивній думці про можливість єдиного педагогічного підходу до різнорідних за своєю етіологією виявленням недорозвиненості мовлення у дітей, виходячи з конкретного стану мовного розвитку дитини.

ЗНМ може спостерігатися при найбільш складних формах дитячої мовленнєвої патології: алалії, афазії, а також ринолалії, дизартрії – у тих випадках, коли виявляється одночасно недостатність словникового запасу, граматичної будови і фонетико-фонематичного розвитку.

У дітей, які мають порушення інтелекту, слуху, зору, недорозвинення мовлення має вторинний характер, або виступає як другий первинний самостійний дефект (наприклад, у дітей із інтелектуальною недостатністю та алалією).

Вперше теоретичне обґрунтування ЗНМ було сформульовано в результаті багатоаспектних досліджень різних форм мовленнєвої патології у дітей дошкільного та шкільного віку, які були проведені професором Р. Левіною та співробітниками НДІ дефектології (Г. Каше, Г. Жаренкова, Н. Нікашина, Л. Спірова та інші) у 50 – 60 роках минулого сторіччя.

Недорозвинення мовлення має різне походження і відповідно різну структуру аномальних виявлень. **Але у всіх дітей** із ЗНМ є типові відхилення, які вказують на системне порушення мовленнєвої діяльності. Вони зумовлені несформованістю або розладом на ранніх етапах онтогенезу власне мовленнєвих психологічних і фізіологічних механізмів при первинно збереженому слухові та інтелекті. Однією з провідних ознак є пізній початок мовлення, при якому перші слова з'являються у 3

4 роки, а іноді і після 5-ти років. Мовлення таких дітей малозрозуміле, спостерігається недостатня мовленнєва активність, яка без спеціального навчання поступово значно знижується. Усе розмаїття мовленнєвого недорозвинення умовно представлено у рівнях: від повної відсутності мовлення або белькоту до розгорнутого мовлення, але з елементами фонетичного та лексико-граматичного недорозвинення. Виявлення таких типових відхилень у смисловій та вимовній стороні мовлення дітей різних клінічних категорій допомогло на основі психолого-педагогічної класифікації мовленнєвих вад об'єднувати їх у групи з метою спільної корекційно-логопедичної роботи.

Причини та механізми загального недорозвинення мовлення. ЗНМ із точки зору причинності і механізмів вивчалось багатьма дослідниками (Г. Жаренкова, Н. Жукова, Р. Левіна, О. Лурія, О. Мастюкова, О. Корнев, Є. Соботович, В. Тищенко, Т. Філічева та інші). Але і на сьогодні механізми відхилень недорозвинення мовлення залишаються недостатньо вивченою проблемою.

До загального недорозвинення мовлення призводять різні несприятливі впливи як у внутрішньоутробному розвитку, так і під час пологів (родова травма, асфіксія), а також у перші роки життя дитини.

Характер аномалії розвитку мозку загалом у значному ступені залежить від часу ураження. Найбільш тяжкі ураження мозку (його кіркових та підкіркових структур) під впливом різних шкідливих факторів зазвичай виникають у періоді раннього ембріогенезу, на 3 – 4-му місяці внутрішньоутробного життя.

Найбільш частими причинами, що зумовлюють ці ушкодження є інфекції або інтоксикації матері під час вагітності, токсикози, пологова травма, асфіксія, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або груповою належністю крові, захворювання центральної нервової системи (нейроінфекції) і травми мозку у перші роки життя дитини. До порушень психофізичного розвитку дитини може призвести вживання під час вагітності алкоголю, нікотину, наркотичних засобів. У таких дітей ЗНМ поєднується із синдромом рухової розгальмованості, афективної збудливості, вкрай низької розумової працездатності.

Внаслідок мовленнєворухових порушень, пов'язаних із органічним ураженням або недорозвиненням певних відділів ЦНС, виникають недоліки вимови, виражені у різному ступені, а також труднощі сприймання звуків. Порушення взаємодії між слуховим і мовленнєворуховим аналізатором призводить до недостатнього оволодіння звуковим складом слова, а це гальмує накопичення словникового запасу, формування граматичної будови мови, опанування письмом та читанням.

Як причину ЗНМ визначають і слабкість акустико-гностичних процесів. У цих випадках при збереженому слухові спостерігається знижена здібність до сприймання мовленнєвих звуків. Прямий результат порушення слухового сприймання – недостатнє розрізнення акустичних ознак, характерних для кожної фонемі, вторинно до того ж страждає вимова звуків і відтворення структури слова.

Велика роль у виникненні мовленнєвих порушень належить генетичним факторам. У цих випадках мовленнєвий дефект може виникнути під впливом навіть незначних несприятливих зовнішніх умов.

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

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

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

Отже, етіологія недорозвинення мовлення у більшості дітей має складну природу: поєднання генетично зумовленої дефіцитарності певних церебральних систем і наслідків органічних уражень головного мозку. За даними О. Корнева, як причини може виступати така низка обставин: а) локальні церебральні ураження або дисфункції; б) негативні впливи екзогенних факторів, які гальмують дозрівання нейронів і провідникових шляхів певних мозкових систем; в) генетично детерміновані асинхронії розвитку і функціональна слабкість певних функціональних систем мозку.

Спеціальні дослідження дітей із ЗНМ (О. Мастоюкова) довели клінічне розмаїття виявлень загального недорозвинення мовлення. Усі діти із ЗНМ можуть бути умовно розподілені на **три групи**:

- з моторною алалією;
- з ускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення церебрально-органічного генеза;
- з неускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення.

При моторній алалії наявні локальні ураження кіркових мовленнєвих зон та більш глибоких підкіркових структур мозку, які забезпечують насамперед нейробіологічні ланки мовлення, систем і підсистем головного мозку (рефлекторні, нейродинамічні і енергомодельючі процеси; дихання і слиновиділення; тонус, статика та динаміка жесто-мімічної та вокалізаційної складової мовленнєвої системи). Характерними ознаками алалії є труднощі формування складової структури слів, взаємозалежність фонемних і лексичних порушень, труднощі у розвитку фразового мовлення. Порушується процес актуалізації потрібного слова за його звуковими, семантичними, ритмічними та морфологічними ознаками. Вторинним дефектом є виявлення поведінкового негативізму, порушення психомоторики та порушення емоційно-вольової сфери. ЗНМ при моторній алалії може виявлятися у важкій формі, коли власне мовлення неможливе, і у малопомітних труднощах лексико-граматичної будови мови. Особливо чітко дефект виявляється під час формування зв'язного висловлювання. Це пов'язано з порушенням операцій програмування, відбору і синтезу мовленнєвого матеріалу, з несформованістю внутрішнього мовлення.

