НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

КОНОПЛЯСТА Світлана Юріївна

УДК: 376.36(043.3)

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСНОВИ КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РИНОЛАЛІЄЮ

13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація

на здобуття наукового ступеня

доктора педагогічних наук

Наукові консультанти:

Шеремет Марія Купріянівна,
доктор педагогічних наук,
професор;

Харьков Леонід Вікторович,
член-кореспондент АМН України,
доктор медичних наук,
професор

Київ – 2010

Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. Проблема розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у теорії та практиці (медичний, логопедичний та психологічний аспекти) 24

1.1. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на психофізичний та мовленнєвий розвиток дитини 24

1.2. Психолого-педагогічні дослідження проблеми розвитку мовлення у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння 37

1.2.1. Ринолалія у систематиці порушень мовленнєвого розвитку 37

1.2.2. Подолання ринолалії у логопедичній практиці 47

1.3. Дослідження психічного розвитку дітей із ВНГП 70

Висновки до розділу 1 88

РОЗДІЛ2. Експериментальне дослідження мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння 94

2.1. Концептуальні засади психолого-педагогічної діагностики мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП 94

2.2. Модель діагностичного клініко-психолого-педагогічного обстеження мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП 116

2.3. Методика медико-психолого-педагогічної діагностики стану мовленнєвого та психічного розвитку дитини з ВНГП 121

2.4. Результати загального клінічного скрінінгу 172

2.5. Особливості раннього моторного, психоемоційного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП 192

Висновки до розділу 2 208

РОЗДІЛ 3. Результати дослідження стану сформованості функціональної системи мови і мовлення та психічного розвитку дітей із ВНГП.....212
3.1. Стан семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення212
3.1.1. Результати дослідження фонологічної підсистеми ФСММ (експресивний рівень).....212
3.1.2. Результати дослідження фонологічної підсистеми ФСММ (імпресивний рівень).....262
3.2. Стан сформованості підситем програмування та регуляції мовленнєвих актів ФСММ.....275
3.3. Результати дослідження базових складових психічного розвитку осіб із ВНГП.....297
Висновки до розділу 3.....320

РОЗДІЛ 4. Система комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у межах сучасного освітнього простору.....331
4.1. Теоретико-методологічна основа технології корекції порушень психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.....331
4.2. Комплексна програма забезпечення диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років.....341
4.3. Результати впровадження системи комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП.....362
Висновки до розділу 4.....390

ВИСНОВКИ.....402

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....410

ВСТУП

Актуальність дослідження.

Стан фізичного та психічного здоров'я дитини в Україні є пріоритетною проблемою загальнодержавного характеру. Демографічний стан у країні ще більше загострює необхідність комплексних досліджень порушень розвитку, соціально-психолого-педагогічної та медичної реабілітації дітей, що народилися хворими.

Проблема мовленнєвої реабілітації дітей із вродженими незрощененями губи та піднебіння (далі – ВНГП), кількість яких в Україні збільшується щорічно на 500 осіб, залишається однією з найбільш складних і недостатньо вирішених в Україні.

Народжуваність дітей із незрощеннями верхньої губи та піднебіння сьогодні має стійку тенденцію до збільшення як в усьому світі, так і в Україні зокрема (на тлі зниження показників народжуваності). Прогнози щодо зменшення кількості народження таких дітей, які спираються на оцінку впливу багатьох негативних факторів, особливо екологічних та соціальних, за даними медичних досліджень С.І.Блохіної [27], Г.С.Волкової [70], А.В. Гулюк [121], С.В. Дьякової [158], А.А. Мамедова [304], Г.А. Музичиної [314], Л.Е. Фролової [452], Л.В. Харькова [463], Л. М.Яковенко [504] та ін., є вкрай несприятливими.

Тяжкість зазначеного дефекту визначається не тільки зовнішньою аномалією, складними морфологічними та функціональними порушеннями, а й соціальною та психологічною напруженістю, комунікативним дискомфортом, труднощами особистісної та соціальної адаптації (Ю.Й. Бернадський [20], М.П. Водолацький [66], М.Д. Дубов [151], Л.Я. Дребалюк [131], О.О. Лімберг [275], В.В. Рогинський [374], Г.І. Семенченко [390], С.В. Станіславський [417], А.І. Уракова [443], Л.В. Харьков [456], І.О.

Чистоградова [486], Г.В. Чиркіна [482], Л.М. Яковенко [504], K. Amano [507], J.D. Clark [512], JW. Folkins, [515] та ін.).

Тому, діти, які нарджуються з вродженими дефектами верхньої губи та піднебіння, складають групу ризику у розвитку не тільки у галузі хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку, а й, безперечно, виступають об'єктами глибоких наукових досліджень у галузі логопедії, корекційної педагогіки, спеціальної та соціальної психології.

Багатофакторна етіологія ВНГП, неможливість проводити первинну профілактику (і навіть не завжди вторинну), наявність змін гомеостазу організму такої дитини, супутніх захворювань, порушень основних функцій (годування, дихання, ковтання, мовлення) зумовлюють необхідність комплексного підходу щодо її медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації (О.О. Лімберг, С.І. Блохіна, Т.В. Волосовець, Л.Я. Деребалюк, С.В. Д'якова, І.І. Єрмакова, А.Г. Іполітова, З.А. Рєпіна, Л.В. Харьков, М.Є. Хватцев, Г.В. Чиркіна та ін.).

Комплексний, мультидисциплінарний характер проблеми мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП є загальним предметним полем, розташованим на межі різних наук: логопедії, корекційної педагогіки, логопсихології, медицини, нейропсихології, логопатології, психолінгвістики, нейролінгвістики та ін.

Спираючись на досягнення медицини: вирішення проблеми годування, ранні строки хірургічного втручання та скорочення етапів лікування, удосконалення методики та тактики лікування, підвищення ефективності ортодонтичної корекції тощо (А.А.Мамедов, С.І.Блохіна, Ю.І.Бернадський, Б.Я.Булатовська, Д.В.Дудко, І.А.Козін, Б.Лангенбек, О.О. Лімберг, З.І.Помаранцева-Урбанська, Г.І.Семенченко, Л.Є.Фролова Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, W.J.Doyle, B.J.Williams, J.L.Paradize, R.L.Ruberg та ін.), які забезпечують повний цикл лікування та медичної реабілітації дітей із ВНГП, наявними є відставання у вирішенні проблеми мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженою піднебінною патологією.

З одного боку – сучасний етап розвитку теорії і практики корекційної педагогіки, медичних галузей, спеціальної психології, нейропсихології, логопедії, нейролінгвістики характеризується об'єднанням наукових пошуків і зусиль, посиленою увагою вчених до поглибленого вивчення особливостей загального, психічного і, зокрема мовленнєвого розвитку аномальних дітей, з метою забезпечення індивідуальної траєкторії розвитку кожної дитини з урахуванням її психофізіологічних особливостей, можливостей, здібностей, інтересів тощо.

З іншого боку, на сьогодні у дефектології (корекційній педагогіці) з урахуванням світових освітніх тенденцій склалася неоднозначна і складна ситуація забезпечення дітей з вадами психофізичного розвитку такою удосконаленою системою спеціальної освіти, яка би гарантувала повноцінне включення кожної такої дитини у систему сучасних суспільних відносин. Насамперед, це пов'язано зі специфікою розвитку і освіти цих дітей. Ця специфіка визначається як змінами динаміки розвитку сучасної дитини, так і багатовекторністю феноменології цього розвитку. Усе це вимагає від сучасних спеціалістів, в якій би галузі „супроводу" дитинства вони не працювали, пошуку нових ідей, методологій та технологій ефективної допомоги, підтримки, забезпечення максимально можливого розвитку будь-якої дитини з метою її успішного соціального і особистісного становлення.

Проблеми психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із вродженими вадами верхньої губи і піднебіння були предметом наукових та практичних інтересів у галузі дефектології (Г. Арнольд, С. Борель-Мезоні, В. Ведю, О.Є. Гуцан, Г.Гутцман, М.Д. Дубов, В.А. Каретнікова, Н.Н. Каспарова М.Є. Хватцев, Л.Є. Фролова та ін.).

Детальний аналіз теоретико-методологічних підходів та існуючих методик подолання мовленнєвих вад при ВНГП (О.С. Алмазова, А.С. Балакірєва, Л.І. Вансовська, Т.В. Васильєва, Т.В. Волосовець, Т.Н. Воронцова, Г.В. Гончаков, Т.Ю. Дерунова, А.В. Доросинська, І.І. Єрмакова, Н.П Захарова, А.Г. Іпполітова, Н.Ф. Лебедєва, З.А. Рєпіна, Н.І. Середброва, С.Л. Таптапова,

М.І. Фомічова, В.В. Тарасун, Г.В. Чиркіна та ін.) засвідчили різноманіття даних, недостатню вивченість психомовленнєвого дизонтогенезу, з урахуванням новітніх клінічних даних, суспільних вимог тщо.

Останні десятиріччя у вітчизняній логопедії та у пострадянсьму просторі вивчення розладів мовлення у дітей із ВНГП здійснювалося, в основному, у руслі педагогічних позицій. Зазвичай, у логопедії враховується лінгвопатологічна симптоматика, і значно рідше вивчаються синдроми, що супроводжують порушений розвиток дитини, зокрема, дитини із вродженим незрощенням губи та піднебіння. Це, з одного боку – формує однобічне уявлення про симптоматику порушень мовлення у дітей з ВНГП, гальмує розуміння глибини дефекту, його структури та механізмів, а з іншого – звужує напрями пошуку шляхів подолання дефекту.

Вірогідно, що високий рівень сучасних медичних технологій забезпечує підґрунтя для повної реабілітації дитини із ВНГП ще у ранньому віці. Однак наявна практика одновекторного підходу до діагностики розвитку мовлення та корекції його порушень, недостатнє врахування багатосистемності захворювань, наступності етапів хірургічної та логопедичної корекції, механізмів та структури мовленнєвого дизонтогенезу, не дає змоги повною мірою реалізувати можливості міждисциплінарного, багатофакторного корекційного впливу на психомовленнєвий розвиток таких дітей, починаючи з раннього віку.

Сьогодні у вітчизняній логопедії немає сучасних моніторингових комплексних досліджень мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, зокрема раннього віку. Аналіз наявних даних засвідчує, що в Україні у спеціальній освіті недостатньо розроблені методологічні, науково-теоретичні, практико-орієнтовані основи організації та забезпечення неперервної комплексної корекційно-розвивальної допомоги дітям із ВНГП, починаючи від народження.

Гостро відчувається значна як наукова, так і методична невідповідність між ранніми строками хірургічного відновлення цілісності артикуляційного

апарату та низьким рівнем організації і змісту логопедичної допомоги (особливо ранньої) дітям цієї категорії.

Як свідчать результати наших досліджень, існуюча державна система навчання та виховання дітей з вадами мовлення, обумовленими вродженими незрощеннями губи та піднебіння, є недостатньо науково обґрунтованою, гнучкою і забезпеченою як необхідним науково-теоретичним, так і відповідним методичним змістом. Він не повністю відповідає вимогам сьогодення щодо забезпечення всебічного розвитку такої дитини, створення необхідних умов для своєчасного попередження та максимально можливого подолання мовленнєвих порушень, підготовки до навчання у школі, а також повноцінної соціалізації.

Також залишається відкритим питання глибокого вивчення структури психомовленнєвого дизонтогенезу дітей різного віку з ВНГП з точки зору комплексного клініко-психолого-педагогічного підходу до вивчення мовленнєвогодефекту. Потребує системного вирішення проблема ранньої діагностики відхилень у розвитку мовлення та ранньої корекції психомовленнєвого розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи і піднебіння; створення індивідуальних логокорекційних та базисних програм підтримуючої логотерапії; створення алгоритмів комплексного психолого-педагогічного впливу на дитину та її родину тощо.

Незважаючи на наявні роботи щодо психічного розвитку дітей із ВНГП (Б.С.Біндер, С.І.Блохіна, С.П.Кондрашов, С.В.Станіславський П.І.Ткаченко, А.І.Уракова, Л.В.Харьков, С.В.Яковлєв, N.W.Berk, L.C.Richman та ін.), відчутною є недостатність комплексних психологічних досліджень, спрямованих на виявлення взаємозв’язку та взаємообумовленості мовленнєвого і психічного розвитку дитини із ВНГП. Аналіз сучасних підходів до організації та забезпечення корекційної допомоги дітям із ВНГП дозволяє стверджувати, що найслабкішою ланкою у ланцюгу проблем сьогодні є психологічний супровід дітей із ВНГП, починаючи з раннього віку, та цілеспрямована психологічна допомога родинам, що їх виховують.

Неповно представлені аспекти міждисциплінарної взаємодії спеціалістів різних профілів та батьків в організації медико-психолого-педагогічної реабілітації осіб із ВНГП. Сьогодні загальний рівень ефективності подолання ринолалії залишається низьким.

Необхідно зазначити той факт, що вивчення особистісного статусу дитини із ВНГП, особливостей її психічного розвитку, ступеня впливу дефекту на формування когнітивних, емоційних та регуляторних процесів залишається, практично, поза увагою спеціальних психологів.

Як свідчать результати досліджень, недостатньо проводиться психолого-педагогічна робота з родинами, що виховують дитину з ВНГП, недооцінюється роль сім'ї та її можливості у скороченні періоду дезадаптації дитини, у подоланні як мовленнєвих, так і психологічних проблем розвитку.

Ми притримуємося тієї принципової точки зору, що дітей з ВНГП розглядати як однорідну категорію дітей з вродженими анатомо-фізіологічними дефектами щелепно-лицьової ділянки неможливо, і застосування у корекційно-педагогічній роботі з ними єдиних стандартних методик та одновекторних корекційно-педагогічних прийомів є малоефективним. Такі діти являють собою поліморфну як у клінічному, так і у психолого-педагогічному відношенні категорію осіб.

Не можна залишати поза увагою клінічні дані останніх років про збільшення кількості дітей зі складними дефектами, де вроджені незрощення губи і піднебіння проявляються у поєднанні із складними генетичними хворобами, хворобами опорно-рухової системи, обумовленими органічними ураженнямицентральної нервової системи, у поєднанні з тяжкими психічними станами, на тлі з неврологічною патологією тощо. Саме це доводить необхідність включення вродженої піднебінної патології до групи первазивних розладів, які проявляються не тільки у порушеннях анатомічної цілісності щелепно-лицьової ділянки обличчя, даючи дитині статус інваліда за станом здоров'я, а й тих розладів, які негативно впливають на розвиток вищих

психічних функцій, гальмують розвиток емоційно-вольової та особистісної сфери дітей і підлітків, знижують успішність їх соціальної інтеграції тощо.

Ключові лінії аналізу мовленнєвого розитку у дітей із ВНГП, визначення структури дефекту, виявлення закономірностей мовленнєвих порушень, вивчення особливостей психічного розвитку виявили, що ці діти мають набагато складніші механізми порушень психомовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років.

Актуальність розв'язання проблеми мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП шляхом розробки і впровадження інтегративної комплексної системи психолого-педагогічної корекції їх мовленнєвого розвитку обумовлена рядом чинників, а саме:

- стійкою тенденцією до збільшення народжуваності дітей з дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (С.І. Блохіна [27], Г.С. Волкова [70], С.В. Дьякова [158], Ад.А. Мамедов [423], Л.В. Харьков [463] та ін.);
- відсутністю сучасних досліджень з проблеми особливостей психомовленнєвого розвитку дітей різного віку з ВНГП в Україні та загальним низьким рівнем ефективності подолання ринолалії;
- поширеною практикою одновекторного підходу до формування або відновлення мовленнєвих функцій, яка не враховує багатосистемності захворювань дітей з ВНГП та особливостей їх психомовленнєвого розвитку (О.С. Алмазова [1], А.С. Балакірєва [11], Л.І. Вансовська [48], Т.В. Васильєва [51], Т.В. Волосовець [73], Т.Н. Воронцова [80], Г.В. Гончаков [109], Т.Ю. Дерунова [134], А.В. Доросинська [150], І.І. Єрмакова [161], А.Г. Іполітова [176], С.Ю. Конопляста [224], З.А. Рєпіна [376], Г.В. Чиркіна [482] та ін.);
- недостатньою розробленістю проблеми психологічного статусу дітей різного віку із ВНГП (Б.С. Біндер [456], С.І. Блохіна [27], Н.Н. Захарова [170], С.О. Носко [459], С.Ю. Симоновська [394], С.В. Станіславський [417], А.І. Уракова [443] та ін.);

- ♦ недостаньою узгодженістю міждисциплінарної взаємодії спеціалістів різних профілів та батьків в організації медико-психолого-педагогічної реабілітації осіб із ВНГП;
- ♦ необхідністю переосмислення змісту роботи з родиною, що виховує дитину з ВНГП, з метою її повної соціально-психологічної та особистісної адаптації у суспільстві (С.І. Блохіна [27], Т.Н. Вроноцова [83], С.В.Дьякова [158], М.І. Лісіна [276], K. Amano [507], M. Lahey, J. Edwards, D.D. Vallance [544], J. Stiles, E. A. Bates [541] та ін);
- ♦ необхідністю розробки комплексної, раціональної науково обґрунтованої психолого-педагогічної системи корекції психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП.

Масштабність та складність зазначеної проблеми обгрунтовує необхідність здійснення міждисциплінарного комплексного медико-психолого-педагогічного дослідження мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП на якісно новому рівні з урахуванням актуального стану психомовленнєвого розвитку, вікових показників, структури анатомічного дефекту, етапів лікування та логопедичної корекції. Така потреба є нагальною і збігається sз магістральними напрямами логопедичної науки.

Науково-практична значущість дослідження проблеми мовленнєвого розвитку дітей з ВНГП визначається протиріччями між**:**

- динамікою розвитку сучасного українського суспільства і відставанням відображення цих процесів у змісті спеціальної освіти;
- науково-практичними розробками медицини, що забезпечили можливість підвищення ефективності лікування дітей із ВНГП шляхом розробки і впровадження єдиної Державної комплексної програми лікувально-профілактичних дій (ортодонтичних, хірургічних, хірургічно-ортодонтичних), визначених у часі, термінах, послідовності, обсязі та значним відставанням методологічних, теоретико-практичних засад корекції мовленнєвого, та загального психічного розвитку даної категорії дітей;

- пріоритетністю у становленні соціальної зрілості особистості з обмеженими можливостями здоров'я і залишковим підходом, який ускладнює таке формування особистості у рамках корекційної освіти сьогодні в Україні;
- необхідністю якомога ранішої психолого-педагогічної інтервенції у розвиток дитини з обмеженими можливостями і практично відсутністю в Україні комплексної, міждисциплінарної клініко-неврологічної, логопедичної та психологічної оцінки наслідків вроджених вад губи та піднебіння на розвиток дитини;
- сучасними дослідженнями психолінгвістики, нейропсихології з проблем залежності процесу формування особистості від початкового рівня розвитку психічних функцій і мовлення як вищої форми психічної діяльності та незначною кількістю досліджень з даного питання у вітчизняній логопедії та логопсихології щодо дітей із ВНГП;
- процесом входження дитини-інваліда у систему соціальних зв'язків, відношень та недостатньо розробленими технологіями, які забезпечують участь сім'ї у реабілітаційному процесі;
- новими соціально-економічними умовами, сучасними соціальними пріоритетами та потребами і відставанням у становленні інтегральних відновлювально-реабілітаційних технологій, які б визначали різноваріативні підходи та форми корекційного впливу на дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Таким чином, висока актуальність та соціальна значущість зазначеної проблеми, її недостатня теоретична і практична розробленість і зумовили вибір теми нашого дослідження: „Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією".

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри логопедії і є складовою наукового напряму Інституту корекційної педагогіки і психології НПУ імені М.П.Драгоманова

«Зміст освіти, форми, методи і засоби фахової підготовки вчителів корекційно-реабілітаційної освіти».

Автор у 2005-2008 рр. виконувала фрагменти комплексної наукової теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О.Богомольця «Удосконалення лікування та реабілітації дітей із вродженими та набутими захворюваннями тканин щелепно-лицевої ділянки» (номер державної реєстрації 0103U000875), а також здійснює експериментальне дослідження у межах комплексної наукової теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О.Богомольця на період 2009-2011 рр. «Удосконалення діагностики та лікування складних форм захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей» (номер державної реєстрації 0106U002344).

Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради НПУ імені М.П.Драгоманова (протокол № 11 від 27.04.2006 р.) та узгоджена у Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних та психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 06.06.2006 р.).

Мета дослідження – розробка інтегративної концепції мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП та її практична реалізація у системі диференційованої медико-психолого-педагогічної діагностики та корекції порушень психомовленнєвого розвитку цієї категорії дітей.

Для досягнення поставленої мети визначено такі **завдання:**

- Провести системний теоретико-методологічний, історичний та емпіричний аналіз проблеми у клініко-психолого-педагогічному напрямах.
- Розробити багатопрофільну діагностичну модель та методику клініко-психолого-логопедичного вивчення психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП в онтогенезі, враховуючи вік, вид анатомічного дефекту, соматичний стан, терміни лікування та логопедичної корекції.
- Визначити стан сформованості структурних компонентів функціональної системи мови та мовлення (далі–ФСММ) у післяопераційних дошкільників із ВНГП.

- Здійснити лінгвопедагогічний синдромологічний аналіз порушень мовленнєвого розвитку у дітей із ВНГП, починаючи з раннього віку.
- Провести системно-динамічний аналіз психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку та визначити закономірності формування базових складових психічного розвитку.
- Обґрунтувати, розробити та експериментально апробувати авторську систему комплексної психолого-педагогічної корекції порушень психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до повноліття.
- Розробити змістові та організаційно-методичні рекомендації щодо міждисциплінарного супроводу (спеціалістами та батьками) дитини із ВНГП (зокрема раннього віку).
- Визначити зміст підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів для реалізації неперервної багатопрофільної системи діагностики та корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП.

Об'єкт дослідження – психомовленнєвий розвиток дітей різного віку із ВНГП.

Предмет дослідження – психолого-педагогічні основи комплексної діагностики та корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

Гіпотеза дослідження полягає у тому, що порушення розвитку у дітей із ВНГП зумовлені впливом низки несприятливих чинників на різних етапах онтогенезу. Дитина із ВНГП страждає на комбіновану патологію із одночасним та взаємопов'язаним обмеженням функцій багатьох систем організму, що визначає глибину та своєрідність мовленнєвого дефекту. При цьому у дітей із ВНГП прослідковуються симптоми раннього ушкодження психічних сфер, їх поступове нашарування та подальший перебіг мовленнєвого та психічного розвитку з ускладненнями.

Розробка та впровадження інноваційної багатопрофільної системи медико-психолого-педагогічної діагностики та корекції дітей із ВНГП забезпечить своєчасне виявлення порушень функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку; сприятиме

впровадженню адекватних технологій диференційованого корекційного впливу на дитину із ВНГП від народження до 18 років у межах сучасного освітнього простору. Лише система одночасного лікування, навчання та виховання дітей із ВНГП через взаємодоповнюваність та наступність усіх етапів діагностико-корекційно-розвивальної роботи забезпечить можливість повноцінної мовленнєвої та соціально-психологічної реабілітації.

Теоретико-методологічною основою дослідження є теорія взаємозв'язку та взаємообумовленості закономірностей та явищ реальності; культурно-історична теорія розвитку людини та її вищих психічних функцій (Л.С.Виготський, О.М.Леонтьєв, О.Р.Лурія та ін.); теорія функціональних систем (П.К.Анохін); психологічна теорія вікової періодизації у розвитку дитини (П.П.Блонський, Д.Б.Ельконін, Г.І.Россолімо та ін.); положення про єдність психіки та діяльності (І.Д.Бех, П.Я.Гальперін, В.В.Давидов, Г.С.Костюк, С.Д.Максименко, С.Л.Рубінштейн та ін.); дослідження про комплексність лікування та відновлення функціональних можливостей у дітей із ВНГП (Ю.Й.Бернадський, О.О.Лімберг, Л.В.Харьков, Л.М. Якловенко та ін.); теорія мовленнєвої діяльності та моделі породження мовлення у філо- та онтогенезі (В.І.Бельтюков, І.Н.Горєлов, М.І.Жинкін, О.М.Корнєв, О.О.Леонтьєв, Є.Ф.Соботович, Н.Х.Швачкін та ін.); про провідну роль мовлення в опосередкуванні психічних функцій (П.Я.Гальперін, О.В.Запорожець, О.О.Леонтьєв, Г.Я.Трошин, Л.В.Щерба та ін.); психолінгвістичний та системний підхід до аналізу мовленнєвого розвитку дитини у процесі онто- та дизонтогенезу (Т.В.Ахутіна, В.І.Бельтюков, Р.Є.Лєвіна, В.К.Орфінська, С.Н.Цейтлін В.В.Тарасун, М.К.Шеремет та ін.); про єдність законів психічного розвитку нормальної та аномальної дитини і специфічні закономірності розвитку аномальної дитини (В.І.Бондар, Л.С.Виготський, Н.О.Власова, В.В.Лебединський, В.І.Лубовський, О.Р.Лурія, Т.В.Сак, В.М.Синьов, Л.І.Фомічова, О.П.Хохліна, М.Д.Ярмаченко та ін.);

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення наукових даних у галузі медицини, логопедії, корекційної педагогіки, загальної та спеціальної психології, психолінгвістики та нейропсихології на досліджувану проблему з метою визначення теоретико-методологічних засад дослідження, стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її вирішення;

емпіричні: скринінг клінічний (ретроспективний аналіз історій хвороб та анамнестичних даних), психолого-педагогічний (аналіз карток логопедичного та психологічного обстеження, педагогічної документації, спостереження та лонгітюдні спостереження) з метою виявлення особливостей перебігу раннього фізичного, психомоторного, мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП; аналіз бесід, анкетування, опитування батьків, логопедів, психологів для визначення сучасного стану особистісної та професійної готовності до роботи дитиною, яка має ВНГП; психолого-педагогічні експерименти констатувального та формувального характеру для визначення механізмів та структури психомовленнєвого дизонтогенезу, рівнів розвитку функціональної системи мови і мовлення та перевірки ефективності механізму реалізації багатопрофільної системи корекційного впливу на мовленнєвий розвиток осіб із ВНГП від народження до 18 років;

методи обробки даних: якісний аналіз та кількісна обробка результатів експерименту за допомогою методів математичної статистики (гіпотеза нормальності, критерій Стьюдента, критерій Фішера).

Базові принципи: клініко-патогенетичний (каузальності*);* принцип багатовимірності логопедичної та психологічної діагностики; принцип мультидисциплінарності або комплексності; системно-функціональний або принцип спрямованості, який передбачає оцінку функціональних систем мовлення в цілому і окремих її підсистем (структурних компонентів) з точки зору їх ефективності як засобу комунікації; принцип динамічного вивчення дитини із ВНГП; принцип індивідуального підходу та дозованого навантаження; принцип якісно-кількісного аналізу одержаних експериментальних даних.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що

вперше:

- на основі системного теоретико-експериментального міждисциплінарного дослідження розроблено інтегративну концепцію психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років та забезпечено її практичну реалізацію у системі освіти та охорони здоров'я;
- розроблено діагностичну модель та методику медико-психолого-педагогічного вивчення мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП;
- експериментально визначено стан сформованості функціональної системи мови та мовлення у післяопераційних дітей із ВНГП, визначено узагальнені лінгвопатологічні симптоми та синдроми мовленнєвих порушень, на підставі яких розроблено клініко-логопедичну класифікацію порушень фонологічної системи мовлення;
- розроблено типології варіантів мовленнєвого та психічного дизонтогенезу при ВНГП;
- визначено закономірності взаємовпливу процесів мовленнєвого та психічного розвитку при ВНГП в онтогенезі та визначено переважаючі типи психомовленнєвого дизонтогенезу осіб із ВНГП;
- науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено багатопрофільну систему комплексної психолого-педагогічної корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП від народження до 18 років;

поглиблено та уточнено:

- поняття «порушення мовлення при ВНГП»;
- дані про психомоторний та мовленнєвий розвиток дітей із ВНГП раннього віку;
- організаційний та змістовий компоненти ранньої лого-психолого-педагогічної інтервенції у розвиток дитини із ВНГП;
- уявлення про закономірності порушення когнітивної, емоційно-вольової, особистісної сфер у дітей із ВНГП;

- механізми та структуру психомовленнєвого дефекту при ВНГП з урахуванням чинників впливу (віку, виду ВНГП, терміну хірургічного втручання, соматичного стану, терміну логопедичної корекції);
- засоби, форми організації та забезпечення корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до повноліття;

набуло подальшого розвитку:

- положення про комплексність, неперервність та диференційованість корекційного вливу на психофізичний та мовленнєвий розвиток дітей із ВНГП різного віку;
- концепція раннього логопсихологічного супроводу дитини із ВНГП;
- ідея психологічної підтримки та логопедичного супроводу сім'ї, що виховує дитину із ВНГП;
- корекційно-педагогічні напрями мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП;
- педагогічні підходи до формування повноцінної особистості дитини з тяжкими порушеннями мовлення.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що запропонована багатопрофільна система диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років може бути використана у закладах системи освіти (дошкільних, шкільних, позашкільних та вищої освіти) та закладах охорони здоров'я як цілісна, міжгалузева та багатофункціональна, що забезпечує неперервність, комплексність і необхідну якість цього процесу.

Поліфункціональність та мобільність системи забезпечує можливість використання окремих змістових блоків як автономних програм розвитку і корекції, враховуючи варіант психомовленнєвого дизонтогенезу, вік дитини, терміни лікування та логопедичного впливу. Зокрема, для дітей від народження до 3 років – авторські корекційно-розвивальні програми (далі – КРП) лого-психологічного супроводу дитини та її батьків «Ранній вплив», «Я та моя дитина»; для дітей дошкільного, молодшого шкільного віку та їх родин – КРП «У світі звуків», «Сім'я +», «Радість і слово», «Логолокація»; для

підлітків та юнаків – «Життєвий вибір», «Родинне дерево», «Комунікація як самовияв».

Найбільш ефективною організаційною формою забезпечення інтерактивного корекційно-розвивального середовища можуть стати міжобласні спеціалізовані «Центри розвитку дитини із ВНГП» за умови єдності медико-психолого-педагогічної «команди» компетентних фахівців та активного включення батьків у спільний освітньо-корекційний процес ще до народження дитини із ВНГП.

Результати дослідження, його теоретичні та практичні матеріали можуть використовуватися спеціалістами різних профілів (логопеди, логопсихологи, корекційні педагоги, практичні психологи, педіатри, соціальні працівники, методисти, викладачі ВНЗ та ін.) та батьками у процесі корекційно-розвивальної роботи з дітьми із ВНГП від народження до повноліття.

Обґрунтовано вимоги до змісту підготовки спеціалістів для роботи з дітьми із ВНГП. Результати дослідження відображено у навчально-методичних комплексах та вузівських навчальних програмах з логопедії, психолого-педагогічної діагностики, логопсихології та у вигляді підручників, навчальних і навчально-методичних посібників. Агреговані результати дослідження використано у системі післядипломної педагогічної освіти та підвищення кваліфікації корекційних педагогів, спеціальних психологів і фахівців суміжних галузей.

Зокрема, основні висновки, рекомендації та розробки **впроваджено** у роботу Українського центру лікування дітей із вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки, м. Київ (довідка № 121 від 01.06.2009 р.); міської клінічної лікарні №1, м. Донецьк (довідка № 161 від 16.06.2009 р.); Міжрегіонального центру надання спеціалізованої допомоги дітям із вродженими і набутими вадами щелепно-лицьової ділянки, м. Донецьк (довідки № 161.2, 161.3 від 19.06.2009 р.); кафедри хірургічної стоматології ДМУ імені М. Горького, м. Донецьк (довідки № 154.1, № 154.2 від 03.06.2009 р.); відділення щелепно-лицьової хірургії кафедри хірургічної стоматології

ЛНМУ імені Данила Галицького, м. Львів (довідка № 02-77-128, 02-77-129 від 13.06.2009 р.); загальноосвітньої школи-інтернату № 7 для дітей з важкими вадами мовлення, м. Київ (довідка № 114, № 115 від 10.06.2009 р.); дошкільних закладів освіти: № 250, м. Київ (довідка № 41 від 12.06.2009); № 576, м. Київ (довідка № 37 від 01.06.2009 р.); № 591, м. Київ (довідки № 199, № 200 від 10.06.2009 р.).

Обгрунтованість, достовірність та надійність отриманих результатів дослідження забезпечується методологічною обгрунтуваністю його вихідних положень, що спираються на системно-комплексний підхід; використанням взаємодоповнюючих та взаємокорегуючих методів, адекватних меті, завданням та логіці дослідження; значною кількістю вибіркової сукупності та тривалим періодом дослідницько-експериментальної роботи; поєднанням якісного та кількісного аналізу одержаних даних; експериментальною перевіркою наукової гіпотези та практичних рекомендацій; широким впровадженням результатів дослідження у систему корекційно-розвивальної допомоги дітям із ВНГП у закладах освіти та охорони здоров'я; обговоренням результатів дослідження на численних науково-методичних та науково-практичних з'їздах, конференціях, семінарах.

Основні етапи дослідження: підготовчо-аналітичний, діагностико-експериментальний (констатувальний, формувальний та контрольний експерименти) та заключно-узагальнюючий було проведено упродовж 1995-2009 років.

Контингент обстежених. Загальна кількість задіяних у дослідженні – 522 особи із ВНГП від народження до 18 років. З них 118 від народження до одного року, 156 – від 1 до 3 років, 124 – від 4 до 6 років, 80 – від 7 до 11 років, 27 – від 12 до 15 років, 17 – від 16 до 18 років.

Включення у дослідження дітей із ВНГП усіх вікових категорій дітей забезпечило можливість тривалого, наскрізного, багатовекторного вивчення структури мовленнєвого порушення та визначення закономірностей психомовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей.

До окремих аспектів пошукової роботи було залучено 250 логопедів дошкільних закладів, загальноосвітніх шкіл-інтернатів для дітей із ТВМ, поліклінік, медичних центрів; 370 батьків, 30 опікунів і супроводжуючих з дитячих будинків, у яких перебувають діти-сироти із ВНГП. Здійснено ретроспективний аналіз 1135 історій хвороб та проаналізовано 570 карт логопедичного обстеження дітей із ВНГП.

Експериментальна база дослідження: Український центр лікування дітей із вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки (м. Київ) та кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О. Богомольця; Міжрегіональний центр надання спеціалізованої допомоги дітям із вродженими і набутими вадами щелепно-лицьової ділянки, кафедра стоматології дитячого віку ФІПО та кафедра хірургічної стоматології ДМУ імені М. Горького (м.Донецьк); кафедра дитячої щелепно-лицевої та реконструктивної хірургії Української медичної стоматологічної академії (м.Полтава); відділення щелепно-лицевої хірургії кафедри хірургічної стоматології НМУ імені Данила Галицького (м.Львів); загальноосвітня школа-інтернат № 7 для дітей з важкими вадами мовлення (м.Київ); дошкільні заклади освіти № 250 (м.Київ), № 576 (м.Київ), № 591 (м.Київ); громадські організації «Родинні світи», «Школа життя» (м.Київ).

Експериментальним дослідженням охоплено 16 областей України (Київська, Житомирська, Вінницька, Черкаська, Полтавська, Кіровоградська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Запорізька, Закарпатська, Тернопільська, Івано-Франківська, Рівненська, Волинська, Львівська).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення та практичні результати дисертаційного дослідження репрезентовано на 21 Міжнародних та Всеукраїнських наукових з'їздах та науково-практичних конференціях: «Удосконалення підготовки дефектологічних кадрів в Україні» (м. Київ, 1996), «Діти з обмеженими фізичними та розумовими можливостями в системі корекційного навчання та виховання» (м. Київ, 1997); «Дидактичні та соціально-психологічні аспекти розвитку дефектологічної науки та

педагогічної практики на порозі XXI століття» (м.Київ, 1999); «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» (м. Київ, 2003, 2005, 2007); «Актуальні проблеми корекційної педагогіки, соціальної реабілітації та навчання людей з особливими освітніми потребами» (м. Київ, 2004); Ювілейна наукова сесія до 10-річчя Інституту спеціальної педагогіки АПН України «Спеціальна освіта в Україні: погляд у майбутнє» (м. Київ, 2004); «Гуманізація освіти дітей з особливими освітніми потребами: початкова школа» (м. Дніпропетровськ, 2005); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі» (м. Запоріжжя, 2006); «Сучасні проблеми організації роботи з дітьми з особливостями психофізичного розвитку» (м. Кам'янець-Подільський, 2006); II Всеросійській науково-практичній конференції «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения» (м. Москва, 2006); VII Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» (м. Київ, 2007); «Актуальні проблеми корекційної педагогіки та психології (м. Кам'янець-Подільський, 2007); «Ціннісні пріоритети освіти у XXI столітті: орієнтири та напрямки сучасної освіти» (м. Луганськ, 2007); III Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні тенеденції розвитку корекційної освіти» (м. Кам'янець-Подільський, 2008); «Тенденції розвитку корекційної освіти в Україні» (м. Київ, 2008); III (X) З'їзді асоціації стоматологів України: «Інноваційні технології – у стоматологічну практику» (м. Полтава, 2008); Міжнародній науково-практичній конференції «Психо-соціальні проблеми дітей та підлітків у закладах охорони здоров'я» (м. Київ, НДСЛ «ОХМАТДИТ» НМУ імені О.О.Богомольця, 2008); «Розвиток педагогічної і психологічної наук в Україні» (м. Київ, АПН України, 2008); III Всеросійській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения («Колесовские чтения», м. Москва, 2009).

Проміжні та остаточні результати дисертаційного дослідження доповідалися, обговорювлися та отримали схвалення на засіданнях кафедри логопедії ІКПП НПУ імені М.П.Драгоманова, лабораторії логопедії Інституту спеціальної педагоки АПН України, на звітних наукових конференціях викладачів Інституту корекційної педагогіки і психології НПУ імені М.П.Драгоманова (м. Київ, 1995 – 2009), на науково-звітних конференціях викладачів НПУ імені М.П.Драгоманова (2002-2008) та на Міжнародних драгоманівських читаннях (2004 - 2008).

Матеріали дослідження апробувалися на курсах підвищення кваліфікації корекційних педагогів, логопедів та психологів в інститутах післядипломної педагогічної освіти (міста Київ, Біла Церква, Львів, Донецьк); у лекційних та практичних курсах для студентів ІКПП НПУ імені М.П.Драгоманова; на науково-практичних семінарах для педагогічних працівників, представників ПМПК, батьківських об’єднань (м. Київ, Київська обл.).

Кандидатська дисертація «Воспитание готовности к хозяйственно-бытовому труду учащихся вспомогательной школы» /на материале социально-бытовой ориентировки/ (спеціальність 13.00.03 – спеціальна педагогіка) була захищена у 1991 році у спеціалізованій раді НДІ дефектології АПН СРСР. ЇЇ матеріали у докторській дисертації не використовувалися.

Публікації. Результати та основний зміст дослідження висвітлено у 52 публікаціях, 44 з яких є одноосібними. Серед них: монографія - 1, підручник, навчальні та навчально-методичні посібники - 3, навчально-наукові і навчальні програми - 10, статті у наукових журналах, збірниках наукових праць, матеріалів і тез конференцій - 38, у тому числі 23 наукових статей у фахових виданнях.

Структура та обсяг дисертації: дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (549 найменувань, у тому числі 42 іноземних), містить 21 таблицю, 37 рисунків. Загальний обсяг роботи – 468 сторінок, із них – 409 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. Проблема розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у теорії та практиці (медичний, логопедичний та психологічний аспекти)

1.1. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на психофізичний та мовленнєвий розвиток дитини

Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння (далі - ВНГП) є одним із факторів, що вкрай несприятливо впливає на організм дитини і викликає в ньому грубі функціональні та морфологічні зміни [27, 70, 158, 423, 463]. Це у свою чергу надзвичайно ускладнює перебіг розвитку мовлення [1, 111, 48, 51, 73, 80, 109, 134, 150,161, 376, 482]. Без розуміння впливу вродженої патології щелепно-лицьової ділянки на психофізичний розвиток дитини неможливо глибоко дослідити дизонтогенез мовлення цієї категорії дітей.

Складність і тяжкість даного дефекту розвитку дитини визначається не тільки зовнішньою непривабливістю, складними морфологічними і функціональними порушеннями, соціальною та психологічною напруженістю, комунікативним дискомфортом, але й тим, що наявність вродженої піднебінної патології обумовлює цілий ряд соматичних розладів, що призводять до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму (Ю.І. Бернадський, 1985; Б.Я. Булатовська, Н.С. Кузнєцова, 1971; М.Д. Дубов, 1960; О. О.Лімберг, 1933; Л. В. Харьков, 1980; W. J. Doyle і співавт., 1986 та ін.).

Вроджені незрощення губи та піднебіння є одними з найбільш частих вроджених дефектів розвитку і складають 1,3 - 5% серед новонароджених [63, 109, 157 та ін.]. ВНГП посідає друге місце серед інших уроджених вад організму (після серцево-судинних) [463].

Народжуваність дітей із ВНГП за останні роки має стійку тенденцію до збільшення як в усьому світі, так і в Україні зокрема, де щорічно народжується

приблизно 500 дітей. За даними медичних досліджень С.І. Блохіної, Г.С. Волкової, А.В. Гулюк, С.В. Дьякової, Ад.А. Мамедова, Л.В. Харькова, Folkins JW, Clark JD, Williams B.J., Plante E., Bollek C. та ін., прогнози щодо зменшення кількості народження таких дітей є вкрай несприятливими.

Із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння частіше народжуються хлопчики (60%), ніж дівчатка (40%) – В.В. Рогинський, 2002; Л.М. Яковенко, 2004. Wantia N., 1999 уточнює, що хлопчики частіше мають незрощення верхньої губи і піднебіння, а дівчатка – незрощення тільки піднебіння чи тяжкі форми повних незрощень верхньої губи та піднебіння. Помічена сезонна залежність народжуваності таких дітей. Частіше вони з'являються, за даними Л.В. Харькова, взимку (12%), а згідно з дослідженнями Л.К. Губіної та О.П. Краснікової (1995) – навесні (34%).

Аналізуючи терміни народження дітей з цією вадою в Україні, виявлено, що 9,53 % народилися недоношеними, з масою тіла меншою ніж 1500 грамів [453]. В Росії це становило 3,21%, тобто втричі менше. Діти, які народилися недоношеними, мають більший ризик захворіти в ранній період розвитку. У хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння порівняно із здоровими дітьми у 15,5 разів частіше зустрічаються супутні вроджені вади. Крім того, у них спостерігається порушення з боку серцево-судинної, нервової системи, лужно-кислотної рівноваги (Т. Н. Селезньова, 2001).

Аналіз анамнестичних, клінічних і рентгенографічних даних (J.Sokolowski, 1976, Д.О. Мінісаєв, 1980) свідчить про суттєві порушення соматичного розвитку дітей з незрощеннями піднебіння. Дослідження О.Ф Коваленко і Г.М.Марченко (1973) свідчать про те, що тільки у 26,5% дітей дані фізичного ровитку були в межах вікової норми. В основному це були діти з ізольованими незрощеннями верхньої губи або тільки твердого піднебіння. Незадовільний фізичний розвиток відмічено у 73,5% дітей. О.Ф.Коваленко (1973), J.Sokolowski (1976) у 71,4% дітей з ВНГП відмічали незадовільний стан фізичного здоров'я та констатували суттєві порушення соматичного розвитку дітей. Також авторами встановлено строки виникнення супутніх захворювань

у даної категорії дітей. На їх думку захворювання дихальних шляхів частіше зустрічається у віці 2-х -5 років, ЛОР-органів – 5-10 років.

С.І.Блохіною (1981), N.Geis та співавт.(1981) відмічено зміни з боку серцево-судинної системи у 16,7% пацієнтів із незрощеннями піднебіння поєднуються з іншими синдромами. С.М. Максимова (1982) у 60% дітей з ВНГП виявила стійке зниження адаптаційних можливостей серцево-судинної системи, що з часом могло спричинити міокардіодистрофію.

За даними Б.Я. Булатовської та співат. (1971) із 1100 дітей з ВНГП у 198 (18%) було виявлено 252 пороки розвитку. Автор зазначала, що більш тяжкі форми незрощень часто поєднані з іншими аномаліями, особливо з пороком розвитку голови та головного мозку (у 48% випадків), тяжкою аномалією органу зору У 33 з обстежуваних дітей були вивлені різного ступеня порушення інтелектуального розвитку. До подібних висновків прийшли у своїх дослідженнях H.Conwey зі співавторами на початку 70-х рр. 20 ст.

Для розуміння причини випадків поєднання ринолалії та дизартрії у однієї і тієї ж дитини для нас важливими є дослідження С.І.Блохіної і співавт. (1981), у якому ретельне обстеження рухових функцій дітей з ВНГП з використанням функціональних навантажень дозволило виявити симптоми органічного ураження ЦНС.

Згідно з даними А.Генчика та Л.Кадаши (1980) у 17% дітей з ВНГП зустрічаються супутні пороки розвитку. Найчастіше спостерігаються дефекти кінцівок (полідактилія, синдактилія), ураження ЦНС (15,4%), аномалії статевих органів (7,4%). На той час у 17% дітей ВНГП були складовою частиною різних синдромів, яких нараховувалося біля 154 (M.M.Cohen, Б.М.Давидов, В.В.Максимова та ін.). На сьогодні таких синдромів нараховується більше 250 (Ад.А. Мамедов, 1997; Т.Ф. Косирєва, 2000; Т.М. Боднарюк, 2006 та ін), спостерігається загальна картина ускладнення вроджених пороків розвитку та їх збільшення. Причому більшість (60 - 80%) випадків тяжких вроджених пороків розвитку вчені пов’язують з дією

мутантних генів (В.О. Бєльченко, Д.Є. Колтунов, О.Г. Притико, 2006; Т.А. Тутуєва, 2006),

Доречно буде зазначити, що строки закладання нервової, серцево-судинної системи та опорно-рухового апарата співпадають зі строками формування і росту обличчя, що можливо певною мірою пояснює велику уразливість формування саме цих систем та органів.

У 14% дітей із ВНГП Г.А.Музичиною та співавт. [314] було виявлено несприятливий соматичний стан через високий рівень захворюваності. Так, вони частіше хворіють на бронхіти, пневмонії, холецистохолангіти, пієлонефрити, цистити, нейродерміти, атопічні дерматити, остеохондропатії, що значно уповільнює та погіршує результати лікування ВНГП. На сьогодні, як зазначають С.І. Блохіна [27], , Т.А. Тутуєва [440], Л.В.Харьков, Н.Г. Горовенко, Л.М. Яковенко [456] та ін., зниження рівня здоров'я даної категорії дітей, підвищення захворюваності серед них на 20% (у порівнянні з нормою).

Перші дні життя дитини пов'язані з проблемою годування. «У новонародженого у грудному віці на перший план виступають розлади ковтання та дихання. Неможливість герметизації порожнини рота, необхідної для ссання, порушує останнє вже у першій стадії аспірації; окрім того під час ковтання частина молока виливається через носові ходи. Неправильний догляд за цим процесом із самого початку порушує фізіологічність годування…» - М.Д. Дубов [151]. З огляду на вищезазначене, логічно передбачити розвиток захворювань, обумовлених недоліками годування дитини з ВНГП.

До останніх років більшість батьків (73% - 80%) відзначали значні труднощі під час годування дітей. Нині ситуація кардинально змінилася на краще (поява спеціальних сосок, пристосувань тощо), але, як показали дослідження [504], далеко не усі сім'ї мають можливість отримати грамотну консультацію щодо годування своєї дитини (особливо у сільській місцевості) та придбати спеціальні соски для годування. За таких умов порушення процесу ковтання та ссання призводить до недоїдання, до порушення засвоєння їжі і як наслідок цього – до втрати ваги у перші місяці життя.

Ш.С. Азізова, Е.У. Макхамова, О.С. Комаріна (1987), Я.П. Нагірний (1989) підтверджують дані про розлади процесу травлення та порушення обмінних процесів у дітей з ВНГП раннього віку у доопераційному та післяопераційному періоді. Найбільше зниження ваги (майже на 30% у порівнянні з нормою) спостерігалося у дітей до 2-х місяців (М.Д. Дубов, Г.М.Марченко). Згідно з дослідженнями J.L. Paradize, B.J. Williams (1974) відставання у зрості і вазі дітей з незрощеннями піднебіння спостерігається до 6-місячного віку. На думку R.L. Ruberg, L.A. Avedian (1980) таке відставання характерне до 3-х років.

Л.Я. Деребалюк [131] констатувала, що у дітей старше 4-х років порушення носового дихання обумовлені не стільки широким поєднанням порожнин носа і рота, скільки непроходимістю носових ходів з причини виникнення ендоназальних перешкод. До них відносять гіпертрофію носових раковин (у 53% хворих), викривлення перегородки носа (у 40%), а також наявність поліпів, аденоідів і звуження носових отворів. У зв'язку з анатомічними особливостями незрощеного піднебіння (переважно ротовий тип дихання) дихальна недостатність у хворих формується по вентиляційному типу. Складні функціональні порушення з боку дихальної системи проявляються зниженням життєвої емкості легенів, резерву вентиляції, а також гіпервентиляції за рахунок прискорення та поглиблення дихання. Порушення ритму дихання відмічено у 35,9% хворих, порушення умов газообміну – у 71,8% [131].

Згідно з дослідженнями Л.В.Харькова [457] захворювання органів дихання спостерігалося у 57,2% обстежених дітей. Характерним для них була часта повторюваність захворювань (пневмонія, бронхіт, катар верхніх дихальних шляхів тощо) та їх поступова хроніфікація.

Сучасні дослідження М.Е. Махкамова, М.З. Дусмухамедова (2006) та ін. також констатують, що анатомічні зміни верхніх дихальних шляхів при ВНГП формують змішане рото-носове дихання, обумовлене обмеженням активної діяльності дихальної мускулатури, зменшенням екскурсії грудної клітини,

порушенням легеневої вентиляції, газообміну. Усе це призводить до гіпоксії та формування хронічних осередків інфекції у носоглотці та легенях. Але у всіх дітей, прооперованих у віці до 4-х років, зовнішнє дихання поступово нормалізується.

Хронічні осередки інфекції, які часто супроводжують вроджені незрощення губи і піднебіння, є постійним джерелом інтоксикації дитячого організму. Так, за даними Н.С.Кузнєцової, захворюваність дітей на хронічну пневмонію в 4 –5 разів перевищує таку серед дітей, що не мають подібного дефекту. Майже у 20% дітей з ВНГП виявлено інші вроджені вади (порушення діяльності серцево-судинної, дихальної систем, дефекти грудної клітини, потворність кінцівок - полідактилія, синдактилія; аномалії статевих органів тощо). Частота і тяжкість супутніх захворювань прямо залежить від ступеня складності дефекту.

Проблеми порушення слухової функції у дітей з ВНГП досліджувалися багатьма вченими. Лікарі констатували значне зниження фізіологічного слуху у більшості дітей з ВНГП, прослідковували тенденцію до погіршення функції слуху з віком дитини, тим самим обґрунтовуючи необхідність раннього хірургічного лікування. Так, М.Д. Дубов [151] відмічав значні зміни у діяльності слухової (євстахієвої) труби, що викликають захворювання слухової труби – євстахеіт; порушення вентиляції барабанної перетинки, що призводить до порушення атмосферного тиску і втягуванню барабанної перетинки. Хворі скаржаться на шум у вухах, їх закладеність. Більше того, Л.Я. Дербалюк [131] вважала, що 100% дітей з вродженою щілиною піднебіння мають пониження слуху.

Результати дослідження слуху у 233 хворих Г.І.Семенченко і співавт. [390] показали, що майже у 70% з них до уранопластики відмічалося зниження слуху II-III ступеня. На думку авторів характерним є те, що у даної категорії дітей ЛОР-захворювання розвиваються в основному до 3-х років і зустрічаються у 10 разів частіше, ніж у дітей з нормальним піднебінням. У 70% хворих відмічено деформації носа, порушення будови порожнини носа –

у 82,5%, порушення дихальної функції носа – у 44,5%, викривлення перегородки носа – у 82,5%.

Більш сучасні дослідження [463] підтвердили, що незрощення піднебіння викликають значні зміни отоларингологічного статусу. Вони зустрічаються у 80-98% дітей з даним дефектом. Патологічні зміни ЛОР-органів, обумовлені особливостями анатомічної будови незрощеного піднебіння і тісним зв'язком ротової і носової порожнин, спостарігаються у дитини до здійснення ураностафілопластики. Довготривала вимушена адаптація організму дитини до несприятливих умов здійснення найбільш важливих фізіологічних функцій призводить до значних патологічних змін в тканинах стінок порожнин рота і носа, глотки. Компенсаторні функції язика, піднебіння і задньої стінки глотки у свою чергу закріплюють і ускладнюють анатомічну, фізіологічну і функціональну неповноцінність незрощеного піднебіння. Якщо у ранньому дитинстві зміни ЛОР-органів можуть мати обернений характер, то у старшому віці, особливо у несвоєчасно прооперованих хворих, вони можуть залишитися неподоланими [459]. При цьому встановлено, що ступінь зниження слуху залежить від віку, в якому було прооперовано дитину. Ранні строки хірургічного відновлення піднебіння забезпечують значне покращення слухової функції вже через 1-2 роки.

Тобто своєчасна і правильно виконана ураностафілопластика благоприємно впливає на соматичний розвиток дітей, створює сприятливі умови для формування і розвитку мовлення і значно покращує психічний розвиток.

Для логопедії також важливими є дані О.Л.Черкасової (2001) про те, що вплив навіть мінімального порушення слухової функції (на 15-25 ДБ), внаслідок звуження сенсорної бази для сприймання усного мовлення, негативно впливає на розвиток усіх компонентів мовленнєвої системи (фонетики, фонематики, лексики, граматики). Автор провела паралель між строком виникнення туговухості у дитини з ВНГП та станом мовлення такої дитини – чим раніше виникає зниження слуху, тим складнішою буде

мовленнєва патологія. Йшлося про необхідність раннього медико-педагогічного впливу на таку дитину.

Б.Я.Булатовська (1988), С.І.Блохіна (1996), Н.О.Мілєшина (2006) та ін. багаторічними клінічними дослідженнями довели, що хвороби ЛОР-органів є складовою частиною цілого комплексу патологічних змін при ВНГП, а не супутніми хворобами. Цей висновок є надзвичайно важливим для логопедичних пошуків, оскільки їх ефективність певною мірою задежить від ступеня порушення фізіологічного слуху дитини з ВНГП.

Вчені-логопеди Т.В. Волосовець [73], А.Г. Іпполітова [176], Г.В. Чиркіна [478], вивчаючи залежність фонематичного сприймання, слухового контролю від стану слухової функції дитини з ВНГП. У 1983 р. А.Г. Іпполітова [176] вказувала, що стійке зниження функціонального слуху у дитини з ВНГП може бути перешкодою для направлення її у загальноосвітню школу.

Л.Я. Дербалюк, В.І.Вакуленко та співавт. [131] акцентували увагу на своєрідний розвиток сприймання звуків мовлення цими дітьми, «..вони скоріше впізнавли звуки, ніж їх відтворювали…». Г.В. Чиркіна [478] дослідила стан фонематичного слуху дітей шкільного віку з ВНГП і прийшла до висновку про його суттєві порушення. Т.В. Волосовець [73], вивчаючи стан слухового контролю, відмітила зниження тонального слуху у 40% дітей з ринолалією дошкільного віку, а зниження фонематичного слуху – майже у 70% обстежених.

У деяких логопедичних дослідженнях, присвячених проблемам розвитку мовлення у дітей із ВНГП [176, 478], прослідковується тісний взаємозв’язок порушень мовлення з порушеннями кістково-м’язового характеру у цих дітей (особливо, якщо йдеться про ускладнені варіанти мовленнєвого дизонтогенезу, комбіновані мовленнєві дефекти). Це відмічала А.Митринович-Моджеєвска ще у 1965 р., надаючи дані про зубні деформації, випадки гіпоплазії зубної емалі та порушення кровопостачання пульпи. Вона відносила вроджені незрощення піднебіння до багатосистемних захворювань, при яких можуть спостерігатися поєднання вродженої щілини щелепно-лицьової ділянки зі

щілинами у різних відділах хребта, процесами окостеніння, проявами спинно-мозкових гриж тощо.

Оскільки логопеда, безперечно, цікавить тонус м'язів язика, м'якого піднебіння, губ, щік тощо, важливими у цьому сенсі є висновки З.І. Іногамова, Є.У. Макхамова, І.Р. Халілова (1988) про особливости структури м'язової тканини у дітей з ВНГП. Вони відмічають незначні зміни у м'язах м'якого піднебіння у ранньому віці. Однак із віком патологічні прояви наростають внаслідок трофічних порушень, особливо навколо країв щілини. Автори зазначають наявність застійних явищ у судинах слизової оболонки ротової порожнини, особливо м'якого піднебіння, через що страджає його функціональність.

На наявність поєднання щілини м'якого піднебінн та короткої під'язикової вуздечки згадується у багатьох дослідженнях [173, 176, 408 та ін.].

В.С. Дмитрієва, С.І. Криштаб, Б.Я. Булатовська (1959) засвідчують про те, що у 60,9% дітей з ВНГП у подальшому з'являються різного роду зубо-щелепні деформації, які потребують тривалого ортодонтичного лікування. На їх думку, особливостями супутніх ВНГП деформацій у першу чергу є їх прогресуючий характер, обумовлений недорозвиненням верхньої щелепи (з огляду на пізні строки уранопластики) та неправильним положенням верхніх зубів. При цьому найчастіше зустрічаються мезіальний, дистальний прикуси, звуження верхньої щелепи та її зубного ряду, глибокий та відкриті прикуси, дефекти коміркового відростка, аномалії положення зубів тощо. Б.Я.Булатовська (1959) виявила пряму залежність характеру і тяжкості зубо-щелепних деформацій від форми вродженої щілини піднебіння.

Безперечно, зазначені аномалії провокують формування патологічної звуковимови з причини порушення контакту: губа-губа, губи-зуби, язик-зуби тощо. Двосторонні щілини коміркового відростка заважають змикати і губи, і зуби, що виключає можливість артикулювання губно-губних, передньоязикових звуків, викликаючи надлишкову фарингізацію.

За даними Ф.Я. Хорошилкіної (1997) зазначені деформації також викликають рефлекторне, надмірне перенапруження м’язів шиї та гортані, що порушує процеси голосоподачі та голосоутворення.

М.Д. Дубов (1960), А.Г. Іполітова (1983), А.Д. Мухіна (1973), О.М. Нємчинова (1973), Г.І. Рогожніков (1991) та ін. також вказують на характерні для ВНГП часті випадки викривлення зубного ряду, появи подвійного ряду верхніх зубів, зайвих зубів, їх швидкої руйнації. Зазначені аномалії надзвичайно ускладнюють роботу логопеда на етапі постановки звуків мови, особливо передньоязикових.

Т.Н. Сєлєзньова (1985) простежила, що наявність стоматологічних проблем у дітей дошкільного віку з вродженими щілинами губи і піднебіння складає 88,7%. На верхній щелепі ушкоджених зубів було більше, ніж на нижній. У дітей зі складними вродженими аномаліями розвитку розповсюдженість карієсу складала 100%. Дефекти розвитку тимчасових і постійних зубів було виявлено у 40% обстежених, а деякі форми гіпоплазії молочних і постійних зубів – у 63,4% дітей.

За даними С.І.Блохіної [27] вроджене незрощення губи та піднебіння поєднується у 31,9% з вродженою патологією опорно-рухової системи, що ускладнює мовленнєвий, голосовий, психоемоційний розвиток дітей. Клінічне обстеження дітей з ВНГП виявило типові функціональні порушення рухової системи, як-то: кривошию, порушення постави, функціональне укорочення нижніх кінцівок, перекос таза, пласке склепіння стопи тощо.

Більше того, згідно з вертебрологічними дослідженнями загальної рухової системи дітей з ВНГП Л.І. Мажейко зі співавт.(1995) виявили значний відсоток (55%) патології вродженого та травматичного характеру, який має тенденцію до зростання (до 83%) з переходом дитини у школу. Патологія шийного відділу хребта, що викликає дисбаланс м’язів шийної та щелепної ділянок, була виявлена у 56% обстежених дітей.

Експериментальний аналіз даних, отриманих С.І. Блохіною, Г.В. Долгополовою, І.О. Погосян (1999), виявив певні закономірності

функціональних змін зубо-щелепною та опорно-рухової систем, вказуючи там самим на анатомо-біомеханічний взаємозв'язок між цими двома системами організму дитини з ВНГП. Спираючись на ці дослідження, стає більш зрозумілим факт частого поєднання симптомів декількох мовленнєвих порушень у дітей з ВНГП (Т.Ю. Дерунова, 2003).

Прояви неврологічних порушень (неврозів, неврозоподібних станів тощо) у дітей з ВНГП зазначені у дослідженнях Б.Я. Булатовської зі співавт. (1971), А.І Уракової (1964); Г.В. Чиркіної (1987) та ін. Зокрема Б.Я. Булатовська відмічала поєднання тяжких форм незрощень з іншими тяжкими пороками, у тому числі – з порушеннями розвитку головного мозку.

Г.І. Семенченко, В.І. Вакуленко, Л.Я. Дребалюк [390] та ін. відмічали у хворих різні зміни з боку нервової системи (латентну гідроцефалію, вегето-судинні дистонії, астенічний синдром тощо).

Порушення біоелектричної активності (БЕА) у дітей з вродженми однобічним незрощенням верхньої губи у коловому м'язі рота виявили І.І. Бузуєва, М.З. Міргазізов, Н.О. Плотнікова, О.Е. Філюшина (1988) та ін. Було виявлено значну асиметрію БЕА у непрооперованих дітей, яка поступово долалася після хейлопластики, але через деякий час – знову наростала. Цей факт частково пояснює тривалі логопедичні труднощі під час постановки лабіалізованих звуків.

М.Ю. Герасименко (1994), досліджуючи електрозбудливість нервово-м'язового апарата щелепно-лицьової ділянки у дітей з ВНГП, описує різні варіанти порушення тонусу (частіше прояві гіпертонусу зі зниженням функціональної лабільності і здатності м'язів до скорочення у процесі діагностики їх стану за допомогою міографа). Особливо було відмічено порушення у м'язах верхньої губи, м'якого піднебіння, навіть щоки, де з віком відбувається не тільки нашаровування патологічної симптоматики, але й переродження тканин цих органів.

А.С. Герасимовою (1998) встановлено, що у дітей з ВНГП спостерігаються не тільки порушення локальної гемодинаміки, але і

перерозподіл функціональної активності мімічних м’язів з явищами гіпертонусу у лобних м’язах і спастична реакція у м’язах підборіддя. У групах жувальних м’язів було виявлено зниження електрозбудливості, що засвідчує їх функціональну неповноцінність. Автором також виявлена пряма кореляція розміру щіліни та електрогенезу колового м’яза рота.

В.Ю. Гуляєв (1999) у процесі електродіагностики нервово-м’язового апарата щелепно-лицьової ділянки виявив порушення електрозбудливості різного ступеня – від легких кількісних змін до грубих якісних реакцій переродження, навіть до повної відсутності електрогенезу. Зазначені вище порушення, безперечно, негативно впливають на узгоджену діяльність артикуляційних органів, ускладнюючи артикуляційний праксис, обмежуючи об’єм та точність артикуляційних рухів.

Останнє десятиріччя характеризується посиленою увагою дослідників до неврологічного статусу дітей з ВНГП, оскільки у багатьох випадках логопедам не вдається досягти правильного мовлення, незважаючи на усі «зовнішньо» сприятливі можливості для цього.

Так, А.І. Уракова [443] у 31,5% обстежених дітей з ВНГП виявила патологічні зміни з боку нервової системи. Провідне місце серед нервово-психічних розладів займали реактивні стани (13,3%), неврози (5,1%), затримка психічного розвику та характерологічні зміни (12, 2%), відхилення у поведінці (8,2) тощо. На думку автора, однією із основних причин формування зазначених відхилень є порушення мовлення.

Так, А.Г. Васильєв, Г.В. Доросинська, Н.В. Обухова, Д.Г. Степаненко [150] наводять дані про наявність у 91% дітей з ВНГП (після етапу уранопластики) порушень з боку нервової системи, які негативно впливали на формування мовлення у цих дітей та викликали комбіновані мовленнєві порушення.

О.Н. Рапацька, З.О. Рєпіна [376] при обстеженні 15 дітей раннього віку з ВНГП виявили у 14 з них неврологічні порушення у вигляді мінімальної

церебральної дисфункції, що ускладнювало перебіг раннього психомоторного розвитку дітей, їх довербальний та вербальний періоди розвитку мовлення.

Про порушення кінестетичних процесів в артикуляційних органах під час мовлення зазначали Г.В. Доросинська та З.А. Рєпіна (1999), відмічаючи відсутність тривалий період відчуття положення язика, губ, щелепи.

З того часу, як почали оперативним шляхом усувати вроджені незрощення губи та піднебіння, історично прослідковувався тісний зв'язок декількох самостійних галузей щодо лікування, навчання та виховання дітей з ВНГП. Найтіснішим завжди був зв'язок у роботі хірургів-стоматологів, ортопедів-стоматологів, ортодонтів та логопедів.

Ще у 20-60 роках XX ст. більшість хірургів: М.Д. Дубов, 1938, О.О.Лімберг, 1925, Fogh-Andersen P.,1946, Rosenthal W., 1951 та ін. прийшли до висновку, що ці діти, окрім оперативного втручання потребують проведення складного комплексу лікування за участю педіатра, ортодонта, логопеда, дитячого психоневролога, отоларинголога, дитячого генетика та інших спеціалістів.

Ідея комплексного впливу на дитину із ВНГП не є новою, але і до нині немає підстав вважати її повністю реалізованою, в Україні, зокрема (Л.В. Харьков, 2006). На сьогодні комплексний підхід забезпечується в умовах спеціалізованих центрів і в диспансерному регламенті (С.І. Блохіна, Ад.А. Мамедов, А.Ю. Суркін, Л.Є. Фролова, Л.В. Харьков та ін). Багаторічна праця професіональних колективів лікарів Європи дозволили відпрацювати і рекомендувати стандарти мультидисциплінарного підходу до лікування таких пацієнтів, а також форми і методи участі в ньому громадських і державних організацій, якими керуються спеціалісти і в Україні.

Аналіз наукової літератури, присвяченої багатосистемності захворювань у дітей з ВНГП, дозволяє зробити висновок про те, що вроджені незрощення губи та піднебіння – це тяжкий анатомо-фізіологічний дефект, що супроводжується патологічними змінами у багатьох не до кінця сформованих системах (серцево-судинній, травлення, м'язовій, нервовій, дихальній,

кістковій, зубо-щелепній тощо) та зазвичай викликає порушення нервово-психічного, емоційного стану дитини. Тобто, спираючись на зазначене вище, можна констатувати стійку тенденцію до порушень як загального соматичного статусу дітей з ВНГП (система травлення та обмінні процеси, серцево-судинна, нервова, дихальна, м'язова системи), так і статусу місцевого (щелепи, язик, губи, зуби, мовленнєве дихання тощо).

У зв'язку з цим, лікування та навчання дитини з ВНГП вимагає узгодження спільних зусиль фахівців різних галузей знань (акушер-гінеколог, неонатолог, педіатр, невропатолог, стоматолог, ортодонт, анастезіолог, отоларинголог, логопед, психолог, сурдолог, корекційний педагог тощо) для забезпечення міждисциплінарного, комплексного медико-психолого-педагічного підходу до повноцінної реабілітації зазначеної категорії дітей різного віку.

1.2. Психолого-педагогічні дослідження проблеми розвитку мовлення у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння

1.2.1. Ринолалія у систематиці порушень мовленнєвого розвитку

З огляду на дослідження проблеми мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП для нас є важливим прослідкувати еволюцію становлення ринолалії як самостіної вади мовлення та визначити її місце у систематиці мовленнєвих порушень.

Відомо, що розробленість, логічна організація систематики певною мірою відображає зрілість будь-якої наукової дисципліни, глибину пізнання предмета дослідження. Цікавим є той факт, що на початку свого становлення логопедія навіть не мала власної класифікації і не ставила питання про необхідність її створення, оскільки була під величезним впливом успіхів європейської медицини у галузі вивченя мовленнєвих розладів і спиралась на існуючі клінічні класифікації дефектів мовлення кінця XIX – поч. XX ст.

Тривалий час усі мовленнєві розлади були об’єднані під однією назвою - недорікуватість. Термін «недорікуватість» (від рос. косноязычие) давній, народний, довгий час означав будь-яке неправильне мовлення. На ранніх етапах розвитку логопедії у 1830 р. доктор Schultes G. (Швейцарія) усі мовленнєві розлади ділив на дві великі групи: заїкання та недорікуватість. Уточнення поняття «недорікуватість» виникає у медичній літературі у першій половині 19 ст., тоді як заїкання було виділено у самостійну групу мовленнєвих розладів.

Саме Schultes G. «недорікуватість» означив терміном «дислалія», але при цьому він під поняттям «функціональна дислалія» (автором якого згідно з іншими джерелами є І.Франк, 1827) мав на увазі порушення звуковимови, обумовлені анатомічними дефектами органів артикуляції. Тобто, можна передбачити, що порушення мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння теж входили у коло даного визначення.

Однак, ще довгий час поняття «дислалія» не ставало загальноприйнятим і загальновживаним, зазвичай традиційно використовувався термін «недорікуватість». Пізніше до них додалася ідіопатична слухонімота, названа пізніше алалією. Як самостійний вид мовленнєвого розладу дислалія у сучасному розумінні цього терміну була виділена у 60-ті рр. XX ст. із різнорідної групи порушень під загальною назвою «недорікуватість» (М.Є.Хватцев, 1960, С.С.Ляпідевський, 1969, О.В. Правдіна, 1973 та ін.)

Із середини XIX ст. почали розмежовувати органічні та функціональні порушення мовлення (С. Коен, Г. Гутцман, А. Фрешельс, Лібман, Є.С. Боришпольський та ін.). Власне, цим було закладено прототип більшості майбутніх класифікацій мовленнєвих порушень. У подальших дослідженнях описані групи розладів були трансформовані у більш розгалужену систему категорій.

Оскільки мовленнєві дефекти довгий час залишалися предметом вивчення дисциплін медико-біологічного циклу, природньо, що і перші класифікації вад мовлення мали клініко-етіопатогенетичний ухил.

Для визначення мовленнєвого порушення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння у літературі (особливо зарубіжній і медичній) використовувалися різні терміни: палатолалія (Klaus-Peter Becker, Milosh Sovak, 1962), палапголалія, ринофонія (Зеєман М., 1927), недорікуватість, механічна дислалія (Kussmaul A., 1879; М.Є.Хватцев, 1959; О.В.Правдіна, 1973; Л.І. Вансовська, 1981, Г.П. Соснін, 1984 та ін.).

У цей період ринолалія залишалася у категорії механічних дислалій, оскільки на той час практично були відсутні дослідження ринолалії з позицій системного підходу.

Порушення мовлення, пов'язані із вродженими пороками розвитку артикуляційного апарата, зазвичай відносили до так званої «недорікуватості». Є свідчення, які вказують, що саме Kussmaul A. у 1879 р. вперше ввів поняття вродженої та набутої недорікуватості і запропонував використання терміну «дислалія» як більш точного і виразного. Вірогідно, що Kussmaul A. розбудовував клінічний напрям у логопедії, спираючись на висновки А. Фрешельса.

Розлади мовлення, що були наслідком вроджених пороків розвитку периферичного артикуляційного апарата, він відніс до *механічної дислалії.* «…розлади звукоутворення з причини крупних недоліків зовнішніх органів артикуляції – механічна дислалія…» - Kussmaul A. (1879). Він розмежував вади звукоутворення та звуковимови при порушеннях функції голосоутворення та голосоподачі: у гортані – *Dyslalia laryngea;* з причини того, що «…носова порожнина відкривається тоді, коли вона повинна бути закрита і навпаки…» - під загальним іменем *Dyslalia nasalis* або *Dyslalia palatina,* поділивши її свою чергу на *Dyslalia aperta* та *Dyslalia clausa.* Саме у цій класифікації мовленнєвих розладів Куссмауля (1879), яка вважається першою у логопедії, автор запропонував і більш коротку назву ***Dyslalia nasalis – Rhinolalia.***

Тобто, починаючи з кінця XIX ст., термін «ринолалія» зайняв своє автономне місце у логопедичному науковому тезаурусі.

Однак, незважаючи на це, більше ста років щодо гугнявості загальновживаним залишався термін «механічна дислалія», що і підтверджує перша вітчизняна, відносно диференційована класифікація вад мовлення М.Є.Хватцева (1959).

Його класифікація включала такі мовленнєві розлади: недорікуватість (патологічна і непатологічна), недоліки голосу (хрипкий голос, патологічна мутація, фонастенія і дисфонія), розлади темпу і ритму мовлення (заїкання, прискорене мовлення і уповільнене мовлення), а також розлади мовлення з причини органічного порушення кори головного мозку (афазія, алалія, дислексія, дисграфія). У даній класифікації за М.Є.Хватцевим (1959) «…дислалії, викликані грубими анатомічними дефектами органів мовлення (щілини піднебіння, коротка вуздечка язика), називаються механічними дислаліями…». З огляду на структуру і зміст класифікації вона може бути віднесена до категорії клінічних систематик.

Але, як вважали Г.В.Чиркіна, 1968; Н.І.Сереброва, 1969; О.С.Алмазова, 1975; А.Г. Іполітова, 1981; І.І.Єрмакова, 1984 та ін., були усі підстави вважати ринолалію своєрідною та самостійною мовленнєвою вадою, оскільки вона мала чітко окреслені клінічну симптоматику та лінгвістичні характеристики, що могли бути протиставлені іншим вадам мовлення. Так, на відміну від механічної дислалії (коли страждає лише вимова приголосних звуків) при ринолалії страждає вимова не тільки приголосних, але й голосних звуків. Від ринофонії, коли спостерігається лише збільшення назалізації (від гр. nasus – ніс) або носового резонансу голосу, ринолалію відрізняє ще й наявність стійких порушень звуковимовної сторони мовлення.

Згідно із сучасними дослідженнями [236, 266, 333, 386, 387] порушення мовленнєвого розвитку дітей являють собою одну з форм складного когнітивного дефекту, який включає вибірковий розлад мовленнєвої функції та обумовлені ним відхилення позамовних функцій і процесів.

Однією з визнаних і розповсюджених у логопедичній практиці є клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень, засновниками якої

вважаються Kussmaul A., М.Є. Хватцев, О.Ф. Рау, О.В. Правдіна, С.С. Ляпідєвський, Б.М. Гриншпун та ін.. Дана класифікація виділяє різні форми (види) мовленнєвої патології, кожна з яких має свою симптоматику та динаміку проявів. Вона акцентує увагу на тих порушеннях, які виступають об'єктом логопедичного впливу, спираючись на медичні дані, клінічні характеристики, що пояснюють причини розладів мовлення.

Серед західних класифікацій однією з ранніх, але достатньо диференційованою вважається систематика мовленнєвих дефектів M.Morley (1957) і доопрацьована ним у 1972 р. Принцип побудови дозволяє віднести її до категорії клініко-лінгвістичних. Вона включає в себе: а) розлади мовлення (афазія, алексія, аграфія, затримка розвитку мовлення внаслідок розумової відсталості і порушень слуху); б) розлади артикуляції (анартрія, артикуляційна апраксія, дислалія, дефекти артикуляції, обумовлені порушеннями слуху і аномоліями будови зубо-щелепного апарата); в) розлади реалізації висловлювання (заїкання, прискорене, із спотиканнями мовлення); г) розлади голосу (афонія). Але поряд з виграшними сторонами даної класифікації (об'єднання лінгвістичного та клінічного принципу категорізації), вона необачно поєднує первинні і вторинні мовленнєві порушення.

Лише з кінця 60-х років 20ст. представкики психолого-педагогічного напряму радянської логопедичної наукової школи (В.К. Орфінська, 1962; Р.Є. Лєвіна, С.М. Шаховська, Л.Ф. Спірова, А.В. Ястребова - 1968; Є.Ф. Соботович, 1985, В.А. Ковшиков, 1985 та ін) почали створювати власну термінологію, систематику, теоретичні моделі механізмів мовленнєвих порушень.

Останні три десятиліття саме цей напрям досліджень став пріоритетним і найбільш плідним. Було закладено основи для створення психолого-педагогічних класифікацій дефектів мовлення. Важливо зазначити, що у психолого-педагогічній класифікації провідна роль відводиться психолого-лінвістичним критеріям. Використовуючи їх, картина мовленнєвого

порушення описується з використанням логопедичних термінів і понять, і спрямована на ті явища, які повинні стати об'єктом логопедичного впливу.

У 1968 р. Р.Є. Лєвіна запропонувала педагогічну класифікацію, описову за своїм змістом і психолого-лінгвістичну за принципом побудови. У ній систематизуються види порушень формування мовних засобів: а) несформованість звукової сторони мовлення («фонетико-фонематичне недорозвинення») б) несформованість усіх мовних засобів («загальне недорозвинення мовлення»). Саме Р.Є. Лєвіною було закладено підвалини принципово нового підходу до категорізації мовленнєвих розладів, який, до речі, одночасно виник і у зарубіжній логопедії, мав широке розповсюдження, активно розвивався і удосконалювався. Під керівництвом Р.Є. Лєвіної були власне сформовані нові уявлення про принципи аналізу та типології аномального розвитку мовлення, про засоби його подолання та попередження. Наступні 30 років дана систематика, витіснивши інші класифікації, практично не відчула суттєвих змін, тобто не розвивалася. Але подібні класифікації мають велику перевагу для практичних логопедів, полегшуючи вибір основного напряму корекційної роботи, спираючись на системний підхід до розвитку мовлення.

У 1969 р. С.С. Ляпідєвський і Б.М. Гріншпун опублікували дещо модифіковану версію класифікації М.Є. Хватцева, а у 1989 р. Б.М. Гріншпун суттєво переробив та удосконалив її. Його версія включає такі категорії розладів: 1) розлади фонаційного оформлення висловлювання (дисфонія, брадилалія, тахилалія, заїкання, дислалія, ринолалія, дизартрія); 2) порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання (афазії та алалії); 3) порушення писемного мовлення (дислексія і дисграфія).

У 70-ті рр. на Заході розробка систематики мовленнєвих розладів у дітей здійснювалася переважно у психолого-лінгвістичному напрямі. У 1975 р. D. Aram, J.Nation запропонували класифікацію, у якій виділили такі категорії порушень мовленнєвої сфери: неспецифічний дефіцит формулювань і повторень; тотальне низьке виконання усіх мовленнєвих тестів; дефіцит

фонології, розуміння, формулювання і повторення; дефіцит розуміння; дефіцит формулювання і повторення. Як показує наведений перелік категорій, його основою є формально тестологічний підхід.

B. Wilson, D.Risucci (1986) розмежували мовленнєві розлади на такі групи: а) слухове порушення розуміння змісту; б) слухове і зорове порушення розуміння змісту; в) слухове порушення розуміння змісту з розладами слухової і зорової короткочасної пам'яті; г) експресивне і/або рецептивне порушення; д) глобальне порушення мовлення; е) порушення слухового запам'ятовування і відтворення; ж) експресивне порушення.

I.Rapin, D.Allen (1988) запропонували наступну класифікацію порушень мовленнєвих розладів: а) фонологічно-синтаксичний синдром з оральною апраксією і без неї; б) тяжкий експресивний синдром із збереженим розумінням мовлення; в) вербальна слухова агнозія; г) аутистичний синдром з мутизмом; д) аутистичний синдром з ехолалією; е) синдром семантично-прагматичних порушень без аутизму; ж) синдром синтаксично-прагматичних порушень. Ваду мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння відносили до варіанту б), але при цьому залишалася низка питань, на які дана класифікація не давала чіткої відповіді.

Однією з перших спроб систематизувати клінічні форми недорозвинення мовлення з нейролінгвістичних позицій стала лінгвістична класифікація форм алалії В.К. Орфінської (1963). Вона, намагаючись заглибитися у структуру мовленнєвого дизонтогенезу, включає групування алалій. Але у період, коли створювалася ця класифікація, поняття «алалія» трактувалося настільки широко, що включало більшу частину варіантів первинного недорозвинення мовлення, тобто можна вважати, що її предметом стало тотальне або «загальне» недорозвинення мовлення.

Це була багаторівнева, дещо обтяжена складними ознаками, але надзвичайно прогресивна класифікація, оскільки її автор однією з перших зрозуміла складність структурної організації клінічної картини тотального недорозвинення мовлення, поліфакторну природу його механізмів. Дана

класифікація включала наступні категорії розладів: первинне недорозвинення мовних систем (моторна і сенсорна алалії); вторинне недорозвинення мовних систем, викликане недорозвиненням словесних і граматичних понять (моторна синтаксична і оптична алалія); вторинне недорозвинення мовних систем, пов'язане з неповноцінністю загальних мовленнєвих функцій (сенсомоторна амнестична і сенсорна амнестична алалії). Складність побудови даної класифікації ускладнювала користування нею, і на довгий час вона залишалася малопопулярною.

Як зазначив О.М. Корнєв [243, с.64], «…у класифікації В.К. Орфінської були закладені ідеї, які повною мірою можуть бути розкриті лише за сучасного рівня розвитку психолінгвістики, когнітивної психології, психолінгвістики…». На нашу думку, класифікація порушень мовлення В.К.Орфінської є своєрідним містком, намаганням на основі лінгвістичного і психологічного підходів описати вади мовлення у дітей, враховуючи клінічні характеристики.

Через двадцять років у 1985 році в Україні провідний фахівець у галузі логопедії Є.Ф. Соботович [404] розробила класифікацію «аномалій мовленнєвого розвитку», в основу якої заклала психолінгвістичні уявлення про процес породження мовлення. Принципом категорізації своєї класифікації Є.Ф. Соботович обрала виділення порушеного психолінвістичного механізму, який займає центральне місце у структурі дефекту мовлення. На прикладі дослідження моторної алалії автор довела неможливість класифікувати складні і поліморфні прояви недорозвинення мовлення орієнтуючись лише на якусь одну ознаку. Тому її класифікація має вигляд багаторівневої і багатоаспектної, такої, що дає можливість зрозуміти механізми вад мовлення, вибудувати диференціальну логопедичну діагностику тощо.

Слід зазначити, що у цей період практично були відсутніми дослідження ринолалії з психолого-педагогічних позицій, цю ваду мовлення традиційно асоціювали із порушенням фонетичної сторони мовлення – гугнявістю у різних варіантах. Тобто, незважаючи на певний прорив у 60-х рр. у намаганні ширше розкрити структуру мовленнєвого дефекту взагалі і порушень

мовлення, викликаних певними патологічними станами, вада мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння традиційно трактувалося як ринолалія, тим самим відображаючи лише зовнішні прояви розладу.

Тобто, на сьогодні клініко-педагогічна класифікації порушеннь мовлення, поряд з такими вадами як дислалія, дизартрія, алалія тощо, включає і ринолалію.

Сучасним прикладом клінічної класифікації порушень мовлення є МКБ-10, 1994 (Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду), яка містить розділ «Специфічні розлади розвитку мовлення» (шифр F-80). У цій рубриці виділяються такі категорії порушень мовленнєвого розвитку: а) специфічний розлад артикуляції (F80.0); б) розлад експресивного мовлення (Fa80.1); в) розлад рецептивного (експерсивно-імпресивного) мовлення (F80.2).

Якщо говорити про розлади розвитку артикуляції, викликані «…розщепленнями піднебіння або інших анатомічних аномалій ротових структур, що приймають участь у мовленнєвому функціонуванні…», то вони у F80.0 не вкючені.

Такий детальний аналіз різних підходів у систематизації порушень мовлення для нас є принципово важливим, оскільки він чітко виокреслює необхідність удосконалення вивчення механізмів порушень мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння з огляду на досягнення сучасної нейропсихології, психолінгвістики, логопатології тощо.

Видатний сучасний дослідник проблем логопедії, засновник логопатології дитячого віку О.М. Корнєв, розробляючи власну систематику недорозвинення мовлення у дітей, зазначає, що на сьогодні є не зовсім правильним вживання поняття «клініко-педагогічна» класифікація вад мовлення. Оскільки «…два такі різні підходи, як педагогічний (тобто орієнтований на практику цілеспрямованого педагогічного впливу, навчання…) і клінічний не є практично рядоположними…Те, що у діагностичні заключення можуть входити дефініції, взяті з різних

класифікацій, ще не означає, що відбувається інтеграція двох різних класифікацій у третю, що поєднує ознаки двох попередніх… » [243 с.154].

Така точка зору є науково обґрунтованою і має право на існування. З огляду на вищезазначене, нам також видається більш науково коректною класифікація вад мовлення, яка базується на нозологічному та патогенетичному принципах, де основною діагностичною одиницею виступають клінічні симптоми, відомі механізми та патогенез, що мають самостійні характеристики і відрізняються від схожих станів, називати клінічною. У подальших наших пошуках ми будемо притримуватися цієї точки зору.

На сьогодні сучасна логопедія користується двома класифікаціями мовленнєвих порушень. Одна – клініко-педагогічна, друга – психолого-педагогічна, або педагогічна. Сучасні вимоги діагностики розладів мовлення передбачають обов'язкове використання обох класифікацій з метою визначення логопедичного заключення про стан мовлення дитини-логопата. Погоджуючись з науковими доводами О.М. Корнєва [243] щодо відповідності наукових термінів у класифікаціях вад мовлення, ми залишаємо за собою можливість у подальшому клініко-педагогічну, як більш точну, називати – клінічною, і відповідно психолого-педагогічну –психолого-лінгвістичною.

З нашої точки зору, нині особливої уваги заслуговує найсучасніша систематика станів недорозвинення мовлення у дітей, запропонована О.М. Корнєвим [236], оскільки вона вибудована на основі міждисциплінарної взаємодії, спираючись на такі базові принципи, як: а) клініко-патогенетичний; б) багатовимірний підхід до діагностики; в) мультидисциплінарний підхід до характеристик явищ (станів), що досліджуються; г) системно-функціональний підхід до оцінки стану взагалі.

Відповідно, керуючись цими принципами і підходами, ми будемо досліджувати мовленнєвий розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння, починаючи з раннього віку.

1.2.2. Подолання ринолалії у логопедичній практиці

Як було зазначено у попередніх розділах, вроджене незрощення губи та піднебіння, зазвичай, викликає мовленнєве порушення, яке має назву ринолалія і є своєрідним комплексом патологічних проявів зі складною структурою. До останнього часу у логопедичній літературі ринолалія (вроджена відкрита органічна) на основі етіопатогенетичного фактора відноситься до мовленнєвих вад, обумовлених вродженою аномалією будови периферичного артикуляційного апарата.

Історія вивчення проблеми порушень мовлення при вроджених незрощеннях губи і піднебіння має свій самостійний шлях, який тісно переплітається з історичними етапами пошуку шляхів лікування вроджених незрощень губи та піднебіння.

Перші свідчення про ринолалію з'явилися у медичній літературі в глибокій давнині (Гіппократ, Гален та ін.). Ще у Древній Греції лікарі думали не тільки як подолати вроджені дефекти губи і піднебіння, а й намагалися зрозуміти механізм порушення голосу. Пізніше зусилля медиків були спрямовані, в першу чергу, на відновлененя твердого і м'якого піднебіння, щоб створити відповідні умови для забезпечення змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Вважалося, що досягнення цього ефекту забезпечить можливість розмежування між собою порожнини рота і носа, тим самим створюючи передумови для подолання назальності.

Однак досягнуті хірургами та ортодонтами успіхи у подоланні вродженого анатомічного дефекту ротової порожнини у кінці XIX на поч. XX ст. не забезпечували задовільних результатів фонетичного оформлення мовлення тільки за рахунок оперативного втручання. Стає загальновизнаним твердження про те, що сама по собі уранопластика (від гр.uranos – піднебіння) не забезпечує позбавлення надлишкової назальності голосу дитини. Ще О.О. Лімберг головним завданням хірурга вбачав якомога повніше відновлення форми і розміру твердого і м'якого піднебіння із збереженням нормального

розвитку їх функції. Але існуючі на той час хірургічні методики ураностафілопластики не вирішували у повному обсязі проблему подовження м'якого піднебіння, що, у свою чергу, суттєво впливало на функцію останнього. Відновлення ж мовленнєвої функції, на його думку, повинні забезпечувати інші додаткові методи лікування і виховання, як-то фізіотерапія, ортодонтія, логопедія тощо.