При сенсорній алалії дитина не розуміє мовлення людей, що оточують і не говорить сама. Це порушення у чистому вигляді трапляється рідко і важко диференціюється від дефектів слуху. При найменш виражених формах сенсорної алалії загальне недорозвинення виявляється у труднощах розуміння мовлення людьми, що оточують. При бідності змісту і багатьох помилках власне мовлення дитини з сенсорною алалією інтонаційно модульоване, супроводжується мімікою та жестами.

При ускладненому варіанті ЗНМ церебрально-органічного генеза має місце дизонтогенетично-енцефалопатичний симптомокомплекс порушень. Серед неврологічних синдромів найбільш частими у дітей є такі синдроми:

– гіпертензійно-гідроцефальний – синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску, який виявляється насамперед у порушеннях розумової працездатності, довільної діяльності і поведінки дітей, а також у швидкій виснаженості та перенасиченості будь-яким видом діяльності, підвищеній збудливості, роздратованості, руховій розгальмованості;

– церебрастенічний – синдром, який виявляється у вигляді підвищеної нервово-психічної виснаженості, емоційної нестійкості, у вигляді порушень функцій активної уваги, пам'яті. Синдром може поєднуватися з виявленнями гіперзбудливості – ознаками загального емоційного і рухового неспокою або загальмованості, млявості, пасивності;

– синдром рухових розладів характеризується змінами м'язового тону, легкими гемі- і монопарезами, не різко вираженими порушеннями рівноваги і координації рухів, недостатністю диференційованої моторики пальців рук, несформованістю загального та орального праксису. Часто у цих дітей виявляються порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів, тремору та насильницьких рухів окремих м'язів язика, що зумовлює виявлення стертої дизартрії.

У логопедичній практиці нерідко поєднуються різні форми мовленнєвих порушень. Так, дизартричні розлади супроводжуються алалічними симптомами або недорозвиненням слухової функції, порушення звуковимови при ринолалії поєднуються з дизартричними проявами.

Причинами дизартрії є органічні ураження ЦНС у результаті впливу несприятливих факторів на мозок дитини у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку. Основні прояви дизартрії полягають у розладі артикуляції звуків, порушеннях дихання і голосоутворення, у змінах темпу мовлення, ритму та інтонації. Порушення можуть проявлятися у важкому ступені і у різних комбінаціях залежно від локалізації ураження, від часу виникнення дефекту. Механізмом порушень звуковимови визначається порушення іннервації артикуляційного апарату. Обов'язковим є поєднання двох умов: наявність симптомів порушення скорочувальної здібності м'язів (гіпертонія або атонія, обмеження обсягу довільних та недовільних рухів) і або явища дискінезії та тотальний, невибірковий характер спотворень звукових характеристик мовлення. Порушення артикуляції й фонації, що утруднюють членороздільне звучне мовлення, складають первинний дефект, який може призвести до виникнення вторинних відхилень, що ускладнюють його структуру.

У невеликої кількості дітей у групі ЗНМ може спостерігатися ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, зумовлені аномаліями у будові артикуляційного апарату у вигляді незрощень. Залежно від характеру порушень функції піднебінно-глоткового зімкнення виділяють різні форми ринолалії. Обширність і складність анатомічного дефекту, строки хірургічного втручання часто зумовлюють рівень сформованості мовлення цієї категорії дітей.

При неускладненому варіанті ЗНМ збережені первинні (ядерні) зони мовленнєворухового аналізатору; патогенетичною основою ЗНМ у цих дітей є затримане дозрівання третинних полів аналізаторів. У їхньому анамнезі відсутні чіткі вказівки на виражені відхилення під час вагітності матері і пологів. Лише у третини досліджуваних під час бесіди з матір'ю виявляються факти не різко вираженого токсикозу другої половини вагітності або короткої асфіксії у момент пологів. При відсутності виражених неврологічних порушень у дітей відзначають слабку регуляцію довільної діяльності, емоційно-вольової сфери і труднощі в оволодінні писемним мовленням. Малі неврологічні дисфункції обмежуються порушеннями регуляції м'язового тону, недостатністю тонкої моторики пальців рук, несформованістю кінестетичного і динамічного праксису. Це є дизонтогенетичний варіант ЗНМ.

Найбільш актуальним, крім виявлення логопедичного патологічного аспекту, специфічним для ЗНМ (Р. Левіна, Г. Каше, Н. Жукова, А. Семенович, В. Тарасун, Г. Чіркїна та інші) є виявлення та аналіз:

1. Патологічних знаків «підкіркового» походження, що збіднюють, деформують, а часто порушують розвиток дитини і, насамперед, її мовленнєвої діяльності. Такими найчастіше виступають сінкінезії, дистонії, вичурні пози, тіки, порушення ритму дихання, нав'язливі стереотипні рухи, підвищена збудливість або виснаженість.

2. Недостатність міжпівкульового забезпечення психічного розвитку дитини, яка виявляє себе у мовленнєвих, рухових, гностичних, мнестичних та інших психічних функціях. Головна увага звертається на дефіцит оптомоторних, оптооральних, оптомануальних взаємодій; синергічних та реципрокних координацій.

Клінічний підхід до проблеми ЗНМ передбачає необхідність постановки медичного діагнозу, який визначає структуру мовленнєвої недостатності при різних формах мовленнєвого недорозвитку.

Правильне розуміння структури мовленнєвого недорозвинення у кожному випадку є необхідною умовою більш ефективної логопедичної та медичної допомоги дітям.

ДІТИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Причини порушення у дітей опорно-рухового апарату. Дитячий церебральний параліч – це поліетіологічне захворювання, яке починається внутрішньоутробно та розвивається в перші роки життя. Термін «ДЦП» був запропонований З.Фрейдом для об'єднання всіх форм спастичних паралічів пренатального походження із подібними клінічними ознаками. При «ДЦП» спостерігаються неврологічні і психічні порушення, нерівномірний, диспропорційний характер формування окремих психічних функцій.