Спираючись на вищезазначене у І розділі, є підстави стверджувати, що спочатку вивчення мовленнєвої патології у дітей з ВНГП здійснювалося переважно з клінічних позицій. До появи нових лінгвістичних досліджень дитячого мовлення в логопедії тривалий час зберігалася орієнтація на дані, одержані клініцистами (Г. Симон, 1870; А. Куссмауль, 1879; О.О. Лімберг, 1980; М.Д. Дубов, 1960; М. Зеєман, 1962; С.С. Ляпідевський, 1969, Б.Я.Булатовська, 1958; Ю.Й. Бернадський, 1970 та ін.).

Ще у 1864 році видатний хірург Б. Лангенбек присвятив спеціальний розділ своєї роботи питанню нормалізації голосу та мовлення своїх пацієнтів. А доктор Макуен писав: «Навчання дасть дітям та дорослим більше ніж хірургічне лікування». Ще більш значущу роль логопедичної роботи з даною категорією дітей вбачав доктор Кез на поч. XX ст., зазначавши: «Виховання правильного мовлення після операції – важливіше самої операції...». Але безумовно аксіомою залишається необхідність вчасного та вдалого хірургічного відновлення анатомо-фізіологічної спроможності артикуляційного апарата, що забезпечує умови для більш ефективного логопедичного впливу.

Тривалий період часу (майже сто років) вада мовлення, яка «супроводжувала» (була наслідком) ВНГП, трактувалася лише як гугнявість (з різними варіаціями), пізніше почала називатися ринолалією, виокреслюючи своєю назвою лише клінічну симтоматику.

Як відомо, при ринолалії симптоматика мовленнєвого порушення проявляється у спільному порушенні артикуляції звуків мовлення та тембру голосу. Саме з цих позицій розглядається ринолалія у більшості наукових

досліджень як вітчизняних (на пострадянському просторі), так і зарубіжних. У зв'язку з цим і методики подолання цієї вади мовлення в основному орієнтовані на подолання гіперназалізації та порушень артикуляції, що є надзвичайно суттєвим для даної категорії дітей, але не вичерпує усіх можливих відхилень розвитку, обумовлених тяжким анатомо-фізіологічним дефектом.

Проблеми психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей з вродженими вадами верхньої губи і піднебіння входили у коло наукових і практичних інтересів і в галузі дефектології (Г. Гутцман, 1924; В.А. Каретнікова, 1927; С. Борель-Мезоні, 1929; В. Ведю, 1929; М.Є. Хватцев, 1931, 1959; Г. Арнольд, 1959; М.Д. Дубов, 1960; Л.Є. Фролова, 1967; І.П. Юреньова, 1968; О.Є. Гуцан, 1980; Н.Н. Каспарова, 1981, В.В. Тарасун, 1987 та ін.).

Але обов'язково слід зазначити, що більшість робіт має логопедичне спрямування (Ф.А. Рау, 1931; З.Г. Нелюбова, 1938; О.Ф. Рау, 1956; В.В. Куколь, 1941; А.Г. Іполітова, 1952-1983; Т.М. Воронцова, 1966; Н.І. Сереброва, 1969; І.І. Єрмакова, 1984; М.П. Блєскіна, 1985; Л.І. Вансовська, 1983; Г.І. Семенченко, 1977; Г.В. Чиркіна, 1967-1987; Т.В. Волосовец, 2001 та ін.).

У процесі поступового медичного і педагогічного вивчення суті дефекту і можливостей його подолання створювалися різні наукові напрями усунення порушень мовлення при вроджених дефектах верхньої губи і піднебіння. Ці наукові напрями або наукові школи ми сьогодні традиційно-умовно називаємо німецькими (або силовими) та французькими (або природніми), розглядаючи проблему подолання ринолалії в історичному аспекті. Одразу слід зазначити суттєві відмінності в принципах і методах логотерапевтичної роботи, які впроваджували представники цих наукових напрямів з метою досягнення однієї мети – подолання гугнявості.

Представники так званої німецької наукової школи Г. Гутцман, 1924; Г. Арнольд, 1959; М.М. Ванкевич, 1926; В.А. Каретнікова, 1927; М.Є. Хватцев, 1931-1959 та ін. виходили з необхідності домогтися рухливості м'якого

піднебіння через його збудження, яке викликалося сильними подразниками в області піднебіння (електростимуляція, вібромасажери), завдяки чому в комплексну діяльність збережених мовленнєвих органів залучалися і дефектні органи артикуляції. При цьому активно застосовувалися носові зажими, спеціально створені обтуратори. Слід зазначити, що запропоновані вправи частково носили силовий, напружений, неприродній характер. Логотерапевтичні заходи обов'язково передбачали на початку активне застосування електро- і вібромасажу з поступовим підключенням занять з артикуляційного і дихального тренінгу. Перші 2-3 місяці хворим було рекомендовано використовувати тільки фальцетний голос, а потім переходити до оволодіння грудним голосом.

Як представники силового методу, зазначені автори рекомендували, наприклад, вправляти піднебіння, глотку, губи, язик для збудження їх мускулатури до нормальної діяльності активними, різкими, напруженими рухами; гучним, поштовхоподібним мовленням спочатку на фальцетному голосі, пізніше – на акцентуйованому шепоті. При цьому зверталася увага на перевиховання дихання, навчання усвідомленим артикуляційним рухам. Вважалося, що напруження і рухова активність плечового пояса та шиї іррадіюють на піднебінного-глоткову мускулатуру, тому вправи мали бути різкими, короткими, тривалими. Застосування силових вправ пояснювалося в'ялістю та незграбністю артикуляційного апарата, тихим голосом пацієнтів. Подібні заняття занадто виснажували дітей, їм доводилося навіть кричати.

Усе це, безперечно, знижувало ефективність методики подолання гугнявості. Цікавим буде зазначити, що деякі автори (Г.Гутцман, Б.Лангенбек) низькі результати відновлення мовлення пояснювали недосконалістю хірургічних операцій, вказуючи на недостатність для «чистого» мовлення (у 80% післяопераційних випадків) піднебінного-глоткового змикання.

Силовий метод голосоподачі активно підтримував H.Bauer (1968-1972). Використовуючи метод акустичного аналізу підвищеної назальності звуків німецької мови, автор спостерігав нівелювання чистоти та інтенсивності

звучання одних, більш збережених звуків, від звучання інших, більш ушкоджених, особливо у сполучені голосний-приголосний. Автор також відзначав «накладання» звукових спектрів фонем особливо при збігу приголосних. Для досягнення акустичного успіху H.Bauer пропонував робити великі паузи між вимовою щілинних та проривних звуків, використовуючи підсилений напружений видих. Такі логопедичні прийоми забезпечували уповільнене, скандоване, напружене мовлення. Можливо, такий підхід до постановки голосу та формування звуковимови є доцільним для німецької мови, але для української мови, багатої на м'які приголосні та м'яку голосоподачу, подібні вправи не є фізіологічними.

Найбільш яскравим представником німецького напряму вважається проф. Г. Гутцман, який в ще у 30-ті роки XX ст. запропонував систему дихальних, артикуляційних вправ для забезпечення і стимуляції функції піднебінно-глоткового змикання. Він рекомендував починати логопедичну роботу з комплексу загальних гімнастичних вправ, після яких проводити мовленнєві вправи із застосуванням носового зажиму для підвищення тиску в порожнині рота, що забезпечувало більш чітку вимову приголосних звуків. Ним же було рекомендовано активне використання гучного голосу, оскільки тим самим певною мірою змінювався тип дихання, підвищувалася активність піднебінної завіси. Мовленнєві вправи починалися з вимови сполучення *ana*, де перший звук вимовлявся голосом звичайної сили і висоти, а сполучення *na* значно сильніше з акцентом на другий звук *a*. Аналогічним чином відпрацьовувалася вимова решти звуків. Надалі одержані мовленнєві навички закріплювалися без допомоги зажима. Але пацієнтам було рекомендовано певний мінімум вправ виконувати протягом всього життя.

Принцип первісної іррадіації збудження знайшов своє відображення в роботах Бейса, Фрешельса, М.Є. Хватцева та ін., в яких він був модифікований і значно удосконалений. Пропонувалося активне використання шепітного мовлення, впроваджувалися прийоми постановки голосу, які застосовують в роботі з туговухими дітьми, використовувалися комплекси механічних

прийомів роботи для розвитку рухливості органів артикуляційного апарата. Інші спеціалісти пропонували ставити звуки на діафрагмальному диханні, з відкритим носом, особливе значення приділялося саме роботі над голосом. На нашу думку, сьогодні не можна повністю відкидати дані підходи в роботі як застарілі. Доцільним було б активніше використовувати в логопедичній практиці ті методи і прийоми, які забезпечували стабільний позитивний результат.

Традиції німецької силової школи активно підтримували і пропагували такі російські вчені як Ф.А. Рау (1929); О.Ф. Рау (1931); М. Зеєєман (1955); Т.О. Буднікова та Б.Я. Булатовська (1960); В.І. Городілова (1961); М.П. Блєскіна та М.Г. Вислєньова (1961) та ін.

Одночасно із силовим розвивався ортофонічний (той, що щадить) метод виховання мовлення при ВНГП. Представники цього напряму, умовно названого французьким (оскільки його засновниками вважаються французькі лікарі V.Vedu, S.Borel-Maisonny, 1929-1936 та ін.)., в основу своїх методик виховання мовлення поклали принцип активного використання природнього, правильного дихання і голосу, відмовившись від використання силових, неприродніх рухів і вправ. Автори вперше запровадили постановку голосу в «маску», як під час співу. Виховання правильного дихання і голосу відбувалося за методиками навчання співам, особлива роль відводилася вокальним вправам. Для подолання підвищеної м'язової напруженості рекомендувалося виконувати голосові вправи ненепружено, м'яко, невимушено. Вважається, що саме французька логопедична школа заклала основи ортофонічного (ортофонія – поєднання голосових, дихальних, артикуляційних вправ на фоні медикаментозного впливу) методу постановки голосу у дітей з гугнявістю.

С. Борель-Мезоні (1929) було здіснено дослідження ступеня велофаренгіального змикання у дітей після операції за допомогою фарингоскопа. Він прийшов до висновку, що далеко не завжди операція забезпечує необхідне змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки,

що не дозволяє у свою чергу позбутися гугнявості. Уже тоді дослідник визначав різні стани мовлення дітей з ВНГП після операції: нормальне мовлення; мовлення, що супроводжується шумами; мовлення з вадами вимови окремих звуків. Доцільно зазначити, що і нині велофаренгіальна недостатність після ураностафілопластик залишається проблемою не тільки медичною, але і логопедичною.

Подальший розвиток ортофонічний метод знайшов у роботах L.Green (1959) та H.Vanthala (1969). Саме L.Green запропонувала єдину методику подолання відкритої назалізації незалежно від причин. Стверджуючи, що велофаренгіальне змикання забезпечується виключно хірургічним шляхом, вона принципово відмовилася від вправ на стимуляцію піднебінно-глоткової мускулатури. Посилаючись на дослідження P.Paget (1930) про джерело утворення назального звука та керуючись теорію парних резонаторів, L.Green вважала найбільш важливими показниками для формування правильного мовлення ступінь напруження м'язів гортано-глотки, її обсяг та конфігурацію ротової порожнини. Мету своїх занять вона вбачала у забезпеченні вільного виходу видихуваного повітря з гортані. Тому основними у методиці були вправи на розслаблення м'язів голови, шиї, губ, щік, язика. Обов'язкоим було домогтися легкого, ненапруженого видиху. Оскільки вважалося, що будь-яке артикуляційне напруження підсилює гримаси, дітей вчили говорити легко, розслаблено, не фіксуючись на чіткості вимови. Перші вказівки на беззвучну постановку фонем з метою подолання старих артикуляційних стереотипів знаходимо саме у L.Green. Пізніше вона вводила шепітне мовлення, а фонацію включала спочатку на голосних, потім на приголосних звуках. Найсуттєвішим показником успіху автор вважала не стільки позбавлення від назальності, скільки розбірливість мовлення дитини.

„Посередником" між двома науковими підходами до подолання гугнявості можна вважати М.Є. Хватцева (1959-1962), який пропонував терапію, що щадить, але наполягав на використанні силових методів в особливо тяжких випадках.

Існують і інші напрями відновлення голосу при ринолалії. Так, М. Зеєман рекомендував починати так звані мовленнєві тренування з шепітного мовлення, потім включати тихий голос з м'яким голосовим початком. Удосконалили цей метод О.С.Алмазова (1965), А. Митринович-Моджеєвска (1965), Т.Н. Ворноцова (1966) та ін., які також використовували фоніатричний (від гр.phone – голос, звук + iatreia – лікування) підхід до реабілітації мовлення і голосу ринолаліка, активно використовуючи в роботі дихальні, артикуляційні вправи, постановку голоса в „маску" для одержання високих формант, викорстання грудного резонатора для одержання низьких формант (форманта – локальний максимум частотного спектра або коливань певного звука). При цьому, Т.Н. Воронцова [76] пропонувала диференційований підхід у виборі логопедичних методик в залежності від довжини і рухливості м'якого піднебіння.

Аналізуючи різні наукові підходи з доступної нам наукової літературидо подолання ринолалії, видається справедливим і вчасним виокремлення самостійного напряму, який, на нашу думку, можна визначити як російську наукову школу, оскільки безперечна більшість фундаментальних досліджень зазначеної проблеми здійснюється у Росії.

Так, спираючись на започатковані французами та німцями підходи, видатні російські вчені-дефектологи та логопеди Ф.А. Рау, 1931-1959; О.Ф. Рау, 1933-1969; Т.Н. Воронцова, 1966; Л.В. Дмітрієв, 1969; А.Г. Іполітова, 1983; Г.В. Чіркіна, 1969-1987; І.І. Єрмакова, 1984, Т.В. Волосовец, 1995 та ін. розробляли принципово нові підходи до вивчення відхилень у формуванні мовлення у дітей з ВНГП, удосконалювали і пропонували нові методики виховання правильного мовлення, довели необхідність проведення логокорекційної роботи як в до- так і в післяопераційний період, визначали шляхи формування мовлення у процесі логопедичного впливу.

Слід зазначити, що з цього часу були намагання дати визначення різних варіантів мовлення у дітей з ВНГП після оперативного втручання (М.Є. Хватцев, 1959; М.Д. Дубов, 1960; В.М. Каретнікова, 1960; О.С. Алмазова,

1975; З.А. Рєпіна, 1975; А.Г. Іпполітова, 1983 та ін), розробити педагогічну типологію дітей з ринолалією (Г.В. Чиркіна, 1987) з метою удосконалення змісту логокорекційної роботи. Однак не можна сказати, що цей процес є завершеним, і знайдено оптимальні умови для подолання порушень мовлення в осіб з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Аналізуючи літературні джерела, присвячені дослідженню проблем розвитку мовлення у дітей з ВНГП, ми виділили декілька етапів і напрямів, взаємообумовлених і взаємозалежних як у часовому, так і у змістовому аспекті. Взагалі, найчисленнішими як у вітчизняній, так і у зарубіжній логопедичній літературі виявилися роботи, присвячені двом глобальним проблемам: корекції гіперназалізації та порушенням артикуляції.

Слід одразу зазначити, що навіть на початку XX ст. не було науково обґрунтованого досвіду подолання порушення мовлення, що було викликане вродженим незрощенням губи та піднебіння. Як і у будь-якій галузі дефектологічної науки перші логопедичні методики подолання гугнявості тривалий час формувалися емпіричним шляхом, поступово просуваючись у пошуках наукового підтвердження одержаних результатів.

Доволі тривалий період (20-ті-60-ті роки XX ст.) можна охарактеризувати як період вивчення особливостей порушення звуковимови і тембра голосу у дітей з вродженими щілинами губи та піднебіння та пошуку шляхів корекції гіперназалізації.

У 30-ті роки в СРСР у періодичних виданнях з’являється ряд наукових статей і рефератів в основному зарубіжних авторів з проблеми допомоги дітям з ВНГП у подоланні дефекту мовлення (Б. Лангенбек, 1927; Г. Гутцман, 1930; Д. Вейс, 1935; C. Case, 1927 у перекладі В.О. Каретнікової; Th. Flatau, 1932 та L. Eikmann, 1935 у перекладі В. В. Куколя 1941).

Пошуки зарубіжних дослідників перекликалися із результатами вивчення гугнявості як логопедичної проблеми такими видатними радянськими вченими як Ф.А.Рау, 1929; О.Ф.Рау, 1921; З.Г. Нелюбова, 1938; В.В.Куколь, 1941;

А.Г.Іпполітова, 1955; М.Митринович-Моджеєвска, 1959; Г.В.Чиркіна, 1969 та ін.

Перші вказівки на необхідність проведення логопедичної роботи до операції ми знаходимо в роботах Ф.А. Рау (1931). Але автор вказував на необхідність обережного проведення занять у доопераційний період, акцентуючи увагу на труднощах вирішення проблеми і можливих негативних наслідках неправильного виховання мовлення.

О.Ф. Рау (1933) виклала послідовність корекційної роботи з дітьми-ринолаліками після операції в одинадцяти заняттях, використовуючи як основний прийом роботи при формуванні звуковимиови зажаті крила носа. А.Г. Іпполітова (1963) назвала запропоновані О.Ф. Рау заняття першою вдалою спробою дати коротку методику логопедичних занять.

З.Г. Нелюбова (1938) дала більш широкий опис послідовності усієї післяоперапційної логопедичної роботи з дітьми, що мають ВНГП, у восьми розділах. Автор пропонувала викорстовувати нові на той час прийоми корекції мовлення, як-то: масаж піднебінної завіси, позіхання, ковтання рідини маленькими ковтками та ін.

Значна увага у цих роботах приділялася вивченню особливостей функціонування мовленнєвого апарата у патологічних анатомо-фізіологічних умовах. У них, наскільки це було можливим на той час, була представлена характеристика в основному клінічних симптомів мовлення при ВНГП: гугнявий тихий голос, збочена звуковимова, гіподинамія м’язів обличчя, язика, піднебіння, зниження загальної чутливості, ослабленість слухової функції, розлади дихання. З огляду на це, давалися вказівки та розроблявся зміст методик подолання цієї вади мовлення.

Певний підйом інтересу до вивчення розвитку дітей з відкритою органічною ринолалією припадає на 60-ті-70-ті роки XX ст. У ці роки поява нових об’єктивних методів дослідження, новітні досягнення у психолінгвістиці та логопедії сприяли активному вивченню особливостей фонетичної сторони мовлення дітей з ВНГП (А.Г. Іпполітова, 1963; Т.М.

Воронцова, 1966; С.С. Ляпідевський, 1968; Н.І. Середброва, 1969; З.А. Рєпіна, 1971; M. Edwards, 1973; S. Borel-Maisonni, 1975; Л.І. Вансовська, 1977; S. Fletcher, 1978; І.І. Пружан, 1979 та ін.).

Значною подією у наукових логопедичних колах стало дослідження 1966 року Т.М. Воронцової [76] щодо пошуків педагогічних шляхів корекції мовлення у хворих з відкритою ринолалією після уранопластики. Автор розробила та запропонувала для використання у практичній логопедії методику роботи щодо подолання ринолалії, враховуючи пізні строки усунення вроджених незрощень твердого та м'якого піднебіння.

Слід відзначити, як принципово важливу роботу А.Г. Іполітової (1963), яка, продовживши ідеї О.Ф. Рау, обґрунтувала і розробила методику логопедичних занять для дітей-ринолаліків у доопераційний період, чим заклала підвалини нового напряму логотерапевтичної роботи, значно розширила можливості відновлення функцій мовлення, запобігання вторинних ускладнень, покращення логопедичної корекції.

У руслі клініко-експерментальних робіт з ринолалії слід виділити дослідження Л.І. Вансовської [44, 46, 49], присвячене вивченню фонетичних порушень мовлення у осіб з відкритою формою ринолалії та ринофонії. На основі використання комплексу об'єктивних методів дослідження автор вивчила розбірливість мовлення осіб з відкритою ринолалією (що мали виражені артикуляторні порушення та значну назалізацію) та порівняла з результатами вивчення її у осіб з ринофонією (при вираженій назалізації та незначних порушень вимови окремих звуків). Виявлено, що розбірливість мовлення першої групи була дуже низькою (28, 4%), тоді як у другої групи вона була значно вищою (55,6%). Висновки Л.І. Вансовської у даному питанні були важливими з наукової та практичної точки зору, оскільки було доведено – покращення артикуляції значно підвищує розбірливість мовлення, незважаючи на присутній значний назальний відтінок голосу. Як підсумок, було показано, що основними особливостями експресивного мовлення осіб з ринолалією є гіперназалізація, поліморфні артикуляційні помилки та низька

складова розбірливість на тлі функціональної неповноцінності дихальної та голосової функцій.

Наприкінці 70-х років з'явилися роботи Л.І. Вансовської, 1977; М. Томеску, Е.Алекса, 1977; S. Fletcher, 1978 та ін., у яких були спроби встановити критерії оцінки результатів корекції звукової сторони мовлення, враховуючи складну природу фонетичного дефекту.

Аналізуючи мовлення дітей з ВНГП з фонетичної сторони, M. Morley (1972), пропонує два типи їх мовлення: а) «…мовлення з правильним місцеутворення артикулем, але з назальним тембром голосу і зі слабкими приголосними з причини недостатнього інтерорального тиску повітря…»; б) «…мовлення з носовим витоком повітря, назальним хрипом, фаренгіальними замінами, носовими гримасами та іншими артикуляційними порушеннями…». Тобто у висновках M.Morley власне йдеться про ринофонію та органічну ринолалію, при чому важливим є відносно чітке розмежування двох патологічних станів мовлення.

Такого ж бачення притримувалася і О.С. Алмазова (1973), пропонуючи чітку диференціацію понять ринолалія та ринофонія: «…ринолалія – це патологічна зміна тембру голосу та порушена звуковимова, а ринофонія – зміна відтінку, тембу голосу, обумовлена порушенням взаємозв'язку носової порожнин з ротоглотковим резонатором у процесі фонації…» (1, ст. 23).

Вивчаючи фонетичні помилки вимови дорослих з піднебінною патологією, Л.І. Вансовська (1979) виділила дві категорії хворих: а) з вираженими артикуляційними порушеннями та назалізацією, тобто з відкритою ринолалією; та б) зі значною назалізацією та змазаністю вимови окремих звуків – відкритою ринофонією. Л.І. Вансовська довела позитивний влив покращення артикуляції на розбірливість мовлення, навіть якщо назальність голосу залишається значною. Безперечно, це було цінним теоретичним вкладом у розуміння структури дефекту та певним дороговказом для практичної логопедії.

Більш детальне узагальнення фонетичних порушень у дітей з ринолалією було зроблено Г.В. Чиркіною, (1987), довівши «фонетичну невизначеність» звуків, що вимовляються та несформованість просодичних елементів мови.

У 1989 S. Stengelhofen також вивчав особливості фонетичної сторони мовлення у осіб з ВНГП. Він виділив типові фонетичні дефекти, як-то: ослабленість фрикативних, африкат та проривних; одномоментне використання подвійних артикуляцій (одночасна вимова двох далеких за місцем творення звуків), атипові артикуляції (надмірна фаренгіалізація, велярізація, глотолізація звуків) тощо. Враховуючи особливості англійської фонетики, не можна не визнати правильність основних висновків дослідника щодо основних характеристик фонетичного оформлення мовлення дитини з ринолалією.

Багато авторів, особливо зарубіжних (W. Demark, Morris Vandehaar (1979), відмічають стійкість порушень звуковимови, які можуть зберігатися навіть до 18 років.

Аналіз літературних джерел початку XX ст. до 70-х років дає підстави прослідкувати тенденцію поступового переходу від описових оцінок до більш об’єктивних. Більшість робіт з проблеми ринолалії цього періоду характеризуються інтенсивним накопиченням фактів, що стосувалися опису у першу чергу симптомів вад звуковимови, голосу та пошуком шляхів подолання цих порушень. У більшості вітчизняних та зарубіжних досліджень відмічається поліморфізм артикуляційних порушень, своєрідність фонетичного компоненту мовленнєвої системи, виокреслюється симптомокомплекс ринолалії тощо.

Поступово починають формуватися нові погляди на зближення логопедичної науки, практичної логопедії та медицини. У ці роки у щелепно-лицьовій хірургії дитячого віку з’являються дослідження стосовно визначення оптимальних строків хірургічного відновлення цілісності губи та піднебіння у сторону їх зменшення. Це, безперечно, повинно було примусити науковців-логопедів враховувати ці зміни. Але логопедії як науці педагогічній

знадобиться ще декілька десятків років, щоб активізувати пошуки змісту і методів логопедичної корекції, враховуючи більш ранні строки ураностафілопластики.

Обов'язково слід зазначити, що початок 70-х років 20 ст. відзначився у радянській логопедії активною перебудовою методологічних засад вивчення патології мовлення взагалі, враховуючи вчення Р.Є. Левіної і співавт. (1968) про загальні закономірності порушень мовлення як складної системи.

Це обумовило появу ряду досліджень дітей з ринолалією, що здійснювалися з позицій системного аналізу мовленнєвої діяльності (Г.В. Чиркіна, 1967, 1973; З.А. Рєпіна, 1970, 1975; Г.Ф. Сергєєва, 1971; О.С. Алмазова, 1975, Л.І. Вансовська, 1979 та ін.) з метою більш глибокого вивчення мовленнєвих процесів у осіб різного віку з ВНГП. Саме ці дослідники мовленнєвого розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння з позицій системного аналізу відмічали у них порушення мовленнєвої системи у цілому, чим заклали підвалини багаторівневого вивчення цієї вади мовлення.

У межах системного підходу вивчення ринолалії як складної вади мовлення З.А. Рєпіною (1975) було проведено дослідження особливостей аномальних мовленнєвих проявів у дітей з ринолалією з урахуванням законів їх психофізичного та мовленнєвого розвитку. Це дозволило автору визначити роль основного дефекту артикуляції та його негативний вплив на подальший розвиток інших мовленнєвих компонентів. Значні порушення письма у 64,9% обстежених учнів з ринолалією були обумовлені, на думку З.А. Рєпіної, вторинним відхиленням у процесі оволодіння фонематичними та морфологічними узагальненнями. Співвіднесення недоліків письма з особливостями мовленнєвого розвитку показало, що легким ступеням недорозвинення мовлення відповідали менш виражені порушення писемного мовлення, а тяжкі розлади письма відповідали грубим порушенням у розвитку мовлення. Подолання вад письма за методикою автора, що здійснювалося одночасно з корекційним впливом на звукову сторону мовлення, довело

правильність теоретичних припущень про вторинний характер дисграфії у дітей з ринолалією.

Однак, у своєму дослідженні З.А. Репіна зазначала відсутність прямого зв'язку між тяжкістю первинного дефекту артикуляційного апарата і ступенем порушенням письма, вказуючи на випадки повноцінного оволодіння писемним мовленням учнями з тяжкими розладами артикуляції. Феномен компенсації потребує подальшого вивчення та уточнення. Аналізуючи вимовну сторону мовлення у дітей з ринолалією, автор виділила два її аспекти (артикуляційний та акустичний) і намагалася розкрити особливості процесу фонетичного сприймання мовленнєвих звуків.

Таким чином, у дослідженні З.А. Рєпіної отримали подальший розвиток ідеї Р.М. Боскіс (1948), Р.Є. Лєвіної (1948), Г.В. Чиркіної (1967), Г.Ф. Сергєєвої (1971) про взаємозв'язок та взаємообумовленість процесів акустичного сприймання звуків мовлення та їх артикулювання. Патофізіологічні та акустичні дослідження того часу розширювали уявлення про мовленнєвий дизонтогенез дитини з ВНГП, вказуючи не тільки на порушення артикуляційної сторони мовлення та її тембрового забарвлення, але і про порушення з боку дихання, фонації, фонематичного слуху.

Отже, саме 80-і роки можна вважати періодом активізації наукових пошуків шляхів подолання ринолалії (Л.І. Вансовська, 1981; К.-П. Беккер, М. Совак, 1981; С.І. Блохіна, 1983; А.Г. Іпполітова, 1983; І.І. Єрмакова, 1984; В.В. Татасун, 1984; Г.П. Соснін, 1984; Г.В. Чиркіна, 1987; Р.А. Юрова, 1987 та ін.). Дослідження зазначених авторів присвячено визначенню методологічних основ та пошуку науково-методичних шляхів формування мовлення у дітей з ринолалією. У більшості робіт даного напряму розглядаються питання виховання правильної звуковимови в до- і післяопераційний період, пропонуються методики формування і розвитку мовленнєвих функцій. Але запропоновані методики подолання різних форм ринолалії, в основному, охоплюють дітей віком від п'яти, а інколи лише після семи років життя.

Серед досліджень зазначеного періоду особливе місце займає фундаментальна робота Г.В. Чиркіної (1987), присвячена пошуку науково-методичних шляхів формування мовленнєвої діяльності дітей з ринолалією, враховуючи особливий тип мовленнєвого дизонтогенезу. Вивчаючи мовлення дітей з ринолалією, проведеного з позицій системного підходу, Г.В. Чиркіна виявила складні зв'язки між окремими компонентами мовленнєвої діяльності, які визначили напрями, мету і завдання корекційного навчання.

Однією з перших у радянській логопедії Г.В. Чиркіна дослідила мовлення дітей з ВНГП молодшого шкільного віку і вивела закономірності впливу первинного дефекту на формування у подальшому писемного мовлення та здатності використовувати навички «навчального» мовлення у ситуації спонтанного спілкування тощо. Також було описано комплекс вторинних проявів, що характеризував різні варіанти недорозвинення мовлення.

Такі дослідники, як В.І. Вакуленко, Л.Я. Дербалюк, Г.І. Семенченко (1977) співставили вади звуковимови при відкритій органічній ринолалії та при дизартрії і знаходили при цьому багато спільних характеристик.

Р.А. Юрова (1987), вивчаючи зв'язне мовлення молодших школярів з ринолалією в Україні, виявила низку його специфічних особливостей: обмежене використання основних розрядів лексики, труднощі у розгортанні зв'язного висловлювання, недостатньо повна передача змісту теми, що обговорюється, порушення композиційної структури висловлювання тощо.

В.В.Тарасун (1984, 1998), вивчаючи особливості інтелектуальних мовленнєвих операцій дітей з тяжкими вадами мовлення, здатність дітей молодшого шкільного віку, до засвоєння рідної мови, довела недостатній рівень оволодіння загальними розумовими діями, що негативно впливало на засвоєння шкільної програми, зокрема, програми з рідної мови.

На початку 90-х років утворився певний вакуум експериментальних даних та нових теоретичних розробок проблеми ринолалії. Однак у 1995 році з'явилася робота Т.В. Волосовець, якою автор започаткувала розробку нового напряму логопедичних досліджень – вивчення мовленнєвого розвитку дітей з

вродженими незрощеннями губи та піднебіння до 3-х років та розробку методичних засад логопедичної роботи з цією категорією дітей.

Деякими питаннями раннього розпізнавання, корекції мовленнєвого розвитку у дітей до 3-х років та розробкою основних шляхів профілактичної роботи щодо попередження затримки мовленнєвого розвитку у дітей з ВНГП переймалися також Т.Н. Воронцова (1987), С.І. Блохіна (1991), Г.В. Чиркіна (2000), Г.М. Соломатіна (2003), С.Ю. Конопляста (2006) та ін. Але слід зазначити, що наукові пошуки у даному напрямі, особливо його діагностичний вектор, практично не знаходять свого продовження у сучасних дослідженнях, незважаючи на його надзвичайну актуальність та практичну значущість.

Кінець 90-х років XX ст. – початок XXI ст. означилися глибокими дослідженнями російських вчених, здійсненими у кращих традиціях російської наукової школи. Стратегічними напрямами цих досліджень стали: розробка логопедичних технологій диференційованого подолання порушень мовлення у дітей з вродженою піднебінною патологією (Т.Ю. Дерунова, 2003); вивчення структурних компонентів мовленнєвої діяльності та голосової функції у дітей дошкільного та шкільного віку з ВНГП (Т.В. Васильєва, 1998; Г.В. Доросинська, 2000; Г.М. Соломатіна, 2003); пошук корекційно-навчальних технологій формування адаптивної поведінки у дітей дошкільного віку з ВНГП (Є.С. Набойченко, 1999).

Багаторічні спостереження, хоча і доволі розрізнені, за перебігом розвитку мовлення дітей-ринолаліків свідчать про набагато складніші механізми порушення мовленнєвої діяльності у них; є дані про те, що у цих дітей часто страждають більш глибинні процеси формування складних рухових (артикуляційних) актів, граматичних категорій і понять, формування фонематичних уявлень, своєрідними видаються механізми формування звукових образів (механізмів слухових і мовленнєвих диференціювань), що, можливо, стримує формування інтелектуальних мовленнєвих операцій тощо.

Серед мовленнєвих розладів ринолалія вважається тяжкою вадою, подолання якої вимагає тривалого часу, ранньої діагностики порушень

розвитку, своєчасного корекційного впливу, урахування індивідуальних і загальнокомпенсаторних можливостей дитини, глибокого знання специфіки логопедичної роботи саме з даною категорією дітей.

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

Результативність показала система логопедичного впливу на дитину-ринолаліка, розроблена А.Г. Іпполітовою [176, 177]. Підтримуючи ідеї М.Зеємана, М.Є. Хватцева, О.Ф.Рау та ін. про можливість доопераційного логопедичного втручання, А.Г. Іпполітова багаторічним досвідом роботи довела необхідність і доцільність систематичних логопедичних занять вже у доопераційному періоді. Але сьогодні треба брати до уваги, що дана система розроблялася у 80-ті роки, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна і особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди визнають методику А.Г. Іполітової як ефективну за умови відсутності у дитини системних порушень мовлення.

Своєрідність даної методики полягає в тому, що на основі дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів увага дитини привертається спочатку до артикуляційного укладу (артикулеми) звука і тільки за умови її засвоєння пізніше підключається голос. В процесі формування артикулем особлива увага звертається на плавний, невимушений характер рухів з метою запобігання виникнення синкинезій у лицевій та мімічній мускулатурі. У системі вправ з розвитку артикуляційного праксису головним є використання фізіологічної взаємодії м’язових груп мовленєвого апарата, тобто їх взаємообумовленість та взаємозалежність. Послідовність роботи над звуками визначається рівнем готовності артикуляційної бази. Зміст

логопедичних занять включає перевиховання фізіологічного дихання на мовленнєве; відпрацювання диференційованого вдиху-видиху; виховання довгого, плавного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без включення голосу) та фрикативних глухих приголосних; диференціацію короткого і довгого ротового і носового видиху для формування сонорних звуків і африкат; формування м'яких звуків, диференціація і автоматизація сформованих звуків. В методиці А.Г. Іполітової чітко визначені етапи (підготовчий, основний) і особливості логопедичної роботи в до- і післяопераційному періоді, вказана послідовність роботи над звуками, дозування матеріалу в різні періоди роботи.

Артикулеми голосних звуків рекомендовано формувати у такій послідовності: а, є, о , у, и, я, ю (закінчує цю послідовність звук й). Звуки я, є, ю формуються із сполучення й та відповідного голосного звуку (а, е, о, у). Звук й дозволяє простежити напрям видихіваного повітря як першої, так і другої частини дифтонгу. Принципово відмінним від інших була запропонована А.Г. Іполітовою саме послідовність роботи над приголосними звуками.

О.Ф. Рау (1961) рекомендувала такий порядок постановки приголосних: п, б, м, т, д, н, ф, л, к, г, с, з, х і т.д. М.Є. Хватцев: п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж і т.д. З.Г. Нелюбова: п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х і т. д. Тобто, вищезазначені автори починали постановку приголосних зі змичних (п, б) і передньоязикових (т, д, н). А.Г. Іполітова, спираючись на досягнення підготовчого періоду (рухливості піднебінної завіси, направленості видихуваного струменя повітря через рот, постановки голосних звуків), вважала, що найбільш ефективним буде початок роботи з постановки щілинних ф і в, оскільки їх вимова не вимагає підвищеної сили голосу, що не є бажаним для ослабленої дитини. На основі ф і в, змінивши артикуляційний уклад, пропонується поставити с і з (оскільки дитина вже може показати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий ф,ф,ф, включається змичка і виходить звук п, а від звука в можна поставити звук б і

т.д. Незважаючи на відносну збереженість деяких звуків, А.Г. Іполітова категорично наполягала на необхідності починати роботу над постановкою звуків заново, з нуля, оскільки звуковимовну сторону вважала тотально порушеною. Кількість вправ, запропонованих дитині на кожному занятті, може бути різною. Так, на першому занятті можна обмежитися тренуванням ротового видиху, а можна перейти і до формування деяких артикулем голосних звуків. Цікавими є запропоновані автором спеціальні таблиці для автоматизації поставлених звуків, малюнки, картинки, завдання для батьків тощо.

Не меншою популярністю серед логопедів користується поетапна методика корекції розладів голосу при ринолалії І.І. Єрмакової [161, 162]. Вона встановила вікові особливості функціональних розладів голосоутворення у дітей і підлітків з вродженими назрощеннями губи і піднебіння і, враховуючи це, запропонувала оригінальну систему постановки голосу у ринолаліків. При цьому І.І. Єрмакова наголошувала на обов'язковому урахуванні в логопедичній роботі принципа індивідуального підходу до свого вихованця. Автор методики звертає увагу на необхідність проведення першого (доопераційного) етапу роботи з метою попередження утворення компенсаторних паталогічних звичок і створення артикуляційної бази для розвитку мовлення.

У цей період передбачена доопераційна підготовка піднебінної завіси до піднебінно-глоткового змикання після операції, по можливості запобігання дистрофії м'язів глотки, створення функціональних передумов для процесу нормального звукоутворення: переміщення язика в ротовій порожнині вперед, опускання його кореня і зміцнення кінчика, активізація губ і щік, запобігання ключичного типу дихання тощо. Цікавим є акцент на використанні фонації для виховання рухливості піднебінної занавіси як найбільш фізіологічного процесу. Особливості артикуляції голосних а і є, на думку автора методики, дозволяють їх застосовувати для розвитку рухливості сегментів м'якого піднебіння. Вправи з цимим голосними рекомендовано починати з першого

заняття, привертаючи увагу дитини до м'якої голосоподачі і правильного положення язика в роті. На думку І.І.Єрмакової, паталогічне положення якика в порожнині рота порушує мовлення більше ніж недостатність піднебінно-глоткового зімкнення. Тому активізації рухливості язика і вихованню правильного його положення в роті приділяється прискіплива увага. Артикуляційну гімнастику і масаж органів артикуляції рекомендовано проводити щоденно – 3-4 рази по 5 хвилин. Оскільки кінестетичні відчуття у осіб з ВНГП знижені, рекомендовано одночасно працювати не більше ніж над трьома видами вправ, враховуючи при цьому індивідуальні особливості кожної дитини. При цьому слід уникати різких, швидких артикуляційних рухів, оскільки вони вимагають значного напруження і не дають бажаного ефекту, тому що дитині важко запам'ятати зміну кінестетичних відчуттів і точно відтворити рухи.

Корекцію дихання краще проводити в кабінеті ЛФК. Щоб дитина могла перейти безпосередньо до дихальних вправ, вона повинна оволодіти спрямованим струменем повітря. Тільки після оволодіння достатньо подовженим діафрагмально-реберним видихом логопед може приступати до постановки голосних звуків і вокальних вправ. І.І. Єрмакова рекомендує починати з протяжної вимови голосних а-а-а, е-е-е на м'якому видосі в грудному регістрі. Пізніше підключаються звуки о, і, у, и. Після того як дитина навчиться протяжно вимовляти ізольовані голосні, слід переходити до злитної вимови сполучень з двох, потім з трьох звуків. Розвиток фонематичного слуху входить в коло завдань, які логопед вирішує в підготовчому періоді (вміння виділяти звук з ряду ізольованих, виявляти наявність звука в слові, визначати місце звука в слові, розрізняти на слух ротові і носові звуки, визначати правильність вимови звука в слові тощо). Автор рекомендує активно використовувати ігрові моменти з елементами звуконаслідування, ігри з включенням сюжетних елементів тощо. Оскільки вправи на розвиток фонематичного слуху є досить виснажливими, ними рекомендовано займатися протягом 7-10 хвилин на одному занятті.

І.І. Єрмакова вважає можливим роботу над звуковимовою до операції. Але її зміст залежить від віку дитини і стану дефекту. Головне на думку автора – домогтися покращення комунікативної функції мовлення, задовольняючись на цьому етапі лише приблизною артикуляцією, звуками-аналогами. До постановки приголосних фонем повинен завершитися етап постановки діафрагмально-реберного дихання. Етапу постановки „чистих" приголосних може передувати операція і період відновлення сформованих мовленнєвих навичок. За І.І. Єрмаковою починати краще з приголосних л, л', в, в', ф, ф', вимова яких краще диференціюється в складах, де приголосний стоїть в інтервокальній позиції – між двома голосними. Принциповою є позиція автора про необхідність включення в спонтанне мовлення нових мовленнєвих навичок вже на цьому етапі. Надалі послідовність постановки приголосних може бути такою: п, п', б, б', м, м', с, с', з, з', т, т', д, д', н, н', ш, г, к, х, р, р'. За даною методикою останніми слід виховувати ж і африкати. Одночасно проводиться робота з диференціації ротових і носових звуків: м – п; м' – п'; н – д; н – т; м – б; м' – б' тощо.

Л.І. Вансовська (1977) пропонувала роботу по усуненню назалізації розпочинати не з традиційного звука ***а***, а з голосних переднього ряду ***і*** та ***е*** (рос.), оскільки саме ці звуки дозволяють спрямувати струмінь видихуваного повітря в передньому відділі ротової порожнини і укласти язик біля нижніх різців. При цьому, вважає автор, підсилюється чіткість кінестетичних відчуттів, а вимова звука і „примушує" активізуватися м'язам глотки і м'якого піднебіння.

За даною методикою логопед використовує в роботі з дитиною тихий голос, з дещо висунутою вперед нижньою щелепою, з напівпосмішкою на обличчі, з підсиленим напруженням м'якого піднебіння і м'язів глотки. Спочатку проводиться робота по усуненню назалізації голосних, потім здійснюється постановка сонорів (л, р), пізніше – щілинних і змичних приголосних (рос.).

Ще наприкінці 60-х років Т.Н Воронцова вказувала на необхідність урахування анатомічних і функціональних особливостей артикуляційного апарата для здійснення логопедичної роботи.

В цей же час С.Л. Таптапова (1963) працювала з дорослими ринолаліками і, спираючись на власний досвід роботи, розробила методику подолання гугнявості з використанням режиму мовчання (вимови голосних про себе), вокальних вправ, спеціальних прийомів для зняття гримас і зайвого напруження м'язів шиї, плечового пояса.

Керуючись методичними рекомендаціями своїх попередників з відновлення голосу у підлітків і дорослих (Н.Ф. Лебедєва, М.І. Фомічова та ін.), деякими прийомами вокальних методик (Є.Н. Малютін, Л.Д. Работнов та ін.), матеріалами досліджень зарубіжних фоніатрів і логопедів (Г. Гутцман, В. Во, Д.Тарно, Д. Ейзенсон та ін) і результатами практичного досвіду роботи, в 70-ті роки О.С. Алмазова запропонувала методичну систему відновлення голосу у дітей при органічних захворюваннях гортані. В контексті проблеми подолання ринолалії цікавою є авторська характеристика різних форм ринофонії і комплексний метод її подолання , який заключається у поєднанні ортофонічних вправ з психотерапією, лікувальною фізкультурою і рядом лікувально-профілактичних заходів.

Значний вклад у вирішення проблеми подолання ринолалії зробила Г.В.Чиркіна, яка на основі багаторічного вивчення цієї категорії дітей в кінці 80-х років розробила методичні рекомендації з комплексної психолого-педагогічної корекції даного мовленнєвого порушення. За Г.В. Чиркіною логопедична робота по подоланню ринолалії повинна носити комплексний характер і бути спрямованою не тільки на корекцію фонетичних розладів, а й на розвиток лексики, граматики і граматичного мислення на фоні корекційного психологічного впливу.

Однак, аналіз досліджень проблеми порушень мовлення у дітей з ВНГП на сьогодні чітко окреслює цілий ряд позицій, які потребують більш глибокого вивчення та міждисциплінарного узгодження.

Певна розірваність та одновекторність досліджень мовлення у дітей з ВНГП та різномаїття одержаних даних засвідчують необхідність вивчення порушень мовлення при ВНГП те тільки з педагогічних позицій, але й з позицій клінічного та психологічного напряму досліджень проблем розвитку мовлення у дітей з ВНГП. На нашу думку, така потреба є нагальною і вона співпадає із магістаральними напрямами сучасної логопедичної науки. Вивчення порушень мовлення у дітей з ВНГП потребує більш тісного контакту з новим самостійним науковим напрямом – логопатологєію дитячого віку, орієнтованого на вивчення станів надорозвинення мовлення з точки зору таких наукових дисциплін як нейропсихологія, психологія, психопатологія, невропатологія та ін., започаткованою О.М. Корнєвим у Ленінграді у 1991 році.

Наше дослідження спрямоване на вивчення структури психомовленнєвого дефекту при ВНГП, визначення критеріїв оцінки усіх порушених ланок функціональної системи мови та мовлення, визначення критичної глибини мовленнєвого дефекту, розробки нових психолого-педагогічних варіантів психомовленнєвого дизонтогенезу дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння (з урахуванням новітніх досягнень у щелепно-лицьовій хірургії дитячого віку, досліджень особливостей психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей з ВНГП різного віку, іноваційних психодіагностичних технологій вивчення особливостей психічної сфери тощо).

1.3. Дослідження психічного розвитку дітей із ВНГП

Мовлення має принципове значення для розвитку психічної діяльності дитини в цілому, виступаючи в ролі стрижня в розвитку мислення, і як його матеріальний носій, і як вищий регулятор поведінки дитини.

З огляду на тісний взаємозв’язок і взаємообумовленність процесів мовлення і мислення проблема вивчення особливостей психічного розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння та розробка науково

обґрунтованого змісту, методів і прийомів психокорекційної роботи з ними є на сьогодні недостатньо вирішеною, актуальною, практично значущою і надзвичайно складною як психологічною, так і логопедагогічною проблемою.

Історично склалося так, що мовленнєві порушення, зокрема така вада мовлення як ринолалія, тривалий час були предметом вивчення логопедії.

Діти з вродженими незрощеннями губи та піднебіння віднесені до категорії дітей-інваладів дитинства. Зрозумілою є зацікавленість лікарів, педагогів, психологів, соціальних працівників у пошуках правильних підходів до вирішення проблем такої дитини та її сім'ї. Тяжкий недуг дитини стає для сім'ї складною проблемою, яку ні одна сім'я не в змозі вирішити самостійно. У той же час протягом багатьох десятиліть наше суспільство та держава орієнтувалися на можливість виховання та освіти дітей з вадами психофізичного розвитку тільки у межах сталої державної системи спеціальних дошкільно-шкільних закладів або закладів інтернатного типу. У такій ситуації звичайними стали: соціальне маркування дитини з вадами психофізичного розвитку як дитини з дефектом; ізоляція такої дитини у певному (особливому) соціумі, який не завжди сприяє її повноцінній соціально-психологічній адаптації; безваріативність та жорсткість форм отримання освіти та виховання у системі державних навчально-виховних закладів; практично повне виключення сім'ї з процесу навчання та виховання дитини з пороком розвитку.

Сучасний етап наукових досліджень, спрямованих на вивчення феномена вроджених незрощень губи та піднебіння, характеризується двома ярскраво визначеними напрямами: медичним, спрямованим на відновлення та реабілітацію фізіологічних функцій організму, та психолого-педагогічним, у якому в основному переважають пошуки технологій відновлення та розвитку мовлення (М.Є. Хватцев, 1958; Т.М. Воронцова, 1966; М. Зеєман, 1966; Н.І. Сереброва, 1969; В.М. Мєссіна, 1971; А.Г. Іполітова, 1983; З.А. Рєпіна, 1996; А.І. Уракова, 1972; Г.В. Чиркіна, 1984; І.І. Єрмакова,

1964; О.С. Алмазова, 1975; Р.А. Юрова, 1987; Т.В. Васильєва, 1998; Г.М. Соломатіна, 2003; Г.В. Доросинська, 2003 та ін.).

Аналіз сучасних підходів до організації та забезпечення корекційної та психолого-педагогічної допомоги дітям з ВНГП дозволяє стверджувати, що у цій проблемі залишаються не до кінця реалізованими резерви комплексного багатоетапного впливу на організм такої дитини. Справедливим буде зазначити, що найслабкішою ланкою у цьому ланцюгу є на сьогодні психологічна реабілітація дітей з ВНГП та цілеспрямована психологічна допомога родинам, що їх виховують.

Найважливішим періодом дитячого розвитку вважається процес становлення у ранньому дитинстві – періоді активного накопичення психічних фукцій і формування міжфункціональних зв'язків. Порушення цього процесу у ранньому дитинстві найчастіше призводить до виникнення різноманітних відхилень психічного розвитку дитини.

Саме з огляду на це у поле нашого зору було включено психічний розвиток дитини з вродженими незрощеннями губи та піднебіння, починаючи з раннього віку до віку підліткового.

Дитина постійно знаходиться у процесі не тільки кількісних, але й якісних змін. В той же час у процесі самого розвитку спостерігаються періоди прискорення і періоди гальмування, а у випадках ускладнень – повернення до попередніх форм активності. Зазвичай, це нормальне явище дитячого розвитку. Дитина далеко не завжди здатна успішно виконати більш складне, ніж попереднє, завдання, а в разі змоги – вирішує його з великим психічним перевантаженням. Тому, тимчасовий відступ носить тимчасовий захисний характер.

Проблематично шукати причини і фактори порушень розвитку, не знаючи умов, що забезпечують нормальний перебіг психічного розвитку. Відомо, що О.Р. Лурія визначив п'ять основних умов нормального психічного розвитку, які і на сьогодні виглядають точними і сучасними, від яких відштовшуються спеціалісти у намаганні глибше зрозуміти структуру порушеного розвитку.

Умови нормального психічного розвитку О.Р. Лурією: збереженість структур і функцій центральної нервової системи; збереженість аналізаторних систем; збереженість мовленнєвих систем; нормальний фізичний розвиток; адекватне віку і можливостям виховання і навчання. На стійке переконання О.Р. Лурії: «… порушення навіть однієї з названих умов здатні призвести до багатьох варіантів порушеного розвитку. Будь-яке відхилення від нормального розвитку завжди має свою причину, незалежно від того, відома вона нам чи ні…» .

Як засвідчують наші спостереження і дослідження, безпосередній досвід роботи, а також аналіз наукових джерел та медичної документації, у дітей з ВНГП у випадках ускладненого дефекту можуть бути порушення певних структур і функцій ЦНС, у багатьох дітей спостерігаються порушення (різного ступеня тяжкості) деяких аналізаторних систем (у першу чергу – слухової, зорової, рухової), навіть при збереженості (у більшості випадків) центральних механізмів мовленнєвої діяльності у цих дітей найбільш постраждалою є функція мовлення, спостерігаєтюся стійкі темпові порушення як фізичного, так і психічного розвитку.

З причини частої госпіталізації, спостерігається зміщення основних акцентів психо-соціального та особистісного розвитку у зазначеної категорії дітей, у них страждає адекватність та своєчасність навчання та виховання. Тобто, не занурюючись у цьому розділі у глибини експериментального дослідження, ми тільки зазначимо, що на сьогодні є підстави говорити про особливості психічного онтогенезу дитини з ВНГП, які часто межують з варіантами психічного дизонтогенезу (які науково обґрунтовано і визначено у наступному розділі).

Зрозумілою є складність і неоднозначність феноменології і сутності порушень процесу психічного розвитку. Сьогодні бажано зрозуміти, що межа між нормальним і порушеним розвитком може бути доволі рухомою. Нормальний розвиток, як і ушкоджений, має багато своїх варіантів. Виходячи з цього, надзвичайно важливою теоретичною і практичною складовою

висувається ідея багаторівневого підходу під час оцінювання характеру розвитку.

Над розробкою концептуальної бази сучасної спеціальної психології, методологічних і методичних підходів оцінювання психічного розвитку дитини, пошуком новітніх психокорекційних технологій сьогодні присвячують свої дослідження відомі психологи спеціальної освіти Л.В. Борщевська, Т.Д. Ілляшенко, Л.В. Кузнєцова, О.М. Мастюкова, І.І. Мамайчук, М.П. Матвєєва, Ю.В. Мікадзе, А.Г. Обухівська, Т.В. Сак, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, Є.П. Синьова, Л.І. Солнцева, В.М. Сорокін, О.М. Усанова, Л.І. Фомічова, Т.А.Фотєкова, О.П. Хохліна, І.А. Шаповал, Л.М. Шипіцина та багато інших.

Розуміючи дизонтогенез як розвиток, що протікає у несприятливих умовах, і обґрунтувавши його сутність, вбачається необхідним зрозуміти ті закони, за якими він існує. Оскільки процес розвитку перебігає за певними законами, логічно передбачити, що і відхилення від цього процесу носять не випадковий характер, а також мають свої чітко визначені закономірності.

Це означає, що існують певні закономірності перебігу дизонтогенезу, які можна виділити у три групи закономірностей порушеного розвитку (за В.М.Сорокіним). Перша – це так звані загальні або головні закономірності, під які підпадають ті закони розвитку, що є властивими як для норми, так і для патології. Другу групу закономірностей – модально-неспецифічних – складають особливості, що є властивими для усіх дітей з відхиленнями у розвитку, незалежно від варіанту дизонтогенезу. Третя група закономірностей – модально-специіфчних – характеризує особливості психічного розвитку, властиві лише для конкретної форми відхилення, які відрізняють цю форму від решти інших.

На нашу думку, В.В. Лебединським найбільш чітко і структуровано визначено параметри дизонтогенезу. Такими параметрами є: функціональна локалізація порушення, фактор часу патогенного впливу, характер і вікова динаміка міжфункціональних зв’язків, співвідношення ядерних (первинних) і

системних (вторинних) розладів. Положення Л.С. Виготського, Г.Є. Сухарєвої, Л. Каннера, Я. Лутца, Г.К. Ушакова та ін. були взяті В.В. Лебединським за основу виділених параметрів, що визначають тип порушення психічного розвитку.

Сьогодні найбільш прийнятною психологами є класифікація відхилень психічного розвитку В.В. Лебединського, який у 1985 р. виділив шість видів дизонтогенезу [503, с.7 – 34].

1.Загальний психічний недорозвиток (типовою моделлю якого є розумова відсталість).

2. Затриманий психічний розвиток (поліморфна група, представлена різними варіантами інфантилізму, недосформованістю вищих коркових функцій). На відміну від розумової відсталості характеризується парціальною ретардацією і різним ступенем зворотності і зустрічається в основному при затримці писхічного розвитку.

3. Пошкоджений психічний розвиток (варіант, коли дитина мала достатній період нормального розвитку, який був порушений у 2,5-3 роки травмою голови або хворобою ЦНС).

4. Дефіцитарний психічний розвиток являє собою варіанти психічного розвитку в умовах глибоких порушень або дефіциту аналізаторних систем – зорової, слухової, опорно-рухової.

5.Викривлений психічний розвтиток – це варіант поєднання недорозвитку, затриманого розвитку, пошкодженого розвитку при можливому прискореному розвитку окремих психічних функцій.

6. Дисгармонійний психічний розвиток, в основі якого лежить вроджена або рано набута стійка диспропорційність психіки, в основному – емоційно-вольової сфери. Класичним прикладом можуть бути порушення формування особистості при психопатіях, порушення емоційно-комунікативного компоненту при РДА.

Обов’язково слід зазначити, що класифікація дизонтогенезу В.В. Лебединського побудована на основі якісного аналізу порушень психічного

розвитку дитини з відхиленнями провідних ознак порушення в залежності від часу виникнення дефекту, ступеня його тяжкості та локалізації. Це свідчить про високу психологічну спрямованість, що дозволяє більш диференційовано підходити до психологічного аналізу та психологічної корекції розвитку дітей з різними вадами. Однак сам автор вказує на певні недоліки власної класифікації, оскільки одна й та ж хвороба може спровокувати співіснування різних варіантів дизонтогенезу.

Тому В.В. Лебединський рекомендував варіанти психічного дизонтогенезу розглядяти не як самостійні утворення, а як синдроми аномального розвитку з визначенням провідного синдрому. Спираючись на велику кількість класифікацій ушкодженого розвитку і враховуючи досягнення сучасної спеціальної психології, представники російської школи когнітивного розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго [387] розробили типологію ушкодженого розвитку і включили в неї чотири основні блоки: недостатній розвиток, асинхронний розвиток, пошкоджений розвиток, дефіцитарний розвиток. Всередині кожного з блоків виділені окремі підгрупи, які відрізняються одна від одної якісними показниками або характеристиками.

Кваліфікація варіанту психічного дизонтогенезу має важливе значення під час проведення диференціальної діагностики. Ідея структурної організації дизонтогенезу належить Л.С. Виготському [92]. Ще на початку 30-х років він запропонував розрізняти в аномальному розвитку дві групи симптомів: первинні (порушення, що виникають безпосередньо з біологічного характеру хвороби) і вторинні, що виникають опосередковано у процесі аномального соціального розвитку. І на сьогодні дефектологи спираються на вчення Л.С. Виготського про первинний та вторинний дефект. Але, історично так склалося, що прийшов час трактування структури дефекту з різних позицій, що забезпечує більш глибоке розуміння цього феномена. З точки зору анатомофізіологічних передумов до первинних відносять органічні ураження мозку і аналізаторних систем або їх недорозвинення. Можливим є їх поєднання – при ушкодженні підкоркових утворень виникає недорозвинення з

боку кори головного мозку. Проявляється первинний дефект у порушеннях розумової працездатності, мозкових дисфункціях, порушеннях слуху, зору, опорно-рухової системи тощо. Виявлення первинного дефекту і відповідної роботи щодо зменшення його впливу є прерогативою патопсихолога, психіатра, невропатолога. Беручи до відома вищезазначене, як науково обґрунтовані висновки, Л.М. Шипіцина та В.М. Сорокін [411] вважають, що з психологічної точки зору подібні порушення не являють собою явищ психологічного порядку і навряд чи можуть бути включеними в структуру психологічного аналізу На їх думку, з позицій психологічного аналізу порушеного розвитку, первинні або ядерні порушення являють собою малозворотні зміни у параметрах тієї чи іншої психічної функції, викликані безпосереднім впливом патогенного фактора. Але слід зазначити, що при певних умовах у розвитку первинно порушених функцій може забезпечуватися стійка позитивна динаміка.

Вторинний дефект виникає у подальшому розвитку дитини з порушеннями психофізичного і\або розумового розвитку у тому випадку, коли не забезпечується можливість компенсації первинних порушень. Виникнення вторинних дефектів Л.С. Виготський виділяв як загальну закономірність аномального розвитку. Також він вказував на величезні труднощі у взаємодії із соціальним середовищем і в порушеннях зв’язків з навколишнім світом усіх дітей з вадами розвитку.

При цьому загальним для усіх випадків аномального розвитку є те, що сукупність спровокованих дефектом наслідків проявляється у змінах розвитку особистості аномальної дитини в цілому [411]. Автори зазначають, що у дітей з недоліками розвитку усіх категорій спостерігаються порушення мовленнєвого спілкування, хоча проявляються вони по-різному.

Механізм виникнення вторинного дефекту різний. По-перше, вторинному недорозвиненню підлягають функції, безпосередньо пов’язані з ушкодженою (по цьому типу виникають мовленнєві порушення у глухих дітей, порушення конструктивного праксису у дітей з ДЦП тощо). По-друге, вторинне

недорозвинення є характерним і для тих функцій, які на момент пошкодження знаходилися у сензитивному періоді розвитку. По-третє, важливим фактором виникнення вторинних відхилень є соціальна депривація (від лат.deprivatio – втрата, позбавлення). Дефект, що перешкоджає нормальному спілкуванню дитини з однолітками і дорослими, у свою чергу гальмує засвоєння нею системи знань та вмінь.

Саме вторинний дефект, на думку Л.С. Виготського, є „...основним об'єктом психологічного вивчення і корекції аномального розвитку..."[92]

Спеціальні психологи, маючи на увазі вторинні відхилення в розвитку, віддають перевагу терміну „системні порушення", пояснюючи це тим, що так точніше визначається недостатність певних функцій як наслідок існуючої на даний момент системи міжфункціональних зв'язків. Системні (вторинні) порушення є зворотніми змінами процесу розвитку психічних функцій, безпосередньо пов'язаних з первинно порушеними. Ступінь зворотності вторинних дефектів залежить від цілеспрямованості, систематичності і вчасності корекційних заходів, не забуваючи про те, що процес подолання цих відхилень може бути тяжким і довготривалим.

У спеціальній літературі досить часто використовується поняття „третинні порушення", під якими розуміють порушення різних сторін психіки, виникнення яких безпосередньо не пов'язано з первинно ушкодженою функцією.

Слід зазначити, що структура ушкодженого розвитку не залишається незмінною з віком. Її динаміка може бути як позитивною, так і негативною. Характер першої прямо залежить від особливостей корекційної роботи, але за умови, що сама первинно ушкоджена функція у своїх параметрах залишається відносно незмінною. Картина розвитку значно ускладнюється в ситуації, коли ядерним виступає теперішнє захворювання, особливо захворювання головного мозку і психічні хвороби. У подібних випадках ми стикаємося з негативною динамікою структури дизонтогенезу. Прогресуюче захворювання здатне призупинити процес розвитку, призвести до дезорганізації психічних функцій,

коли втрачається внутрішня цілісність психічної діяльності. При цьому порушується адекватність відображення навколишнього світу і здатність до продуктивної регуляції поведінки.

Характер співвідношень первинних і вторинних симптомів є надзвичайно складним, що і підтверджує реальна психодіагностична практика. Далеко не легко побачити первинне порушення і відмежувати його від вторинних в силу того, що останні можуть бути значно вираженими, маскуючи ядерні розлади. У подібних випадках не виключаються діагностичні помилки, коли вторинні відхилення сприймаються як первинні. Внаслідок цього можуть бути сформульовані невірні рекомендації щодо змісту психокорекційної роботи, тим самим знижуючи ефективність останньої.

Якісний аналіз порушеного розвитку передбачає виділення трьох груп психічних феноменів – первинно порушених функцій, вторинно затриманих і збережених. Чітке відмежування двох останніх груп є принципово важливим з точки зору організації і змісту психологічної корекційно-розвивальної роботи по подоланню вторинних порушень і розвитку збережених функцій. Саме ці підходи ми використовуємо у подальших дослідженнях.

Суб'єктом вивчення логопедії завжди була особа (індивідуум) з вадами мовлення, а об'єктом вивчення – стан мовленнєвої діяльності цих осіб. Тобто, в центрі уваги логопедії завжди було мовленнєве порушення і шляхи його попередження або подолання. Особливості ж психічного розвитку дитини-логопата, процеси становлення її як особистості довгий час не були об'єктом глибоких наукових досліджень, описувалися доволі поверхово і загально під кутом немовленнєвої симптоматики.

Однак, на нашу думку, широкий і логічно визначений спектр психологічних знань у спеціаліста у галузі логопедії передбачає всебічне і глибоке вивчення дитини з відхиленнями у мовленнєвому розвитку і відповідний, науково обґрунтований вибір необхідних технологій та прийомів корекційно-педагогічної роботи у кожному конкретному випадку.

Вивчаючи проблеми розвитку та реабілітації дітей із ВНГП, багато дослідників (як медиків, так і педагогів та психологів) зазначали, що неповноцінність мовлення негативно впливає на формування усіх психічних функцій дитини з ВНГП, особливо на процес становлення особистості (Л.І. Вансовська, 1981; М.Д. Дубов. 1960; М.Є. Хватцев, 1958; А.І. Уракова, 1977; В.В. Тарасун, 1984; Г.В. Чиркіна, 1987; Є.С. Набойченко, 1999; С.Ю. Конопляста, 2005; С.П. Кондрашов, 2006; С.В. Яковлєв, 2006; О.Г. Леонов, Л.Т. Баранская, Ж.В. Іонова, 2006; Л.В. Харьков, Б.С. Біндер, 2006 та ін.).

Ще К.-П. Бекер та М. Совак (1981), описуючи дефект мовлення у дітей з ВНГП як «палатолалію», пов'язували ступінь патологічних проявів дефекту не тільки з органічними, але і з соціальними факторами. Автори акцентували увагу на значенні ставлення матері до дитини та позиції оточення як засобів, що можуть попередити виникнення та закріплення негативних стереотипів поведінки.

Деякі дослідження Б.С. Біндер, С.А. Носко, Л.В. Харькова [459, 460], С.В. Станіславського [417], А.І. Уракової [443] та ін. присвячено оцінці психічного розвитку, вивченню особливостей нервово-психічних станів дітей різного віку з незрощеннями піднебіння. Поряд зі змінами органічного характеру виявлено невротичні реакції, астенічний синдром, вегетосудинну дистонію тощо, що свідчить про необхідність як неврологічної, так і психологічної реабілітації даної групи хворих. У деяких дітей наявними є деякі неврологічні мікроознаки: ністагм, асиметрія очних щілин, асиметрія носо-губних складок, підвищення сухожильних рефлексів тощо. Прослідковано розповсюдженість психічних захворювань у дітей із наскрізними та ізольованими щілинами губи і піднебіння, яка складає 31,5% і майже в 20 разів перевищує таку у дітей без даного дефекту розвитку [419]. Психічні розлади частіше спостерігаються у дітей у віці 7-10 років. Згідно з дослідженнями цих авторів порушення психічного розвитку виникає внаслідок захворювань ЛОР-органів, ранньої туговухості, загальної соматичної ослабленості, затримки мовленнєвого розвитку.

Характерним є факт значно більшої кількості психічних захворювань у хлопчиків, ніж у дівчаток. Цікаво, що хлопчики з комбінованими щілинами губи і піднебіння у два рази менше страждають від психічних розладів, ніж хлопчики з ізольованими незрощеннями губи і піднебіння (В.К. Мущинський, 1984; А.І. Уракова, 1977).

Вроджені незрощення губи та піднебіння часто поєднуються з іншими дефектами розвитку, а також з органічними ураженнями ЦНС. У таких хворих різко зростає ризик розвитку різних нервово-психічних розладів вже у дитячому і підлітковому віці – від легких невротичних проявів до реактивних станів, що нерідко супроводжується вторинною затримкою інтелектуального розвитку. Серед причин слід зазначити: загальне недорозвинення та тяжкі мовленнєві порушення, що часто спостерігаються у таких хворих; несприятливі умови виховання і психічна травматизація дітей з даним дефектом розвитку у ранньому віці, чому сприяє порушення стереотипу контакту таких дітей з однолітками і дорослими, часта госпіталізація таких хворих у зв’язку з багатоетапністю лікування. Усе це з віком призводить до виникнення у людей з даною патологією значних проблем соціального та психологічного характеру.

Затримку інтелектуального розвитку як вторинну ваду у дітей з ВНГП констатували ще П.П. Львов (1925); В.І. Кузнєцов (1952); О.Ф. Коваленко (1968). Одну з причин ЗПР у даної категорії дітей В.Ф. Матвєєва і співавт. (1968) вбачали в частій госпіталізації хворих, несприятливих умовах виховання та педагогічної корекції.

Н.П. Захарова, Т.Є. Гнілорибов виділяють два типи психогенних реакцій у дітей із складними незрощеннями: гіпостенічний (в’ялість, сором’язливість, низька комунікабельність, схильність до переляків, швидка втомлюваність тощо) і гіперстенічний (підвищена роздратованість, нестійкість психічних станів, руховий неспокій тощо). Автори підкреслюють, що у дітей з незрощеннями піднебіння можуть спостерігатися патохарактерологічні зміни особистості. При цьому надзвичайно важливе значення має вплив середовища.

Гіпостенічний і гіперстенічний варіанти психогенних реакцій формуються зазвичай із семирічного віку. Зазначено, що різні неврологічні порушення у дітей розвиваються у певні вікові періоди. “Критичними” є такі: 2-3 роки, коли формується індивідуальність дитини; 7-8 років, коли остаточно дозріває активна моторика; 12-18 років – період статевого дозрівання. В той же час Р. Беккер, посилаючись на дослідження J. Hayn, вказує, що у більшості дітей з незрощеннями піднебіння інтелект розвинутий нормально.

А.І. Уракова [442] вказувала на переважання психічних захворювань у дітей із ВНГП у порівнянні з дітьми, що не мають такої патології у 20 разів. Причому невротичні розлади частіше спостерігаються у дітей молодшого шкільного віку. Цей факт доводить необхідність психологічної корекції дитини із ВНГП, починаючи із самого раннього віку з метою попередження негативних психологічних нашарувань.

У 1983 р. А.Г. Іполітова [177] зазначала, що неповноцінність мовлення при ринолалії негативно відбивається на розвитку усіх психічних функцій такої дитини. Автор вважає, що порушення мовлення як основного засобу комунікації травмує дитину результатами спілкування, створює неблагоприємні умови життя у колективі та призводить до своєрідного особистісного розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння. У них зазвичай розвивається замкненість, надмірна сором’язливість, роздратованість.

Про патологічні прояви психічного характеру зазначали у своїх дослідженнях В.С. Агапов, М.Г. Панін, В.Д. Папирін (1989). Вони відмічали понижений фон настрою, часті емоційні спалахи та гнівні реакції, демонстративні грубощі, втрату тонкості почуттів, емоційну пригніченість, втрату соціальних контактів та дезадаптацію поведінки хворих з ВНГП. Причому усі негативні прояви мають тенденцію до наростання з віком, проявляючись у ряді випадків у депресивно-іпохондричних реакціях або психопатизації.

Н.В. Обухова, З.А. Рєпіна, Д.Г. Степаненко (1999) відмічали факт своєрідного формування емоційних контактів з навколишніми людьми у ранньому віці у дітей з ВНГП, підкреслюючи, що характерним при цьому є відсутність ініціативної посмішки та потреби привернути увагу дорослого для спілкування або гри.

За даними J.M. Tobiasen (1984) діти з дефектами обличчя часто викликають у дорослих і однолітків негативно забарвлені емоції, у зв'язку з чим порушується стереотип контакту. Доведено, що непрооперовані діти на момент початку навчання у школі розвинуті значно гірше, ніж прооперовані до двох років. У них з часом формується дещо особливий склад характеру і манери поведінки (за L.C. Richman, 1978).

У психологічній літературі недостатньо даних, що характеризують психічний стан дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння у динаміці з урахування віку, виду і ступеня тяжкості дефекту, а також стану супутніх захворювань. Практично відсутні також відомості про вплив строків проведення і методик оперативного втручання на зміну стереотипу психічного розвитку осіб із вродженою піднебінною патологією. Слід зазначити практичну відсутність на сьогодні безпосередніх психологічних досліджень щодо вивчення стану когнітивних, емоційно-вольових процесів, особливостей формування особистості дітей із ВНГП різного віку.

Для виявлення можливих взаємозв'язків між рівнем психічного розвитку дітей з незрощенням верхньої губи і піднебіння і характером дефекту, станом супутніх захворювань, характером і строками медичної допомоги тощо, колективом вчених на базі Українського центру по наданню допомоги дітям з ВНГП було розроблено спеціальні карти спостереження за такими дітьми, що включали 56 параметрів. За допомогою цих параметрів передбачалось додатково виявити наявність чи відсутність деяких психогенних реакцій, характерологічні особливості хворих дітей, а також рівень їх адаптації в колективі, ставлення до них оточуючих і членів сім'ї тощо. Л.В. Харьковим, С.О. Носко, Б.С. Біндер, Л.М. Яковенко [458] та іншими спеціалістами було

обстежено 60 дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння, що проходили лікування у Центрі в період з лютого 1995 року по квітень 1996 року.

У результаті дослідження на запитання: чи відчуває дитина дефект мовлення і зовнішності – 100 % матерів дітей у віці старше 4-х років відповіли позитивно, тоді як до 4-х років цей показник складав лише 15%.

Опитані матері дітей шкільного віку відмічали замкненість характеру своєї дитини, занурeність у собі, часто пригнічений настрій. З інших рис відмічались: сором'язливість, в'ялість, повільність, різка роздратованість, стійка нерішучість, надзвичайно сильна прив'язаність до батьків, псхологічна залежність від дорослого. Це, безперечно, доводить наявність прямого негативного впливу вродженої вади обличчя на психічний розвиток дитини.

За станом психічного розвитку діти з ВНГП представляють собою досить різнорідну групу: діти з нормальним психічним розвитком; діти із затримкою психічного розвитку; діти з порушеннями розумового розвитку різного ступеня [391]. Серед хворих з діагнозом "вторинний дефект піднебіння" кількість осіб з ЗПР залишалась приблизно постійною для різних вікових груп і складала близько 30%. Характерно, що у даної категорії хворих наявність ЗПР скоріше була пов'язана зі строками проведення уранопластики. Так, ЗПР практично не спостерігалась у таких дітей, якщо на момент операції їм було менше 3-х років. Крім того, було відмічено майже повне співпадіння логопедичної групи (куди увійшли діти, обстежені логопедом і виявлені у них мовленнєві порушення) і група дітей з ЗПР, яку виділили на основі результатів психологічного тестування.

Серед обстежених 60-и хворих дітей, що мають вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння, і що знаходяться на різних етапах хірургічної реабілітації, виявлено 22 дитини (36,6 %) із ЗПР. Частіше всього затримка психічного розвитку зустрічається серед дітей з вродженими незрощеннями піднебіння, рідше – серед дітей з рубцевою деформацією верхньої губи і носа після хейлопластики. Це свідчить про зменшення кількості дітей з ЗПР серед

хворих, що мають вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння, але знаходяться на останніх етапах хірургічної реабілітації. Такий факт можна поясними наявністю феномена відновлення нормального психічного розвитку по мірі усунення причин, що негативно на нього впливають.

Дана категорія дітей, як і всі здорові діти, з часом стають дорослими, вони вступають в самостійне життя, починають свідомо виконувати соціальні ролі.

С.В. Станіславський [417] у своїх дослідженнях висвітлив проблему сприймання сфер життєдіяльності та себе як особистості підлітками та дорослими з ВНГП, а також впливу соціального середовища на формування їх особистості.

Порушення збалансованості системи "людина-середовище", недостатніх психічних або фізичних ресурсів індивіда для задоволення актуальних потреб, що зумовлено своєрідним вихованням дитини із незрощенням губи і піднебіння, неузгодженість самої системи цих потреб, побоювання, пов'язані з вірогідною нездатністю реалізувати значущі прагнення у майбутньому, а також з тим, що нові вимоги середовища можуть виявити їх неспроможність, породжують специфічність прояву психологічних якостей хворих на ВНГП у соціальному середовищі.

Дослідження С.В. Станіславського доводять безумовний вплив вродженої вади піднебіння на психологічний портрет особистості. Можна сказати, що усі особливості психологічної організації хворого на ВНГП зумовлені переживанням ним власної патології.

Не можна, однак, сказати, що хворі на ВНГП у сукупності своїй психологічно однорідні. У осіб з вродженою вадою обличчя ставлення до навколишнього світу є більш сталим і ригідним, реакції кожного з індивідів характеризуються відносно невеликою різноманітністю. Вроджені пороки розвитку мають вплив на широту діапазону прояву поведінки індивіда: коливання реакцій у межах "фізична асоціальна агресивність – опіка по відношенню до інших" є значно меншими у осіб з ВНГП, що і є свідоцтвом збідненості. Лінія поведінки є більш егоцентричною, ніж у здорових осіб

юнацького віку, у них відчувається деяка напруженість щодо власного перебування у соціумі, переживаючи постійний психологічний дискомфорт.

С.В. Станіславським експериментально підтверджена більша соціальна зрілість дівчат. Вони є менш схильними до протиправних, делінквентних дій, що свідчить про відносно важчу здатність хлопців до корекційного впливу. При цьому хлопці демонструють більше прагнення до досягнення, прикладання зусиль на шляху до мети, професійну і особистісну амбіційність.

Важливим результатом гендерних відмінностей у хворих на ВНГП є виявлене протистояння соціальному середовищу у юнаків, що сполучається з відносно більшою схильністю до самопокарання, самозасудження та приниження себе. З огляду на те, що червоний колір у дівчат займає більш високий ранг, можна вказати на їх відносно вищу сценічність, самостійність незалежність та домінантність. Все це свідчить про складність психологічної будови особистості з ВНГП.

Проаналізувавши досягнення у вивченні психологічних особливостей хворого на ВНГП, відзначається недостатня і слабка розробленість проблеми його адаптації у суспільстві. Існує залежність рівня соціальної адаптації осіб дорослого віку з ВНГП від ряду соціальних факторів, які мали місце ще у ранньому дитинстві.

Аналіз досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених вказує на протирічність результатів дослідження осіб з даною вадою: з одного боку, для них характерними є депресивні, тривожні стани (N.W. Berk, T. Ramstad, E. Ottem, W.C. Shaw), з іншого – виявлений високий рівень екстраверсії і низька особистісна тривожність (В.В. Михайлова, М.Г. Панін, Л.М. Барденштейн, Б.А. Климов). Самі вчені вказують на невідповідність даних тестування і реального спостереження (R. Eder). Загальними проблемами хворих на ВНГП залишаються суб’єктивні труднощі соціального прийняття (T. Bressman, R.Sader, U. Ravens – Sieberer), висока оцінка впливу батьків на їх власні думки (S.R. Turner).

На соціальному рівні різноманітність особистісних якостей індивідів з вродженим незрощенням губи та піднебіння проявляється якістю взаємодії із соціумом і контекстом, особливими ситуаціями контакту з навколишніми. Вченими встановлено найбільш універсальний спектр життєвих ситуацій (К.А. Абульханова-Славська, Л.Ф. Бурлачук, Є.В. Шорохова, N. Peseschkian, H.W.Reese, M.A.Smyer), в яких зовнішні умови можуть забезпечити реалізацію внутрішнього змісту особистості, а саме: ситуації, пов'язані зі змінами фізичного середовища, матеріальним положенням, місцем проживання, шлюбом; навчання та зміни соціального середовища; майбутні власні діти; міжособистісні відносини та ін.

Але відзначаючи досягнення сучасної медицини, які забезпечують повний цикл лікування зазначеної категорії дітей, слід констатувати відставання у вирішенні проблеми розвитку дітей з вродженими вадами піднебіння як педагогічної, так і психологічної.

Кризова ситуація, що виникла у стосунках українського соціуму та сім'ї, що має та виховує дитину-інваліда у нових соціально-економічних умовах, привела до пошуку нових цінносних орієнтирів та шляхів гармонізації розвитку такої дитини.

Наше дослідження спрямовано на пошук нових концепуальних ідей психолого-педагогічної реабілітації дитини із вродженою піднебінною патологією.

По-перше, така концепція повинна мати ознаки глибокого гуманістичного характеру, де основними є повага до дитини та віра у те, що інваліди можуть бути корисними та цікавими членами суспільства. По-друге, уся психолого-педагогічна робота повинна базуватися на діяльнісному підході, ставлячи дитину, її родину та різні служби допомоги у позицію взаємної активної діяльності. По-третє, така концепція повинна мати яскраво виражений інноваційний характер, не погоджуючись з офіційно прийнятою суспільством моделлю інвалідності та пропонуючи принципово нові підходи як до самої проблеми, так і до її вирішення.

Стосунки суспільства з інвалідами будь-якого віку будуються сьогодні на основі медичної моделі інвалідності. Виходячи з неї, інвалідність розглядається як недуг, хвороба, патологія. Така модель, безперечно, значно ослаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, відмежовує від «нормального», «здорового» дитячого суспільства, формує «непевний у собі» соціально-психологічний статус, підштовшує до визнання своєї нерівності, неконкурентноспроможності тощо.

З огляду на це, основною метою психологічної роботи повинна бути спрямованість на якісне покращення життя дитини з ВНГП, на створення умов для повноціннго розвитку її потенціальних можливостей та здібностей, на формування психологічної готовності до подолання негативного впливу дефекту на подальше самостійне життя тощо. Усе це, безперечно, полегшить інтеграцію у суспільство і створить передумови для незалежного повноцінного життя у майбутньому.

Висновки до розділу 1

У першому розділі «Проблема розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у теорії та практиці (медичний, логопедичний та психологічний аспекти)» здійснено системний теоретико-методологічний історичний та емпіричний аналіз означеної проблеми у клініко-психолого-педагогічному руслі.

Систематизація і узагальнення наукових досліджень та досвіду лікування, навчання і виховання дітей із ВНГП були однією з ключових ліній аналізу проблеми мовленнєвого розвитку та мовленнєвої патології дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Вивчено медичні, педагогічні та соціально-психологічні передумови становлення і формування наукових поглядів на особливості фізичного, мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Розкрито сучасні уявлення про етіологію та патогенез вроджених незрощень губи та піднебіння, досліджено вплив вродженої

патології артикуляційного апарату на психофізичний та мовленнєвий розвиток дитини.

Узагальнюючи підходи міжгалузевої інтеграції наукових знань та емпіричного досвіду, спрямованих на вивчення проблеми вроджених незрощень губи та піднебіння, нами встановлено, що вони характеризуються двома основними напрямами: медичним, спрямованим на відновлення та реабілітацію фізіологічних функцій організму дитини (А.А. Мамедов, С.І. Блохіна, Ю.І. Бернадський, Б.Я. Булатовська, Д.В. Дудко, І.А. Козін, Б. Лангенбек, О.О. Лімберг, З.І. Помаранцева-Урбанська, Г.І. Семенченко, Л.Є. Фролова Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, W.J. Doyle, B.J. Williams, J.L. Paradize, R.L. Ruberg та ін.), та логопедичним, у якому в основному переважають пошуки технологій відновлення та розвитку мовлення (М.Є. Хватцев, Т.М. Воронцова, М. Зеєман, Н.І. Сереброва, В.М. Мєссіна, А.Г. Іполітова, З.А. Рєпіна, А.І. Уракова, Г.В. Чиркіна, І.І. Єрмакова, О.С. Алмазова, Р.А. Юрова, Т.В. Васильєва, Г.М. Соломатіна, Г.В. Доросинська та ін.).

Аналіз наукових даних щодо впливу вродженої патології артикуляційного апарату на психофізичний і мовленнєвий розвиток дитини, виявив, що ВНГП – тяжкий вроджений анатомо-фізіологічний дефект, який супроводжується патологічними змінами у багатьох не до кінця сформованих системах організму (серцево-судинній, травлення, м’язовій, нервовій, дихальній, кістковій, зубо-щелепній тощо) та викликає порушення нервово-психічного, емоційного стану дитини.

У межах дослідження психолого-педагогічних аспектів розвитку мовлення дітей із ВНГП прослідковано шлях вирішення проблеми подолання ринолалії у трьох напрямах: медичному, педагогічному, психологічному. Системний аналіз психолого-педагогічних досліджень мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП у вітчизняній та зарубіжній логопедії визначив місце ринолалії у систематиці мовленнєвих вад. Вивчено періоди вирішення проблеми мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, зокрема, в Україні, розкриваючи

взаємозв’язок та взаємозалежність із етапами лікування зазначеної категорії дітей та їх віком, виокремивши певні значущі періоди у її розв’язанні, та відстежити просування змістовного компоненту проблеми.

Доведено, що вивчення розладів мовлення у дітей із ВНГП здійснювалося, в основному, у руслі педагогічних позицій (О.С. Алмазова, Т.М. Воронцова, Л.І. Вансовська, І.І. Єрмакова, М. Зеєман, А.Г.Іпполітова, В.В. Куколь, В.М. Мєссіна, З.Г. Нелюбова, О.Ф. Рау, Т.М. Рєпіна, Г.І. Семенченко, Н.І. Сереброва, В.В. Тарасун, М.Є. Хватцев, Г.В.Чиркіна, А.І. Уракова, Р.А. Юрова та ін.). У більшості робіт даного напряму розглядаються питання виховання правильної звуковимови у до- та післяопераційний період, пропонуються методики подолання порушень звуковимови та назального тембру голосу. Але, запропоновані методики подолання ринолалії, в основному, охоплюють дітей віком від п’яти років життя.

У розділі дано розглянуто сучасний етап наукових досліджень у логопедії, який характеризується пошуками нових технологій відновлення та розвитку мовлення. Стратегічними напрямами цих досліджень є: розробка логопедичних технологій диференційованого подолання порушень мовлення у дітей з вродженою піднебінною патологією **(**Т.Ю. Дерунова); вивчення мовленнєвої діяльності та голосової функції у дітей дошкільного та шкільного віку з ВНГП (Т.В. Васильєва, Г.В. Доросинська, Г.М. Соломатіна, В.М. Водолацький та ін.); пошук корекційно-навчальних технологій формування адаптивної поведінки у дітей дошкільного віку із ВНГП (Є.С. Набойченко).

Однак, детальний аналіз визначення місця ринолалії у систематиці порушень мовлення та традиційних підходів до подолання мовленнєвих вад при ВНГП засвідчили різноманіття даних, недостатню вивченість механізму та структури дефекту мовлення при ВНГП з урахуванням новітніх клінічних даних, особливостей симптоматології, механізмів та патогенезу порушень мовлення у дітей із ВНГП.

Результати наукового пошуку показали міждисциплінарну роздробленість та певну односторонність у підходах до вивчення мовленнєвого розвитку у дітей із ВНГП, ототожнення дефекту мовлення лише із вродженою органічною відкритою ринолалією, низький рівень ефективності логопедичного впливу. Різноманіття попередньо одержаних експериментальних даних підтвердило необхідність вивчення порушень мовлення при ВНГП те тільки з педагогічних позицій, але й з позицій клініко-патогенетичного та нейропсихологічного напряму досліджень проблем розвитку мовлення у зазначеної категорії дітей на основі міждисциплінарної взаємодії, занурюючись у різні простори ознак порушеного розвитку.

Встановлено, що останні десятиріччя вивчення розладів мовлення у дітей з ВНГП здійснюється, переважно, з педагогічних позицій. Зазвичай у логопедії враховується лінгвопатологічна симптоматика, і значно рідше – синдроми, що супроводжують порушений розвиток дитини із ВНГП. Це, з одного боку формує одностороннє уявлення про симптоматику порушень мовлення у дітей з ВНГП, гальмує розуміння глибини дефекту мовлення, а з іншого – звужує напрями пошуку шляхів його подолання. Результати наукового пошуку показали міждисциплінарну роздробленість та одновекторність у підходах до вивчення мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, ототожнення дефекту мовлення лише із вродженою органічною відкритою ринолалією, недостатню вивченість механізмів та структури дефекту, загальний низький рівень ефективності логопедичної корекції.

У першому розділі також здійснено системний аналіз питання вивчення психології дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Розробці концептуальних основ сучасної спеціальної психології, методологічних і методичних підходів оцінювання психічного розвитку дитини з особливими освітніми потребами та пошукам новітніх психокорекційних технологій сьогодні присвячують свої дослідження психологи загальної і спеціальної освіти І.Д.Бех, С.Д.Максименко, І.І.Мамайчук, Ю.В.Мікадзе, А.Г.Обухівська, Т.В.Сак, М.М.Семаго,

Є.П.Синьова, Н.М.Стадненко, О.М.Усанова, Л.І.Фомічова, Т.А.Фотєкова, О.П.Хохліна, Л.М.Шипіцина та ін.

У першому розділі узагальнено результати досліджень особливостей окремих пізнавальних психічних функцій, особистісних характеристик та поведінки у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (Л.М. Барденштейн, Б.С. Біндер, Л.І. Вансовська, Ж.В. Іонова, Є.С. Набойченко, С.Ю. Конопляста, О.Г. Леонов, Н.В. Обухова, М.Г. Панін, З.А. Рєпіна, С.В. Станіславський, А.І. Уракова, С.В. Яковлєв, N.W. Berk, T. Bressman, R.Sader, W.C. Shaw , E. Ottem, J.M. Tobiasen, U. Ravens – Sieberer, L.C. Richman та ін.). Важливого значення набувають висновки науковців про особливості формування психічних функцій дитини із ВНГП, особливо процесу становлення особистості.