Існує понад 20 класифікацій ДЦП. У вітчизняній неврології найбільш поширена класифікація К.А. Семенової:

1) подвійна геміплегія, характеризується яскраво вираженою атрофією кори головного мозку і збільшенням об'єму шлуночків; психічний розвиток дітей з даною формою ДЦП мінімальний і подібне до олігофренії за ступенем імбецильності або ідіотії;

2) спастична диплегія (хвороба Літля) – форма ДЦП, яка трапляється дуже часто; при цій формі спостерігається затримка психічного розвитку, розумова відсталість у ступені легкої дебільності;

3) гіперкінетична форма ДЦП спостерігається приблизно у 25% усіх хворих з даною патологією; виявляється виражена дефіцитарність підкіркових структур мозку у поєднанні з відносною збереженістю кіркових відділів;

4) при геміпаратичній формі ДЦП ушкодженою переважно є одна півкуля і найближчі підкоркові відділи (правобічний і лівобічний геміпарез); недорозвиток правої півкулі призводить до порушення пізнавальних процесів у дітей;

5) при атонічно-астатичній формі основні зміни у тканинах мозку виявляються в лобній ділянці і мозочку.

Діти з ДЦП розвиваються в умовах дефіцитарності пропріоцептивного відділу рухового аналізатора. Рухова недостатність перешкоджає розвитку зорового сприйняття простору і рухів, зоровомоторної координації. У тісному зв'язку з порушеннями зорово-просторового синтезу перебувають недостатність функції рахунку, яка проявляється в сповільненому засвоєнні поняття числа, сповільненій автоматизації механічного рахунку. Особливістю процесу мислення є дисоціація – більш виражена недостатність наочно-дійового мислення щодо з вербального. Формування понятійного мислення відстає порівнянно із здоровими дітьми.

У деяких дітей може спостерігатися зниження гостроти слуху, недостатність слухової пам'яті і слухової уваги, недорозвиток фонематичного слуху. При різних формах ДЦП трапляються мовленнєві порушення. Основний мовленнєвий розлад при цьому захворюванні – дизартрія, бувають також дислалія, заїкання.

Для хворих із ДЦП характерним є вираженість психодинамічних проявів – інертність психіки, сповільненість переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, в'ялість, аспонтанність. Виявляються також прояви психічного інфантилізму, які виражаються в наявності не властивих даному віку рис дитячості, переважанні мотивів задоволення у діяльність, схильність до фантазування і мрійливості.

Виділяють пренатальні, натальні і постнатальні шкідливі чинники, які можуть бути причинами виникнення ДЦП. До них належать інфекційні захворювання матері в період вагітності, психічні і фізичні травми, механічні травми під час родів, асфіксія тощо. Вплив цих чинників призводить до ішемічного ушкодження перивентрикулярної ділянки головного мозку і атрофічних процесів у різних ділянках кори. Згідно із іншими концепціями, в результаті впливу шкідливих чинників на організм матері відбувається збій у функціонуванні аутоімунного захисного механізму, і клітини-лімфоцити матері розпізнають білкові елементи плода як чужорідні тіла. В результаті, лімфоцити матері починають знищувати білки плода, що призводить до атрофічних процесів у м'язах тіла і головному мозку.

В. Кадвелл називає 400 причин, які можуть викликати порушення нервової системи плода. Серед них найбільше значущими та найчастішими є: інтоксикація, хронічна гіпоксія, інфекції, порушення діяльності імунної системи матері й плода, пологова травма, вакцинації, операції тощо.

Виділяють 3 стадії хвороби: ранню, початкову хронічно-резидуальну, пізню хронічно-резидуальну.

Наявні методики дослідження не дають можливості говорити про початок ранньої стадії захворювання: за клінічними проявами визначити ступінь і локалізацію пошкодження важко, тому що структури і функції мозку ще не розвинуті. Це не дає можливості зробити точно типологічний аналіз ушкодження й орієнтовно з'ясувати час його дії (пошкодження). Загальний важкий стан, гіпертензивний і судомний синдроми, затримка або відсутність уроджених рухових рефлексів і ряд інших проявів ДЦП у немовляти допомагають розцінити їх як прояв енцефалопатії.

Походження останньої може бути різним – інфекційним, токсичним, травматичним, аутоімунним, алергічним тощо. Енцефалопатія буває першим клінічним проявом ранньої стадії ДЦП. На можливість інфекційно-алергічного процесу в немовляти і дитини перших місяців життя вказують: анамнез, що свідчить про наявність інфекційних захворювань у матері – хронічних або гострих – під час вагітності й особливо пологів; протікаючий довго, стійкий гіпертензивний синдром, що не піддається симптоматичній терапії; церебральна гіпортрофія; схильність до частих респіраторних вірусних інфекцій; що прогресують, незважаючи на активну відбудовну терапію, неврологічна симптоматика.

Головним завданням терапії на ранній стадії захворювання у подібних випадках є запобігання подальшого розвитку патологічного інфекційно-допоміжного процесу в ЦНС, що почався внутрішньоутробно, та попередження розвитку грубих резидуальних явищ, які можуть бути результатом як головного захворювання, так і черепно-мозкової пологової травми, порушення мозкового кровообігу, який виникає, як правило, у результаті механічного впливу на мозок плода, на судини, стінки яких уражені запальним процесом.

У плода з внутрішньоутробною патологією мозку не розвиваються, як правило, два рефлекси, що з'являються у здорового плода ще внутрішньоутробно – рефлекс із голови на тулуб і рефлекс першого подиху. Пологи зазвичай тривалі та важкі, ускладнені механічно пологовою черепно-мозковою травмою й порушенням мозкового кровообігу. Обидва ці стани супроводжуються набряком мозку, що, зі свого боку, може викликати важкі порушення діяльності ЦНС.

Різке порушення мікросередовища нейрону, зумовлене перичелюлярним набряком, викликає, як правило, найтяжчу його дисфункцію, і в тих випадках, коли це порушення здається тривалим, можуть виникнути незворотні зміни у ньому з наступним розпадом.

Показані порушення зумовлюють необхідність визначених заходів, проведених уже в пологовому будинку. Нерідко на 5 – 7 день життя розвивається набряк мозку і повторні порушення мозкового кровообігу.

Антибіотики викликають зниження внутрішньочерепного тиску, зменшення інтенсивності набряку мозку на декілька годин. Це може відтворити захисні сили організму, набряк поступово зменшується і більше не відновлюється; це спостерігається при лікуванні дітей, які перенесли черепно-мозкову травму і порушення мозкового кровообігу у зв'язку з акушерською патологією матері.

Проте у тих випадках, коли мало місце внутрішньоутробне інфікування нервової системи плода, запальний процес може продовжуватися і післянатально. У цьому випадку набряк мозку значно впливає на перебіг хвороби.

Призначаючи дітям перших місяців життя антибіотики, варто пам'ятати про складні побічні дії.

Антибіотики є однією з причин лікарської алергії, що вражає переважно шкіру і підшкірну основу, а також є причиною токсично-алергічного енцефаліту (Б.Б. Сандлер). І.Г. Лаврецький у своїх роботах наголошує, що патологія нервової системи розвинулася в 27% хворих, які одержували антибіотики з приводу того або іншого захворювання. До подібних ускладнень належать: напади епілепсії, генералізовані судоми, гіпоксія, набряк мозку, гіпертензивний криз, вегетативні порушення, кохлео-вестибулярні порушення.

Отже, дитячий церебральний параліч – це захворювання, що викликає порушення рухової активності і неприродне положення тіла. Воно виникає в результаті ушкодження мозку до народження дитини, під час пологів або в дитячому віці. Вражається не весь мозок, а головні, відділи, що керують руховою активністю. Порушені функції мозку не поновлюються, але і не погіршуються.

У кожної дитини, яка страждає на ДЦП, уражені різноманітні відділи мозку. Причини ушкодження часто буває важко встановити.

І. Основні причини виникнення дитячого церебрального паралічу.

1. Причини виникнення ДЦП до народження дитини:

- а) інфекційні захворювання матері під час вагітності (наприклад, краснуха);
- б) неоднакова кров у матері і дитини (несумісність за резус-фактором);
- в) захворювання матері такі, як діабет або токсикоз вагітних;

г) спадковий чинник. Ця причина досить рідкісна, але відомі випадки "сімейної спастичної паралегії";

д) жодної конкретної причини не виявляється приблизно в 30% хворих дітей.

2. Причини виникнення ДЦП під час пологів:

а) недостатнє постачання кисню в організм дитини під час пологів. Новонароджений не відразу починає дихати, спостерігається синюшний відтінок і перестає рухатися. Невірне застосування гормонів (окситоксинів) із метою прискорення пологів викликає звуження кровоносних судин матки, у результаті дитина відчуває кисневе голодування. Вона з'являється на світ посинілою і нерухомою – із ушкодженнями мозку;

б) пологові травми. Важкі пологи виникають у матерів, які є занадто молоді або тендітні;

в) передчасні пологи. У дитини, що народилась недоношеною, вага якої менше 2 кг, дуже ймовірний ДЦП.

3. Причини виникнення ДЦП після народження дитини:

а) дуже висока температура внаслідок інфекційної хвороби або зневоднювання (втрата рідини при поносі). Ця причина найбільше поширена серед дітей, яких штучно годують;

б) інфекційні захворювання мозку (менінгіт, енцефаліт);

в) травма голови;

г) кисневе голодування – при газовому отруєнні, якщо дитина тонула або внаслідок інших причин;

д) отруєння глазури, пестицидами, застосовуваними для обприскування сільськогосподарських культур, та іншими отрутами;

е) кровотеча або згустки крові в мозку, що виникають часто із невідомої причини;

ж) пухлини мозку, що викликають прогресуюче ушкодження мозку, симптоми якого аналогічні до ДЦП, при постійному погіршенні стану.

У багатьох країнах, ДЦП, є найбільш поширеною причиною фізичних хиб. У деяких країнах він займає друге місце після поліомієліту. Приблизно одна дитина з 300 народжується з ДЦП або занедужує на нього невдовзі після народження.

II. Ранні ознаки ДЦП.

До ранніх ознак ДЦП належать такі.

1. Відразу ж після народження дитина з ДЦП буває слабкою та млявою, але може виглядати цілком нормально.

2. У дитини можуть спостерігатися або бути відсутні ознаки подиху, вона може посиніти і бути нерухомою. Асфіксія – найбільш розповсюджена причина ушкодження мозку.

3. Уповільнений розвиток. Дитина пізніше порівняно з іншими дітьми починає тримати голівку, сидіти або рухатися.

4. Вона може не володіти руками або користуватися тільки однією рукою.

5. Проблеми з годуванням. У дитини виникають труднощі із смоктанням, ковтанням і жуванням: вона захлинається або давиться. Навіть після того, як дитина підросте, у неї можуть зберегтися ці та інші труднощі з харчуванням.

6. Труднощі, пов'язані з доглядом за немовлям або дитиною молодшого віку. Тіло дитини скуте під час одягання, купання або гри. Пізніше їй важко навчитися самостійно їсти, одягатися, умиватися, користуватися туалетом або грати з іншими дітьми. Це може бути пов'язане з раптовою появою скутості або розслабленням тіла, у результаті чого дитина падає. Дитина може бути настільки розслабленою, що здається, ніби її голова відпаде. І цілком зненацька тіло дитини стає скутим і жорстким подібно до дошки, так, що його неможливо підняти або нести.

7. Дитина часто плаче, нервова, дратівлива або, навпаки, загальмована, пасивна, майже ніколи не плаче й не сміється.

8. Труднощі спілкування. Дитина може реагувати на навколишнє не так, як інші діти. Частково це буває пов'язано з розслабленістю, скутістю тіла, поганою рухливістю рук. У такої дитини може спостерігатися відставання в розвитку мовлення. Згодом у деяких дітей мовлення стає нечітким. Батьки з труднощами розуміють, чого хоче їхня дитина, поступово вони знаходять способи дізнатися про її потреби.

9. Розумові здібності. Приблизно половина дітей, що страждають на ДЦП, розумово відсталі, проте не можна поспішати з подібним висновком. Діти з наслідками ДЦП рухаються невміло: або занадто швидко, або занадто повільно. Їхні обличчя перекошуються, через слабкість м'язів обличчя або ускладнень із ковтанням, на них з'являються гримаси. Тому навіть дитина, що має нормальний розумовий розвиток, може здаватися розумово відсталою.

Така дитина потребує допомоги й навчання, щоб було очевидно, яка вона насправді. Батьки часто говорять, що дитина розуміє набагато більше, ніж здається. Завдяки допомозі й навчанню деякі діти, що були визнані розумово відсталими, здаються цілком нормальними у розумовому відношенні.

10. Іноді хвороба вражає слух та зір. Якщо батькам про це невідомо, вони можуть думати, що в дитини недостатньо розвинуті розумові здібності.

11. У деяких дітей, що страждають на ДЦП, бувають наприклад: епілептичні судоми.

12. Неспокійна поведінка. У дитини можуть спостерігатися несподівані зміни настрою: від сміху до плачу, страхи, вибухи гніву тощо. Іноді це пов'язано з неможливістю керувати своїм тілом так, як цього хочеться дитині. Якщо люди навколо сильно шумлять й активно рухаються, дитина може злякатися або розхвилюватися. Ці діти потребують більшої допомоги й терпіння для подолання виникаючих у них проблем із поведінкою.