Аналіз сучасних підходів до організації та забезпечення корекційної психологічної допомоги дітям із ВНГП дозволяє стверджувати, що у цій проблемі залишаються не до кінця реалізованими резерви комплексного психологічного багатоетапного впливу на розвиток такої дитини. Виявлено, що найслабкішою ланкою у цьому ланцюгу психологічних проблем є на сьогодні психологічна абілітація дітей із ВНГП, починаючи з раннього віку, та цілеспрямована психологічна допомога родинам, що їх виховують.

На підставіі емпірічного аналізу з'ясовано також, що потребує конкретизації діагностичний інструментарій, який би дозволив виявити актуальні та потенційні можливості дітей із ВНГП і забезпечити диференційований та індивідуальний підхід до подальшої медико-психолого-педагогічної роботи з ними. Бракує адекватних форм та методів неперервної психолого-логопедичної допомоги дітям із ВНГП від народження до повноліття. Недооцінюються можливості сім'ї у скороченні періоду дезадаптації дитини, у подоланні комунікативних та соціально-психологічних обмежень.

Водночас нами розкрито недостатність комплексних психологічних досліджень щодо впливу дефекту на розвиток когнітивної, емоційної та

особистісної сфери та виявлення взаємозв'язку та взаємообумовленості мовленнєвого та психічного статусу дитини із ВНГП.

Ключові висновки викладеного вище аналізу етіологічних та патогенетичних механізмів, структури дефекту мовлення, закономірностей мовленнєвих порушень, особливостей психічного розвитку довели, що діти із ВНГП мають набагато складніші механізми розладів мовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років. Різноманіття попередньо одержаних даних окреслило необхідність вивчення дефектів мовлення при ВНГП не лише з педагогічних позицій, а й з позицій клініко-патогенетичного, лінгвопатологічного, психолінгвістичного та нейропсихологічного напрямів досліджень на основі неперервної міждисциплінарної взаємодії.

Таким чином, системно-динамічний аналіз сучасних підходів до організації та забезпечення корекційної логопсихологічної допомоги дітям із ВНГП дозволяє стверджувати, що у цій проблемі залишаються не до кінця реалізованими резерви комплексного корекційного впливу на мовленнєвий розвиток такої дитини і доводить необхідність розглядати дитину із ВНГП як об'єкта із широким колом різноманітних проблем: медичних, мовленнєвих, когнітивних, соматопсихологічних, соціальних, психологічних (рис. 1.1).



Рис. 1.1 Проблеми розвитку дитини із ВНГП

РОЗДІЛ2. Експериментальне дослідження мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння

2.1. Концептуальні засади психолого-педагогічної діагностики мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП

Попередній аналіз сучасного стану вивчення проблеми розвитку мовлення у дітей з ВНГП визначив необхідність у дослідженні, орієнтованому на вивчення порушень мовлення у дітей з ВНГП з позицій різних суміжних дисциплін: логопедії, логопатолоії дитячого віку, психології, психолінгвістики, нейропсихології.

Як засвідчує дослідження проблеми у спеціальній літературі та на практиці, для подолання ринолалії виявляється недостатнім той логопедичний арсенал та інструментарій, яким користуються сучасні логопеди, щоб подолати труднощі, які супроводжують мовленнєвий розвиток дитини з ВНГП.

Останні десятиріччя вивчення розладів мовлення у дітей з ВНГП здійснюється, в основному, у руслі педагогічних позицій. Зазвичай у логопедії враховується лінгвопатологічна симптоматика, і значно рідше – синдроми, що супроводжують порушений розвиток дитини, зокрема, дитини з ВНГП. Це, з одного боку – формує одностороннє уявлення про симптоматику порушень мовлення у дітей з ВНГП, гальмує розуміння глибини дефекту, його структури та механізмів, а з іншого – звужує напрями пошуку шляхів подолання дефекту.

Наші дослідження свідчать про певну розірваність та одновекторність досліджень мовлення у дітей з ВНГП, ототожнення дефекту мовлення у дитини з ВНГП лише з вродженою органічною відкритою ринолалією, про низький рівень ефективності логопедичного впливу. Різноманіття попередньо одержаних даних підтверджує необхідність дослідження не тільки способів

подолання гугнявості та дефектів звуковимови, а більш глибокого розуміння структури психомовленєвого дефекту при ВНГП. При чому, таке дослідження повинно здійснюватися у медико-психолого-педагогічному руслі, тобто – на основі міждисциплінарної взаємодії, занурення у різні простори ознак порушень розвитку у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Предмет нашого дослідження – психомовленнєва діяльність дітей з ВНГП виходить за рамки виключно педагогічних (логопедичних). У даному дослідженні ми інтегруємо методологію, концептуальний апарат, теоретичні підходи та експериментальні дані, одержані у науковому полі вказаних наукових дисциплін, для вивчення порушень мовленнєвого та психічного розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння на якісно новому рівні.

Такий підхід співпадає з магістаральними напрямами сучасної логопедичної науки. Наше стійке переконання у тому, що тільки на основі аналізу лінгвопатологічних симптомів можливо описати синдромокомплекс порушень мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння, що у свою чергу забезпечить наукове підгрунтя для розробки і впровадження раціональної та ефективної системи психолого-педагогічного впливу на психомовленнєвий розвиток дитини з ВНГП.

Оскільки у завдання дослідження входить описання семіотики мовленнєвих порушень у дітей з ВНГП, ми повинні визначитися у поняттях лінгвопатологічних симптомів та синдромів.

Лінгвопатологічним симптомом ми вважаємо будь-який прояв у мовленнєвій діяльності, що відрізняється від нормативного та зустрічається у дитини систематично протягом тривалого часу, тобто симптомами є лише ті мовленнєві помилки, які є незакономірними для даного віку дітей (не є ознаками фізіологічної незрілості). При цьому, ми враховували, по-перше: що принциповою різницею між фізіологічно незрілим мовленням та порушеним від норми мовленням є дисгармонія або асинхронія окремих підсистем

функціональної системи мови та мовленя, по-друге: лінгвопатологічними є лише ті симптоми, які характеризуються стійкістю проявів у динаміці.

Оскільки проблема мовленнєвого розвитку дитини з ВНГП є багатоаспектною та багаторівневою, ми у своїх дослідженнях вийшли на лінгвопатологічні синдроми, які включали у себе симптомокомплекси, що регулярно та закономірно зустрічаються у дітей з ВНГП.

При цьому, ми враховували, щоб виділені синдроми не були статичними, незмінними утвореннями. Ймовірно, що вони теж будуть якісно змінюватися у процесі дозрівання мовленнєвих механізмів та розвитку функціональної системи мови та мовлення (далі – ФСММ). Оскільки, як зазначали ще П.Я. Трошин, 1970; О.Р. Лурія, 1975; Л.С. Виготський, 1982 та ін., навіть при порушеннях психомовленнєвий розвиток будь-якої дитини проходить ті самі етапи, що і у здорової дитини, але у першому випадку такий розвиток перебігає уповільнено, розтягнуто у часі, асинхронно, спотворено тощо. Більш того, оскільки ми гіпотетично передбачаємо у дітей з ВНГП наявність певних особливостей психічного розвитку, які ще більше віддаляють таку дитину від стану просто фізіологічної незрілості мови та мовлення, виділення лінгвопатологічних синдромів видається стратегічно вірним та необхідним.

Масштабність та складність зазначеної проблеми, виправдовує доцільність здійснення мультидисциплінарного аналізу картини мовленнєвого розвитку дітей з ВНГП, враховуючи вікові показники, структуру анатомічного дефекту, психологічний статус тощо.

Комплексне, багатовекторне вивчення особливостей психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП через призму підсистем функціональної системи мови та мовлення (запропонованої О. М. Корнєвим у 2006 р.), дозволила нам інтегрувати увесь масив експериментальних даних, теорій, накопичених у суміжних до логопедії наукових галузях, і вибудувати стратегію та тактику діагностики та корекції психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП.

Розглядати структуру мовленнєвого дефекту у дітей з ВНГП – одна з надзвичайно складних проблем, обумовлена тим, що дана патологія мовлення

має безліч характеристик: анатомо-фізіологічні, морфо-функціональні, психоневрологічні (неврологічні), лінвістичні, соціальні тощо. Для того, щоб не розпорошитися у пошуках та інтерпритації одержаних результатів, ми вважали за необхідне чітко визначитися у трактуванні основних лінгвістичних та лінгвопатологічних категорій та понять (науковому тезаурусі), якими ми будемо оперувати у процесі дослідження.

Як відомо, мовлення являє собою вищу психічну функцію людини, має складну психологічну структуру та багаторівневу мозкову організацію. Як засвідчує аналіз робіт таких суміжних наук, як лінвістика, онтолінгвістика, психолінгвістика, психологія, нейропсихологія [4, 9, 17, 112, 168, 284] з проблеми трактування і розуміння поняття «мовленнєва діяльність» стає зрозумілим його неоднозначне і розмите трактування. Безперечно, це є свідченням багатоаспектності названого явища. Є лінвістичне, психологічне, психолінвістичне трактування поняття «мовлення».

Аналітичний підхід до мовлення і мови у випадках відхилень у їх розвитку підтверджує неоднорідність цього явища з психологічної точки зору. Мовленням називають і сукупність звукових феноменів, так званий «звуковий потік» і сукупність висловлювань, що мають певний зміст та значення, а також вид діяльності, що включає усе вищезазначене та цілий ряд інших операцій та процесів. Відомо, що як матеріальний виразник мови, мовлення має такі структурні компоненти як звуковимова, словниковий запас, граматичні характеристики [111].

Мовлення включено у різні форми психічної діяльності. Як комунікативний засіб – правомірно відноситься до психології особистості, як акт поведінки – розглядається у межах психології поведінки. Будучи засобом отримання знань та формою їх категоріального означення, мовлення має безпосереднє відношення до психології пізнання, когнітивної психології. Як форма практичної реалізації мови, мовлення виступає предметом вивчення лінвістики та психолінгвістики.

Ми використали наукові засади як засновників психолінгвістики у особі М. І. Жинкіна, 1958; І. Н. Горєлова, 1974; Н. Х. Швачкіна, 1948 та ін., так і їх послідовників - О. М. Шахнаровича, 1996; Н. І. Лепської, 1997; С. Н. Цейтлін, 2000; Т.А. Фотєкової, 2002; Т.В. Ахутіної, 2002 та ін., які започаткували та розгорнули вивчення таких проблеми у психолінгвістіці як: породження та розуміння мовлення, співвідношення вербальних та невербальних компонентів у мисленні людини, розвиток мови та мовлення у філо- та онтогенезі, феномен внутрішнього мовлення, породження та розвитку мовленнєвої здатності людини, співвідношення звука і змісту у мовній свідомості та ін. і вважаються класиками даного напряму.

У свою чергу, мовлення є однією з форм реалізації вищевказаних правил засобом породження висловлювання у звуковій формі. З психологічної точки зору мову, мовленнєву поведінку можна розглядати як сукупність навичок, необхідних для здійснення комунікативної поведінки (Виготський Л.С., 1984, Сахарний Л.В., 1989, Леонтьєв О.О., 1997). Процес організації комунікативної та мовленнєвої поведінки, побудови висловлювань у звуковій формі вимагає використання ряду когнітивних механізмів, що створюють операціональне забезпечення процесу породження мовення. Дані когнітивні операції є необхідними для переводу цілісного задуму у сегметарну форму, для відбору необхідних мовних одиниць та їх організації у цілісну програму висловлювання, для лінійної сукцесивної організації цієї програми, для моторного програмування та послідовної реалізації цієї програми (М. І. Жинкін [163]; І.Н. Горєлов [111]; Т. В. Ахутіна [9], Є. Ф. Соботович [404]). У свою чергу, сукупність мовних одиниць, правил їх комбінування для побудови висловлювання, психофізіологічні механізми реалізації висловлювань у мовленнєвій формі утворюють функціональну самоорганізуючу систему (П. К. Анохін [5], А.А. Залевська [168]).

Враховуючи перераховані вище компоненти мови та мовленнєвої системи і завдання, які вони вирішують, за робочу модель багатовимірного

вивчення мовленнєвого розвитку при ВНГП, нами взято «функціональну систему мови та мовлення (далі - ФСММ).

У свою чергу – ФСММ включає ряд підсистем (систем другого порядку), кожна з яких має свою певну спеціалізацію та деяку автономію як у процесі функціонування, так і у процесі свого розвитку (Залевська А.А., 1999; Levelt W.J., 1993; А. М. Корнєв, 2006 [243]).

Модель функціональної системи мови та мовлення включає три основні підсистеми: 1) семіотичну; 2) програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) регуляційну (рис. 2.1).

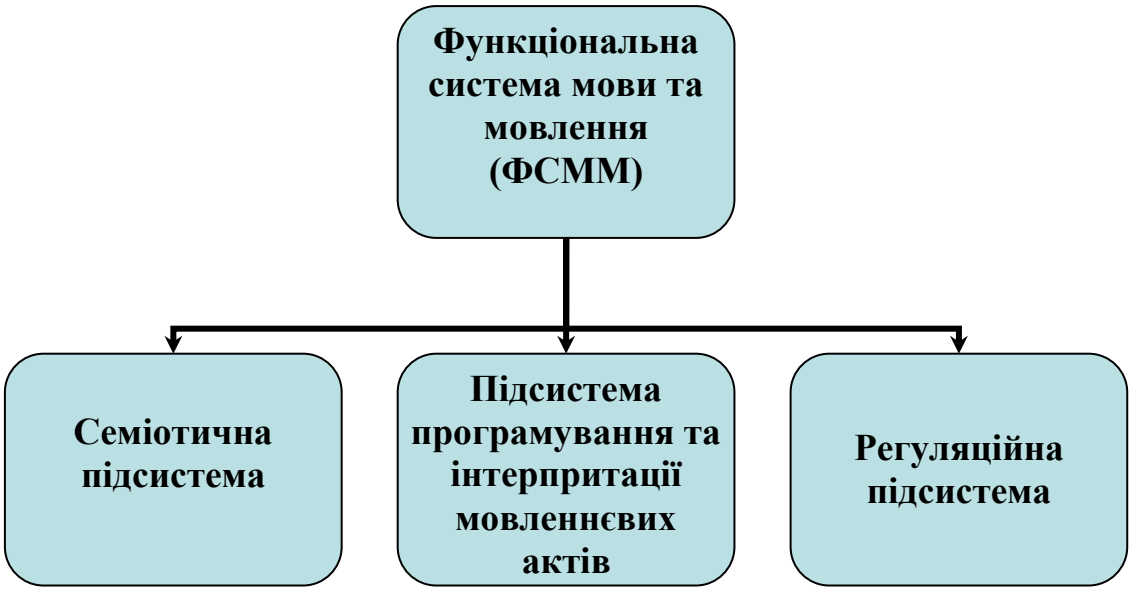

Рис. 2.1 Базові складові функціональної системи мови та мовлення

Розглянемо взаємозв'зки та взаємозалежність підсистем ФСММ з метою визначення пріоритетних векторів дослідження особливостей психомовленнєвого розвитку дітей різного віку із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

1) Семіотична мовна підсистема у межах ФСММ є вищим, знаковим рівнем комплексу мовленнєвих вмінь та навичок (за М.О.Бернштейном [22], який своєю загальною теорією рухової діяльності довів, що набуття будь-якої рухової навички обумовлене не повторюванням однакових інерваційних команд, в виробленням вміння кожного разу заново вирішувати рухове завдання, тобто рух спрямовується «…моделлю необхідного майбутнього…»)

та забезпечує формування мовних одиниць, засвоєння та використання узагальненого набору правил їх використання у процесі породження висловлювання. У лінгвістиці виділяють наступні рівні цієї підсистеми: (вони ж називаються рівнями системи мови: фонематичний (фонологічний), лексичний, граматичний).

Оволодіння звуковою будовою мовлення відбувається у двох взаємопов'язаних напрямах. Дитина засвоює артикуляцію (тобто рухи і позиції мовленнєвих органів, необхідних для відтворення звуків) і одночасно з цим – систему диференціальниїх ознак, необхідних для їх розрізнення. Сприймання мовленнєвих звуків формується у процесі активного артикуляторного досвіду і у дошкільному віці набуває закінченого характеру. Таким чином, формування звукової сторони мовлення залежить, в основному, від ступеня сформованості кінестетичного та фонематичного сприймання, а також їх взаємодії між собою у мовленнєвій практиці.

Лексичне, синтаксичне, морфологічне значення мови передається за допомогою звукових одиниць в усній формі і за допомогою графічних одиниць – у писемній формі. Роль звукових одиниць в утворенні мовних значень описується: а) з позиції функціонального підходу, тобто артикуляція і сприймання; б) з позицій фонетичного підходу, тобто їх звучання. Для логопедичного аналізу порушень мовлення враховуються обидва підходи.

Дослідження стану мовних та мовленнєвих засобів на експересивному та імпресивному рівнях в рамках спеціально розробленої діагностичної моделі забезпечить висновки про стан семіотичної підсистеми ФСММ.

2) **Підсистема програмування висловлювань, інтерпритації мовленнєвих актів та контролю за процесом їх реалізації та декодування.** Власне, процес функціонування даної підсистеми і є основним змістом багаточисельних моделей породження та розуміння мовлення (Жинкін М.І. [163], Леонтьєв О.О. [272], Ахутіна Т.В.[9]; Соботович Є.Ф.[404]; Лурія О.Р. [286] та ін.).

Відомо, що первинний задум висловлювання являє собою слабкоструктуроване, аморфне утворення. Він повинен поступово перетворитися у більш чітко оформлене у змістовному розумінні та сегментоване засобом змістовного (глибинного) синтаксування. Отриманий продукт має бути перетворений у знакову форму з використанням мовних одиниць різного рівня (фонологічного, лексичного, морфологічного). Оскільки мовленнєві висловлювання реалізуються лише лінійно, у сукцесивній формі, важливим моментом програмування слід вважати операцію поверхового синтаксування. Синтаксування або процес лінійної організації фраз включає операції трансформації симультанно представленого матеріалу у сукцесивно організований ряд. Відомо, що усі перераховані перетворення здійснюються практично паралельно (Зимня І.О., 1985; Кисевич В.Б., 1988; Ахутіна Т.В., 1989; Є. Ф. Соботович, 1997; Залевська А.О., 1999; Bierwisch M., 1991 та ін.). Це вимагає ефективного управління когнітивними ресурсами одночасно на різних рівнях, у різних підсистемах ФСММ, що є можливим лише за умови нормального функціонування регуляційної підсистеми.

3) Регуляційна підсистема. Саме вона повинна забезпечувати координацію, співдружність, ресурсне забезпечення на усіх рівнях. Про особливості двох вище зазначених підсистем ФСММ у дітей різного віку з ВНГП будуть свідчити результати виконання ними спеціально розроблених діагностичних методик на дослідження здатності на програмування, інтерпритацію та регуляцію мовленнєвих актів.

Ми невипадково заглибилися у підструктури (підсистеми) мови та мовлення, оскільки наш досвід роботи, наукові спостереження, первинний скринінг стану мовлення у дітей різного віку з ВНГП свідчать про те, що у зазначеної категорії дітей страждає не лише фонологічна система мовлення (як вважається традиційно), а спостерігаються порушення на інших рівнях породження мовлення та у різних підсистемах функціональної системи мови та мовлення.

Існує безліч трактувань терміну «система» та «системність». У контексті нашого дослідження, ми дотримуємося трактування поняття «функціональна система» організму, запропонованої П. К. Анохіним [5]. За його ствердженням функціональна система здатна до самоорганізації, оскільки її організуючим стрижнем є досягнення кінцевої мети. Мовлення, як вища психічна діяльність, з психофізіологічних та психолінгвістичних позицій розглядається нами теж як система, здатна до самоорганізації, тобто до розвитку, метою і організуючим началом якої виступає комунікація у широкому розумінні цього терміну.

Для того, щоб класифікувати мовленнєві вади у дітей з ВНГП, ми визначили відправні точки у трактувані патології (порушення) мовлення.

Згідно О.О. Леонтьєва [272] мовленнєва патологія це - «…порушення мовленнєвої діяльності, обумовлене несформованістю або розладом психофіологічних механізмів, що забезпечують засвоєння, продукування, відтворення та адекватне сприймання мовних знаків членом мовного колективу». Безперечно, якщо йдеться про дитячий вік, до перерахованих параметрів необхідно додати невідповідність основних параметрів мовленнєвої діяльності загальноприйнятим, науково обгрунтованим віковим нормам мовленнєвого розвитку.

Враховуючи вищезазначене, та керуючись сучасними психолінвістичними підходами до трактування патології мовленнєвого розвитку, у дослідженні ми користувалися визначенням патології розвитку мовлення за О.М. Корнєвим [243]: «…це стан дисгармонії або запізнення у формування функціональної системи мови і мовлення, що проявляється стійкими проявами аномальної мовленнєвої поведінки та соціальною дизададптацією» як найбільш точним і вдалим з поміж інших і притримувалися його, вибудовуючи стратегію та тактику експерименту.

Не викликає сумніву існування взаємозв’язку психомовленнєвого статусу дитини із ВНГП із її віком, соматичним станом, часом проведення оперативного втручання, початком лопедичної роботи тощо.

Своїм дослідженням ми маємо за мету розширити уявлення не лише про особливості мовленнєвого, але і психічного розвитку даної категорії дітей, присвятивши цьому окремий етап констатувального дослідження.

Розробка даної проблематики у клініко-психолого-педагогічному руслі дослідження представляється нам актуальною ще тому, що значна частина дітей з ВНГП, як показують наші попередні спостереження, стикається з проблемами психологічного характеру.

У логопедії та у логопсихології недостатньо вивчені психологічні особливості дітей з ВНГП. Оскільки, багато років існували уявлення про моносистемність та моносиндромність мовленнєвих порушень у зазначеної категорії дітей. За відсутності допомоги спеціалістів у галузі логопсихології, з часом психологічний стан дітей з ВНГП ускладнюється, трансформується у стійкі психологічні, або навіть психопатологічні порушення, що вимагає допомоги фахівця відповідного профілю (психолога, психіатра). Оптимальний підхід до їх абілітації, можливо, запобіг би подібній ситуації.

В основу аналітико-діагностичної роботи щодо вивчення психічного розвитку дітей із ВНГП нами взято трикомпонентну модель аналізу психічного розвитку та його базових складових, запропоновану сучасними дослідниками у галузі психології розвитку, представниками російської школи когнітивного розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго (2005), як найдоцільнішу (на нашу думку) в умовах міждисциплінарного комплексного підходу.

Узагальнено систему базових складових психічної діяльності умовно поділено [370] на три відносно самостійні структури: 1) довільність регуляції психічної активності; 2) просторово-часові уявлення; 3) базова афективна регуляція.

Організація та структура констатувального експерименту

Є усі підстави вважати , що природа і механізми порушень мовлення при ВНГП мають складний, багаторівневий, мультифакторний характер. Це

вимагає міждисциплінарного та мультиаксиального підходу до систематики цих порушень. Для того, щоб розкрити семіотику порушень мовлення у дітей з ВНГП ми поставили за мету виявити закономірності їх психомовленнєвого розвитку та прослідкувати особливості його перебігу протягом тривалого часу.

Семіотика дизонтогенетичних порушень мовленнєвої діяльності у дітей з ВНГП передбачає дворівневий аналіз: симптоматологічний (переважно описовий) та синдромологічний (інтегративний та інтерпритативний). Враховуючи особливості логіки діагностичного процесу, ми дотримувалися принципу роздільності описання лінгвопатологічних симптомів та синдромів порушень мовлення при ВНГП. Вивчення, описання та кваліфікація клініко-психолого-педагогічних симптомів та синдромів, безперечно вимагає вікового та онтогенетичного аспекту такого аналізу. Що і було закладено у стратегію та тактику діагностичного етапу констатувального дослідження.

Для нас принциповою була спрямованість діагностичного етапу дослідження на мультидисциплінарний комплексний підхід до вивчення особливостей психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП, що у свою чергу передбачало розглядання усього спектру патологічних проявів, які супроводжують розвиток такої дитини та характеризують її особистість (включаючи соматоневрологічні, логопедичні, психологічні характеристики).

Зокрема, постала проблема міждисциплінарного дослідження мовлення дітей з ВНГП та визначення місця ринолалії у сучасній систематиці мовленнєвих порушень з позицій багатовимірного підходу до діагностики порушень мовлення при ВНГП, яка видається міждисциплінарною за своїми проявами та науковою проблематикою, пов’язаною з нею.

Мета констатувального етапу дослідження - вивчення структури мовленнєвого та психічного дизонтогенезу дітей із ВНГП.

Досягнення поставленої мети на діагностичному етапі передбачало вирішення наступних завдань:

•визначити стан складових функціональної системи мови та мовлення та ФСММ в цілому у дітей різних вікових груп з ВНГП, починаючи з раннього віку;

•визначити критерії оцінки усіх порушених ланок (підсистем) функціональної системи мови та мовлення;

•діагностувати стан домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку та визначити базисні методологічні засади розвитку мовлення у дітей з ВНГП раннього віку;

•розкрити структуру мовленнєвого дефекту при ВНГП у дітей різного віку;

•відстежити залежність стану сформованості структурних компонентів мовлення у дітей з ВНП від строків проведення операції, структури та тяжкості анатомічного дефекту;

• розробити модель та методику (зміст, тактику та стратегію) комплексного дослідження та діагностики особливостей психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП на різних етапах онтогенезу;

•визначити вплив мовленнєвого порушення у дітей з ВНГП на стан когнітивних процесів, афективно-емоційної сфери, особистості такої дитини;

•визначити чинники впливу на процес виховання особистості дитини з ВНГП;

Мета та загальна спрямованість етапів діагностичного процесу

І етап - симтоматологічної діагностики. Мета: визначення факту наявності/відсутності відхилень у мовленнєвому розвитку дитини з ВНГП (враховуючи норми мовлення у різні вікові періоди).

ІІ етап – діагностики психомовленнєвого розвитку. Мета: встановлення загальних характеристик дизонтогенезу на підставі результатів клінічного та психолого-педагогічного скрінінгу (враховуючи висновки спеціалістів медичного профілю (щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, педіатра, отоларинголога, невропатолога, психіатра), а також психолога, логопеда.

Підходячи до розглядання цієї проблеми із системних позицій на цьому етапі дослідження передбачалося встановлення стану психомовленнєвого розвитку дитини з ВНГП, масштаби, структуру, ступінь вираженості дизонтогенетичних проявів та місце мовленнєвої симптоматики у загальному контексті дизонтогенезу.

Дослідження цього етапу (за допомогою невербальних та вербальних психолого-педагогічних діагностичних методик з високими прогностичними можливостями) передбачало також визначення когнітивного ресурсу (інтелектуальних здібностей) дитини.

Для нас принципово важливим було тлумачення стану немовленнєвих функцій не як фону на якому відбувається мовленнєвий розвиток, а як системного контексту виявлених мовленнєвих симтомів. З іншого боку ми зважали на те, що функціональна система мови та мовлення, будучи, структурованим, складнооргнізованим утворенням, поєднує у собі якісно різні компоненти, підсистеми, вимагаючи (передбачає) при цьому дослідження цих компонентів з урахуванням їх певної автономності у розвитку.

Саме тому, алгоритм констатувального дослідження на цьому етапі передбачав оцінювання та аналіз стану підсистем окремо одна від одної (див. діагностичну методику). У цьому ми вбачали можливість прослідкувати закономірності поєднаного впливу компенсаторних та дисморфо-функціональних якостей цих підсистем на ефективність роботи (формування) функціональної системи мови та мовлення в цілому.

Тому, окремо якісно описувалася та кількісно оцінювалася фонетика та фонологія (сегментарний та супрасегментарний рівні), їх артикуляторна база, синтаксис та морфологія не тільки якісно, але і кількісно (оцінючи ступінь зрілості за віковою шкалою).

Імпресивний та експресивний рівні перерахованих показників теж оцінювалися окремо. Якісна оцінка не тільки дозволила оцінити гармонійність/дисгармонійність формування системи мови та мовлення, але і співставити їх з так званим «розумовим віком». А це у свою чергу дозволило

нам визначити ступінь залежності дефіциту мовленнєвих навичок та мовних здібностей від загальної когнітивної зрілості дитини, тобто встановити вклад інтелектуальної недостатності у механізми лінгвопатологічної симтоматики або спростувати це передбачення.

З іншого боку, ми враховували, що природа, закономірності функціональних систем не виводяться із компонентів, що їх складають. Ми усвідомлювали, що цілісна ФСММ не рівноцінна сумі підсистем, які у неї входять. Вона набуває певних властивостей тільки на рівні цілого. А це означає, що показником ефективності роботи системи в цілому, рівня її зрілості є здатність до породження висловлювання відповідно мовних норм, комунікативним цілям та завданням, з урахуванням конкретної комунікативної ситуації.

III етап синдромологічної діагностики ставив за мету здійснити синдромологічний аналіз усієї сукупності виявлених симптомів, виявлення механізмів порушень мовленнєвого розвитку, виділення факторів, що визначають той чи інший варіант мовленнєвого або психомовленнєвого дизонтогенезу.

IV етап – квазінозологічного діагнозу – вибір інтегрального означення конкрентої форми недрозвинення мовлення у дитини з ВНГП.

V етап – етап логопедичного та психологічного висновку.

Базовими у даному дослідженні були такі принципи:

- клініко-патогенетичний (каузальності), який передбачає порушення мовлення у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння розглядяти у контексті цілісної картини патології розвитку дитини з урахуванням етіології та патогенезу, внутрішньо закономірного взаємозв’язку мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики;

- принцип багатовимірності або багатоплановості логопедичної та психологічної діагностики означає одночасне використання дослідником декількох векторів або категоріальних просторів, що, безперечно, є

необхідним для різносторонньої характеристики стану психомовленнєвого дизонтогенезу в цілому;

- принцип мультидисциплінарності або комплексності означає, що у діагностиці та характеристиках порушень мовлення та психологічних порушень у дітей з ВНГП ми використовуємо концептуальні засоби і методи тих дисциплін, які мають відношення до проблематики розвитку дитини з ВНГП, що дозволить інтегрувати різногалузеві знання про предмет вивчення;
- системно-функціональний або принцип спрямованості передбачає оцінку функціональних систем мовлення в цілому і окремих її підсистем (структурних компонентів) з точки зору їх ефективності як засобу комунікації тощо. Обов'язковим при цьому є аналіз взаємозв'язку та взаємозалежності первинних та вторинних порушень;
- принцип динамічного вивчення дитини з ВНГП передбачає виявлення не тільки зони актуального розвитку , що визначається завданнями, які дитина вирішує самостійно, але і її здатність до навчання, яка визначається завданнями, з якими дитина справляється за допомоги дорослого;
- принцип індивідуального підходу та дозованого навантаження під час обстеження передбачає у першу чергу необхідність виявлення компенсаторних та потенціальних можливостей дитини з ВНГП з урахуванням віку та усіх психофізіологічних можливостей даного віку;
- принцип якісно-кількісного аналізу одержаних експериментальних даних.

Методи дослідження. Для реалізації мети і завдань на кожному з етапів констатувального дослідженя, для перевірки гіпотези щодо стану психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей різного віку з ВНГП, спираючись на базові принципи, був використаний комплекс методів дослідження: теоретичний (аналіз наукової, науково-методичної літератури, аналіз медичної та психолого-педагогічної документації, вивчення архівних матеріалів); емпіричний (психолого-педагогічне спостереження, природній психолого-педагогічний експеримент, бесіди, опитування, анкетування,

інтерв'ювання); статистичний (математична обробка експериментальних даних, кількісний та якісний аналіз матеріалів спостережень і досліджень).

Стратегія і тактика констатувального етапу дослідження базувалася на сучасних позиціях психологічного та психолігвістичного трактування мови й мовлення, враховуючи основні закономірності та етапи їх становлення.

Експериментальні бази дослідження:

Український центр лікування дітей із вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки (м. Київ) та кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку НМУ імені О.О.Богомольця; Міжрегіональний центр надання спеціалізованої допомоги дітям із вродженими і набутими вадами щелепно-лицьової ділянки, кафедра стоматології дитячого віку ФІПО та кафедра хірургічної стоматології ДМУ імені М. Горького (м.Донецьк); кафедра дитячої щелепно-лицевої та реконструктивної хірургії Української медичної стоматологічної академії (м.Полтава); відділення щелепно-лицевої хірургії кафедри хірургічної стоматології НМУ імені Данила Галицького (м.Львів); загальноосвітня школа-інтернат № 7 для дітей з важкими вадами мовлення (м.Київ); дошкільні заклади освіти № 250 (м.Київ), № 576 (м.Київ), № 591 (м.Київ); громадські організації «Родинні світи», «Школа життя» (м.Київ).

Експериментальним дослідженням охоплено 16 областей України (Київська, Житомирська, Вінницька, Черкаська, Полтавська, Кіровоградська, Донецька, Луганська, Дніпропетровська, Запорізька, Закарпатська, Тернопільська, Івано-Франківська, Рівненська, Волинська, Львівська).

Загальна кількість задіяних у дослідженні – 522 особи із ВНГП від народження до 18 років. З них 118 від народження до одного року, 156 – від 1 до 3 років, 124 – від 4 до 6 років, 80 – від 7 до 11 років, 27 – від 12 до 15 років, 17 – від 16 до 18 років.

Включення у констатувальне дослідження дітей з ВНГП усіх вікових категорій забезпечувало можливість тривалого, наскрізного, багатовекторного

вивчення структури мовленнєвого порушення та визначення закономірностей психомовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей-інвалідів.

До окремих аспектів пошукової роботи було залучено 250 логопедів дошкільних закладів, загальноосвітніх шкіл-інтернатів для дітей із ТВМ, поліклінік, медичних центрів; 370 батьків, 30 опікунів і супроводжуючих з дитячих будинків, у яких перебувають діти-сироти із ВНГП. Здійснено ретроспективний аналіз 1135 історій хвороб та проаналізовано 570 карт логопедичного обстеження дітей із ВНГП.

Етапи дослідження:

1) підготовчо-аналітичний;

2) діагностико-експериментальний;

3) корекційно-розвивальний;

4) заключно-узагальнюючий

Термін здійснення: 1995 – 2009 рр.

Таблиця 2.1

Вікові параметри, умови та форми здійснення обстеження

Вік дитини	***Умови обстеження***	***Форма обстеження***
від народж. до 12 місяців (1 рік)	**щелепно-лицьова спеціалізована клініка**	**індивідуальна**
1 – 3 роки	♦ **щелепно-лицьова спеціалізована клініка** ♦ **логопедичний кабінет** – **медичного центру** – **дошкільного закладу** – **школи-інтернату** – **поліклініки**	
4 – 6 років		
7 – 11 років		
12– 15 років		
16– 18 років		**індивідуально-підгрупова**

Комплектування експериментальних груп передбачало їх виокремлення за декількома ведучими параметрами: віком, строком хірургічного втручання та станом мовлення на момент обстеження.

Розробляючи діагностичну методику вивчення психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП нами також були враховані визначені у вітчизняній педагогіці та віковій психології два основні періоди раннього розвитку дитини від народження до 3-х років: період немовляти (від народження до 12 місяців) та переддошкільне дитинство (від 12 до 36 місяців). У найбільш загальному вигляді ці періоди ми співвідносили з «домовленнєвою стадією розвитку дитини» і «початковими етапами мовленнєвої стадії розвитку комунації» (Н.Лепська).

Ми спиралися на розуміння того, що становлення мовленнєвої функції в онтогенезі характеризується визначеною послідовністю і стадіальністю етапів домовленнєвих форм спілкування і поступовим розгортанням власне мовлення.

Проведення ранньої діагностики відхилень у мовленнєвому розвитку здійснювалося з обов'язковим урахуванням традиційних параметрів нормального фізичного і нервово-психічного розвитку доношених дітей до 3-х років (Л.О. Бадалян [10]; Л.О. Булахова [138]; Г.В. Гуровець, С.І. Маєвська [125]; І.І. Панченко [338]; І.Ф. Марковська [299] та ін.), також – основних закономірностей довербального та раннього вербального розвитку (О.М. Вінарська [60]; М.І. Жинкін [163]; О.М. Корнєв [243]; М.І. Лісіна [276]; О.М. Мастюкова [302]; І.Ф. Марковська [299]; С.Н. Цейтлін [475]; Г.В.Чиркіна [480] та ін.).

У нашому дослідженні мали місце посилання на Мюнхенську Функціональну Діагностику Розвитку [318] визнану у галузі світової педіатрії та медичної психології однією з визначних базисних діагностик раннього психомоторного розвитку. Ми частково використовували (орієнтувалися на) діагностичні профілі нормального розвитку дитини від народження до 3-х років, які включали весь комплекс психомоторних показників помісячно. Особливо цінною для нас виявилася запропонована авторами Т. Хелльбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара, Р. Шамбергер, Т. Ройтенгитраух [318], система розпізнавання порушень психомоторики на ранніх стадіях розвитку, а також -

діагностичні вказівки на виявлення особливостей довербального та суспільного розвитку дитини від народження до 3-х років.

Усвідомлюючи труднощі процесу діагностичного обстеження дітей раннього віку, ми враховували результати сучасного «Скрінінг-тест розвитку Денвера», який успішно використовується у педіатричній та логопедичній практиці багатьох країн (Німеччини, США, Канади) з метою виявлення дітей, що вирізняються у розвитку загальної моторики, мовленнєвих функцій та соціально-емоційних контактів. Вважається, що цей тест, розроблений В.К. Франкенбургом, забезпечує високу надійність та достовірність, доступний для застосування практиками у галузі педіатрії, спеціальної педагогіки та психології. Однак, одразу слід зазначити, що досліджуваних нами характеристик (особливо домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку) були значно більше ніж зазначено у «Denver Developmental Screening Test". Тому, зробити однозначне порівняння з вихідним тестом Денвера було недоцільно (некоректно), проте, нами встановлено однозначну закономірність щодо особливостей раннього психомоторного та мовленнєвого розвитку дітей з ВНГП.

Для того, щоб всебічно виявити мовленнєвий дефект, розкрити його механізми та структуру у динаміці, ми на констатувальному етапі співвідносили вікові етапи, періоди домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку з визначеними у психолінгвістиці віковими етапами формування комунікативно-мовленнєвої діяльності.

З метою виявлення найбільш типових причин і характерних проявів мовленнєвого дизонтогенезу у дітей з ВНГП раннього віку, а також можливих індивідуальних проблем дитячого мовлення, нами була адаптована (спираючись на вказівки С. Цейтлін та питальник ІКП РАО на базі MacArthur Communicative Development Inventory: Words and Gestures (part 1, 2. 1993) спеціальна анкета для батьків, що включала в себе окрім об'єктивної частини анкети з традиційними питаннями, серію питань, спрямованих на визначення передумов повноцінного мовленнєвого спілкування їх дитини, а також ряд

питань, відповідь на які могли опосередковано вказати на ранні прояви неврологічної або психопатологічної симптоматики в історії розвитку дитини, вказати на симптоми порушень комунікабельності, психомоторні відхилення від нормального розвитку та ін. Відповіді батьків на ці питання мали попередній характер і вимагали підтвердження інших спеціалістів-медиків (психолога, психоневролога, невропатолога). Останній блок питань цієї анкети щодо ігрової діяльності дитини було включено у програму дослідження з метою отримання додаткової інформації щодо організації та особливостей ігрової діяльності як показника особистісного становлення дитини.

В основу аналітико-діагностичної роботи щодо вивчення психічного розвитку дітей із ВНГП нами взято трикомпонентну модель аналізу психічного розвитку та його базових складових, запропоновану сучасними дослідниками у галузі психології розвитку, представниками російської школи когнітивного розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго (2005), як найдоцільнішу (на нашу думку) в умовах міждисциплінарного комплексного підходу.

Узагальнено систему базових складових психічної діяльності умовно поділено [387] на три відносно самостійні структури: 1) довільність регуляції психічної активності; 2) просторово-часові уявлення; 3) базова афективна регуляція

Зазначені вище базові складові розвитку являють собою основні структурні утворення, які формуються у процесі психічного розвитку дитини, а стан їх сформованості свідчить про відповідність (співвіднесенність) до тієї чи іншої типологічної групи психічного дизонтогенезу [387].

Авторами визначені найбільш важливі компоненти такої моделі - так звані керуючі фактори або параметри, які і визначають характер психічного розвитку будь-якої дитини в цілому.

Маючи на меті оцінку психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку, керуючись основними положеннями [387] про узагальнену систему базових складових психічної діяльності дитини для даного дослідження були окреслені ключові моменти обстеження та ті показники психічного розвитку, які на

нашу думку можуть бути найбільш ушкодженими у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. У першу чергу це стосується довільної регуляціії рухової активності, довільної регуляціії психічних процесів та функцій довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому.

З огляду на це, було розроблено відповідний зміст психологічного дослідження (спираючись на методологічні та методичні підходи сучасної психології розвитку) з урахуванням віку дітей та структури дефекту.

Згідно діагностичної методики та запропонованої технології дослідження базових складових психічного розвитку дитини із ВНГП передбачало вивчення: а) довільної регуляції рухової активності; б) довільної регуляції психічних процесів та функцій; б) довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому у їх динамічному взаємозв'язку.

При цьому слід зазначити, оцінка сформованості зазначених складових спиралася на аналіз спостережнь за дяільністю та поведінкою дітей із ВНГП та базувалася на результатах виконання дітьми завдань як логопедичного блоку, так і ззавдань на дослідження компонентів пізнавальної діяльності.

Аналіз результатів виконання завдань на дослідження операціональних характеристик діяльності дитини із ВНГП (пізнавальної діяльності та окремих її компонентів) передбачав висновки не тільки про темпові характеристики психічної діяльності, але і про особливості її базових складових та поведінки дитини в цілому.

Слід зазначити, що, діагностичною методикою також було передбачено вивчення сформованості просторових уявлень, як базисного показника забезпечення регуляції власної діяльності та афективно-емоційної сфери за допомогою стандартизованих діагностичних методик та адаптованих до відповідного віку дітей.

У даному контексті дослідження ми не вивчали увагу як окремий психічний процес, а розглядали її у полі операціональних характеристик діяльності, оскільки у своїх різних проявах увага приймає активну участь у будь-якому виді психічної діяльності. З огляду на це нами враховувалися такі

основні параметри процесу уваги, як обсяг активної уваги, її стійкість, здатність до перерозподілу та переключення.

Виходячи з цього, констатувальний етап дослідження передбачав співвіднесення вікових показників з періодами мовленнєвого та психічного розвитку і прослідковув залежність мовленнєвого статусу дитини із ВНГП від багатьох чинників, що впливають на її фізичний і психічний стан, зробивши основний акцент на вивчення особливостей психо-мовленнєвої діяльності у клініко-психолого-педагогічному аспекті.

Констатувальне дослідження не можна було вважати достатнім без урахування стану морально-психологічного клімату у родині, яка виховує дитину з ВНГП. Ми розглядаємо мікросоціум, або сім'ю як один з основних гарантів забезпечення якості життя своєї дитини. Оскільки такі фактори як спадковість, наявність обох батьків, їх здоров'я, соціальний та матеріальний стан, ступінь стабільності сім'ї, житлові умови, характер взаємостосунків між членами родини визначають не тільки благополуччя у період внутрішньоутробного розвитку плода, але і впливають на стан фізичного та психічного здоров'я дитини, що народилася. У межах дослідження вивчалося ставлення батьків до дітей та особливості психологічного клімату сім'ї де виховується дитина з ВНГП.

Вибудовуючи стратегію констатувального етапу дослідження, ми вбачали необхідність співвіднесення рівня розвитку функціональної системи мови та мовлення з рівнем зрілості таких двох базових показників мовленнєвої діяльності як когнітивний та афективний.

Гіпотетично ми передбачали, що тільки таке співвіднесення через визначення місця дитини із ВНГП у кожному просторі ознак дозволить визначити структуру психомовленнєвого дизонтогенезу, що у свою чергу забезпечить просування у розумінні механізмів порушення мовлення при ВНГП та пошуках шляхів розвитку мовлення дитини з такою патологією.

2.2. Модель діагностичного клініко-психолого-педагогічного обстеження мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП

П І Д Г О Т О В Ч И Й Е Т А П

Н а п р я м д о с л і д ж е н н я:

Вивчення особливостей психо-фізичного розвитку дитини із ВНГП:

Клінічний скрінінг:

- ретроспективний аналіз історій хвороб (вивчення медичних заключень педіатра, хірурга-стоматолога, ортодонта, невролога, отоларинголога, психолога).

Психолого-педагогічний скрінінг:

- аналіз карток логопедичного та психологічного обстеження з акцентом на ранній фізичний розвиток дитини, ранній психічний розвиток, домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток (зі слів матері); аналіз педагогічної документації, аналіз бесід з батьками, анкетування батьків, логопедів, психологів.

Основна мета психолого-педагогічного анамнезу – виявлення особливостей перебігу раннього фізичного та психічного розвитку дитини. Основний акцент на цьому етапі приділявся детальному аналізу домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини з ВНГП. Бралися до уваги попередні висновки логопеда та психолога. Даний етап обстеження передбачав аналіз психофізичного розвитку дитини з ВНГП у залежності від віку, характеру дефекту, строків хірургічного втручання та ортодонтичного лікування, а також наявності чи відсутності ранньої логопедичної та психологічної допомоги дитині та родині, яка її виховує.

О С Н О В Н И Й Е Т А П

Напрям дослідження:

І - лінгвопедагогічне дослідження стану сформованості функціональної системи мови та мовлення дітей з ВНГП (з включенням нейропсихологічних методик);

ІІ - психологічне дослідження стану сформованості базових складових психічного розвитку дітей з ВНГП.

Зміст обстеження:

І) Лінгвопатологічне обстеження ФСММ включає вивчення стану трьох підсистем: 1) семіотичної, 2) програмування та інтерпритації мовлення, 3) регуляційної

1) **Семіотична підсистема**: а) фонологічний рівень; б) лексичний рівень; в) синтаксичний рівень; г) морфологічний рівень.

Базові показники забезпечення експресивного рівня семіотичної підсистеми: загальна моторика, дрібна моторика, оральний праксис, артикуляторний праксис та кінезис, артикуляційні навички, звуковимова (голосні та приголосні), звуко-складова структура слова, середня довжина фрази, структурна складність синтаксичних конструкцій, якість фонації, ритміко-інтонаційне забарвлення.

Базові показники забезпечення імпресивного рівня семіотичної підсистеми: фонематичне сприймання, фонематична увага, фонематичний (слуховий) контроль (аналіз), фонематичні уявлення, імпресивний словник, розуміння фраз та логіко-граматичних конструкцій, словотворення та словозміна.

2) Підсистема програмування та інтерпритації мовленнєвих актів (сенсомоторне та когнітивне забезпечення) **:**

Базові показники забезпечення: кінестетична перцепція, кінестетичний праксис, слухова перцепція, слухомовленнєвий гнозис.

3) Регуляційна підсистема (координація, співвіднесення ресурсного забезпечення функціональної системи мови та мовлення):

Базові показники забезпечення: психомоторика, зв'язне (монологічне, діалогічне) мовлення, навички читання, комунікативні здібності, комунікативна поведінка.

II) Психологічне обстеження включає вивчення базових складових психічного розвитку дитини із ВНГП: а) довільної регуляції рухової активності; б) довільної регуляції психічних процесів та функцій; б) довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому у їх динамічному взаємозв'язку.

Оцінюючи психічний розвиток дітей різного віку із ВНГП ми у першу чергу передбачали виділити дітей, які потребують спеціалізованої психологічної допомоги (навіть у межах умовно нормативного розвитку) та дати психологічну оцінку їх розвитку, по-друге – визначити конкретні продуктивні шляхи, види та напрями такої допомоги.

Таким чином певний паттерн сформованості кожної із трьох базових складових і усієї системи взагалі, ми розглядали як основу психологічного діагнозу, власне як основний психологічний синдром.

Ми стоїмо на принципових позиціях про необхідність, доцільність та можливість виходу на типологію відхилень психічного розвитку дітей із ВНГП, структуру та феноменологію кожного із варіантів психічного дизонтогенезу засобом вищезазначеної стратегії та тактики аналізу.

Алгоритм клініко-психолого-педагогічного діагностики дитини з вродженим незрощенням губи та піднебіння являє собою системну програму дослідження стану функціональної системи мови та мовлення, вивчення особливостей когнітивного, емоційно-афективного та особистісного розвитку дітей з ВНГП різного віку.

Згідно з алгоритмом клініко-психолого-педагогічного вивчення психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП розроблено відповідну діагностичну методику, яка складається з двох скринінгових, або підготовчих (клінічного та психолого-педагогічного) та чотирьох основних (3 підсистеми функціональної системи мови і мовлення та психологічний) блоків і

розрахована на можливість обстеження психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП, починаючи від народження до 18 років (рис. 2.2).

Комплексне обстеження передбачало використання як методик психолого-педагогічної спрямованості, так і нейропсихологічних - для дослідження індивідуальних відмінностей у розвитку психічних функцій у дітей з ВНГП на різних етапах онтогенезу, а також виявлення можливих закономірностей формування психічних процесів саме у дітей з вродженими дефектами щелепно-лицьової ділянки у залежності від виду дефекту, строків хірургічного втручання та віку.

Зміст запропонованої діагностичної методики розроблено з урахуванням вікових нормативних показників розвитку і розташовано таким чином, щоб дослідник мав можливість обстежити необхідні параметри психомовленнєвого розвитку дитини з ВНГП різного віку. Саме таке розташування діагностичного матеріалу забезпечило можливість здійснення багатовекторного, наскрізного дослідження рівня сформованості усіх складових психомовленнєвого розвитку.

Аналіз одержаних результатів проводився відповідно зазначеної у методиці програмної послідовності констатувального етапу дослідження. У процесі діагностики психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП передбачено визначення рівнів (за шкалою балів) по кожному зазначеному у діагностичній методиці показнику психомовленнєвого розвитку (як лінгвопатологічному, так і психологічному) та співставлення їх з нормативними показниками розвитку.

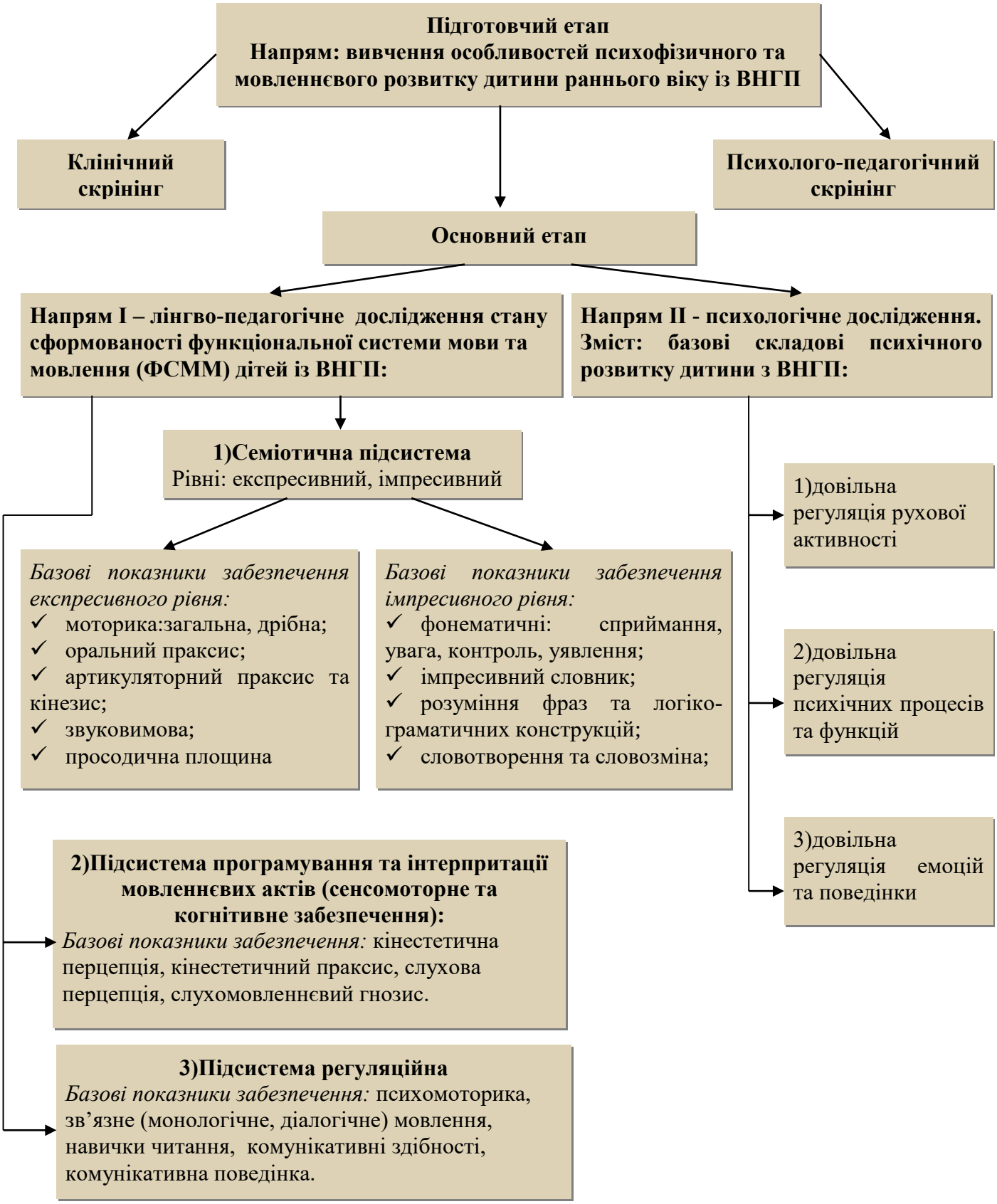

Рис. 2.2 Модель діагностичного клініко-психолого-педагогічного обстеження мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП

2.3. Методика медико-психолого-педагогічної діагностики стану мовленнєвого та психічного розвитку дитини з ВНГП

П і д г о т о в ч и й е т а п

А. Клінічний скрінінг

Клінічний аналіз – важлива прогностична частина обстеження та відбору діагностичних методик. Мета клінічного обстеження - вибудувати попередню діагностичну гіпотезу щодо психомовленнєвого розвитку за даними клінічно підтверджених діагнозів.

Для цього здійснювався збір загальних та медичних даних щодо антенатального, натального та постнатального розвитку дитини з ВНГП.

Дані заносилися у відповідний протокол обстеження. Особлива увага приділялася ранньому періоду розвитку дитини, строкам проведення операції, висновкам ортодонта, невролога та отоларинголога.

Загальні відомості про дитину

Прізвище_____

Ім'я _____

По батькові____

Чи відчули професійну психологічну допомогу у пологовому будинку_____

Анамнестичні дані

Скарги батьків хворого_____

Наявність у родині фактів незрощень _____

Перебіг вагітності:

Стан здоров'я матері під час вагітності, особливо у І триместрі (2 - 3 міс.)_____

Перенесені захворювання під час вагітності_____

Токсикози_____

Чи можливі шкідливі впливи (профшкідливості, екологія тощо) на організм матері?_____ Батька?____ Які?_____

Перебіг пологів

Ускладнений чи неускладнений перебіг пологів (вчасні, передчасні, затримані, патологічні інше) _____

Наявність пологових травм_____

Ранній період розвитку дитини(зі слів матері)

Перший крик, його характер_____

Чи були перешкоди під час годування_____

Характер ссання (захлинання, поперхування тощо)_____

Годування: через зонд, звичайну соску, спеціальну соску _____

Чи був застосований обтуратор, якщо так, то протягом якого часу використовувався_____

Дані про операцію

<u>Етапи та строки хірургічного лікування:</u>

<u>Оперативне втручання на верхній губі:</u> а) хейлопластика: виконана в строк чи пізніше (однобічна – у 2 - 3 міс.; двобічна – з 5 - 6-ти міс.);

<u>Операції на піднебінні:</u> а) велопластика (6 – 10 місяців). _____

б) ураностафілопластика : один етап (до 18 місяців); двохетапна (перший етап –до 18 місяців, другий – до 3-х – 5-ти років) _____

Наявність дефекту твердого піднебіння_____

Додаткові дані: _____

Ортодонтичне лікування проводилося/не проводилося_____

Клінічний діагноз **_____**

Неврологічний статус

Висновок невропатолога **про стан дитини _____**

Безумовні рефлекси (ссальні, жувальні, ковтальні, хапальні) _____

Наявність патологічних рефлексів_____

Висновки отоларинголога

Стан слуху_____; Стан носової порожнини_____; Стан носоглотки_____;Стан ротоглотки_____; Стан гортані_____.

Висновки окуліста **_____**

П с и х о л о г о – п е д а г о г і ч н и й с к р і н і н г

Ранній фізичний розвиток дитини

Вага при народженні_____ Зріст при народженні_____

Дитина почала тримати голову (у нормі - 1міс.)_____

- сидіти (у нормі – 5 – 6 міс.)_____

- повзати (у нормі – 6 – 8 міс.)_____

- стояти (у нормі – 7 міс.)_____

- ходити (у нормі - 9-12 міс.)_____

Захворювання, травми дитини (до 3-х років), оперативні втручання, часта госпіталізація тощо_____

Ранній психічний розвиток дитини(зі слів матері)

Характер ігрової діяльності_____

Особливості комунікативної поведінки_____

Особливості емоційно-вольової сфери_____

Відношення дитини до свого дефекту_____

Навички самообслуговування_____

Наявність психотравм, тривалої психотравмуючої ситуації_____

Ставлення у сім'ї до порушення мовленнєвого розвитку у дитини_____

Чи займалися з логопедом? _____ З якого віку?_____Як довго?_____

Результати логопедичної роботи_____

Чи задоволені батьки цими результатами? Так_____Ні_____

Пояснити чому?_____

Домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток дитиниз ВНГП

Час появи гуління, його характер (у нормі - до 3міс.)_____

Час появи лепету, його характер _____(у нормі – 5 - 6 міс.)____

Час появи перших слів _____(у нормі – 8 - 9міс.– 12міс.)____

Час появи перших фраз, речень _____(у нормі – 18міс. – 24 міс.) __

Наявність монологічного _____, діалогічного _____мовлення

Чи не переривався мовленнєвий розвиток (якщо переривався, то з якої причини і як довго тривав)_____

Чи форсувався мовленнєвий розвиток? _____

Мовленнєва активність (мовчун, балакун, розмовляє охоче, мовленнєва активність залежить від оточення)_____

Попередній висновок логопеда

(за даними карти логопедичного обстеження у медичному стаціонарі, або документів, представлених на ПМПК)_____

***Попередній висновок психолога (*за наявності записів у медичній карті хворого або документів психолого-педагогічного обстеження дитини з ВНГП)_____**

О с н о в н и й е т а п

Основний етап констатувального експерименту передбачав діагностичне вивчення стану функціональної системи мови та мовлення, а також визначення особливостей психологічного розвитку дітей різного віку з ВНГП.

Методика цього етапу дослідження передбачала вивчення стану базових показників підсистем функціональної системи мови та мовлення (фонологічної, програмування та регуляційної) та психологічного статусу

дитини з ВНГП у порівнянні з віковими нормативними показниками мовленнєвого та психологічного розвитку.

Враховуючи великий обсяг показників, з метою оптимізації діагностичного процесу та одержання вірогідних результатів, були використані загальноприйняті або адаптовані нами найбільш інформативні методики, які було об'єднано у певні діагностичні блоки.

Зміст кожного блоку складали питання, завдання, проби та вправи, результати виконання яких (цифрові показники або якісні характеристики) оброблялися методом математично-статистичної обробки або методом якісного аналізу та виводилися у відповідні рівні. Нами було використано декілька типів шкал вимірювання якісних та кількісних результатів. Номінальна (або номінативна) шкала використовувалася з метою якісних класифікацій (за двома або кількома якісними характеристиками). Порядкова шкала (або ординальна) використовувалася при необхідності упорядкування числових значень (показників) з метою визначення ступеня вираженості якості тієї чи іншої заданої перемінної (ознаки).

I. Дослідження семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (експресивний рівень)

А. Фонологічний блок

Базовими показниками забезпечення семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному рівні є стан: загальної та дрібної моторики, мімічної мускулатури, артикуляційної моторики та кінетики, дихальної функції, просодики, звуковимови, а також стан сформованості звуко-складової структури слова, лексичної та граматичної сторони мовлення.

Стан загальної та дрібної моторики як один з базових показників забезпечення експресивної сторони мовлення досліджувався за допомогою серії рухових завдань з урахуванням вікових нормативних вимог. Результати

виконання завдань на основні та дрібні рухи та рухові дії дали підстави для висновку про рівень сформованості основних фізичних якостей (сила, гнучкість, швидкість, вправність, витривалість) та рухових навичок.

<u>Виконання завдання</u> **на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості загальних та дрібних рухів; 4 бали – *середньому* рівню; 3-2 бали – *низькому*; 1 та 0 балів – *вкрай низькому* рівню.**

А.1. Обстеження загальної та дрібної моторики (з використанням нейропсихологічних методик дослідження рухів та рухових дій)

Таблиця 2.2

Серія рухових завдань на обстеження загальної та дрібної моторики

Контрольні завдання для оцінки сформованості основних рухів та координації	**Вік дитини**	**Критерії якісних показників рухових навичок**	**Критерії оцінювання стану загальної моторики**
Завдання1. **Стати прямо, руки в сторони, закрити очі.** ***Завдання 2***. **Доторкнутися рукою до кінчика носа (показати як).** ***Завдання 3.*** **Стати прямо, витягнути руки вперед, руками намалювати у повітрі невеликі кола (показати як).** ***Завдання 4.*** **Зловити обома руками м'ячик (показати як).** ***Завдання 5.*** **Заскочити в обруч, який лежить на підлозі.**	**Від одного до трьох років** **3 роки**	**Повний об'єм виконання п'яти завдань, нормальний темп, достатня координація, швидке переключення рухів** **Повний об'єм виконання завдань в уповільненому темпі, норм.координація і переключення рухів.** **Неповний об'єм виконання завдань, загальмований темп і переключення, координація не порушена.** **Неповний об'єм виконання завдань, повільний темп, порушення переключень і координації рухів.** **Невиконання більшості завдань, повільний темп, грубі порушення координації і переключень, хаотичний**	**5 балів** **4 бали** **3 бали** **2 бали** **1 бал** ***5*** **балів–**

Хода: **-проста у різних напрямах, із зупинкою, огинанням предметів;** **- з високим підніманням коліна, зі зміною темпу, приставним кроком у різні сторони;** **- на носках (руки за голову), на п'ятах, перекатом з п'ятки на носок, в ритм на місці і у русі;**	**4 роки** **5 років** **6 років**	**характер рухів** **Хороша осанка, вільні рухи рук від плеча зі згинанням у ліктях, крок енергійний, ритмічний, стабільний, виражений перекат з п'ятки на носок, активне згинаня і розгинання ніг у колінних суглобах (амплітуда незначна)**	**навичка сформована і автоматизована;** ***4*** **бали– навичка сформована, але не автоматизована, порушення плавності і темпу рухів;** ***3*** **бали - неправильне виконаня після третьої спроби, але є окремі ізольовані рухи;** ***2*** **бали – не виконання завдання на другому русі, наявна виснажуваність рухів;** ***1*** **бал – відмова від виконання**
Біг **– неквапливий біг, біг по колу;** **-зі зміною темпу, напряму, з довільною зупинкою;** **- в ритм, на місці, з пересуванням;** **- з високим підніманням ніг, за ведучим, від нього.**	**3 роки** **4 роки** **5 років** **6 років**	**Невеликий наклон тулуба, голова прямо, рухи рук,ніг енергійні, з необхідною амплітудою (біг на швидкість); тулуб майже вертикальний, стійка ритмічність рухів (біг повільний)**	**Аналогічно**
Стрибки **– на місці, з предметом;** **- на місці в ритм, на одній нозі, через невисокі предмети;** **- на місці з поворотом, з місця у висоту, довжину;** **- на одній нозі, з просуванням уперед, з розбігу у висоту, довжину, через скакалку**	**3 роки** **4 роки** **5 років** **6 років**	**а) висхідне положення: ноги стоять паралельно, тулуб злегка нахилений вперед; б) відштовхування: двома ногами одночасно, випрямлення ніг, різкий мах руками вперед-вгору; в) політ: тулуб зігнуто, голова вперед, виніс ніг вперед, рухи рук вперед-угору: г) приземлення: одночасно на дві ноги, руки вільно рухаються в сторони, збереження рівноваги**	**Аналогічно**

А. 2. Дослідження дрібних рухів та дій

Контрольні завдання для оцінки сформованості дрібної моторики:

Обов'язково: проба на праксис пози пальців

а. а) «Пози пальців»: „Вітання пальчиків", „Два кільця", „Зайчик", "Зайчик – кільце", "Коза-дереза"; б) «Перерахунок пальчиків»; в) «Зав'язування п'яти косичок»; «Веселе шнурування».

Додатково

2) Маніпулювання паличками; Складання пірамідки, мозаїки, кубиків; Складання розрізної картинки (нової); Складання пазлів (знайомий сюжет);

Маніпулювання з олівцем, ручкою; Володіння руками під час їжі.

3) Володіння руками у грі, у графічній діяльності (ліплення, малюнок, аплікація, володіння ножицями тощо)

Критерії оцінювання- одержані результати оброблялися аналогічно А.1.

Додатково: при підозрі на виражені порушення моторної сфери дитини з ВНГП з метою виявлення відхилень рухових функцій центрально обумовленого характеру ми включали декілька основних нейропсихологічних методик (Лурієвська батарея тестів, методики Ж.М. Глозман, Г.Ю. Потаніної, О.Є. Соболєвої):

a. проба на реципрокну координацію (з 4 років):

Дослідник кладе обидві кисті руки на стіл, одна з яких стиснута у кулак, інша – розкрита долонею. Потім, не змінюючи розташування рук на столі, дослідник одночасно міняє долоню на кулак. Після двох показів дитина повинна повторити спільно з дорослим (у 4 роки), самостійно – після 5 років.

b. проба на динамічний праксис: «Вправні ручки»:

а) для дітей 3-х років - «кулак - ребро»;

б) для дітей 4-х років – «кулак - ребро»/»долоня – кулак»

в) для дітей старше 5-ти років - «долоня – кулак – ребро»/ «кулак – долоня – ребро».

Критерії оцінок у балах:

5 балів – безпомилкове і плавне виконання «кінетичної мелодії» не менше 3-х разів підряд з можливим переносом на іншу руку;

4 бали – безпомилкове і плавне виконаня при наявності синкинезій в одній руці або легкої виснажливості;

3 бали – просторові помилки або стереотипії із самокорекцією при переході до другої серії рухів, або виражена виснажливість;

2 бали – численні помилки з частковою корекцією при інтенсивній допомозі дослідника (вербальній регуляції, спільному виконанні);

1 бал – при необхідності обох видів допомоги одночасно;

0 балів – неможливість виконання жодної програми за будь-якої допомоги.

<u>Виконання завдання</u> **на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості загальних та дрібних рухів; 4 бали – *середньому* рівню; 3 бали – *низькому*; 1 та 0 балів – *вкрай низькому* рівню.**

2) проба на (копіювання) простих геометричних фігур «Малюнок»

а) для дітей 3-х років – коло та квадрат;

б) для дітей 4-х років – трикутник та квадрат;

в) для дітей старше 5-ти років – коло, трикутник, квадрат і ромб

Критерії оцінок у балах:

5 балів – безпомилкове копіювання фігур відповідно віковим нормативам, збереження приблизних розмірів, напрямів зображенняелементів малюнку;

4 бали – порушення співвідношень споріднених фігур – для дітей після 5-ти років, або елементів однієї фігури – для молодших дітей при загальній збереженості запропонованої форми;

3 бали – декілька дизметричних помилок при загальній збереженості запропонованої форми;

2 бали – 1-2 просторові помилки (викривлення векторів або дзеркальні повороти фігур або їх частин;

1 бал – численні помилки, форма більше 50% малюнків невпізнання;

0 балів – невпізнанність жодного скопійованого малюнка, повна відмова від виконання завдання.

<u>Виконання завдання</u> **на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості загальних та дрібних рухів; 4 бали – *середньому* рівню; 3 бали – *низькому*; 1 та 0 балів – *вкрай низькому* рівню.**

А.3. Обстеження мімічної мускулатури

Характеристика міміки у стані спокою (нормальна, маскоподібна, характер лінії губ та щільність їх змикання, вираженість носогубних складок та їх симетричність, насильниццькі рухи (гіперкінези);

Чи з'являються супутні рухи (синкинезії), асиметрії носогубних складок при оскалі?

Характеристика міміки під час загальних рухів (прийому їжі, у грі, ходінні тощо

Виконаня міопроб (підняти брови угору – «здивуватися»; нахмурити брови – «розсердитися»; прищурити очі; надути щоки – «товстячок-хом'ячок»; втягнути щоки – «соломинка»; широко посміхнутися; «засмутитися»; поморгати очками поперемінно тощо.

Характеристика міміки під час мовлення (природня, жвава, гармонійна, асиметрія обличчя, опускання куточка рота, насильницькі рухи м'язів крил носа, рухів м'язів перенісся, лоба, напруження м'язів шиї тощо)

Характеристика виконання мімічних рухів (вчасне включення в рух, виснажливість рухів, зміни темпу та плавності мімічних рухів, об'єм, поява співдружніх рухів, салівація тощо

А.4. Обстеження будови та функцій артикуляційного апарату

Губи (нормальні, великі, тонкі, в'ялі, малорухливі, параліч, парез, закоротка верхня губа)_____ рухова активність (достатня, недостатня)_____ асиметрія рухів губ_____

вид незрощення верхньої губи (згідно класифікації ВНГП)_____

наявність післяопераційних рубців верхньої губи_____

активність верхньої губи (достатня, недостатня)_____

Глибина присінка (достатня, недостатня)_____

Язик (нормальний, завеликий, товстий, малорухливий, гіпертонус, гіпотонус, мінливий тонус) _____

(у стані спокою язик: відтягнутий назад, піднятий угору – увесь, спинкою або кінчиком, зміщений в один бік, лежить внизу, біля нижніх різців, широкий, млявий тощо_____

Вуздечка язика (нормальна, коротка) _____

Тверде піднебіння (нормальне, готичне, широке, пласке)_____

_____

Вид незрощення до операції (згідно класифікації ВНГП) _____

наявність післяопераційного чи залишкового дефекту піднебіння _____

М'яке піднебіння (нормальне, коротке, наявність дефекту)_____

Рухи м. піднебіння: активні у напрямку до /від задньої стінки ротоглотки; в один бік (вправо, вліво); слібкі; відсутні. Інше - _____

Наявність деформації верхньої та нижньої щелеп: по сагітталі (у передньо-задньому напрямі); по трансверзалі (у ширину)_____

Прикус (за заключенням ортодонта): нормальний (фізіологічний); прогнатія, прогенія; відкритий (передній, боковий). Інші варіанти_____

Наявність деформації зубного ряду: адентія (відсутність зубів); дистопія (неправильне прорізування зубів); скупченість зубів. Інше_____

А.5. Обстеження артикуляційної моторики та кінетики

Примітка: Дорослий (дослідник) і дитина повинні сидіти поряд (дитина може сидіти як справа, так і зліва), а не один навпроти одного. Тим самим у дитини знімається необхідність»перешифровувати» рухи рук дорослого (правою або лівою).

Таблиця 2.3

Серія тестів на дослідження артикуляційної моторики та кінетики

Тести на статичну координацію (виконаня ізольованих артикуляційних рухів за словесною інструкцією та за зразком)	**Аналіз результатів обстеження**	
Губи: **- Розтягнути губи у широку посмішку _____** **- «Трубочка»_____** ***Язик:*** **- Утримати язика на середній лінії (до 5-ти років – 5 сек.; після 5-ти років – 10**	**Виконання:** **Точно – Неточно** **Повний – неповн. об'єм рухів в. губи, язика, м. піднеб.** **Тонус (норм.; в'ялий; напруж.)** **Темп рухів (норм;**	**Оцінювання:** ***5* балів – виконання усіх завдань у повному обсязі, точно, з утрим. полож. арт. органів;** ***4* бали – виконання усіх завд.,з незначн. неточн., з норм. тонусом, з утрим.**

сек.)_____ **- Утримати піднятий на в. губу язик (до 5-ти років – 5 сек.; після 5-ти років - 10 сек.)** **- "Лопаточка"_____** **- «Годинник"_____** **- «Гойдалка"_____** **- «Смачне варення"_____** **- „Конячка"_____** **- «Грибочок»_____** ***М'яке піднебіння:*** **Широко відкр. рот і вимовити голосно «а», «і»; поперемінно – «а» - «і». Злегка торкнутися шпателем м'якого піднебіння.**	**швидкий;повільн.)** **Тривалість рухів (утримує – не утримує полож. арт. органів)** **Наявність – відсутність додаткових дрібних (тремора), зайвих рухів (синкенезії)** **Збереження рухливості, парез, параліч, носова емісія при вимові голосних, наявність-відсутність глоткового рефлексу**	**позиції;** ***3* бали – викон. усіх завдань, з напруж. в.губи, неточно, з підключ.рухів крил носа, м'язів лоба;** ***2* бали – викон. завд. не у повному обсязі, з напруж., не утрим. позиції, із зайв. мім. рухами, зі змінами м'яз. тонусу арт. рганів;** ***1* бал – відмова від викон. завдань**
Тести на динамічну координацію рухів артикуляційних органів	**<u>Виконання</u>**	**<u>Оцінювання</u>**
У процесі виконання послідовно організованих рухів: **- відкрити – закрити рота (5 - 7 разів);** **- порухати в різні сторони нижню щелепу (3 – 5 разів);** **- витягнути губи в трубочку** **- - оскалити зуби (5-7 разів);** **- торкнутися попереміно верхніх – нижніх різців;** **- підняти язик угору, покласти його між зубами, відтягнути назад (3 – 5 разів);** **витягнути широкий розпластаний язик – губи в трубочку (5 – 7 разів);** **висунути язик жалом – губи в трубочку – широкий оскал (5 – 7 разів);** ***У процесі виконання одночасно організованих рухів:*** **- відкрити рот, одночасно піднімати язик угору і**	**Правильне;** **Порушення темпу вітворення рухів;** **Порушення об'єму і точності рухів;** **Недостатня диф-ція рухів, трудн. відтворення рухів;** **Зміни м'язового тонусу (посмикування, тремтіння);** **Додаткові рухи;** **Пропуски рухів;** **Перестановки рухів;** **Заміни рухів** **Порушення**	**5 балів – виконання усіх завдань у повному обсязі;** ***4 бали* – порушення виконання деяких проб лише за параметром темпу (зазвичай уповільнення);** ***3 бали* – порушення виконання завдань у темпі, обсязі, точності рухів;** ***2 бали* - порушення виконання завдань за всіма параметрами (темп, об'єм, точність, зміни м'язового тонусу, можливі синкинезії, гіперкінези); порушення відтворення рухового ланцюжка;** ***1 бал* – неможливість почергового виконання рухів.** **5 балів – виконання усіх завдань у повному обсязі;** ***4 бали* – правильне виконаня завдань з**

просувати його вперед (5 – 7); **- відкрити рот, одночасно опускати язик донизу і просувати його вперед;** **- витягнути язик і одночасно витягнути губи вперед «трубочкою»**	**координації рухів;** **Випадіння окремих рухових ланок;** **Виснажливість рухів;** **Різночасне виконання рухів**	**незначними поруш.координації рухів;** ***3 бали* – порушення координації з правильним виконанням окремих рухів;** **2 бали – порушення координації з випадіння окремих рухових ланок;** **1 бал – різне у часі виконаня рухів**

<u>Загальні показники артикуляційних рухів:</u>

Плавність рухів (достатня, недостатня)_____

Сила рухів (достатня, недостатня)_____ _____

Об'єм рухів (достатній, недостатній) _____

Точність рухів (достатня, недостатня)_____

Швидкість рухів (достатня, недостатня)_____

Наявність синкінезій, гіперкінезів_____ _____

<u>Виконання завдання</u> на 5 балів відповідало ***високому рівню*** сформованості загальних та дрібних рухів; 4 бали – ***середньому*** рівню; 3 бали – ***низькому***; 1 та 0 балів – ***вкрай низькому*** рівню.

А.6. Обстеження дихальної функції

***Фізіологічне дихання (*ключичне, нижньореберне, діафрагмальне, черевне, грудне; поверхневе, глибоке, ритмічне, неритмічне, шумне). _____**

Особливості мовленнєвого дихання:

наявність тривалого видиху - (у нормі – фаза видиху у 5-8 разів триваліша фази вдиху)_____

мовленнєвий видих (диференційований, недиференційований, довгий, короткий, плавний, неритмічний, сильний, слабкий)_____

вдих (ротовий, носовий, короткий, ритмічний, сильний, глибокий, поверхневий, слабкий, судомний тощо) _____

спрямованість мовленнєвого видиху (ротове, носове, носо-ротове)_____

диференціація і координація ротового і носового дихання (наявна, відсутня)_____

ритмічність (достатня, не відповідає змісту фрази, прискорений ритм тощо)_____

темп (нормальний, прискорений, уповільнений тощо)_____

узгодженість роботи дихальних м'язів (нормальна, порушена)_____

наявність тенденції говорити на вдосі_____

Загальне враження про мовленнєве дихання **(нормальне, верхньоключичне, напружене, слабке, прискорене, поверхневе, переривчасте тощо)_____**

Причини порушення мовленнєвого дихання **(носова емісія, порушення взаємодії дихальних м'язів, інше _____**

А.7. Обстеження особливостей голосової функції передбачало якісну характеристику голосу та просодичної сторони мовлення. Визначення ступеня назалізації голосу передбачає використання адаптованих до відповідної вікової категорії та української фонетики п'яти фонопедичних тестів):

- інтонація (нормальна, монотонна, скандована);

- тембр голосу (нормальний, гугнявий (гіперназальний), глухий, хрипкий, мінливий, здавлений, безбарвний, неприродній тощо);

-модуляція (наявність – відсутність монотонності);

- сила голосу (нормальний, сильний, слабкий, затухаючий);

- висота голосу (високий, низький);

- стан голосу під час сміху, плачу;

<u>Загальна характеристика голосу</u> (нормальний, вичерпний, гучний, польотний, дзвінкий,назалізований, глухий, крикливий, затухаючий, високий, низький, переривчастий, безбарвний тощо)

<u>Емоційність мовлення</u> (емоційний характер мовлення: живе, природнє, емоційне, емоційно збіднене, безбарвне тощо)

<u>Ритміко-інтонаційне забарвлення мовлення</u>

А.8. Обстеження звуковимови здійснювалося за модифікованими нами методиками (з урахуванням вікових показників та особливостей фонетики української мови), спираючись на традиційні методики обстеження звуковимови (виявленя особливостей вимови голосних та приголосних звуків ізольовано, у складах, у словах, у фразах, у зв'язному мовленні Чиркіної Г.В., 1987, Іпполітової А.Г., 1983, Дерунової Т.Ю., 2003) та обстеження розбірливості мовлення (використовуючи критерії розбірливості мовлення, запропоновані Вансовською Л.І., 2000 та Соломатіною Г.Н, 2005). Дані заносилися у відповідні таблиці.

Результати піддавалися якісному та кількісному аналізу, при цьому обов'язково зазначалися:

- дефекти пом'якшення, одзвінчення; заміни фрикативних на велярні, шиплячих на свистячі і міжзубні фрикативні;
- дефекти вимови зімкнених звуків.
- дефекти вимови губно-губних.
- заміни задньоязикових на фрикативні задньоязикові.
- заміни сонорів на носовий «н», на проривний або фрикативний задньоязиковий.
- використання глоткових та фарингіальних реалізацій.
- інші типові та специфічні дефекти звуковимови.

А. 9. Обстеження сформованості звуко-складової структури слова

Певний рівень сформованості складової структури слова – ми розглядаємо як здатність здійснювати динамічні комплекси артикуляційних дій, відповідно певного складу, переключаючись з однієї дії на іншу. На певному етапі відбувається перетворення сукцесивно організованих комплексів артикуляторних дій у цілісну симультанну програму. Виходячи з цього, необхідно виявити ступінь автоматизації складової моторної програми, від якої залежить стійкість їх відтворення у артикуляторно складних текстах.

Завдання:

- відтворення ритмічних структур різної складності (для виявлення немовленнєвого відчуття ритму): II II I; I III I; II I II I II; I I III I I;

- відтворити ряд складів у квазісловах: та-та-та; ка-ка-ка; ка-та-ка; па-та-ка;

- вимова ізольованих слів (дім – стіл – хліб; каша – кавун – сіно – рама)

-вимова багатоскладових слів (самостійно за малюнком, відображено):

акваріум	помідор	міліціонер
вертоліт	капуста	гімнастика
велосипед	ролики	температура
колобок	підсніжник	мультфільм

- повторити речення:

„В акваріумі плавають рибки”, «Діти у лісі зібрали підсніжники», «Велосипедист наздогнав групу спортсменів» тощо.

Результати піддавалися якісному аналізу, при цьому обов’язково зазначалися особливості звуко-складової структури слова (наявність/відсутність):

- ✓ скорочення груп приголосних звуків.
- ✓ переривання звучання приголосного в кінці слова.
- ✓ опускання першого приголосного звука.
- ✓ додавання зайвого приголосного звука у склад.
- ✓ перестановки звуків у слові (метатезис), порушення послідовності звуків
- ✓ уподібнення складів (дистантна асиміляція).
- ✓ скорочення кількості складів (складова елізія).
- ✓ збільшення кількості складів.
- ✓ правильність наголошення багатоскладових слів
- ✓ інші особливості

Б. Лексичний блок

Завдання блоків Б (Б.1, Б.2, Б.3), В (В.1,, В.2, В.3, В.4) було підібрано з урахування вікових нормативних показників. Включалися лише ті, які

стовідсотково виконують діти дошкільного віку у нормі. У дітей до 4-х років визначався рівень сформованості номінативного словника.

Б.1. Іменники

Для дітей 4-х років:

- **рівень узагальнення слів („Назви одним словом”):**

Яблуко, груша, вишні, слива – це…?; Тарілка, чашка, каструля, ложка – це?...,

Лялька, м’яч, ведмедик, кубик – це…?.

- **назвати частини предметів, частини тіла тварин та людини (ляльки)**

Для дітей 4-х - 5 років:

- **Рівень узагальнення слів у групі однорідних предметів за усним перерахунком однорідних предметів („Назви одним словом”):Троянда, фіалка, ромашка, айстра – це…?; Літак, автомобіль, корабель – це…?; Стіл, стілець, шафа, ліжко – це…?**
- **Самостіне доповнення тематичного ряду, початого логопедом: Липа, ялина, береза, …, …; Малина, суниця, …, …; Зошит, олівець, книга, …, …;**
- **Назвати предмети за їх призначенням, а людей за родом їх занять;**

- ,,Як називається предмет, яким розчісують волосся?”

- „Як називають предмет, з допомогою якого їдять борщ?”

- „Як називають людину, яка лікує, навчає дітей, будує та ін.)?;

Для дітей 5- 6 років:

- Називання предмета за його описом (Машина, птах, школа тощо);

- Розуміння значення абстрактного слова (Праця, повага, доброта, хоробрість, печаль, радість тощо).

- Вміння складати спрямовані словесні асоціації: Яблуко - …слива; Курка - …качка; Стіл - … стілець; Зошит - … ручка; Автобус -… тролейбус (трамвай) тощо;

- Вміння складати вільні словесні асоціації: Будинок (дім, хата, намет, халабуда тощо); Молоток (гвіздок, дошка, будівельник, дах тощо)

Б. 2. Дієслова

Для дітей 4-х – 5 років:

- **Називання рухів та дій за картинкою: «Що (він, вона, воно) робить?» (Літак – летить; дівчинка – читає; котик – їсть тощо);**

- **що роблять або як пересуваються? Пташка, риба, змія, собака, машина, хлопчик.**
- **хто як подає голос?** Кіт, **півень, корова, свиня, жабка , собака.**

- **що роблять цими предметами? Лопатою , ложкою , віником, олівцем.**

Для дітей 5 – 6 років:

- Розуміння дієслів, що означають різні стани: спить, любить, сумує, мовчить тощо.

- Розуміння значення абстрактних дієслів: Радіти, сумувати, любити, жаліти тощо

Б. 3. Прикметники

Для дітей 4-х років:

*** підібрати ознаки до предметних малюнків: Лимон - який?; Подушка – яка?; Ліжко – яке?; Помідор – який?;**

- **утворення присвійних прикметників (гра „Чий, чия, чиє або чиї?"): чий хвіст?, чия морда?, чиї вуха?**

Для дітей 4-х – 5 років:

- підібрати ознаки за називанням предмета: Сонечко – яке?; Море – Яке?; Руки – які?

- **утворення прикметників від іменників (гра „Які вони?"): мотрійка з дерева – яка?; ніж із заліза – який?; банка зі скла – яка?... .**
- **підібрати антоніми: Великий - …, довга - …, товсте - …;**

- Вміння визначати значення слова з контексту: Чому ведмедик жадібний?; Чому хлопчик уважний?; Чому мама радісна? тощо

Для дітей 5 -6 років:

- Використання абстрактних слів –ознак: Веселий, радісний, швидкий, повільний, злий, добрий,роботящий, уважний тощо;

- Використання абстрактних значень, що характеризують особистість (Сильний, мудрий, хоробрий, розумний, злий, жадібний, похмурий, настирний, веселий тощо);

- Диференціація слів, близьких за значенням: М'який – пухнастий; Мити – прати тощо.

- Диференціація слів, протилежних за значенням: Важкий – легкий; радісний – сумний; повільний – швидкий тощо.

- Вміння визначати значення слова з контексту: Хто такий жадібний, добрий, щирий, печальний, розумний, талановитий, нещасний тощо.

- Рівень оволодіння багатозначністю слів - Підібрати декілька слів, які можна поєднати із запропонованим: Свіжий (вітер, хліб, подих тощо); Глухий (дідусь, кут, ліс, приголосний тощо); Сумний (настрій, хлопчик, дощик тощо).

В. Граматичний блок

Передбачено виявлення у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку стійких, типових (які з усного мовлення переходять у писемне) помилок граматичної будови мови з урахуванням еволюційних помилок (які зникають спонтанно, або за умови незначної корекційної допомоги).

В.1. Обстеження стану сформованості системи граматичної словозміни (сформованість граматичних категорій роду, числа, відмінку)

-узгодження іменника з числівником: Олівець - , цукерка - , м'яч - .

- узгодження прикметника з іменником у роді та числі:Сукня (червона), м'яч (червоний), яблуко (червоне), олівці (червоні);

- утворення форми родового відмінка множини. Висхідні іменники у називному відмінку (яблуня, ручка, вишня, дерево, машина, велосипед, вікно, дівчинка тощо). «Багато чого?» - (яблунь, ручок, вишень … тощо);

- узгодження іменника з дієсловом у минулому часі: Оля (знайшла); Коля (знайшов) тощо;

- узгодження дієслова з іменником у прийменниковому та безприйменниковому сполученнях: ріжу (ножем); малюю (пензлем); граю (з друзями) тощо;

- здатність до прийменникового управління (можна використовувати сюжетні картинки): ластівка летить (до гнізда), ластівка сидить (у гнізді), ластівка сидить (на гнізді), ластівка вилетіла (з гнізда) тощо;

- підстановка необхідного прийменника (карточка з реченням, де відсутній прийменник: Лампа висить … столом; Киця п'є молоко … миски). Або: необхідно вибрати правильний прийменник з декількох запропонованих (над, під, з, у, на, біля)

- утворення родового відмінку іменників (гра „Чого немає?"): Машинка - …, м'ячик -…, ручка - …

- розуміння числа («один» -«багато»): гриб - …; дерево - …; сукня - …; вікно - … тощо

- розуміння поняття «істота» - «не істота»: Що ти бачив (у зоопарку, у кімнаті);

- утворення знахідного відмінка іменників. Бачу: стола (від - стіл); слона (від – слон);

- розуміння часових форм дієслів: малювати (вчора, сьогодні, завтра);

- дієвідмінювання за особами:

І дієвідміна - Я (іду), ти (ідеш), він, вона (іде), ми (ідемо), вони (ідуть).