13. Чутливість до дотику, болі, тепла, холоду й зміни положення тіла не зникає. Проте у дітей можуть виникнути ускладнення з контролем за спрямуваннями тіла і зберіганням рівноваги. Через ушкодження мозку діти з труднощами отримують ці навички. У такому випадку може допомогти терпляче навчання з багаторазовим повторенням спроб.

14. Рефлекси, що не відповідають нормі. У немовлят, хворих на ДЦП, довше зберігаються визначені "первинні рефлекси", або автоматичні рухи тіла, що зазвичай зникають у звичайних дітей у перші тижні або місяці життя.

III. Типи дитячого церебрального паралічу та можливості його лікування.

У кожної дитини з ДЦП спостерігаються ті або інші прояви, але, як правило, вони відбуваються у певному сполученні.

Розрізняють три головних типи ДЦП, але це не впливає на лікування.

1. Скутість м'язів, або спастичність.

У дитини з м'язовою спастичністю спостерігається скутість або напруга м'язів. Через це рухи уповільнені, незграбні. Часто розташування голови викликає неприродне розташування усього тіла. Цей стан погіршується, коли дитина засмучена, хвилюється або коли її тіло займає певне положення. Картина скутості у різних дітей не однакова.

2. Неконтрольовані рухи, або атетоз.

У дитини спостерігаються повільні рухи стоп, рук або обличчя, вони смикаються або зненацька швидко. Здається, що руки й ноги дитини підстрибують та нервово рухаються; без усякої причини може рухатися тільки кисть руки або палець ніг. Можуть виникати й зникати спастичні рухи або пози. Дитина важко зберігає рівновагу й часто падає.

Більшість дітей, що страждають атетозом, мають нормальні розумові здібності, але захворювання вражає м'язи, необхідні для розвитку мовлення, тому таким дітям важко передати свої думки й бажання словами.

3. Розлад координації рухів, або атаксія.

Дитина, що страждає на атаксію, тобто на розлад координації рухів, важко сидить та стоїть. Вона часто падає й невпевнено користується руками. Усе це цілком нормально для маленьких дітей, але у дитини з атаксією такі явища зберігаються більш тривалий час, а іноді все життя.

У багатьох дітей із м'язовою спастичністю, або атетозом, виникають проблеми зі зберіганням рівноваги. Це може стати головною перешкодою при навчанні ходінню. Проте почуття рівноваги розвинути можна. Немовлята, що страждають на будь-який тип ДЦП, найчастіше бувають слабкими й млявими. Скутість м'язів або неконтрольовані рухи виникають поступово. У дитини може спостерігатися млявість м'язів в одних положеннях і скутість в інших.

ДЦП – це захворювання, яке потребує не лише постійного систематичного медикаментозного лікування, але і систематичного застосування масажу, лікувальної фізкультури, санаторно-курортного лікування та, як довів досвід останніх років, голкорексфлексотерапії (крапковий масаж) й лікувального плавання.

Загальний стан дитини можна дещо поліпшити або зробити менш важким залежно від застосованого лікування й ступеня ушкодження мозку. Уражені відділи мозку відновити неможливо, але дитина може навчитися користуватися неураженими частинами тіла для виконання необхідних дій. Батькам важливо більш-менш добре знати, що їх чекає в майбутньому.

Дитина, що страждає на ДЦП, стане дорослою із ДЦП. Пошук способів зцілення принесе лише розчарування. Тому основне завдання батьків допомогти своїй дитині стати дорослою, жити достатньо повноцінним життям й бути, по можливості, незалежною.

Дитина з більш високими розумовими здібностями зазвичай успішно пристосовується до свого стану. Проте розумові здібності не завжди відіграють головну роль. Деякі розвинені діти набагато легше розчаровуються й зневіряються через невдачі. Для цього необхідні додаткові зусилля, щоб знайти нові й цікаві способи стимулювання їхнього розвитку.

IV. Попередження фізичних вад у дітей з ДЦП

Щоб установити, яку допомогу потребує дитина з фізичними вадами, спочатку потрібно якнайбільше дізнатися про цю дитину. Незважаючи на те, що всі стурбовані її труднощами, треба сприймати дитину як особистість.

Реабілітація ставить своєю метою допомогти дитині ліпше адаптуватися в сім'ї й суспільстві. Тому при обстеженні дитини необхідно співвіднести свої спостереження з тим, що дитина може робити, чого вона робити не може й чому могла би навчитися.

Щоб визначити потреби дитини, треба відповісти на питання:

1. Що дитина може робити, а що – ні.
2. З якими проблемами зіштовхується дитина. У зв'язку з чим і коли уперше вони виникнули. Стали вони менш або більш серйозними, чи залишилися на старому рівні.
3. Яким чином ці проблеми впливають на тіло, розум, почуття, поведінку дитини. Як кожна з них впливає на її повсякденне життя.
4. Які повторні проблеми ускладнюють життя дитини.
5. Яка ситуація дитини удома. Які можливості й обмеження, що існують у сім'ї, можуть підсилити або загальмувати розвиток дитини.
6. Наскільки дитина пристосована до життя зі своїми фізичними вадами або як навчилася їх компенсувати.

Щоб попередити фізичні вади, необхідно зрозуміти причину їхнього виникнення.

Якщо майбутні матері погано харчуються під час вагітності, їхні діти часто народжуються слабкими або недоношеними. У цих дітей набагато частіше спостерігається ДЦП – причина найбільш поширених важких фізичних дефектів. Крім того, неповноцінне харчування в перші місяці вагітності викликає деякі вроджені дефекти.

Відсутність високотехнологічної апаратури, що змогла б із перших днів народження дитини визначити її ступінь захворювання, а також відсутність реабілітації роблять фізичні дефекти поширеним і серйозним явищем. До того ж нерідко мають місце повторні фізичні дефекти, яких можна було би запобігти, надавши необхідну медичну допомогу на ранній стадії захворювання.

Щоб у дитини було щасливе та, по можливості, незалежне життя, вона повинна мати такі навички й уміння (за порядком значущості):

- а) бути упевненим у собі й подібатися собі;
- б) вміти спілкуватися з іншими людьми;
- в) мати навички самообслуговування: самостійно їсти, одягатися, ходити у туалет;
- г) переміщатися з місця на місце;
- д) і, якщо можливо, ходити.

Уміння ходити не є найважливішим і, безсумнівно, не є самим необхідним. Перед тим, як дитина зможе ходити, вона повинна навчитися тримати голову, сидіти без помочі й стояти.

Більшість дітей, які страждають на ДЦП, починають ходити, хоча й набагато пізніше здорових дітей. Як правило, чим менше ушкоджений мозок у дитини та чим раніше вона почне сидіти самостійно, тим вірогідніше, що вона зможе ходити. Якщо дитина стала сидіти без допомоги до 2 років, у неї гарні шанси навчитися ходити, але деякі діти починають ходити у 7, 10 років та пізніше.

Діти, що страждають геміплегією і диплегією, діти із сильним ушкодженням мозку не можуть ходити, хоча деякі з них пересуваються за допомогою милиць, ортопедичних апаратів або інших допоміжних засобів. Це варто прийняти як неминучість та спрямувати зусилля на досягнення інших цілей.

V. Реабілітація та соціально-трудова адаптація дітей з ДЦП

Ознаки дитячого церебрального паралічу, як правило, виявляються з дня народження, і тому вже в перші тижні життя порушується весь хід психічного розвитку дитини. Останніми десятиліттями усе ширше впроваджується в практику рання діагностика ДЦП, що пов'язано з необхідністю проведення раннього лікування і корекційно-виховної роботи з дітьми, що страждають на ДЦП.

Реабілітація і соціально-трудова адаптація хворих на ДЦП є комплексним, багатограним процесом, успішність якого значною мірою залежить від урахування особливостей особистості хворих.

Слід зазначити, що при визначенні рівня інтелекту дітей, хворих на ДЦП, не існує спеціальних методик, які із достатнім ступенем надійності могли б відмежувати дітей із затримкою психічного розвитку від дітей із педагогічною занедбаністю. Це пояснюється тим, що органічні ураження головного мозку мають мозаїчну структуру, психічні функції дитини розвиваються компенсаторним шляхом, і навіть нейропсихологічне обстеження, томографія й енцефалограма не дають ясної картини стану психічних функцій. При психолого-педагогічних обстеженнях діти, які ростуть у сім'ях, де

приділяють велику увагу їхньому навчанню, доводять достатній рівень інтелекту на свій вік навіть за невербальною шкалою. Лише тривале психолого-педагогічне спостереження за такими дітьми може показати затримку психічного розвитку.

Ураховуючи наявність у більшості дітей-інвалідів із ДЦП стійких порушень емоційно-вольової сфери, доцільно використовувати індивідуальні методи психокорекції. Це – гімнастика, музикотерапія, аутогенне тренування. У роботі з дітьми-інвалідами на ДЦП, у яких спостерігається підвищена залежність, інактивність, неадекватність самооцінки, замкнутість, використовуються групові методи психокорекції, спрямовані на усунення неадекватних поведінкових реакцій, підвищення їхньої соціальної активності. Ці заняття проводяться у формі рольових ігор, дискусій.

Для дітей, з низьким рівнем інтелектуального розвитку необхідно в цікавій ігровій формі формулювати й розвивати такі важливі пізнавальні процеси, як сприйняття, увага, пам'ять, уява, мислення, мовлення.

Отже, психокорекційна робота з дітьми-інвалідами на ДЦП, вимагає розв'язання таких задач.

1. Усебічне вивчення особистості хворої дитини, особливостей її емоційного реагування, специфіки формування системи відносин із людьми, що оточують.

2. Виявлення і вивчення етіопатогенних механізмів, що сприяють виникненню і зберіганню невротичної симптоматики.

3. Корекція неадекватних форм реагування і порушення поведінки.

4. Сгладування педагогічної занедбаності, що часто має місце через специфіку хвороби.

5. Досягнення в процесі психокорекційної роботи у хворих дітей та їхніх батьків усвідомлення і розуміння причинного зв'язку між особливостями особистості дитини-інваліда на ДЦП, системою її взаємин із людьми, що оточують і захворюванням.

Реалізація цих задач призводить до ліквідації соціальної дезадаптації, певному зниженню рівня тривожності й агресивності. У дитини формується об'єктивна самооцінка, що украй важливо для дітей, які мають рухові порушення, розвивається її творчий потенціал.

Корекційна робота з дітьми ДЦП. Письмо – одна з найскладніших навичок координації, яка вимагає злагодженої роботи м'язів кисті усієї руки, правильної координації рухів усього тіла. Оволодіння навичкою письма – тривалий і трудомісткий процес, який не всім дітям дається легко. А дітям з церебральним паралічем вона виявляється вкрай важкою, а іноді і неможливою. Підготовка до письма – один з найскладніших етапів підготовки дитини до систематичного навчання. Це пов'язано з психофізіологічними особливостями дитини, з одного боку, і з самим процесом письма, з іншого боку.

Проблемою формування навички письма активно почали займатись ще в XIX ст. Так, неврологи L. Lihtheim, C. Wernike розглядали письмо як оптико-моторний акт, який залежить від розвитку і взаємозв'язку центру зору, моторного центру руки та центру утворення слів. Дещо пізніше (Центр Екснера, 1881; Nils von Meyendorf, 1941; Kleist, 1959) стверджувалось, що це лише моторний акт з центром локалізації у премоторних відділах рухового аналізатора. На противагу цьому стали дослідження Цветкової Л.С., де наголошувалось на більш пізній онтогенетичний етап формування писемних навичок, які залежать від цілеспрямованого і вчасного розвитку аналізаторних систем та вищих психічних функцій людини.

Науковці (К.А. Семенова, 1968; Є.М. Мاستюкова, 1987; Л.О. Бадалян, 1988; Є.Ф. Архіпова, 1989; М.В. Іпполітова, 1980; Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук, 2001 та ін.) відзначають, що у дітей з церебральним паралічем недостатньо сформована здатність до оцінки просторових відмінностей, від яких залежать повнота і точність сприйняття та відтворення форм літер. У них недорозвинені дрібні м'язи руки, недосконала координація рухів, триває окостеніння зап'ясть і фаланг пальців. Зорові і рухові аналізатори, які безпосередньо беруть участь у сприйнятті та відтворенні літер та їхніх елементів, перебувають на різній стадії розвитку; на самих початкових ступенях навчання письма діти не бачать у буквах елементів. Крім того, через порушення просторового аналізу й синтезу, зорово-моторної координації, слухового, тактильного сприйняття дітям важко орієнтуватись у таких необхідних при письмі просторових характеристиках, як права і ліва сторона, верх – низ, ближче – далі, під – над, близько – всередині тощо. (Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук).