ІІ дієвідміна – Я (малюю, читаю), він, вона (малює, читає), ми (малюємо, читаємо), вони (малюють, читають)

В. 2. Обстеження стану сформованості граматичної системи словотворення

- суфіксальне словотворення (суфікси першої групи). Утворення не нових слів-іменників зі зменшувально-пестливим значенням (за аналогією):

Кіт (котик); яблуко (яблучко); миска (мисочка); дерево (деревце).

- суфіксальне словотворення (суфікси другої групи). Утворення нових слів від іменників, прикметників, дієслів (Вчити – вчитель; робота – робітник; скло – скляний; ведмідь – ведмедиця, ведмежа, ведмежата) тощо.

- утворення прикметників від іменників (залізо – залізний, дерево – дерев'яний);

- утворення іменників від дієслів (Літати – літак; возити – віз)

- префіксальне словотворення: Ходить_; Малює_; Співає__.

В. 3. Дослідження синтаксичних показників мовлення (експресивного та імпресивного рівня)

3.1. Переважаючі типи речень у власному мовленні;

3.2. Скласти речення за картинкою;

3.3. Синтаксичні трансформації: виправити деформоване речення (Ліс Марійка гриби пішов);

- розширити речення (Прийшла весна … … .);

- звузити речення(з опорою за картинкою)(Настала весела шкільна пора.; Іванко поклав у портфель зошити, книги, олівці, картон, ручку, гумку.).

3.4. Вміння висловити одну думку різними реченнями.

В.4. Опосередковане виявлення стану фразового мовлення **(Тест Д. Слобіна, адаптований до української мови*)*:**

У методику було включено завдання В.4., виходячи з того, що згідно психолінгвістичних досліджень [О.П. Нечаєв] довжина фрази, яку може повторити дитина близька до тієї, якою вона користується у спонтанному мовленні. Ми брали до уваги вірогідність порушень довжини фрази з причин порушень мовленнєвого дихання, або порушень різних видів праксису.

- Повторення фраз , що складаються із різної кількості складів:

*** 5 складів: На – ву-ли-ці- сніг-;**

*** 6 складів: Я- лю-блю- ма-ту-сю-;**

*** 7 складів: Чаш-ка сто-їть на- сто-лі-;**

*** 8 складів: Ко-ник бі-жить по- до-ро-зі-;**

*** 9 складів: Кіш-ка по-біг-ла за- миш-ко-ю-;**

*** 10 складів: По-ди-віть-ся у- вік-но- на- ді-тей;**

*** 11 складів: Кни-га та- о-лі-вець ле-жать на- сто-лі;**

*** 12 складів: Сер-ди-тий мо-роз у-щіп-нув ме-не за- ніс-;**

*** 13 складів: Ку-роч-ка по-ве-ла- сво-їх ді-ток гу-ля-ти;**

*** 14 складів: У-ве-че-рі ня-ня роз-по-ві-да-ла нам- каз-ку;**

*** 15 складів: Страш-на зли-ва роз-руй-ну-ва-ла ха-тин-ку ри-бал-ки;**

*** 16 складів: Пер-ший пух-нас-тий сніг ти-хень-ко ля-га-є на зе-мель-ку;**

*** 17 складів: Со-фій-ка хо-ди-ла у са-до-чок і при-нес-ла яб-лу-ко;**

*** 18 складів: Під час до-щу у-сі пташ-ки пе-рес-та-ють спі-ва-ти пі-сень-ку;**

*** 19 складів: І-ван-ко лю-бить каз-ку про сі-ро-го вов-ка та ру-ду ли-си-цю.**

Для порівняння:

Таблиця 2.4

Вікові норми адаптованого тесту «Повторення фрази»

Вік дитини	4 роки	5 років	6 років	7 років	8 років
Середня довжина фрази (у складах)	Дівчатка - 10	12	14	17	18
	Хлопчики -10	12	13	16	18
Розмах коливань	Дівчатка – 8 – 11	11 – 14	11- 14	13 – 19	15 – 19
	Хлопчики – 8 - 12	11 - 13	11 - 13	13 - 18	13 - 19

І.2. Дослідження імпресивного рівня мовленнєвих та мовних здібностей

Фонологічний (фонематичний) блок семіотичної підсистеми ФСММ.

Базовими показниками забезпечення семіотичної підсистеми ФСММ на імпресивному рівні є стан: фонематичних процесів (фонематичного слуху, фонематичної уваги, слухового контролю, фонематичних уявлень), а також стан писемного мовлення. З метою виявлення стану сформованості зазначених базових показників було використано серії відповідних завдань та вправ. Обробка одержаних результатів була аналогічною 1.1.

Д. Стан фонематичних процесів:

Д. 1. Фонематичний слух (сприймання)

- розрізнення слів-паронімів на слух (з опорою на наочність: рак-лак, коса-коза, злива-слива);

- розрізнення на слух тембр, інтонацію, мелодику голосу (гра „Хто як говорить", з підбором відповідних малюнків);

- повторення за логопедом ряду складів, слів: Па – ба; то – до; пити – бити – мити (На матеріалі звуків, що вимовляються правильно).

- **впізнати (плеснути у долоні) звук з ряду звуків (гра „Злови звук"): А – а, у, і, а, о, а ; У – у, о, е, у, у, о; С – с, м, ж, с, з, с; Д – д, к, д, т, м, д**
- **впізнати заданий склад з ряду складів (гра „Злови склад"):**

  ЖА – ма, жа, со, ту, жа ; ЗУ – на, да, зу, шу, зу .
- **впізнавання першого звука у слові: Акула, осінь, стіл , шпак, риба;**

. впізнавання останнього звука в слові: Рука, лосі, лапи, дах, мак, ніс, морж.

- впізнавання заданого звука у складі слова;

<u>Відзначити:</u> фонематичне сприймання опозиційних звуків: а) сформоване, б) несформоване

Д. 2. Слухова (фонематична) увага та контроль

- Послухай уважно і визнач, що я сказала не так: Сима (зима); Каха, кася (каша); Махло (масло); Тумка (сумка); Мавазин (магазин); Лука, рука (рука); Момоко, мококо (молоко); Ківната (кімната) тощо;

В полі розквітає *рак*, а у річці повзе *мак*; Наливають воду в *дочки*, у матусі гарні *бочки;* тощо;

- **Послухай та скажи, чи правильно я назвала картинку (з пари слів)?**

Коза (коса); Злива (слива); Болоток (молоток)? тощо

- Послухай уважно і плесни в долоні, коли я правильно назову картинку: шобака, бабака, *собака,* кабака; данан, бабан, *банан*, набан тощо

- Подивись на малюнки і покажи, де на малюнку *мак*, а де *бак*, а де *рак,* а де *лак;* де на малюнку *мак*, а де *лак*? Аналогічно*: миска - мишка; коза - коса;*

***<u>Відзначити:</u>* обсяг слухової уваги: а) задовільний; б) незадовільний.**

слуховий контроль щодо …а) сформований (задовільний); б)несформований (незадовільний)

Д. 4. Фонематичні уявлення

- знайти малюнок із заданим звуком;

- пригадати слова із заданим звуком;

- розкласти малюнки на групи (без проговорювання, без опори на слух) на задані (опозиційні) звуки

- відібрати малюнки (іграшки) із заданим звуком;

***Відзначити*: фонематичні уявлення щодо …а) сформовані; б) несформовані.**

Е. Дослідження стану писемного мовлення проводилося при підозрі на наявність дизграфії.

Е. 1. Дослідження процесу читання

- правильність читання;

- свідомість читання;

- спосіб читання;

- техніка читання

Е. 2. Дослідження процесу письма

Передбачено аналіз писемної продукції учнів (зошитів для письма, матеріалів для списування, слухового диктанту, самостійного письма – складання речень за малюнком). Мовленнєвий матеріал письмових робіт був насичений звуками, що неправильно вимовлялися учнями та відповідав програмі загальноосвітньої середньої школи для дітей із ТПМ

- списування (з друкованого і рукописного тексту);

- письмо під диктовку;

- самостійне письмо;

Загальна характеристика порушення писемного мовлення (аграфія, дисграфія, алексія, дислексія)

ІІ. Дослідження підсистеми програмування та інтерпритації мовленнєвих актів ФСММ

Для остаточного висновку про стан сформованості ФССМ, беручи до уваги умовність її поділу на відносно самостійні підсистеми, у методику дослідження (спираючись на детальну діагностику семіотичної підсистеми на експресивному та імпресивному рівнях) включено необхідні уточнюючі

нейролінгвістичні та логопедичні діагностичні методики на сформованість підсистем програмування та регуляії.

Базовими показниками забезпечення підсистеми ІІ є: здатність до побудови моторних програм висловлювання (включаючи сегментарний та супрасегментарний рівні).

Це є можливим за умови сенсомоторного та когнітивного забезпечення підсистеми програмування висловлювань, інтерпритації мовленєвих актів та контролю над процесом їх реалізації та декодування через: а) кінестетичну перцепцію; б) кінестетичний праксис; в) слухову перцепцію, г) слухомовленнєвий гнозис.

У першу чергу це стосується просторових уявлень. Відомо, що просторові уявлення являють собою складну матричну структуру психіки. Оскільки просторові уявлення «дебютують» в онтогенезі одними з перших, тобто є базовими за походженням. Виходячи з цього, будь-яка форма дизонтогенезу у першу чергу характеризується тим або іншим типом дефіцитарності цих процесів [262]. Безпосередній просторовий гнозис та праксис, малюнок, трансформації та переміщення мисленнєвих образів, зокрема їх перекодування у мовленнєві, з огляду на предмет нашого дослідження, можуть більш точно розкрити структуру як психічного, так і мовленнєвого дизонтогенезу дітей з ВНГП.

Оцінка сформованості просторових та просторово-часових уявлень формується у тій послідовності, у якій вони формуються в онтогенезі. Ці рівні не просто «надбудовуються» один над одним у процесі розвитку, вони перетинаються у часі, впливають один на одного та взаємодіють між собою.

Ми виходили з того, що, формування просторових уявлень здійсюється поступово [387], і передбачає чотири рівні:

- І рівень: Просторові уявлення про власне тіло;
- ІІ рівень: Просторові уявлення про взаємовідношення зовнішніх об’єктів і тіла (по відношенню до власного тіла);
- ІІІ рівень: Вербалізації просторових уявлень;

- IV рівень: Лінгвістичні уявлення (простір мови).

З огляду на це, методика дослідження складалася з чотирьох блоків:

Блок А містить завдання на визначення рівня сформованості зорово-просторового гнозису.

Блок Б - завдання, спрямовані на визначення просторових уявлень про власне тіло.

Блок В – завдання, спрямовані на дослідження рівня розвитку просторових уявлень про величину та форму предметів та здатність співвідносити частини та ціле.

Блок Г - завдання на визначення рівня вербалізації просторових уявлень.

Оцінювання результатів здійснювалося в балах, які відповідали певному рівню сформованості кожного базового структурного компоненту просторового мислення. Кожне завдання оцінювалося максимум у 5 балів. Була розроблена наступна шкала оцінки блоків констатувального експерименту (Табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Шкала оцінювання рівнів сформованості просторових уявлень

Блоки	**Рівні**			
	Високий **(максимальна кількість балів за всі завдання блоку)**	***Середній*** **(максимальна кількість балів за всі завдання блоку)**	***Низький*** **(максимальна кількість балів за всі завдання блоку)**	***Дуже низький*** **(максимальна кількість балів за завдання всі блоку)**
Блок А	**16 - 20**	**9 – 15**	**4 – 8**	**0 – 3**
Блок Б	**16 - 20**	**9 – 15**	**4 – 8**	**0- 3**
Блок В	**8 - 10**	**4 – 7**	**2 – 3**	**0 – 1**
Блок Г	**8 - 10**	**4 – 7**	**2 – 3**	**0 - 1**

Високий рівень – самостійне правильне виконання запропонованого завдання.

Середній рівень - виконання завдання , використовуючи допомогу

Низький рівень - виконання приблизно 50% завдань , використовуючи багаторазову допомогу.

Дуже низький рівень – невиконання завдання, стратегія діяльності хаотична.

Блок А. Діагностика зорово-просторового гнозису

Завдання №1. «Будиночок»

Мета*:* виявити стан сформованості зорово-просторового сприймання

Обладнання*:* вирізані з картону дві фігурки будиночка, одна з них розкреслена на відповідні складові частини (два квадрати, що являють собою стіни будиночка та два трикутники - дах) та набір деталей.

Зміст завдання*:* Складання будиночка з чотирьох деталей – двох квадратів та двох трикутників.

Інструкція: «Подивись на будиночок та склади такий самий з деталей, що лежать поруч. Тобі все зрозуміло? А тепер повтори, що ти маєш виконати. Тоді починаємо».

Види допомоги:

- **Вказівка на помилку з рекомендацією приміряти деталь до будиночка. «Ти зробив невірно. Візьми приміряй кожну деталь до будиночка».**
- **Демонстрація зразка «будиночка», розкресленого за складовими частинами. Дитині пропонується розглянути зразок та скласти такий самий.**
- **Спільне виконання – психолог надає одну деталь на відповідну частину розкресленого будиночка і пропонує далі дитині самостійно продовжувати. Дитині пропонується скласти самостійно будиночок поруч зі зразком.**

При якісному аналізі результатів враховується застосування видів допомоги та стратегію діяльності (хаотична, проб і помилок, цілеспрямоване виконання із зоровим примірюванням).

Завдання № 2. «Загадкові малюнки»

Мета: виявити рівень сформованості зорово-просторового сприймання.

Зміст завдання: знаходження на малюнку захованих тварин.

Інструкція: «Роздивитися уважно малюнок та назви, які тварини заховані на ньому».

Види допомоги:

- **Стимулююча допомога.**

- **Демонстрація кінцевого результату (додаткова наочна допомога).**
- **Повна навчальна допомога з визначенням можливості «перенесення» на аналогічне завдання.**

При якісному аналізі результатів враховується застосування видів допомоги.

Завдання № 3.

«Фрагменти зображення»

Мета*:* виявити стан сформованості зорово-просторового сприймання.

Зміст завдання*:* Знаходження фрагменту малюнка на самому малюнку.

Інструкція: ***«*Уважно роздивись малюнок. Назви, що на ньому намальовано. Покажи на малюнку фрагменти зображення*».***

При якісному аналізі результатів враховується застосування дитиною різних видів допомоги (стимулююча, демонстрація кінцевого результату, повна навчальна допомога з визначенням можливості «перенесення» на аналогічне завдання) та стратегія діяльності дитини (хаотична, проб і помилок, цілеспрямоване виконання із зоровим примірюванням).

Блок Б. Визначення просторових уявлень про власне тіло

Завдання №1.

Мета*:* визначення рівня сформованості орієнтації у схемі власного.

Зміст завдання*:* виконання дитиною запропонованих психологом дій.

Інструкція: *«*Психолог пропонує дитині виконати серію вправ на визначення:

- **де знаходиться права рука дитини та цією ж рукою дитина повинна показати своє праве вушко, око, щічку, ніжку;**
- **де її ліва рука і нею показати ліву щічку, ніжку, вушко, око;**
- **правою рукою показати ліве око, вухо, коліно ».**

Якщо дитина не може виконати серію вправ, то їй пропонується допомога.

Види допомоги:

- **якщо дитина не знає, де в неї права рука, потрібно допомогти їй згадати, якою рукою вона малює, їсть;**
- **якщо дитина не може знайти самостійно частини обличчя, запропонувати їй скористатися дзеркалом.**

Аналізується стратегія діяльності дитини (хаотична, проби і помилки, цілеспрямоване виконання) та використовування різних видів допомоги.

Завдання № 2. «Вище - нижче»

Мета: визначення рівня сформованості просторових уявлень про власне тіло

Зміст завдання: Стоячи перед дзеркалом разом з дитиною психолог пропонує дитині відповісти на питання та показати певні дії.

Інструкція: «Покажи, що знаходиться у тебе вище всього (голова), що знаходиться нижче всього (ноги, стопи), що знаходиться вище, ніж.., що знаходиться нижче, ніж….

Дану вправу дитина потім повторює без дзеркала та із заплющеними очима.

Завдання № 3.

Мета*:* визначення рівня сформованості орієнтації у тілі людини, що стоїть навпроти.

Зміст завдання*:* Психолог стоїть навпроти дитини. Завданням дитини є правильно показати те, що пропонує їй психолог.

Інструкція: *«*Покажи те, що я попрошу:

- **покажи мою праву руку, ногу, коліно;**
- **покажи мою ліву ногу, коліно, руку, око, вушко;**

Якщо дитина не здатна виконати ці вправи, то психолог пропонує їй допомогу.

Види допомоги:

- **Стимулююча допомога.**
- **Демонстрація кінцевого результату (додаткова наочна допомога).**

- **Повна навчальна допомога з визначенням можливості «перенесення» на аналогічне завдання.**

Завдання № 4 .«Плутанина»

Мета: визначення рівня сформованості просторового уявлення про власне тіло.

Зміст завдання: психолог навмисно показує та називає неправильно частини тіла. Завданням дитини є виправити помилки психолога. Потім психолог та дитина міняються місцями

Інструкція: *«*Уважно слідкуй, яку частину тіла я показую, та як я її називаю. Якщо я буду неправильно щось називати, виправи мене.*».*

Аналізується стратегія діяльності дитини (хаотична, методом проб і помилок, цілеспрямоване виконання).

Блок В. Дослідження рівня розвитку просторових уявлень про величину, форму предметів та здатність співвідносити частини і ціле

Завдання № 1. «Цікаві геометричні фігурки»

Мета: обстеження стану сформованості зорового сприймання та уявлень про форму та величину предмету.

Зміст завдання*:* Психолог показує дитині трафарет з вкладками, потім висипає їх на стіл, перемішує та з відповідною інструкцією пропонує дитині вкласти всі геометричні фігурки на свої місця.

Інструкція: «Склади ці фігурки, як було раніше. Поклади їх всіх на місце». До кінця орієнтовного етапу не слід відповідати ні на які питання дитини.

Таблиця 2.6

Показники кількісного аналізу результатів завдання «Цікаві геометричні фігурки»

№	*Аналізовані показники*	*Бали*
1	**Дитина склала всі 10 геометричних фігурок**	**5**
2	**Дитина склала всі геометричні фігурки, але 1-3 з них складала методом проб і помилок.**	**4**
3	**Дитина склала всі геометричні фігурки, але 4 – 7 з них складала методом проб і помилок.**	**3**
4	**Дитина склала всі геометричні фігурки, але 8-9 з них складала методом проб і помилок.**	**2**
5	**Дитина склала 9-10 геометричних фігурок, використовуючи багаторазову допомогу психолога.**	**0-1**

Види допомоги:

- **Стимулююча допомога.**
- **Демонстрація кінцевого результату (додаткова наочна допомога).**
- **Повна навчальна допомога.**

Якісний аналіз результатів включає стратегію виконання завдання (хаотичне, методом проб та помилок, цілеспрямоване виконання завдання) та використання допомоги дитиною.

Завдання № 2. «Розрізані картинки»

Мета: визначення рівня сформованості конструктивного і просторового мислення та специфіки просторових уявлень (здатності співвіднесення частин та цілого і оцінки їх просторових взаємовідношень).

Обладнання: методика являє собою комплект малюнків, кожен з яких складається з трьох та більше однакових зображень. В кожному комплекті один малюнок є еталоном, в той час як інші повинні бути розрізаними на певні частини. При цьому зображення кожного комплекту розрізані по-різному і являють тим самим завдання різної складності. Завдання ускладнюються не тільки числом частин, але і конфігурацією розрізу а також характером самого зображення.

Завдання складаються із різної кількості частин, які мають різну конфігурацію:

Зміст завдання*:* перед дитиною на столі кладеться еталонне зображення і поряд у хаотичному порядку розкладаються деталі цього ж зображення, але розрізаного(на 2

рівних частини; на 3 рівних частини; на 4 рівних частини; на 4 нерівних частини; з 4 частин, розрізаних «під кутом 90 градусів по діагоналі»; на 5 нерівних частин; на 8 секторів).

Інструкція: **«Склади зі шматочків таку ж картинку, як ця». Задається у словесній формі і одночасно у вигляді показу. Дитину просять скласти з частин, що знаходяться перед ним, таку саму картинку, як еталонна.**

Таблиця 2.7

Показники кількісного аналізу результатів завдання «Розрізані картинки»

№	*Аналізовані показники*	*Бали*
1	**Складання зображення, що розрізають на 2 рівних частини**	**0,5**
2	**Складання зображення, що розрізають на 3 рівних частини**	**0,5**
3	**Складання зображення, що розрізають на 4 рівних частини**	**0,5**
4	**Складання зображення, що розрізають на 4 нерівних частини**	**0,5**
5	**Складання зображення з 4 частин, що розрізають «під кутом 90 градусів по діагоналі**	**1**
6	**Складання зображення, що розрізають на 8 секторів**	**1**
7	**Складання зображення, що розрізають на 5 нерівних частин**	**1**

Види допомоги:

- **Стимулююча допомога.**
- **Демонстрація кінцевого результату (додаткова наочна допомога).**
- **Пред'явлення частин розрізних зображень в ракурсі, що не вимагає їх переорієнтації в просторі.**
- **Обведення цілого зображення рукою дитини.**
- **Повна навчальна допомога з визначенням можливості «перенесення» на аналогічне завдання.**

Якісний аналіз результатів включає стратегію виконання завдання (хаотичне, методом проб та помилок, цілеспрямоване виконання завдання) та використання допомоги дитиною

Блок Г. Дослідження вербалізації просторових уявлень

Завдання № 1.

Мета: **обстеження розуміння прийменників та слів, які означають просторове взаєморозташування об'єктів.**

Зміст завдання: **перед дитиною викладають малюнки. Психолог просить дитину показати, де знаходиться малюнок, який називає психолог.**

Інструкція: **«Покажи де лялька у коробці, біля коробки…»**

Таблиця 2.8

Шкала оцінювання вербалізації просторового мислення на імпресивному рівні

№	*Аналізовані показники*	*Бали*
1	**Вище**	**0,5**
2	**Над (зверху)**	
3	**Під (знизу)**	
4	**В**	**0,5**
5	**За**	
6	**На**	
7	**Зліва**	**0,5**
8	**Справа**	
9	**Спереду**	**1**
10	**Біля**	
11	**Між**	
12	**Із-за**	**1**
13	**Із-під**	
14	**Ближче**	**1,5**
15	**Далі**	
16	**Попередній**	
17	**Наступний**	

Види допомоги*:*

- Стимулююча допомога.
- Демонстрація кінцевого результату (додаткова наочна допомога).

Якісний аналіз результатів включає стратегію виконання завдання (хаотичне, методом проб та помилок, цілеспрямоване виконання завдання) та використання допомоги дитиною.

Завдання № 2.

Мета*:* обстеження вміння використовувати прийменники та слова, які означають просторове взаєморозташування об’єктів у власному мовленні.

Зміст завдання: перед дитиною викладають малюнки. Психолог показує дитині на відповідний малюнок та просить сказати, де знаходиться даний предмет.

Інструкція: «Скажи, де знаходиться лялька, кішка…»

Таблиця 2.9

Шкала оцінювання вербалізації просторового мислення на експресивному рівні

№	*Аналізовані показники*	*Бали*
1	**Вище**	**0,5**
2	**Над (зверху)**	
3	**Під (знизу)**	
4	**В**	**0,5**
5	**За**	

6	**На**	
7	**Зліва**	**0,5**
8	**Справа**	
9	**Спереду**	**1**
10	**Біля**	
11	**Між**	
12	**Із-за**	**1**
13	**Із-під**	
14	**Ближче**	**1,5**
15	**Далі**	
16	**Попередній**	
17	**Наступний**	

При якісному аналізі результатів враховується застосування дитиною різних видів допомоги (стимулююча, демонстрація кінцевого результату) та стратегія діяльності дитини (хаотична, проб і помилок, цілеспрямоване виконання із зоровим примірюванням).

Вивчення стану кінестетичного, просторового та динамічного праксису у дітей з ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку здійснювалося за допомогою адаптованих нейропсихологічних методик (за Г.В. Семенович [389], Ж.М. Глозман [108]).

Таблиця 2.10

Схема адаптованого нейропсихологічного обстеження старших дошкільників та молодших школярів з ВНГП та аналізу результатів

	Показники обстеження	
Функції , описання проб	**Характер виконання проби**	**Оцінка стану функції**
1. 1. Кінестетичний праксис: **1-а. Праксис пози за зоровим зразком: «Зроби, як я».** **- з'єднати 1-й і 2-й палець правої руки у кільце;** **- пальці стиснуті у кулак, 2-й і 3-й палець витягнуті;** **- пальці пальці стиснуті у кулак, 2-й і 5-й витягнуті;** **- повторити лівою рукою.**	**1-а. Не може знайти необхідний набір рухів, перебирає пальцями, допомагає іншою рукою. Рухи дифузні, виставляє зайві пальці.** **Не може повторити лівою рукою.**	**Порушення кінестетичної основи рухів**
1-б. Праксис пози за кінестетичним (тактильним) зразком.	**1- б. Неправильно викладає руку у просторі, відтворює**	**Порушення зорово-просторової**

Очі дитини закриті. Логопед надає правій руці дитини певної пози, а потім її знімає. Дитина повинна повторити позу тією ж рукою. **- пальці стиснуті у кулак, 2-й і 3-й палець витягнуті;** **- пальці пальці стиснуті у кулак, 2-й і 5-й витягнуті;** **- повторити лівою рукою.**	**позу дзеркально, замість 2-го і 3-го пальців показує 4-й і 5-й. Труднощі у відтворенні лівою рукою.**	**організації рухів**
1-в. <u>Перенесення пози.</u> **Очі дитини закриті. Логопед надає руці дитини повної пози, а потім її знімає. Дитина повинна повторити позу лівою рукою.** **- пальці стиснуті у кулак, 2-й і 3-й палець витягнуті;** **- пальці пальці стиснуті у кулак, 2-й і 5-й витягнуті;** **- повторити лівою рукою.**	**1-в. Труднощі переключення на нову позу, повторення попередніх рухів..** **Не може відтворити позу іншої руки**	**Інертність рухів** **Порушення кінестетичної основи рухів**
2. Просторовий праксис. <u>Проба Хеда.</u> Дитина сидить навпроти логопеда. Дитина повинна відтворити своєю рукою певне просторове положення руки дослідника. **2.а. «голосування»- рука піднята у лікті і піднята угору;** **2.б. руки горизонтально перед груддю долонями вниз.** **2.в. великий палець під підборіддям, долоня сагиттально, пальцями вперед;** **2.г. долоня горизонтально до підборіддя, пальцями до себе, від себе;** **2.д. ліва рука торкається правого вуха;** **2.е. права рука торкається лівого вуха.**	**Не може відтворити просторове положення руки, плутає праву і ліву сторони.** **Виконаня імпульсивне, незграбне** **Не може знайти задану частину тіла або обличчя.** **Імпульсивно, ехопраксично відтворює задані проби, не немагається виправити помилки.**	**Порушення зорово-просторової організації рухів** **Порушення схеми тіла** **Порушення довільної регуляції рухів**
3. Кінетичний (динамічний праксис). **<u>3-а. Зміна трьох положень кисті «Кулак – ребро – долоня». «Зроби, як я».</u> Два рази логопед виконує завдання разом з дитиною мовчки, потім дитина повинна зробити це сама у більш швидкому темпі. Потім – те саме, але із закритими очима і зафіксованим язиком.** **-завдання виконується правою**	**Не може плавно перейти від одного руху до іншого. Рухи розірвані, ізольовані один від одного. Повторює попередні рухи.** **Погіршення якості виконання завдань, відмова від виконання.**	**Порушення кінетичної організації рухів** **Інертність рухів**

рукою; **завдання виконується лівою рукою.** **<u>3-б. Виконання графічних проб.</u>** **- необхідно малювати «Парканчик» (не відриваючи олівець від паперу) загаданий візерунок протягом 20 сек.;** ^^^^^^^^ **- необхідно малювати (не відриваючи олівець від паперу) загаданий візерунок протягом 20**  **сек.;** **- необхідно малювати загаданий візерунок протягом 20 сек.(не відриваючи олівець від паперу);**  **<u>3-в. Реципрокна координація.</u>** **- покласти перед собою руки, одну з яких стиснути у кулак, а іншу – розпрямити. Потім необхідно одночасно змінити положення обох рук, розпрямляючи одну і стискаючи іншу.** **<u>3-г. Оральний кінетичний праксис. »Зроби, як я».</u>** **- декілька разів клацнути язиком;** **- двічи свиснути і клацнути язиком;** **- посміхнутися – стати похмурим (декілька разів поспіль);** **- надути щоки – доторкнутися язиком поперемінно куточків рота тощо.**	**Труднощі відтворення пози лівою рукою** **Неправильне відтворення прострових напрямків рухів** **Не може одночасно змінити положення обох рук, рухи кожної руки відтворює ізольовано, уподібнює рухи обох рук. Відставання однієї руки. Відтворення рухів тільки правої руки** **Не може повторити задані рухи, плутає послідовність, повторює одноманітні рухи**	**Порушення просторової організації рухів** **Порушення реципрокної координації** **Дезавтоматизація рухів** **Ігнорування лівої руки** **Елементи порушення орального кінетичного праксису.**

Критерії оцінок у балах:

5 балів – безпомилкове і плавне виконання «кінетичної мелодії» не менше 3-х разів підряд з можливим переносом на іншу руку;

4 бали – безпомилкове і плавне виконаня при наявності синкинезій в одній руці або легкої виснажливості;

3 бали – просторові помилки або стереотипії із самокорекцією при переході до другої серії рухів, або виражена виснажливість;

2 бали – численні помилки з частковою корекцією при інтенсивній допомозі дослідника (вербальній регуляції, спільному виконанні);

1 бал – при необхідності обох видів допомоги одночасно;

0 балів – неможливість виконання жодної програми за будь-якої допомоги.

Виконання завдання на 5 балів відповідало ***високому рівню*** сформованості загальних та дрібних рухів; 4 бали – ***середньому*** рівню; 3-2 бали – ***низькому***; 1 та 0 балів – ***вкрай низькому*** рівню.

ІІІ. Дослідження стану регуляційної підсистеми ФСММ

Базовими показниками підсистеми ІІІ є: ***1)довільна регуляція сенсомоторної (рухової) активності;***

2) довільна регуляція (довільність) психічних процесів і функцій (власної діяльності);

3) сформованість довільної регуляції емоцій, поведінки в цілому.

Сформованість зазначених базових показників забезпечення регуляційної підсистеми ФСММ передбачала урахування стану: а) психомоторики (див. відповідний розділ); б) зв'язного мовлення (монологічне, діалогічне); в) комунікативної функції (комунікативна компетенція, стан немовленнєвих форм комунікативної поведінки, наявність вторинних комунікативних порушень, викликаних дефектом мовення, здатність бути повноправним партнером у комунікації).

На даному етапі дослідження переважно використовувався метод якісного аналізу попередньо одержаних результатів.

3.1. Дослідження зв'язного мовлення (за умови відсутності даних).

1. Бесіда (діалогічне мовлення): **Як тебе звуть?_____,Скільки тобі років? ____,Як звуть твою маму?_____Як звуть тата? ____,Чим ти любиш гратися (улюблена іграшка)? ____Чи є у тебе улюблена тваринка?____Як її звати?___, З ким ти товаришуєш? _____тощо**

2. Монологічне мовлення:

2.1. Складання розповіді про іграшку (самостійна)

2.2. Складання розповіді-опису за зразком

2.3. Складання розповіді за сюжетним малюнком

2.4. Складання речень за серією малюнків

2.5. Переказ

2.6. Розуміння і виконання складних вербальних інструкцій

Аналіз агрегованих результатів дослідження функціональної системи мови та мовлення передбачав визначення стану сформованості складових функціональної системи мови та мовлення дітей різного віку із ВНГП, з визначенням лінгвопатологічної симптоматики та можливих лінгвопатологічних синдромів.

IV. Психологічне обстеження базових складових психічного розвитку дитини із ВНГП

IV.A. Дослідження довільної регуляціїї психічних процесів і функцій (власної діяльності).

Етапу IV.A. передує дослідження довільної регуляції сенсомоторної активності у попередніх блоках.

Висновки базувалися на результатах виконання серіальних завдань (див. блок завдань IV.B).

Якісна оцінка зазначених параметрів передбачала аналіз здатності дитини з ВНГП до 1). ***утримання інструкції*** **(утримує самостійно; утримує при повторюванні інструкції; не утримує);**

2). ***утримання програми виконання завдань як невербального, так і вербального характеру*** **(утримує самостійно; * утримує привнесену програму зовні; не утримує);**

3). ***розподіл уваги за низкою ознак одночасно*** **(здатен до розподілу уваги і продуктивної «роботи» з двома і більше ознаками одночасно; здатен до розподілу уваги і «роботи» з двома ознаками за умови незначної допомоги дорослого; здатен «утримувати» лише одну ознаку)**

Нормативні показники виконання:

У 3,5 – 4 роки дитина утриимує інструкцію за умови «ігрової» подачі матеріалу. При цьому вимагає зовнішнього контролю. Допустимим є імпульсивний характер виконання завдання.

У 4 – 5 років дитина може утримувати інструкцію і самостійно виконувати завдання зазвичай за умови «проговорювання» програми власної діяльності. Іноді дитина просить дорослого перевірити правильність виконання. За умови необхідності розподілу уваги, зазвичай у «фокусі уваги» утримує лише одну ознаку.

У 5 – 6 років утримує інструкцію, «проговорює», самостійно знаходить помилки і їх виправляє. В основному «утримує» програму власної діяльності, але інколи потребує організуючої допомоги дорослого. У «фокусі уваги» зазвичай утримує не більше двох ознак одночасно.

У 6,5 – 7 років повністю утримує інструкцію, інколи потребує повторення, виконуючи складні інструкції. Дитина здатна утримувати завдання як вербального так і невербального характеру. Вільно виконує завдання, які вимагають розподілу за двома ознаками.

У 7 – 8 років дитина повністю утримує інструкцію до складного завдання, здатна самостійно «вибудовувати» програму виконання, може розподілити увагу за трьома ознаками одночасно, самостійно аналізує виконання завдання і виправляє допущені помилки.

IV.Б. Дослідження афективної[1] регуляції власної діяльності і поведінки

Висновки базувалися на результатах структурованого спостереження за афективно-емоційною сферою дитиниз ВНГП, а також результатах виконання методики »Метаморфози» («Тесту метаморфоз» Жаклін Руайєр) дітьми від 4-х до 14 років (за рахунок зміни стилю роботи та подачі по-різному сформульованої інструкції).

Основним матеріалом дослідження слугували:

Б.1. Методика «Метаморфози».

Процедура проведення методики «Метаморфози» складалася з 4-х етапів:

1) Позитивний вибір;
2) Негативний вибір;
3) Додаткові питання;
4) Заключний етап (Три бажання).

Проводилася у формі усних відповідей на запитання, займала 10 – 15 хв. і вимагала від дитини мінімальних енергетичних затрат, допускалося

проведення між складними методиками як емоційно розвантажувальна процедура.

1. Позитивний вибір

Інструкція 1.а. «Уяви, що чарівник пропонує тобі перетворитися у будь-яку тварину. Якою твариною тобі більше всього хотілося б стати?».

Після відповіді дитини обов'язково запитували: «А чому?», «Чому саме?». При цьому дитина повинна відчути зацікавленість дорослого, а не заперечення, або нерозуміння. Маленьку дитину обов'язково заспокоювали, що вона знову стане собою (хлопчиком чи дівчинкою). Усі відповіді дитини фіксувалися у відповідному протоколі.

У такому ключі дитині задавали питання за категоріями: рослини, посуд, меблі, одяг, іграшки.

Дітям, починаючи із 7-8 річного віку інструкція була дещо іншою.

Інструкція 1.б. «Якби тобі запропонували вибрати тварину і перетворитися на неї, яку б тварину ти обрав? У яку тварину ти хотів би перетворитися найбільше?». Після відповіді дитина повинна була пояснити, чому саме обрала цю тварину.

2. Негативний вибір

На цьому етапі дитині пропонувалися протилежні питання, тобто цінювався вибір дитини у негативній формі.

Інструкція 2.а. «Якщо чарівник запитає у тебе, у яку тварину ти не хотів би перетворитися нізащо, що ти скажеш?».

Інструкція 2.б. (для дітей від 7 років). «А у яку тварину ти не перетворився би нізащо?».

Необхідно отримати відповіді з поясненнями, чому вибір дитини є саме таким. Процедура охоплює усі зазначені вище категорії.

3. Додаткові питання

Третій етап проведення дослідження складався із серії додаткових запитань, які мають за мету дослідити відношення дитини до таких категорій, як рольова,

статева ідентифікація, ціннісні орієнтири, звички, установки. Для дітей дошкільного віку має бути не більше 2 – 3 питань, а для школярів – 3 – 5.

Приклади додаткових запитань:

- «Якби ти міг вибирати, ким бути – хлопчиком чи дівчинкою, щоб ти вибрав? Чому?»;
- «Якби у тебе було більше вільного часу, щоб ти став робити? Чому?» (після 7 років);
- «Якби ти міг змінити щось у своєму житті або житті близьких людей, що би ти змінив?».

4. Три бажання

Дитині слід сказати, що гра у чарівників закінчилася, але залашилося найприємніше – загадати три бажання.

Інструкція 3. «Загадай три самих заповітних (головних) бажання. Якщо дитина відчувала труднощі, допустимо заохотити дитину лише нейтрально-стимулюючими висловлюваннями, типу «Ну, спробуй!»; «У кожного обв'язково є свої завітні бажання!». При цьому ніяких пояснень від дитини не вимагалося. Усі відповіді заносилися у протокол, фіксуючи обов'язково усі особливості поведінки дитини, її міміку, емоційні реакції, латентний час відповіді тощо.

У відповідності до використаних категорій у протоколі використовувалися наступні скорочення: Т – тварини; Р – рослини; П – посуд; М – меблі; О – одяг; І – іграшки.

Обов'язково! Бесіда з дитиною має бути природньою, невимушеною, цікавою, але не занадто «солодкою».

Аналіз та інтерпритація результатів

Позитивні вибори групуються під загальною назвою «Переваги», негативні – «Неприйняття».

Основні варіанти відповідей відносили до таких категорій вибору:

- захисний вибір (у тому числі і агресивний вибір);
- демонстративний вибір;
- самоствердживальний вибір;

- соціально схвалений вибір;
- протестні, негативні відповіді.

1. ***Захисний вибір:***

а) Захісним вибором ствердження вважали ті вибори, у яких об'єкт перетворення є максимально захищеним, мінімально вразливим як для внутрішніх, так і для зовнішніх впливів.

б) Захисним вибором неприйняття вважали вибір, у якому об'єкт перетворення є максимально незахищеним, вразливим.

2. ***Демонтративний вибір.*** **Відносилися усі варіанти демонстративної поведінки з потребою бути у центрі уваги, або обумовлені намаганням дитини продемонструвати дефіцит уваги.**
3. ***Агресивний вибір.*** **Той вибір, у якому об'єкт перетворення потенціально або наявно є агресивним і небезпечним для оточуючих.**
4. ***Самоствердджувальний вибір.*** **У відповідях прослідковується тема свободи, незалежності, самоствердження і особистісної цінності.**
5. ***Соціально спрямований (схвалений соціумом) вибр.*** **Такі відповіді виказують скуту соціальнимим нормами дитину, або відображати тенденцію виховання у даній сім'ї.**
6. ***Протестний, що виражає негативізм вибір*** **зазвичай виказує негативне відношення дитини до самої процедури обстеження, або як своєрідну протестну захисну позицію.**

IV.B. Дослідження пізнавальної діяльності та окремих її компонентів.

B.1. Увага. (Методика П'єрона-Рузера).

Досліджувані параметри: стійкість, здатність до переключення, перерозподіл, а також особливості темпу діяльності, швидкість включення у завдання, виявлення ознак втомлюваності та перенасичення.

Матеріал. Бланк методики із зображенням геометричних фігур (4 типа фігур), розташованих на однаковій відстані одна від одної у квадратній матриці 10х10. Звичайний олівець середньої м'якості.

Віковий діапазон застосування – ***від 3-х до 4-х років*** (спрощений варіант: із зображенням предметів – ялиночка, зірочка, грибочок, квіточка, відерце, замість геометричних фігур);

для дітей ***5 – 8 років*** використовується класичний варіант.

Процедура проведення та реєстрація результатів*:*

Перед дитиною кладеться чистий бланк методики (зразок). Психолог, заповнюючи зразок (у лівій верхній частині бланка), говорить:

Інструкція:

а) «Дивись, я знаходжу ялиночки (зірочки, грибочки) і закреслюю їх. Тобі потрібно зробити так само, як я». (Для дітей до 5 років). Можливі ускладнені варіанти: закреслювати по дві – три і більше фігур одразу. Повторити іще раз завдання, залишаючи зразок перед дитиною.

б) «Дивись, у цьому квадратику я ставлю крапку, у трикутничку ось таку рисочку (вертикальну), у колі я нічого не буду малювати, а у ромбі – ось таку рисочку (горизонтальну). Усі наступні фігури ти заповниш сам, так, як я тобі показала.» (Для дітей після 5 років). Повторити іще раз завдання, залишаючи зразок перед дитиною.

Дітям **до 6 років** зменшували об’єм завдання (до 6 – 7 рядків).

Після того, як дитина приступила до роботи, включався секундомір і фіксувалася кількість фігур бланка, які заповнювала дитина кожну хвилину (30 сек.). Обов’язково відзначали з якого моменту дитина починає працювати по пам’яті, тобто без опори на зразок. А також відзначали, як дитина заповняє фігури: старанно, акуратно, імпульсивно; чи це впливає на темп роботи; чи прослідковується стабільна мотивація до роботи тощо.

Вікові нормативи виконання:

- **до 4 - 5 років доступним (нормальним) вважалося виконання методики у повному варіанті з різними помилками, зокрема пропусками, зі швидкою втомлюваністю, перенасиченням. Темп виконання зазвичай нерівномірний;**
- **до 6 - 7 років доступним (нормальним) вважалося виконання у повному обсязі із поступовим захопленням завданням, зазвичай після другого рядка дитина починала працювати без опори на зразок з можливими поодинокими**

помилками. Темп роботи або поступово наростав, або залишається стабільним до кінця. Перенасичення не спостерігається.

- **після 7 років дитина повинна була повністю безпомилково виконати завдання у хорошому темпі і без частих звертань до зразка. Нормальним вважалося заповнення 100 фігурок бланка у середньому за 3 хв. Допустимим було самостійне виправлення поодиноких помилок.**

Для дітей після 8 років пропонувалися коректурні проби. (Див. діагност. альбом).

Дана методика реалізувала можливість виявлення рівня сформованості довільної регуляції таких психічних функцій, як програмування власної діяльності та її контролю, утримання інструкції, розподіл уваги за ознаками.

В.2. Пам'ять. Дослідження особливостей слухомовленнєвого запам'ятовування.

В. 2. 1. Запам'ятовування 10 слів (за О. Р. Лурією)

Досліджувані параметри:

- об'єм безпосереднього опосередкованого запам'ятовування;
- тривалість (швидкість) запам'ятовування запропонованого набору слів;
- об'єм відстроченого відтворення;
- динаміка запам'ятовування матеріалу;
- наявність літеральних або вербальних парафазій;
- особливості фонематичного сприймання.

Матеріал. Для запам'ятовування використовується 10 простих (односкладових або коротких двоскладових), частотних, не пов'язаних змістом слів (іменників у називному відмінку однини). Пропонується три варіанти набору слів.

Варіант 1: ***слива, око, береза, лев, диван, чашка, лелека, рука, груша, суп;***

Варіант 2: ***слон, яблуко, ніс, голка, дуб, квітка, вухо, каша, ворона, рак;***

Варіант 3: ***корова, годинник, молоток, картина, комп'ютер, собака, сарафан, морква, береза, конструктор.***

Віковий діапазон застосування. Перші два варіанти пропонувалися дітям ***від 5 до 7 років***. Третій варіант - для дітей ***після 7 років***. Для дітей до 7 років можливим був варіант скорочення кількості слів до 5 – 8.

(Для дітей ***до 5 років*** дослідження здійснювалося за методикою «Запам'ятай дві групи слів». **Див. діагност. альбом).**

Процедура проведення та реєстрація результатів:

Інструкція 1. «Зараз ми будемо запам'ятовувати слова. Слухай уважно. Після того, як я скажу усі слова, ти мені повториш їх так як запам'ятав. Намагайся запам'ятати як можна більше слів».

Слова необхідно читати повільно (через 0,5 – 1 сек.) і чітко. Фіксуються відтворені після першого повтору слова та реєструється сумарна кількість слів, що відтворила дитина.

Інструкція 2. «Зараз я знову прочитаю ці слова, а ти їх знову повтори». Кількість повторів повинна бути такою, поки дитина не запам'ятає усі слова (за умови відсутності ознак втоми). Через 40 – 50 хв. дослідник пропонує пригадати завчені слова.

Інструкція 3. «Пригадай, будь ласка, слова, що ми запам'ятовували». У протоколі фіксується кількість відтворених слів.

Вікові нормативи виконання:

***Для дітей після 7 років завдання виконується у повному обсязі. Запам'ятовування в обсязі 9 ± 1 э допустимим. Відстрочене відтворення 8 слів є доступним більшості дітей (80%). При цьому утримання порядковості слів не передбачається. У нормі для запам'ятовування запропонованих варіантів слів необхідно не більше 5 – 6 повторень.**

В.3. Мислення. Дослідження перцептивно-дійового компонента мисленнєвої діяльності

Віковий діапазон застосування:

1) ***від 2,5 до 4-х років*** **– методика «Мотрійки» або «Мисочки», «Формочки».**

Основна мета: Виявлення сформованості уявлень про відносну величину предметів.

Процедура проведення: **Дитині спочатку пропонувалося 4 – 6 предметів, складених один в один. Потім розкладалися хаотично на столі і просили дитину «Скласти, як було».**

Показники, що аналізуювалися:

- стратегія виконання завдання (хаотична, проби та помилки, цілеспрямоване виконання, інше);
- відношення до своїх помилок (критичність до результтатів);
- научуваність дитини (вокористання допомоги, адекватність перенесення способу дій на аналогічний або новий матеріал).

2) від 2,5 до 7 років - методика «Розрізні картинки».

Основна мета: виявлення рівня сформованості конструктивного та просторового мислення у наочно-дійовому плані, специфіка сформованості просторових уявлень.

Матеріал. **Комплекти малюнків. У кожному комплекті (м'яч, чашка, рукавичка, пальто) одне зображення не передбачає розрізання і виступає еталоном, а інші – передбачають розрізання за вказаними лініями (див. діагностичний альбом). Завдання ускладнюються кількістю частин (на дві, три, чотири рівні частини; на чотири нерівні частини, на чотири частини по діагоналі, на вісім рівних частин, на п'ять нерівних частин) та конфігурацією лінії розрізу.**

Вікові нормативи виконаня:

- від 2,5 до 3,5 років **– складають картинки, розрізані навпіл (по горизонталі і по вертикалі), але часто у дзеркальному варіанті;**
- від 4-х до 4,5 років **– виконують завдання на дві, три і чотири рівні частинки;**
- від 4,5 до 5,5 років – **складають картинки на 3 – 5 нерівних частин, на чотири діагональні частини, можливі поодинокі помилки;**
- старші 6 років **– успішно виконують складні варіанти завдань**

IV. Г. Дослідження афективно-емоційної сфери, особистісного розвитку

Принциповою є наша позиція щодо визнання положення про єдність інтелекту та афекту, загальна суть якого полягає у необхідності вивчення взаємозв'язку емоційно-особистісної, когнітивної та операціональної сторін

розвитку дитини. Тому, включення у діагностичну методику емоційно-особистісного вектора ми вважали необхідним. Оскільки по-перше, ми розглядали особистість дитини з ВНГП як систему взаємопов'язаних процесів, а не набір певних рис або здатностей; по-друге, особистість дитини з ВНГП вивчали як таку, що постійно розвивається, але разом з тим, як відностно сталу систему динамічних процесів, обумовлених потребами, емоціями, індивідуальним досвідом.

Вивчення емоційної сфери дитини з ВНГП передбачало обов'язкове включення у дослідження методики ***«Метаморфози», основних рисуночних (проективних) методик, а також методики «Емоційні обличчя» (Н.Я. Семаго).***

Ключовою методикою діагностики афективно – емоційної сфери є методика «Метаморфози» (Див. IV. Б.1), (як можливий інваріант - тест «Рука», Методика «Контурний САТ-Н (варіант Н.Я. Семаго та М. М. Семаго), тест кольорових виборів М. Люшера, методика «Емоційні обличчя», а також проективні методики (рисуночні тести).

Г.1. Дитячі малюнки (проективні методики).

«Малюнок є індикатором не лише творчих здібностей, але і патологічних процесів (функціональних та органічних» (Е. Жюккерт, 1934)

Використання проективних (рисуночних) методик є найкоротшим та найефективнішим шляхом налагодження емоційно-позитивного контакту з будь-якою дитиною, особливо, якщо засоби вербальної комунікації є недостатньо сформованими або малодоступними. У кожній віковій групі було здійснено вивчення емоційної сфери дитини з ВНГП з використанням відповідних віку проективних методик. Одержані результати були піддані якісно-кількісному аналізу.

Теми тестів малювання та параметри оцінки малюнка

Вік дитини. ***3- 3,5 роки***

Спрямованість (тема) малюнка**.** ***Вільний малюнок або Малюнок чоловічка.***

Основні показаники аналізу:

- Сформованість моторної готовності руки до малювання (захват олівця) та моторики в цілому;
- Сформованість (для даного віку) графічної діяльності в цілому.

Вік дитини. *3,5 – 5 років*

Спрямованість (тема) малюнка. *Вільний малюнок* (або на вибір - Малюнок людини. Дім (будиночок) – дерево – людина. Моя сім'я).

Основні показаники аналізу:

- Сформованість (для даного віку) графічної діяльності в цілому;
- Наявність інертності та стереотипності самого малюнка як показника афективної зарядженості переживання, інертності психічної діяльності в цілому;
- Попередня оцінка сформованості та різноманітності зорових образів;
- Суб'єктивні уявлення про внутрішньосімейні диспозиції;
- Статеворольова та вікова ідентифікація.

Вік дитини. ***5 – 7 років***

Спрямованість (тема) малюнка. ***Дім – дерево – людина*** (або на вибір - Малюнок людини, «Моя сім'я», «Невідома (неіснуюча) тварина», Вільний малюнок).

Основні показаники аналізу:

- Рівень сформованості графічної діяльності. Зокрема, сформованість орієнтування у просторі аркуші паперу в цілому;
- Різноманітність зорових образів та їх «якість»;
- Наявність інертності та стереотипності самого малюнка як показника афективної зарядженості переживання та інертності психічної діяльності в цілому;
- Зони фобій та найбільш яскраво «афективно» заряджені теми;
- Особливості уявлень про внутрішньосімейні стосунки;
- Опосередковані прояви сформованості мотиваційної готовності до прийняття нових соціальних ролей;

- Адекватність та специфіка статеворольової та вікової ідентифікації;
- Наявність специфічних особливостей малюнка, характериних для викривлених типів розвитку.

Вік дитини. ***7 – 9 років***.

Спрямованість (тема) малюнка. ***Дім – дерево – людина*** (або на вибір – «Малюнок людини». «Моя сім'я». «Я у школі». «Автопортрет». «Малюнок сім'ї тварин». «Вільний малюнок»).

Основні показаники аналізу:

- Рівень сформованості малюнка та графічної діяльності в цілому, зокрема, сформованість пропорцій малюнка;
- Рівень сформованості зорових образів, їх «якості» та «повноти»;
- Найбільш яскраві, афективно окреслені переживання з приводу внутрішньосімейної ситуації та взаємостосунків з дорослими та однолітками;
- Рівень сформованості навчальної мотивації та прийняття соціальної ролі школяра;
- Характер самооцінки, її стійкість та адекватність;
- Співвідношення саооцінки та рівня притязань на успіх;
- Адекватність та специфіка статеворольової та вікової ідентифікації;
- Опосередковані показники рівня психічної активності та темпераменту;
- Адекватність та специфіка статеворольової та вікової ідентифікації;
- Наявність специфічних особливостей малюнка, характериних для викривлених типів розвитку.

Вік дитини. ***9 – 13 років***

Спрямованість (тема) малюнка. ***Моя сім'я*** (або на вибір - «Дім – дерево – людина». «Малюнок людини». «Автопортрет». «Яким я був раніше», «Яким я буду у майбутньому»).

Основні показаники аналізу:

- Стиль малювання, якість малюнка і графічної діяльності в цілому;

- Рівень сформованості зорових образів, їх «якості», «повноти», яскравості;
- Найбільш яскраві, емоційно забарвлені переживань як стосовно внутрішньосімейної обстановки, так і стосовно взаємодії з оточуючим світом;
- Характер самооцінки, її стійкість та адекватність соціальній ролі у сім'ї та у стосунках з однолітками;
- Співвідношення самооцінки та рівня притязань на успіх;
- Рівень психічної активності та характеристики темпераметy;
- Наявність інертності та стереотипності зображень;
- Наявність специфічних особливостей малюнка, характериних для викривлених типів розвитку.

Г. 2. Методика «Емоційні обличчя» (розроблена у 1993 р. Н.Я. Семаго для дитячого віку з різними варіантами відхилень у розвитку та умовно нормативного розвитку, спираючись на дослідження лицьового гнозису, розуміння емоційних станів та емоційної експресії К. Ізарда, 1978; Т.Н. Малкової та В.О. Барабанщикова, 1981; Л.Ф. Бурлачука, 1987)

Основна мета*:* оцінка емоційного стану дитини, адекватності впізнавання емоційного стану, виявлення наявності тонких емоційних диференціювань, співвіднесення з особистими емоційними переживаннями дитини. Опосередковано може бути дана якісна оцінка міжособистісних взаємовідношеньу спілкуванні з дітьми та дорослими.

Стимульний матеріал: ***Дві серії зображень емоційної експресії обличчя***.

1-а серія (3 зображення) складаєтьсяз контурних (схематичних) зображень облич. Схематично наводяться такі емоційні вирази обличчя: 1) злість (гнів); 2) печаль (сум); 3) радість. Емоційна експресія на контурних зображеннях означена найбільш етологічно значущими елементами обличчя: характерними

для кожного варіанта просторовим зображенням куточків рота та положення брів.

2-а серія (14 зображень: 7 зображень хлопчиків та 7 зображень дівчаток) . Використовуються фотографії з такими емоційними виразами: 1) радість; 2)страх; 3) сердитість; 4) привітливість; 5) здивування; 6) образа; 7) задумливість.

Віковий діапазон застосування***: від 3-х до 12 років***

Процедура проведення:

1-й етап: впізнання емоційних станів схематичних зображень (1-а серія);

2-й етап: розпізнавання емоційних станів, зображених на фотографіях 2-ї сері;

3-й етап: придумування своєї історії на будь-яке зображення.

Інструкція 1. «Подивись на ці зображення (малюночки) і скажи, який настрій у цих чоловічків? (За необхідності пояснити слово «настрій». Повторити декілька разів для заплбігання випадкового «попадання». Витримувати пасивну позицію.

Інструкція 2. Зараз я тобі покажу інші картинки (фотографії), на яких зображено хлопчика (дівчинку) і скажи, який на твою думку у нього (неї) настрій?. Після відповіді попросити дитину дати роз'яснення: «Що саме могло викликати такий настрій, чому у хлопчика (дівчинки) такий настрій?». Початок і кінець демонстрації має бути позитивним. Позиція дорослого – пасивна, без уточнюючих питань, додаткових підказок.

Інструкція 3. «Подивись знову на ці картинки, вибери ту, що тобі найбільше подобається і придумай розповідь про те, що могло викликати такий настрій у хлопчика (дівчинки), чому він (вона) так себе почуває?». Допускається додаткова підказка (навчальна допомога): «Пригадай, коли у тебе був такий настрій і чому, що його викликало?».

Усі дані фіксуються у протоколі.

Показники, що аналізуються:

- адекватність оцінки дитиною емоційного стану, як за «знаком», так і за силою;

- яскравість емоційних образів (емоційна зарядженість, включення власної емоційної експресії);
- рівень диференціювання емоційних проявів, адекватність відповідного словника;
- інертність, застрягання або гнучкість у сприйманні емоційного стану;
- співставлення «словника емоцій» з активним словником дитини, її віком, особливостями афективного реагування;
- виявлення «конфліктних зон», пов'язаних з емоційним неблагополуччям дитини.

Вікові нормативи виконання*:*

- Здатність розуміння та вербалізації (за умови нормативної за віком сформованості мовлення) емоційного стану вже у віці 2,5 – 3 років у вигляді дієслів дії, що відносяться до даного емоційного стану: «мені подобається», «любити», «він плаче» тощо. Таким чином, основними категорями є: «поганий», «хороший», «подобається – не подобається» тощо.
- У віці від 3,5 до 5 років є можливим використання таких «дискретних» категорій (визначень) як то: «добрий», «злий», «веселий», хоча можуть при цьому залишаьтся дієслівні визначення «плаче», «сміється» тощо.
- У 5 років з'являються диференціальні означення емоційних станів: замість «злий» - «сердитий», замість «плаче» - «сумний» тощо. З'являються такі слова як «веселий», «сумний», «смішний», «радісний» тощо.
- У 5 – 6 років у нормі доступними є емоційні диференціювання, як то: «веселий», «сумний», «сердитий», «радісний».
- Після 6 років з'являються більш «глибокі» визначення: «незадоволений», «роздратований», «сердитий», «усміхнений» тощо.
- Після 7 років дитина адекватно повинна розуміти і вербалізувати практично усі емоційні стани, виражені в експресії обличчя.

П с и х о л о г і ч н е з а к л ю ч е н н я.

Основні розділи психологічного заключення:

- Особливості поведінки дитини у процесі обстеження, характер емоційного реагування, загальна мотивація, ставлення до процедури обстеження та до результатів власної діяльності (адекватність, критичність);
- Якісна оцінка сформованості регуляторної сфери;
- Якісна оцінка операціональних характеристик діяльності дитини;
- Особливості розвитку різних компонентів когнітивної сфери, зокрема психічних процесів і функцій (сприймання, пам’ять, мислення, мовлення тощо), співвіднести виявлені особливості з рівнем сформованості системи просторових уявлень;
- Узагальнення показників у вигляді рівня інтелектуального розвитку дитини з урахуванням особливостей розвитку (мотивації, темпу діяльності тощо);
- Розкрити специфічні характеристики афективної, емоційно-особистісної сфери.
- Співвідненесення психологічного портрету дитини з типологічним варіантом психічного дизонтогенезу (розвитку), спираючись на зазначену психологічну симптоматику.

У результаті психологічного обстеження передбачено одержати висновки щодо стану сформованості базових складових психічного розвитку дитини з ВНГП: а) довільної регуляції власної діяльності; б) афективної регуляції власної діяльності і поведінки; в) пізнавальної діяльності та окремих її компонентів; г) афективно-емоційної сфери та особистісного розвитку.

2.4. Результати загального клінічного скрінінгу

Констатувальне дослідження ми проводили у декілька етапів та у декількох стратегічних напрямах (клінічному, логопедичному,

психологічному), які могли би виступати як самостійні, вирішуючи при цьому низку корекційних проблем психолого-педагогічного характеру.

Контингент обстежених дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння склали діти усіх вікових категорій (від народження до 18 років) незалежно від стану психофізичного та інтелектуально розвитку. Дана позиція є принциповою, оскільки нас у першу чергу цікавила загальна картина психомовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей. Тому із загальної кількості обстежених дітей (522) ми не вилучали дітей з обтяженими варіантами розвитку.

Більшість обстежених дітей склали діти від народження до семи років, з превалюванням вікової категорії від 1 до 3-х років. Це є логічним, оскільки хірургічне відновлення губи та твердого/м'якого піднебіння на сьогодні в Україні здійснюється в основному до дворічного віку. Розподіл обстежуваних за статтю відповідає загальній тенденції більшої кількості хлопчиків (59%), ніж дівчаток (41%).

Оскільки для нас було важливим визначитися у строках та ефективності логопедичного корекційного впливу залежно від етапу лікування (доопераційного чи післяопераційного), то діти були згруповані саме за цим показником з урахуванням їх віку.

Обов'язково слід зазначити, що було виявлено значну кількість дітей, які перебували на етапі ліквідації післяопераційного або залишкового дефекту (табл. 2.11), що мало безпосередній вплив на психофізичний та емоційний стан дитини.

Враховуючи вплив вчасного ортодонтичного лікування на подальший розвиток мовлення дитини з ВНГП, ми прослідкували дані про надання ортодонтичної допомоги дітям різного віку. Зафіксовано факт недостатньої охопленості ортодонтичним лікуванням дітей з ВНГП із порушеннями прикусу, особливо у ранньому віці.

Таблиця 2.11

Розподіл дітей із ВНГП за віком, статтю та отриманим лікуванням

В і к	**До операції**	**Після операції**	**С т а т ь**		**Всього**
			Дівчатка	**Хлопчики**	
від нар. до 1р.	68	50	48	70	**118**
1-3 р.	54	102	65	91	**156**
4-6 р.	18	106	51	73	**124**
7-11 р.	4	76	30	50	**80**
12 -15 р.	-	27	11	16	**27**
16-18 р.	1	16	8	9	**17**
Всього	**145**	**377**	**212**	**310**	**522**

61,5% обстежених нами дітей, що склало 321 дитину взагалі не отримали ортодонтичного лікування (за даними медичних карток та анамнестичних даних). А лише 38,5% (201) отримали його у повному або неповному обсязі, вчасно або із запізненням. Так, зі 118 дітей до одного року залишилися без допомоги ортодонта 90 дітей (76,3%), зі 156 дітей від одного до трьох років ортодонтичне лікування не отримало 119 дітей (76%), а 56,5% (70 зі 124) дітей 4-6 років також або не лікувалися у ортодонта взагалі, або із значним запізненням. В основному це діти, які спочатку не проходили лікування у спеціалізованих медичних центрах, або батьки легковажно поставлися до цього виду довготривалого лікування. Навіть у групі підлітків (27%) зафіксовані непоодинокі випадки відсутності необхідного ордодонтичного лікування. Однак, слід зазначити, що ортодонтичне лікування цілком залежить від виду дефекту. А зазначені нами у даному контексті кількісні результати одержані без урахування медичних діагнозів щодо виду незрощення.

У 82% дітей, які не отримали вчасного ордонтичного лікування зафіксовані деформації зубо-щелепної системи. Виявлено деформації верхньої та/чи нижньої щелеп по сагітталі та трансверзалі, відмічені наявні деформації зубних рядів, адентію (відсутність зубів) одного або двох постійних бокових різців (ікл), порушення їх форми та розмірів, дефіцит місця для окремих зубів та її неправильне положення. Частими є факти скупченості

зубів саме у дітей, які не отримали вчасного, систематичного, тривалого ортодонтичного лікування.

Зважаючи на визнаний спеціалістами низький рівень стоматологічного здоров'я у дітей з ВНГП [85], нами встановлено факт (за даними медичних карток і відповідей батьків), що 15% дітей з ВНГП ніколи не отримували стоматологічної терапевтичної допомоги з різних причин. Зазвичай батьками називалася як причина відсутність можливостей та неусвідомлення важливості лікування.

У 12% доопераційних дітей відмічено поєднання вродженого дефекту губи та/або піднебіння з короткою вуздечкою язика. Зазвичай дана зубо-щелепна аномалія усувалася на першому етапі хірургічного лікування - під час хейлопластики, або під час ураностафілоплатики. Цим самим у першу чергу долалася перешкода у годуванні дитини, а по-друге – запобігалася можливість зміщення артикуляційних зон.

Сам дефект та деформації зубо-щелепного апарату провокують развиток патологічної звуковимови. Відкритий, мезіальний, дистальний прикуси, дефекти коміркового відростка, перешкоджають контактам губ, губ та зубів, язика та зубів и не дозволяють правильно артикулювати губно-губні, губно-зубні та призубні приголосні. Названі деформації також сприяють рефлекторному надмірному напруженню м'язів шиї та гортані, що призводить до порушення голосоведення та голосоутворення.

Одним словом, відсутність або проведення ортодонтичного лікування із запізненням, у неповному обсязі ще більше (провокує) посилює деформації середньої зони обличчя, дисгармонію розвитку скелету обличчя, викликані вродженими незрощеннями губи та піднебіння [85, 86].

Тим самим втрачається можливість формування правильного артикуляційного образу (або артикулеми) більшості звуків мови, яка значною мірою залежить від гармонійності і правильного співвідношення верхньої та нижньої щелепи, достатньої глибини присінка та загальної злагодженості роботи артикуляційних органів.

Таблиця 2.12

Розподіл дітей з ВНГП на етапах лікування (ортодоничного та хірургічного)

Вік	На етапі лікування									На етапі логопедичної корекції	
	Хірургічного							Ортодонтичного		Незалежно від операції	
	Типи незрощень							Проводилося (у тому числі у неповному обсязі)	Не проводилося	Здійснювалося взагалі	Не здійснювалося взагалі
	Наскрізні				Ізольовані						
	Хейлоринопластика	Уранстафілопластика	Велопластика	Ліквідація післяопер. або залишкового дефекту	Уранстафілопластика	Велопластика	Ліквідація післяопераці. або залишкового дефекту				
від нар. до 1р. (118)	41	-	12	-	8	10	-	28	90	-	118
1-3 р. (156)	74	102	94	47	12	6	6	37	119	84	72
3-6 р. (124)	101	88	77	34	7	6	2	54	70	86	38
6-11 р. (80)	75	71	67	23	3	3	3	49	31	63	17
11 -15 р. (27)	25	20	20	8	1	1	-	19	8	23	4
15-18 р. (17)	15	13	10	-	1	-	-	14	3	13	4
Всього	**425**	**294**	**270**	**112**	**32**	**26**	**11**	**201**	**321**	**269**	**253**

Вже на цьому етапі дослідження виявилося наявним ускладнення процесу формування звуковимовної сторони мовлення у значної кількості дітей з ВНГП з причини стійких порушень розвитку зубо-щелепної системи. Для здійснення логопедичної роботи 321 дитина (61,5%), незалежно від віку, безперечно, представляла собою групу логопедичного ризику.

Згідно заключень отоларинголога, виписок з історій хвороби та показань батьків, ми звернули увагу на високий відсоток (76%) зафіксованих у 397 дітей різного віку частих ЛОР-захворювань, особливо захворювань середнього вуха, які негативно впливали на стан фізіологічного слуху. У загальному прослідкована тенеденція до збільшення кількості захворювань ЛОР-органів та тяжкості їх протікання від більш пізніх строків оперативного втручання. У дітей, прооперованих до 2-х років хвороб ЛОР-органів у медичних картах було зафіксовано значно менше.

Ретроспективний аналіз з історій хвороби показав, що лише у 25% дітей були присутні записи про стан слухової функції, про запальні процеси ЛОР-органів та надання допомоги у межах комплексного лікування дитини з ВНГП (включаючи випадки мікроотії).

Тобто, більшості обстежених нами дітей і у жодному випадку саме у зв'язку з наслідками ВНГП, не перевірявся стан слухової функції, не було забезпечено вчасного додаткового обстеження фізіологічного слуху, консультування та лікування або профілактичної допомоги з метою запобігання вторинних ускладнень слуху. Слід зазначити, що при цьому спостерігалася певна відсутність взаємозв'язку первинних обстежень дитини у дитячій поліклініці та обстеженнями у центрах лікування ВНГП. Тим самим нівелюється ідея комплексності та систематичності лікування такої дитини.

У рамках нашого дослідження ми обмежилися традиційними (неінструментальними) педагогічними методами обстеження фізіологічного слуху з використанням незвичних для дитини джерел звуку (дудка, барабан), голосу розмовної гучності та шепітного мовлення (звукоуподібнень типу «ав-ав-ав» (собачка), «пі-пі-пі» (курчатко), «ку-ку» (зозуля), імені дитини тощо. Звукові стимули пропонувалися за спиною дитини на відстані 6 метрів зорове сприймання мовлення було виключено. Нормальною у ранньому віці вважали поворот голови у сторону джерела звука, відповідну голосову реакцію (імітацію звука, повторення почутого) на шепіт на відстані 6 м.

Наприклад, згідно наших даних щодо реакції на слухові проби із 56 післяопераційних дітей до трьох років 38% (21 дитина), із 60 обстежених з цього приводу післяопераційних дітей 4-6 років 47% з них (28) потребували спеціального аудіологічного обстеження дитячого ЛОР-спеціаліста щодо стану фізіологічного слуху.

При підозрі на зниження слуху дитина направлялася на додаткове обстеження до отоларинголога за місцем проживання, або у відділення оториноланрингології Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Виявилося, що у більшості випадків наші підозри були небезпідставними, таким дітям було призначено відповідне лікування або здійснена корекція слуху, що згодом полегшило логопедичну роботу.

Результати обстеження особливостей фонематичного слуху буде висвітлено у відповідному діагностичному розділі.

Щодо стану зорової функції у дітей з ВНГП ми не проводили спеціального дослідження, лише можемо зазначити, що в історіях хвороби дитини з ВНГП висновки дитячого офтальмолога щодо хвороб очей були зафіксовані в історії хвороби лише у випадках наявності складної патології. Однак, відповіді батьків свідчать про те, що у багатьох дітей особливо у дошкільному та молодшому шкільному віці спостерігалися зниження гостроти зору різного ступеня.

У межах дослідження ми звертали увагу на деякі симптоми зниження зору у ранньому віці, як то: використання рота у якості додаткового тактильного органу; наближення предмета, іграшки або картинки впритул до очей; ігнорування дрібних предеметів або зображених на картинках дрібних деталей тощо. За такими ознаками у можливу групу ризику з причини порушень зору попало близько 14% дітей до 3-х років. Нами було рекомендовано звернути увагу батьків на попередні дані з метою медичного обстеження зорової функції.

Аналіз клінічної документації виявив наявність зафіксованих заключень дитячого невролога або психоневролога лише у 21% історій хвороби (109). В

основному, це були висновки щодо неврологічного або психічного статусу дітей зі складними, поєднаними дефектами розвитку. Записів щодо неврологічної симптоматики, а особливо - мікросимптоматики були практично відсутні, або вони з'являлися із запізненням у результаті планового обстеження у поліклініці за місцем проживання. Тобто, у переважної більшості дітей з ВНГП спостерігається факт недостатності комплексного різностороннього діагностичного обстеження, зокрема неврологічного.

Ми зважали на те, що виявляти наявність неврологічної мікросимптоматики не є необхідним під час перебування дитини у клініці з приводу хірургічного лікування. А для нашого обстеження ці дані були необхідними, оскільки ми спостерігали такі прояви дефектів мовлення, які вказували саме на неврологічну симптоматику. Тому, з огляду на це, до обстеження дітей з ВНГП від народження до 3-х років на базі Українського центру лікування дітей з вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки (м.Київ) та Міжрегіонального центру надання спеціалізованої допомоги дітям з вродженими і набутими вадами щелепно-лицьової ділянки (м.Донецьк) було залучено дитячого психоневролога, який і визначав неврологічний статус дитини.

У неврологічному обстеженні було задіяно 54 післяопераційні дитини з ВНГП до 3-х років. При обстеженні у 60% (32) дітей було виявлено неврологічну симптоматику від легкої (24) до більш вираженої (8).

Неврологічний статус усіх 32 дітей (100%) включав наслідки органічного ураження головного мозку (зокрема ММД - мінімальних мозкових дисфункцій) та порушення вегетативної нервової системи і проявлявся у вигляді легких гемі- та монопарезів кінцівок, змін м'язового тонусу, порушень рівноваги, координації та диференційованості рухів (загальних і дрібних), незначниих або вираженних асиметрій обличчя, косоокості, дрібного тремору ручок, підборіддя, здригувань тощо. Стан більшості цих дітей вказував (за висновками дитячого психоневролога) на церебрастенічний синдром, який проявлявся підвищеною нервово-психічною втомлюваністю, емоційною

нестійкістю у вигляді стійких порушень пам'яті та уваги (що підтвердили і наші подальші дослідження). Характерним для цих дітей був частий головний біль, не різко виражені вегетативні порушення (порушення сну, підвищена пітливість), порушення загальної та дрібної моторики, підвищена збудливість, гіперактивність, роздратованість, плаксивість, нестійкість настрою, страхи, зниження загальної мотивації.

У 45% дітей дошкільного та 30% дітей шкільного віку було зафіксовано подібні неврологічні порушення, разноманітну розсіяну неврологічну мікросимптоматику.

Тобто, не претендуючи на остаточні висновки щодо неврологічного статусу дітей з ВНГП, використовуючи загальновідомі прийоми дослідження, нами виявлено обтяжуючі загальний психомоторний розвиток дитини неврологічні симптоми. Їх наявність не може бути пояснена лише впливом тяжкого вродженого дефекту щелепно-лицьової ділянки.

Вірогідно, що співпадання у ембріогенезі періодів активного розвитку обличчя та центральної нервової системи певною мірою пояснює поєднаність (комбінованість) цих порушень, можливо взаємозалежність і націлює дослідника на більш глибоку диференціальну діагностику їх проявів.

Необхідно зазначити, що наші подальші дослідження особливостей загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики, кінестетичного, просторового та динамічного праксису праксису (з використанням нейропсихологічних методик обстеження) підтвердили ці попередні висновки і засвідчили їх недостатню сформованість (у порівнянні з нормою).

У межах нашого дослідження, спираючись на аналіз клінічних висновків, додаткових медичних обстежень, архівних документів та анамнестичних даних виявилася наявність у дітей з ВНГП системних порушень розвитку: нервової системи, зубо-щелепної системи, дихальної, аналізаторних систем (слухової, зорової, рухової).

Із загальної кількості обстежених окремо було визначено групу дітей (8%), яку склали так звані синдромні діти (42 дитини). Тобто, це ті випадки

тяжкої вродженої поєднаної патології (спадкового, мутагенного, тератогенного характеру), коли вроджені незрощення губи та піднебіння є лише складовою частиною у синдромах, що зустрічаються у щелепно-лицьовій області (більше 150 синдромів) і супроводжуються порушеннями центральної нервової системи.

Загальна стратегія дослідження не передбачала вилучення даної групи із контингенту обстежених, тому ці діти підлягали діагностичному обстеженню на усіх етапах констатувального експерименту (з урахуванням соматичного та психічного стану здоров'я, віку, можливостей роботи у стаціонарі або у спеціальному закладі освіти).

Згідно з даними соціального паспорту сім'ї, нами виявлено неоднорідність соціального статусу дітей з ВНГП. Слід зазначити, що від загальної кількості обстежених дітей (522 особи): лише 56% (292) мають повноцінну родину, 32% (167) дітей проживають у неповнних родинах, 63 (12%) дітей склали групу сиріт та напів-сиріт, які прибули до лікарні з Будинку малятка та знаходилися на державному утриманні, або були на утриманні опікунів у їх сім'ях, або проживали у дитячих будинках сімейного типу (рис.2.3).

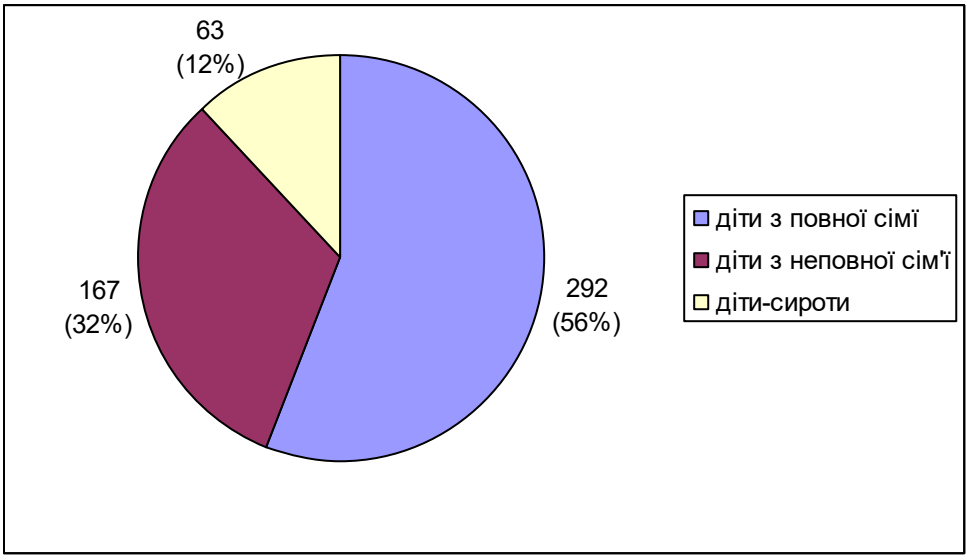

Рис. 2.3 Розподіл дітей із ВНГП за соціальним станом

Розподіл дітей-сиріт та напів-сиріт за характером незрощень дещо відрізнявся від загалу. Переважну більшість складали діти (58) із наскрізними одно- та двобічними незрощеннями губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (92%), а також діти (5) із ізольованим або наскрізним незрощенням верхньої губи (8%).

Також характерним для більшості дітей-сиріт були значно пізніші строки хірургічного лікування (були випадки першого етапу операції навіть у 11-15 років), відсутність вчасного ортодонтичного та стоматологічного лікування. Усе це, безперечно, ще більше обтяжувало розвиток такої дитини, гальмувало її просування у розвитку мовлення зокрема.

Вірогідно, на рішення батьків залишити таку дитину у Будинку малятка вплинув тяжкий характер вродженої патології та незнання прогнозів щодо подальшого майбутнього такої дитини. Більше того, серед цих дітей був значний відсоток (52%) дітей з комбінованими дефектами, які до цього ж мали затримку психічного розвитку, або навіть розумову відсталість. Із 63 дітей останньої групи 37 дітей були круглими сиротами, а решта – 26 проживали у у прийомних родинах. Саме у Будинках малятка або у школах-інтернатах перебували діти із найтяжчими вродженими пороками, або із комбінованими дефектами розвитку.

Щодо забезпечення логопедичною та психологічною допомогою цих дітей – теж спостерігалася або відсутність, або несистематичність необхідної корекційної роботи. Однак, при цьому обов'язково слід зазначити, що зусиллями фахівців-медиків Українського центру лікування ВНГП (м.Київ) здійснюється багаторічна цілеспрямована робота по виявленню та забезпеченню лікуванням та корекцією розвитку дітей-сиріт з ВНГП.

Оскільки одним із завдань було виявлення залежності мовленнєвого розвитку від характеру незрощення та його тяжкості, ми звернули увагу на характер щелепно-лицьової патології обстежених дітей.

Аналіз клінічних даних дозволив кількісно виділити групи дітей за характером незрощень (відповідно клінічної класифікації вроджених незрощень губи та піднебіння).

Отримані дані свідчать про те, що серед вроджених дефектів щелепно-лицьової ділянки у обстежених дітей найчастіше зустрічаються вроджені наскрізні однобічні (ліво- або правосторонні) незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (56%); вроджені наскрізні двосторонні незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (18%), а також вроджені ізольовані та наскрізні незрощення верхньої губи (16%). (рис. 2.4).

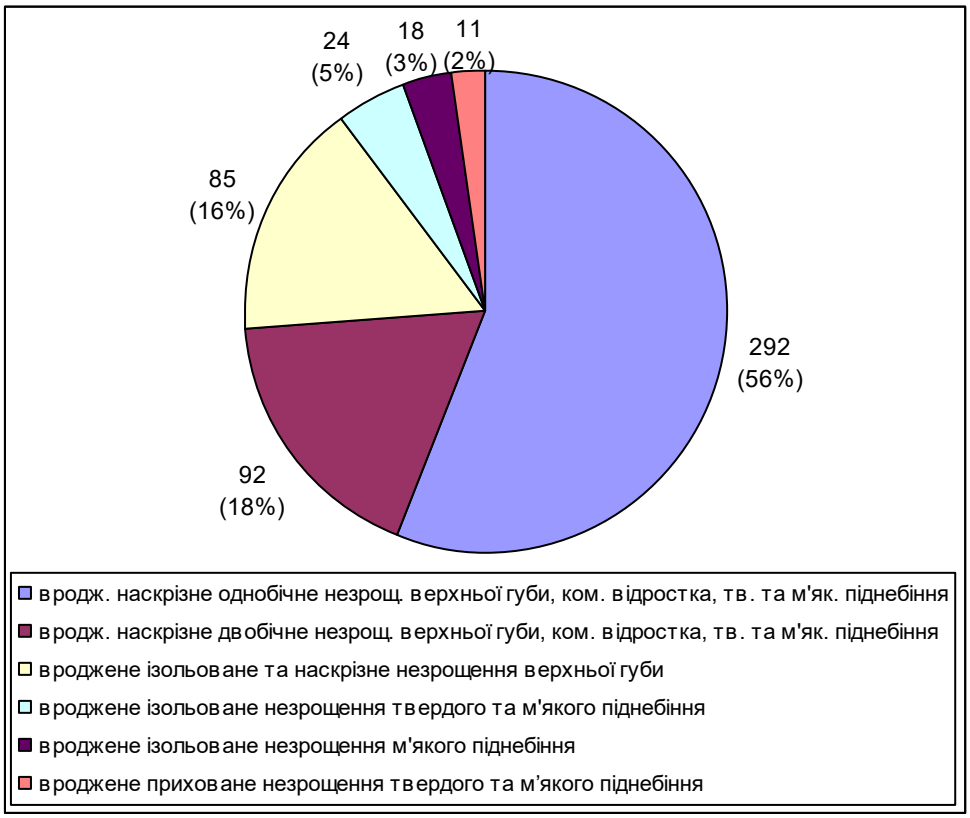

Рис.2.4 Розподіл дітей з ВНГП за характером незрощення відповідно до клінічної класифікації

Щодо форми твердого піднебіння, то у першу чергу слід зазначити у переважної більшості прооперованих дітей з приводу ВНГП формувалося або високе, вузьке (40,6 %) , або низьке, пласке тверде піднебіння (26,6 %). У 32,8% дітей зафіксована нормальна форма твердого піднебіння. Перші два варіанти форми твердого піднебіння безперечно ускладнюють процес

голосоутворення, змінюючи акустичні характеристики звуків у резонаторній порожнині рота.

Виходячи з того, що найважливішим компонентом забезпечення нормальної звуковимови є повне розмежування резонаторних порожнин – ротової та носової, яке здійснюється за рахунок змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки під час фонації, ми звернули увагу на такий показник як наявність\відсутність піднебінно-глоткової недостатності та її вплив на якість звуковимови.

Піднебінно-глоткова (велофарингеальна) недостатність (далі - ПГН) характеризується нездатністю м'якого піднебіння і пов'язаних з ним м'язевих структур до повноцінного змикання із задньою стінкою глотки, а саме валиком Пассавана і розмежування резонаторних порожнин.

ПГН виникає при укороченні м'якого піднебіння, занадто широкому глотковому кільці, парезах та паралічах піднебінної завіси, вродженій недостатності тканин, глибокій носоглотці або з причини неадекватності змикання (часто має місце неврологічна симптоматика).

Найчастіше ПГН пов'язують із післяопераційними наслідками вродженої щілини піднебіння. І навіть успішне оперативне закриття щілини не завжди гарантує повноцінного змикання компонентів піднебінно-глоткового кільця з різних причин, що може стати складною перешкодою у процесі формування мовлення. У нашому дослідження до уваги бралися післяопераційні діти, оскільки було той враховано факт, що до операції м'язи м'якого піднебіння працюють як антагоністи.

В ідеалі вивчення цього питання передбачає проведення аудиторського аналізу мовлення, назо-фаринго-ендоскопічного обстеження із застосуванням мовленнєвих та функціональних тестів, аеродинамічних вимірювань, аудіометричного та імпедансометричного дослідження слухової функції тощо. Враховуючи зазначене вище, ми віддаємо собі звіт щодо недостатності (відсутності) у межах нашого дослідження можливостей та умов для комплексного обстеження та диференціальної діагностики піднебінно-глоткової недостатності у прооперованих дітей з ВНГП. Однак, вже на цьому етапі

дослідження ми оперували даними, які засвідчують різні показники вторинних ускладнень у вигляді ПГН у залежності від хірургічних технологій, які використовуються для подолання ВНГП.

Однак ігнорування даного аспекту видавалося нелогічним і невиправданим. Тому, виходячи із наявних можливостей, ми прослідкували загальні тенденції у даному питанні з тим, щоб визначитися наскільки гострим є цей аспект для прооперованих в Україні (враховуючи досвід логопедичної практики та результати хірургічного лікування ВНГП), чи є залежність між строками оперативного втручання, складністю проявів ПГН та рівнем назальності.

За даними досліджень Walter J.D.[545], у США 90,8% логопедів вважають обов'язковими ендоскопічні діагностичні дослідження піднебінно-глоткової недостатності, а 98% найбільш інформативними вважають рентгенологічні методи. Однак, лише 80% логопедів США направляють хворих на додаткові обстеження. Тобто, без уточнюючих додаткових клінічних обстежень на предмет ПГН до роботи з прооперованою дитиною логопед не приступає. Приблизно такої ж тактики дотримуються логопеди багатьох країн (Канади, Франції, Німеччини, Китаю).

Аналіз матеріалів останніх міжнародних конференцій з актуальних проблем комплексного лікування дітей з вродженою і спадковою патологією голови, обличчя та шиї [85, 86, 527, 528] показав, що у різних країнах у залежності від тактики хірургічного втручання дуже різняться між собою показники піднебінно-глоткової функції після первинної ураностафілопластики.

У США за даними проф. Вильяма Вильямса (2007), Леонарда Фарлоу (штат Флорида, 2007) до останніх років гостро стояла проблема ПНГ: більше ніж у 50% прооперованих дітей фіксували велофарингеальну недостатність, що вважалося пробемою усієї команди – від хірурга, ортодонта - до логопеда (spich-patologist).

Виходячи з цього, дослідники пішли шляхом пошуків нових методів усунення або зменшення відсотку велофарингеальної недостатності. Пошуки призвели до покращення результатів – лише 10% ускладнень, що значно полегшило роботу логопеда. Як зазначила головний логопед клініки лікування

ВНГП (штата Флорида) Дж. Дженніфер у більшості штатів США саме логопед, спираючись на результати власного логопедичного обстеження та результати телерентгенографії визначає (доводить, аргументує) необхідність вторинної опереації по усуненню ПГН з метою забезпечення умов для покращення вимови.

За останніми даними досліджень російських вчених (Юмашева Д.П., Дьякової С.В., Васильєва О.Ю., Герасимової О.С., 2006) застосування ними назофарингоскопії розширило діагностичні можливості та дозволило більш детально вивчити фізіологію піднебінно-глоткового змикання з метою виявлення його впливу на якість мовлення. Доведено існування різних варіантів піднебінно-глоткового змикання залежно від переважної участі м'якого піднебіння, бокових стінок глотки або задньої стінки глотки та їх вплив на процес звуковимови. На сьогодні Росія почала широко впроваджувати у практику логопедичної роботи інструментальні дослідження достатності довжини м'якого піднебіння з метою визначення (уточнення, корекції) подальшого плану індивідуальної роботи.

Аналіз відповідей українських логопедів на питання анкет щодо особливостей роботи з дітьми з ВНГП, свідчить про те, що 55% навіть не змогли пояснити сам термін «піднебінно-глоткова недостатність», а 95% ніколи не рекомендували дитині пройти додаткове інструментальне обстеження на предмет діагностики ВФН (навіть у випадках стійкої носові емісії) і були здивовані тим, що такі обстеження є можливими у спеціалізованих центрах лікування. В Україні наявність/відсутність вело-фарингеальної недостатності традиційно визначається клінічними методами, але зазвичай ці дані залишаються поза увагою логопеда.

Ніхто із логопедів не орієнтувався у тому, що характер велофарингеального змикання (за місцем зімкнення) у чоловіка і жінки не є однаковим, що піднебінно-глоткова недостатність може прогресувати з віком (коли дитина стає підлітком, глибина носоглотки збільшується і це може спровокувати підсилення гугнявості). Це свідчить про недостатнє використання сучасних методів променевої діагностики ПГН у логопедичних цілях, про певну розірваність або

повну автономність роботи логопеда від інших фахівців, що, безперечно, ускладнює логопедичну роботу та гальмує досягнення максимально можливих результатів.

За клінічними даними в Україні, на відміну від інших країн, відсоток вторинних ускладнень у вигляді ПГН є набагато меншим – у межах 7-10%. Однак, на сьогодні відсутні комплексні клініко-логопедичні дослідження щодо диференціювання дисфункції структур піднебінно-глоткового комплексу від інших причин, які ускладнюють розвиток мовлення дитини після операції.

Ми стикнулися з необхідністю використання у логопедичній практиці клінічних даних інструментальних, функціональних та сучасних методів променевої діагностики (рентгенографії, комп'ютерної томографії, назофарингоскопії). Здійснення подібних досліджень вимагає відповідної медичної кваліфікації або поєднаних комплексних досліджень. Однак, з огляду на сучасний стан проблеми розвитку мовлення дітей з ВНГП, здійснення досліджень у даній площині вважаємо доцільними.

Для оцінювання піднебінно-глоткової функції у більшості випадків нами було використано метод суб'єктивної візуальної оцінки . Для уявлення про функції м'якого піднебіння та стінок глотки дитині пропонувалося тривало і коротко голосно вимовити звук «а» (як той, що викликає найменші труднощі), звук «і» (при вимові якого м'яке піднебіння максимально піднімається і розтягується). Одночасно візуально оцінювалася щільність піднебінно-глоткового зімкнення. Додаткові дані було отримано під час вимови звука «в» (вимова якого не вимагає сильного напруження піднебінно-глоткових м'язів), та звука «с», який вимагає сильного ротового тиску у результаті повного піднебінно-глоткового зімкнення.

Незважаючи на те, що візуальний огляд традиційно використовується логопедами, даний метод навіть у фонаційному режимі виявився малоінформативним. Під час логопедичного обстеження нам вдавалося виявити наявність ознак піднебінно-глоткової недостатності лише первинно, в основному лише отримати уявлення про характер порушень мовлення, оцінюючи

ступінь назалізації та характер звуковимови. Оскільки складно візуально оцінити щільність (достатність) велофарингеального змикання. Це не дозволяло виявити які саме анатомічні або функціональні компоненти були неадекватними для забезпечення повноцінного піднебінно-глоткового змикання.

В результаті візуальний огляд м'якого піднебіння 106 післяопераційних дітей 4-6 років у фонаційному режимі показав, що у 37 з них (34,5 %) м'яке піднебіння мало достатню довжину і рухливість; укорочене, але достатньо рухливе м'яке піднебіння було у 25 дітей (23,5 %); коротке, недостатньо рухливе – у 21 дитини (20%); а м'яке піднебіння 23 дітей (22 %) було занадто коротким, що виключало можливість подолання гугнявості без повторного оперативного втручання щодо його подовження або звуження глоткового кільця (за показаннями до хірургічних методів усунення ПГН) (рис. 2.5).



Рис. 2.5 Результати візуального огляду м'якого піднебіння післяопераційних дітей 4-6 років у фонаційному режимі

Ми спостерігали, що при ПГН знижувалася артикуляційна функція ротової порожнини, оскільки у ролі додаткових резонаторів виступала порожнина глотки та гортань, артикуляційна зона зміщувалася до глотки, що

поряд з порушенням аеродинамічної основи мовлення призводило до виникнення компенсаторних артикуляцій, таких як носова вимова ротових звуків (особливо фрикативних), до послаблення вимови змичних звуків та появи призвуків, які надавали мовленню специфічності та позбавляли розбірливості. Тобто, з причини відсутності піднебінно-глоткового змикання або його недостатності носова порожнина стає парним резонатором ротової порожнини, що надає усім фонемам назального тембру. Ступінь вираженості назального резонансу мовлення залежить від відсутності/недостатності змикання, рухливості піднебінної завіси та скоординованості рухів язика та м'якого піденбіння. При цьому ступінь назалізаціє буває різним – від незначного до тяжкого.

При цьому слід зазначити, що у більшості країн нормальним вважається мовлення зрозуміле для оточуючих, незважаючи на навіть значний носовий відтінок голосу та порушення звуковимови. Те, що за кордоном вважається нормальним, у нас вимагає корекційного впливу і кваліфікується як стійке порушення мовлення (ринолалія або ринофонія).

Тобто, на сьогодні окреслилася як проблема термінологічна та змістовна невідповідність таких понять, як нормальне мовлення, нормальний голос, нормативне мовлення у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння за кордоном і в Україні. Це доводить необхідність уточнення, узгодження і відповідної класифікації станів мовлення у даної категорії дітей з урахуванням досвіду і наукових поглядів у відкритому науковому просторі.

Звертаючи увагу на даний аспект, ми спиралися на основні симптоми порушень мовлення, які характеризують ПГН: гіперназальний резонанс, носова емісія під час вимови ротових звуків, послаблення артикуляції ротових звуків внаслідок недостатнього тиску у ротовій порожнині, компесаторні артикуляції (гортанні змички, глоткові фрикативи, носові фрикативи тощо), зміщення артикуляційної зони до глотки.

В результаті вищезазначеного, у 22% післяопераційних дітей 4-6 років ми передбачили велофарингеальну недостатність, при цьому спостерігали у них

різни стани мовлення: а) наявність носової емісії; б) ринолалію – тотальне порушення вимови звуків, назалізацію різного ступеня (гіперназалізація, назалізація середнього ступеня, слабка, мало помітна); в) залишкову ринолалія – звуки у процесі автоматизації, назалізація різного ступеня; г) ринофонію – правильно артикульовані звуки, різного ступеня назалізація голосу. Згідно з хірургічними висновками, у даному контексті йдеться про недосконало проведене оперативне лікування.

У контексті наявності/відсутності та вираженості назального забарвлення голосу ми дотримувалися оцінювання мовлення обстежуваної групи усіх післяопераційних 106 дітей 4-6 років за такими параметрами і одержали відповідні результати:

- відмінне (нормальне) - нормальний тембр, зафіксовано у 16 дітей (15 %) з яких: 4 дітей мали ізольоване або наскрізне незрощення верхньої губи; 3 – ізольоване незрощення твердого піднебіння; 9 дітей – вроджене наскрізне двобічне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння;
- хороше – слабка назалізація і незначна носова емісія відмічена у 22 дітей (21%), у 3 з яких було вроджене ізольоване незрощення м'якого піднебіння; 5 мали ізольоване незрощення твердого та м'якого піднебіння; у 4 було однобічне наскрізне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння; а у решти 10 - вроджене наскрізне двобічне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння;
- задовільне – назалізація середнього ступеня, виражена носова емісія були виявлені у 38 дітей (36%), з яких 28 мали однобічне наскрізне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння; а решта 10 - однобічне наскрізне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння;
- незадовільне – гіперназалізація спостерігалася у 30 післяопераційних дітей з ВНГП 4-6 років (28%), з яких у двох дітей було вроджене приховане незрощення твердого та м'якого піднебіння; у двох – вроджене ізольоване

незрощення твердого та м'якого піднебіння; 20 дітей мали однобічне наскрізне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння; а решта 6 - двостороннє наскрізне незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (рис. 2.6).

Одержані результати доводять необхідність розробки методики мовленнєвої терапії піднебінно-глоткової недостатності, яка не потребує хірургічної корекції.

Аналіз результатів загального клінічного скрінінгу засвідчив, що вроджене незрощення губи та піднебіння - це тяжкий анатомо-фізіологічний дефект, який викликає патологічні зміни у багатьох системах та органах: у ще не сформованій дихальній, серцево-судинній, нервовій, кістковій, травній, м'язовій системах, викликає багатосистемні захворювання, негативно впливає на нервово-психічний, емоційний стан дитини, звужує пізнавальні можливості.



Рис.2.6 Особливості тембрового забарвлення голосу у дітей 4-6 років з ВНГП після операції

У зв'язку із цим лікування, навчання та виховання дітей із ВНГП вимагає міждисциплінарного, комплексного підходу спеціалістів різних профілів

знань, комплексного медико-психолого-педагогічного підходу до реабілітації та адаптації у соціумі зазначеної категорії дітей.

2.5. Особливості раннього моторного, психоемоційного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП

Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку давали можливість оцінки характеру формування базових складових психічної діяльності дітей з ВНГП, розглядалися нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя.

Ми змушені констатувати практичну відсутність необхідних даних про ранній психофізичний розвиток дитини із ВНГП у медичних історіях хвороби і навіть у логопедичних картах. Як свідчать результати вивчення архівних клінічних та логопедичних матеріалів, у них, у кращому випадку, фіксувався лише стан звуковимови на момент обстеження післяопераційної дитини, не беручи до уваги особливості раннього психофізичного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку цієї дитини. Виходячи з цього, основним джерелом отримання необхідних даних були відповіді батьків на питання про стан раннього фізичного та психомоторного розвитку їх дітей, а також наші спостереження та доступні дані. При цьому слід зазначити, що у дослідженні ми не розмежовували групи дітей відповідно місця проведення операції та методики хірургічного лікування. Діти, прооперовані у медичних центрах різних регіонів були згруповані за іншими, вище зазначеними параметрами.

Так, наприклад, вивчаючи ранній моторний розвиток розвиток дітей з ВНГП нами було виявлено, що уже на першому місяці життя зі 118 малюків до одного року у 21% (24) відмічався певний руховий неспокій, у 63% малюків було зафіксовано затримку розвитку загальних рухів. На кінець першого місяця життя лише 66 (56%) новонароджених з ВНГП «намагалися» піднімати голову, у решти малюків ці намагання ставали більш вираженими з

відставанням (у порівнянні з нормою) на 1-3 місяці. Якщо, в нормі у 1,5- 2 місяці дитина повинна впевнено утримувати голову у положенні лежачи на висоті 5см. паралельно до пелюшки мінімум одну хвилину, то лише 37% дітей з ВНГП «вписалися» у ці строки. Більшість з них почали тримати голову наприкінці третього – четвертого місяця життя. Обов'язково слід зазначити при цьому, що ми обраховували лише ті дані, у точності яких були впевнені батьки, або які ми самостійно спостерігали (рис. 2.7).

Така ж тенденція спостерігалася і при намаганні тримати голову у положенні сидячи. Половина дітей з ВНГП починала тримати голову у положенні сидячи з відставанням у середньому на 1-3 місяці.

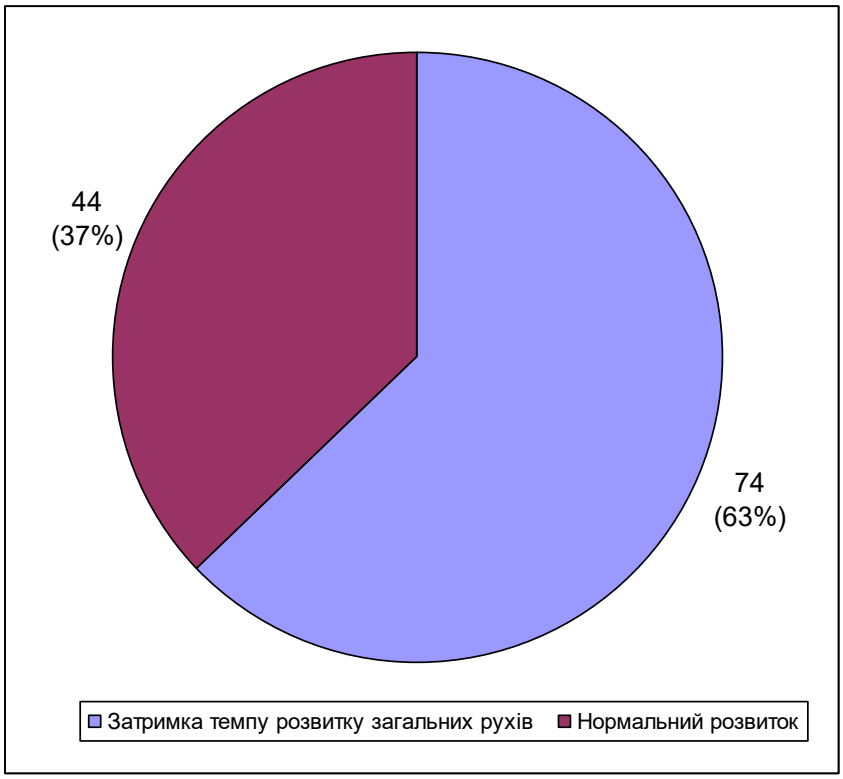

Рис. 2.7 Затримка темпу раннього моторного розвитку у дітей із ВНГП

Паралельно ми відстежили певну взаємозалежність розвитку ранніх психомоторних функцій дитини з ВНГП та її антропометричних даних (зокрема – маси тіла). Так, у 63,5 % (75) обстежених малюків на кінець третього місяця життя припадав пік зниження ваги (у порівнянні з нормою). Тобто, вони не набирали за перші місяці життя необхідної маси тіла з причини

труднощів годування (відсутність нормальних фізіологічних умов для годування, неправильно підібрані пристосування для годування, неправильний спосіб годування, відсутність грудного молока тощо). У більшості таких дітей були зафіксовані запалення середнього вуха та носоглотки в цілому, що, безперечно обтяжувало соматичний стан дитини. Згідно відповідей батьків, у перші 6-12 місяців більша половина дітей хворіли на ГРВІ, пневмонії, бронхіти.

Цікавою виявилася динаміка розвитку рухів, що забезпечують повзання дитини. Ці дані були у полі нашого зору, оскільки науково доведено зв'язок засвоєння рухів повзання (утримання голови, перевертання з животика на спинку, «плавання», перекочування з боку на бік, повзання «по-пластунськи» тощо) з певними етапами домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини. Як виявилося, 12% дітей, у яких у перші місяці життя батьки відмічали певний руховий неспокій, взагалі не повзали, а у 48% малюків відмічалося відставання на 1-3 місяці у строках повзання. Одразу слід зазначити, що саме у цих малюків ми спостерігали виражене відставання мовленнєвого розвитку.

З 6-ти місяців (згідно з нормативними показниками) почали сидіти лише 52% дітей (61), решта - відстали у темпах розвитку рухів, що забезпечують сидіння (вигинання спинки, піднімання ніг, підтягування за ручку, опора на руку, сидіння з допомогою тощо) на 1- 3 місяці.

Таку саму тенденцію відставання у строках формування моторних функцій ми спостерігали щодо функції стояння і самостійного ходіння. Ті малюки з ВНГП, які запізно почали повзати, вони ж почали стояти, ходити за руку та самостійно ходити із запізненням на 1-3 місяці.

Природньо, що з моменту народження у такої дитини виникає надзвичайно складна проблема з годуванням. Як виявилося, незважаючи можливості вирішення цієї проблеми, далеко не кожна дитина отримала термінову допомогу у вигляді спеціально пристосованої соски або обтуратора для забезпечення оптимальних умов для ссання. На жаль, і на сьогодні

більшість дітей з вродженими одно- та двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння, особливо на периферії, починають годувати через зонд, або зі звичайної соски, тим самим наносячи непоправної шкоди розвитку ссальних і ковтальних рухів, провокуючи зміщення незрощених фрагментів верхньої щелепи. Характерними при цьому є часті захлинання, витікання молока через ніс, що у свою чергу спричиняє простудні та інфекційні захворювання ЛОР органів. З причини порушеного (повітря не зігрівається, не очищується, поступає великими порціями) дихання такої дитини, особливо у ранньому віці, її супроводжують часті бронхо-легеневі захворювання, що, безперечно, виснажує імунну систему, гальмує формування мовленнєвого дихання, послаблює загальний соматичний стан дитини.

Одним з важливих показників нормального фізіологічного розвитку дитини вважається вчасна поява перших зубів (у нормі – 6-8 місяців), що у забезпечує фізіологічне підгрунтя гармонійного розвитку щелеп, що у свою чергу впливає на формування артикуляційної готовності. Тому, дані про термін появи перших зубів у дітей з ВНГП було включено у перелік питань щодо їх раннього фізичного розвитку. Слід зазначити, що майже половина опитаних батьків (41%) пригадали більш пізню появу (на 1-8 місяців) тимчасових зубів у своїх малюків, при цьому деякі батькі відмічали порушену послідовність появи перших зубів (у порівнянні з нормативними показниками).

Як свідчать дослідження, про відносно нормальний перебіг раннього психомоторного розвитку можна говорити, в основному, стосовно дітей з менш складною патологією - вродженими ізольованими та наскрізними незрощеннями верхньої губи, наявними (повними, неповними) або прихованими (одно-, двобічними або серединними). Як психомоторний, так і ранній мовленнєвий розвиток цих дітей (якщо не йдеться про поєднані вроджені тяжкі дефекти розвитку, обтяження порушеннями ЦНС, генетичну патологію тощо) відповідає, в основному показникам нижньої межі фізіологічної норми.

Вважаємо за необхідне окремо зупинитися на питанні психологічного стану у сім'ї після народження дитини з ВНГП. Ретроспективна оцінка емоційного стану батьків, особливо матері у цей період свідчить про те, що народження дитини з вродженою вадою обличчя і перші місяці її життя більшість батьків навіть через декілька років згадують як суцільний психологічний шок, пригадують ці події через призму відчуття провини перед дитиною, або відчаю, розчарування, бажання замкнутися у собі.

Подібний стан матері пояснювали у першу чергу відсутністю психологічної готовності до можливості народження дитини-інваліда, нерозумінням складності ситуації, неготовністю жити з цим, а також відсутністю професійної психологічної допомоги у пологовому будинку або у лікарні. Із 308 опитаних матерів лише 17% (52) знали наперед (за результатами клінічних обстежень) про народження дитини з патологією щелепно-лицьової ділянки, а ще 7% (22) гіпотетично передбачали можливе народження дитини з подібною патологією, оскільки у родині по лінії батька чи матері прослідковувався фактор спадковості. Про наявність мікроознак у членів родини як можливого фактору ризику народження дитини з ВНГП ніхто з опитаних батьків не знав і навіть не здогадувався (рис. 2.8).

Окремо слід означити як психологічну проблему у кращому випадку недостатність, а зазвичай – відсутність цілеспрямованого психологічного супроводу матері під час перебування дитини у стаціонарі на етапі хірургічного лікування. Безперечно, необхідним є психологічний супровід (освітньо-інформаційна та особистісно-психологічна підтримка, навчання) родини, особливо матері у доопераційному періоді, супроводу під час перебування дитини у клініці, а також під час перебування дитини у домашніх умовах між етапами лікування.

У даному контексті обов'язковою є і рання логопедична інтервенція у сім'ю, яка виховує дитину з ВНГП. У першу чергу з метою ознайомлення батьків з особливостями мовленнєвого розвитку такої дитини, залучення їх до спільної роботи з профілактики або подолання відхилень у розвитку мовлення

їх дитини, формування психологічної готовності та терпимості до можливих труднощів психомовленнєвого розвитку дитини, навіювання оптимістичної впевненості у майбутнє своєї дитини. На нашу думку, найбільш вдалим може бути поєднання зусиль логопеда і психолога, або здійснення подібного супроводу зусиллями логопеда, який має спеціальну психологічну освіту, у декількох напрямах – логопедичному та психологічному.



Рис. 2.8 Обізнаність матерів про можливе народження дитини з ВНГП

Аналіз анкетних даних окреслив як педагогічну проблему низький рівень освіченості батьків у питаннях розвитку дитини. Як виявилося, переважна більшість батьків – 274 (89%) практично не орієнтуються навіть у показниках нормального психофізичного розвитку дитини, не говорячи про елементарну освіченість у питаннях проблемного розвитку, не знають (а інколи – не вбачають потреби) куди звертатися за психолого-педагогічною консультацією або допомогою. При цьому, більше 40% батьків (123), маючи вищу освіту, показали низький рівень загальної педагогічної освіченості у

питаннях розвитку, навчання та виховання дітей (за результатами анкетування). На жаль, переважна більшість (62%) опитаних батьків (190) виявилися не в змозі пригадати і відповісти на питання анкети про те, як, у які строки і з якими особливостями перебігав ранній розвиток їх дитини.

Пригадуючи перший рік життя своєї дитини більшість батьків вказували на те, що їх дитина розвивалася нормально, «як усі інші». Але, коли нами уточнювалися строки сформованості певної психомоторної або мовленнєвої функції, виявлялося, що у багатьох дітей спостерігалося відставання від параметрів нормального фізичного розвитку, затримка або своєрідність певних емоційних і психічних реакцій, особливості появи і формування перших домовленнєвих реакцій та ранніх мовленнєвих функцій дитини тощо.

Наші спостереження за поведінкою дітей під час обстеження та аналіз розповідей батьків виявили також певні особливості немовленнєвих психічних функцій, як то: комунікативної поведінки, уваги, ігрової дільності, емоційно-вольової сфери тощо.

Щодо загального фону настрою, у дітей до 3-х років ми спостерігали в основному адекватний настрій, зацікавленість у спілкуванні, контактність. Однак, при цьому були діти, які виказували тривожний, мінливий, інколи пригнічений настрій, часто плакали, боялися залишатися насамоті, відмовлялися від спілкування (навіть після декількох зустрічей), проявляли підвищену збудливість або загальмованість, емоційне напруження тощо.

З огляду на це, наступний етап констатувального дослідження передбачав здійснення більш глибокого діагностичного обстеження у цих напрямах.

Оскільки отримання даних психолого-педагогічного скрінінгу та логопедичного обстеження стану мовленнєвого розвитку дітей раннього віку мало свої організаційні та методичні особливості, розмежування цих результатів ми вважали штучним і, виходячи з цього, агреговані результати щодо особливостей мовленнєвого розвитку дітей до 3-х років подані у даному розділі.

Логопедичне вивчення дітей з ВНГП раннього віку передбачало використання спеціальних прийомів обстеження і диференціальної діагностики за умови поєднання з аналізом даних медичного анамнезу та психолого-педагогічних спостережень за поведінкою і діяльністю дитини у природніх умовах та під час виконання спеціальних завдань.

У залежності від умов виховання дитини, нами використовувалися комбіновані методи аналізу анамнестичних даних, опитування та анкетування батьків або осіб, що її супроводжують, спостереження за малюком. Усі діагностичні матеріали та умови виконання завдань підбиралися з розрахунку на максимальну доступність для дітей за всіма параметрами, також передбачалося включення серій одноманітних завдань, що виключало вплив випадкових причин.

З урахуванням умов стаціонару медичного центру обстеження кожної дитини здійснювалося за необхідності (відсутність контакту, індивідуальних особливостей, погане самопочуття та ін.) у декілька відвідувань, результати фіксувалися у протоколах обстеження.

Узагальнені дані аналізу медичної та логопедичної документації і відповідей батьків на питання анкети виявили значну кількість дітей – 253, які взагалі не проходили етапу логопедичної корекції. Цей високий відсоток (48,5%) утворився в основному за рахунок практично відсутньої в Україні ранньої логопедичної інтервенції, тобто роботи з даною категорією дітей у домовленнєвий та ранній мовленнєвий період розвитку. Зі 118 опитаних родин, які мали дитину до одного року, лише 38 матерів (32%) пригадали консультації з логопедом. Тривожним є факт відсутності логопедичного втручання у 31% дітей у віковій категорії 4-6 років. Тобто, наразі гостро стоїть проблема відсутності керованого впливу на розвиток мовлення у половини дітей до трьох років і у третини дітей до шести років.

Безперечно, цим самим втрачається сензитивний період для розвитку мовлення і зазвичай така дитина (якщо навіть батьки намагаються виконувати рекомендації логопеда медичного центру) пізніше потрапляє лише у школу

для дітей з тяжкими вадами мовлення з логопедичним висновком: органічна відкрита ринолалія, загальне недорозвинення мовлення певного ступеня.

Ми стикнулися з відсутністю такого підходу до визначення стану мовлення у дітей з ВНГП у висновках логопедів, що працюють з дітьми-ринолаліками, особливо у медичних установах. У свою чергу такий підхід до логопедичної діагностики свідчить про одновекторність у роботі логопеда медичного центру, або поліклініки, який працює в основному лише у напрямку подолання порушень звуковимови і гугнявості, залишаючи поза увагою формування інших складових мовленнєвої діяльності, розвиток когнітивної, емоційно-вольової сфери такої дитини тощо. Такий стан справи пояснюється певною мірою перевантаженістю логопеда, особливо первинними прийомами пацієнтів, незначним терміном перебування дитини у лікувальному центрі, ускладненнями соматичного стану, що часто супроводжують дитину у післяопераційному періоді, труднощами налагодження контакту з родиною або опікунами дитини, недостатністю доступної сучасної науково-методичної літератури для логопедів різних типів навчальних і лікувальних закладів та для батьків дитини з ВНГП тощо.

Схожа картина спостерігалася і у логопедичних документах, з якими поступають діти з ВНГП до дитячих дошкільних закладів або до школи.

Спираючись на аналіз логопедичної документації та на результати бесід з логопедами і батьками, ми змушені констатувати, що такий надзвичайно важливий етап, як логопедична робота у доопераційний період практично не здійснюється в умовах клініки, або здійснюється недостатньо, у кращому випадку - на рівні декількох первинних консультацій для батьків або занять з дитиною.

Слід зазначити, що часто на первинний прийом до логопеда дитина потрапляє після п’яти років, а інколи і значно пізніше (за даними анкет логопедів). Незважаючи на це, окрім констатації мовленнєвого порушення як то – ринолалія (з акцентом на порушення фонетичної сторони мовлення), без визначення її форми та ступеня тяжкості, практично відсутніми є дані про

стан лексико-граматичної та просодичної сторони мовленнєвої діяльності, що, безперечно, значно звужує і збіднює логопедичний висновок.

За даними логопедичних анкет у спеціалізовану логопедичну дошкільну установу така дитина потрапляє у найкращому випадку після трьох років, а зазвичай – тільки у п'ять. Тобто, яскраво виокреслюється проблема відсутності тісного взаємозв'язку багатьох підрозділів (як медичного, так і психолого-педагогічного спрямування), які повинні систематично відстежувати і спільно просувати розвиток дитини з вродженою піднебінною патологією, починаючи від народження і до юнацького віку. На нашу думку проблемною на сьогодні виглядає ситуація недостатності (особливо у віддаленій від обласних центрів місцевості) у спеціалізованих дошкільних закладах освіти ясельних діагностичних груп для дітей раннього віку, створених з метою раннього розпізнавання та корекції відхилень мовленнєвого розвитку у дітей з різною патологією, у тому числі і у дітей з ВНГП.

Односторонність та поверховість більшості проаналізованих логопедичних заключень, певною мірою пояснюється використанням логопедами лише клініко-педагогічної класифікації мовленнєвих порушень з акцентом на клінічну симптоматику ринолалії, ігноруючи при цьому необхідність психолого-педагогічної характеристики стану усіх структурних компонентів мовленнєвої діяльності. Відомо, що характеристика будь-якої вади мовлення вважається повноцінною і грунтовною лише з опорою на традиційні обидві класифікації мовленнєвих порушень (клініко-педагогічну та психолого-педагогічну).

Показовими для нас виявилися відповіді логопедів-практиків на питання анкети щодо мовленнєвих вад, які викликають у них як у фахівців стійкі труднощі в роботі з різних причин. Серед мовленнєвих порушень, що є одними з найскладніших у роботі логопеда-практика була названа вроджена органічна відкрита ринолалія.

А серед причин, які, на думку логопедів, спричиняють ці труднощі називалися такі, як: відсутність тісного взаємозв'язку між спеціалістами різних

профілів, які супроводжують лікування і розвиток дитини із ВНГП, недосконаліть знань про механізми та структуру дефекту мовлення, недостатнє володіння сучасними діагностичними методиками та технологіями подолання тяжких мовленнєвих вад, відсутність доступної методичної літератури, недостатанє знання сучасних наукових досліджень у галузі логопедії, іноваційних логопедичних технологій, недостатній рівень підвищення кваліфікації логопедичних кадрів тощо.

Це примушує удосконалювати методику професійної підготовки майбутнього логопеда для роботи саме з цією категорією дітей, шукати нових шляхів і організаційних форм надання дітям з ВНГП різного віку систематичної логопсихологічної допомоги тощо.

Методикою дослідження мовлення у дітей раннього віку з вродженими незрощеннями губи та піднебіння були визначені найбільш значущі показники долінгвістичного та лінгвістичного розвитку дітей раннього віку з ВНГП:

а) характер долінгвістичної вокальної продукції (вік та етапи вокалізаціїї; репертуар голосних та приголосних звуків; організація лепітних звуків по типу ітерації; структура складів; особливості просодії);

б) розуміння зверненого мовлення у сенсомоторному періоді розвитку та характер послідовних стадій оволодіння імпресивним мовленням;

в) перші комбінації жесту та слова, комунікативні акти ствердження, невдоволення, прохання (переважно міміка та жести; окремі слова; двохслівні висловлювання тощо); поява стійких комунікативних намірів;

г) початок активного експресивного мовлення (поява перших слів; обсяг активного словника та особливості дитячих номінацій; характер акомпонуючого мовлення; вмотивованість власного мовлення діями або ситуацією);

д) оволодіння фонемною будовою мови (послідовність утворення диференціації фонем за акустичними та артикуляційними ознаками; характер фонетичних трансформацій тощо).

Обов’язковою умовою для обгрунтування характеру та ступеня затримки або порушень періоду домовленнєвого та мовленнєвого розвитку було співставлення із результатами психомоторного розвитку дитини, з поглибленим аналізом періоду «безпосереднього зачатку мовлення», з результатами цілеспрямованого нейропсихологічного обстеження ВПФ – різних видів праксису, слухомоторної координації, зорового гнозису, слухомовленнєвої та зорової пам’яті тощо (відповідно віку дитини).

Цікавими виявилися наші дослідження і спостереження за розвитком емоційно-психічної сфери дитини із ВНГП, яка закладає підвалини онтогенезу мовлення.

85% опитаних батьків (261) і наші власні спостереження свідчать про те, що у більшості малюків емоційно-психічна сфера розвивається за законами природи, враховуючи ієрархічність у формуванні і розвитку певних реакцій і функцій, але вже у перші місяці життя ця сфера у багатьох дітей має свої особливості і характерні ознаки.

Так, відповіді опитаних матерів засвідчують, що у переважної більшості дітей (89%) (без обтяжуючого анамнезу) відмічався момент вчасного (до двох місяців) зорового і слухового зосередження (на новий яскравий предмет, на дзвіночок, іграшку тощо), поява на емоційно позитивному фоні звуків початкового гуління (гукання), момент зниження рухової активності під час гуління, поява міміко-соматичного «комплексу пожвавлення». Батьки пригадували, що більшість дітей сприймали звернення до себе і «відповідали» на нього посмішкою, загальним мімічним пожвавленням, вокалізацією, генералізованою руховою активністю.

У перші 2 - 6 місяців ці діти по-різному починали реагувати на різні інтонації голосу матері, у відповідь посміхалися або плакали; виражаючи своїми вигуками радість, криком - протест або незадоволення. У чотирі місяці більшість малюків впізнавали рідні обличчя, радісно реагували на них. Більша половина 53% опитаних батьків (163) пригадували період (5-7 місяців), коли дитина чітко диференціювала маму, давала орієнтовну або негативну реакцію

на нове обличчя або нову обстановку. Більшість батьків відзначали емоційне відношення дитини до дорослого (в основному – до матері) як позитивне і навіть емоційно піднесене.

Проте, 47% батьків (155) відмічали у своїх дітей певну емоційну «змазаність» реакцій, їх безбарвність, незначну емоційно-рухову загальмованість, невиразність мімічних гримас на різні подразники, інтонаційну невиразність гукання і гуління, більш пізню появу «оральної уваги», відсутність яскравих вокалізацій у період емоційного задоволення або «спілкування» з мамою. Відмічалася більш пізня поява (на один-чотири місяці) феноменів «завмирання-очікування» та «комплексу пожвавлення», уповільненість процесу переходу від «гукання», яке характеризували як назальне і невиразне, до справжнього гуління.

Деякі батьки відмічали, що їх малюки поступово ставали знервованими, лякливими, тривожними, пасивними.

При цьому, обов’язково необхідно зазначити, що вже на першому році життя дитина із ВНГП переносила оперативне втручання, один або декілька разів знаходилася у лікарні, певний час перебувала у стресовій обстановці, що у свою чергу також гальмувало формування емоційного розвитку, комунікативних навичок, потреби у спілкуванні, комунікативної поведінки, не забезпечувало необхідних передумов до оволодіння мовленням.

Тривожними для нас виявилися одержані дані про певні особливості розвитку сенсорних функцій та ігрової діяльності дитини з ВНГП, які власне закладають підвалини усієї пізнавальної сфери. Йдеться в першу чергу про темпове відставання у третини дітей слухового, зорового зосередження, тактильно-зорового сприймання, сенсомоторно досвіду, чуттєвого досвіду взагалі. Більш яскраво це проявилося у дітей-сиріт та у дітей, які проживають у неповних сім’ях або у прийомних родинах.

Безперечно, окрім висхідних неблагополучних даних фізичного здоров’я та психосоматичного стану, йдеться про відсутність або недостатність

емоційно-тілесної взаємодії діади мати-дитина, про недостатнє використання можливостей цілеспрямованої стимуляції розвитку дитини у ранньому віці.

Вказівки матерів на те, що у перші місяці життя дитини вони самі мали пригнічений емоційний стан, були внутрішньо напружені і знервовані, часто плакали, що, безперечно, негативно впливало на психо-емоційний стан малюка, ускладнювало формування основ нормального соціально-емоційного розвитку, дещо уповільнювало формування комунікативних потреб лише частково пояснюють наявність зазначених характеристик.

Прослідкована певна залежність темпу довербального та раннього вербального розвитку від тяжкості та виду незрощення. Цю групу дітей (244), що відстали за темповим показником появи гуління основну більшість 90% склали діти (224) з одно- або двобічними вродженими незрощеннями губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння, у решти 10% (20) були менш тяжкі види незрощень (рис. 2.9). Більше того, саме ці діти складали групу ризику у соматичному та психофізичному розвитку (за результатами досліджень та аналізу історій хвороби).

Якщо говорити про перший крик дитини з ВНГП, то більшість матерів характеризували його як «скоріше тихий, ніж гучний», слабкий, хрипкий, з характерним носовим відтінком, або взагалі не могли його пригадати. У перші місяці крик поступово ставав більш виразнішим, вимогливим, але залишався маломодульованим, інтонаційно невиразним.

У 59% обстежених дітей гуління з'явилося із запізненням у 1-3 місяці, а у 20% запізнення складало більше 3 місяців (у порівнянні з нормативними строками раннього мовленнєвого розвитку). Відомо, що гуління з'являється в нормі у 2-3 місяці лише за умови нормального розвитку у дитини вокалізованого видиху, функціонування якого забезпечує сформованість рухової активності.

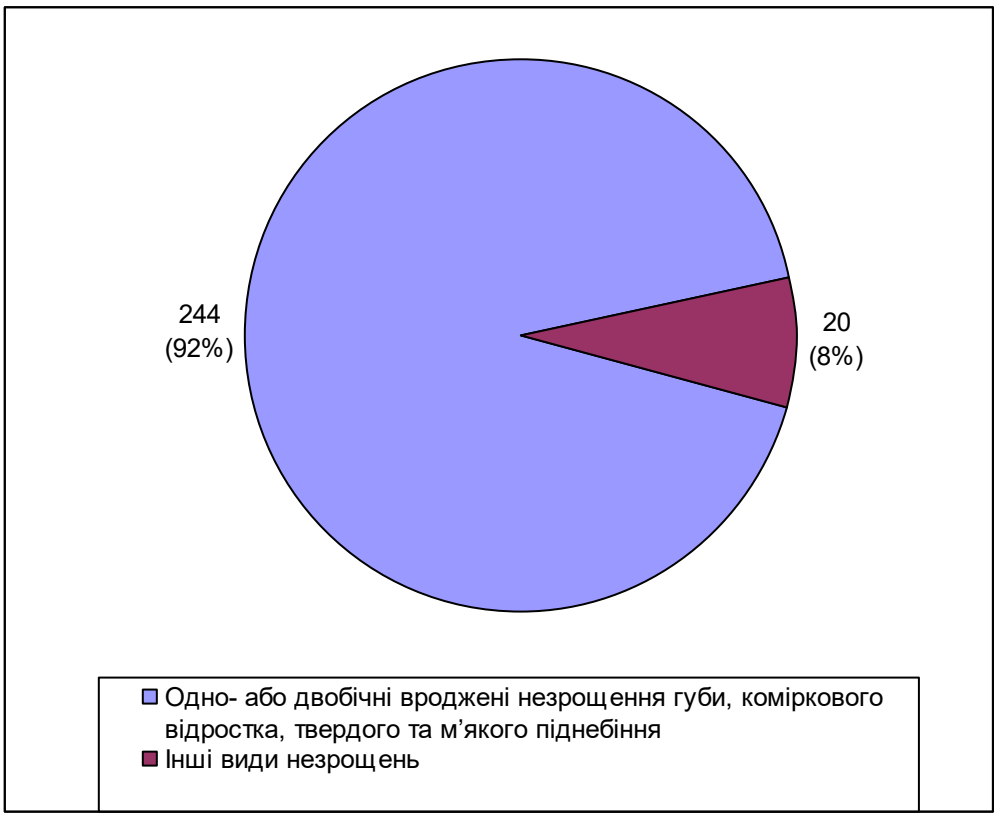

Рис. 2.9 Залежність темпу довербального та раннього вербального розвитку від виду незрощення у дітей групи логопедичного ризику

Природньо, що з моменту народження у такої дитини виникає надзвичайно складна проблема з годуванням. Як виявилося, далеко не кожна дитина отримала термінову допомогу у вигляді спеціально пристосованої соски або спеціального пристрою для забезпечення грудного годування. На жаль, і на сьогодні більшість дітей з двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння, особливо на периферії, починають годувати штучно через зонд, або зі звичайної соски, тим самим наносячи непоправної шкоди розвитку ссальних і ковтальних рухів, провокуючи зміщення серединного фрагменту верхньої щелепи по трансверзалі. Характерними при цьому є часті захлинання, витікання молока через ніс, що у свою чергу спричиняє простудні та інфекційні захворювання ЛОР органів. З причини неповноцінності дихання такої дитини, особливо у ранньому віці, її супроводжують часті бронхо-легеневі захворювання, що, безперечно, виснажує імунну систему, послаблює загальний соматичний стан дитини.

Ми констатували відставання у строках формування необхідної рухової бази для появи мовленнєвого дихання (піднімання і утримання голови, повороти на бік тощо), що, безперечно гальмувало процес розвитку гуління і лепету.

З причини порушення анатомічної і функціональної цілісності і повноцінності артикуляційного апарату, проблем з годуванням у дитини своєрідно формувалися орально-моторні рефлекси (ссання, випльовування, жування, розжовування, ковтання тощо), що також ускладнювало формування так званих перед-лінгвістичних рефлекторних явищ, оскільки більшість рухів оральних органів під час годування схожі з рухами, що забезпечують оральний праксис та звукоутворення (тобото, годування і мовлення тісно пов'язані між собою внаслідок орального автоматизму). Тому, навіть гуління, що з'являлося приблизно в строк (у 2-4 місяці) значно довше залишалося слабодиференційованим, не піддавалося деякій фонетичній кваліфікації (на ротові-носові, голосноподібні – приголосноподібні), гірше виконували комунікативну роль.

Реакцію багатьох дітей на звернення батьки характеризували як невиразну, вокально збіднену. Ці малюки із запізненням починали виражати свої емоції у «спілкуванні» з дорослим або наодинці (граючи з іграшкою) за допомогою лепету. При цьому більшість дітей, особливо в доопераційний період, у віці 9- 18 місяців «віддавала перевагу» жестовому спілкуванню. Якщо батьки «згоджувалися» на це – значно втрачалися сензитивні можливості віку у розвитку мовлення.

Вважаємо обов'язковим зазначити, що нами прослідкована залежність стану мовленнєвого розвитку дитини з ВНГП від строків оперативного втручання та характеру незрощення. У більшості доопераційних малюків з наскрізним одно- або двобічним незрощенням верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння (58%) зафіксована затримка (на 1-4 місяців) процесу переходу від гуління до активного лепету. Їх намагання ехолалічно

повторювати склади за дорослим часто залишалися малорезультативними, їх лепіт більше нагадував скоріше белькотіння з назальним відтінком.

Висновки до розділу 2

Таким чином, у другому розділі «Експериментальне дослідження мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння»:

1) науково обгунтовано та представлено концептуальні засади психолого-педагогічної діагностики мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП;

2) розроблено базову діагностичну модель та зміст методики клініко-психолого-педагогічного вивчення дитини із вродженим незрощенням губи та піднебіння;

3) представлено та проаналізовано результати психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП раннього віку.

Розроблений алгоритм клініко-психолого-педагогічного діагностики дитини із ВНГП був системною програмою лінгвопедагогічного дослідження стану функціональної системи мови і мовлення (семіотичної підсистеми, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів), а також вивчення базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку (довільність регуляції сенсомоторної активності; довільність регуляції психічних процесів і функцій; базова афективна регуляція).

Дані другого розділу є складовою частиною загального констатувально-діагностичного дослідження з огляду на масштабність, багатоетапність та різноаспектність його змісту.

Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, дали можливість оцінити характер формування базових складових психічної діяльності дітей з ВНГП (включаючи мовленнєвий розвиток) як недостатній.

Результати клінічного скринінгу засвідчили, що більшість (76%) обстежених становили діти від народження до семи років (398 від 522), з превалюванням вікової категорії від 1 до 3 років (156 від 398). Це є логічним, оскільки хірургічне відновлення губи та твердого/м'якого піднебіння сьогодні в Україні здійснюється переважно до дворічного віку. Розподіл обстежуваних за статтю відповідав загальній тенденції більшої кількості хлопчиків (59%), ніж дівчаток (41%). У дослідженні виявлено 112 (23%) дітей різного віку, які перебували на етапі ліквідації післяопераційного або залишкового дефекту, що обтяжувало психофізичний та емоційний стан дитини.

Аналіз клінічних даних дозволив кількісно виділити групи дітей за характером незрощень відповідно до клінічної класифікації вроджених незрощень губи та піднебіння. Отримані дані свідчать про те, що серед вроджених дефектів щелепно-лицьової ділянки в обстежених дітей найчастіше трапляються вроджені наскрізні однобічні незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (56%); вроджені наскрізні двосторонні незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (18%), а також вроджені ізольовані та наскрізні незрощення верхньої губи (16%).

Виявлено залежність змісту та ефективності логопедичного впливу від етапу лікування (доопераційного чи післяопераційного), характеру анатомічного дефекту та вікових показників. Більш високі показники виявили діти, прооперовані до двох років, із якими проводилася цілеспрямована логопедична робота з раннього віку з обов'язковим включенням батьків у корекційно-розвивальний процес.

Спираючись на ретроспективний аналіз історій хвороби, клінічних висновків, додаткових медичних (ЛОР, неврологічних) обстежень, архивних документів та анамнестичних даних у дітей із ВНГП зафіксовано низку системних порушень розвитку: дихальної, зубо-щелепної системи, нервової системи, аналізаторних систем (слухової, зорової, рухової). Прослідковано

негативний вплив цих порушень на процеси породження, сприймання та відтворення мовлення.

Так, 321 (61,5%) обстежених дітей взагалі не отримали ортодонтичного лікування, зі 118 дітей до одного року залишилися без допомоги ортодонта 90 дітей (76,3%). У 397 дітей різного віку зафіксовано значний відсоток (76%) частих ЛОР-захворювань, які негативно впливали на стан фізіологічного слуху, а у подальшому гальмували формування фонематичних процесів. При обстеженні у 32 (60%) дітей виявлено неврологічну симптоматику від легкої до більш вираженої.

Виявлено, що 48,5% обстежених взагалі не проходили логопедичної корекції, а у 89% випадків не проводилася первинна психологічна і логопедична консультація з родинами, де перебувала дитина до одного року. Констатована відсутність керованого впливу на розвиток мовлення у половини дітей до трьох років і у третини дітей від трьох до шести років.

Згідно з даними соціального паспорту сім'ї, виявлено неоднорідність соціального статусу дітей із ВНГП. Від загальної кількості обстежених дітей (522) лише 292 (56%) мають повноцінну родину.

Узагальнені результати клінічного скринінгу показали особливості перебігу раннього психомоторного розвитку та суттєві темпові відставання від нормативних показників у 159 (58,2%) дітей із ВНГП від народження до трьох років. У подальшому саме у цих малюків ми спостерігали виражене відставання мовленнєвого розвитку. Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, засвідчили порушення процесу формування психологічної бази мовлення дітей із ВНГП.

Дослідження показало, що 326 (88%) батьків у перші шість місяців після народження дитини із ВНГП знаходилися у депресивному стані або у стані психо-емоційного стресу. Виявлено залежність психологічного стану батьків наявності/відсутності ранньої психологічної сімейної реабілітації.

Аналіз анкетних даних окреслив як педагогічну проблему низький рівень освіченості батьків у питаннях розвитку дитини – 274 (89%) не орієнтується у показниках нормального психофізичного розвитку дитини, 123 батьків (40%) з вищою освітою показали низький рівень загальної педагогічної освіченості у питаннях розвитку, навчання та виховання дітей з ВНГП.

Своєрідність розвитку емоційно-психічної сфери дитини з ВНГП полягає у певній емоційній «змазаності» реакцій, їх безбарвності, незначній емоційно-руховій загальмованості, невиразності мімічних гримас, інтонаційній невиразності гукання і гуління, у пізнішій появі «оральної уваги», відсутності яскравих вокалізацій у період емоційного задоволення або «спілкування» з мамою.

Одержані результати дали підстави констатувати стійкі відставання у темпах і строках, своєрідність формування та збідненість долінгвістичного і монологічного мовлення у 89% дітей із ВНГП. При цьому у них спостерігалося порушення темпу, ритму та інтонаційної виразності.

Узагальнені результати вивчення особливостей психомоторного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП до трьох років гостро окреслили як проблему психоемоційний розвиток дитини із ВНГП, формування зачатків комунікативної поведінки та загального енергетичного потенціалу їх життєдіяльності.

Результати вивчення розвитку дітей із ВНГП раннього віку виявили його особливості і показали, що вже до одного року доцільно виділяти так звану «групу ризику» у розвитку, яка складає 94 (79%) від загальної кількості (118) обстежених дітей до одного року. Більше того, саме ці діти проявили низькі показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку і були віднесені до «групи логопедичного ризику» ще до трирічного віку.

РОЗДІЛ 3. Результати дослідження стану сформованості функціональної системи мови і мовлення та психічного розвитку дітей із ВНГП

3.1. Стан семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення

3.1.1. Результати дослідження фонологічної підсистеми ФСММ (експресивний рівень)

А. Фонологічний блок (експресивний рівень)

Стан загальної, дрібної моторики та координації рухів як один з базових показників забезпечення експресивної сторони мовлення досліджувався за допомогою серії рухових завдань. Діти до 3-х років (60 осіб) обстежувалися в основному у ігровій формі. Дітям з 3-х років надавалася можливість переключитися на активні види діяльності після кожних 10 хв. тестування. Діти 4-5 років могли утримувати увагу близько 15 хв., після чого їм надавалася можливість для ігрових моментів. Шестирічні діти утримували увагу біля 30-35 хв. і були здатні виконувати завдання без коротких перерв.

Результати виконання завдань на основні, дрібні рухи та рухові дії дали підстави для висновку про рівень сформованості рухової сфери та основних фізичних якостей (сила, гнучкість, швидкість, вправність, витривалість) та рухових навичок. Власне йдеться про довільну регуляцію рухової активності як першого рівня довільної регуляції загальної психічної активності. Особлива увага при цьому зверталася на сформованість довільної моторики рук («від нормативно доступного по віку») включаючи аналіз результатів виконання завдань на реципрокні рухи рук (на утримання рухових програм).

Власне, йдеться про стан розвитку психомоторики у дітей з ВНГП, виходячи з того, що психомоторика – це сукупність свідомо керованих рухових дій. Психомоторна функція визначалася за показниками, що

характеризують загальну моторику (статичну, динамічну, реципрокну координацію та артикуляційну моторику), та за показниками, які характеризують тонку моторику (динамічну та реципрокну координацію).

Окрім загальновизнаних методик вивчення рухової сфери дитини, із Лурієвської батареї тестів були використані проби на реципрокну координацію, проби на праксис пози пальців, проба на оральний праксис, на динамічний праксис, проба на умовні реакціїї вибору, на відтворення ритмічних структур.

Особливості основних базових показників забезпечення семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному рівні як то: загальної та дрібної моторики, мімічної мускулатури, артикуляційної моторики, дихальної функції, звуковимови у дітей від народження до трьох років були описані у попередньому параграфі.

Додатково слід зазначити, що виконуючи серію завдань (завдання 1 – 5) на основні рухові дії та рухи, із 60 до- та післяопераційних обстежених дітей від одного до 3-х років 22 (37%) дітей виявили в основному уміння у повному об’ємі виконувати завдання на основні, дрібні рухи та координацію, але у дещо уповільненому темпі, однак із збереженням координованості і переключення рухів. Це відповідає середньому рівню сформованості загальних та дрібних рухів (виконання кожного завдання на 4 бали). Найважчим виявилося завдання з обручем. Значній кількості дітей навіть трирічного віку було важко заскочити в обруч, оскільки у них виявилися недостатньо сформованими рухи, що забезпечують підстрибування, стрибок. Показовим виявилося недостатнє уміння багатьох навіть після двох років спускатися та підніматися сходами, кидати-ловити м’ячик, застібати гудзики тощо. Тільки з другого показу вдавалося «зав’язувати косички», «весело шнурувати», показати пальчиками «зайчик – сонечко». Трирічним дітям також вдалося скопіювати у малюнку коло і квадрат, але їх відтворення часто супроводжувалося незначними просторовими викривленнями (порушеннями).

Лише 23% (14) із 60 обстежених дітей до трьох років виявили високий рівень сформованості загальних та дрібних рухів. Вони виконали усі п'ять завдань на загальну моторику та серію вправ на дрібну моторику рук у повному обсязі (на п'ять балів), нормальному темпі, достатньо координовано і вправно. Діти цієї групи легко справилися із такими завданнями як: а) «Пози пальців»: „Вітання пальчиків", „Два кільця", „Зайчик", "Зайчик – кільце", "Коза-дереза"; б) «Перерахунок пальчиків»; в) «Зав'язування п'яти косичок»; «Веселе шнурування». Діти вправно маніпулювали паличками, складали пірамідки, мозаїку, кубики, складали нові розрізні картинки. Із особливим задоволенням малюки правильно складали прості пазли (на знайомий сюжет) тощо.

Виконання рухових завдань 22% (13) обстежених відповідало лише показникам низького рівня (3-2 бали), тобто у неповному обсязі, з уповільненнням темпу і переключенням, але при збереженій загальної координації рухів. Важко давалися завдання на «малювання» кола у повітрі, зловити м'ячик обома руками, заскочити в обруч. Відчутними були труднощі у маніпулюванні з олівцем, ручкою. Під час їжі ці діти були дещо незграбними, погано вміли користуватися ложкою, серветкою, проливали рідку їжу на стіл, не могли одночасно з однієї руки їсти булочку, а іншою їсти суп з ложки. Важкими були завдання на вирізування ножицями, виготовлення аплікацій, ліплення (навіть у три роки).

У решти 11 дітей (18%) ми спостерігали ще більш ускладнений варіант - виконання зазначених завдань у неповному об'ємі, з грубими порушенням темпу, координації та переключень, хаотично, що відповідало показникам вкрай низького рівня (2-1 бали). Серед цих дітей виділялася підгрупа з показниками вкрай низького рівня, які або не справилися із завданнями (1-0 балів), демонструючи загальну некерованість, незграбність, скутість або розгальмованість, або взагалі відмовилися від їх виконання (рис. 3.1).

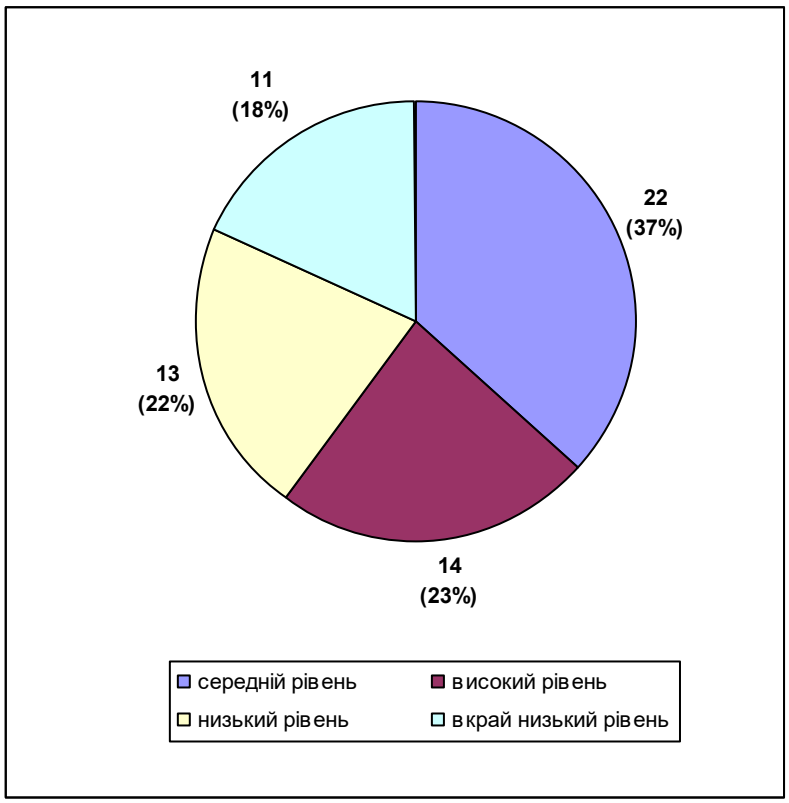

Рис. 3.1 Рівні виконання завдань на основні рухові дії та рухи дітьми від одного до 3 років

Обов'язково слід зазначити, що більшості трирічних дітей виконання простої проби на динамічний праксис («кулак-ребро», «долоня-кулак») виявилося доступним за умови спільного переднього виконання кожної серії. Однак, якщо порівнювати з нормативними показниками, де 70% дітей без проблем виконують ці проби, то лише 43% трирічних дітей з ВНГП були здатні продовжувати майже без помилок серійні рухи самостійно і переносити засвоєну програму на іншу руку. Допускалося припущення помилок за умови самостійних пошуків правильного виконання проби.

Частина дітей (21%) виявилася здатною повторювати (лише спільно) рухи дорослого спочатку однією рукою (монолатеральна проба), а лише потім – двома руками (білатеральна проба). При цьому рухи припинялися, як тільки їх припиняв дорослий. Цікаво зазначити, що мовленнєве проговорювання програми у цьому віці не давало ефекту. Для решти (36%) дітей дані проби виявилися недоступними.

Ще більш тривожними виявилися показники низького та вкрай низького рівня сформованості загальної, дрібної моторики та координованості рухів. У цю групу війшли діти зі складними (поєднаними) порушеннями розвитку, синдромні діти, деякі діти-сироти. Їм не вдалося справитися із простими пробами на реципрокну координацію рухів навіть після надання декількох видів допомоги одночасно (вербальній регуляції, спільному виконанні).

Є підстави констатувати відчутне відставання у темпах та координованості загальних та дрібних рухів і рухових дій у дітей з ВНГП від одного до трьох років. Загальна соматична ослабленість (з аналізу анамнестичних даних), часті психотравмуючі ситуації з причини госпіталізації, недостатність необхідних фізичних навантажень, більш швидко виснажуваність лише частково пояснює недостатню розвинутість рухової сфери та недостатню сформованість довільної регуляції рухової активності.

Безперечно, прослідковується необхідність включення у ранню корекцію систематичної роботи з розвитку довільної регуляції моторної активності як одного з базових чинників забезпечення експресивної сторони мовлення.

Зупинимося більш детально на тих показниках, які одержані при обстеженні дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (124 дитини 4-6 років).

85% (106) дітей 4-6 років були післяоперційними. Решта – 15% (18 дітей) з різних причин перебували у доопераційному періоді або у періоді активного лікування. Виходячи з цього, враховуючи не завжди стабільний стан фізичного здоров'я, у обстеженні на рухи та рухові дії було задіяно 66 дітей 4-6 років. При цьому, ми розмежували результати, які показали діти 4-х років (23), та 5- 6 років років (43), оскільки у нормі показники загальної та дрібної моторики суттєво різняться.

Виявлено, що результати виконання завдань дітьми 4-х років майже співпадають із попередньо одержаними результатами, що показали діти до 3-х років: високий рівень – 25% (6), середній рівень – 40% (9), низький – 25% (6), та вкрай низький – 10% (2).

А група обстежених післяопераційних 43 дітей 5-6 років показала дещо вищі результати. 25% з них (11) виявили високий рівень, 56% (24) - середній рівень виконання завдань на рухи та рухові дії, а решта (8) – низький рівень. Вкрай низький рівень зафіксований не був.

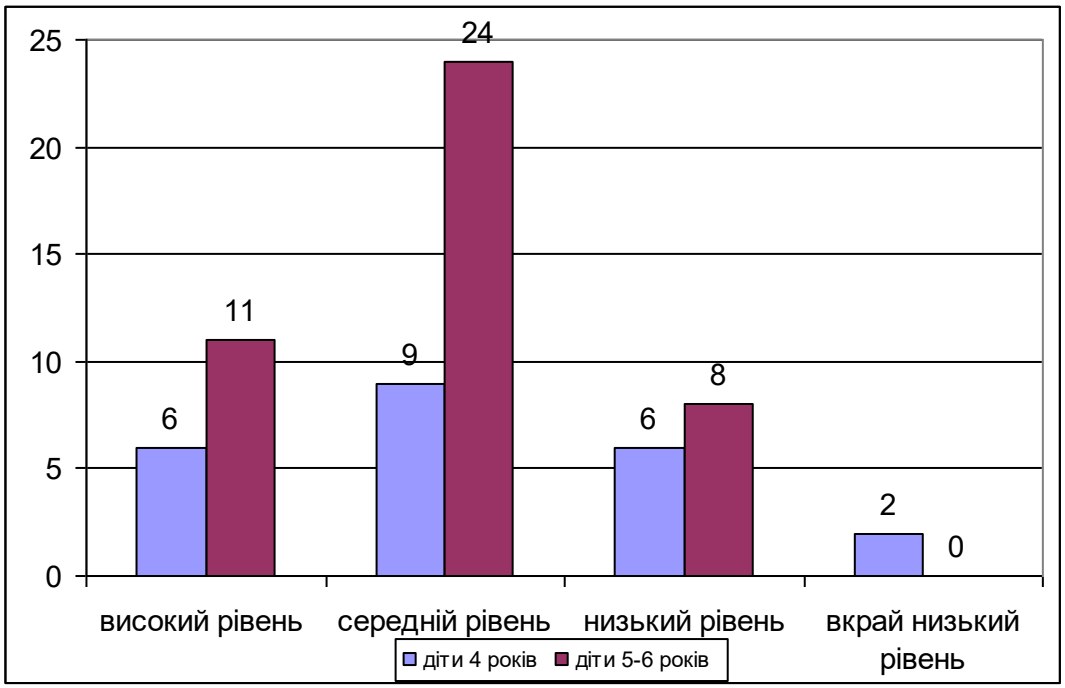

Рис. 3.2 Стан зазагальної та дрібної моторики дітей з ВНГП різних вікових груп

Якщо говорити про сформованість основних, дрібних рухів та координації (з урахуванням вікових нормативних вимог), то у першу чергу необхідно зазначити наявність особливостей, притаманних певній групі обстежених дітей 4-6 років. Так, на тлі стабільних показників високого - 32% (21) та середнього - 49% (32) рівнів сформованості виділялася група дітей (13) - 19% дошкільного віку, якість виконання якими відповідних рухових завдань на ходу, біг, стрибки відповідала лише показникам низького рівня.

Тобто, діти перших двох груп (групи високого та середнього рівня) мали хорошу осанку, їх рухи характеризувалися як вільні, гармонійні, крок - енергійний, ритмічний, стабільний, виражений перекат з п’ятки на носок, активне згинаня і розгинання ніг у колінних суглобах (амплітуда незначна) при можливій незначній розкоординованості, порушеннях плавності та темпу рухів (середній рівень).

Дітям третьої групи (з показниками низького рівня) притаманними були значні помилки у виконанні завдань, особливо вправ на ритмічну ходу у русі, на біг зі зміною темпу, на стрибки з поворотом, на одній нозі, зі скакалкою. Характерною була швидка виснажуваність рухів, неправильне виконання навіть з третього показу на тлі грубих порушень координації та переключень, хаотичного характеру рухів.

Навіть у дітей 5-6 років третьої групи викликали труднощі завдання на складання пазлів, дрібної мозаїки, плетення стрічок, нанизування бісеру тощо. Відмічалася загальна валькуватість, незграбність, повільність, неточність у рухах навіть під час виконання навичок самообслуговування (складання одягу, вмивання, чищення зубів, одягання/роздягання, користування посудом, рушником тощо).

Оцінка довільної моторики рук проводилася з використанням нейропсихологічних проб (див. діагн. методику) у дітей 4-6 років і прослідкувати її формування, порівнюючи з нормою.

Так, діти після п’яти років, які виконували попередні завдання на високому рівні, вправи на динамічний праксис виконали безпомилково, плавно повторили «кінетичну мелодію» не менше трьох разів однією рукою. При цьому інколи виникали труднощі з переносом на іншу руку.

З одного боку, це свідчить про відносну сформованість у віці 5 років довільної регуляції рухової активності (від нормативно доступного за віком) у третини обстежених дітей з ВНГП у цій віковій групі, що дає можливість передбачати (відносно віку) сформованість у них і інших базових показників семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення.

З іншого боку, певні труднощі виконання реципрокних проб правою рукою свідчать про неповну взаємодію між півкулями головного мозку (що пояснюється віковою недосформованістю міжполушарної взаємодії). Ми помітили, що подібні труднощі майже зникали у дітей після шести років. Остаточно проби на реципрокну координацію автоматизувалися лише у вісім років. Слід зазначити, що тут йдеться про дітей з високими показниками

виконання блоку рухових завдань. Однак, необхідно мати на увазі, що у нормі подібні проби виконує 70% дітей 6 років, а у нашому дослідженні – лише 32% (6 дітей із 20 обстежених шестирічок).

32 дитини із 66 дітей 4-6 років із середніми (49%) показниками сформованості праксису пози та динамічного праксису виконували завдання правильно, але зі значними особливостями. За попередніми даними ця група була самою чисельною, однак її якісні показники виконання ще більш суттєво відставали від нормативних на 30-40%. Відчутними були певні труднощі утримання моторної програми, інколи були переключення на спрощені варіанти рухів, спостерігалася певна напруженість, загальмованість реципрокної координації (інколи з відставанням однієї руки).

Решта дітей – 13 (19%) відчувала настільки великі труднощі, що часто відмовлялися від виконання завдань. Характерним для даної групи були численні помилки з частковою самокорекцією при інтенсивній допомозі дослідника (вербальній регуляції, спільному виконанні), значні труднощі просторової організації рухів і дій – хаотичний просторовий пошук, дзеркальність, просторові перекручення (особливо у малюнку), труднощі входження у завдання, у більшості випадків - неможливість виконання жодної програми за будь-якої допомоги.

Тобто, чітко виділяються групи дітей з незначними (середній рівень) або значними (низький рівень) порушеннями довільної регуляції сенсомоторної (рухової) активності, які потребують негайного створення конкретної корекційної програми з формування довільної регуляції рухової сфери.

Оцінка сформованості рухів мімічних м’язів обличчя входила у загальну оцінку довільної регуляції сенсомоторної активності дитини з ВНГП. Враховуючи структуру анатомічного дефекту як фактор, що сприяє виникненню компенсаторних порушень, коли страждають усі відділи периферичного мовленнєвого апарату, ми більш детально дослідили сформованість рухів мімічних м’язів обличчя у 66 післяопераційних дітей 4-6

років з метою визначення їх впливу на процес звуковимови у післяопераційному періоді.

Незважаючи на те, що з мімічних м'язів для мовлення мають значення лише ті, що розташовані навколо ротової щілини (які приймають активну участь у артикулюванні і частково «відповідають» за виразність мовлення), ми одразу звернули увагу на своєрідність розвитку лицьової мускулатури у багатьох обстежених. Характерним було порушення взаємозв'язку артикуляторних та мімічних м'язів, що виражалося патологічною активністю лицьової мускулатури у процесі мовлення. Якщо спостерігалася недостатність піднебінно-глотокового змикання - мімічні м'язи брали на себе основне компенсаторне навантаження. Тобто, вроджений анатомічний дефект щелепно-лицьової ділянки заповнюється включенням компенсаторних реакцій. Слід зазначити, що ця своєрідність була більш вираженою у залежності від наявності велофарингеальної недостатності та дефектах піднебіння.

Будь-яке незрощення губи у різних комбінаціях ВНГП у поєднанні з фактом неправильного годування викликало труднощі ссання, що поступово гасило вроджений ссальний рефлекс, гальмувало розвиток рухів верхньої губи. Це у свою чергу ослаблювало розвиток усієї лицьової мускулатури. Як результат – збіднення міміки дитини і мимовільне включення м'язів обличчя у процес артикулювання.

Однак, у дітей, прооперованих до двох років з приводу різних варіантів (ізольованого або у поєднанні) незрощення верхньої губи, яких правильно годували, а потім підключали спеціальні вправи для запобігання порушення взаємодії м'язів - міміка обличчя у стані спокою була нормальною, гармонійною; під час їжі, у грі, під час мовлення була жвавою, природньою. Ці діти без особливих зусиль виконували різні міопроби (посміхалися, надували щічки, підморгували, хмурили брівки тощо). Однак, одразу слід зазначити, що таких «ідеальних» випадків було лише 37% - 24 (від 66 обстежених дітей цього віку).

Як тільки «випадала» одна з трьох умов – стан мімічної мускулатури погіршувався: у спокої спостерігалася недостатня щільність змикання губ, були випадки недостатньої вираженості носогубних складок; при оскалі інколи спостерігалася асиметрія носогубних складок; синкинезії супроводжували мімічні рухи у дітей з неврологічною симптоматикою. Під час загальних рухів (у грі, під час їжі тощо) мімічні рухи набували напруженого характеру лише інколи, а більш виражені труднощі діти відчували під час виконання міопроб.

Для дітей, прооперованих після 3-х, особливо – після 5 років, з якими не проводилася попередньо робота щодо запобігання порушень міміки, характерними були порушення темпу та плавності мімічних рухів, їх швидка виснажуваність, «підключення» м'язів крил носа, іноді перенісся, навіть лоба та шиї під час мовлення. Ці явища підсилювалися з ускладненням мовленнєвого матеріалу.

Незалежно від віку, у дітей з ВНГП, обтяжених порушеннями ЦНС спостерігалися асиметрії носогубних складок при намагання усміхнутися, під час мовлення та на міопробах – у деяких випадках – насильницькі рухи (гіперкінези), частіше – синкинезії. Їм було важко вчасно включитися в рух, витримати певний темп та послідовність рухів, у стані спокою та під час мовлення – салівація із наявним порушенням співдружності мімічних рухів.

Результати обстеження артикуляційної моторики та кінетики дозволили виявити рівні сформованості даних базових показників забезпечення звуковимовної сторони мовлення у дітей з ВНГП. Оскільки дошкільний вік залишається сензитивним для формування усіх складових мовленнєвого розвитку, зупинимося більш детально на результатах обстеження 124 дітей 4-6 років з ВНГП, з яких 85% дітей (106) були післяопераційними, решта – 18 дітей (15%) перебували на етапі доопераційної підготовки.

Високий рівень сформованості загальних та дрібних артикуляційних рухів виявили 22% післяопераційних дітей (23 зі 106). Їм без особливих зусиль вдалося точно, у повному обсязі, з утриманням положення губ, язика

виконати тести на статичну координацію артикуляційних рухів за словесною інструкцією та за зразком (розтягнути губи у широку посмішку, «у трубочку», утримати язик на середній лінії, виконати ряд ізольованих артикуляційних рухів: «Лопаточка», «Годинник», «Ниточка», «Гойдалка», «Конячка» тощо). Рухи м'якого піднебіння виявилися достатніми, візуально спостерігалося активне змикання із задньою стінкою глотки, відсутня носова емісія. У процесі послідовно організованих рухів (відкрити – закрити рота; витягнути губи в трубочку - оскалити зуби; торкнутися попереміно верхніх – нижніх різців; підняти язик угору, покласти його між зубами, відтягнути назад; витягнути широкий розпластаний язик – губи в трубочку; висунути язик жалом – губи в трубочку – широкий оскал) та виконання одночасно організованих рухів (відкрити рот, одночасно піднімати язик угору і просувати його вперед; відкрити рот, одночасно опускати язик донизу і просувати його вперед; витягнути язик і одночасно витягнути губи вперед «трубочкою» тощо) діти цієї групи показали достатню плавність, силу, об'єм, точність та швидкість артикуляційних рухів. Це доводить сформованість артикуляційної моторної бази для нормального голосоутворення та голосоподачі.

Більшість дітей (43) 4-6 років (40%) показала середній рівень сформованості артикуляційної моторики та кінетики. Тести на статичну координацію ними були виконані правильно, з утриманням позиції, нормальним тонусом, лише з незначними неточностями. Завдання на виконання послідовно та одночасно організованих артикуляційних рухів теж були виконані з певними особливостями: часто - в уповільненому темпі (особливо серії вправ), з незначним порушенням координованості, плавності і точності рухів. При цьому спостерігалися незначні мімічні порушення, особливо при намагання відтворити серію рухів.

Є усі підстави стверджувати, що вроджене незрощення губи та піднебіння призводить до функціональних порушень праксису артикуляційного апарату з усіма наслідками, що супроводжують такий стан.

Показникам низького рівня відповідали результати виконання даного блоку завдань 30% (32) післяопераційних дітей з ВПГН 4-6 років. Їх артикуляційні рухи характеризувалися як неточні, уповільнені, недостатньо диференційовані. Відзначалися пропуски рухів із серії послідовних вправ, перестановки рухів, спотворення рухів. У більшої частини дітей цієї групи спостерігалося незначне підвищння тонусу артикуляційних м'язів, особливо язика і губ, у деяких – гіпотонус, змазана міміка обличчя. Змикання губ не завжди було щільним, язик швидко «втомлювався», з'являвся тремор кінчика язика при повторних рухах та утриманні пози язика, гіперсалівація. При цьому м'яке піднебіння залишалося малорухливим, пасивним, інколи спостерігалося відхилення увулі у бік, з паралельною появою додаткових, інколи – насильницьких рухів.

Усі зазначені характеристики свідчать або про про легку пірамідну недостатність, тобто про порушення неврологічного статусу певної частини дітей з ВНГП. Це у свою чергу дає підстави передбачати у них мінімальні дизартричні прояви по типу стертої дизартрії. Попередній клінічний аналіз показав, що ці діти мали різні порушення з боку багатьох функцій організму, як результат впливу ВНГП на психофізичний розвиток дитини, при цьому в анамнезі багатьох відмічалася гіпоксія плода, мала вага при народженні, недоношеність, передчасні пологи, ускладнені пологи тощо.

Вкрай низький рівень (1-0 балів) сформованості артикуляційної моторики та кінетики показали 8 (від 106) післяопераційних дітей (8%) даного віку. Це були так звані троє синдромних дітей з тяжкою супутньою симптоматикою (порушеннями ЦНС), де ВНГП було лише одним із симптомів порушень розвитку, а також п'ятеро дітей з тяжкою неврологічною симптоматикою. Вже на даному етапі обстеження виконання цими дітьми інструкції, послідовності операцій та рухових дій, здатності утримувати рухову програму дій та ін. наводило на передбачення у них затримки психічного розвитку, а у декількох випадках – розумової відсталості різного ступеня тяжкості. Діти цієї групи або відмовлялися від виконання завдань, або виконували їх хаотично, порушуючи

послідовність, координацію та точність рухів, інколи з включенням у рухові дії додаткових або насильницьких рухів. При цьому спостерігалися зміни тонусу м'язів (посмикування, тремтіння) артикуляційних органів на тлі загального швидкого виснажування.

Узагальнюючи результати дослідження загальної, дрібної та артикуляційної моторики і кенитики на даному етапі, необхідно відзначити суттєві порушення дрібної моторики рук, статичної, динамічної та реципрокної координації рухів при обстеженні загальної та артикуляційної моторики (труднощі утримання рівноваги, або певної артикуляційної позиції; при переключенні з одного руху на інший – певна скутість, неточність виконання рухових актів; неузгодженість роботи рук та ніг під час ходи, поворотах, стрибках; розкоординованість рухів артикуляційних органів та мімічної мускулатури тощо). Більшість перерахованих показників пов'язані з порушеннями більш тонкого механізму регуляції рухової активності - реципрокної координації рухів.

Найбільші відхилення від норми спостерігалися у динамічній та реципрокній координаціях, у темпоритмічній організації рухів (особливо співдружніх), що вимагало високого рівня організації, регуляції і контролю рухових актів. Якщо проаналізувати стійкість відхилень у руховій сфері дітей з ВНГП за віковими показниками, то прослідковується тенденція до певного покращення показників з віком. Однак, немає підстав чекати, що ці відхилення, які спостерігалися у всіх вікових групах дітей з ВНГП, самостійно ліквідуються по мірі дорослішання дитини лише з відставанням темпових показників. Найнебезпечнішими виявилися результати, які показали діти раннього та дошкільного віку.

Одержані нами дані підтверджують дослідження з фізіології рухів та рухової активності М. О. Бернштейна [22], у якому доведено ієрархічну (рівневу) систему регуляції рухових функцій, де мовлення віднесено до вищого рівня рухів – кортикального мовнорухового рівня символічних координацій та психологічної організації рухів.

Ми констатуємо безперечний негативний вплив недостатньої сформованості регуляції нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики) у 89% (94 зі 106) на стан рухів вищого рівня – мовнорухового - у 78% дітей дошкільного віку (у 83 дітей зі 106) , що певною мірою пояснює значні труднощі формування мовлення у дітей із ВНГП.

Результати дають підстави зазначати, що структура мовленнєвого дефекту при ВНГП ускладнюється і моторною недостатністю м'язів артикуляційного аппарата, обумовленою порушенням їх інервації по типу спастичності, гіпотонії або дистонії. Це дає підстави передбачати наявність у певної кількості дітей з ВНГП або власне дизартрії (переважно псевдобульбаної форми), або її мінімальних проявів (так званої стертої форми) у залежності від ступеня тяжкості розладів м'язевого тонусу.

Прослідковується нагальна потреба у вдосконаленні рухової сфери більшості дітей з ВНГП. Це можливо лише за умов чітко спланованої, систематичної корекційної роботи у системі комплексного підходу подолання порушень розвитку мовлення даної категорії дітей, починаючи з раннього віку.

Особливості дихання дітей з ВНГП

Відомо, що якість голосу залежить від особливостей дихання. Дихальна система («енергетична») забезпечує енергію руху голосових зв'язок, збільшує амплітуду їх коливання, забезпечує силу голосу. Формування навички спрямованого, плавного, тривалого видиху під час фонації є головним завданням управління мовленнєвим диханням. Дихальна підтримка голосу зосереджена на рівні діафрагми. У практиці постановки голосу найбільш доцільним вважається сформованість нижньореберно-діафрагмального фізіологічного дихання, тобто, дихання змішаного типу, при якому піднімаються і розширюються нижні ребра, верхня частина грудної клітини майже не рухається, а діафрагма і черевні м'язи активні.

Дослідження типу і характеру фізіологічного дихання проводилося у немовленнєвому режимі (пасивно, активно), мовленнєвого дихання -

візуально під час читання віршів, проговарювання простих та більш складних фраз із різною кількістю складів.

Якщо під час вдиху черевна стінка висувалася вперед, діагностувався діафрагмальний тип дихания. Якщо дихання здійснювалося за рахунок роботи лише верхніх відділів грудної клітини (ключичний або верхньогрудий тип дихання) з підніманням плечей, то навколо глотки виникало напруження, що у свою чергу призводило до напруження м'язів шиї та гортані і негативно впливало на якість голосу. Ключичний тип дихання характеризується короткими поверховими дихальними рухами.

Одразу слід зазначити, що практично у всіх дітей з ВНГП відмічалися порушення дихання від самого народження. Практично у всіх вікових групах доопераційні діти не використовують діафрагму. Нами зафіксований у більшості дітей з ВНГП (особливо до операції) поверхнево-грудний або ключичний тип фізіологічного дихання, коли під час вдиху напружуються грудні м'язи, починають рухатися ключиці та грудна клітина (визначалося методом накладання долоні на грудну клітину, на талію).

При цьому порушується співвідношення між вдихом та видихом (дитина коротко, неглибоко вдихає і коротко, переривчасто видихає, порушуючи темп дихання та його ритмічність). Таке дихання зазвичай поверхневе, недостатньо ритмічне, інколи зашумлене (на тлі неврологічної симптоматики, коли порушується взаємодія дихальних м'язів). Страждає направленість та плавність видиху (це проявлялося при намагання подути – дитина із шумомо дує носом). Тобто, тип дихання до операції має свої звичні патологічні закономірності, які можуть зникати після операції з причини перебудови його механізмів.

Однак, і для значної частини післяопераційних дітей характерним було порушення взаємодії між артикуляційними та дихальними м'язами, що призводило до специфічних особливостей фізіологічного дихання. Зафіксовано, що більш стабільні результати щодо регулювання диханням показали ті діти, які були прооперовані до двох років і з якими проводилася відповідна логопедична робота щодо розвитку дихання. Тобто, говорити про

спонтанне регулювання фізіологічного дихання в усіх дітей після операції не доводиться. Більше того, навіть після операції у значної частини дітей зберігається ключичний тип дихання.

Незначна частина дітей мала діафрагмальний тип дихання, що було ближчим до оптимально необхідного діафрагмально-нижньореберного (черевного) типу. Однак, їх дихання відрізнялося від нормального неритмічністю, неплавністю, поверховістю, швидкою виснажливістю. Наприклад, діти молодшого шкільного віку (прооперовані після 3-х років) відчували труднощі здійснення форсованого вдиху та видиху, або при намаганні затримати дихання на вдиху або видиху. На нашу думку, це свідчить про порушення здатності до довільної регуляції диханням у більшості дітей з ВНГП, що, безперечно, негативно відбивається і на диханні мовленнєвому.

У всіх дітей до операції було зафіксовано порушення носового дихання з причини відсутності герметизму порожнини носа та рота, що обумовлено дефектом тканини піднебіння. Помічена залежність нормалізації носового дихання від строків операції та здійснення відновлювальної дихальної роботи. Якщо операція проводилася у ранньому віці – у більшості дітей зникало звичне ротове дихання і відновлювалося нормальне носове дихання. Якщо ж операція з різних причин була проведена після 4-5 років носове дихання зазвичай було обтяжене (окрім самого незрощення) і механічними ендоназальними перешкодами (аденоідами, викривленням носової перетинки та ін.). Однак, була певна частина дітей, у яких навіть після закриття незрощення залишалося змішане дихання з причини порушення герметизму ротової порожнини (у першу чергу – з причини дефекту м’якого піднебіння – його недостатньої довжини та рухливості, викривленість носової перетинки, наявність запальних процесів у дихальних шляхах тощо).

Неможливість здійснення повноцінного вдиху та видиху призводило і до порушень фонаційного або мовленнєвого дихання. Специфічні особливості мовленнєвого дихання також в основному були обумовлені порушенням чіткої взаємодії між артикуляційними та дихальними м’язами.

Розмовляючи, більшість дітей з ВНГП (навіть після ураностафілопластики) продовжували дихати одночасно носом і ротом при переважно ключичному типі дихання. При цьому різко скорочувався час видиху (всупереч необхідності для мовлення тривалого, плавного видиху) з причини втрати значного об'єму повітря через ніс, а також зниження тиску повітря у просторі голосових складок, що робило фонаційне дихання прискореним та поверхневим.

Однак, слід зазначити, що ті діти (особливо старшого дошкільного віку), які з раннього віку займалися постановкою дихання у доопераціному періоді показали здатність щодо довільного регулювання видиху через рот. При цьому, були і такі, що досягли хороших результатів регулювання струменем видихуваного повітря без попередньої логопедичної роботи, але при умові відповідної допомоги логопеда після операції.

Тобто, можна констатувати, що після операції можливість регулювання струменеем видихуваного повітря зростає. Однак, залишається проблема зниження тактильної чутливості у ротовій порожнині, що притупляє тактильне сприймання «вибухів» повітря та повітряних потоків у роті. Більш того, наявність післяопераційних рубців, часто порушеня тактильної чутливості язика, постійне носіння ортодонтичних апаратів, зубних протезів (у відповідному віці), прикриваючи слизову твердого піднебіння та коміркового відростка, ще більше порушують кінестезії, ускладнюють відчуття не лише струменя видихуваного повітря, але і відчуття артикуляційних укладів.

Якщо у нормі фаза видиху у 5-8 разів триваліша фази вдиху, то у більшості дітей з ВНГП (навіть вчасно прооперованих) мовленнєвий видих був більш коротким, неплавним, неритмічним, слабким. Особливо це проявилося під час проговорювання дітьми фраз, які складалися з різної кількості складів. Діти усіх вікових категорій показали набагато нижчі результати у порівнянні з нормативними показниками (див. Г.6 згідно діагн. методики).

Наприклад, якщо у нормі хлопчики і дівчатка 4-х років повинні вимовити плавно і ритмічно фразу з десяти складів, то з 23 обстежуваних дітей з ВНГП

цього віку у 10 (43%) сили видиху вистачало лише на фразу із 3-4 складів, у 8 (34%) – на фразу із 5-7 складів, а потім їх дихання збивалося, було неритмічним, поверхневим, швидко виснажувалося. Лише 23% (5) «вписалися» у норму. При цьому слід зазначити, що дітям легше було сконцентрувати струмінь видихуваного повітря на закритий склад, ніж на відкритий.

Навіть серед 32 дітей 7 років, де хлопчики повинні «на одному диханні» вимовити фразу із 16 складів (пер-ший пух-нас-тий сніг ле-гень- ко ля-га-є на зе-мель-ку), а дівчатка – із 17 (Со-фій-ка хо-ди-ла у са-до-чок і при-нес-ла яб-лу-ко) лише 12 (38%) чітко справилися із завданням. Це були діти, з якими проводилася тривала цілеспрямована робота з виховання правильного фонаційного дихання як у доопераційному періоді, так і після операції. Тобто, зберегти силу і тривалість видиху вдавалося лише вчасно прооперованим дітям, які пройшли відповідну фонаційну підготовку.

У 75 зі 106 (71%) післяопераційних дітей дошкільного віку з ВНГП були зафіксовані порушення спрямованості мовленнєвого видиху (носове, ротове, рото-носове), страждала диференціація та координація ротового та носового дихання. Зазвичай, мовленнєвий вдих був поверхневим, слабким, інколи судомним, при цьому значно порушувалася ритмічність (не відповідає змісту фрази, інколи прискорений ритм) та темп мовленнєвого дихання (по типу прискорення або уповільнення), що складало враження слабкого, поверхневого, але часто напруженого, переривчастого. Навіть із 76 післяопераційних дітей 7-11 років 50 (66%) мали подібні порушення.

Серед причин порушення фонаційного дихання, у першу чергу, слід назвати порушення взаємодії дихальних м’язів, значну або незначну носову емісію.

Було отримано нові дані у результаті спостереження щодо темпу мовлення у дітей з ВНГП. У переважної більшості (70%) дітей дошкільного віку (74 зі 106) ми констатували уповільнений темп мовлення. Складалося враження, що дитина «прислухається» до відчуттів у роті, не до кінця їх

відчуває, або прикладає забагато зусиль, щоб укласти артикуляційні органи у певну позицію (за умови попередньої логопедичної підготовки).

Відмічена ще одна невелика група дітей – 5 зі 106 (5%), у яких відмічалися виражені темпо-ритмічні порушення, які відповідали клінічним симптомам заїкання. Вірогідно, йдеться про наявність у цих дітей дошкільного віку поєднаних варіантів мовленнєвого дизонтгенезу.

З віком (у молодшому шкільному віці) при відсутності систематичної логопедичної роботи майже у половини дітей спостерігався дещо прискорений темп мовлення (не йдеться про заїкання). При цьому майже губилися голосні звуки, тотально старждала вимова приголосних. Тобто, звуковимова у цих дітей була грубо порушена і це менш було залежним від строків оперативного втручання та ступеня назальності. Здавалося, що дитина занадто «поспішає», щоб менш були помітними дефекти звуковимови. Прослідковано закономірність - як тільки прискорювався темп мовлення - підсилювалася назалізація голосу, підключалися додаткові рухи, з’являлися гримаси. Так, серед 76 післяопераційних дітей 7-11 років 29 (38%) увійшли у групу дітей, у яких ми зафіксували порушення загальної, дрібної та артикуляційної моторики, а також прояви кінетичної та кінестетичної диспраксії на тлі тонусних порушень. Зазначене вказувало на прояви дизартричної симптоматики і певною мірою пояснювало низьку результативність щодо подолання порушень звуковимови у цих дітей, використовуючи традиційні прийоми подолання ринолалії.

Особливості голосової функції.

Виходячи із зазначеного вище, прослідковується загальна картина руйнування єдності рухових функції і усіх компонентів голосоутворюючого механізму, яка у нормі являє собою єдину рухову систему, синхронну в акті голосоутворення та мовлення. Це у свою чергу призводить до стійких функціональних дефектів у всіх трьох відділах голосового апарату-енергетичному, генераторному, резонаторному, і як результат – до

своєрідного механізму голосоутворення та голосоведення – порушенню резонансу різного ступеня тяжкості (від легкої ринофонії до гіперназальності).

Аналізуючи дані щодо особливостей голосу дітей різного віку з ВНГП до і після операції, з урахуванням виду незрощення та віку дитини (згідно діагностичної карти обстеження) ми прийшли до висновку про порушення голосових характеристик у більшості дітей з ВНГП. Далі буде йтися про післяопераційні випадки, оскільки до операції у всіх дітей фіксувалася своєрідність, назалізованість, неприродність голосу з причини відсутності герметизму ротової порожнини.

Однак, навіть після операції у значної частини дітей (включаючи дітей прооперованих до 2-х років) основною голосовою характеристикою, яка найбільше страждала був тембр голосу у вигляді підвищеної назалізації. При цьому, своєрідність голосової функції проявлялася слабкістю, знесиленістю, затуханням, приглушеністю, низькою розбірливістю мовлення.

Характерним у багатьох випадках було зажате, здавлене звучання. Вірогідно, що втрата сили голосу активізує гортань, що у свою чергу призводить до гіперемії та гіпертрофії голосових складок і як наслідок – у дитини після 7 років з’являється у голосі хрипкість, сиплість, неприродність. На нашу думку порушення процесу голосоутворення провокує дисфонії різного генезу.

Ми спеціально не вивчали таку важливу характеристику процесу голосоутворення як голосова атака (перехід голосового апарата від дихального стану до голосового – момент виникнення звука). Однак, характеристики голосові атаки у дітей з ВНГП довели необхідність коротко на них зупинитися.

Виділяють тверду та м’яку атаки звука. Природньою є м’яка голосова атака (коли голосові складки здійснюють повне, менш щільне змикання не перед початком, а в момент утворення звука). Звук виходить м’яким, дещо подовженим, природнім.

При твердій атаці голосові зв'язки, щільно змикаючись до початку звучання «опираються» підскладковому тиску, а для їх розмикання є необхідним напруження – прорив видихуваного повітря. Тому звук, який зароджується на твердій атаці є різким, коротким, твердим на тлі напруження у ділянці гортані.

Враховуючи це, ми звернули увагу на те, що у більшості обстежених дітей: у 72 зі 106 дітей 4-6 років (68%) ; у 53 із 76 дітей 7-11 років (70%); у 18 з 27 дітей 12-15 років (65%) голосоподача відбувалася на твердій атаці, а інколи – на занадто твердій (вибуховій атаці). Тому у їх голосі відчувається занадто велике напруження, вибуховість, неприродність. Безперечно, це вимагає комплексу спеціальної фонопедичної роботи з постановки правильного голосу у даної категорії дітей починаючи з раннього віку і незалежно від ступеня тяжкості анатомічного дефекту (рис. 3.3).