Загалом, сам процес письма є надзвичайно важким і вимагає не лише фізичних, інтелектуальних, але й емоційних зусиль. До того ж формуються технічні навички: правильне ставлення до письмового приладдя, координація рухів руки при письмі, дотримання гігієнічних правил письма; графічні навички: правильне зображення букв, дотримання рядка при письмі слів, однакового розміру букв та їхнє розташування на робочому рядку; орфографічні навички: позначення звуків відповідними літерами, дотримання власне орфографічних правил.

Основна увага педагога має звертатись на формування правильної постави при письмі: дітей навчають сидіти, тримати голову, тримати ручку, розташовувати необхідні предмети на парті, самостійно працювати. Також батьки і педагоги повинні приділяти належну увагу вправам, іграм, різним завданням на розвиток дрібної моторики і координації рухів руки, розв'язувати відразу два завдання: по-перше, непрямим чином впливати на загальний інтелектуальний розвиток дитини, по-друге, готувати до оволодіння власне навичкою письма [1, 3, 6].

Аналіз підходів з підготовки руки до письма (Бадалян Л.О., Журба, Л.Т., Тимонина О.В., Мاستюкова Е. М., Семенова К.А., Эйдинов М.Б., О.В. Правдина, Е.Н. Винарская, Л.М. Шипіцина, І.І. Мамайчук та ін..) допоміг виділити основні напрями роботи, а саме: навчання різним рухам пальців рук, одночасні рухи пальців рук і кисті; відтворення і тренування ізольованих рухів пальців рук і кисті; формування правильного диференційованого захоплення предметів залежно від їхнього розміру, пружності, ваги та інших якостей; розвиток вільного руху правої руки при утриманні предмета і в процесі різних маніпуляцій з ним; "письмо" вказівним пальцем, змоченим у фарбі, в альбомі; проведення комплексу гімнастичних вправ для розвитку рухів рук.

У разі важких порушень моторики рук дитині потрібно індивідуально підбирати спосіб утримування ручки, а саме: навчати прийняттю пози руки і пальців, що імітує утримання ручки; формувати правильне захоплення ручки, що лежить на парті, і прийняття положення для письма; розслаблення і напруження пальців, у той час як вони утримують ручку і зберігають правильну позицію; розвивати вільні рухи пальців для прижимання ручки.

Формування рухів олівцем або ручкою при письмі включає: навчання контролю зором за рухом рук методом багаторазового повторення (розвиток зорово-моторної координації); розвиток ізольованих рухів правої (ведучої) руки.

На підготовчому етапі навчання письму обов'язково потрібно використовувати вправи для формування оптико-просторового орієнтування: маркування початку письма – з лівого верхнього кута, аркуша; вироблення автоматизованих рухів зліва направо шляхом малювання доріжок, стрічок тощо; письмо рукою в повітрі з контролем і без контролю зору; автоматизація рухів зліва направо шляхом написання мокрим пальцем на грифельній дошці; штрихування та обведення.

Е.С. Каліжнюк звертає особливу увагу на попередження та подолання дзеркального письма. У ході корекційної роботи рекомендується навчати дитину писати правою рукою і проводити комплекс лікувальних заходів (лікувальна гімнастика, фізіотерапія, медикаментозне лікування), спрямованих на активізацію дій в ураженій руці. Якщо ж параліч виражений грубо і письмо правою рукою неможливе, то при навчанні дитини необхідно провести попередню роботу. Слід формувати автоматизовані рухи зліва направо шляхом малювання "доріжок", "стрічок" спочатку пальцем у повітрі, із зоровим контролем і без нього, і тільки потім шляхом написання пальцем крейдою на склі, грифельній дошці тощо. Комплекс корекційних заходів повинен включати також розфарбовування за трафаретом асиметричних фігур. У процесі малювання або написання асиметричних фігур або букв необхідно проводити аналіз розташування різних елементів букв або малюнка. Важливо порівнювати й аналізувати правильно і неправильно намальовані фігури та букви.

Формуючи у дитини з церебральним паралічем початкові навички письма, дуже важливо розв'язати завдання навчання утриманню ручки або олівця та формування графомоторних функцій. Але якщо в силу важкості рухових порушень це завдання не буде розв'язаним, не можна відмовлятися від навчання. Діти з важкими порушеннями маніпулятивних функцій, які не можуть опанувати письмом ручкою, можуть навчитися друкувати на комп'ютері.

Для дітей цієї категорії дуже важливим є виконання підготовчих вправ, які дають їй змогу оволодіти власним тілом, навчитись правильно сидіти, тримати ручку; формувати та підвищувати зорово-просторову координацію.

Завдання з розвитку дрібної моторики пальців рук повинні проводитись регулярно з певною послідовністю. Спочатку даються вправи, які дитина може самостійно, або з допомогою виконати, а з часом ступінь складності потрібно підвищувати. Перед початком виконання завдань обов'язково потрібно підготувати руки дитини, а саме: зробити масаж рук, пальців рук, точковий масаж. Також можна використовувати і нетрадиційні прийоми масажу: масаж олівцями, горіхами, гра на музичних інструментах; ігри з крупною, намистинками, гудзиками, дрібними камінчиками, пластиліном, різноманітними конструкторами, мозаїкою; вирізання ножицями; малювання різними матеріалами – ручкою, простим олівцем, кольоровими олівцями, крейдою, аквареллю; роботу з папером (складання оригамі), плетіння, аплікації; графічні вправи, штрихування [1, 2, 4, 5, 6].

Під час виконання цих вправ потрібно стежити за тим, щоб дитина рівно сиділа, правильно тримала голову і ноги (стопи на підлозі), намагалась правильно рухати руками і пальцями рук. Завдання повинні приносити дитині радість, не можна допускати нудьги і перевтоми.

Враховуючи рекомендації науковців-практиків та виходячи із даних вивчення дітей з порушенням опорно-рухового апарату, підготовча робота з оволодіння навичками письма повинна будуватись за спеціально підібраним комплексом вправ та завдань для розвитку моторики пальців рук:

1. Пальчикові ігри

Формування мовленнєвих зон відбувається під впливом кінстетичних імпульсів від рук, а точніше від пальців. Тому, необхідно стимулювати мовленнєвий розвиток дітей шляхом тренування рухів пальців рук. Виконуючи пальчиками різні вправи, дитина досягає гарного розвитку дрібної моторики рук, яка не тільки сприятливо впливає на розвиток мовлення (тому що до того ж індуктивно відбувається збудження в центрах мовлення), але і готує дитину до малювання, письма. Кисті рук набувають гарної рухливості, гнучкості, зникає скутість рухів, що надалі полегшить оволодіння навичкою письма. "Пальчикові ігри" дуже емоційні і захоплюючі. Вони ніби відображають реальність навколишнього світу – предмети, тварин, людей, їхню діяльність, явища природи. У ході "пальчикових ігор" діти, повторюючи рухи дорослих, активізують моторику рук. Тим самим виробляються спритність, уміння керувати своїми рухами, концентрувати увагу на одному виді діяльності.