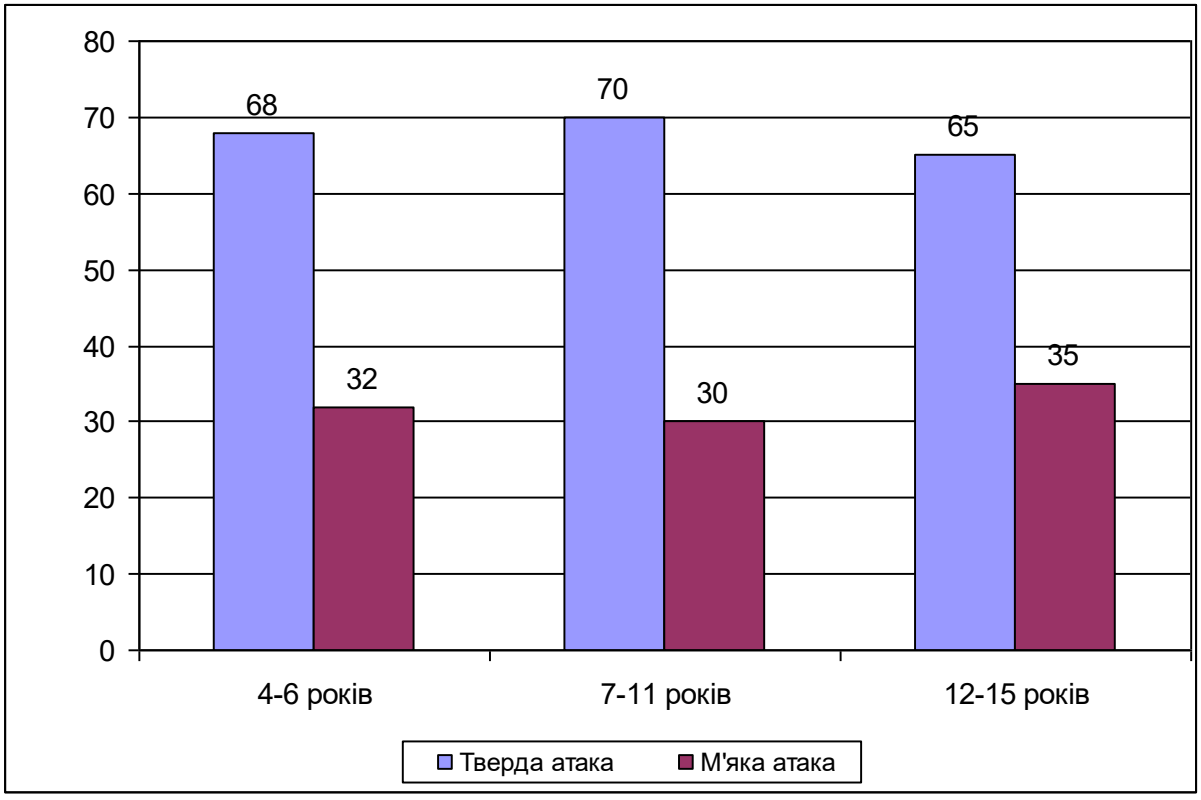

Рис. 3.3 Характер голосоподачі у післяопераційних дітей із ВНГП різного віку (у %)

У процесі дослідження стало зрозумілим, що лише якісного аналізу голосової функції буде недостатньо для розкриття механізму мовленнєвого

дефекту у дітей з ВНГП. Тому, у діагностичний блок було додатково включено обстеження однієї із основних складових фонетичної сторони мовлення у дітей з ВНГП - ступеня вираженості назальності голосу (ринофонії). Оскільки назалізація голосу є одним з основних факторів, який негативно впливає на розбірливість мовлення.

Для вивчення ступеня вираженості ринофонії було обрано групу дітей однієї вікової категорії (на констатувальному етапі обстежено 42 дитини з ВНГП 5 років), з яких 25 дітей (59,5%) були прооперовані до 2-х років, а решта – 17 (40,5%) – після двох років. Обрання даної вікової категорії обгрунтовується тим, що у цьому віці завершено основні етапи хірургічного лікування з одного боку, а з іншого – у 5 років повинні бути в основному сформовані усі компоненти функціональної системи мови та мовлення. При цьому ми враховували той факт, що після ураностафілопластики у дітей, які мали наскрізні незрощення, у віці 5 років залишався дефект коміркового відростка (який ліквідується лише у 10-12 років), який частково спричиняв витік видихуваного повітря через рот.

Тому зверталася увага на стан голосової функції у дітей молодшого шкільного віку та підлітків, оскільки відомо, що у ці вікові періоди відбуваються фізіологічні зміни у гортані та зміни дихання у період статевого дозрівання. А це також може викликати підвищення назалізації голосу.

Для визначення ступеня ринофонії після ураностафілопластики ми використали декілька спеціальних фонопедичних тестів [45] адаптованих нами до п’ятирічного віку з урахуванням особливостей української фонетики. До уваги бралися такі висхідні показники як: резонанс (ступінь вираженості назалізації голосу), наявність\відсутність носової емісії, навність\відсутність назальної турбулентності, наявніть\відсутність гримас (компенсаторний механізм зменшення носові емісії).

Результати виконання тестових завдань оцінювалися за п’ятибальною шкалою. Нормальний стан голосу (без назальності) відповідав 5 балам. Легкий ступінь ринофонії оцінювався у 4 бали. Середній – у 3 бали. Виражений – у 2

(1) бали. Тобто, діагностувався легкий, середній та виражений ступінь назальності голосу.

Перший тест передбачав визначення ступеня назальності під час повторення дитиною 10 двохскладових слів, кожне з яких скадалося з двох глухих або двох дзвінких змично-проривних звуків ***п*** або ***б***): баба, папка, бульба, помпа, боби, бубен, пупи, бібі, пипи, бейба. Для встановлення факту носової емісії під час вимови слів під ніздрі дитини клали дзеркальце.

Вихід повітря через ніс під час вимови усіх слів свідчив про виражений (високий) ступінь назалізації. Якщо ж дитина набирала високі бали (на кожному слові), то це свідчило про відсутність тяжкої недостатності функції піднебінно-глоткового кільця.

Другий тест передбачав використання голосних звуків у послідовності від тих, що вимагають найбільшого підйому м'якого піднебіння (***а***), та найбільшого напруження м'якого піднебіння (***і, у, о, а, е***). За допомогою носового дзеркальця так само фіксувалися результати на кожен звук.

Третій тест спрямований на визначення ступеня ринофонії під час вимови приголосних звуків, які вимагають забезпечення високого інтраорального тиску: ***з, ш, ж, ф, к, г, т, д, п, б***. При цьому використовувалося носове дзеркало на предмет виявлення носової емісії (витік повітря через ніс), а також визначалася наявність назальної турбулентності (назальне хрипіння, шерхіт, тертя) – вид назальної емісії, яку можна почути. Обов'язково визначалося, чи зникає гугнявість після механічного закривання носових ходів.

Четвертий тест встановлював факт наявності заміни звуків (носових-ротових) у словах типу: дам-нам, баки-маки, гриб-грим, сад-сан, сиг-син, мама-дама.

Заміна також оцінювалася у балах. У детей с ПГН обидва звуки звучать гіперназально (баки-маки звучать як маки-маки).

П'ятий тест передбачав визначеннння ринофонії за допомогою закривання - відкривання ніздрів. Дітям пропонувалося вимовити звуки, слова або речення, які не містять носових звуків (***м, м', н, н'***). Наприклад, голосні

звуки, числа до десяти, речення («Десь жучок у холодочку спочиває під листочком», «Краса відвідала Карпати, у горах вітер спочива»). Усе це необхідно було вимовити двічи: із відкритими та закритими ніздрями. Якщо носовий резонанс матиме місце – він буде збільшуватися при закривання ніздрів через тупиковий ефект. При нормальній функції ПГК резонанс будет нормальным в обох випадках.

Узагальнені результати свідчать про те, що лише 14% (6) післяопераційних дітей 5-річного віку мали нормальний тембр, їх голос був природнім, модульованим, вичерпним, доволі емоційним. Усі тестові завдання ними виконані на 5 балів, тобто зафіксовано відповідний високий рівень (без назалізації голосу). Цю групу склали діти, які були прооперовані з приводу одно- або двобічних повних або неповних незрощень верхньої губи, м'якого та твердого піднебіння до двох років, з якими була проведена відповідна доопераційна ортодонтична та логопедична підготовка. У цих дітей була відсутня велофарингеальна недостатність, м'яке піднебіння було рухливим, достатньої довжини.

Другу групу 19% склали діти (8), які показали низький рівень ринофонії, тобто під час виконання тестових завдань відчувалася помірна, легка назалізованість голосу, була присутня нечутна, легка носова емісія, відсутня назальна турбулентність.

Третю, найбільш чисельну групу 36% склали діти (15) у яких результати виконання тестових завдань відповідали 3 балам, тобто середньому рівню назалізації голосу. Переважала типасивна носова емісія, залишаючись при цьому чутною, помірною; багатьом дітям цієї групи були притаманні незначні гримаси на обличчі в основному в області ніздрів.

13 дітей (31%) показали виражений ступінь назалізації голосу, про що свідчить виконання завдань у межах 1-2 балів. Це проявлялося у вираженій носовій емісії, навіть у носовій турбулентності. При цьому активно включалися компенсаторні (в основному – ніздрьові, рідше – носові та лицьові) гримаси (рис. 3.4).

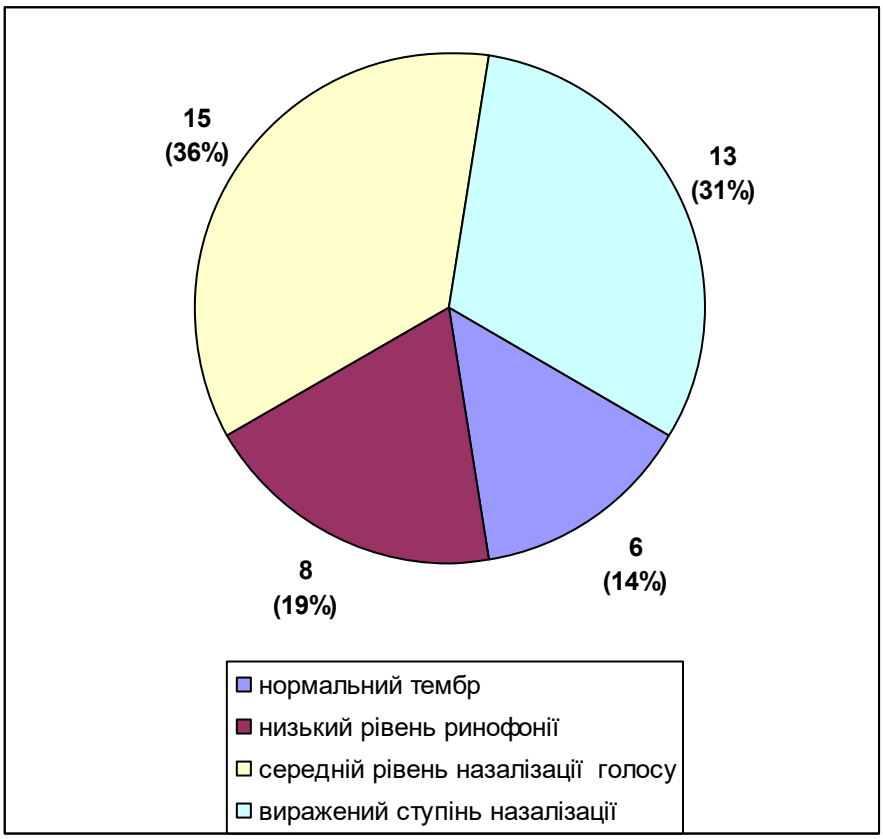

Рис. 3.4 Ступені назалізації голосу у дітей з ВНГП 5 років

Необхідно констатувати, що відчутне погіршення характеристик голосу спостерігалося у дітей у декількох вікових періодах – після 7 років, та у підлітковому віці (особливо у хлопчиків: знижується сила голосу, з'являється сиплість, хрипкість, неприродність голосу, призупиняється розширення діапазону). Тьмяне звучання голосу збіднює природні інтонації, мелодику рідної мови.

Узагальнений аналіз голосових характеристик у післяопераційних дітей декількох вікових груп свідчить і про своєрідність емоційної та ритміко-інтонаційної сторони мовлення: у переважної більшості дітей мовлення залишається емоційно збідненим, погано інтонованим, недостатньо модульованим, неритмічним, безбарвним. Зазначене дає підстави стверджувати про порушення усіх просодичних характеристик у дітей з ВНГП (коли страждає висота, сила, тривалість звукового потоку, страждає мелодико-інтонаційна виразність голосу тощо). Усе це, безперечно, ще більше

ускладнює спілкування дитини з оточуючим світом і вимагає систематичної цілеспрямованої роботи з постановки голосу дитини з ВНГП.

Стан звуковимови як один з основних базових показників забезпечення експресивного рівня семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення досліджувався згідно діагностичної методики. Одразу слід зазначити, що для нас було принципово важливим здійснити системний аналіз фонетичної сторони мовлення дітей з ВНГП. Для цього необхідим було вивчити особливості звуковимови, обумовлені як ВНГП, так і іншими причинами, а також прослідкувати взаємозалежність стану звуковимови та рівня назалізованості голосу, а в кінцевому - їх вплив на розбірливість мовлення таких дітей. Подібний алгоритм дослідження фонетичної сторони мовлення обгрунтовували попередньо одержані результати стану інших базових показників забезпечення семіотичної підсистеми ФСММ.

Результати обстеження 106 післяопераційних дітей 4-6 років ми вважали найбільш показовими (зміст методик враховував вікові параметри та нормативні показники). До основної уваги бралися показники фонетичної сторони мовлення післяопераційних дітей даного віку. Для деяких порівнянь ми прослідковували розвиток фонетичної сторони мовлення на експресивному рівні і у дітей більш старшого віку та навіть підлітків (йдеться про гугнявість та розбірливість мовлення).

Нами виявлені певні закономірності засвоєння фонетики дітьми з ВНГП у залежності від готовності мовнорухової сфери та артикуляційної складності звука, що вимовляється. Відомо, що звуки з’являються групами, які об’єднує наявність певної артикуляційної роботи, яка до певного моменту була недостатньою. Якщо говорити про загальну роботу органів артикуляції, у дітей з ВНГП, як і у інших дітей звуки мовлення з’являються у певній послідовності: спочатку з’являються звуки раннього онтогенезу мовлення (голосні а, о, у, і, е та приголосні м, п(б), м`(д`), н`, к, г, г’, х`, с`), пізніше – звуки середнього онтогенезу мовлення (голосний и, приголосні й, л`, диференціація за м’якістю-твердістю, озвончення

усіх приголосних) і в останню чергу – звуки пізнього онтогенезу (р, р, ш, ж, ч, дж, дз, які вимагають підняття передньої частини язика, та звуки л, ц).

Однак, одержані результати засвідчують виражені особливості фонологічного (фонетичного) блоку семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному рівні. У першу чергу йдеться про те, що у дітей з ВНГП процес формування звуковимови перебігає із значними відхиленнями від нормативних показників і вираженими порушеннями механізму звукоутворення. При цьому, фонетичні порушення мають різну природу, тобто обумовлені різними причинами і вони являють собою декілька груп фонетичних помилок (або груп симптомів порушення звукових характеристик мовлення експресивного рівня).

Першу групу фонетичних порушень (або симптомів) експресивного рівня складають атипові або специфічні дефекти звуковимови, обумовлені безпосереднім впливом ВНГП:

- ✓ беззвучність губно-губних (п, п`, б, б`), заміна їх видихом або спотворення (перекручування) їх звучання до невпізнанності (схожість на м, м`) за рахунок вираженої носової емісії або турбулентності; інший варіант - вони утворюються або на рівні глотки (п, п`) або гортані (б, б`), нагадуючи звуки г, х;
- ✓ відсутність пердньоязикових змичних (т, т`, д, д`) або заміна на задньоязикові, викривлення звучання (схожість на н, н`) з причини носової емісії або турбулентності;
- ✓ відсутність задньоязикових (к, к`, г, г`, ґ, х, х`) з причини носової турбулентності;
- ✓ порушення (викривлення) вимови свистячих (с, с`, з, з`, ц, ц`, дз, дз`) за рахунок носової емісії або турбулентності;
- ✓ порушення вимови шиплячих (ж, ч, ш, дж) за рахунок носової емісії або турбулентності;
- ✓ оглушення дзвінких приголосних;

- ✓ ларинго-фарингеальна артикуляція багатьох приголосних звуків, тобто окрім назалізації для деяких приголосних звуків характерна фарингалізація (додаткова артикуляція за рахунок перенапруження стінок глотки) та ларингалізація (додаткові артикуляції у порожнині гортані);
- ✓ заміни сонорів «л», «л`»на носовий «н», часто – на «й» та «у» або пропуски;
- ✓ вібрант р, р` майже ніколи не набуває нормального звучання (або пропускається взагалі або наближається до одноударного) з причини неможливості забезпечення сильного струменя видихуваного повітря для вібрації кінчика язика;
- ✓ відсутність чіткої диференціації та ослабленість вимови приголосних звуків за місцем та способом творення, за участю шуму і голосу, за назалізацією та лабіалізацією.
- ✓ недостатня або відсутня диференційованість голосних звуків за лабіалізацією.

Тобто, узагальнюючи зазначене, можна зробити висновок про те, що вроджений анатомічний дефект (ВНГП) негативно впливає на фонетичне оформлення мовлення і проявляється порушенням усіх оральних звуків за рахунок змін аеродинамічних умов фонації та підключення не тільки носового резонатора, а також гортані та глотки.

Усе це призводить до атипових порушеннь формування звуків як за способом (нейтралізація звуків, оглушення дзвінких та сонорних звуків) так і за місцем творення звуків (пересування артикуляційного фокусу у більш задні зони з причини високого положення кореня язика та недостатньої участі губ в артикулюванні). Також надзвичайно негативним є вплив турбулентності, що накладає додаткові шуми (придихання, хрипіння, шипіння, свист) на і без того назалізовані звуки. Тобто, йдеться про стабільний поліморфний характер фонаційних та просодичних порушень.

Характерною є «фонетична» картина у дітей, які не проходили логопедичної корекції або одержували несистематичну логопедичну допомогу лише у старшому дошкільному або молодшому шкільному віці. Усі звуки, що вимовляє така дитина на слух сприймаються як дефектні. Загальна їх характеристика - хриплячі звуки з носовим відтінком. При цьому глухі звуки сприймаються як близькі до звука ***х,*** дзвінкі - до ***г*** фрикативного; з них губні і губно-зубні - як близькі до звука ***м,*** а передньоязикові - до звука ***н*** або ***и*** із незначною модифікацією звучання.

За ступенем «постраждалості» приголосних звуків від безпосереднього впливу антомічного дефекту можна виділити декілька груп звуків.

Першу групу складають найменш порушені звуки: в, в`, ф, ф`, х, х`, н, н`, м, м`, й.

Другу групу складають звуки, вимова яких значно страждає через гугнявість та нестійкість артикуляційних укладів: п, п`, б, б`, т, т`, д, д`, к, к`, г, г`, ґ, л`.

Третю групу складають звуки, вимова яких є зазвичай грубо порушеною до невпізнанності, але більш характерною є відсутність артикуляційних укладів даних звуків взагалі і власне, відсутність у самостійному мовленні: с, с`, з, з`, ш, ж, ч, ц, р, р`, л.

Обов’язково слід зазначити, що стан звуковимовної сторони мовлення у дітей, які були прооперовані у ранньому віці і проходили доопераційну та післяопераційну логопедичну підготовку значно відрізнявся у кращу сторону за якістю фонації від звуковимови прооперованих дітей, з якими логопедична робота не проводилася взагалі. Для перших характерним були порушення вимови звуків третьої групи. Стан звуковимови останніх характеризувався як тяжкий, вираженими були порушення усіх троьх груп приголосних звуків. Вимова голосних також значно була постраждалою, характеризувалася нестійкістю артикуляційних позицій (можливою була ізольована вимова і відсутня або незрозуміла вимова голосних у словах і фразах).

Найскладніше вдавалося вимовляти так звані в українській фонетиці – вузькі голосні (що вимагають занадто вузького проходу для струменя видихуваного повітря). Це голосні високого (і, у) та високо-середнього (и) ступеня підняття спинки язика. Більш стійкою виявилася позиція широких голосних - голосних середнього (е, о) та низького (а) підняття.

Патологічні особливості будови і діяльності мовленнєвого апарата обумовлюють багаточисельні відхилення як у розвитку звуковимови, так і інших структурних компонентів мовленнєвої діяльності.

Таким чином, патологічне звукоутворення у 78% дітей з ВНГП 4-6 років (83 зі 106) має як антропофонічні (спотворене звучання фонем), так і фонологічні (заміна однієї фонеми на іншу) ознаки. Практично усі голосні та приголосні звуки назалізовані, нечітко диференційовані між собою. Артикуляція їх значно змінена, звучання більшості з них навіть не наближається до норми, часто вони взаємозамінюються всередині груп звуків, схожих за акустичними ознаками і способом творення.

Окрім артикуляційних та фонаційних порушень звуковимови як наслідку ВНГП, прослідковуються дефекти звукової сторони мовлення, пов’язані із аеродинамічними порушеннями. Найбільш суттєвим проявом дефектності фонетичного оформлення усного мовлення є порушення усіх оральних звуків з причини зміни аеродинамічних умов фонації із підключенням носовго резонатора. Більше того, окрім назалізації виразно прослідковується вплив на вимову деяких приголосних (особливо передньопіднебінних: р, й, дж, ж, ч, ш та задньоротових: г, ґ, к, х) глоткового резонатора (фарингалізація) та навіть гортані (глотталізація), як компенсаторні додаткові атипові артикуляції.

Більш того, у спонтанному мовленні дефекти звуковимови підсилювалися і мовлення ставало ще менш зрозумілим та розбірливим.

Тобто, аналіз вищезазначених проявів звукових характеристик у дітей з ВНГП дає підстави узагальнити та виділити порушення фонологічної сторони

мовлення на експресивному рівні, пов’язані із впливом вродженого анатомічного дефекту (ВНГП):

- артикуляційні порушення;
- аеродинамічні порушення;
- фонаційні порушення.

До другої групи ми віднесли так звані типові симптоми порушень звукових характеристик мовлення експресивного рівня, пов’язані з іншими причинами (не обумовленими ВНГП):

- типові порушення вимови усіх груп приголосних звуків: за активним мовленнєвим органом (губно-губних, губно-зубних, передньоязикових, середньоязкового «й», задньоязикових, фарингеальних); та способом творення (шумні: зімкнені, щілинні; сонорні: зімкнені носові, щілинні, вібрант «р»);
- оглушення дзвінких приголосних;
- пом’якшення твердих приголосних (враховуючи варіанти напівпом’якшеності групи приголосних перед «і»: п`, б`, м`, ф`, в`, к`, г`, х`, ш`, ж`, ч`, дж`, г`);
- пропуски звуків при збігу приголосних;
- порушення ритміко-складової структури;
- мелодико-інтонаційні розлади.

Спираючись на виділені особливості фонетичного оформлення мовлення дітей з ВНГП, можна зробити висновок про поліморфність фонетичних порушень, «фонетичну нестабільність або невизначеність» звуків, що вимовляються та про недостатню сформованість мелодико-інтонаційних та темпо-ритмічних характеристик мовлення. Характерним для усіх типів артикуляційних помилок є труднощі диференціації (розмежування) звуків та їх взаємозамінюваність. Вірогідно, що окрім зазначених вище причин, цю нечіткість визначає також різноманітність індивідуальних компенсаторних механізмів.

Нами чітко прослідковано не тільки безпосередній вплив анатомічного дефекту верхньої губи та піднебіння на стан звуковимови, а і його відстрочений вплив на мовлення такої дитини, тобто визначені особливості формування мовлення, які вторинно виникають внаслідок аномальних умов формування мовленнєвої функції.

Окрім порушень звуковимовної сторони мовлення, безпосередньо пов'язаних з анатомічним дефектом, нами виявлено групу дефектів звуковимови, пов'язаних з порушенням здатності здійснювати динамічні комплекси артикуляційних дій, відповідно певного складу, переключаючись з однієї дії на іншу. Обстежуючи сформованість звуко-складової структури слова нам вдалося дослідити здатність дітей з ВНГП перетворювати сукцесивно організовані комплекси артикуляторних дій у цілісну симультанну програму – тобто виявити ступінь автоматизації складової моторної програми від якої залежить стійкість відтворення у подальшому звукових складів у артикуляторно складних текстах.

Більшість дітей старшого дошкільного віку виявили несформованість немовленнєвого відчуття ритму. Завдання на відтворення ритмічних структур виявилися для них складними. Навіть завдання на відворення найпростішого ритму (II II I; I III I; II I II I II; I I III I I) викликало у них труднощі.

На прохання відтворити ряд складів у квазісловах (та-та-та; ка-ка-ка; ка-та-ка; па-та-ка) більшість дітей допустили помилки, деякі відмовилися від виконання завдання. Ми допускаємо, що перші два завдання могли викликати у дітей труднощі з причини їх незвичності, непідготовленості дитини до виконання. Однак, навіть після надання дозованої допомоги, половина дітей не змогли їх правильно виконати.

Більш легкими були завдання на відтворення ритму під час вимови простих ізольованих слів (дім – стіл – хліб; каша – кавун – сіно – рама). Більшість дітей відтворила ритмічну канву правильно, або з незначними похибками.

Однак, при вимові багатоскладових слів (акваріум, помідор, міліціонер, вертоліт, капуста, гімнастика, велосипед, ролики, температура, колобок, підсніжник, мультфільм), а також повторюючи речення («В акваріумі плавають рибки», «Діти у лісі зібрали підсніжники», «Велосипедист наздогнав групу спортсменів») не лише самостійно, а навіть відображено допустили низку помилок.

Характерними були такі симптоми порушення ритміко-складової структури мовлення у дітей із ВНГП:

- опускання першого приголосного звука;
- скорочення груп приголосних звуків;
- переривання звучання приголосного в кінці слова;
- додавання зайвого приголосного звука у склад;
- перестановки звуків у слові (метатезис), порушення послідовності звуків;
- уподібнення складів (дистантна асиміляція);
- скорочення кількості складів (складова елізія);
- збільшення кількості складів;
- порушення правильності наголошення багатоскладових слів тощо.

При цьому характерною є поява додаткових призвуків особливо на початку слова, інколи відмічається зайва, перебільшена артикуляція, або спрощення артикуляційних рухів під час вимови складів або слів зі збігом приголосних. Тобто, йдеться про стійкі порушення ритміко-складової структури.

Вірогідно, механізм порушення полягає у дефектах моторного управління, порушеннях аеродинаміки мовотворення, порушеннях фонематичного слуху та у багаточисельних типових та атипових порушеннях звуковимови.

Спираючись на дані клініко-педагогічного скрінінгу, на основі детального фонетико-фонологічного аналізу та виділення атипових та типових симптомів

порушень звукових характеристик мовлення, а також симптомів порушення ритміко-складової структури слів на експерсивному рівні, нам вдалося виділити синдроми фонологічних порушень у дітей із ВНГП, розкрити структуру механізму порушення фонологічної системи мовлення та визначити різни стани сформованості фонологічної складової функціональної системи мови та мовлення за рівнем складності або тяжкості симптоматичних проявів.

За сукупністю клінічних та фонологічних характеристик виділено групи дітей із ВНГП, що відрізняються за станом сформованості семіотичної підсистеми ФСММ на експерсивному рівні. Групи було вибудовано згідно з принципом ускладнення порушень фонологічної системи мовлення з урахуванням клінічної симптоматики. За основу було взято результати обстеження 106 післяопераційних дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння середнього та старшого дошкільного віку.

Так**,** у першу, найменш чисельну групу увійшло 8 дітей (8%) звуковимова яких відповідала показникам фонетичної та просодичної норми. Тобто, це діти, які у п’ять років не мали ні специфічних (атипових), ні типових порушень у власній звуковимові. Слід зазначити, що п’ятеро з восьми дітей мали вроджене ізольоване незрощення верхньої губи. Решта (троє) – вроджене наскрізне повне одно- або двобічне незрощення верхньої губи. Це були вчасно прооперовані діти, які не мали велофарингеальної недостатності, мали добре функціонуюче м’яке піднебіння, достатньо рухливий активний язик. Тобто, цю групу післяопераційних дошкільників із ВНГП можна вважати найблагополучнішою у відношенні фонаційного оформлення мовлення: голосоутворення, звуковимовної, темпо-ритмічної та інтонаціної організації. Дітей цієї групи ми віднесли до категорії дітей з нормальним розвитком звукової сторони мовлення.

У другу групу увійшло 11 дітей (10%), які не мали порушень тембру голосу (назальності), але звуковимова яких залишалася порушеною і після п’яти років і мала усі ознаки функціональної дислалії (акустико-фонематичної та артикуляторно-фонетичної за Б.М. Гриншпуном). Тобто, порушення носили патологічний, але суто функціональний характер (не пов’язаний із анатомічним

дефектом артикуляційного апарату) і без спеціальної корекційної допомоги не компенсувалися.

У них практично збереженими виявилися голосні звуки (інколи лише вимова таких звуків як «і» та «у» мала ледь помітний назальний відтінок). Однак, при цьому ми не спостерігали у них патологічних укладів язика у порожнині рота, відтягнутості дозаду артикуляційних зон, порушень мімічної мускулатури та порушень взаємодії м'язів артикуляційних органів. На нашу думку, дефектне звукомовлення у цих дітей пов'язане з ненормованим відтворенням груп приголосних звуків з причини недостатньо сформованої артикуляційної бази, тобто у них переважали типові фонологічні (заміни, змішування) та фонетичні або антропофонічні (перекручування звуків) дефекти звуковимови.

За характером незрощень двоє дітей мали вроджене ізольоване незрощення верхньої губи; троє дітей мали одно- або двостороннє вроджене наскрізне незрощення верхньої губи, одна дитина - вроджене ізольоване незрощення твердого піднебіння; одна дитина – вроджене ізольоване незрощення твердого та м'якого піднебіння; двоє - вроджене приховане незрощення твердого та м'якого піднебіння, та у двох останніх дітей було вроджене двобічне наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння.

Порушення звуковимови дітей цієї групи відповідало характеристикам поліморфної функціональної дислалії навіть на тлі малопомітних порушень тембру голосу.

У третю групу увійшло 14 дітей (13%) з порушеннями тембру голосу, але без грубих типових та атипових порушень звуковимови з причини вродженої щіліни губи та піднебіння.

При цьому слід зазначити, що до 4-х років у деяких з них була зафіксована фізіологічна недосконалість звуковимови, яка поступово долалася самостійно (рідше), або частіше - за допомоги логопеда. Але вони успішно були

подолані у відповідні нормативні терміни. Ці діти одержали необхідний ранній логопедичний супровід.

Їх звуковимова розвивалася так, як і у дітей першої та другої груп, але характериним було те, що у них більш постраждалою виявилася просодична сторона мовлення. У деяких з цих дітей спостерігалися неускладнені порушення звуковимови по типу функціональної дислалії, діти перебували на етапі засвоєння артикуляційних навичок (диференціації або автоматизації звуків). При цьому ми враховували думки багатьох авторів [172, 237, 386] про неоднорідність функціональної дислалії як клінічної групи. Вибіркові порушення вимови деяких звуків (особливо пізнього онтогенезу) скоріше носять вторинний характер вірогідно з причини первинних порушень голосових, тембрових характеристик звуків. У цих дітей переважали наскрізні незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (7), приховані твердого та/або м'якого піднебіння (4), а також у трьох дітей було вроджене ізольоване незрощення м'якого піднебіння.

Для даної групи дітей доцільніше говорити про відкриту органічну ринофонію, а не про вроджену органічну відкриту ринолалію.

У 32 дітей, які склали четверту групу (30%), виявлялися як специфічні (атипові), так і типові симптоми порушень звукових характеристик мовлення експресивного рівня. Тобто у цих дітей спостерігалися поєднані дефекти звуковимови пов'язані як з вродженим анатомічним дефектом щелепно-лицьової ділянки (ВНГП), так і з дефектами моторного управління, порушеннями кінестетичного праксису, що провокувало неправильні артикуляційні уклади, неточні рухи язика тощо. Йдеться про ускладнений механізм порушення усного мовлення – залучення декількох порушених ланок фонаційного оформлення мовлення.

На прикладі дітей цієї групи була прослідкована найбільш виразна залежність стану звуковимови від строків хірургічного лікування та початку логопедичної роботи. У більшості випадків - це діти, прооперовані після трьох-чотирьох років (навіть був випадок першого етапу операції з приводу ВНГП у 11

років) і які не отримували ранньої логопедичної допомоги, або вона була несистематичною, здійснювалася лише в умовах клінічного стаціонару. В основному це були діти із одно- або двобічними наскрізними незрощеннями губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння (22), а також із повними ізольованими незрощеннями твердого піднебіння (2), твердого та м'якого піднебіння (5) та ізольованим незрощенням м'якого піднебіння (1).

Для самої дитини навіть такі неправильні артикулеми служать кінемою, тобто руховою характеристикою визначеного звука, і у її мовленні виконують смислорозрізнювальну функцію, що й дозволяє використовувати їх для мовленєвого спілкування.

Власне, мовлення дітей даної групи відповідає уявленням про класичну органічну відкриту ринолалію, тобто – про тотальне недорозвинення звукової сторони мовлення (порушення механізмів артикуляції, голосоутворення та фонації, незважаючи на те, що деякі артикуляційні уклади навіть можуть бути наближеними до норми. Навіть за умови вдалого відновлення цілісності губи та піднебіння, деякі діти самостійно не научуються користуватися новими анатомічними даними і під час артикулювання намагаються зашкодити виходу повітря через ніс, що у свою чергу викликає неприродню міміку (зжимання крил носа, продольна складка на лобі тощо), зміщує артикуляційні зони, послаблює силу та висоту голосу, позбавляє голос модуляції.

Особливе місце займають діти-сироти, яких зазвичай оперують у більш пізні строки, вони мають гірші показники соматичного і психофізичного стану у порівнянні з ровесниками з ВНГП, а також ці діти цілеспрямовану логопедичну допомогу отримують у кращому випадку лише у старшому дошкільному віці. Саме у цих дітей виявлено ринолалію тяжкого ступеня (відсутність диференціації голосних; зашумлення звуків п, б, д, к, ґ, г; замість вимови п, б, в, ф – так зване глоткове клацання; відсутність африкат, сонорів тощо).

Відсутність сімейного виховання, допомоги родини, відокремленість від суспільства ще більше ускладнюють розвиток мовлення дитини-сироти.

Решту дітей ми об’єднали в одну клініко-логопедичну групу з огляду на обтяжений характер фонологічних порушень (на експресивному рівні).

Таким чином, до п’ятої найбільш чисельної групи увійшла 41 дитина (39%) з комбінованим (обтяженим, ускладеним) варіантом порушень звуковимовної сторони мовлення. У так звану групу комбінованого (ускладненого) дефекту фонологічної сторони мовлення (на експресивному рівні) увійшли діти, які мали клінічні ознаки ринолалії та дизартрії (підгрупа А), вродженої органічної відкритої ринолалії та заїкання (підгрупа В), вродженої органічної відкритої ринолалії та алалії (підгрупа С).

У підгрупу А увійшло 35 дітей. Одразу слід зазначити, що 28 (80%) дітей цієї підгрупи мали одно- або двобічні наскрізні незрощення губи, коміркового відростка, твердого та м’якого піднебіння.

Діти підгрупи А мали комбіновані порушення звуковимови, пов’язані із анатомічним дефектом, а також ті дефекти, які підтверджували наявність у них дизартричних або диспраксичних проявів. Найтяжче давалися приголосні середнього та пізнього онтогенезу: складні за артикуляцією приголосні звуки: р, ж, ц, ч, ш, дж, жз, й. Свистячі та шиплячі, ч та ц, р та л вимовляються неточно, наближено, схоже на носовий видих з «хлюпачим» призвуком. Видихуваний струмінь повітря надзвичайно слабкий. Часто при збігу приголосних один звук опускався (тісто – то; білка – біка; кімната – ната, хата, ата тощо). Внаслідок моторних труднощів переключення зустрічалися випадки уподібнення складів, особливо у трьох- та чотирьох складових словах (помідор – мімідор; капуста – папуста, папута, пута; колобок – лолобок, бобок; гімнастика – мімнастика, мімнатика, мінакака; велосипед – лилипед, велипед, сисипед).

Особливі труднощі викликали м’які та напівпом’якшені приголосні звуки, які вимагали додавання до основної артикуляції підйому середньої частини спинки язика до твердого піднебіння. Характерним також було майже беззвучне вимовляння голосних та дзвінких приголосних.

Виявлено порушення тембру голосу, специфічні та типові дефекти звуковимови, а також клініко-фізіологічні симптоми псевдобульбарної або коркової дизартрії (в основному мінімальні прояви).

Вірогідно, що у цих дітей у періоді раннього пренатального розвитку постраждали не тільки механізми забезпечення анатомічної цілісності обличчя, але і рухові механізми мовлення (механізм регуляції м'язевого тонусу та послідовності скорочень, синхронності роботи артикуляційного, дихального та голосового апарату, кінестетичних відчуттів, а також емоційної виразності мовлення).

Ці діти відчували значні труднощі при переключенні артикуляційних рухів, під час виконання серії рухів тощо. У одних дітей оральна моторика розвивалася по типу оральної диспраксії, коли об'єм та сила рухів були повноцінними (симптоми артикуляторної диспраксії). У інших дітей артикуляційні рухи відрізнялися неточністю, недостатньою силою та інтенсивністю, швидкістю та плавністю. Особливо страждали рухи язика – вони були неплавними, з малою амплітудою, швидко виснажувалися, що підтверджувало паретичність язика (симптоми дизартрії розвитку).

Усі діти цієї підгрупи відчували значні труднощі при переключенні артикуляційних рухів. Йдеться в основному про незначні прояви зазначених характеристик. Однак, попередньо одержані результати раннього психофізичного та мовленнєвого розвитку, соматичного стану, особливостей загальної, дрібної та артикуляційної моторики безперечно підтверджують наші висновки про поєднання у дітей підгрупи А декількох синдромів порушення звукової сторони мовлення.

Вірогідно, що ушкодження окремих складових мовленнєвої функціональної системи у період інтенсивного розвитку у даному випадку призводить до дезінтеграції усього мовленнєвого розвитку в цілому. У цьому процесі суттєве значення відіграє не тільки наявність вродженої анатоміної патології щелепно-лицьової ділянки, можливе ураження рухового механізму системи мовлення, але і порушення кінестетичного сприймання артикуляційних позицій та

артикуляційних рухів (про що засвідчили результати подальших досліджень стану артикуляційного праксису та кінезису).

Відомо, що кінестетичні відчуття супроводжують роботу усіх мовленнєвих м'язів. У порожнині рота виникають різноманітні чітко диференційовані відчуття у залежності від ступеня напруженості під час рухів язика, губ, нижньої щелепи. У дітей цієї підгрупи страждає відчуття чіткої спрямованості цих рухів та артикуляційних укладів, втрачається сприймання стану напруженості або розслабленості м'язів артикуляціного апарату та обличчя, нав'язливих або насильницьких (у тяжких випадках) рухів. У більшості цих дітей у клінічному анамнезі було відмічено мінімальні мозкові дисфункції, часті захворювання ЛОР-органів та органів зору, що призводило до порушень здоров'я, втрат фізичного слуху та гостроти зору. Усе вищезазначене призводить до порушення зворотньої рухово-кінестетичної, слухової та зорової аферентації і безперечно затримує процес інтеграції у роботі різних функціональних систем, ще більше ускладнюючи перебіг їх мовленнєвого розвитку.

При цьому, необхідно зазначити, що серед дітей із ВНГП зазначеної підгрупи А ми виділили тих дітей, у яких симптомокомплекси порушень звуковимовної сторони мовлення відрізнялися як від функціональних розладів звуковимови, так і від загальноприйнятих у неврології класичних синдромів дизартрії. При цьому, ми враховували недостатність у сучасній логопедії та логопатології досліджень крітеріальної діагностики щодо розмежування форм стертої дизартрії та артикуляційної диспраксії як особливої форми парціального недорозвинення мовлення.

У третини дітей цієї підгрупи дефекти звуковимови відповідали характеристиці артикуляційної диспраксії [243], що свідчило про незрілість або аномальне формування артикуляційного праксису. При цьому у цих дітей неврологічні симптоми, порушення оральної моторики, міміки були менш вираженими, ніж при дизартрії розвитку.

Звуковимовна сторона мовлення окрім атипових дефектів вимови звуків, викликаних впливом ВНГП, включала і дефекти, що підтверджують

артикуляційну диспраксію (стійкі порушення окремих фонетичних характеристик звуків, регулярні заміни артикуляторно складних звуків пізнього онтогенезу на більш прості звуки раннього онтогенезу, пропуски звуків при збігу приголосних, пропуски та перестановки складів зі звуками пізнього онтогенезу, порушення відтворення складової структури слова тощо) як особливу самостійну форму парціального недорозвинення мовлення (оскільки в основі цих порушень лежить дефіцит центральної інервації артикуляційних органів).

Схиляючись до правомірності [243] розрізнення дизартрії розвитку та артикуляторної диспраксії (різних її варіантів), ми вважаємо за доцільне зазначити, що із 35 дітей підгрупи А 8 дітей (22%) за клінічними ознаками мали вроджену органічну відкриту ринолалію та дизартрію (псевдобульбарна та дизартрії змішаного типу), та 27 дітей (78%) мали ринолалію та артикуляторну диспраксію. Ми не розмежовували ці варіанти, беручи до уваги наукову дискусійність питання щодо правомірності віднесення за клінічними ознаками традиційної «стертої дизартрії» до дисфонетичної форми артикуляційної диспраксії.

Однак, одержані результати дозволяють вперше заявити про наявність у мовленні дітей із вродженим незрощенням губи та піднебіння різних варіантів артикуляційної диспраксії: дисфонетичної, дисфонологічної та динамічної. Наявність синдрому артикуляційних диспраксій, на нашу думку, більш точно пояснює механізм недорозвинення або ушкодження складових, що забезпечують фонологічну сторону мовлення у третини дітей із ВНГП. Різні нейропсихологічні механізми артикуляторних диспраксій були підтверджені результатами проведених нами нейропсихологічних досліджень.

У підгрупу В увійшло 4 дітей з ВНГП (4%), у яких було виявлено ринолалію та заїкання (як невротичної, так і неврозоподібної форми). У цих дітей більш «яскравою» виявилася неврологічна симптоматика, яка прослідковувалася з періоду раннього розвитку.

У підгрупі С у 2 дітей (2%) – зафіксована органічна відкрита ринолалія у поєднанні з алалією (моторною). При чому, етіологія цього варіанту дизонтогенезу мовлення носила комплексний характер. У цих дітей (хлопчиків) у клінічному анамнезі було виявлено причини двох порядків: генетично обумовлені – спадкове обтяження мовленнєвою патологією одного з батьків, а також було виявлено грубе стійке порушення артикуляційного динамічного праксису (що вказує на можливі осередкові ураження або недорозвинення моторних мовленнєвих центрів). На момент обстеження їх експресивне мовлення було на рівні голофраз або декількох номінативних слів, при цьому вони виказували стійке бажання до спілкування, використовуючи жести і міміку. Тобто, ми спостерігали різку диспропорцію між мізерним об'ємом комунікативних засобів та вираженими комунікативними потребами. При цьому, маючи вроджене однобічне наскрізне незрощення губи, твердого та м'якого піднебіння, і як наслідок даної патології – органічну вроджену відкриту ринолалію з усіма відповідними симптомами, загальне враження про мовленнєві можливості і актуальний стан мовлення було вкрай неблагоприємним.

Якщо говорити про первинність/вторинність дефекту мовлення у такої дитини, то вірогідно стверджувати про наявність мультисиндромного стану тотального недорозвинення експресивного мовлення, що виражалося у первинному порушенні формування усім підсистем ФСММ, тобто про первинність системного мовленнєвого порушення (у формі моторної алалії) і вторинність ринолалії, як наслідку ВНГП.

При цьому, ми давали собі звіт у тому, що тут поєднюються декілька лінгвопатологічних синдромів, спрацьовують різні механізми порушення, взаємо обтяжуючи один одного і примушуючи протікати мовленнєвий розвиток із грубою дисгармонією.

Необхідно зазначити, що у дітей трьох останніх підгруп був складний клінічний анамнез, обтяжений поєднаними дефектами систем та органів, виявлено неврологічну симптоматику (від легкої до більш грубої). У зв'язку з

цим, враховуючи наявність показань до більш пізніх строків оперативного втручання або протипоказань медикаментозного лікування до певного періоду, багатьом дітям цих груп ураностафілопластику було проведено після 2,5 – 3,5 років (інколи після п’яти років), що негативно впливало на формування рухової та мовленнєвої сфери.

Також прослідкована залежність ускладнення дефектів звуковимови, їх «застрягання», уповільнення темпів корекції від таких чинників, як вік дитини, час проведення хірургічного та ортодонтичного лікування, наявність/відсутність обтяжуючих стан здоров’я факторів, порушень когнітивного розвитку, початок логопедичної та психологічної роботи, включення у спільну корекційну роботу членів родини, наявність/відсутність необхідних умов для здійснення систематичної тривалої корекційної роботи.

На даному етапі дослідження логопедичну діагностику ми співвідносили з класичною клінічною класифікацією мовленнєвих порушень. Таким чином, у результаті комплексного клініко-логопедичного вивчення мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП вперше запропоновано нову клініко-логопедичну класифікацію порушень фонологічної сторони мовлення (на експресивному рівні) у дітей із ВНГП. Виділено V груп післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку, звуковимовні та просодичні показники яких мають суттєві відмінності і відповідають різним клінічним характеристикам фонологічних порушень та свідчить про своєрідність семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (на експерсивному рівні) (рис. 3.5).

У результаті комплексного аналізу особливостей експресивного мовлення у дітей із ВНГП нам вдалося визначити характерні ознаки його порушення і звести їх у відповідні симтомокомплекси:

1) атипові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення з причини ВНГП;
2) типові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення у дітей із ВНГП;
3) симптоми порушень ритміко-складової структури слова у дітей із ВНГП

Нами доведено, що у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння спостерігалися як типові (умовно патологічні) помилки звукового оформлення мовлення, так і атипові (патологічні). Перші ми спостерігали у дітей першої-другої клінічної групи (помилки, що зустрічалися як на ранніх етапах мовленнєвого онтогенезу, так і при патології). Другий тип помилок був пов'язаний із впливом вродженого первинного дефекту щелепно-лицьової ділянки.

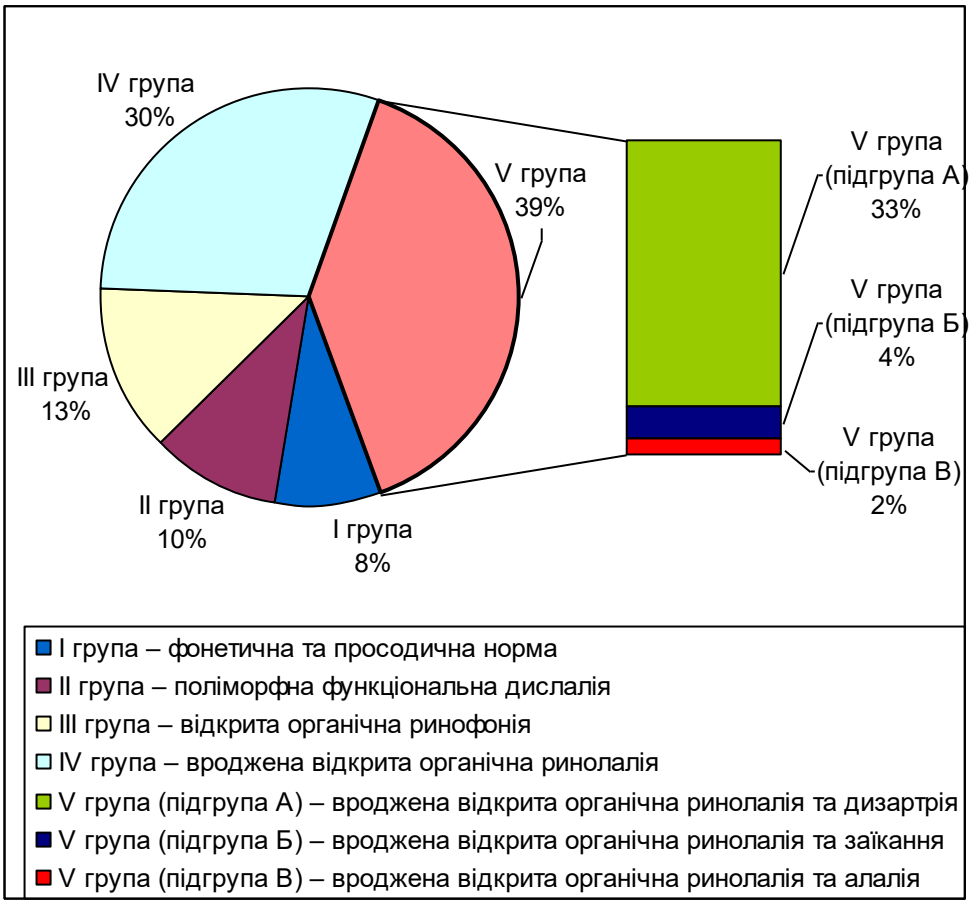

Рис. 3.5 Розподіл дітей із ВНГП за станом звуковимовної та просодичної сторони мовлення (клініко-логопедична класифікація)

Більше того, спираючись на зазначене вище, ми вивели узагальнені лінгвопатологічні симптоми порушень звукових характеристик експресивного мовлення у дітей із ВНГП:

1) порушення звукових характеристик мовлення на сегментарному (вибіркове) та супрасегментарному рівнях (тотальне у поєднанні з дефектами просодичної сторони мовлення);
2) пропуски звуків;

3) заміни звуків;
4) змішування звуків (двосторонні заміни звуків);
5) нестійкі, нерегулярні заміни звуків;
6) асиміляції звуків (дистантні заміни-уподібнення);
7) пропуски складів;
8) редуплікація складів (персевератоне повторення одного і того ж складу);
9) перестановки складів (метатезис);
10) порушення голосових та інтонаційно-мелодійних характеристик.

Тим самим ми стверджуємо про наявність у дітей із ВНГП синдромів порушення звукової сторони мовлення:

1) синдром мономорфних функціональних порушень у дітей II, III, IV групи;
2) синдром центральних поліморфних вибіркових порушень звуковимови у дітей У (частково) групи;
3) синдром центрального поліморфного тотального порушення звуковимови органічної генези у дітей У (частково) групи.

Таким чином, на основі детального фонетичного аналізу виявлено, що дефекти звуковимови у одних дітей із ВНГП є самостійним видом мовленнєвого порушення, а у більшості інших - входять у структуру парціального недорозвинення мовлення.

Тобто, на сьогодні не викликає сумнівів неможливість ототожнення стану звуковимови у дітей із ВНГП лише з органічною відкритою ринолалією або відкритою органічною ринофонією. Одержані результати виявили набагато більш варіативні стани (див. діаграму) звуковимовної сторони мовлення, що забезпечило можливість глибше розкрити структуру дефекту розвитку фонологічної системи мовлення (на експресивному рівні) у даної категорії дітей. Дослідження взаємозв'язку між особливостями звуковимови та рівнем розвитку мовлення взагалі розкрили вплив стану експресивного мовлення на загальний мовленнєвий розвиток дитини з ВНГП.

Одержані результати засвідчують наявність у дітей з ВНГП різних станів звуковимовної сторони мовлення, визначення яких підтверджує необхідність урахування цих відмінностей у пошуках шляхів формування звуковимови та створення індивідуальних логокорекційних програм.

Б. Лексичний блок (іменники, дієслова, прикметники)

Аналізуючи зазначені показники, ми відштовхувалися від результатів обстеження вищезазначеної групи дошкільників (106), а також притримуватися поділу цих дітей на 5 груп за станом фонологічної системи мовлення.

Одразу слід зазначити, що діти першої-третьої клінічної групи показали результати середньо-високого рівня, тобто їх лексична система відповідала нормативним показникам для цього віку з незначними відхиленнями.

Для дітей з ринолалією (IV група), та більш складними варіантами порушень мовлення (У група) характериними були виражені порушення лексико-граматичної будови мовлення та використання синтаксичних одиниць. Характеризуючи активний словниковий запас цих дітей старшого дошкільного віку з ВНГП, одразу небхідно відмітити його обмеженість у переважної більшості (переважання слів, що означають назву конкретних предметів та дій, недостатня кількість узагальнюючих слів, майже відсутність слів, що означають абстрактні поняття). При цьому, характерним було недостатнє розуміння значення багатьох слів і понять, особливо тих, що рідко використовуються у побутовому житті дитини.

Для більшості з них складними виявилися навіть завдання на узагальнення слів: **„**Назви одним словом”: **Яблуко, груша, вишні, слива; Тарілка, чашка, каструля, ложка; Лялька, м’яч, ведмедик, кубик. Не менш складним було назвати частини предметів, тіла тварин, людини (ляльки), завдання на називання предметів за їх призначенням, а людей за родом їх занять: „Як називається предмет, яким розчісують волосся?”, „Як називають предмет, з допомогою якого їдять борщ?”, „Як називають людину, яка лікує (навчає дітей»)**. Вірогідно, це є свідченням «гальмування» когнітивної складової психічного розвитку.

Відчувалася значна обмеженість активного словника, відсутність досвіду активної участі у співбесіді, невпевненість, сором'язливість.

Більші труднощі виявилися при необхідності показати дієслівний: **Що роблять або як пересуваються? Пташка, риба, змія, собака, машина, хлопчик. Хто як подає голос? Кіт, півень, корова, свиня, жабка , собака. Що роблять цими предметами? Лопатою , ложкою , віником, олівцем;**

та прикметниковий запас слів та їх розуміння: підібрати ознаки до предметних малюнків: **Лимон - який? Подушка – яка? Ліжко – яке?**

Утворення присвійних прикметників **(гра „Чий, чия, чиє або чиї?"): чий хвіст?, чия морда?, чиї вуха?** Утворення прикметників від іменників **(гра „Які вони?"): Мотрійка з дерева, Ніж із заліза, Банка зі скла.** підібрати антоніми: **Великий (м'яч), довга (стрічка), товсте (дерево).**

Обов'язково необхідно зазначити, що розуміння значення слів випереджало здатність вживати їх у власному мовленні. Тобто, пасивний словник дитини з ВНГП значно ширший, ніж словник активний. Однак, труднощі відчувалися при необхідності розуміння і пояснення контекстних слів з причини недостатньої усвідомленості змістовної узагальненості значення слів, що призводило часто до заміни приблизних за значенням слів, або схожих за звуковими та морфологічними ознаками.

В. Граматичний блок

В.1. В.2. Особливості сформованості граматичної системи словозміни та словотворення.

Обмеженість та неповноцінність лексичних засобів наочно проявилися при необхідності виконати завдання на словозміну та словотворення. Діти відчували труднощі при узгодженні іменника з числівником: ***Олівець - , цукерка - , м'яч -*** ; прикметника з іменником у роді та числі: ***Сукня, м'яч, яблуко, олівці;*** особливо при утворенні родового відмінку іменників (гра „Чого немає***?"): машинка -, м'ячик -, ручка.***

Кращі результати показали діти, утворюючи слова-іменники зі зменшувально-пестливим значенням (за аналогією) за допомогою суфіксів:

Стіл і _ ; яблуко і _ ; миска і _ ; дерево і __ ; та префіксів: Ходить_; Малює_; Співає__.

Однак, більшість дітей потребувала дозованої допомоги і тільки потім виконувала завдання правильно.

Досліджуючи синтаксичні показники мовлення, ми особливу увагу звернули на довжину фрази, яку може повторити дитина з ВНГП, оскільки, згідно психолінгвістичних досліджень довжина фрази, яку може повторити дитина близька до тієї, якою вона користується у спонтанному мовленні (завдання Г.6).

Порівнюючи із нормативними показниками, ми прийшли до висновку, діти усіх вікових категорій (чотирьох, п'яти, шести, семи і восьми років) відставали у своїх результатах від норми на декілька порядків. Це стосувалося як хлопчиків, так і дівчаток. Загальна тенденція до відставання від норми у фразовому мовленні (в основному показники відсувалися на один-два роки) стосувалася усіх без виключення дітей з ВНГП, але ці відставання коливалися у залежності від тяжкості дефекту мовлення, досвіду співпраці з логопедом, когнітивного ресурсу, особистісних зарактеристик.

Про недосконаліть граматичного оформлення мовлення свідчить низький рівень здатності самостійно будувати речення. Навіть учні молодших та середніх класів з ВНГП у власному мовленні користуються переважно простими реченнями. Будуючи більш розгорнуті речення, з використанням більше п'яти слів діти допускали різні помилки в узгодженні за відмінками, родом, числом. Дітям зі складними дефектами мовлення важко узгоджувати іменики з прикметниками, з дієсловами, прийменниками та числівниками.

Ступінь вираженості лексико-граматичних порушень у дітей з ВНГП є різною і залежить від багатьох чинників.

Введення дитиною з ВНГП (як показали попередні результати) у інвентар власних артикуляторних навичок нового звука примушує спрощувати складову структуру тих слів у які він вперше вводиться. У свою чергу стійкі порушення складової структури слів примушують дитину свідомо вилучати

використання цих слів, тим самим збіднюючи словниковий запас. Дитина свідомо (при синдромі морфологічного дисграматизму) уникає складних граматичних ситуацій і спрощує синтаксичну конструкцію висловлювання. Прослідковується дія «принципу мінімального забезпечення», описаного П.К.Анохіним [5]. Функціональна система в цілому самоорганізовується таким чином, щоб отримати кінцевий результат навіть за умови мінімальної зрілості окремих її компонетів, або спрощує функціональну структуру діяльності при неповноцінності окремих її ланок.

Вищезазначене свідчить про те, що для 69% (73) дітей з ВНГП характерною є такі особливості граматичного оформлення усного мовлення, як нестійкість аграматизмів, здатність багатьох дітей правильно формувати структуру речення, але помилятися у виборі точних відповідних граматичних форм слів та їх узгодження, тобто допускати граматичні та семантичні помилки. Результати різко погіршуються при зміні умов комунікації, за необхідності дати розгорнуті відповіді з елементами власних міркувань, умозаключень, що підтверджує наявність суттєвих труднощів у використанні лексико-граматичних засобів і вказує на недостатність їх розвитку: обмеженість та якісну неповноцінність словникового запасу, недостатню сформованість граматичних мовних засобів.

Слід зазаначити, що ми враховували дані А.В. Семенович та Н.Г. Манеліс [389] про те, що фонематичний слух, фонематичний контроль та розуміння логіко-граматичних відношень остаточно формуються у дітей не раніше 7 років.

Таким чином, у структурі мовленєвої діяльності при ВНГП (починаючи від четвертої клінічної групи) дефект фонетико-фонематичної будови мовлення є ведучою ланкою порушення, при чому первинним є порушення фонетичного оформлення мовлення. Цей первинний дефект накладає негативний відбиток на формування лексико-граматичної будови мовлення, але глибокі якісні зміни його зустрічаються зазвичай лише при поєднанні ринолалії з іншими мовленєвимивадами.

При цьому, у переважній більшості випадків порушення писемного мовлення (письма та читання) є вторинними по відношеню до порушень усного мовлення.

Нами визначено симптомокомплекси лексико-граматичних порушень експресивного рівня у дітей із ВНГП:

а) Симптоми порушення морфологічного (граматичного) оформлення висловлювань: пропуски прийменників та сполучників; пропуски або заміни службових слів; стікі заміни родових, числових та відмінкових закінчень іменників та прикметників, числових, родових та особових закінчень дієслів, пропуски головних або другорядних членів речення тощо.

б) Симптоми порушення синтаксичного висловлювання: спрощення змістовної сторони висловлювання; фрагментарність, розірваність висловлювання власних думок; погіршення ситуації у позиції монолога, покращення – у монолозі; перевага коротких, згорнутих висловлювань із використанням згорнутих граматичних конструкцій; обмеження мовленнєвої активності тощо.

в) Симптоми лексичних порушень: вербальні парафазії - семантичні помилки називання (порушення операції вибору потрібного слова із семантичного поля близьких за змістом або звучанням слів; порушення граматичної адекватності обраної словоформи); граматичні парафазії (помилки вибору відповідної словоформи відносто змістового контексту).

г) Симптоми лексичного дефіциту: недостатність експресивного та/або імпресивного словника; недостатність узагальнюючих ознак та понять тощо.

Тобто, одержані результати засвідчують наявність у певної частини дітей із ВНГП (IV-V груп) синдромів експресивного дисграматизму, сутність яких залежить від ступеня тяжкості проявів вище зазначених симптомів або лінгвістичних показників сформованості морфологічних та синтаксичних засобів передачі граматичного та семантичного значення висловлювань. На нашу думку, у дітей із ВНГП, у яких виявлено симптоми порушень лексико-

граматичного оформлення висловлювань, найвірогідніше стверджувати про наявність у них синдрому затримки лексико-граматичного розвитку.

Цей висновок підтверджують результати дослідження стану семіотичної підсистеми ФСММ на імпресивному рівні.

3.1.2. Результати дослідження фонологічної підсистеми ФСММ (імпресивний рівень)

Про стан семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення на імпресивному рівні свідчать особливості сформованості фонематичних процесів (фонематичного слуху, фонематичної уваги, слухового контролю, фонематичних уявлень), а також стан писемного мовлення. Ці базові показники визначалися згідно діагностичної моделі і результати оброблялися аналогічно 1.1.

Результати виконання діагностичних завдань дітьми 4-6 років з ВНГП (106) вважалися основними, однак, ми звертали також увагу на сформованість фонематичних процесів і у дітей інших вікових груп.

Відомо [243], що психофізіологічною основою онтогенезу фонологічної системи є інтеграція акустичного та кінестетичного аналізаторів. Акустичний та кінестетичний образи звуків мовлення, доповнюючи один одного, асоціюються разом і породжують єдиний (надмодальний) простір ознак.

Виявилося, що від деформації одного з цих образів (кінестетичного), про що свідчать попередні результати, у дітей з ВНГП страждає і акустична диференційованість відповідних фонем.

Оскільки, наявність нормальної гостроти слуху є найважливішою умовою формування фонематичного сприймання, ми у брали до уваги загальні показники, що свідчать про зниження гостроти слуху. Більш того, ми спиралися на аналіз результатів клінічного скрінігу, який підтвердив наявність значних і незначних порушень слухової функції (за даними медичних обстежень і педагогічних спостережень) у 75% (80) післяопераційних дітей дошкільного віку.

Про мінімальне зниження слуху свідчила міміка напруженого прислуховування, часте перепитування питань, зоровий контроль за артикуляцією того хто говорить. Характерною була нездатність до тонких звукових диференціацій, труднощі при повторюванні різних звуків, які відрізнялися за акустичними ознаками (дзвінкість-глухість), типовими були помилки за заміни дзвінких-глухих (бити-пити, дочка-точка); заміни ротових звуків на носові (дани замість дати), заміни задньопіднебінних на передньоязикові (доста замість доска), специфічні заміни звуків т-д, ч-ц.

Такі діти могли легко розрізнити звуки, що різко відрізнялися за акустичними та артикуляційними характеритиками, і не могли розрізнити близькі за звучанням та артикуляційним укладом.

У 49% (51) дітей спостерігалася ускладнена картина, коли з одного боку вони не дочували, а з іншого – акустичне сприймання звуків ускладнювало органічне ураження артикуляційного апарату. І тоді ці діти утруднювалися при намагання відтворити навіть ті звуки, що різко відрізнялися артикуляційним укладом, а звуковимова перетворювалася на недоступну за розумінням і розрізненням фонем. У 77% (39) цих дітей було вроджене наскрізне одно- або двобічне незрощення губи, твердого та м’якого піднебіння.

Експресивне мовлення у них було ще більше монотонним, невиразним, недостатньо модульованим на тлі гугнявості, ніж при риноаллії. Однак, під час невимушеної гри тихий голос міг змінитися до більш голосного, інколи навіть до крику. Про незначні слухові розлади свідчила нестійка, швидко виснажувана слухова увага, це проявлялося у надмірному відволіканні, втомлюваності, навіть у відмові від спілкування.

Тобто, навіть незначне пониження периферичного слуху (ми відмітили ці прояви більше, ніж у 75% обстежених дітей (80) при поєднанні із анатомічними ушкодженнями або дезінервацією артикуляційного апарату безперечно обумовлював недостатність акустичних та кінестетичних

аферентацій і надзвичайно ускладнював процес оволодіння експресивним та імпресивним мовленням.

Як ми уже зазначали вище, аудіологічні дослідження слуху у більшості випадків не проводилися, оскільки відсутні наявні симптоми його зниження і діти, що не мають гострої симптоматики запального процесу протягом тривалого часу залишаються без необхідної медичної та сурдологічної допомоги.

Результати підтверджують, що тривале існування дефектних артикулем призводить до формування порушених (викривлених) кінестетичних образів відповідних звуків, які у свою чергу, позбавляють релевантні фонеми частини диференціальних ознак або наділяють їх атиповими ознаками, оскільки артикуляція є не лише засобом продукування звука, але і важливою умовою його пізнання.

Підтвердженням цього є результати виконання обстежуваними завдань блоку Д (Д.1; Д.2; Д.3, Д.4).

Одразу слід зазначити, що усі завдання блоку Д (1-4) на високому та високо-середньому рівні виконали лише 33 дітей (31%) першої, другої та третьої групи .

Цікаво відзначити, що навіть діти, які мали органічну відкриту ринофонію, у яких страждала мелодико-інтонаційна забарвленість мовлення, відносно легко вправлялася із завданнями на впізнавання та розрізнення звуків. Це говорить про збереженість кінестетичних відчуттів, сформованість правильних артикуляційних укладів, відсутність порушень фізичного та тонального слуху.

Характерним для дітей другої-третьої групи було правильне впізнавання і розрізнення фонем, незважаючи на те, що у їх власній вимові ці звуки могли бути недостатньо фонетично точними і чистими.

У решти 73 (69%) дітей (четверта-п’ята групи) з ВНГП виявлено відхилення у формуванні фонематичного сприймання та фонематичних уявлень, які окреслилися вже на першому етапі дослідження. Про це свідчили

труднощі впізнавання ізольованих звуків або звуків, близьких за звучанням з ряду інших (гра „Злови звук”: А – а, у, і, а, о, а; У – у, о, е, у, у, о; С – с, м, ж, с, з, с; Д – д, к, д, т, м, д; стійкі заміни та змішування голосних та приголосних звуків, впізнавання та виділення складу з ряду складів (гра „Злови склад”: ЖА – ма, жа, со, ту, жа ; ЗУ – на, да, зу, шу, зу; впізвання першого (Акула, осінь, стіл , шпак, риба), останнього звука (Рука, лосі, лапи, дах, мак, ніс, морж) у слові . Більш того, для дітей четвертої-сьомої групи характерними були нестійкі заміни звуків, коли один і той же звук мав декілька замінників.

Про виражені недоліки фонематичного сприймання свідчили також помилки у розрізненні слів-паронімів (близьких за звучанням, але різних за значенням: рак-лак, коса-коза, злива-слива). У 69% обстежених дітей (73) зафіксована несформованість сприймання навіть опозиційних звуків у складах, не говорячи про розрізнення звуків, близьких за звучанням (па – ба; то – до; пити – бити – мити). Ще більші труднощі викликали завдання на пригадування слова із заданим звуком; розкладання малюнків на групи (без проговорювання, без опори на слух) на задані (опозиційні) звуки; відбирання малюнків (іграшки) із заданим звуком. Усе це свідчило про недостатню сформованість фонематичних уявлень і сприймань і передбачало несформованість фонематичних процесів вищого порядку – фонематичного аналізу та контролю.

Особливо важко давалися завдання на розрізнення на слух тембру, інтонації, мелодики голосу (гра „Хто як говорить”), з опорою на відповідні малюнки). Особливо, якщо йшлося про необхідність самостійного відтворення цих звуків.

При цьому слід зазначити, що 24 дитини другої-третьої групи (23%) виконали завдання з показниками середнього рівня, допускаючи помилки лише у складних варіантах.

Представники четвертої групи (ринолаліків) – 32 (30%) в основному показали середньо-низький рівень сформованості фонематичного сприймання, а діти п’ятої груп виконали завдання на низькому та вкрай низькому рівні.

Приблизно так само розподілися результати щодо стану фонематичної уваги, слухового контролю та фонематичного аналізу. Задовільний обсяг (показники седеньо-високого рівня) слухової уваги показали лише 33 дітей (31%) перших трьох груп. Вони без утруднень знайшли помилки у називанні картинок («Чи правильно я називаю картинки?» - Болоток замість молоток? Данан, бабан, набан замість банан тощо); знаходили малюнок із заданим звуком; дивились на малюнок і показували, де на малюнку мак, а де бак, а де рак, а де лак; де на малюнку мак, а де лак?

Незадовільний обсяг слухової уваги продемонстрували діти решти груп.

Аналогічні результати показали діти щодо розвитку слухового конторолю. Для більшості дітей завдання на слуховий контроль виявилися складними. Це стосувалося необхідності «впізнати» помилку у назві картинки (Дім- дим; Коза-коса; Злива-слива; слова: Сима (зима); Каха, кася (каша); Махло (масло); Тумка (сумка); Мавазин (магазин); Лука, рука (рука); Момоко, мококо (молоко); Ківната (кімната).

Сформованість слухового контролю (на рівні середньо-високих показників) показали діти лише перших трьох груп – 31% (33).

У четвертій (32) групі половина дітей показали середній рівень виконання завдань на слуховий контроль, решта виконали їх на низькому рівні.

Незадовільний обсяг слухового контролю продемонструвала 41 дитина (39%) з ускладненим варіантом порушення фонологічної сторони мовлення (діти п’ятої групи).

Обов’язково слід зазначити, що двоє дітей сьомої групи (алалія + ринолалія) з причини тяжкості комбінованого мовленнєвого дефекту в основному не справлялися із завданнями, або відмовлялися від їх виконання взагалі.

У процесі дослідження ми обов’язково звертали увагу на те, як діти з ВНГП сприймають своє неправильне мовлення, чи відчувають помилки власного мовлення та особливості звучання свого голосу. Оскільки, відомо, що перші уявлення про порушення фонематичних процесів дають спостереження

над тим як дитина реагує на власне мовлення і чи помічає вона помилки у мовленні іншого. Як виявилося, більшість дітей дошкільного віку навіть «не підозрює», що їх мовлення є особливим, не таким як у інших, можливо «гіршим». На питання, чи відрізняється те, як говорить дитина від мовлення інших, абсолютна більшість дітей відповідала, що «ні». На прохання послухати і сказати, чи правильно говорить їх товариш з ВНГП, теж відповідали, що «правильно». Ми, враховуючи вік дітей і недостатність комунікативного досвіду, такі відповіді віднесли до приблизних, що не мають трактуватися як висновок.

Тому, подібні питання були задані дітям молодшого шкільного віку і підліткам. Результати виявилися непрогнозованими: більша половина дітей молодшого шкільного і майже половина підлітків не помічають помилок власного мовлення і не бачать недоліків мовлення інших. Лише, прослухавши своє мовлення у запису, вони почали говорити, що вони не так гарно говорять як інші, що їх мовлення дуже погане, навіть «страшне», незрозуміле. «Бачити» помилки інших виявилося ще тяжче, ніж реально «почути» себе. Основну більшість цих випадків складали діти, з якими не працювали логопеди у ранньому і дошкільному віці, на мовлення яких не зверталася увага у сім'ї, коли перед дитиною не ставилося відповідне завдання, практично була відсутня мотивація до покращення власного мовлення.

Усе зазначене вище говорить про складний механізм порушень фонематичних процесів у більшості дітей з ВНГП. Одержані результати свідчать про часті поєднання порушень у них моторних та сенсорних механізмів.

Як показали одержані результати, до фонематичних порушень призводить не лише порушення моторики артикуляційного апарату, а також як показали результати нейропсихологічних обстежень – недостатність сформованості мовоутворюючих сенсомоторних процесів.

Логічно виваженим є пояснення затримки сприймання мовлення та мовотворення у дітей із ВНГП:

- по-перше, з причини недостатньої сформованості сенсорних та моторних механізмів, обумовленої нервовом'язевою неповноцінністю лицьової та артикуляційної мускулатури;
- по-друге, результати клінічного скрінінгу засвідчили периферичний (в основному) та центральний слуховий дефіцит, що також викликає порушення фонематичних процесів.

По-третє - не менш важливою причиною є суттєвий дефіцит мовленнєвої практики у сензитивний період розвитку мовлення, часті психотравмуючі ситуації, зазвичай болісна реакція на народження дитини із ВНГП та дискомфортна обстановка у сім'ї. Усі ці чинники також негативно впливають на формування комунікації, зменшують бажання говорити, що у свою чергу призводить до гальмування кінестетичної компоненти у мовленні.

У своїх висновках ми враховували доведений факт про те, що остаточно сформованими фонематичні процеси вважаються лише після семи років, тому ми також враховували у висновках результати виконання завдань блоку Д (1 – 4) дітьми семи років. Однак, суттєві відмінності у сторону покращення результатів показали лише ті діти з тяжкими варіантами мовленнєвого розвитку, які проходили систематичну логопедичну підготовку протягом декількох років до навчання у школі.

Узагальнені результати дослідження імпресивного мовлення доводять, що навіть мінімальне зниження слуху у структурі мовленнєвих розладів дітей з ВНГП помножене на розвиток гностичної функції фонемотворення у неповноцінних умовах призводить у 88% (93) до фонетико-фонематичних розладів різного ступеня складності та аграматизмів власного мовлення.

Обов'язковим буде заявити про те, що одержані результати щодо стану сформованості фонологічної підсистеми на імпресивному рівні показують якісно різні характеристики у кожній групі дітей з ВНГП відповідно стану сформованості у них звукової сторони мовлення на експресивному рівні. Прослідковується тенденція до погіршення результатів у залежності від ступеня тяжкості порушень експресивного мовлення.

Сприймання мовлення дітьми з ВНГП можна охарактеризувати декількома основними ознаками. В основному йдеться про імпресивний дисграматизм.

На даному етапі дослідження нам вдалося визначити:

Лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень сприймання мовлення (порушень імпресивного рівня) у дітей з ВНГП:

1) несформованість артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (тобто фонематичних уявлень з причини порушень артикуляторно-кінестетичних механізмів);
2) неповноцінність слухової перцепції (дефекти фонематичного слуху з причини порушень фізичного та тонального слуху);
3) недостатньо сформована здатність до диференціації (розрізнення) перцептивних ознак фонем (порушення фонематичного сприймання);
4) недостатнє розуміння складних за синтаксичною організацією та морфологічним оформленням фраз; складносурядних та складнопідрядних речень;
5) лексичний дефіцит маловживаних слів, категоріальних понять, узагальнених значень.

У переважної більшості (61%) обстежених дітей (65) із ВНГП фонологічні порушення на імпресивному рівні носять вторинний характер, які можна назвати парціальними, виходячи з того, що у багатьох дітей ці порушення носять нерівномірний, інколи навіть вибірковий характер. У 39% (28) виявлено первинний характер порушень імпресивного рівня, що передбачає первинні (тотальні) форми недорозвинення мовлення.

Узагальнюючи дані щодо розвитку фонологічної системи мовлення на експресивному та імпресивному рівнях, є підстави стверджувати про темпову та змістовну затримку або її недорозвинення у 65 дітей (61%) першої, другої, третьої, четвертої клінічної групи. Щодо 41 (39%) дітей трьох останніх груп –

йдеться про стійкі комбіновані порушення фонологічного розвитку дітей із ВНГП.

Тобто, у більшості випадків фонетико-фонематичні порушення виступають провідним дефектом у структурі мовленнєвої діяльності, при чому первинними слід вважати порушення фонетичного оформлення мовлення. При цьому, особливості усного мовлення дітей із ВНГП є причиною характерних порушень інших складових ФСММ.

Більше того, стан сформованості фонематичних процесів мовлення дітей із ВНГП, структура та механізм їх порушення, переважаючі типи помилок (змішування звуків та їх заміни, недостатність їх диференціацій, а також порушення ритміко-складової структури тощо) вказують на більш глибокий характер дизонтогенезу мовлення, ніж традиційно вважалося.

Діагностична модель передбачала додаткові дослідження стану сформованості писемного мовлення прі підозрі на дисграфію чи дислексію (діагностичні завдання блоку Е (1-2).

Оскільки основну групу обстежуваних складали діти 4-6 років, у яких ще зарано говорити про сформованість навичок письма та читання, ми не включали їх у обстеження щодо стану писемного мовлення. Однак, попередні результати щодо порушень розвитку у цих дітей фонологічної системи (на експерсивному та імпресивному рівні) засвідчують недостатню сформованість передумов оволодіння писемним мовленням, що у свою чергу передбачає наявність порушень письма та читання у багатьох дітей з ВНГП.

Саме це підтвердили результати виконання відповідних завдань дітьми молодшого та середнього шкільного віку.

Нами прослідкована загальна тенденція: у дітей з ВНГП спостерігаються стійкі порушення писемного мовлення по типу дисграфій, та порушення читання по типу дислексій. Характерними є стійкі, часто повторювані помилки: змішування та заміни приголосних опозиційних букв, стійкі порушення звуко-складової структури, порушення злитності написання окремих слів у реченні, аграматизми. Найчастіше зустрічаються заміни букв

на письмі, які пояснюються труднощами розмежування звукового складу слова з причини глибоких порушень артикулювання та звуковимови.

Характерним для школярів є неповноцінний граматичний лад, обмежений словниковий запас, обмежене мовленнєве спілкування. Найтяжчими завданнями для дітей з ВНГП були завдання на письмо під диктовку та на самостійний виклад думок. Самостійне письмо теж має певні особливості, воно відрізняється бідністю та неправильною побудовою речень, пропусками членів речення (навіть підмета або присудка), пропусками службових слів. Особливі труднощі відчували діти під час написання переказів, або викладу власних думок.

На цьому етапі констатувального дослідження є достатньо підстав вважати, що неповноцінність міжаналізаторної інтеграції явно проявляється під час навчання дитини письма, що призводить до дисграфічних помилок у шкільному віці. Із 76 дітей молодшого шкільного віку у 72% (58) відмічено характерні дисграфічні помилки, у більшої половини з яких вони носили стійкий характер. В основному це були діти, які навчалися у школах для дітей з тяжкими вадами мовлення. Підтвердилися наукові гіпотези (Р.Є. Лєвіна, Г.В. Чиркіна, О.М. Корнєв) щодо взаємообумовленості розвитку усного та писемного мовлення. У дітей з ВНГП чітко прослідковується зв’язок недорозвинення або порушення звуковимовної сторони мовлення та передумов засвоєння письма. Стійкі дизорфографії у багатьох дітей із ВНГП пояснюються труднощами засвоєння морфологічного принципу письма.

Особливості письма обумовлені несформованістю семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення на експресивному та імпресивному рівнях. Тому звукові образи, що засвоїла така дитина у своїй свідомості є неповноцінними і не можуть стати підгрунтям для формування писемного мовлення. Оскільки процес оволодіння грамотного письма є можливим лише за умови достатньої сформованості фонологічної системи мови мовлення мовлення на експресивному та імпресивному рівнях.

Зв’язок порушень письма з первинним анатомічним дефектом у дітей з ВНГП є різним. Якщо дитина до початку навчання грамоти оволодівала чітким і зрозумілим мовленням, то розвиток звуко-буквенного аналізу протікав більш успішно. Однак, якщо у дитини з ВНГП до навчання у школі залишаюлися стійкі труднощі у вимові звуків та їх фонаційному оформленні, це провокувало стійкі порушення письма. Прослідкована чітка залежність між тяжкістю стану звуковимовної сторони мовлення та здатністю дитини до засвоєння фонематичних процесів та оволодіння граматичними закономірностями розвитку мови.

Одержані результати показали, що прояви дисграфії у дітей з ВНГП (змішування та заміни приголосних опозиційних букв, порушення звуко-складової структури слова, порушення злитності написання слів, неправильне використання відмінкових закінчень, прийменників, сполучників, часток, недописування закінчень слів тощо) залежать від ряду факторів: тяжкості соматичного, мовленнєвого та психологічного статусу дитини, тяжкості ушкодження артикуляційного апарату та його післяопераційного стану, терміну хірургічного лікування, індивідуальних компенсаторних можливостей дитини, характеру та строків логопедичного впливу, участі сім’ї у процесі навчання та виховання дитини.

Незважаючи на сталі ствердження про відсутність взаємозалежеості тяжкості анатомічного дефекту і процесів оволодіння усним та писемним мовленням (Г.В. Чиркіна, 1987), ми прослідкували відчутну залежність між видом незрощення, його тяжкістю, строками оперативного лікування і вираженими проявами порушень фонологічної системи мови та мовлення (на експерсивному та імпресивному рівнях). Найтяжчу картину дефекту ми спостерігали у прооперованих після 3-х років дітей із наскрізними одно- або двобічними незрощеннями верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м’якого піднебіння, яких ми віднесли до четвертої-п’ятої груп за станом звуковимовної та просодичної сторони мовлення. Безперечно до цих дітей відносилися і діти із комбінованими дефектами розвитку.

Про труднощі засвоєння процесу читання свідчили загальмовані рухи очей під час читання, часті зупинки, що частково спричиняло втрату біглості читання, частою є втрата швидкості читання у 3-5 разів. Усе призводить до втрати змісту фрази, через що дитина не в змозі повторити прочитане. Читання дітей молодшого шкільного віку надовго залишається замість плавного поскладового - побуквенним, таким, що вгадується, при цьому бідно емоційно забарвленим, страждає техніка читання.

Ступінь вираженості порушень читання у дітей із ВНГП неоднакова: від малопомітних помилок до виражених і залежить від природи первинного порушення, структури дефекту, компенсаторних можливостей, етапів оволодіння читанням.

Помічено, що помилки на правила правопису у дітей з ВНГП є більш розповсюдженими і стійкими, ніж в учнів із нормальним мовленнєвим розвитком. Ми одержали практично однакові результати з нормою лише у дітей із ВНГП, які не мали дефектів мовлення і навчалися у загальноосвітніх школах. Однак, результати засвідчують, що не завжди помилки письма та читання співвідносяться із помилками звуковимови. У одних випадках прослідковується пряма залежність: на письмі замінюється та буква, відповідний звук якої є дефектним у вимові, у інших випадках такої прямої залежності немає.

Характерним для більшості дітей із ВНГП є краще розуміння прочитаного, ніж здатність повторити або тим більше переказати прочитане. Однією з причин цього, безперечно, є неповноцінність експерсивного та імпресивного словника дитини із ВНГП, виявлені порушення синтаксичних та морфологічних показників мовлення.

Випадки аграфій та алексій були поодинокими у дітей з комбінованими дефектами загального та мовленнєвого розвитку. У даному випадку йдеться про варіант порушеного розумового розвитку або затримки психічного розвитку.

Доведено, що порушення слухової уваги, неповноцінного фонетичного сприймання, недостатньо сформована система слухового контролю у поєднання з незрілістю артикуляційного праксису гальмує та ускладнює процес формування звукової сторони мовлення у цих дітей. Тобто, слабкість зворотнього зв'язку, слухового самоконтролю підсилюють незрілість артикуляційного праксису. Власне, йдеться про дифіцит мовної здатності, що часто призводить до затримки або порушень лексико-граматичного розвитку. А при дифіциті когнітивного ресурсу (зазвичай при ЗПР) – до стійкого лексико-граматичного недорозвинення. Про що засвідчили одержані результати.

Зафіксована у більшості дітей загальна інактивність, слабкість самоконтролю, низька мотивація до виховання правильного мовлення також, безперечно, гальмує процеси формування та розвитку мовленнєвої діяльності.

Таким чином, здійснивши глибокий якісно-кількісний аналіз стану сформованості семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення у дітей дошкільного віку із ВНГП (на експресивному та імпресивному рівнях), ми вийшли на рівні сформованості її базових показників, узагальнивши які, одержали відповідні рівні сформованості фонології, лексики та граматики у порівнянні з нормативними показниками відповідного віку.

Розгорнувши структуру та механізм формування семіотичної системи мовлення (на експресивному та імпресивному рівнях) у дітей із вродженим незрощенням губи та піднебіння, ми одержали дані, які засвідчили суттєву невідповідність між хронологічним віком відповідної категорії дітей та «віком розвитку відповідної мовленнєвої функції» на користь першої.

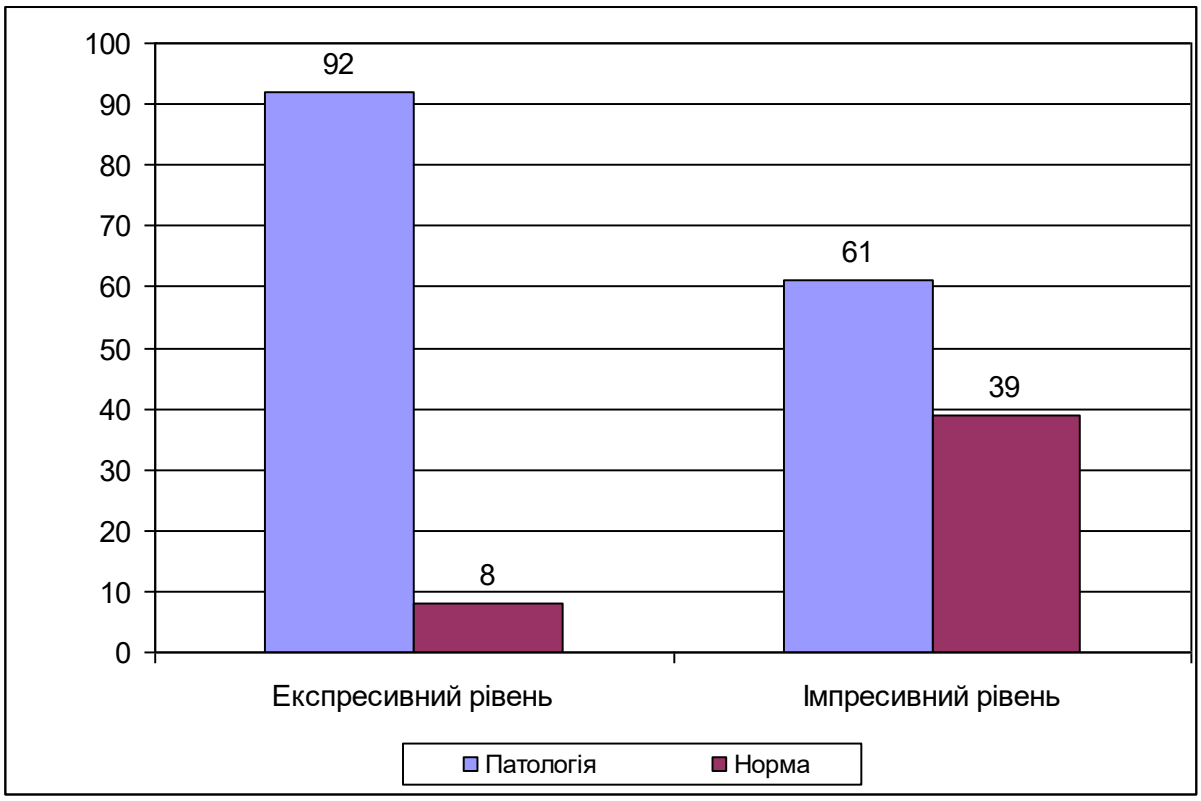

Рис. 3.6 Фонологічний профіль дітей 4–6 років із ВНГП (у %): експресивний та імпресивний рівень

Безперечно, ця дисоціація свідчить про специфічність та неповноцінність семіотичної підсистеми ФСММ. При цьому, ми вважаємо принциповим зазначити, що у більшості обстежених дітей страждає скоріше процесуальна сторона породження висловлювань, пов'язана у першу чергу з наслідками первинного дефекту та недосконалістю логопедичного впливу, ніж процеси породження мовної здатності взагалі (лише у випадках ускладнених варіантів розвитку). Це дає нам підстави для оптимістичних прогнозів подальшої навчальної роботи у межах формувального експерименту.

3.2. Стан сформованості підситем програмування та регуляції мовленнєвих актів ФСММ

Остаточні висновки про стан сформованості функціональної системи мови та мовлення у дітей з ВНГП окрім результатів діагностики стану семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях) перебачали аналіз

стану сформованості підсистем програмування, інтерпритації та регуляції мовленнєвих актів.

Враховуючи умовність поділу на підсистеми ФСММ, ми оперували наявними результатами, одержаними у межах констатувального експерименту, але із включенням деяких нейропсихологічних методик (див. розділ ІІ – ІІІ діагностичної методики).

Ми виходили з того, що базовими показниками забезпечення підсистеми програмування є: здатність до побудови моторних програм висловлювання (включаючи сегментарний та супрасегментарний рівні). Це передбачає здатність дитини з ВНГП до сенсомоторного та когнітивного забезпечення підсистеми програмування висловлювань, інтерпритації мовленєвих актів та контролю над процесом їх реалізації та декодування через: а) кінестетичну перцепцію, б) кінестетичний праксис; в) слухову перцепцію, г) слухомовленнєвий гнозис.

У першу чергу це стосувалося просторових уявлень, які «дебютують» в онтогенезі одними з перших, тобто є базовими за походженням [387]. Виходячи з цього, ми прослідкували залежність проявів мовленнєвого дизонтогенезу з тим або іншим типом дефіцитарності цих процесів. Безпосередній просторовий гнозис та праксис, малюнок, трансформації та переміщення мисленнєвих образів, зокрема їх перекодування у мовленнєві, з огляду на предмет нашого дослідження, більш точно розкрили структуру як психічного, так і мовленнєвого дизонтогенезу дітей із ВНГП.

Результати виконання завдань Блоку А виявили, що зі 106 обстежених дітей дошкільного віку, 74 дитини (70%) показали високий рівень сформованості зорово-просторового гнозису та сприймання, 18 дітей (17%) – середній рівень, 14 дітей (13%) – низький рівень (рис. 3.7).

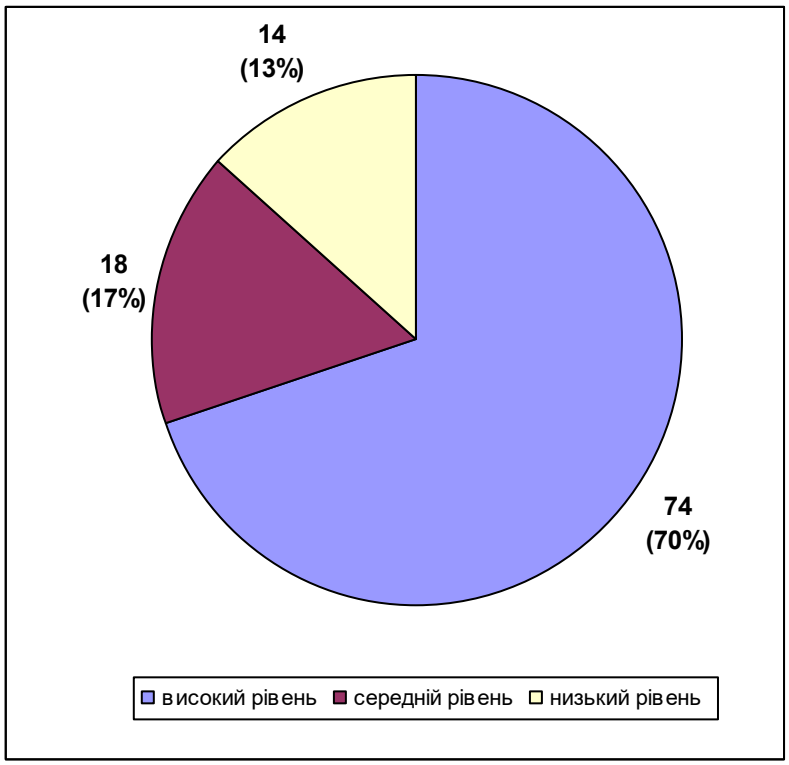

Рис. 3.7 Стан зорово-просторового сприймання у дітей із ВНГП

Завдання Блоку Б на визначення орієнтування у власному тілі виявилися доступними майже усім дітям: 89 дітей (83,5%) виконали завдання на високому рівні. Усі діти знали назви всіх частин тіла, правильно їх називали.

У решти - 17(16,5 %) орієнтування у схемі власного тіла відповідало показникам середнього рівня. У цих дітей труднощі виникали при знаходженні *правої та лівої* сторони тіла, та розуміння таких просторових понять як *«вище-нижче»*. Але, за умови подання стимулюючої допомоги дані завдання виконувалися правильно. Середній рівень сформованості просторових уявлень про власне тіло показали діти з дитячого будинку. Стратегія діяльності у дітей, які показали високий рівень сформованості просторових уявлень про власне тіло, при виконанні усіх завдань була цілеспрямована.

За результатами виконання завдань Блоку В на дослідження рівня розвитку просторових уявлень про величину та форму предметів та здатність співвідносити частини та ціле на, було виявлено, що 92 дітей (87%) показали високий рівень, решта - 14 (13%) – середній рівень сформованості (рис. 3.8).

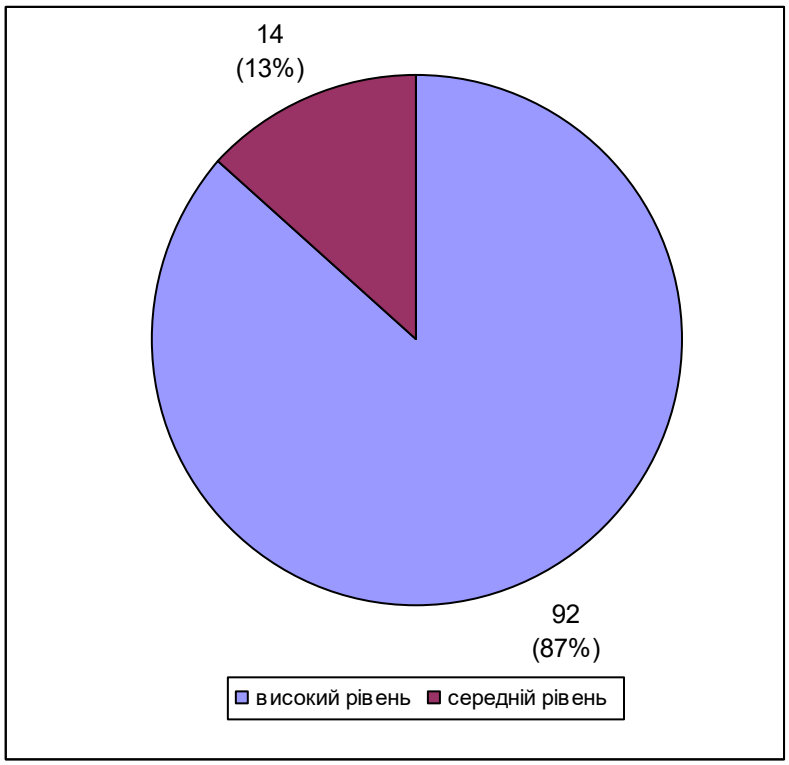

Рис. 3.8 Рівні сформованості просторових уявлень про величину та форму предметів та здатність співвідносити частини та ціле у дітей із ВНГП

Відомо, що уявлення про величину та форму предметів в нормі у дитини формується до 5 років. На матеріалі першого завдання «Цікаві геометричні фігурки» Блоку В, яке було спрямовано на діагностування уявлення про величину та форму предмету, було з'ясовано, що у всіх дітей з вродженим незрощенням губи та піднебіння старшого дошкільного віку уявлення про величину та форму предметів сформовані.

Щодо другого завдання «Розрізані картинки», метою якого було виявити специфіку просторових уявлень (здатності співвіднесення частин та цілого і оцінки їх просторових взаємовідношень), то лише 23 дітей (21,7 %) отримали 5 балів. Дана група дітей склала самостійно усі види зображень, але при складанні зображень із 8 секторів та з 5 нерівних частин потребували стимулюючої допомоги. 51 дитина (47,8 %) отримали 4 бали, вони самостійно склали усі види зображень, окрім, зображення, розрізаного на 8 секторів. Навіть за умови різних видів допомоги ці діти не склали дане зображення. 18 дітей (17,3%) отримали 3 бали, вони не впоралися з малюнками, які були розрізані на 8 секторів та 5 нерівних частин. Усі інші – 14 дітей отримали 2

бали, вони склали найпростіші зображення, розрізані на 2, 3, 4 рівних частини та одне зображення, яке розрізане на 4 нерівних частини.

Найскладнішим для дітей було складання зображень, розрізаних на 8 секторів, 5 нерівних частин та на чотири частини під кутом 90 градусів. У всіх дітей складання даних зображення викликало ті, чи інші труднощі.

Відомо, що у нормі діти 4,5-5,5 річного віку успішно виконують завдання на складання зображень, які розрізані на 3-5 нерівних частини (вздовж малюнка та поперек малюнка), при складанні зображення, розрізаного на 4 рівних частини по діагоналі можливі утруднення у вигляді неспівпадання узору малюнка. Діти у віці 5,5 – 6 років та старше успішно виконують завдання на складання зображень, розрізаних на 4 та більше нерівних частин, різної конфігурації.

Найскладнішою для дітей виявилися завдання Блоку Г на визначення стану сформованості вербалізації просторових уявлень.

Результати засвідчили вкрай низькі показники виконання завдань Блоку Г у 55 дітей (52, 2 %) на рівні 1 бала. 37 дітей (34,7 %) показали низький рівень сформованості вербалізації просторових уявлень, отримавши 2-3 бали за виконання двох завдань. Високий рівень вербалізації просторових уявлень показали лише 14 дітей (13,1%), отримавши 9-10 балів за виконання двох завдань.

Діти виявили незнання більшості запропонованих просторових понять та просторових прийменників.

Обстеження розуміння та використання прийменників та слів, які означають просторове взаєморозташування об’єктів показали наступні результати: у половини - 55 дітей (52,2%) вербалізація просторових уявлень незадовільна, вони отримали 0,5 балів. Ці діти старшого дошкільного віку розуміли тільки значення таких прийменників, як: *в, на.* Значення усіх інших прийменників та просторових понять діти намагалися вгадати. У дітей як в імпресивному так і в експресивному мовленні виявилися відсутніми

обстежувані прийменники та слова, що означають просторове взаєморосташування об'єктів.

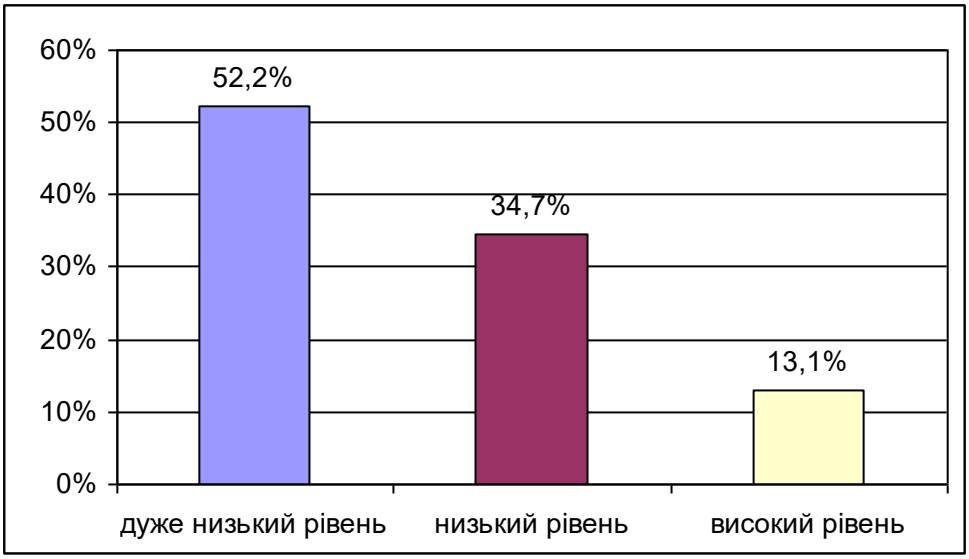

Рис. 3.9 Рівні розвитку вербалізації просторових уявлень у дітей із ВНГП

37 дітей (34,7%) отримали 1,5 бали. У цих дітей на імпресивному рівні сформовані лише такі прийменники: *в, на, зліва, справа, вище, над (зверху), під (знизу).* Дані прийменники діти самостійно показували на малюнку, решта - лише з повною навчальною допомогою. Найскладнішим на даному етапі для дітей було розуміння таких просторових понять як: *далі, попередній, наступний.* Труднощі виникали і при розумінні прийменників: *із-зі, із-під.*

Лише 9 (8,7%) дітей із ВНГП виконали майже все завдання та отримали 4,5 бали. Вони не змогли самостійно виявити обізнаність у таких просторових поняттях як: *ближче, далі, наступний, попередній,* але за умови стимулюючої допомоги виконали усі завдання.

Лише 5 дітей (4,4%) самостійно виконали повністю завдання, показали правильно усі малюнки та отримали найвищий бал – 5 балів.

Цікавим буде зазначити, що діти, які отримали 4,5-5 балів - з повних сімей, де батьки всебічно розвивають своїх дітей, використовуючи різні розвивальні ігри, вправи, завдання.

Щодо виконання другого завдання даного блоку, метою якого було виявити рівень вербалізації просторових уявлень на експресивному рівні, - нами виявлені певні особливості, які мали тенденції перерости у

закономірності: якщо дитина не розуміє певні прийменники та просторові поняття, то вона і не використовує їх у власному мовленні.

Щодо отриманих результатів виконання другого завдання, то вони практично співпадають з результатами першого. Найвищий бал отримали лише п'ятеро дітей . Збільшилася кількість дітей, які отримали найменший бал - 0,5 бала. Такими виявилися 69 дітей (65,2%). У власному мовленні усі діти навіть не використовували такі найпростіші прийменники та просторові поняття як: *зліва, справа, на, в*. У власному мовленні ця група дітей використовує лише наступні просторові поняття та прийменники як: *вище, над (зверху), під (знизу).*

21,7 % (5 дітей) отримали 1,5 бали. Ці діти використовували у мовленні найпростішу групу прийменників. Такі ж просторові поняття як: *ближче, попередній, наступний, далі, із-за, із-під, між* взагалі не використовують у мовленні. Прийменник *біля* діти замінюють на прийменник *у*.

Середній бал 4,5 отримало 10 дітей. У цих дітей відсутні у мовленні просторові поняття *далі* та *наступний.*

Отже, виявлено, що як на імпресивному так і на експресивному рівні у дітей із ВНГП не сформовані такі просторові поняття як: *ближче, попередній, наступний, далі, із-за, із-під, між, біля.*

В нормі у дитини уявлення про взаємо розташування об'єктів по відношенню один до одного по вертикальній осі формуються у різний час: «вище-нижче» - до 3,5-4 років; «вище, ніж – нижче, ніж » - до 4,5 – 5 років; «на» - в 3,5-4 роки; «над-під», «попередній» - до 4,5-5 років. Уявлення про взаєморозташування об'єктів по відношенню один до одного в горизонтальній площині формуються в наступній послідовності: «ближче, ніж – далі, ніж» - до 5 років; «перед» - до 5,5 років; «за» - до 5,5-6 років.

Проаналізувавши результати констатувального дослідження, нами виділено рівнів сформованості базових компонентів просторового мислення.

Показникам високого рівня відповідали результати виконання завдань лише 14 дітей (13,1%). У них виявилися сформованими усі базові компоненти

просторового мислення: зорово-просторове сприймання та всі рівні просторового уявленнь. У цю групу увійшли діти першої, другої та третьої клініко-логопедичних груп.

У 78 дітей (73,8%) виявився сформованим на високому рівні лише перший компонент просторового мислення - зорово-просторове сприймання. Щодо другого базового компоненту просторового мислення - просторового уявлення, то сформованими виявилися лише показники I рівня (просторові уявлення про власне тіло) та II рівня (просторові уявлення про взаємовідношення зовнішніх об'єктів і тіла).

У 14 дітей (13,1%) сформованими виявилися лише просторові уявлення про власне тіло, просторові уявлення про взаємовідношення зовнішніх об'єктів і тіла.

Одержані результати показали, що 92 (86,9%) дітей із ВНГП виявили несформованість вербального засвоєння простору. Це свідчить про те, що у дітей дошкільного віку із ВНГП спостерігається темпова затримка формування вербалізації просторових уявлень, що в свою чергу орієнтацію орієнтацію у навколишньому обмеженому просторі та негативно впливає на подальший розвиток мовлення. Виявилося, що у дітей із ВНГП відносно швидше розвиваються практичні уміння та навички, а можливість відображення сформованих просторових уявлень у мовленні з'являється значно пізніше.

Усі діти експериментальної групи завдання виконували більш повільно, недостаньо послідовно, часто відволікалися, швидко виснажувалися, втомлювалися, що свідчить про особливості уваги та підвищену виснажуваність нервової системи. Відмічено збільшення терміну виконання завдань в залежності від його складності.

Аналіз результатів обстеження стану сформованості зорово-просторового гнозису, просторових уявлень про власне тіло, просторові уявлень про величину та форму предметів, специфіку просторових уявлень (здатності співвіднесення частин та цілого та оцінки їх просторових взаємовідношень),

вербалізації просторових уявлень на імпресивному та експресивному рівнях у дітей із ВНГП виявив стійке недорозвинення та якісні особливості вищевказаних основних складових просторового мислення (окрім, просторового уявлення про власне тіло та уявлень про величину та форму предметів, які у даної категорії дітей знаходяться на високому рівні).

Безперечно, одержані дані вказують на наявність у дітей дошкільного віку із ВНГП темпового та якісного відставання у формуванні базових компонентів просторового мислення як підгрунтя підсистеми програмування та регуляції функціональної системи мови та мовлення.

Незважаючи на те, що у абсолютної більшості обстежених дітей не було вказівок на мозкові порушення, ми спостерігали особливості розвитку цих процесів у багатьох дітей з ВНГП, що свідчить про дисонанс у психічному розвитку на рівні нижньонормативної середньостатистичної частини дитячої популяції: або про можливу тимчасову несформованість, або про затримку дозрівання відповідних ланок психічної діяльності, або про їх стійкі порушення.

Оскільки, тактика дослідження не передбачала проведедння глибоких нейропсихологічних досліджень психічної та мовленнєвої діяльності дітей з ВНГП, а лише використання їх у якості уточнюючих, допоміжних методів, ми зупинимося лише на основних показниках.

Використання у даному контексті адаптованих нейропсихологічних методик (див. схему) забезпечило нові дані щодо просторового, кінестетичного, динамічного гнозису та прасису у дітей із ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку.

Для нейропсихологічних проб ми не залучали дітей з високими та стабільно середньо-високими показниками сформованості звуковимовної сторони мовлення.

Із різних вікових категорій нами були обрані для цього поглибленого дослідження діти, які у попередніх дослідженнях мали середньо-низькі, низькі та вкрай низькі показники стану семіотичної підсистеми мови та мовлення

(експресивного та імпресивного рівня). Це було 39 дітей 4-6 років та 32 дитини 7-11 років, яких умовно назвали «критичною групою». Усі ці діти відносилися до IV та У клініко-логопедичної груп і мали, мовленнєвий розвиток яких перебігав по дизонтогенетичному типу (парціальному, тотальному).

Як показали попередні констатувальні результати, вроджене незрощення губи та піднебіння у першу чергу порушує кінестетичний праксис з причини недосконалості чуттєвих пропріоцептивних доцентрових та відцентрових нервових шляхів.

Виходячи з цього, аналіз результатів ми вибудували від кінестетичних та кінетичних нейропсихологічних проб. Нікому з дітей «критичної групи» не вдалося виконати усі запропоновані проби на кінестетичний праксис (праксис пози за зоровим зразком; праксис пози за тактильним зразком; проби на перенесення пози) з оцінкою у 5 балів. Тобто, високий рівень виконання завдань для дітей з порушенням розвитку семіотичної підсистеми ФСММ був недоступним.

Найбільш успішними у цьому блоці завдань виявилися діти, які мали відкриту органічну ринолалію, не маючи при цьому системних порушень мовлення. Середній рівень виконання функціональних проб показало 10 дітей 4-6 років (26%) та 13 дітей 7-11 років (40%). Їм вдалося безпомилково і плавно виконати кінетичну мелодію однією рукою, а перенесення на іншу руку викликало незначні труднощі на тлі легкої виснажуваності. Тобто, вони відчували труднощі перенесення або відтворення пози лівою рукою. Це свідчить про нерізко виражену пальцеву диспраксію.

Так, 13 дітей 4-6 років (33%) та навіть 13 дітей 7-11 років (40%) проби на кінестетичний праксис виконали на низькому рівні (3-2 бали). Це були діти із комбінованими мовленнєвими порушеннями (за клініко-педагогічною характеристикою), які мали системні порушення мовлення у вигляді загального недорозвинення мовлення різних рівнів (за психолого-педагогічною характеристикою).

За попередніми даними діти цієї групи мали затримку психічного (когнітивного) розвитку. Вони відчували труднощі при повторенні певного набору рухів: плутали пальці, перебирали ними, допомагали іншою рукою. Такі проби як 1.а; 1.в. змогли виконати лише з другого-третього разу за умови інтенсивної допомоги, переважали дифузні рухи, відчувалися труднощі відтворення лівою рукою (усі діти праворукі). Але ці діти були здатні до самокорекції при переході до іншої серії рухів. Це вказувало на порушення кінестетичної основи рухів, як безперечне підтвердження наших попередніх висновків. Декілька дітей відтворювали 1.б. дзеркально, що засвідчувало у них також порушення зорово-просторової організації рухів. Їм не вдалося виконати ці проби навіть після вербальної регуляції рухів.

Решта - 16 дітей 4-6 років (41%) та 6 молодших школярів (20%) виконали завдання 1.а; 1.б; 1.в на 1-0 балів, що відповідало показникам низького та вкрай низького рівня. Будь-яке завдання виконувалося із численними помилками, можливою була часткова корекція власних дій за умови вербальної допомоги та спільного виконання. Характерною була швидка виснажливість, інертність рухів, навіть відмова від виконання деяких «складних» проб (наприклад - 1.в).

Приблизно з такими самими результатами були виконані проби на динамічний та просторовий праксис. Із так званої «критичної групи логопедичного ризику» ніхто не виконав завдання на високому рівні (на 5 балів). Це можна було передбачити, враховуючи структуру мовленнєвого дефекту цих дітей.

З оцінкою у 4 бали (середній рівень) вдалося виконати завдання лише 20% дошкільників (8) та 37% молодших школярів (12). Усі проби на кінетичний праксис виявилися для обстежуваних складними. Особливо завдання на зміну трьох положень кисті (3.а), проби на реципрокну координацію (3.в). Незважаюси на те, що ці діти виконали завдання без помилок, спостерігалася незначна розкоординованість рухів правої та лівої

руки, відставання однієї руки, інколи синкинезії в одній руці під час виконання проби іншою, втомлюваність рухів (особливо при повторах). Особливі темпові затримки виявили діти цієї підгрупи під час виконання графічних проб, коли необхідно було дітям 4-5 років малювати «Парканчик» ^^^^^^^^ (не відриваючи олівець від паперу протягом 20 сек.); дітям 6-7- років малювати заданий візерунок протягом 20 сек., не відриваючи олівець від паперу; а для дітей 8-11- років - малювати заданий візерунок  протягом 20 сек.(не відриваючи олівець від паперу). Діти відчували труднощі у відтворенні просторових напрямків рухів, завдання виконали, але не вклалися у 20 сек. Виявилося, що навіть для молодших школярів подібні завдання є складними.

Це свідчило про незначні відхилення у просторовій організації рухів, що певною мірою розкриває механізм дизоргфографій у цих дітей. Більш вдало виконано проби Хеда (2.а-е) та проби на оральний кінетичний праксис «Зроби, як я»: декілька разів клацнути язиком; двічи подути і клацнути язиком; посміхнутися – стати похмурим (декілька разів поспіль); надути щоки – доторкнутися язиком попеременно куточків рота тощо. Ці діти відчували скоріше проблеми кінестетичного праксису, ніж кінетичного або просторового, але вони інколи плутали праву та ліву сторони, їх оральні рухи були також не завжди точними, плавними, послідовними.

22 дітей 4-6 років (57%) та 16 дітей 7-11 років (50%) показали низькі результати (3-2 бали) виконання усіх завдань на динамічний (кінетичний праксис). Особливо складними для них виявилися графічні проби (3.б), проби на реципрокну координацію (3.в) та просторові проби Хеда (2.а-е). Вони втрачали темп, точність, плавність, рухи швидко виснажувалися, були розірваними, ізольованими один від одного. Часто ці діти не могли відтворити просторове положення руки, плутали праву і ліву сторони, повторювали однотипні рухи, не могли переключитися на інші, або на рухи іншої руки.

Після декількох повторів погіршувалася якість виконання завдань. Деякі діти виконували завдання імпульсивно, незграбно, швидко втрачали до них інтерес.

Були наявними порушення реципрокної координації рухів: неспроможність одночасно змінити положення обох рук, рухи кожної руки відтворювалися ізольовано, або уподібнювалися рухи обох рук. Характерним було для цих дітей темпове відставання рухів однієї руки, або відтворення рухів тільки правої руки. Одразу слід зазначити, що аналізуючи виконання завдань на реципрокну взаємодію, ми враховували, що згідно досліджень А.В. Семенович (2002) проба на реципрокну координацію рук повністю автоматизується лише у 8 років.

Особливі труднощі ці діти відчули, виконуючи графічні проби. Їм не вдавалося виконати завдання ні за змістом, ні у визначений термін (за 20 сек.). Відтворення ними заданих візерунків лише віддалено нагадувало еталон, що підтверджувало порушення просторової організації рухів, тим самим розкриваючи іще один механізм порушень писемного мовлення у цих дітей.

Вправи на оральний праксис виконувалися повільно і з помилками, язик подовгу «шукав» потрібне положення, швидко втомлювався, відхилявся у бік. Тобто значно страждав кінестетичний контроль за рухами язика, майже в усіх дітей був порушений праксис губ. Наявними були порушення орального кінетичного праксису. Це уточнює механізм різних видів артикуляторної диспраксії, які були характерними у мовленні цих дітей.

23% дітей дошкільного віку (9) та 13% молодших школярів (4) показали вкрай низький рівень сформованості динамічного та просторового праксису. Їм не вдалося виконати правильно жодне завдання, проби на реципрокну координацію, проби Хеда та графічні проби для них виявилися недоступними. Після декількох невдач деякі діти взагалі відмовилися від подальшої роботи, а решта виконувала завдання із значними порушеннями кінетичної та просторової організації. Характерною була інертність рухів, дезавтоматизація рухів, порушення реципрокної взаємодії, незважаючи на надання усіх видів допомоги.

Спираючись на трирівневу модель мовленнєвого праксису та його дозрівання в онтогенезі О.М. Корнєва (2006), можна зробити висновок, що у 100% (71) обстежених за нейропсихологічними методиками дітей з ВНГП, які мали стійкі (IV група) та комбіновані порушення мовлення (V група), страждають усі три рівні артикуляційного праксису, які у нормі, дозріваючи у певній послідовності, забезпечують психофізіологічні передумови формування звукової сторони мовлення.

Йдеться про рівень просторової організації рухових дій (перший), рівень змістовної організації предметних дій (другий), та рівень регуляції символічних дій та навичок (третій), які логічно співвідносяться (згідно О. Р. Лурії, 1973) з трьома видами праксису: кінестетичним (постцентральна звивина), кінетичним або динамічним (премоторна зона) та так званим «ідеаторним», пов'язаним із вищими формами програмування поведінки, зокрема комунікативної (префрональні лобні зони). Згідно ієрархічності розвитку цих рівнів (наприкінці ініціального періоду у 10-18 місяців, коли дитина із передмовленнєвого входить у мовленнєвий період розвитку мовлення) у ранньому періоді мовленнєвого онтогенезу (18-30 місяців), перший рівень, дозріваючи, «підганяє» компоненти артикулем до нормативних і забезпечує довільну регуляцію артикуляційних рухів через поступове формування різних видів праксису.

У контексті нашого дослідження складається загальне враження про суттєві темпові відставання та про недорозвинення зазначених процесів у в усіх дітей із ВНГП IV та V груп.

Одержані результати корелюють з висновками медиків (залучених у діагностичний процес) про наявність у більшості дітей (85%) із ВНГП так званого неврологічного дифіциту у вигляді супутніх порушень координації, співдружності та моторики рухів у зв'язку зі стресовою та медикаментозною депресією на центральні регулюючі механізми. У свою чергу повторні оперативні втручання, вірогідно, провокують вторинну гіпоксію мозку, яка

підтримує енергодефіцитний стан центральної нервової системи і викликає функціональну незрілість регуляторних систем [102, 103].

Ми одразу можемо констатувати, що у дітей з ВНГП вже на цьому етапі онтогенезу мовлення відбуваються невідповідності у дозріванні артикуляторної бази та звукових характеристик звуків з причини вродженого дефекту артикуляційного апарату та порушень фонематичних процесів. Це підтверджують результати нейропсихологічного дослідження основних видів праксису.

Тобто, вже у першому періоді розвитку функціональної системи мови та мовлення дитина з ВНГП переживає значні негативні впливи, які у подальшому ускладнюють процеси консолідації усіх артикуляційних операцій до рівня забезпечення моторного програмування та здійснення парадигматичної та синтагматичної регуляції фонологічного програмування. Природньо, якщо у дитини із ВНГП страждає процес формування мовленнєвої діяльності вже на першому рівні, то розвиток двох останніх рівнів також відбувається із значними відхиленнями як у темпі, так і у змісті.

Щодо стану регуляційної підсистеми ФСММ, яка з моменту вимови першого слова протягом усього періоду мовленнєвого онтогенезу удосконалюється та ускладнюється, то вона також, як і дві попередні (семіотична та програмування), у дітей з ВНГП розвивається з певними особливостями.

Оскільки, як показали констатувальні результати, у дітей із ВНГП ще на ранніх етапах мовленнєвого розвитку страждають характеристики звуків раннього онтогенезу та порушується звуко-складова структура слів, що ускладнює формування процесів фонологічного програмування та моторної регуляції.

Порушення у дітей з ВНГП процесів словозміни та словотворення практично унеможливлює нормальний розвиток процесів засвоєння фонологічних та граматичних операції. Це засвідчили результати вивчення

стану сформованості фонологічної системи мовлення на експресивному та імпресивному рівнях у дітей з ВНГП.

Нами безперечно доведено, що у переважної більшості дітей із ВНГП значно ушкодженим є не тільки операціонально-динамічний, а й комунікативно-мовленнєвий рівень регуляційної підсистеми ФСММ. Оскільки, одержані дані показали, що розмовне мовлення такої дитини має свої характерні особливості, як то: згорнутість, стилістична та емоційна збідненість, недостаній активний словниковий запас, порушення граматичного та синтаксичного оформлення висловлювань, відсутність ініціативного мовлення тощо.

Якщо говорити про шкільний вік, особливо молодший та середній шкільний, то прослідковується тенденція до ускладнення проблем комунікативного рівня регуляційної підсистеми у зв’язку з ускладненням змісту комунікативних та соціальних ситуацій. Не менш проблематичним для багатьох дітей з ВНГП, які мають тяжкі дефекти мовлення, є не лише монологічне, але і діалогічне мовлення. Вірогідно, що і порушення писемного мовлення у багатьох дітей з ВНГП частково можна пояснити недостатністю володіння літературним мовленням, недосконалістю контекстного, монологічного та навіть діалогічного мовлення.

Одержані вищезазначені нові дані, набагато глибше і точніше розкрили механізми та структуру мовленнєвого дизонтогенезу дітей із ВНГП. Це доводить необхідність розробки комплексної системи розвитку та корекції мовлення дітей із ВНГП, враховуючи стан сформованості семіотичної підситеми, підсистем програмування та регуляції мовленнєвої діяльності, які складають функціональну систему мови та мовлення.

Включення диференційованої нейропсихологічної діагностики у загальну методику констатувального дослідження дозволило не тільки вийти за межі визначення слабких ланок у розвитку мовлення дитини з ВНГП, але й визначити зону її найближчого розвитку [90].

Як виявилося, діти із ВНГП мають набагато складніші механізми порушення мовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років. У цих дітей страждають більш глибинні процеси формування рухових (артикуляційних) програм, своєрідно розвиваються механізми породження та засвоєння усіх категорій та понять мовної системи (фонетичних, лексичних, граматичних, синтаксичних), що, вірогідно, стримує формування інтелектуальних мовленнєвих операцій та дій.

Таким чином, лінгвопатологічний вектор констатувального дослідження став однією з ключових ліній системного аналізу дефекту мовлення у дітей із ВНГП.

У результаті багатовекторного комплексного лінвопатологічного обстеження нами визначено симптоми порушень на рівні кожної підсистеми функціональної системи мови та мовлення: семіотичної підсистеми мови та мовлення (на експресивному та імпресивному рівні), підсистеми програмуванння, інтерпритації мовленнєвих актів та регуляційної підсистеми. Одержані результати забезпечили можливість вперше виділити:

1) **Лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень звукових характеристик мовлення (порушень експресивного рівня) у дітей із ВНГП:**

- атипові або специфічні дефекти звуковимови, обумовлені безпосереднім впливом вродженого анатомічного дефекту (артикуляційні порушення; аеродинамічні порушення; фонаційні порушення);
- так звані типові симптоми порушень звукових характеристик мовлення експресивного рівня, пов’язані з причинами, не обумовленими ВНГП;
- симптоми порушень ритміко-складової структури слів;
- симптоми фонаційних та просодичних порушень, які мають поліморфний характер.

Більше того, спираючись на зазначене вище, ми вивели узагальнені лінгвопатологічні симптоми порушень звукових характеристик експресивного мовлення у дітей із ВНГП:

- порушення звукових характеристик мовлення на сегментарному (вибіркове) та супрасегментарному рівнях (тотальне у поєднанні з дефектами просодичної сторони мовлення);
- пропуски звуків;
- заміни звуків;
- змішування звуків (двосторонні заміни звуків);
- нестійкі, нерегулярні заміни звуків;
- асиміляції звуків (дистантні заміни-уподібнення);
- пропуски складів;
- редуплікація складів (персевераторне повторення одного і того ж складу);
- перестановки складів (метатезис);
- порушення голосових та інтонаційно-мелодійних характеристик.

2). Лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень сприймання мовлення (порушень імпресивного рівня) у дітей із ВНГП:

- ✓ несформованість артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (тобто фонематичних уявлень з причини порушень артикуляторно-кінестетичних механізмів);
- ✓ неповноцінність слухової перцепції (дефекти фонематичного слуху з причини порушень фізичного та тонального слуху);
- ✓ недостатньо сформована здатність до диференціації (розрізнення) перцептивних ознак фонем (порушення фонематичного сприймання);
- ✓ недостатнє розуміння складних за синтаксичною організацією та морфологічним оформленням фраз; складносурядних та складнопідрядних речень;
- ✓ лексичний дефіцит маловживаних слів, категоріальних понять, узагальнених значень.

3) Симптомокомплекси лексико-граматичних порушень у дітей із ВНГП:

а) Симптоми порушення морфологічного (граматичного) оформлення висловлювань: пропуски прийменників та сполучників; пропуски або заміни службових слів; стікі заміни родових, числових та відмінкових закінчень іменників та прикметників, числових, родових та особових закінчень дієслів, пропуски головних або другорядних членів речення тощо.

б) Симптоми порушення синтаксичного висловлювання: спрощення змістовної сторони висловлювання; фрагментарність, розірваність висловлювання власних думок; погіршення ситуації у позиції монолога, покращення – у монолозі; перевага коротких, згорнутих висловлювань із використанням згорнутих граматичних конструкцій; обмеження мовленнєвої активності тощо.

в) Симптоми лексичних порушень: вербальні парафазії - семантичні помилки називання (порушення операції вибору потрібного слова із семантичного поля близьких за змістом або звучанням слів; порушення граматичної адекватності обраної словоформи); граматичні парафазії (помилки вибору відповідної словоформи відносто змістового контексту).

г) Симптоми лексичного дефіциту: недостатність експресивного та/або імпресивного словника; недостатність узагальнюючих ознак та понять тощо.

Виявлені симптомокомплекси укладаються у відповідні синдроми фонологічних порушень у дітей із ВНГП.

Вищезазначене дає підстави стверджувати про наявність у дітей із ВНГП синдромів порушення звукової сторони мовлення:

1) синдром мономорфних функціональних фонологічних порушень (II, III, частково IV групи);

2) синдром центральних поліморфних вибіркових порушень звуковимови (частково IV, частково V групи);

3) синдром центрального поліморфного тотального порушення звуковимови органічної генези (переважно у дітей V групи).

Вперше системно досліджено та виявлено рівні сформованості підсистем програмування, інтерпритації та регуляції функціональної системи мови та

мовлення і визначено особливості та закономірності їх формування у дітей із ВНГП.

Більше того, нами визначено узагальнені симптоми порушень підсистем програмування та регуляції мовленнєвих актів ФСММ у післяопераційних дітей із ВНГП:

- порушення процесів консолідації артикуляційних операцій;
- порушення процесів фонологічного програмування та моторної регуляції;
- порушення операціонально-динамічного компонента регуляційної підсистеми ФСММ;
- порушення комунікативно-мовленнєвого рівня регуляційної підсистеми ФСММ (згорнутість, стилістична та емоційна збідненість розмовного мовлення, недостатньо активний словниковий запас, порушення синтаксичного та граматичного оформлення висловлювання, відсутність ініціативного мовлення, недосконалість контекстного, монологічного та навіть діалогічного мовлення).

У результаті багатоетапного лінгвопатологічного обстеження науково обґрунтовано та визначено не лише симптоми, але й охарактеризовано лінгвопатологічні синдроми мовленнєвих порушень на рівні кожної із підсистем ФСММ.

Таким чином, визначені на констатувальному етапі дослідження узагальнені симптоми семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях), підсистеми програмуваннння та регуляційної підсистеми ФСММ у дітей із ВНГП, у більшості випадків складаються у відповідні синдроми.

На основі розробленої системи синдромологічного аналізу порушень мовлення при ВНГП виявлено комплекс синдромів, що характеризують мовленнєвий розвиток 82% (87) дітей із ВНГП дошкільного віку: 1) синдром порушень семіотичної підсистеми ФСММ (симптомокомплекси: сенсомоторних та артикуляційних розладів, порушень мовленнєвого дихання,

порушень голосу, ритміко-мелодико-інтонаційної організації мовлення); 2) синдром порушень функцій програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) синдром порушень функцій регуляції та контролю мовленнєвої діяльності.

Віділено лінгвопатологічні симптоми, які є узагальнюючими і входять в усі зазначені вище синдроми: а) порушення загально-нормативного темпу мовленнєвого онтогенезу; б) ускладнений з різних причин процес породження мовлення; в) порушення сприймання та розуміння мовлення у зв'язку зі зниженням фізіологічного та тонального слуху; г) загальна інактивність та скутість мовлення.

Спираючись на агреговані результати вивчення семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, запропоновано типологію варіантів мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

До умовно-нормативного варіанту ми віднесли результати, які «вписалися» у нормативні показники онтогенезу мовлення (18%). Решта (82%) мали ознаки ненормативного мовленнєвого розвитку: дисгармонійного варіанту мовленнєвого дизонтогенезу (затримка темпу розвитку усіх складових ФСММ); парціального (порушення є окремих підсистем ФСММ, дисоціація між загальним рівнем мовленнєвого розвитку та рівнем зрілості окремих функцій); та тотально ушкодженого (тотальне ушкодження усіх підсистем ФСММ змішаного генезу) (табл.3.1).

В основному йдеться про неповноцінність або темпові відставання формування різних підсисем функціональної системи мови та мовлення (так званих малих синдромів), які свідчать про загальну дисгармонійність або парціальність розвитку ФСММ у більшості дітей із ВНГП (43%), або про поєднання малих синдромів у великі, які вказують на синдром тотального недорозвинення мовлення змішаного походження у третини обстежених (39%). Загальна картина тотального недорозвинення мовлення у частини дітей із ВНГП створюється за рахунок поєднання в однієї дитини декількох лінгвопатологічних синдромів та поліфакторних механізмів і патогенезу.

Мовлення решти 18% обстежених дітей відповідало нормативним показникам мовленнєвого розвитку.

Таблиця 3.1

Типологія варіантів мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП

Тип		Клініко-логопедична група	Характерні ознаки	Кількість дітей
Умовно-нормативний		**I, II**	**Розвиток підсистем ФСММ відповідно до нормативних показників**	**19 (18%)**
Ненормативний (дизонтогенетичний)	**Парціальний**	**III А, IV А**	**Порушення окремих підсистем ФСММ, дисоціація між заг. рівнем мовленнєвого розвитку та рівнем зрілості окремих мовл. функцій**	**25 (23%)**
	Дисгармонійний	**III Б, IV Б, V А**	**Затримка темпу розвитку усіх складових ФСММ**	**21 (20%)**
	Тотально ушкоджений	**IV В, V Б**	**Тотальне ушкодження усіх підсистем ФСММ змішаного генезу**	**41 (39%)**

Вищезазначене є безперечним підтвердженням того, що результати, одержані на основі етіопатогенетичного підходу та системно-динамічного аналізу розвитку мовлення у дітей із ВНГП через призму підсистем функціональної системи мови та мовлення виявили своєрідні механізми породження та засвоєння категорій та понять мовної системи та розкрили структуру дизонтогенезу мовлення в цілому. Безперечно, це призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із вродженим незрощенням губи та піднебіння.

Це підтверджує необхідність створення сучасної інноваційної системи диференціальної корекції мовленнєвого розвитку (враховуючи типи мовленнєвого дизонтогенезу) та індивідуальних програм корекційно-розвивального навчання кожної такої дитини (з урахуванням так званого «онтогенезу заміщення» [108]).

3.3. Результати дослідження базових складових психічного розвитку осіб із ВНГП

Проведений аналіз сучасних підходів до організації і забезпечення психолого-педагогічної та корекційної допомоги дітям із ВНГП дозволяє стверджувати, що на сьогодні у цій проблемі залишаються не реалізованими резерви комплексного багатоетапного впливу на розвиток такої дитини. Найслабкішою ланкою у цьому ланцюгу є психологічна адаптація дітей із ВНГП та цілеспрямована психологічна допомога родинам, що їх виховують**.**

Саме з огляду на це, у наукове поле експериментального дослідження було включено психічний розвиток дитини із вродженими незрощеннями губи та піднебіння різного віку.

Ми відштовхувалися від так званих керуючих факторів або параметрів, які визначали характер психічного розвитку будь-якої дитини в цілому, і зокрема дитини із ВНГП.

В основу аналітико-діагностичної роботи щодо вивчення психічного розвитку дітей із ВНГП нами взято трикомпонентну модель аналізу психічного розвитку та його базових складових, запропоновану сучасними дослідниками у галузі психології розвитку, представниками російської школи когнітивного розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго [387], як найдоцільнішу (на нашу думку) в умовах міждисциплінарного комплексного підходу.

Маючи на меті оцінку психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку, керуючись основними положеннями [387] про узагальнену систему базових складових психічної діяльності дитини для даного дослідження були окреслені ключові моменти обстеження (Блок IV: А-Г) та ті показники психічного розвитку, які на нашу думку можуть бути найбільш ушкодженими у дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. У першу чергу це стосується довільної регуляції рухової активності, довільної регуляції психічних процесів та функцій, довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому.

Ми виходили з того, що зазначені основні структурні утворення формуються у процесі психічного розвитку дитини, а стан їх сформованості може засвідчувати про відповідність (співвіднесенність) до тієї чи іншої типологічної групи психічного дизонтогенезу [387].

З огляду на це, було розроблено відповідний зміст психологічного дослідження (спираючись на методологічні та методичні підходи сучасної психології розвитку) з урахуванням віку дітей та структури дефекту.

Вибудовуючи стратегію констатувального етапу дослідження, ми вбачали необхідність співвіднесення рівня розвитку функціональної системи мови та мовлення із рівнем зрілості таких двох базових показників мовленнєвої діяльності як когнітивний та афективний.

Гіпотетично ми передбачали, що тільки таке співвіднесення через визначення місця дитини із ВНГП у кожному просторі ознак дозволить визначити структуру психомовленнєвого дизонтогенезу, що у свою чергу забезпечить просування у розумінні механізмів порушення мовлення при ВНГП та пошуках шляхів розвитку мовлення дитини з такою патологією.

Таким чином, згідно діагностичної моделі та запропонованої технології дослідження наскрізних базових складових психічного розвитку дитини із ВНГП передбачало вивчення: а) довільної регуляції рухової активності; б) довільної регуляції психічних процесів та функцій; в) довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому у їх динамічному взаємозв’язку.

При цьому слід зазначити, оцінка сформованості зазначених складових спиралася на аналіз спостережнь за дяільністю та поведінкою дітей із ВНГП та базувалася на результатах виконання дітьми завдань як логопедичного блоку, так і завдань на дослідження компонентів пізнавальної діяльності.

Аналіз результатів виконання завдань на дослідження операціональних характеристик діяльності дитини із ВНГП (пізнавальної діяльності та окремих її компонентів) передбачав висновки не тільки про темпові характеристики психічної діяльності, але і про особливості її базових складових та поведінки дитини в цілому.

Слід зазначити, що, діагностичною методикою також було передбачено вивчення сформованості просторових уявлень, як базисного показника забезпечення регуляції власної діяльності та афективно-емоційної сфери за допомогою стандартизованих діагностичних методик та адаптованих до відповідного віку дітей.

У даному контексті дослідження ми не вивчали увагу як окремий психічний процес, а розглядали її у полі операціональних характеристик діяльності, оскільки у своїх різних проявах увага приймає активну участь у будь-якому виді психічної діяльності. З огляду на це нами враховувалися такі основні параметри процесу уваги, як обсяг активної уваги, її стійкість, здатність до перерозподілу та переключення.

Виходячи з цього, констатувальний етап психологічного дослідження передбачав співвіднесення вікових показників із періодами мовленнєвого та психічного розвитку і прослідковув залежність мовленнєвого статусу дитини із ВНГП від багатьох чинників, що впливають на її фізичний і психічний стан, зробивши основний акцент на вивчення особливостей психо-мовленнєвої діяльності у клініко-психолого-педагогічному аспекті.

Констатувальне дослідження не можна було вважати достатнім без урахування стану морально-психологічного клімату у родині, яка виховує дитину з ВНГП. Ми розглядаємо мікросоціум, або сім'ю як один з основних гарантів забезпечення якості життя своєї дитини. Оскільки такі фактори як спадковість, наявність обох батьків, їх здоров'я, соціальний та матеріальний стан, ступінь стабільності сім'ї, житлові умови, характер взаємостосунків між членами родини визначають не тільки благополуччя у період внутрішньоутробного розвитку плода, але і впливають на стан фізичного та психічного здоров'я дитини, що народилася. У межах дослідження вивчалося ставлення батьків до дітей та особливості психологічного клімату сім'ї де виховується дитина з ВНГП.

1) Стан довільної регуляції сенсомоторної (рухової) активності

Найважливішим періодом дитячого розвитку вважається процес становлення у ранньому дитинстві – періоді активного накопичення психічних фукцій і формування міжфункціональних зв'язків. Порушення цього процесу у ранньому дитинстві найчастіше призводить до виникнення різноманітних відхилень психічного розвитку дитини.

Дитина постійно знаходиться у процесі не тільки кількісних, але й якісних змін. В той же час у процесі самого розвитку спостерігаються періоди прискорення і періоди гальмування, а у випадках ускладнень – повернення до попередніх форм активності. Зазвичай, це нормальне явище дитячого розвитку. Дитина далеко не завжди здатна успішно виконати більш складне, ніж попереднє, завдання, а в разі змоги – вирішує його з великим психічним перевантаженням. Тому, тимчасовий відступ носить тимчасовий захисний характер.

Як засвідчують наші спостереження і дослідження, безпосередній досвід роботи, а також аналіз наукових джерел та медичної документації, у дітей із вродженою піднебінною патологією у випадках ускладненого дефекту можуть бути порушення певних структур і функцій ЦНС, у багатьох дітей спостерігаються порушення (різного ступеня тяжкості) аналізаторних систем (у першу чергу – слухової, зорової, рухової), навіть при збереженості (у більшості випадків) центральних механізмів мовленнєвої діяльності у цих дітей найбільш постраждалою є функція мовлення, спостерігаєтюся стійкі темпові порушення як фізичного, так і психічного розвитку.

З причини частої госпіталізації, спостерігається зміщення основних акцентів психо-соціального та особистісного розвитку у зазначеної категорії дітей, у них страждає адекватність та своєчасність навчання та виховання.

Ми зазначаємо, що на сьогодні є підстави говорити про особливості психічного онтогенезу дитини з ВНГП, які часто межують з різними варіантами психічного дизонтогенезу.

Довільність психічної активності, як реалізація регуляторного фактору розвитку стоїть на першому місці у процесі гетерохронного формування усіх

психічних сфер дитини, зокрема пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери.

Виходячи з цього, для нас було принципово важливим проаналізувати рухову активність дітей із ВНГП в онтогенезі, як основи «розгортання» психічного розвитку в цілому. Оскільки, доведено [387], що рухова або сенсомоторна активність від народження до одного року залишається тією функцією, яка буквально «витягує» у ранньому віці і когнітивну, і емоційну сфери.

За умови нормального розвитку дитини у подальшому сенсомоторна активність гармонійно переходить або «включається» в ієрархічну структуру довільної активності. Безперечно, вектор регуляторного фактору, початком якого є формування рухів, спрямований у подальшому на регуляцію психічних процесів, власних емоцій і, як результат – поведінки взагалі.

Детально описані у попередньому розділі особливості психічного розвитку дітей із ВНГП раннього віку, засвідчили значні темпові та змістовні відставання у формуванні так званих наскрізних базових компонетах психічного розвитку у 49% обстежених малюків.

Особливо яскраво це проявлялося у періоди так званих «вузлових моментів розвитку»: 2,5 – 4 місяці; 7 – 9 місяців; 10 – 13 місяців; 18 – 24 місяці; період до 3-х років. За умови нормального онтогенезу у дитини саме у ці періоди синхронно відбуваються поєднані за трьома напрямами (довільна регуляція, просторові уявлення, афективна регуляція) якісні зміни усієї системи базових складових і це набуває за змістом так званого «якісного» стрибка у розвитку дитини [387].

Як засвідчують результати наших досліджень, навіть перший «вузловий момент розвитку» (2,5 – 4 місяці) у дітей із ВНГП має свої особливості: у 40% малюків відмічені темпові відставання та «емоційна змазаність» так званих комплексів очікування та пожвавлення, які є першою яскравою ілюстрацією соціальної орієнтованості малюка, самоцінності для нього процесу спілкування, є власне підвалинами комунікативної поведінки.

Тобто, у більшості малюків із ВНГП у перші місяці життя спостерігався дефіцит емоційної інформації, яку малюк «адресує» дорослому. Одну з причин цього ми вбачаємо у недостатності емоційної сензитивності матері, яка у цей період розвитку дитини є емоційно спустошеною, з переважанням негативних переживань з приводу народження дитини із ВНГП, страхів за її майбутнє.

У наступний найважливіший перехідний «вузловий» момент до року (7 – 9 місяців) психічний розвиток дітей із ВНГП також перебігав неоднозначно та нерівномірно.

Як показали результати, у процесі формування довільної регуляції діти із ВНГП дещо загальмовано засвоюють довільні рухові програми, особливо яскраво це проявилося у формуванні рухових програм регуляції діяльності мовленнєвого апарата на рівні лепітного мовлення (відставання від норми на 1-4 місяці та фонетико-мелодійна своєрідність). Це свідчить про темпові відставання сенсомоторної (рухової) активності, які у свою чергу гальмують прояви ранніх форм мовленнєвого спілкування.

Так само із відставанням у строках формувалася друга лінія розвитку – оволодіння просторовими уявленнями, оскільки майже у 50% обстежених малюків було зафіксовано відставання у строках засвоєння вертикальної площини: частина дітей почала пізніше піднімати голову, сідати, повзати, вставати, стояти, тим самим гальмуючись у засвоєнні «цілісного» простору.

У цей період нами відмічені також особливості формування лінії афективної регуляції: не усі малюки із ВНГП «вписувалися» у норму появи афективних диференціацій на «своїх» - «чужих» тощо. Вже на першому році життя ми констатували наявність у них суттєвих відмінностей від нормативних меж та своєрідність перебігу усіх складових психічного розвитку періоду раннього онтогенезу, що передбачає у подальшому у цих дітей ускладнення формування довільної регуляторної психічної діяльності, далі – пізнавальної діяльності та афективно-емоційної сфери дитини, «проростаючи» і в особистісну сферу.

Більшість дітей із ВНГП до одного року (зокрема, усі діти-сироти) перебували у так званому стані емоційної депривації, переживали дефіцит позитивних емоцій.

Більше того, з причини наявності дефекту, частої госпіталізації, зниженого емоційного фону у сім'ї, недостатнього усвідомлення батьками необхідності цілеспрямованого розвитку когнітивної сфери, ми вважаємо, що більшість дітей відчували недостатність спільної діяльності дорослим або спільних ігрових дій, що гальмує формування основи базових структур функціональної системи мови та мовлення, комунікативної поведінки взагалі.

При цьому обов'язковим буде зазначити, що ми спостерігали феномен «сніжної кулі» - з віком у багатьох дітей із ВНГП зазначені особливості не зникали самостійно, а нашаровувалися, взаємно обтяжуючи одна одну, уповільнюючи загальний темп і ушкоджуючи якість психічного розвитку такої дитини (особливо, якщо йдеться про відсутність або запізнілість відповідної логопсихологічної корекції).

Тобто, із впевненістю можна зазначити наявність у дітей раннього віку із ВНГП певних особливостей формування та функціонування базових складових психічного розвитку, що у майбутньому за умови відсутності адекватної корекційно-розвивальної роботи може спричинити, або закріпити різні варіанти відхилень психічного розвитку.

Оцінюючи особливості психічного розвитку дітей із ВНГП до 3-х – 4,5 років (див. Блок IV.А, IV.Б, IV.В, IV.Г) ми віддавали перевагу якісному аналізу і робили обережні висновки, оскільки категоричність допустима лише у випадках вираженої патології. Спиралися на те, що нормативно дитина у 3-4 роки повинна вільно володіти експресивним мовленням, повністю розуміти звернене позаконтекстне мовлення на побутові теми, мати достатній пасивний та активний словник.

Якщо говорити про узагальнені результати, то вони засвідчують у дітей із ВНГП 3-3,5 років відставання у темпах психофізичного розвитку у порівнянні

з нормативними у середньому на 41%, а темпові та якісні порушення мовленнєвого розвитку відмічено у 92% дітей цієї вікової категорії.

При цьому ми враховували, як ускладнюючі процес психологічного обстеження, такі фактори як новизна ситуації обстеження, необхідність спілкування із незнайомим дорослим, швидко наступаюча перенасиченість, а звідси - швидка втомлюваність дитини.

Зазвичай психологічне обстеження здійснювалося у клінічних умовах, що безперечно, знижувало рівень психічної активності дитини в цілому. При цьому слід зазначити, що не завжди вдавалося здійснити достатньо тривале динамічне спостереження в умовах клініки. Така можливість з'являлася в умовах дошкільного освітнього закладу та загальноосвітньої школи для дітей із тяжкими порушеннями мовлення.

Наші попередні психологічні висновки вимагали перевірки та підтвердження або спростування на різних вікових категоріях дітей із ВНГП.

Виходячи із такої необхідності, даний параграф, окрім попередньо одержаних даних про особливості психічного розвитку дітей раннього віку, висвітлює аналіз результатів дослідження психічного розвитку післяопераційних дітей із ВНГП декількох вікових категорій: 106 дошкільників (4-6 років), 30 молодших школярів (7-11 років), 27 підлітків (12-15 років) та 17 юнаків (16-18 років). Окрім поділу дітей за віковими показниками, у кожній віковій групі одержані результати співвідносилися із показниками сформованості складових функціональної системи мови та мовлення.

Ми виходили з того, що вік дитини при оцінюванні її психологічного стану відіграє значну роль. Оскільки, як виявлено у результаті попередніх досліджень, у дитини із ВНГП з віком суттєво змінюється як клінічна симптоматика, так і мовленнєва. Це підтвердило наші передбачачення щодо видозмінювання симптоматики психічного розвитку у різні вікові періоди. Окрім обтяжуючого впливу первинного дефекту, це може бути пов'язаним із

динамікою зростання взаємостосунків організму, що своєрідно розивається, із вимогами, які висуває соціум до такої дитини.

Окрім цього, оцінюючи психологічний статус дитини із ВНГП ми брали до уваги особливості мовленнєвого розвитку через призму підсистем функціональної системи мови та мовлення. Тому, усі якісні і кількісні оцінки стану сформованості базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП співвідносилися із одержаними даними у попередніх розділах.

Першим рівнем сформованості довільної регуляції психічної активності є довільна сенсомоторна (рухова) активность. Стан її сформованості (загальна рухова активність, довільна моторика рук, артикуляційна та мімічна моторика) у дітей із ВНГП різного віку було детально описано та проаналізовано у попередніх параграфах.

Узагальнюючі результати щодо стану сформованості довільної регуляції рухової активності засвідчують суттєві відмінності від нормативних у більшості дітей із ВНГП, особливо раннього та дошкільного віку. Власне, йдеться про уповільнений темп розвитку психомоторики, яку ми розглядаємо як свідомо керовані рухові дії, у 77% обстежених дітей до 3-х років, у половини з яких рівень сформованості загальних, дрібних рухів та їх координованості відповідав показникам низького та вкрай низького рівня. Для 36% малюків прості проби на динамічний праксис виявилися взагалі недоступними.

Суттєві відставання та особливості формування довільної сенсомоторної активності у дітей до трьох років пояснюються загальною соматичною ослабленістю, психотравмуючою обстановкою з причини частої госпіталізації саме у ранньому віці, відсутністю цілеспрямованої психофізичної підготовки, швидкою втомлюваністю та виснажливістю.

Суттєво не відрізнялися від попередніх результати вивчення стану сформованості рухів та рухових дій дітьми 4-х років.

Дещо вищими виявилися показники сформованості довільної регуляції рухової активності дітьми 5-6 років, які виявили в основному середній рівень її

сформованості (за результатами виконання нейропсихологічних проб на динамічний праксис, праксис пози, реципрокну координацію рухів, кінетичну мелодію тощо). Це у свою чергу засвідчило відносну сформованість довільної регуляції рухової активності у 49% післяопераційних дітей 5-6 років (враховуючи дані про те, що дана сфера вважається остаточно сформованою лише у 8 років). У решти дітей якісні показники відрізнялися більше, ніж на 40% від нормативних. Така ж тенденція спостерігалася за результатами сформованості рухів мімічних м'язів обличчя, артикуляційної моторики та кінетики.

На нашу думку, вірогідним є негативний вплив недостатньої сформованості регуляції так званих нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики у 89% дітей із ВНГП дошкільного віку) на стан рухів вищого рівня – мовнорухового, порушення якого нами зафіксовано у 78% дошкільників.

Якщо говорити про результати сформованості довільної регуляції рухової сфери взагалі, враховуючи лінгвопатологічну симптоматику, спираючись на клініко-логопедичну класифікацію порушень мовленнєвого розвитку, то одержані дані корелюють із даними про рівень розвитку складових функціональної системи мови та мовлення у різних клініко-логопедичних групах.

Результати високого та середньо-високого рівня були показані дітьми I, II, III та частково IV груп. Сформованість довільної регуляції рухової активності виявилася на середньо-низькому (решта дітей IV групи, діти V групи), низькому та вкрай низькому рівнях (V групи). Тобто, погіршення стану сформованості довільної сенсомоторної регуляції було прямо пропорційним до стану сформованості підсистем функціональної системи мови та мовлення (семіотичної, програмування та регуляційної).

Маємо підстави стверджувати про темпову незрілість або парціальну несформованість регуляторного компонента рухової діяльності, пов'язану в

основному із психосоматичною та неврологічною симптоматикою у 78% дітей раннього та дошкільного віку із ВНГП.

Виходячи із вище зазначеного, природньо передбачити відставання або відхилення у формуванні другого та третього рівнів довільної регуляції психічної активності.

2) Стан довільної регуляції психічних процесів і функцій

Наступними рівнями сформованості довільної регуляції психічної активності є довільність психічних процесів і функцій (другий рівень) та довільність регуляції емоцій і поведінки в цілому (третій рівень).

У випадку дослідження зазначеного компоненту (другого рівня) спеціальних методик не передбачалося. Нас цікавила у даному контексті здатність дітей із ВНГП до цілеспрямованої організації власної діяльності у залежності від стану функціональної системи мови та мовлення з урахуванням вікових показників та ступеня тяжкості анатомо-функціональних порушень.

Висновки про особливості довільної регуляціїї психічних процесів і функцій (власної діяльності) базувалися на результатах досліджень особливостей пізнавальної діяльності та окремих її компонентів.

Одразу слід зазначити, що результати дослідження другого компоненту виявилися значно кращими, ніж результати довільності рухової активності (особливо мовнорухової). Йдеться про дітей I, II, III та частково IV клінічної групи, які складають 41% від загальної кількості обстежених. Тобто, незважаючи на певні порушення фонологічної системи на експресивному та імпресивному рівнях, рівень довільної регуляції психічних процесів відповідав високим та середньо-високим показникам, вірогідно, з причини достатнього мовленнєвого опосередкування та потенційно високого когнітивного ресурсу.

Основні блоки завдань, у тому числі і серіальні ці діти виконували відповідно нормативних показників: утримували інструкцію самостійно за умови ігрової подачі матеріалу (у 3,5-4 роки); у 4 роки самостійно утримували інструкцію і самостійно виконували завдання за умови проговорювання «програми» власної діяльності; у 5,5 – 6 років були здатні самостіно

утримувати інструкцію, при цьому могли самостійно «бачити» свої помилки і навіть виправляти їх. Допомога дорослого передбачалася, але, зазвичай, використовувалася рідко.

Найбільш показовим було виконання завдань на дослідження уваги, де діти певного віку правильно заповнювали відповідний бланк методики, демонструючи при цьому старанність, акуратність, зацікавленість у позитивному результаті. Для дітей до 5 років характериним був нерівномірний темп виконання завдання, але це «вписувалося» у вікові нормативи виконання.

Діти 6-7 років виконували завдання як вербального, так і невербального характеру, розподіляли увагу за двома ознаками одночасно, зберігали рівномірним темп роботи, або навіть демонстрували його прискорення на тлі стабільної позитивної мотивації.

У 7,5-8 років діти перших трьох груп повністю, безпомилково виконували завдання, розподіляли увагу за трьома ознаками одночасно, виявилися здатними самостійно «вибудовувати» програму виконання, самостіно виправляти допущені помилки. Щодо темпових характеристик діяльності, то слід зазначити, що у цих дітей нами не відмічено різниці в залежності від типу діагностичних завдань. Вони зберігали відносно високий темп психічної активності протягом усієї експериментальної роботи.

Решта дітей IV групи (вроджена органічна відкрита ринолалія) та усі діти У групи (ринолалія + дизартрія або артикуляційна диспраксія; ринолалія + заїкання; ринолалія + алалія), виявили в основному низький та вкрай низький рівень довільної регуляції психічних процесів. Ці діти (59%) мали низькі показники сформованості усіх складових функціональної системи мови та мовлення або, керуючись традиційною психолого-педагогічною класифікацією вад мовлення – загальне недорозвинення мовлення різного рівня.

У першу чергу йдеться про недостатність цілеспрямованої діяльності, недостатню здатність до зосередження на конкретному завданні та утримання програми виконання зазвичай на тлі інертності або ригідності способу дій у

цих дітей. Їм не вдавалося утримувати інструкції самостійно, вони постійно вимагали повторення або зовнішньої допомоги. Для цих дітей було характерним зниження працездатності та мотивації на тлі швидкої втомлюваності і втрати інтересу до результату. Особливі труднощі відчувалися при необхідності проговорювати послідовність дій, програмувати або аналізувати власну діяльність.

Власне, йдеться про звуження когнітивного ресурсу у дітей з комбінованими варіантами порушень мовленнєвого розвитку. Це підтверджують результати виконання серії діагностичних завдань на дослідження пізнавальної діяльності та її окремих компонентів.

У контексті дослідження ми ми не вивчали увагу як окремий психічний процес, а розглядали її у полі операціональних характеристик діяльності, оскільки у своїх різних проявах увага приймає активну участь у будь-якому виді психічної діяльності. Відмічено своєрідність розвитку основних параметрів процесу уваги - обсяг довільної уваги, її стійкість, здатність до перерозподілу та переключення.

Зо основу для висновків бралися дані виконання діагностичних завдань на дослідження пізнавальної діяльності та уваги зокрема (див. діагностичний блок IV. Завдання IV.А; IV-Б; IV-В) дітьми із ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку. Під поняттям «порушення уваги» передбачалися патологічні зміни спрямованості, вибірковості психічної діяльності, які перш за все залежать від загального фізичного стану дитини (у нашому випадку – від впливу ВНГП), її соматичного стану під час обстеження, від рівня розвитку навчальної мотивації, від усвідомлення дитиною свого дефекту.

Одержані дані засвідчили особливості уваги, які є характериними для дітей даної категорії дітей. Перш за все, йдеться про нестійкість й недостатність довільної регуляції уваги у 80% обстежених дітей дошкільного віку та у 67% молодших школярів. При цьому найбільш постарждалими виявилися такі показники, як вибірковість уваги (діти із ВНГП відчували труднощі за необхідності сконцентруватися на завданні) та стійкість уваги

(швидко відволікалися, переключали свою увагу на незначні подразники, потребували додаткових стимуляцій). Характерною для дітей дошкільного віку із ВНГП була швидка втомлюваність, виснажливість. 47% дітей із ВНГП від 3 до 4 років не змогли повністю виконати поставлене перед ними завдання: закреслити по черзі грибочки, ялиночки, зірочки, квіточки, відерця (спрощений варіант матодики П'єрона-Рузера). Вони зупинилися на середині аркуша паперу. А 20% цих дітей змогли закреслити лише перші 1-2 рядочки і відмовлялися від подальшої роботи. Загальний темп можна охарактеризувати як нерівномірний. Однак, високі результати виконання було зафіксовано у дітей, з якими проводилася цілеспрямована підготовча робота з раннього віку, у якій приймали активну участь члени родини.

Для дітей 5-8 років використовувався класичний варіант методики. Результати виконання також засвідчили характерні особливості уваги більшості обстежених дітей цього віку: зниження загального темпу діяльності, нестійкість уваги, незначну загальмованість включення у процес роботи, швидку виснажливість. Найбільш складними для виконання виявилися ті завдання, які передбачали ускладнені варіанти: закреслювати одночасно дві, три і більше геометричних фігур.

Таким чином, одержані дані вказують на недостатність сформованості у більшої половини дітей із ВНГП довільної регуляції таких психічних функцій, як програмування власної діяльності та її контролю, утримання інструкції, та розподілу довільної уваги за декількома ознаками. Ми не спостерігали ні однієї властивості уваги, які би не зазнали деструктивного впливу негативних чинників.

Причинами такого стану перш за все слід вважати загальну психосоматичну ослабленість дітей із ВНГП, вплив на психічний розвиток дитини багатьох негативних чинників, стійкі складні мовленнєві порушення, відсутність відповідної корекційно-розвивальної роботи у даному напрямі.

Вірогідно передбачити, що із цими негативними чинниками пов'язані в основному низькі та середньо-низкі результати вивчення мнестичних процесів

(особливо порушеним виявилися процеси слухо-мовленнєвого запам'ятовування та об'єм пам'яті); перцептивно-дієвого компонента мисленнєвої діяльності у 51% дітей до 4 років (недостаня спрямованість на виконання завдання, хаотичність підходів, недостатня критичність до результатів та помилок); недостатньо сформованими виявилися процеси конструктивного та просторового мислення у наочно-дійовому плані у 61% дітей із ВНГП 7-8 років.

Найбільші труднощі викликали завдання на сформованість понятійного мислення (узагальнюючих операцій), актуальний рівень якого у 59% молодших школярів виявився нижчим від нормативних показників. Дітям не вдавалося точно виділяти та називати суттєві, смислоутворюючі ознаки, втрачалася послідовність умозаключень, страждали процеси планування та послідовності виконання мисленнєвих операцій, критичність та обдуманість дій.

Аналізуючи одержані результати, ми не схильні трактувати їх у площині первинних порушень пізнавальної діяльності. Йдеться про вторинність зазначених порушень внаслідок впливу вродженого незрощення губи та піднебіння, тяжкої вади мовлення, відсутності вчасного корекційного впливу тощо.

Стійкі показники низького рівня сформованості пізнавальних психічних процесів показали діти з комбінованими дефектами розвитку та синдромні діти. У даному випадку вірогідно передбачати первинний характер зазначених порушень, корекція яких вимагатиме особливих психолого-педагогічних підходів та прийомів корекційної роботи, у порівнянні з дітьми, когнітивний ресурс який залишається відносно збереженим.

3) Особливості афективно-емоційної сфери та особистісного розвитку осіб із ВНГП (IV.Г)

Вважаємо необхідним зазначити, що афективно-емоційна сфера та особистісний розвиток дітей із ВНГП входили у коло наших наукових інтересів. Однак, ми не ставили за мету деталізацію проблем у цих сферах, а

намагалися їх розглянути через призму мовленнєвого дефекту і зрозуміти причини їх виникнення, характер ушкодження (первинність/вторинність чи навіть третинність) та можливі особливості чи закономірності, пов'язані з вродженим дефектом щелепно-лицевої ділянки.

Ми притримувалися двох принципових положень [387, с. 257] стосовно дослідження особистості:

1.Особистість повинна розглядатися як система взаємопов'язаних процесів, а не набору здібностей чи певних рис;

2.Особистість необхідно вивчати як таку, що постійно розвивається, змінюється, але при цьому є відносно сталою системою динамічних процесів, емоцій, індивідуального досвіду.

Більше того, ми, враховуючи відоме положення про єдність інтелекту та афекту [4, 89, 286, 502, 503], вивчали дитину із ВНГП у взаємозв'язку емоційно-особистісної, когнітивної та операціонально-регулятивної сторін розвитку.

Включення у діагностичний процес основних проективних методик дозволило одержати перші відомості про особливості емоційної сфери дітей із ВНГП, починаючи від 3-4 років («Вільний малюнок», «Малюнок чоловічка»), 5-7 років («Дім – дерево – людина», «Неіснююча тварина»), 7-9 років («Моя сім'я», «Автопортрет», «Дім – дерево – людина» та ін.), 9-13 років («Автопортрет», «Яким я був раніше», «Яким я буду у майбутньому»).

Групу проективних методів ми вважаємо найбільш адекватними для вивичення афективно-емоційної сфери у першу чергу дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Діти зазвичай малюють не сам предмет, а узагальнене знання про нього. Тому, певною мірою малювання як акт психічної діяльності характеризує рівень мислення і мовлення (зокреа внутрішнього). Малювання таким чином виступає своєрідним аналогом мовлення, яке у свій час Л.С. Виготський назвав графічним мовленням. Перебуваючи прямо пов'язаним із зоровим сприйманням, моторною координацією, мовленням та мисленням – малювання не просто сприяє

розвитку кожної цієї функції, але й певною мірою об’єднує їх між собою, допомагає впорядковувати нові знання, оформляти та фіксувати складні власні уявлення про світ [387, с.323].

Аналізуючи малюнки дітей із ВНГП ми спиралися на нормативні особливості формування графічної діяльності та малюнка, а також інтерпритативними показниками дитячого малюнка Джона Ділео [142], Є.С. Романової, О.Ф. Потьомкіної [380] та Н.Я. Семаго, М.М. Семаго [387].

Усі малюки від 3,5 до 4,5 років з інтересом бралися до виконання завдання на малювання чоловічка. Слід зазначити, що на тлі зацікавленості половина дітей цієї вікової категорії продемонструвала недостатню моторну готовність до малювання, їм не вдавалося правильно здійснювати захват олівця, властивою була швидка втомлюваність, багатьом дітям не вдалося завершити молюнок свого чоловічка. Нами відзначено незначне відставання у сформованості графічної діяльності в цілому у 49% цих дітей: відсутність у чоловічка так званого тулуба, волосся, очей (навіть після 4 років). Однак, можливо це є причиною недостатньої підготовки дитини до малювання, відсутність власного досвіду «художника».

Тенденція до відставання у розвитку етапів становлення дитячого малюнка зберігалася у третини дітей після 5 років у зображенні людини: пізніше з’являлися у малюнку брови, вуха, шия. Характерним для малюнків цих дітей була відсутність деталізації зображення у вигляді одягу, зачіски, прикрас.

Практично у всіх малюнках чоловічка у п’ятирічок із ВНГП був відсутнім ніс, та рідко було зображено рот, який зазвичай мав вигляд нечіткої рисочки. Це, безперечно, є характерною ознакою малюнків саме дітей із ВНГП, які свідчать про внутрішні переживання дитиною своєї некрасивості та труднощів у мовленні, що у свою чергу можна вважати сигналом тривоги для логопсихолога та логопеда. Не менш тривожним сигналом слід вважати зображення чоловічка або людини занадто малими на коротких ніжках або безрук, часто у нижніх кутах аркуша паперу, що є свідченням невпевненості,

сором'язливості, пасивності, навіть відчуття неповноцінності. Взагалі, у малюнках дітей до 5 років не було помічено особливостей у використанні кольору, зазвичай увесь малюнок було зображено одним олівцем.

У малюнках багатьох дітей із ВНГП 6 – 8 років на тему *«Дім –дерево-людина»* (субтест «*Просто дерево»)* також чітко простежувалися ознаки невпевненості (за характером нажиму ліній), загального внутрішнього напруження, стану тривоги (сильна, «зажата» штриховка, яка переходить на стовбур, листя, корені), відчаю (опущене листя, або листя на землі), бажання бути більш впевненим, захищеним (наявність великого коріння) тощо. Діти цієї вікової групи вперше більш яскраво виявляли свої вподобання у кольорах: поряд із яскравими, гармонійними малюнками просто дерева у зелено-червоно-жовтих кольорах, половина малюнків була зображена коричнево-чорними, коричнево-темно-зеленими фарбами. Лише на деяких малюнках з'являлися додаткові деталі у вигляді сонечка, птахів, трави, квітів, що свідчило про стабільний, гармонійний психоемоційний стан дитини із ВНГП. Певна емоційна незрілість багатьох дітей із ВНГП підтверджувалася стереотипністю малюнків, їх схематичністю та невиразністю.

Найбільш інформативними виявилися результати інтерпритації малюнків молодших школярів та підлітків на тему «Моя сім'я» та «Невідома (неіснуюча) тварина». Діти цих вікових груп вже суттєво не відрізнялися від норми за показниками моторної готовності руки, сформованості орієнтування у просторі аркуша паперу, за загальним рівнем сформованості графічного і змістовного боку малюнка. Наблизилися до нормативних такі показники виконання малюнка як цілісність, пропорційність деталей, наявність перспективи, фрагментарних деталей та їх кількість тощо. Це перш за все свідчить про достатній когнітивний потенціал дітей із ВНГП, про підвищення рівня загальної обізнаності дитини, оскільки рівень розвитку графічної діяльності певною мірою відображає особливості пізнавального розвитку.

Однак, зображення на малюнках набували все більших якісних відмінностей, що давало підстави певною мірою трактувати психоемоційну сферу дітей із ВНГП як своєрідну, особливу, як таку, що вимагає обов'язкового психокорекційного впливу.

Більш яскравим діагностичним матеріалом, ніж малюнок окремої людини вважається малюнок сім'ї [142], який розкриває деякі тенденції міжособистісних стосунків, відображає переживання та сприймання дитиною свого місця у родині, її ставлення до сім'ї в цілому. Використання методики «Малюнок сім'ї» вважається найбільш ефективним протягом латентного періоду розвитку дитини (6 – 11 років), коли графічний вираз залишається відносно вільним від культурно-соціального тиску. Дітям давалася інструкція намалювати свою сім'ю на аркуші білого паперу кольоровими олівцями, при цьому не пояснювалося дитині що означає слово «сім'я». Час виконання завдання не обмежувався, однак зверталася увага на послідовність малювання, паузи, витирання деталей, спонтанні коментарі, емоційні реакції та їх зв'язок із зображуваним на папері.

Діти із ВНГП, які проживають у благополучних сім'ях, гармонійно зображали свою повноцінну родину, часто усі члени родини трималися за руки, посміхалися. Характерним для таких малюнків були додаткові деталі у вигляді сонця, хмаринок, квітучого поля, моря, домашніх тваринок. Але, були малюнки на яких дитина із ВНГП зображала себе у кінці ряду, незважаючи на те, що вона за віком повинна була би стояти попереду молодших у сім'ї. Це може вказувати на певні переживання з приводу переваг братика чи сестрички, або вказувати на невпевненість у собі, занижену самооцінку з причини надмірної батьківської критики, незадоволення успіхами цієї дитини.

Більш часто, ніж їх ровесники, діти із ВНГП зображали свою сім'ю, не включаючи себе у малюнок, або зображали себе маленькими, непомітними, часто на відстані від членів родини. Це говорить про наявність відчуття неповноцінності, або певної віджудженості від інших у родині, особливо від

братів або сестер, які не мають такої вади. Це говорить про низький рівень емоційних зв'язків у родині.

Характерними були малюнки дітей, які проживають у неповній сім'ї: на них зазвичай зображалася мама, бабася, домашня тварина. Інколи мама була відірвана від дитини, стояла далеко, з опущеними руками. Інший варіант – коли дитина зображала лише тата, який з ними двано не проживає і лише інколи навідує дитину у лікарні. Був малюнок, на якому семирічна дитина із ВНГП зобразила себе на руках у мами, а тато і сестра стояли окремо, взявшись за руки. Можна зробити певні передбачення щодо так званої коаліції у сім'ї цієї дитини, її симбіотичну прив'язаність до матері та емоційну відірваність від інших членів родини.

Цікавим виявився малюнок, на якому десятирічний хлопчик зобразив лише себе, а на запитання: «А де інші члени твоєї родини?» відповів, що усі вони на роботі. При цьому хлопчик зобразив себе із характерним при ВНГП обличчям – із асиметричним носом, широким шрамом на губі. Безперечно, такий малюнок характеризує самотність, емоційну відчудженість, переживання свого дефекту. Обов'язково слід зазначити, що таким був лише один малюнок, на усіх інших діти не зображали свій дефект, не «помічали» його у малюнку, навпаки – малювали обличчя занадто красивим, із довгими віями, яскравими губами, гарним носом. Це може бути свідченням скоріше не демонстративності, а навпаки – прихованого переживання своєї «негарності».

У багатьох малюнках найбільшої значущості було надано матері (у розмірах зображення фігур) або бабусі. Фігури тата були меншими за розміром, часто на відстані від інших членів родини.

Діти-сироти на прохання намалювати свою сім'ю зображали вихователів дитячого будинку, або друзів, вчителів. Інколи діти запитували, чи можна намалювати свого лікаря, няню, сусідську дівчинку. Були випадки, коли діти запитували, чи можна намалювати свою майбутню сім'ю, і на дозвіл – малювали красиву, щасливу, веселу родину.

Не менш інформативними для розуміння психоемоційного стану дітей із ВНГП виявилися малюнки неіснуючої тварини (тест «Неіснуюча тварина»). Ця проективна методика відображає не лише уяву дитини, але й розкриває механізми психологічного захисту. Тому, результати виконання цього тесту дітьми 10-13 років були важливими, враховуючи наявність вродженої патології обличчя.

Характерним для половини малюнків було зображення тварин з виступами: великими іклами, зубами, колючками, панцирем, антенами, шипами. Це традиційно трактується як агресивні ознаки, можливо – є ознаками прихованої образи, злості, переживань, необхідності захисту. Важливо зазначити, що гості виступи були спрямовані як угору (відчуття боязні та тривоги з причини напруження та тиску з боку дорослих, батьків, вчителів), так і донизу (страх невизнання, насмішок, втрати авторитету серед однолітків).

У деяких тварин було зображено великий рот з іклами, зубами, або заштрихований, що свідчить про готовність до вербальної агресії у відповідь на осуд або покарання. На декількох малюнках невідому тваринку було зображено у вигляді згорнутого у клубочок їжака. На прохання пояснити хто це і чому саме така тваринка, діти говорили, що вона живе сама у лісі, ніхто її не любить і вона нікого не хоче бачити, бо ця тварина жахлива, негарна, потворна, її ніхто не розуміє. Одна дівчинка (Олена К.) 12 років відверто сказала, що краще би вона (тваринка) не народилася зовсім, ніж жити самій у чорному лісі.

У половини малюнків неіснуючі тварини відрізнялися стандартністю деталей, малою їх кількістю, відсутністю додаткових, складних, творчих придумок. Це говорить про недостатню енергійність, слабкість, можливо хронічну соматичну ослабленість. Лінії малюнку були у деяких дітей тонкими, невпевненими, що говорить про астенічність, у інших – жирними, з нажимом, що свідчить про загострену тривожність.

Таким чином, узагальнюючи вище зазначене, можна зробити висновок про суттєві порушення психоемоційної сфери дітей із ВНГП, які ускладнюються, набувають стійкого характеру вторинних і третинних порушень з віком.

Значущим показником стану афективно-емоційної сфери дітей із ВНГП виявився факт здійснення психологічної корекції дитини та її родини. За відсутності такої цілеспрямованої роботи, психоемоційний розвиток виявлявся більш ушкодженим на усіх рівнях: регулятивному, афективному, особистісному. Саме такий стан був характерним для 78% задіяних в експерименті дітей.

Встановлено, що формування особистості підлітків із ВНГП розвивається переважно за дефіцитарним типом психічного розвитку (стійке зниження самооцінки, дефіцит диференціацій емоційних реакцій, низький рівень комунікації, відсутність бажання активно спілкуватися, субдепресивний фон настрою та ін.), що провокує дизонтогенез когнітивної та емоційно-вольової сфери.

Результати дослідження базових складових психічного розвитку дітей спиралися на визначення їх стану: збереженого (ЗБ), вторинно затриманого (ВЗ) чи первинно порушеного (ПП). Враховувалися якісні особливості формування складових психічного мікрогенезу – рівневих систем регуляції (Р), когніцій (К) та афективно-емоційної (А) сфери – як наскрізних психічних процесів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Матриця визначення варіантів психічного розвитку дітей із ВНГП

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="3">Наскрізні психічні процеси</td></tr>
<tr><td>Регулятивні</td><td>Когнітивні</td><td>Афективно-емоційні</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Стан базових складових психічного розвитку</td><td rowspan="2">Збережені</td><td>Н</td><td>Н</td><td>УН</td><td rowspan="2">Н</td></tr>
<tr><td>УН</td><td colspan="2">ДГ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Вторинно затримані</td><td>ДГ</td><td rowspan="2">Д</td><td>УН</td><td>ДГ</td></tr>
<tr><td>Д</td><td colspan="2">Д</td></tr>
<tr><td>Первинно порушені</td><td>Т</td><td>Т</td><td colspan="2">Т</td></tr>
</table>

Системно-динамічний аналіз дизонтогенезу, зіставлення та узагальнення даних логопсихологічного діагностичного блоку, викладених у ІІ та ІІІ розділах дисертації, забезпечили підстави для того, щоб запропонувати типологію варіантів психічного розвитку дітей із ВНГП – нормативний (Н) та варіанти психічного дизонтогенезу: дисгармонійний (ДГ), затриманий (З), дефіцитарний (Д), тотальний (Т) (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Типи психічного розвитку дітей із ВНГП

Тип психічного розвитку	Характерні ознаки	Спосіб визначення	Кількість дітей
Нормативний (Н)	**Формування складових психічного мікрогенезу відповідно до нормативних показників**	**Р/ЗБ+К/ЗБ+А/ЗБ**	**34 (32%)**
Дисгармонійний (ДГ)	**Когнітивна, емоційно-вольова та особистісна незрілість**	**Р/ЗБ+К/ЗБ+А/ВЗ**	**30 (28%)**
Затриманий (З)	**Затримка темпів розвитку базових складових психічного мікрогенезу**	**Р/ВЗ+К/ЗБ+А/ВЗ**	**21 (20%)**
Дефіцитарний (Д)	**Звуження когнітивного ресурсу, інтелектуальна нерівномірність на тлі дефіциту аналізаторних систем та психічної активності**	**Р/ВЗ+К/ВЗ+А/ВЗ**	**18 (17%)**
Тотальний (Т)	**Первинне порушення базових складових психічного мікрогенезу**	**Р/ПП+К/ПП+А/ПП**	**3 (3%)**

У результаті міжсистемного багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість формування функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП від народження до повноліття.

Екстраполяція результатів мовленнєвого та психічного розвитку дала можливість узагальнити висновки про особливості психомовленнєвого розвитку дітей та підлітків із ВНГП.

Аналіз одержаних результатів вказує на явища стійкої дефіцитарності (несформованості) деяких психічних функцій, що ускладнює процес формування та розвитку мовлення дітей з ВНГП. Навіть не маючи клінічних діагнозів щодо порушень центрального генезу, частина дітей з ВНГП являють

собою так званий [108] «нижньо-нормативний тип розвитку» [243, 387], які у подальшому можуть складати групу ризику наступного патологічного розвитку. Порушення довільної регуляції психічних процесів та недостатня сформованість потреби у спілкуванні у деяких дітей з ВНГП ставить під сумнів їх готовність до навчання у загальноосвітній школі та наводить на невтішні прогнози щодо майбутньої успішності та шкільної адаптації.

Психологічний розвиток дітей із ВНГП базується на тих же основних закономірностях, що і психічний розвиток у нормі. Фундаментальні закономірності мови і мовлення не мають у них принципових відмінностей. Головною відмінною рисою психомовленнєвого дизонтогенезу дітей із ВНГП є асинхронність, дисгармонійність розвитку. Це стало очевидним при співставленні рівнів сформовнаості різних компонентів ФСММ – вібіркова, парціальна невідповідність, несформованість окремих компонетів або підсистем ФСММ. Стан недорозвинення мовлення є однією з форм психомовленнєвого дизонтогенезу (ПМД), особливістю стуркури якого є дефіцитарність комунікативно- мовленнєвих навичок.

Виявлено, що наявність стійких порушень функціональної системи мови та мовлення на тлі загальної психосоматичної ослабленості вторинно спричиняє порушення психічного розвитку по типу дисгармонійного, затриманого або дефіцитарного у 65% дітей із ВНГП. При цьому спостерігається поступове ускладнення характеру порушень психічного розвитку залежно від віку, терміну логопсихологічного впливу, взаємостосунків у сім'ї, соціального середовища.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі «Результати дослідження функціональної системи мови і мовлення та психічного розвитку дітей із ВНГП» визначено стан сформованості функціональної системи мови та мовлення у післяопераційних дітей із ВНГП (після 3 років): семіотичної підсистеми ФСММ (на

експресивному та імпресивному рівнях), підсистем програмування та регуляції мовленнєвих актів, а також проаналізовано результати дослідження базових складових психічного розвитку: довільної регуляції психічних процесів і функцій (власної діяльності); просторово-часових уявлень; афективної регуляції.

Визначено, що діти із ВНГП мають набагато складніші механізми порушення психомовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років. У цих дітей своєрідно розвиваються механізми породження та формування підсистем функціональної системи мови та мовлення (семіотична, програмування та інтерпритації мовленнєвих актів, регуляційна), зазнають шкоди глибинні процеси формування базових складових психічного розвитку (довільної регуляції: рухової активності, психічних процесів і функцій, емоцій та поведінки), що звужує когнітивний ресурс дитини, стримує емоційно-особистісний розвиток, ускладнює процес соціальної адаптації.

Насамперед це стосується ураження базових показників забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, що призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП.

Результати дають підстави зазначити, що структура мовленнєвого дефекту при ВНГП ускладнюється також моторною недостатністю м'язів артикуляційного апарату, обумовленою порушенням їх іннервації по типу спастичності, гіпотонії або дистонії. Це пояснює наявність у певної кількості дітей із ВНГП дизартричних проявів (переважно псевдобульбарного характеру у стертій формі). У 75 (79%) післяопераційних дошкільників із ВНГП зафіксовано порушення фізіологічного та мовленнєвого дихання, підвищена голосова атака, порушення просодичної площини.

У 66 (70%) дошкільників виявлено уповільнений темп мовлення, більшість із них виявили несформованість немовленнєвого та мовленнєвого відчуття ритму. Характерною для цих дітей була загальна затримка темпу мовленнєвого розвитку, мовленнєва інактивність.