"Пальчикові ігри" – це інсценування будь-яких римованих історій, казок за допомогою пальців. Багато ігор вимагають участі обох рук, що дає можливість дітям орієнтуватися в поняттях "вправо", "вліво", "вгору", "вниз" тощо.

Дуже важливі ці ігри для розвитку творчості дітей. Якщо дитина засвоїла якусь одну "пальчикову гру", вона обов'язково буде намагатися придумати нове інсценування. Доцільно кожне заняття з підготовки до письма починати з "пальчикових ігор", щоб розім'яти пальчики, активізувати моторику рук для успішного виконання дітьми різноманітних графічних вправ. Час проведення 3 – 7 хв.

2. Ігри з крупою, намистинками, гудзиками, дрібними камінчиками.

Ці ігри надають прекрасний тонізуючий і оздоровчий вплив. Дітям пропонується сортувати, вгадувати з закритими очима, катати між великим і вказівним пальцем, придавлювати за чергою всіма пальцями обох рук до столу, намагаючись до того ж робити обертальні рухи.

Можна навчити дитину перекочувати пальцями однієї руки два волоських горіха або камінчика, пальцями однієї руки або між двох долонь шестигранний олівець. Можна запропонувати дітям викладати літери, силуети різних предметів з дрібних предметів: насіння, гудзиків, гілочок тощо. Всі заняття з використанням дрібних предметів мають проходити під суворим контролем дорослих.

3. Вирізування ножицями.

Педагог приділяє особливу увагу засвоєнню основних прийомів вирізання – навичкам різання по прямій, вмінню вирізувати різні форми (прямокутні, овальні, круглі). Завдання полягає в тому, щоб підвести дітей до узагальненого розуміння способів вирізування будь-яких предметів. При поясненні завдання необхідно вчити дітей не тільки пасивно засвоювати процес вирізування, а й спонукати їх давати словесну характеристику рухам рук педагога при показі способів вирізування. Отримуючи симетричні форми при згинанні паперу, складеного гармошкою, діти повинні засвоїти, що вони ріжуть не цілу форму а її половину.

Вміння впевнено користуватися ножицями відіграє особливу роль у розвитку ручної вмілості. Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату це важко, вимагає скоординованості рухів. Симетричне вирізання, вирізання різних фігурок з старих листівок, журналів – корисне і цікаве заняття для дітей.

4. Малювання, розфарбовування.

Необхідно вчити дітей розфарбовувати акуратно, не виходячи за контури зображених предметів, рівномірно наносячи потрібний колір. Розфарбовування, як один з найлегших видів діяльності, вводиться значною мірою заради засвоєння дітьми необхідних для письма гігієнічних правил. Водночас, воно продовжує залишатися засобом розвитку узгоджених дій зорового і рухового аналізаторів і зміцнення рухового апарату ведучої руки. Дитина, виконуючи роботу з розмальовування, на відміну від роботи, пов'язаної з написанням літер, не відчуває втоми, робить це із задоволенням, вільно, хоча її рука проробляє ті ж маніпуляції, що і при письмі. Оскільки ця робота не утруднює дитину, вона може зосередитися на основному завданні – виконанні гігієнічних правил письма.

Малювання різними матеріалами (ручкою, простим олівцем, кольоровими олівцями, крейдою) вимагає різного ступеня натиску для того, щоб на папері залишився слід від пишучого предмета. Це теж сприяє розвитку ручної вмілості.

5. Робота з папером. Орігамі. Плетіння.

Розвитку точних рухів і пам'яті допомагають плетіння килимків з паперових смуг, складання корабликів, фігурок звірів з паперу. Необхідно ознайомити дітей з інструментами для обробки паперу, показати прийоми згинання і складання паперу, дати початкові відомості про види паперу (газетний, альбомний, гофрований, обгортковий).

б. Графічні вправи. Штрихування.

Виконуються на нелінованому папері. Розвиток дрібної моторики визначається не тільки чіткістю і красою зображення ліній, а й легкістю і свободою руху: руки не повинні бути скутими, напруженими. Правильно дотримуватися графічних пропорцій, писати плавно і симетрично важливо для вироблення гарного і чіткого почерку. Дитина повинна намагатися не відривати ручку від паперу і не переривати лінії. При штрихуванні прямих ліній добре видно чіткість почерку і впевненість руху руки. Уміння вільно малювати плавні лінії зліва направо важливо при формуванні почерку. Уміння писати з нахилом зверху вниз і знизу вгору необхідно при формуванні почерку. Розвитку точності рухів, уваги і контролю за власними діями також сприяють графічні вправи.

Правила штрихування: штрихувати тільки в заданому напрямі; не виходити за контури фігури; дотримуватися паралельності ліній; не зближувати штрихи, відстань між ними повинна бути 0,5 см. Виконуючи різні вправи з підготовки до письма, дитина і педагог повинні постійно пам'ятати і дотримуватись гігієнічних правил, доводячи їхнє виконання до автоматизму. Дотримання гігієнічних правил допоможе дитині надалі подолати труднощі технічного боку письма.

Отже, під час проведення підготовчої корекційної роботи у дитини передовсім долаються порушення просторового аналізу і синтезу, зорово-моторної координації, слухового й тактильного сприйняття, а також формуються потрібні знання та вміння для оволодіння навичками письма.

Характер порушень моторики тіла, а зокрема, пальців рук напряму залежить від локалізації ураження та ступеню прояву порушень опорно-рухового апарату. Специфічні труднощі у дітей проявляються ще від народження й характеризуються відсутністю або недорозвиненням безумовних рефлексів.

Процес оволодіння писемним мовленням для учнів з церебральним паралічем дуже трудомісткий і вимагає багато часу та терпіння. У дітей виявляються значні патологічні зміни моторики пальців рук, які спонтанно, з ростом дитини не зникають, а, навпаки, закріплюються і призводять до того, що дитина залишається непідготовленою до нормальної адаптації до умов суспільства. Тому, процес підготовки дитини до навчання письму вимагає злагодженої співпраці цілого ряду спеціалістів (педагогів, логопеда, дефектолога, психолога, лікаря ЛФК, масажиста) та батьків. Потрібно чітко скласти план і структуру роботи.

Індивідуально, залежно від характеру порушення, підібрати комплекси вправ і завдань для розвитку дрібної моторики пальців рук.