У результаті комплексного аналізу особливостей експресивного мовлення у дітей із ВНГП систематизовано характерні ознаки його порушень і зведено їх у відповідні симтомокомплекси: а) атипові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення, спричинені ВНГП; б) типові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення у дітей із ВНГП; в) симптоми порушень ритміко-складової структури слова у дітей із ВНГП; г) симптоми аеродинамічних, фонаційних та просодичних порушень, які мають поліморфний характер. Це дало підстави виділити синдром фонологічних порушень у дітей із ВНГП, розкрити механізм порушення фонологічної системи мовлення та визначити різни стани сформованості фонологічної складової за рівнем її ураження. На цьому етапі дослідження логопедичну діагностику ми співвідносили із класичною клініко-педагогічною класифікацією вад мовлення.

У результаті комплексного клініко-логопедичного вивчення семіотичної підсистеми ФСММ запропоновано нову клініко-логопедичну класифікацію порушень фонологічної складової мовлення у дітей із ВНГП. Виділено 5 груп післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку, звуковимовні та просодичні показники яких мають суттєві відмінності й відповідають різним клінічним характеристикам фонологічних порушень та свідчать про своєрідність семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (на експресивному рівні).

Окрім порушень звуковимовної сторони мовлення, безпосередньо спричинених анатомічним дефектом, виявлено групу дефектів звуковимови, пов’язаних із порушенням здатності здійснювати динамічні комплекси артикуляційних дій. Обстеження сформованості звуко-складової структури слова виявило у 73 (69%) дітей із ВНГП порушення здатності перетворювати сукцесивно організовані комплекси артикуляторних дій у цілісну симультанну програму. Також розподілено дітей за темброво-інтонаційним забарвленням голосу та ступенем назалізації.

У 68% обстежених дошкільників ми констатували суттєві особливості формування семіотичної підсистеми ФСММ на імпресивному рівні. У цих

дітей шкоди зазнали глибинні процеси формування рухових (артикуляційних) програм, своєрідно розвиваються механізми породження та засвоєння усіх категорій та понять мовної системи (фонетичних, лексичних, граматичних, синтаксичних), що у свою чергу стримувало формування інтелектуальних мовленнєвих операцій та дій. У переважної більшості (61%) обстежених дітей із ВНГП фонологічні порушення на імпресивному рівні мають вторинний характер. Їх можна назвати парціальними з огляду на те, що у багатьох дітей ці порушення носять нерівномірний, інколи вибірковий характер. У 39% виявлено первинний характер порушень імпресивного рівня, що передбачає первинні (тотальні) форми недорозвинення мовлення.

Одержані результати щодо стану сформованості фонологічної підсистеми на імпресивному рівні показали якісно різні характеристики у кожній зазначеній групі дітей з ВНГП відповідно до стану сформованості у них звукової сторони мовлення на експресивному рівні. Виявлено чітку залежність між станом звуковимовної сторони мовлення та здатністю дитини до засвоєння фонематичних процесів та оволодіння граматичними категоріями.

Таким чином, визначено лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень сприймання мовлення (порушень імпресивного рівня) у дітей із ВНГП. На основі зазначених лінгвопатологічних узагальнених симптомів порушень сприймання мовлення на імпресивному рівні у дітей із ВНГП визначені відповідні синдроми.

Доведено, що ураження фонологічного рівня мовлення у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, згодом призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП: 1) затримки темпів мовленнєвого розвитку; 2) вторинних порушень лексико-граматичної будови мовлення; 3) стійких порушень писемного мовлення; 4) мовленнєвої інактивності.

Результати констатувального експерименту виявили також суттєві відмінності від нормативних стану сформованості базових показників забезпечення підсистеми програмування та інтерпретації мовленнєвих актів

ФСММ (кінестетичної перцепції, кінестетичного праксису, слухової перцепції та слухомовленнєвого гнозису). Використання у цьому контексті адаптованих нейропсихологічних методик забезпечило нові дані щодо просторового, кінестетичного, динамічного гнозису та праксису у дітей із ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку.

Експериментально доведено, що у дітей із ВНГП значно ушкодженим є не тільки операціонально-динамічний, а й комунікативно-мовленнєвий рівень регуляційної підсистеми ФСММ.

У результаті багатоетапного лінгвопатологічного обстеження науково обґрунтовано та визначено не лише симптоми, але й охарактеризовано лінгвопатологічні синдроми мовленнєвих порушень на рівні кожної із підсистем ФСММ.

Таким чином, визначені на констатувальному етапі дослідження узагальнені симптоми семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях), підсистеми програмуванння та регуляційної підсистеми ФСММ у дітей із ВНГП, у більшості випадків складаються у відповідні синдроми.

На основі розробленої системи синдромологічного аналізу порушень мовлення при ВНГП виявлено комплекс синдромів, що характеризують мовленнєвий розвиток 82% (87) дітей із ВНГП дошкільного віку: 1) синдром порушень семіотичної підсистеми ФСММ (симптомокомплекси: сенсомоторних та артикуляційних розладів, порушень мовленнєвого дихання, порушень голосу, ритміко-мелодико-інтонаційної організації мовлення); 2) синдром порушень функцій програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) синдром порушень функцій регуляції та контролю мовленнєвої діяльності.

Відділено лінгвопатологічні симптоми, які є узагальнюючими і входять в усі зазначені вище синдроми: а) порушення загально-нормативного темпу мовленнєвого онтогенезу; б) ускладнений з різних причин процес породження мовлення; в) порушення сприймання та розуміння мовлення у зв’язку зі

зниженням фізіологічного та тонального слуху; г) загальна інактивність та скутість мовлення.

Спираючись на агреговані результати вивчення семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, запропоновано типологію варіантів мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

До умовно-нормативного варіанту ми віднесли результати, які «вписалися» у нормативні показники онтогенезу мовлення (18%). Решта (82%) мали ознаки ненормативного мовленнєвого розвитку: дисгармонійного варіанту мовленнєвого дизонтогенезу (затримка темпу розвитку усіх складових ФСММ); парціального (порушення є окремих підсистем ФСММ, дисоціація між загальним рівнем мовленнєвого розвитку та рівнем зрілості окремих функцій); та тотально ушкодженого (тотальне ушкодження усіх підсистем ФСММ змішаного генезу)

В основному йдеться про неповноцінність або темпові відставання формування різних підсисем функціональної системи мови та мовлення (так званих малих синдромів), які свідчать про загальну дисгармонійність або парціальність розвитку ФСММ у більшості дітей із ВНГП (43%), або про поєднання малих синдромів у великі, які вказують на синдром тотального недорозвинення мовлення змішаного походження у третини обстежених (39%). Загальна картина тотального недорозвинення мовлення у частини дітей із ВНГП створюється за рахунок поєднання в однієї дитини декількох лінгвопатологічних синдромів та поліфакторних механізмів і патогенезу. Мовлення решти 18% обстежених дітей відповідало нормативним показникам мовленнєвого розвитку.

Вищезазначене є безперечним підтвердженням того, що етіопатогенетичний підхід та системно-динамічний аналіз розвитку мовлення у дітей з ВНГП забезпечив можливість усебічно дослідити мовленнєвий онтогенез, розкрити механізми та структуру дизонтогенезу мовлення, розробити типологію варіантів дизонтогенезу мовлення у дітей із ВНГП.

Комплексне дослідження психологічного статусу дітей з ВНГП також виявило суттєві особливості їхнього психічного розвитку. За психологічним змістом ці особливості ми віднесли до трьох сфер: особистісної (явища емоційно-вольової незрілості); когнітивної (дефіцитарність пізнавальних функцій); емоційно-вегетативної (невротична та неврозоподібна симптоматика). При цьому у дітей із ВНГП спостерігаються виражені симптоми раннього ушкодження психічних сфер, їх поступове нашарування та подальший перебіг психічного розвитку з ускладненнями. У зв'язку з частою госпіталізацією спостерігається зміщення основних акцентів психо-соціального та особистісного розвитку у цієї категорії дітей, у них страждає адекватність та своєчасність навчання та виховання.

Одержані дані свідчать про особливості психічного онтогенезу дитини із ВНГП, які часто межують з різними варіантами психічного дизонтогенезу.

Довільність психічної активності як реалізація регуляторного фактору розвитку стоїть на першому місці у процесі гетерохронного формування усіх психічних сфер дитини, зокрема пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Аналіз рухової активності як основи «розгортання» психічного розвитку в цілому, яка «витягує» у ранньому віці і когнітивну, і емоційну сфери показав значні темпові та змістові відставання у формуванні так званих наскрізних базових компонетів психічного розвитку в 49% обстежених малюків із ВНГП. Це означає, що у ранньому віці у половини дітей із ВНГП сенсомоторна активність невчасно «включається» в ієрархічну структуру довільної активності, що уповільнює у майбутньому регуляцію психічних процесів, власних емоцій і, як результат, поведінки взагалі.

Узагальнюючі результати щодо стану сформованості довільної регуляції рухової активності засвідчують уповільнений темп розвитку психомоторики, яку ми розглядаємо як свідомо керовані рухові дії, у 77% обстежених дітей до 3 років, у половини з яких рівень сформованості загальних, дрібних рухів та їх координованості відповідав показникам низького та вкрай низького рівня.

У більшості малюків із ВНГП у перші місяці життя спостерігався дефіцит емоційної інформації, яку малюк «адресує» дорослому. Одна з причин цього – недостатня емоційна сензитивність матері, яка у цей період розвитку дитини є емоційно спустошеною, з переважанням негативних переживань з приводу народження дитини із ВНГП, страхів за її майбутнє.

Так само із відставанням у строках формувалася друга лінія розвитку – оволодіння просторовими уявленнями, оскільки майже у 50% обстежених малюків було зафіксовано відставання у строках засвоєння вертикальної площини, що гальмувало засвоєння «цілісного» простору.

Для половини дітей із ВНГП перший рік життя характеризувався своєрідністю формування лінії афективної регуляції. У подальшому це ускладнювало формування пізнавальної діяльності та афективно-емоційної сфери, «проростаючи» і в особистісну сферу. 95% дітей із ВНГП до одного року (зокрема, усі діти-сироти) перебували у так званому стані емоційної депривації, переживали дефіцит позитивних емоцій. Більше того, у зв'язку з наявністю дефекту, частою госпіталізацією, зниженням емоційного фону у сім'ї, недостатнім усвідомленням батьками необхідності цілеспрямованого розвитку когнітивної сфери, більшість дітей відчували недостатність спільної діяльності з дорослими або спільних ігрових дій, що гальмує формування психофізіологічної основи базових структур функціональної системи мови та мовлення, комунікативної поведінки взагалі. При цьому спостерігався феномен «снігової кулі» - з віком у багатьох дітей із ВНГП зазначені особливості не зникали самостійно, а нашаровувалися, взаємно обтяжуючи одна одну, уповільнюючи загальний темп і погіршуючи якість психічного розвитку такої дитини.

Доведено, що відсутність адекватної корекційно-розвивальної роботи з раннього віку ускладнює формування та функціонування базових складових психічного розвитку у подальшому.

Агреговані результати свідчать про негативний вплив недостатньої регуляції так званих нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та

артикуляційної моторики) у 94 (89%) дітей із ВНГП дошкільного віку на стан рухів вищого рівня – мовнорухового у 83 (78%) дошкільників. Узагальнені дані вказують на темпову незрілість або парціальну несформованість регуляторного компонента рухової діяльності, пов'язану в основному із психосоматичною та неврологічною симптоматикою у 78% дітей раннього та дошкільного віку із ВНГП.

Результати сформованості довільної регуляції рухової сфери взагалі, враховуючи лінгвопатологічну симптоматику, корелюють із даними про рівень розвитку складових функціональної системи мови та мовлення у різних клініко-логопедичних групах.

Результати дослідження другого компоненту (довільність психічних процесів і функцій) виявилися вищими, ніж результати довільності рухової активності (особливо мовнорухової) у дітей I, II, III та частково IV клінічної групи, які складають 41% від загальної кількості обстежених. Решта дітей IV групи та усі діти V групи (59%) виявили в основному низький та вкрай низький рівень довільної регуляції психічних процесів. Ці діти мали низькі показники сформованості усіх складових функціональної системи мови та мовлення або, за традиційною психолого-педагогічною класифікацією вад мовлення, – загальне недорозвинення мовлення різного рівня.

Розкрито особливості формування пізнавальної діяльності та її окремих компонентів у дітей із ВНГП. Виявлено, що недорозвинення або ушкодження складових (підсистем) функціональної системи мови та мовлення, особливо механізмів планування та регуляції мовленнєвих актів, вторинно порушує пізнавальну діяльність в цілому та її окремі компоненти зокрема.

Своєрідно, із суттєвими відмінностями від норми розвивається й афективно-емоційна та особистісна сфера дитини із ВНГП. Прослідковано поступове ускладнення з віком, вторинні та третинні нашарування проблем психо-емоційного характеру, за умови відсутності необхідної, вчасної психокорекційної роботи із самою дитиною та родиною, що її виховує.

Недостатність або відсутність психологічної допомоги, починаючи з раннього віку, не менш деструктивно впливає на психічний розвиток дитини, ніж первинний анатомічний дефект лицевої ділянки та наслідки, пов'язані з ним. Більше того, діагностовано, що первинний дефект, недорозвинення або пошкодження підсистем функціональної системи мови та мовлення за умови відсутності спеціальних корекційних засобів викликає низку вторинних й навіть третинних відхилень: недорозвинення усіх структурних компонентів мовлення; обмеженість сенсорних, часових, просторових уявлень; недорозвинення мнестичних процесів; недостатню спрямованість і концентрованість довільної уваги; зниження рівня узагальнень; недостатнє вміння планувати власну діяльність; будувати умовисновки, встановлювати причинно-наслідкові зв'єязки тощо. Нами прослідковано, що дітям із ВНГП притамання картина недостатньої сформованості когнітивної сфери, при тому, що у них первинно збережений і залишається достатньо високим загальний когнітивний ресурс. Не менш значущими є висновки про те, що діти із ВНГП відчувають труднощі не лише когнітивного характеру, але й комунікативного, що робить мовленнєві порушення при ВНГП особистісно значущими.

Безперечно доведено, що епізодична психологічна допомога не вирішує завдань гармонійного психічного розвитку зазначеної категорії осіб із ВНГП з метою забезпечення високого рівня життєвих досягнень.

Встановлено, що формування особистості підлітків із ВНГП розвивається переважно за дефіцитарним типом психічного розвитку (стійке зниження самооцінки, дефіцит диференціацій емоційних реакцій, низький рівень комунікації, відсутність бажання активно спілкуватися, субдепресивний фон настрою та ін.), що провокує дизонтогенез когнітивної та емоційно-вольової сфери.

Системно-динамічний аналіз дизонтогенезу, зіставлення та узагальнення даних логопсихологічного діагностичного блоку, викладених у II та III розділах дисертації, забезпечили підстави для того, щоб запропонувати типологію варіантів психічного розвитку дітей із ВНГП – нормативний (Н) та

варіанти психічного дизонтогенезу: дисгармонійний (ДГ), затриманий (З), дефіцитарний (Д), тотальний (Т)

У результаті міжсистемного багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість формування функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП від народження до повноліття.

Екстраполяція результатів мовленнєвого та психічного розвитку дала можливість узагальнити висновки про особливості психомовленнєвого розвитку дітей та підлітків із ВНГП. Виявлено, що наявність стійких порушень функціональної системи мови та мовлення на тлі загальної психосоматичної ослабленості вторинно спричиняє порушення психічного розвитку по типу дисгармонійного, затриманого або дефіцитарного у 65% дітей із ВНГП.

При цьому спостерігається поступове ускладнення характеру порушень психічного розвитку залежно від віку, терміну логопсихологічного впливу, взаємостосунків у сім'ї, соціального середовища**.**

Уточнено погляди на взаємозалежність тяжкості мовленнєвого дефекту та виду ВНГП. Нами не відмічено суттєвої різниці у якості звуковимови дітей із одно- чи двобічними наскрізними вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Встановлено, що ступінь ураження фонологічної системи на експресивному рівні перш за все залежить від строків, методик, якості проведедння хірургічних втручань (перш за все - відтворення функціонального м'якого піднебіння), терміну логопедичної корекції.

РОЗДІЛ 4. Система комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у межах сучасного освітнього простору

4.1. Теоретико-методологічна основа технології корекції порушень психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП

Цілісний міждисциплінарний аналіз стану проблеми мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП у науково-теоретичній та емпіричній площині, а також одержаний арсенал результатів констатувального дослідження дозволяє охарактеризувати цей стан як недостатній.

Ключові лінії цього аналізу щодо перебігу мовленнєвого розитку у дітей із ВНГП, структури та закономірностей мовленнєвих порушень, розкриття їх етіо-патогенетичних механізмів та вивчення особливостей психічного розвитку виявив, що ці діти мають набагато складніші механізми порушенн мовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років.

Ми притримуємося тієї принципової точки зору, що дітей із ВНГП розглядати як однорідну категорію дітей із вродженими анатомо-фізіологічними дефектами щелепно-лицьової ділянки, мовленнєвий розвиток яких перебігає по типу вродженої відкритої органічної ринолалії без порушень інших складових психічної діяльності, на сьогодні неможливо. Тому, застосування у корекційно-педагогічній роботі з ними єдиних стандартних методик та одновекторних корекційно-педагогічних прийомів є малоефективним. Оскільки, такі діти є поліморфною як у клінічному, так і у психолого-педагогічному відношенні категорією осіб.

Ми маємо усі підстави стверджувати, що на сьогодні в Україні у вирішенні цієї проблемі залишаються не до кінця реалізованими резерви комплексного багатоетапного впливу на розвиток такої дитини. При цьому, найслабкішою ланкою окресленої проблеми є логопедагогічна та

логопсихологічна абілітація дітей із ВНГП, а також цілеспрямована психологічна допомога родинам, що їх виховують.

Агреговані результати констатувального етапу дослідження довели необхідність переосмислення змісту корекційної роботи щодо подолання мовленнєвих вад у дітей різного віку із вродженими незрощеннями губи та піднебіння та пошуку нестандартних корекційно-інноваційних шляхів.

Комплексне вивчення стану та визначення особливостей і закономірностей психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП через призму підсистем функціональної системи мови та мовлення з урахуванням стану сформованості базових складових психічного розвитку, дозволила нам інтегрувати увесь масив одержаних експериментальних даних і вибудувати стратегію та тактику корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, враховуючи віковий та онтогенетичний аспекти.

Керуючись вищезазначеним, нами розроблено та змістовно забезпечено систему багатопрофільної комплексної корекції та абілітації дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння.

Вона заснована на міждисциплінарному підході та інтеграції усіх ланок процесу супроводу дитини із ВНГП у закладах охорони здоров'я та освіти спільно із сім'єю. Запропонована система являє собою цілеспрямовано організований освітній простір, який заповнює спеціально скорегована взаємодія фахівців різних профілів (медичного, логопедичного, психологічного), членів родини, що виховує дитину із ВНГП та самої дитини.

Систему забезпечують пріоритетні напрями: діагностичний, лікувально-відновлювальний, логопедичний (лінгво-педагогічний), психолого-педагогічний, соціально-психологічний (сімейний).

Концептуальними засадами цілісної системи психолого-педагогічної технології розвитку та корекції порушень мовлення у дітей із ВНГП є сучасні уявлення про суспільно-історичну природу психіки людини, про закономірності психічного розвитку дитини, про сутність феноменів відхилень у розвитку та їх закономірності, про психофізіологічну природу мовленнєвої

діяльності, особливості її формування у процесі онтогенезу та дизонтогенезу, структуру мовленнєвого дефекту, про основні психологічні закономірності розвитку, навчання і виховання дітей з вадами мовлення тощо.

Ми використали вчення засновників психолінгвістики та їх послідовників: М.І. Жинкіна [163], І.Н. Горєлова [112], Н.І. Лепської [274], В.Д. Небиліцина [322], Н.Х. Швачкіна [490], О.М. Шахнаровича [489], В.І. Голод [489], Т.О. Фотєкової [449], І.В. Ахутіної [449], О.Д. Хомської [469], С.Н. Цейтлін [474] та ін., про закони породження та розуміння мовлення, співвідношення вербальних та невербальних компонентів у мисленні людини, розвиток мови та мовлення у філо- та онтогенезі, феномен внутрішнього мовлення, породження та розвитку мовленнєвої здатності людини та ін.

Оскільки, розвиток мови та мовлення є невід'ємною частиною психічного онтогенезу, ми спиралися також на вчення дослідників психології мовлення А.А. Залевської [168]; Дж. Брунер [40] та ін. про взаємозв'язок структури мови зі структурою базових психічних процесів та поведінки.

З психологічної точки зору мову, мовленнєву поведінку ми розглядали як сукупність навичок, необхідних для здійснення комунікативної поведінки.

Процес організації комунікативної та мовленнєвої поведінки, побудови висловлювань у звуковій формі вимагає використання ряду когнітивних механізмів, що створюють операціональне забезпечення процесу породження мовення. Дані когнітивні операції є необхідними для переводу цілісного задуму у сегметарну форму, для відбору необхідних мовних одиниць та їх організації у цілісну програму висловлювання, для лінійної сукцесивної організації цієї програми, для моторного програмування та послідовної реалізації цієї програми (М.І. Жинкін, 1958; І.Н. Горєлов, 1974; Т.В. Ахутіна, 1989, Є.Ф. Соботович, 1981). У свою чергу сукупність мовних одиниць, правил їх комбінування для побудови висловлювання, психофізіологічні механізми реалізації висловлювань у мовленнєвій формі утворюють функціональну самоорганізуючу систему (П.К. Анохін [5], А.А. Залевська [168]).

Вище зазначені компоненти мови та мовленнєвої системи і завдання, які вони вирішують, забезпечили нам можливість взяти за базову модель не лише діагностики, але і комплексної корекції мовленнєвого розвитку при ВНГП «функціональну систему мови та мовлення» О.М. Корнєва (далі - ФСММ).

Вибудовуючи зміст навчання, ми керувалися концепцією про структурну організацію ФСММ, яка у свою чергу включає ряд підсистем (систем другого порядку), кожна з яких має свою певну спеціалізацію та деяку автономію як у процесі функціонування, так і у процесі свого розвитку (А.А. Залевська, 1999; Levelt W.J., 1993; О.М. Корнєв, 2006).

Програма багатоетапного корекційного впливу спрямована на формування та розвиток кожної з трьох підсистем ФСММ: семіотичної, програмування та інтерпритації мовленнєвих актів, регуляційної у їх взаємозв'язку та взаємозалежності. Семіотична мовна підсистема у межах функціональної системи мови та мовлення є вищим, знаковим рівнем комплексу мовленнєвих вмінь та навичок (за М.О. Бернштейном [22], який своєю загальною теорією рухової діяльності довів, що набуття будь-якої рухової навички обумовлене не повторюванням однакових інерваційних команд, а виробленням вміння кожного разу заново вирішувати рухове завдання, та забезпечує формування мовних одиниць, засвоєння та використання конвенціонального набору правил їх використання у процесі породження висловлювання.

Оволодіння звуковою будовою мовлення відбувається у двух взаємопов'язаних напрямах. Дитина засвоює артикуляцію (тобто рухи і позиції мовленнєвих органів, необхідних для відтворення звуків) і одночасно з цим – систему диференціальних ознак, необхідних для їх розрізнення. Сприймання мовленнєвих звуків формується у процесі активного артикуляторного досвіду і у дошкільному віці набуває закінченого характеру. Таким чином, формування звукової сторони мовлення залежить, в основному, від ступеня сформованості кінестетичного та фонематичного сприймання, а також їх взаємодії між собою у мовленнєвій практиці.

Лексичне, синтаксичне, морфологічне значення мови передається за допомогою звукових одиниць в усній формі і за допомогою графічних одиниць – у писемній формі. Роль звукових одиниць в утворенні мовних значень визначається: а) з позиції функціонального підходу, тобто артикуляція і сприймання; б) з позицій фонетичного підходу, тобто їх звучання. Для логопедичної корекції порушень мовлення у дітей із ВНГП ми враховували обидва підходи.

Підсистема програмування висловлювань, інтерпритації мовленнєвих актів та контролю за процесом їх реалізації та декодування забезпечувалася також відповідним змістом. Процес функціонування даної підсистеми є основним змістом багаточисельних моделей породження та розуміння мовлення [9, 163, 272, 273, 285]. Відомо, що первинний задум висловлювання являє собою слабкоструктуроване аморфне утворення. Він повинен поступово перетворитися у більш чітко оформлене у змістовному розумінні та сегментоване засобом змістовного або глибинного синтаксування [9]. Оскільки мовленнєві висловлювання реалізуються лише лінійно, у сукцесивній формі, важливим моментом програмування слід вважати операцію синтаксування. Синтаксування або процес лінійної організації фраз включає операції трансформації симультанно представленого матеріалу у сукцесивно організований ряд. Нами враховано, що усі перераховані перетворення здійснюються практично паралельно (І.О. Зимня, 1985; Т.В. Ахутіна, 1989; Є.Ф. Соботович, 1997; А.О. Залевська, 1999; В.В. Тарасун, 2008; Bierwisch M., 1991 та ін.). Регуляційна підсистема забезпечує їх координацію, співдружність, ресурсне забезпечення.

Методологічною основою корекційно-розвивальної системи є сучасна концепція онто- та дизонтогенезу мовлення О.М. Корнєва (2006), трикомпонентна модель психічного розвитку та його базових складових, запропонована сучасними дослідниками у галузі психології розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго [387], концепція морфофункціональної готовності дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання В.В. Тарасун [428], як

найдоцільніші (на нашу думку) в умовах міждисциплінарного комплексного підходу.

При цьому враховувалися ідеї структурної організації дизонтогенезу Л.С. Виготського, Г.Є.Сухарєвої, Л.Каннера, Я.Лутца, Г.К.Ушакова, В.В. Лебединського та сучасна типологія відхилень психічного розвитку М.М. Семаго та Н.Я. Семаго, методологія порушеного розвитку В.М. Сорокіна, психокорекційні технології для дітей з проблемами психофізичного розвитку І.І. Мамайчук, а також вчення про попередження та корекцію мовленнєвих порушень у дітей з вадами психофізичного розвитку (О.Ф. Архипова, Л.І. Бєлякова, Т.Г. Візель, О.М. Вінарська, Н.О. Власова, Л.С. Волкова, Р.І. Лалаєва, Р.Є. Лєвіна, В.К. Орфінська, О.В. Правдіна, Ф.А. Рау, Н.В. Серебрякова, Є.Ф. Соботович, В.В. Тарасун, Г.В. Чиркіна, С.М. Шаховська, М.К. Шеремет, М.К. Шохор-Троцька та ін.).

Оскільки основним вихідним параметром запропонованої комплексної корекційної системи ми обрали типи психомовленнєвого дизонтогенезу, зазначаємо, що при цьому спиралися на визначення феномена порушеного розвитку В.М. Сорокіна та Л.М.Шипіциної „...порушений розвиток слід розуміти як розвиток звичайний, але такий, що протікає у несприятливих умовах, патогенна сила яких переважає над компенсаторними можливостями індивіда, не порушуючи при цьому цілісності психіки, модифікуючи лише рівень її опосередкованості. Внаслідок цього відносно стійко змінюються параметри і сторони мікрогенезу (когнітивні, емоційні, регуляторні), що призводить до трансформацій у процесі вікового розвитку. Перш за все це проявляється у гальмуванні процесу соціалізації, тобто у засвоєнні культурно-історичного досвіду. Саме тому діти з ознаками ушкодженого розвитку потребують спеціальної медико-соціальної і психолого-педагогічної допомоги...” [411, с.122].

Система також розкриває основні напрями та зміст психологічної корекції дітей та підлітків із ВНГП з порушеним психомовленнєвим розвитком, а також напрями та зміст психологічного супроводу сім’ї та корекції

батьківсько-дитячих стосунків. Представлено основні принципи психологічної корекції дітей різного віку із ВНГП та запропоновано відповідні психокорекційні технології у залежності від типу психомовленнєвого дизонтогенезу. В основу даного напряму покладено системний аналіз складної структури мовленнєвого дефекту та його впливу на загальний психічний розвиток дитини із ВНГП.

У контексті нашого дослідження психологічну корекцію ми розглядаємо у широкому плані – як систему психолого-педагогічних впливів, спрямованих на подолання порушень психічного розвитку у зв'язку із вродженою патологію щелепно-лицевої ділянки, та більш вузько – як один із дієвих засобів оптимізації формування базових складових психічного розвитку та гармонізації особистості дитини із ВНГП.

Виходячи з цих позицій, нами враховувалися складні системно-структурні та онтогенетичні моделі психічного та мовленнєвого дизонтогенезу дітей із ВНГП, які було вперше розкрито за результатами констатувального етапу дослідження. Основні напрями психологічної корекції дітей із ВНГП визначалися провідними симптомокомплексами, які лежали в основі дефекту. Особливу увагу приділено психокорекції емоційно-особистісного розвитку особи із ВНГП з метою гармонізації їх особистісної сфери, сімейних взаємостосунків та корекції актуальних психотравмуючих проблем (реакція на вроджених дефект обличчя, часту госпіталізацію, хірургічні втручання, стосунки у колективі ровесників тощо).

Саме такий підхід забезпечив можливість розробити диференційовані методи та прийоми психокорекційного впливу, орієнтуючись на ступінь тяжкості та специфічність механізмів та структури психомовленнєвого дизонтогенезу осіб із ВНГП від народження до повноліття.

Метою функціонування комплексної багатопрофільної корекційної системи є: забезпечення умов попередження, диференційованої корекційно-розвивальної допомоги та максимальної компенсації порушень

психомовленнєвого развитку, гармонізація особистісного та когнітивного потенціалу, а також повноцінної абілітації дітей із ВНГП у сучасному соціумі.

Основні принципи побудови системи: загально-методологічні, конкретно-методичні, принципи лого-психологічної корекції.

Загально-методологічні принципи:

відображуваності; детермінізму; розвитку; єдності свідомості та діяльності.

Конкретно-методичні принципи:

комплексного підходу до вивчення дитини із ВНГП; єдності діагностики та корекції.

Принципи логопедичної та психологічної корекції:

принцип урахування структури та механізмів порушень функціональної системи мови та мовлення; принцип комплексності, поетапності та безперервності логопедичної та психологічної корекції; ієрархічний принцип психомовленнєвої корекції; каузальний принцип корекції (урахування причин, механізмів та структури психомовленнєвого дизонтогенезу внаслідок ВНГП); принцип онтогенетичної орієнтації; принцип діяльнісного підходу та урахування провідної діяльності віку; принцип інтегративного використання різних видів діяльності та диференційованого підходу.

Методика комплексної корекції психомовленнєвого розвитку осіб різного віку із ВНГП (від народження до повноліття) складається з авторських методик та методичних прийомів, а також адаптованих відповідних методик корекційно-розвивального навчання та розвитку мовної особистості дітей з порушеннями мовлення у нейролінгвістичному, нейробіологічному, лінгво-педагогічному та психо-педагогічному напрямах таких сучасних дослідників як О.Ф. Архипова [8], С.І. Блохіна [27], Т.В. Волосовец [72, 74], А.В. Доросинська [149], Т.О. Датєшидзе [130], Т.Ю. Дерунова [135], О.М. Корнєв [241, 243], Л.В. Лопатіна [281], І.І. Мамайчук [296], Є.С. Набойченко [320], В.В., Г.М. Соломатіна, В.М. Водолацький [407], М.М. Семаго та Н.Я. Семаго

[387], Семенова [388], Н.В. Серебрякова [283], В.В. Тарасун [428], О.Ю. Федосова [446].

Для забезпечення багатопрофільної диференційованої допомоги в системі комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП розроблено три основні напрями всередині цієї програми. Перший - загальний напрям передбачає зміст корекційних технологій, які забезпечать подолання проблем психомовленнвого розвитку, що є притаманними усім дітям із ВНГП, другий напрям спрямований на диференційоване забезпечення складових розвитку дітей з різними варіантами психомовленнєвого дизонтогенезу, а третій – розробку індивідуальних алгоритмів з урахуванням специфіки розвитку кожної дитини із ВНГП.

Функціонування запропонованої системи передбачає чотири етапи:

1) концептуально-орієнтовний;
2) підготовчо-превентивний (загальнообов’язковий);
3) корекційно-розвивальний (основний);
4) контрольно-оцінювальний (завершальний).

I. Концептуально - стратегічний блок

Зміст:
- **вихідні концептуальні положення;**
- **теоретико-методологічна основа;**
- **цільові орієнтації;**
- **принципи побудови системи**

II. Організаційно-структурний блок

III. Корекційно-технологічний блок

IV. Контрольно-оцінювальний блок:

1. Підготовчо-превентивний загальнообов'язковий етап (КРП «Ранній вплив», «Я та моя дитина)

Складові: медичний, психолого-логопедичний, соціально-педагогічний (сімейний) **модулі.**

Вікова категорія: від народження до одного року; від одного року до трьох років.

1.Підсумково-діагностичний етап

2.Підсумково-аналітичний етап

Вихідні параметри: **типологія варіантів психомовленнєвого розвитку:**
- **умовно-нормативний;**
- **дизонтогенетичний:**
  - дисгармонійний;
  - дефіцитарний;
  - тотальний
- **вік дитини;**
- **етап лікування:**
  - доопераційний;
  - післяопераційний

Медичний модуль

Основна мета: створення анатомо-фізіолог. умов для відновлення роботи артикул. апарату (хейло-, вело-, ураностафіло-**,** ринопластика).

Психолого-логопедичний модуль

Основні напрями:
формування психологічної бази мовлення; розвиток довільної регуляції рухової активності; розвиток сприймання різної модальності; становлення базових засад афективної регуляції

Соціально-педагогічний (сімейний) модуль

Основний об'єкт уваги: дитина із ВНГП та сім'я, яка її виховує.

Осн. напрями психол-логоп. супроводу сім'ї: а)консультування батьків; б)конс. команди спеціалістів; в)психолого-логопедична доопераційна та післяопераційна допомога дитині.

2. Основний корекційно-розвивальний етап

- а) розвиток функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку;
- б) попередження затримки та корекція порушень мовленнєвого та психічного розвитку;
- в) забезпечення індивідуальної траєкторії психомовленнєвого розвитку дитини із ВНГП.

Реалізація змісту: корекційно-розвивальні програми (КРП):

✓ **«У світі звуків», «Сім'я +», «Радість і слово», «Логолокація»**
(для дітей 4-6, 7-11 років та їх батьків)

✓ **«Родинне дерево», «Життєвий вибір», «Комунікація як самовияв»**
(для підлітків та юнаків)

Складові етапу (модулі):

•медичний •соціально-педагогічний (сімейний)
•лінгво-педагогічний •психокорекційний

Вікова категорія: від 4 до 6 років; від 7 до 11 років; від 12 до 15 років; від 16 до 18 років

Рис. 4.1 Система комплексної корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років

4.2. Комплексна програма забезпечення диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років

І. Концептуально – стратегічний блок (див. 4.1.)

Зміст:

- вихідні концептуальні положення;
- теоретико-методологічна основа;
- цільові орієнтації;
- принципи побудови системи.

ІІ. Організаційно-структурний блок

Функціональними складовими розробленої корекційно-навчальної методики є відповідні змістовні блоки. Кожен блок складається з модулів або кластерів, змістом яких є конкретні завдання, комплекси, ігри, вправи тощо. Основа модульного принципу запропонованої системи – взаємодоповнюваність та мобільність внутрішніх структур (модулів, кластерів) окремих блоків, їх можливість працювати в автономному режимі, виконувати конкретні завдання, але у той же час бути спрямованими на вирішення загальної кінцевої мети. Усе це забезпечує загальну варіабельність, функціональність та мобільність системи, можливість кадрових маневрів та найбільш раціонального використання науково-технічних засобів та інноваційних технологій.

Розроблена система корекції порушень психомовленнєвого розвитку вибудована таким чином, що зміст окремих її модулів розрахований на роботу з кожною дитиною (особливо у ранньому віці та дошкільному віці), а зміст інших модулів розрахований на роботу з дітьми, які мають ускладнені варіанти як мовленнєвого, так і психічного розвитку.

Вихідні параметри:

1) тип психомовленнєвого дизонтогенезу (керуючись даними про рівні сформованості складових функціональної системи мови та мовлення

(семіотичної, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів) та рівні сформованості базових складових психічного розвитку (довільної регуляції рухової активності, довільної регуляції психічних процесів та фукцій, афективної регуляції власної діяльності);

2) вік дитини із ВНГП;

3) етап лікування (доопераційний чи післяопераційний).

Розробляючи зміст технології корекції порушень мовленнєвого розвитку у дітей із ВНГП, ми чітко дотримувалися декількох принципових позицій. По-перше, вважали, що не доцільно здійснювати роботу з розвитку мовлення та корекції його порушень окремо (відірвано) від корекції порушень психічного розвитку, поскільки результати констатації підтвердили тісну взаємообумовленість та взаємозалежність мовленнєвого та психічного розвитку у цих дітей; по-друге, розроблена система логопсихологічної корекції не повинна обмежуватися окремою віковою категорією, вадою мовлення чи варіантом психічного дизонтогенезу, оскільки тим самим буде втрачатися цілісність, систематичність та ефективність корекційного впливу.

Ми вважаємо загальнообов'язковим здійснення підготовчо-превентивної (попереджувальної) роботи з кожною дитиною із ВНГП та її родиною без виключення, тобто - і з тією групою дітей, психомовленнєвий розвиток яких «вкладався» в умовно-нормативні показники. Тому, запропонована система спрямована на комплексну корекцію кожного типу психомовленнєвого дизонтогенезу, визначеного за результатами констатувального дослідження. При цьому зазначаємо, що виділені варіанти психомовленнєвого дизонтогенезу у дітей із ВНГП ми не розглядаємо як самостійні сталі утворення, а як синдроми (спираючись на визначену симптоматику) мовленнєвого та психічного дизонтогенезу у їх взаємозалежності та взаємообумовленості.

Умови підтримки загальної мобільності:

- автономність внутрішніх змістовних складових кожного структурного блоку;

- взаємопов’язаність;
- взаємодоповнюваність;
- раціональне використання інноваційних лінгвопедагогічних та психокорекційних технологій;
- застосування сучасних інформаційних технологій та науково-технічних засобів;
- командність (кадрова маневреність)

Основні акценти корекційної роботи перенесено на ранній та дошкільний вік, спираючись на одержані результати, та враховуючи сензитивні періоди психомовленнєвого розвитку дитини в нормі. Оскільки ці періоди визначаються становленням і формуванням психічних функцій та адаптивних можливостей дитячого організму, варіативністю відмінностей у межах вікової норми, різноманітністю стратегій засвоєння ФСММ та соціально-емоційного досвіду, високим рівнем загальної сензитивності. Наявність ВНГП негативно впливає на умови формування та розвитку дитячого організму, ускладнює механізми формування життєво важливих функцій, порушує психомовленнєвий розвиток дитини.

Зазначаємо, що діти шкільного віку із ВНГП, які мали низькі та вкрай низькі показники психомовленнєвого розвитку і потребували відповідного корекційного впливу, були також залучені в експериментальну роботу.

Враховуючи організаційні труднощі роботи з дітьми раннього віку, яка була можливою лише в умовах клінічного стаціонару, та з дітьми дошкільного віку, які перебували у різних навчально-виховних умовах, формувальним експериментом було охоплено:

- від народження до 1 року – 40 дітей (доопераційних - 20, післяопераційних – 20);
- від 1 до 3-х років – 70 дітей (післяопераційних);
- від 3-х до 6 років – 50 дітей (післяопераційних);
- від 6 до 11 років – 28 дітей (післяопераційних);

- від 11 до 15 років – 16 підлітків (післяопераційних);
- від 15 до 18 років – 17 юнаків (післяопераційних).

Таблиця 4.1

Розподіл дітей із ВНГП за віком та отриманим лікуванням, які були задіяні у навчальному експерименті

В і к	**До операції**	**Після операції**	**Всього**
від нар. до 1р.	20	20	40
1-3 р.	-	70	70
3-6 р.	-	50	50
6-11 р.	-	28	28
11-15 р.	-	16	16
15-18 р.	-	17	17
Всього	20	201	221

У кожну вікову категорію входили діти-сироти, з якими проводилася відповідна корекційна робота згідно загальновизначеної стратегії та тактики навчального експерименту.

Оскільки дані про післяопераційних дітей у вищенаведеній таблиці є ключовими для усієї роботи, то потрібно здійснити їх статистичну обробку. Щоб розглядати будь-які статистичні гіпотези, треба впевнитися, що для цього є вихідні передумови. Достатнім обґрунтуванням для застосування статистичних критеріїв є гіпотеза нормальності. Перевіримо, чи є розподіл післяопераційних дітей за віком та отриманим лікуванням, які були задіяні у навчальному експерименті, нормальним розподілом. Для цього скористаємось критерієм згоди χ^2 Пірсона, який визначається за формулою

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{r} \frac{(m_i - np_i)^2}{np_i},$$

і має $k = r - l - 1$ ступенів свободи,

де r — число часткових інтервалів інтервального статистичного розподілу вибірки;

l — число параметрів, якими визначається закон розподілу ймовірностей генеральної сукупності згідно з нульовою гіпотезою.

Визначимо при заданому рівні значущості α і числу ступенів свободи критичну точку $\chi^2_{\text{кр}}(\alpha;\ k=r-l-1)$. Якщо виявиться, що спостережуване значення критерію $\chi^2_{\text{сп}} > \chi^2_{\text{кр}}$, то гіпотеза про нормальний закон розподілу відхиляється. У противному разі $\left(\chi^2_{\text{сп}} < \chi^2_{\text{кр}}\right)$ - гіпотеза приймається.

Рівень значущості приймемо рівним $\alpha = 0{,}05$. В таблиці 4.1 діти агреговані у п’ять вікових груп, а для статистичної обробки дітей можна розглядати у 18 групах, починаючи від народження і до 18 років з кроком 1 рік. Для нашого випадку $\chi^2_{\text{сп}}$=19,8, а $\chi^2_{\text{кр}}(0{,}05;\ 15=18-2-1)$ =25,0, отже, можна сказати, що гіпотеза про нормальний закон розподілу приймається.

ІІІ. Корекційно-технологічний блок

1. Підготовчо - превентивний (загальнообов’язковий) етап

Змістовну компоненту лого-психологічного супроводу та перевентивно-корекційного втручання у мовленнєвий розвиток дитини із ВНГП від народження до трьох років відображено у корекційно-розвивальних програмах раннього розвитку (далі – КРП): **«Ранній вплив», «У світі звуків».**

ЇЇ використання є обов’язковою умовою роботи з кожною дитиною із ВНГП до трьох років, незалежно від виду анатомічного дефекту, соматичного стану, рівня психомоторного, мовленнєвого, психосоціального розвитку та терміну логопедичного впливу.

<u>Загальна мета КРП «Ранній вплив». «У світі звуків»:</u>

1) Активізація та формування пускових механізмів (фізіологічних, нейробіологічних, психологічних, психолінгвістичних) для спонтанного розвитку мовлення.

2) Попередження затримки та корекція порушень психомоторного, раннього психоемоційного, психосоціального та мовленнєвого розвитку;
3) Забезпечення індивідуальної траєкторії психомоторного, психоемоційного та раннього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП;

Вікова категорія:

- від народження до одного року;
- від одного до трьох років.

Складові КРП «Ранній вплив». «У сіті звуків»: медичний модуль, психолого-логопедичний модуль, соціально-педагогічний (сімейний) модуль.

Характеристика модулів:

А) Медичний модуль

Основна мета:

Для дітей від народження – до одного року: Створення анатомо-фізіологічних умов для відновлення роботи периферичного артикуляційного апарату (хейло-ринопластика, велопластика, ураностафілопластика); раннє ортодонтичне дохірургічне та післяопераційне лікування.

Для дітей від 1 до 3-х років: Створення анатомо-фізіологічних умов для відновлення роботи периферичного артикуляційного апарату (велопластика, ураностафілопластика); ортодонтичне лікування.

Виконавці: команда спеціалістів-медиків: щелепно-лицевий хірург, педіатр, ортодонт, анестезіолог, невропатолог, отоларинголог та ін.).

Б) Психолого-логопедичний модуль (загальнообов'язковий).

Основні завдання:

Від народження до одного року:

- ✓ створення передумов (фізіологічних, психолінгвістичних, психологічних) для спонтанного розвитку мовлення;
- ✓ цілеспрямований психомовленнєвий розвиток;
- ✓ попередження затримки темпу мовленнєвого, психоемоційного та психосоціального розвитку;

Від одного до трьох років:

- формування та наближений до нормативного загальний мовленнєвий розвиток;
- попередження затримки та корекція порушень психомовленнєвого розвитку;
- Виконавці: логопед, логопсихолог (спеціальний психолог), корекційний педагог (за необхідності), батьки дитини, сама дитина.

Основні напрями лого-психологічного супроводу та корекції:

Від народження до одного року:

Б.1. Формування психологічної бази функціональної системи мови та мовлення на основі підвищення тонусу та загального енергетичного потенціалу життєдіяльності дитини, розвитку аналізаторних функцій;

Б.2. Виховання навичок перцепції – розвиток зорового, слухового та тактильного сприйманя – розширення сенсомоторного потенціалу;

Б.3. Розширення сенсомоторної взаємодії;

Б.4. Розвиток довільної регуляції рухової активності: загальної моторики та наслідування рухам, дрібної моторики за допомогою іграшок, стимуляція артикуляторних рухів та формування кінестетичних відчуттів, як передумови формування просторових уявлень;

Б.5. Розвиток сприймання різної модальності як провідної функції у становленні пізнавальної сфери дитини у ранньому віці; стимуляція вокалізацій;

Б.6. Формування та розвиток базових засад афективної регуляції - ранній психоемоційний та психосоціальний розвиток:

- здійснення ігрових дій для стимуляції відповідних вокалізацій;
- виховання емоційно-тілесного контакту з мамою;
- стимуляція ініціативної посмішки, природньої міміки;
- створення позитивного емоційного фону.

Для дітей від 1 до 3-х років (загальнообов'язковий):

Обов'язкова умова **-** Попереднє здійснення роботи у напрямах Б.1 – Б.5;

Б.6. Цілеспрямоване формування та розвиток складових семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях:

Фонологічний (фонематичний) блок. Експресивний рівень(Ф/е):

Ф/е.1. Підвищення тонусу та енергетичності сенсомоторного потенціалу та сенсомоторної взаємодії;

Ф/е.2. Корекція та розвиток фізіологічного та фонаційного дихання;

Ф/е.3.Стабілізація органів артикуляційного апарата;

Ф/е.4. Активізація піднебінно-глоткового зімкнення;

Ф/е.5. Нормалізація балансу резонування;

Ф/е.6. Розвиток орального та артикуляційного праксису та кінезису;

Ф/е.7. Розвиток сприймання різної модальності як провідної функції у становленні пізнавальної сфери дитини у переддошкільному віці;

Ф/е.8. Активізація або виховання здатності до звуконаслідування;

Ф/е.9. Постановка голосу та розвиток голосових регістрів засобами фонетичної ритміки;

Ф/е.10. Корекція та формування звуковимови;

Ф/е.11. Засвоєння акцентно-просодичної моделі слова;

Фонологічний (фонематичний) блок. Імпресивний рівень(Ф/і):

Ф/і.1. Корекція та розвиток фонематичного (слухового) сприймання:

а) розвиток немовленнєвого слуху, уваги до звуків оточуючого світу;

б) розвиток мовленнєвого слуху, сприймання мовлення оточуючих людей;

Ф/і.2. Корекція та розвиток фонематичної (слухової) уваги;

Ф/і.3. Розширення пасивного словника;

Ф/і.4. Формування імпресивного словника;

Ф/і.5. Розвиток мовленнєвої активності.

Характер занять: лікувально-корекційний; розвивальний; навчальний; виховний.

Основні види роботи:

- лікувально-корекційні заняття (ЛФК, фізіотерапія, войтотерапія, МРТ-терапія, лікувальний, логопедичний масаж тощо);
- корекційно-розвивальні заняття з логопедом, логопсихологом, корекційним педагогом;
- спільні корекційно-виховні заняття з батьками (обов'язково і з татами);
- виховні заняття (научування батьків спільній роботі з власною дитиною та членами родини);

В) Сімейний - соціально-психолого-педагогічний модуль.

Реалізація змісту: КРП «Я та моя сім'я», «У світі звуків».

Головний об'єкт уваги системи раннього впливу - дитина із ВНГП та сім'я, яка її виховує.

Основна мета:

- Сім'я, як мікросистема у процесі реабілітації дитини;
- Гармонізація психоемоційного стану у родині;
- Повернення відчуття радості буття у членів родини та радості дитинства у малюка.

Основні напрями сімейного супроводу:

1) Психолого-логопедичне консультування батьків;
2) Психолого-логопедична допомога дитині із ВНГП;
3) Психолого-логопедичне консультування спеціалістів, що працюють з дитиною із ВНГП.

Основні завдання:

В.1. Формування загальної логопсихологічної освіченості батьків;

В.2. Научування батьків моделювання процесу спілкування;

В.3. Формування оптимального комунікативного середовища:

а) виховання «материнської позиції» (через підвищення рівня сензитивності та реактивності матері);

б) научування членів родини ігровій взаємодії з дитиною;

в) стимуляція, викликання вокалізацій або висловлювань дитини у роботі з логопедом у процесі ігрової взаємодії;

г) проведення спільних з батьками ігрових занять тощо.

В.4. Вибір стратегії сімейних взаємостосунків;

В.5. Стимуляція потреби дитини у спілкуванні;

В.6. Формування емоційного контакту з логопедом та психологом.

Виконавці: логопед, логопсихолог (спеціальний психолог), корекційний педагог (за необхідності); батьки дитини, сама дитина.

Основні форми навчання:

- спонтанне научування у процесі догляду за дитиною;
- дидиктичні ігри (емоційні, артикуляційно-мімічні, імітаційні, маніпулятивні, предметні, процесуальні);
- дидиктичні вправи;
- організація «інформаційного поля».

***Основний спосіб розвитку та корекції*:**

- безпосередній вплив дорослого на дитину;
- дорослого на дорослого.

Умови оптимізації корекційно-розвивального процесу:

а) природність середовища;

б) урахування психоемоційного настрою дитини та режимних моментів; в) індивідуальний характер занять;

г) виконання ігрових дій з мамою, татом або з іншою еталонною (значущою) особистістю.

2.Основний корекційно-розвивальний етап

Рекомендований для роботи з дітьми, психомовленнєвий розвиток яких перебігає по умовно-нормативному варіанту психомовленнєвого онтогенезу.

***Реалізація змісту*:** КРП «Світ звуків», «Радість і слово» **(**дошкільний та молодший шкільний вік),

Обов'язково-необхідний для роботи з дітьми із ВНГП, психомовленєвий розвиток яких характеризується як дизонтогенетичний і перебігає по дисгармонійному, парціальному, дефіцитарному, або тотально-порушеному (змішаного походження) типу.

Реалізація змісту: КРП «Логолокація», «Радість і слово» **(**дошкільний та молодший шкільний вік).

Мета етапу:

а) попередження затримки та порушень психомоторного та мовленнєвого розвитку;

б) корекція порушень мовленнєвого та психічного розвитку;

в) розвиток функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку;

г) забезпечення індивідуальної траєкторії психомовленнєвого розвитку дитини із ВНГП.

Складові етапу: медичний модуль, лінгво-педагогічний модуль, психолого-педагогічний модуль, соціально-педагогічний (сімейний) модуль.

Характеристика модулів:

А) Медичний модуль

Основна мета:

Для дітей 4-х - 6 років – Ліквідація дефектів твердого та м'якого піднебіння, ортодонтичне, стоматологічне лікування.

Для дітей 7-11 років **–** Усунення вторинних деформацій м'яких тканин, ортодонтичне, стоматологічне лікування.

Для дітей, підлітків та юнаків: 12-18 років **-** Завершальна корекція вторинних деформацій назолабіального комплексу, післяопераційних дефектів твердого піднебіння, стоматологічне лікування, ортодонтична та ортопедична корекція прикусу.

Виконавці: команда спеціалістів-медиків: щелепно-лицевий хірург, терапевт-стоматолог, анестезіолог, ортопед, ортодонт, педіатр, невропатолог, отоларинголог та ін.).

Б) Лінгво-педагогічний модуль

Реалізація змісту**:** КРП: «Світ звуків», «Радість і слово», «Логолокація», «Комунікація як самовияв»

Основна мета: Формування та наближений до нормативного загальний мовленнєвий та психічний розвиток.

Необхідна умова **-** Попереднє здійснення роботи у напрямах Б.1 – Б.6; В.1 – В.6.

Обов'язковий для дітей із ВНГП, психомовленнєвий розвиток яких має дизонтогенетичний характер і перебігає по типу дисгармонійного, дефіцитарного, тотально-порушеного (змішаного походження).

Вікова категорія: 4 – 6 років.

Інструкція уточнююча: За умови відсутності або недостатності корекційного впливу на розвиток мовлення дитини із ВНГП до 6 років, запропонований зміст модулів необхідно використовувати у роботі з дітьми шкільного віку, враховуючи нормативні показники психомовленнєвого розвитку та програмні вимоги.

Основні напрями: Корекція порушень та розвиток:

3. семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (Ф/е.; Ф/і.);
4. підсистеми програмування та інтерпритації мовленнєвих актів (П/І);
5. регуляційної підсистеми ФСММ (Р/п).

Рівні корекції та формування: експресивний, імпресивний.

Б.7 . Фонологічний (фонематичний) блок. Експресивний рівень(Ф/е):

Ф/е. Розвиток та підсилення енергетичного потенціалу організму як підгрунтя забезпечення семіотичної підсистеми ФСММ на експресивному рівні:

Ф/е.1. Корекція та розвиток фізіологічного та фонаційного дихання;

Ф/е.2. Корекція та розвиток довільної регуляції рухової активності (загальної, дрібної, мімічної та артикуляційної моторики, кінетики та кінестетики);

Ф/е.3. Стабілізація та активізація органів артикуляційного апарата;

Ф/е.4. Розвиток орального та артикуляційного праксису та кінезису;

Ф/е.5. Нормалізація балансу резонування;

Ф/е.6. Активізація піднебінно-глоткового зімкнення;

Ф/е.7. Корекція та розвиток звуковимови;

Ф/е.8. Формування ритмічної організації мовлення;

Ф/е.9. Розвиток голосу та здатності до наслідування звуків та складів засобами фонетичної ритміки;

Ф/е.10. Корекція та формування просодичного профілю (просодичних компонентів мовлення);

Ф/е.11. Корекція та формування звуко-складової структури слова;

Ф/е.12. Корекція та формування лексичної та граматичної сторони мовлення.

Б.8. Фонологічний (фонематичний) блок. Імпресивний рівень(Ф/і):

Ф/і. Корекція та розвиток слухового гнозису та фонетико-фонематичних процесів:

Ф/і.1. Корекція та формування артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (фонематичних уявлень);

Ф/і.2. Корекція та формування здатності до диференціації перцептивних ознак фонем (фонематичного сприймання);

а) розвиток немовленнєвого слуху, уваги до звуків оточуючого світу;

б) розвиток мовленнєвого слуху, сприймання мовлення оточуючих людей;

Ф/і.3. Корекція та розвиток фонематичної (слухової) уваги;

Ф/і.4. Розширення пасивного словника;

Ф/і.5. Формування імпресивного словника;

Ф/і.6. Розвиток мовленнєвої активності.

Б.9. Підсистеми програмування, інтерпритації мовленнєвих актів (П/І) та регуляційна підсистема ФСММ (Р/п):

Напрями: нейропсихологічний, нейролінгвістичний.

Базові складові та зміст:

9.1. Операціональне забезпечення базових складових психічного та мовленнєвого розвитку:

а) формування сукцесивно-симультанних (послідовно-цілісних) структур як базових інваріативних дій та операцій;

б) формування та розвиток базових компонентів просторового мислення як підгрунтя забезпечення підсистеми програмування та регуляції ФСММ;

в) формування просторових (зовнішнього та тілесного простору, схеми простору) та квазіпросторових (логіко-граматичних мовленнєвих конструкцій) уявлень як підгрунтя для переробки інформації;

г) вербалізація просторових уявлень на експресивному та імпресивному рівнях;

9.2. Сенсомоторне та когнітивне забезпечення підсистеми програмування та розвиток контролю над процесом реалізаціїї мовленнєвих актів:

а) формування та розвиток кінетичної, кінестетичної перцепції;

б) формування та розвиток кінетичного та кінестетичного праксису;

в) формування та розвиток слухової перцепції та слухомовленнєвого гнозису;

г) розвиток процесів консолідації артикуляційних операцій;

д) розвиток процесів фонологічного програмування та моторної регуляції;

9.3. Формування смислоутворюючої функції психічних процесів та довільної саморегуляції:

а) операцій програмування – долінгвістичної і лінгвістичної стадії внутрішнього плану програмування; перехідного плану програмування (розгортання смислових прогнозів, синтаксичних груп та ін.); формування зовнішнього плану програмування (лінійної послідовності, вибору способів зв’язку тощо);

б) розвиток причинно-наслідкових зв’язків (формування системи вербально-логічних відношень як основи інтелектуальних операцій);

в) формування різних типів систематизацій, узагальнень та понять;

г) логіко-граматичних засобів для здійснення операцій умовисновків;

9.4. Підвищення комунікативно-мовленнєвого рівня регуляційної підсистеми ФСММ:

а) розгорнутість, стилістичне та емоційне збагачення розмовного мовлення;

б) розвиток активного словникового запасу;

в) формування синтаксичного та граматичного оформлення висловлювання;

г) удосконалення діалогічного, монологічного та контекстного мовлення;

д) розвиток ініціативного мовлення.

В) Психокорекційний модуль

***Реалізація змісту*:** КРП «Життєвий вибір», «Колесо життя»

Основна мета – корекція та розвиток базових складових психічного розвитку.

Основні напрями:

- ✓ формування темпових характеристик психічних процесів (стійкості уваги, оптимізація мнестичних процесів, розвиток рухових функцій тощо);
- ✓ формування регуляції діяльності та функцій самоконторолю;
- ✓ розвиток мовленнєвих функцій, зорово-просторових функцій, формування пам'яті по модально-специфічному типу (слухомовленнєвої, зорової, слухової);
- ✓ розширення когнітивного ресурсу;
- ✓ оптимізація інтелектуальної діяльності, формування пізнавальних мотивів;
- ✓ оптимізація емоційно-особистісної сфери:

  а) пом'якшення емоційного дискомфорту;

  б) підвищення соціально-мовленнєвої активності та самостійності;

  в) усунення вторинних емоційно-особистісних реакцій, обумовлених впливом ВНГП (підвищена збудливість, тривожність, агресивність, замкненість тощо);

  г) корекція самооцінки, рівня самоусвідомлення, формування емоційної стійкості та саморегуляції;

- ✓ подолання неадекватних форм поведінки (афективність, ригідність, агресивність тощо) та закріплення нових форм поведінки і захисних механізмів;
- ✓ підвищення соціально-комунікативної активності;

Основні психокорекційні прийоми:

- ➢ ігрові навчальні ситуації;
- ➢ дидактичні та розвивальні ігри, вправи на розвиток пізнавальних психічних процесів;
- ➢ використання продуктивних видів діяльності (конструювання, моделювання, ліплення, малювання, вишивання тощо);
- ➢ використання спеціальних психорегулюючих тренувань (пом'якшення психоемоційного дискомфорту, формування прийомів релаксації, розвиток навичок саморегуляції та самоконтролю поведінки тощо);
- ➢ психокорегуючі заняття на рівні реальної поведінки;
- ➢ аутогенні тренування;
- ➢ психогімнастика (рухова експресія засобом міміки, пантоміміки, танцю, гри) як невербальний прийом психокорекції, основний засіб комунікації у групі;
- ➢ використання нетрадиційних методів і прийомів психокорекції: арттерапії (пасивної та активної), казкотерапії, музикотерапії, лялькотерапії тощо.

Основні методи психокорекції:

- індивідуальні;
- групові (для дітей дошкільного віку – не більше 5 осіб; для молодшого шкільного віку – 5 – 7 осіб; середніх і старших школярів – 7 – 12 осіб)

Г) Соціально-педагогічний (сімейний) модуль

***Реалізація змісту*:** КРП «Сім'я +», «Родинне дерево»

Напрями:

Г.1. Психологічне консультування батьків:

а) формування адекватної батьківської позиції до порушень психомовленнєвого розвитку у дитини;

б) виховання готовності до розуміння і підтримки своєї дитини;

в) научування батьків у виборі адекватного стилю їх комунікативної поведінки з дитиною для створення оптимальних умов подолання відхилень у розвитку;

г) формування у батьків відкритої позиції у спілкування з дитиною, активної психологічної підтримки;

д) формування бажання до співробітництва зі спеціалістом корекційної рототи, встановлення емпатійних зв'язків з логопсихологм, членами родини тощо;

е) подолання дисгармонії сімейних стосунків.

Г.2. Психологічна допомога дитині:

а) Психокорекційна емоційно-комунікативно орієнтована допомога;

б) Психокорекційна когнітивно орієнтована допомога.

Г.3. Психологічне консультування команди спеціалістів, що працюють з дитиною:

а) научування прийомам корекційної роботи у межах сучасного світнього процесу;

б) научування створенню психологічно комфортного середовища у дитячому колективі, атмосфери морально-психологічної підтримки;

в) створення умов для особистісного зростання, творчої активності дитини із ВНГП.

Характер занять: лікувально-корекційний; розвивальний; навчальний; виховний.

Основні види роботи:

- лікувально-корекційні заняття;
- корекційно-розвивальні заняття з логопедом, логопсихологом, корекційним педагогом;
- спільні корекційно-виховні заняття з батьками (обов'язково і з татами);
- виховні заняття (научування батьків спільній роботі з власною дитиною та членами родини);

IV. Контрольно-оцінювальний блок:

1. **Підсумково-діагностичний етап** (діагностика результатів формування функціональної системи мови і мовлення та базових складових психічного розвитку);
2. **Підсумково-аналітичний етап (**системний аналіз агрегованих результатів експериментальної діяльності; прогнозування індивідуального освітнього маршруту дитини із ВНГП).

У межах контрольно-діагностичного етапу було використано розроблені анкети для батьків з метою визначення динаміки психомоторного, психоемоційного та мовленнєвого розвитку їх дітей.

Враховуючи вищезазначене, нами розроблено, змістовно забезпечено та практично апробовано систему багатаспектної диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП (від народження до 18 років).

Дослідно - експериментальна робота мала багатоваріативний, цілеспрямований, систематичний, поступовий, довготривалий характер.

Результати експериментально-дослідної роботи, отримані під час навчально-формувального експерименту, аналізувалися шляхом порівняння якості виконання спеціального комплексу контрольно-діагностичних завдань. Завдання за змістом та діагностичним призначенням були аналогічними до

тих, що виконувалися на етапі констатувального дослідження.

Зміст експериментальних модулів розроблявся відповідно до варіантів психомовленнєвого дизонтогенезу, з урахуванням рівнів розвитку кожної підсистеми ФСММ, віку дітей та етапу лікування. Тобто, діти отримували різну за змістом лого-психологічну корекційну допомогу, окрім змісту роботи на попереджувально-підготовчому етапі (програма «Ранній вплив», «У світі звуків». «Я та моя сім'я»), який був загальнообов'язковим для усіх дітей із ВНГП до від народження до трьох років.

З огляду на це - порівняльний аналіз здійснювався за рівневими показниками сформованості базових складових функціональної системи мови та мовлення та психічного розвитку. Розроблено відповідні критерії, оціночні шкали, профілі та порівняльні таблиці.

Якісний та кількісний аналіз результатів навчального експерименту здійснювався у порівнянні із результатами констатувального етапу дослідження у зазначених вікових категоріях. Обчислення результатів проводилося аналогічно технології обчислень у констатувальному експерименті.

Оскільки навчальний етап дослідження є логічним продовженням констатувального, ми не змінювали експериментальні бази і здійснювали логопсихокорекційну роботу у попередньо зазначених медичних центрах та закладах освіти.

Основні акценти у підсумково-діагностичному етапі оцінювання було зроблено на результатах формувального експерименту на ранній та дошкільний вік, у порівнянні з результатами констатувального етапу дослідження та враховуючи сензитивні періоди психомовленнєвого розвитку дитини в нормі.

Аналізуючи результати, які показали діти із ВНГП після 4-х років, ми брали до уваги дані, що вказували на різні варіанти дизонтогенетичного розвитку. При цьому окремо оцінювалися базові показники сформованості кожної підсистеми функціональної системи мови та мовлення: фонологічної

(експресивний, імпресивний рівні), програмування та регуляції мовленнєвих актів), а також – показники сформованості базових складових психічного розвитку: а) довільної регуляції рухової активності; б) довільної регуляції психічних процесів та функцій; в) довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому у їх динамічному взаємозв'язку.

Оскільки апробація запропонованої системи корекційного впливу на психомовленнєвий розвиток дітей із ВНГП, починаючи з раннього віку, у різних закладах освіти та охорони здоров'я, вимагала неперервності, систематичності, довготривалості та постійного контролю, до неї було залучено меншу кількість дітей у порівнянні з констатувальним етапом дослідження.

Нами також було враховано організаційні труднощі роботи з дітьми раннього віку, яка була можливою лише в умовах клінічного стаціонару, з з дітьми дошкільного та шкільного віку, які перебували у різних навчально-виховних закладах, та з особами юнацького віку, робота з якими вимагала особливих умов спілкування.

У кожну вікову категорію входили діти-сироти, з якими проводилася відповідна корекційна робота згідно загальновизначеної стратегії та тактики навчального експерименту.

Впровадження програм «Ранній вплив», «Сім'я +», «Родинне дерево», «Я та моя дитина» передбачало постійний контакт з батьками , що виховують дитину із ВНГП.

До спільної роботи з родинами було залучено також волонтерів, які пройшли відповідну підготовку і починали працювати з майбутніми батьками до народження дитини із ВНГП; використовувалися організаційні та територіальні можливості медичних центрів лікування та навчальних закладів освіти; партнерські організації соціальних служб для молоді м. Києва – спеціальна «Школа життя» та громадська організація «Родинні світи» (об'єднання батьків, які виховують дітей з вродженими щелепно-лицевими особливостями).

4.3. Результати впровадження системи комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку осіб із ВНГП

Результати впровадження корекційно-розвивальних програм раннього впливу (підготовчо-превентивний етап)

Аналіз результатів впровадження корекційно-розвивальної програми «Ранній вплив», «Я та моя дитина» у прешу чергу передбачав визначення стану сформованості: основних показників забезпечення психологічної бази функціональної системи мови та мовлення; довільної регуляції рухової активності; афективної регуляції - ранній психоемоційний та психосоціальний розвиток.

Від народження до 1 року методика корекційно-розвивальної роботи передбачала чотири етапи (від народження – до 3 місяців; від 3 – до 6 місяців; від 6 до 9 місяців; від 9 до 12 місяців) і включала відповідні віку методи, прийоми та форми навчання: індивідуальні корекційно-розвивальні ігри (мімічні, імітаційні, маніпулятивні тощо); ігри-вправи (маніпулятивні, предметні, процесуальні тощо); ігри-заняття (заняття, як спеціально організована форма навчання, є можливою в умовах дитячого колективу); а також такі прийоми, як організація «інформаційного поля», спонтанне навчання у процесі догляду за дитиною тощо (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Алгоритм корекційно-розвивальної роботи з дітьми від народження до 1 року

В і к	**Методи, прийоми та форми навчання**
Від нар. до 3 міс.	Індивідуальні корекційно-розвивальні ігри (мімічні, імітаційні, маніпулятивні тощо)
3-6 міс.	Ігри-вправи (маніпулятивні, предметні, процесуальні тощо)
6-9 міс.	Ігри-заняття (заняття, як спеціально організована форма навчання, є можливою в умовах дитячого колективу)
9-12 міс.	Організація «інформаційного поля», спонтанне навчання у процесі догляду за дитиною тощо

У результаті здійснення цілеспрямованої, неперервної, багатопрофільної корекційно-розвивальної роботи з дітьми раннього віку вдалося у межах 1) Психолого-логопедичного модуля (загальнообов'язковий).

Відмічено покращення якісних характеристик основних параметрів:

- сприймання та зосередження (зорове, слухове, тактильне);
- загальна моторика та наслідування рухам, дрібна моторика;
- артикуляторно-мімічні рухи;
- особливості дихання;
- артикуляторні та голосові дії та вміння, голосова активність, ініціативність спілкування;
- ініціативна посмішка, природня міміка;
- емоційний фон настрою, включення у гру, реакція на ігрові дії.

Від 1 до 3 років

Відмічено покращення якісних характеристик основних параметрів (табл. 4.3):

Таблиця 4.3

Якісні характеристики у фонологічному блоці, що зазнали покращення при роботі з дітьми від 1 до 3 років

Якісні характеристики	
Експресивний рівень	**Імпресивний рівень**
• Загальна, дрібна та артикуляційна моторика • Стан фізіологічного та фонаційного дихання • Оральний та артикуляційний праксис та кінезис • Стан звуковимови • Голосові характеристики	• Стан сформованості фонематичного сприймання • Стан сформованості фонематичної уваги • Стан сформованості імпресивного словника • Рівень мовленнєвої активності

2) Сімейного (соціально-психолого-педагогічного) модуля

Відмічено покращення якісних характеристик основних параметрів:

- рівня загальної логопсихологічної освіченості батьків;
- створення оптимального комунікативного середовища:

а) підвищення рівня сензитивності та реактивності матері;

б) сформованість вміння членів родини ігровій взаємодії з дитиною;

в) покращення взаємостосунків та готовності до співпраці з логопедом та психологом;

г) виховання у батьків здатності до участі у спільних ігрових заняттях тощо (особливо залучення до спільної ігрової діяльності кожного тата).

- наученість батьків до розширення та зміни стратегій сімейних взаємостосунків;
- сформованість у дитини потреби у спілкуванні;
- створення умов для поліпшення психо-емоційного контакту з логопедом, психологом, дитиною та членами родини.

Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку давали можливість оцінки характеру формування базових складових психічної діяльності дітей з ВНГП, розглядалися нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя.

У результаті здійснення багатопрофільної неперевної логопсихологічної корекції з перших місяців життя вдалося: 1) активізувати фізіологічі, нейробіологічні, психологічні, психолінгвістичні механізми для спонтанного розвитку мовлення; 2) попередити затримку та скорегувати порушення психомоторного, раннього психоемоційного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку; 3) забезпечити індивідуальну траєкторію психомоторного, психоемоційного та раннього мовленнєвого розвитку кожної дитини із ВНГП, задіяної у формувальному експерименті.

Експериментально доведено значну роль профілактики мовленнєвих порушень і попередження вторинних дефектів у дітей із вродженими вадами губи і піднебіння. Оскільки тяжкий вроджений дефект обличчя ослаблює дитину фізичну, гальмує її психічний розвиток, викривляє індивідуальну лінію особистісного розвитку.

Розробка і впровадження системи превентивних загальнообов'язкових медичних, психологічних і педагогічних заходів дозволили повноцінно використати захисні і компенсаторні можливості організму дитини в цілому, своєчасно виявити відхилення у фізичному, нервово-психічному і мовленнєвому розвитку, запобігти ускладнень і вторинних нашарувань. Це стало можливим за умови спеціального корекційного впливу на розвиток такої дитини з моменту її народження зусиллями багатьох спеціалістів і обов'язково за активної участі батьків.

Слід зазначити роль первинної профілактики, реалізація якої розпочиналася ще до народження дитини шляхом створення для майбутньої мами максимально благоприємних умов, що забезпечуються державною службою охорони здоров'я матері і дитини.

Система профілактичних заходів в першу чергу забезпечила підвищення рівня медичної і педагогічної освіченості майбутніх батьків, враховуючи біологічні й соціальні фактори ризику, які провокують відхилення в розвитку дитини. Усі члени сім'ї були вчасно проінформовані про розвиток мовлення в нормі і, спираючись на ці знання, грамотно, свідомо, активно і систематично займалися розвитком мовлення власної дитини. Після народження дитина із ВНГП та її родина одразу опинялися у полі зору логопеда та логопсихолога. Логопед пояснював батькам механізми компенсації дефекту, вселяв надію у можливість подолання мовленнєвих порушень, підключивши батьків до спільної корекційної роботи якомога раніше. З профілактичної точки зору, враховуючи наявність вродженого незрощення губи та піднебіння (незалежно від етапу лікування), в цей період основну увага зверталася на: а) попередження появи астенічного синдрому; б) попередження фіксації язика у

неправильному положенні; в) попередження порушень дихальної функції; г) активізацію діяльності м’язів піднебінно-глоткового кільця; д) розвиток рухливості артикуляційних м’язів, як передумови формування правильної звуковимови (пасивні рухи, пасивно-активні, активні); е) розвиток сили і гучності голосу тощо.

Найбільш ефективними виявилися корекційно-розвивальні ігри, вправи та заняття на підвищення тонусу та енергетичного потенціалу організму (система дихальних вправ на розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, комплекси завдань для масажу та самомасажу, на оптимізацію загального тонусу тіла тощо), система вправ на розширення сенсомоторного досвіду малюка (через систему вправ на відпрацювання автономних рухів очей, тренування нижньої щелепи, губних м’язів, м’язів язика, шиї, плечей, м’язів рук, ніг та поступовий перехід до виконання поєднаних рухів).

Покращення результатів якості довільної регуляції рухової активності забезпечили комплекси загальнообов’язкових вправ на розвиток загальної моторики та наслідування рухів, на формування та корекцію базових одночасних та реципрокних взаємодій (вправи, лежачи на спині, сидячи, стоячи навшпиньки, стоячи тощо). Особливо результативними виявилися вправи на одночасне виконання різноманітних загальних рухів та рухів артикуляційних, завдяки яким вдавалося знімати надмірне напруження м’язів обличчя та артикуляційного апарату, навіть послаблювати синкінезії. Результатом ранньої стимуляції вокалізацій та розвитку сприймання різної модальності стало скорочення темпів затримки домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку з декількох місяців до одного. Одночасно підвищився інтерес та емоційне ставлення до процесу спілкування з дорослим, з’явилася ініціативна посмішка, стала більш активною, адекватною і гармонійною міміка малюка. Таким чином, нам вдалося ще у ранньому віці забезпечити базові засади для нормального психоемоційного та психосоціального розвитку, активно використовуючи ігрові дії та стимуляції вокалізів, емоційно-тілесний контакт з мамою, та створивши позитивний емоційний фон у родині.

Безперечно позитивним вважаємо забезпечення членів родини, особливо матері, цілеспрямованим психологічним супроводом, починаючи з перших днів життя дитини із ВНГП. Забезпечення усвідомлення природності подій, зняття відчуття відчаю та провини, виховання готовності батьків до спільної роботи у «боротьбі» за здоров'я дитини та її майбутнє, підвищення рівня обізнаності у питаннях розвитку дитини із ВНГП та її виховання стали запорукою загального корекційного успіху. При цьому значно виросли (з 11% до 95%) показники педагогічної обізнаності батьків та їх готовності до тривалого спільного взаємозв'язку з логопедом та психологом.

Більше того, доведено правомірність проведення підготовчої психокорекційної роботи з родинами ще до народження дитини з вродженою піднебінною патологією. Саме ці родини виявилися найбільш мобільними і готовими до подолання проблем, пов'язаних з вродженою вадою та її наслідками.

Як позитивне зазначаємо підвищення рівня міждисциплінарної злагодженості у спільній корекційно-розвивальній роботі спеціалістів різних профілів, сформованість відчуття єдиної «команди» та відповідності результатів єдиним вимогам.

Порівняльний аналіз результатів дослідження виявив динамічне зростання показників психічного та мовленнєвого розвитку у тих дітей, з якими проводилася цілеспрямована корекційна робота з перших місяців життя у межах корекційно-розвивальних програм «Ранній вплив», «У світі звуків», «Я та моя дитина».

Є підстави говорити про покращення якості результатів сформованості психологічної бази мовлення у дітей із ВНГП до одного року, зменшення на 58% кількості дітей, яких ми потенційно відносили до групи логопедичного ризику. Створення умов (енергетичних, фізіологічних, психологічних, психолінгвістичних) для спонтанного розвитку психологічної бази мовлення у дітей раннього віку, включення дитини у спеціально організований разом з батьками корекційно-розвивальний простір забезпечило підвищення

енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду, покращення сенсомоторної взаємодії.

Використання спеціальних корекційно-розвивальних ігор-занять, ігрових, музичних, моторних, дихальних, голосових комплексів вправ та спеціальних прийомів скоротило терміни відставання темпів раннього розвитку з 3-4 місяців до одного. Узагальнена шкала показників психомоторного розвитку у дітей раннього віку зросла на 60%. Особливо відчутними були успіхи у темпах розвитку загальних та дрібних рухів, у загальній руховій координованості, у зосередженості уваги, покращенні здатності до наслідування рухів і дій, що засвідчує підвищення рівня довільної рухової активності. У дітей до 1 року із неврологічною симптоматикою показники загального психомоторного розвитку покращилися на 46%.

Таким чином, розробка і впровадження комплексної системи профілактичних медичних, психологічних та педагогічних заходів дозволила повноцінно використати захисні і компенсаторні можливості організму дитини із ВНГП в цілому (незалежно від етапу лікування), своєчасно виявити відхилення у фізичному, нервово-психічному і мовленнєвому розвитку, запобігти ускладнень і вторинних нашарувань. Це стало можливим за умови спеціального корекційного впливу на розвиток такої дитини з моменту її народження зусиллями багатьох спеціалістів та обов'язкової активної участі батьків.

Експериментально доведено, що організація міждисциплінарного раннього супроводу дитини із ВНГП у єдності медико-психолого-педагогічної «команди» компетентних фахівців за умови раннього включення батьків та найближчого оточення забезпечує максимально можливий розвиток та компенсацію порушень, освітню та соціально-особистісну адаптацію. Впровадження індивідуальних алгоритмів медико-лого-психологічної корекції забезпечило персоніфіковану траєкторію розвитку кожної дитини із ВНГП.

У результаті навчально-експериментального дослідження доведено ефективність запропонованої системи багатопрофільної диференційованої

корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП. Аналізуючи результати дослідження та узагальнюючи висновки, ми не розмежовували мовленнєву та психічну сфери розвитку дитини із ВНГП, оскільки науковий сенс експерименту вбачали у паралельності, цілісності та неперервності логопедичної та психологічної корекції.

У результаті експерименту у дітей 3–3,5 років із ВНГП вдалося знизити показники відставання у темпах психофізичного розвитку порівняно з контрольною групою (КГ) із 41% до 19%, а темпові та якісні порушення мовленнєвого розвитку із 82% до 34%. Таким чином, кількість дітей групи логопедичного ризику скоротилася майже у три рази (рис. 4.2).

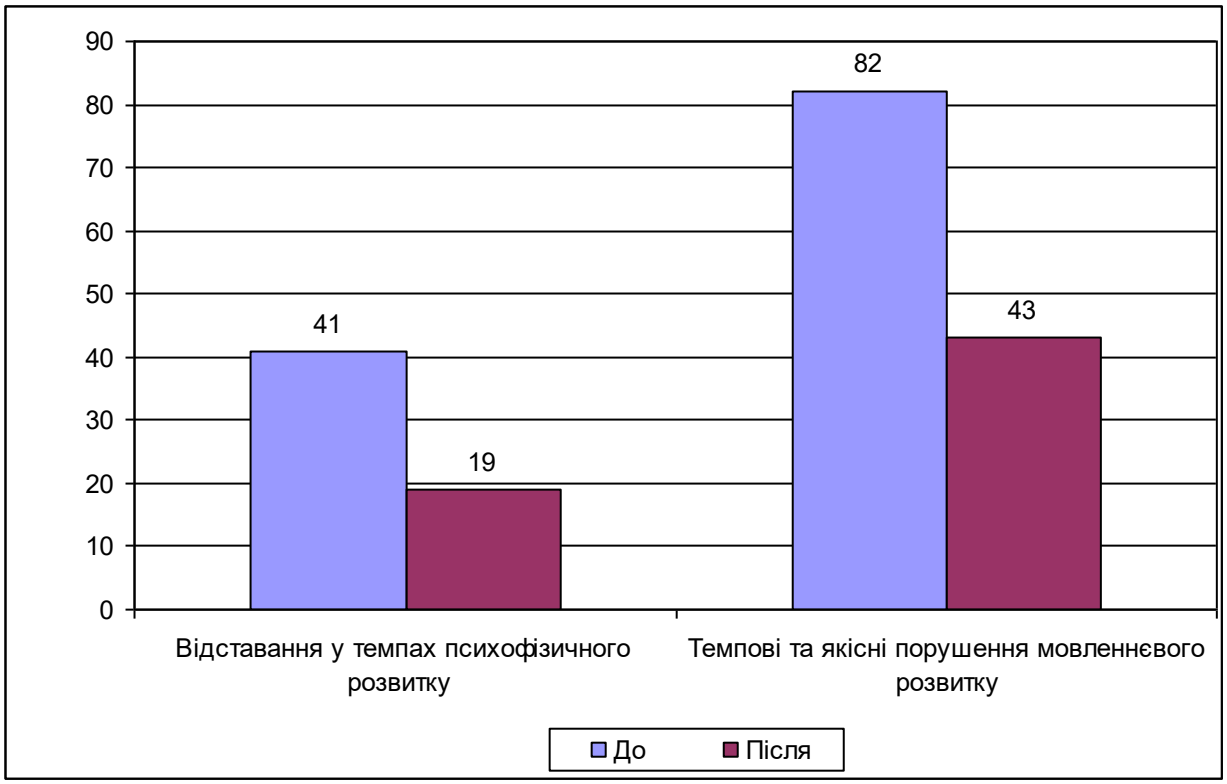

Рис. 4.2 Загальна динаміка темпу психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей 3 – 3,5 років із ВНГП (у %)

Більше того, ефективність корекційного впливу у межах зростання узагальнених показників фонологічної підсистеми функціональної системи мови та мовлення на експресивному рівні, додатково оцінювалася ще за чотирма показниками, враховуючи вплив ВНГП на розвиток експресивного

мовлення: характер голосоподачі, наявність/відсутність назалізації, темп мовлення та наявність/відсутність дефектів артикуляції.

Характер голосоподачі: на твердій атаці звука – 78% (32%), на м'якій атаці звука – 22% (68%.) (рис. 4.3).

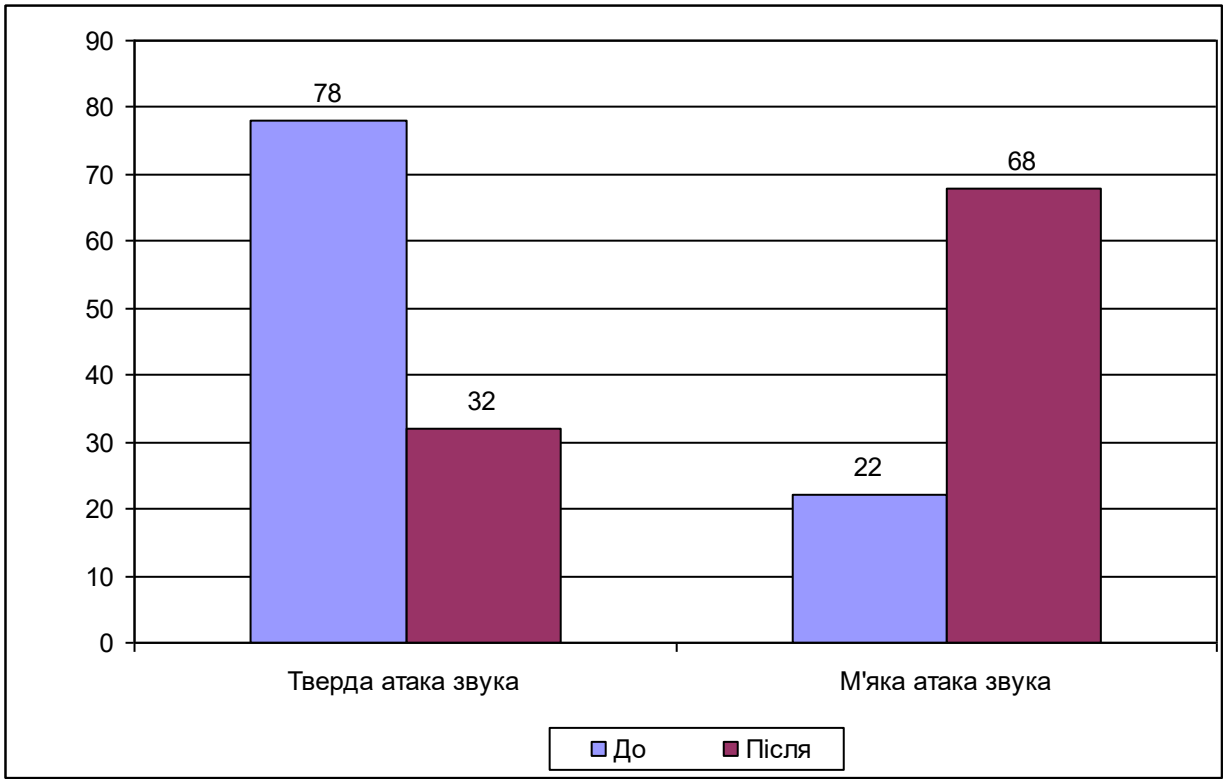

Рис. 4.3 Динаміка зміни показників характеру голосоподачі у дітей дошкільного віку, враховуючи вплив ВНГП (у %)

Ступінь назалізації голосу: відмінний– 15% (30%); хороший – 18% (30%); задовільний – 37% (31%); незадовільний – 30% (9%) (рис. 4.4, табл. 4.4).

Перевіримо, чи відрізняються середні значення статистично достовірно один від одного до і після експерименту. Для коректного відображення поставимо у відповідність кожному рівню певну кількість балів: відмінний– 5 балів, хороший – 4 бали, задовільний – 3 бали, незадовільний – 2 бали. Згідно з даними таблиці 4.1 зазначений ступінь назалізації спостерігався у 50 дітей 3-6 років з відповідним відсотковим розбиттям (табл. 4.4)

Знайдемо статистику

$$z = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{\sqrt{\frac{(n'-1)S_x^2 + (n''-1)S_y^2}{n'+n''-2}} \cdot \sqrt{\frac{1}{n'} + \frac{1}{n''}}}, \text{ де}$$

$\bar{x}, \bar{y}$ - середні значення змінних, S_x^2, S_y^2 - вибіркові дисперсії змінних, n', n'' - кількість значень у відповідних вибірках. Перевіримо гіпотезу

$H_0 : \bar{x} = \bar{y}$ при альтернативній гіпотезі $H_\alpha : \bar{x} > \bar{y}$

$$\bar{y} = \frac{\sum y_i \quad n_i'}{n'} = 3{,}82, \quad \bar{x} = \frac{\sum x_j \quad n_j''}{n''} = 3{,}16,$$

$$S_y^2 = \frac{n'}{n'-1} D = \frac{n'}{n'-1}\left(\frac{\sum y_i^2 \quad n_i'}{n'} - (\bar{y}_B)^2 \right) = 0{,}926, \quad S_x^2 = \frac{n''}{n''-1} D = \frac{n''}{n''-1}\left(\frac{\sum x_j^2 \quad n_j''}{n''} - (\bar{x})^2 \right) = 1{,}035$$

$$z = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{\sqrt{\frac{(n'-1)S_x^2 + (n''-1)S_y^2}{n'+n''-2}} \cdot \sqrt{\frac{1}{n'} + \frac{1}{n''}}} = -3{,}332$$

Для порівняння з теоретичним значенням використаємо критерій Стьюдента з $k = n' + n'' - 2 = 50+50-2 = 98$ ступенями свободи. Рівень значущості приймемо рівним $\alpha = 0{,}05$. Теоретичне значення дорівнює 1,98. Отже, знайдена статистика z менша за теоретичне значення, тому середні значення статистично достовірно не відрізняються один від одного до і після експерименту.

Також порівняємо значення дисперсії. Порівняння дисперсій D_X, D_Y здійснюється зіставленням виправлених дисперсій S_x^2, S_y^2, які відповідно мають закон розподілу χ^2 із $k_1 = n' - 1$, $k_2 = n'' - 1$ ступенями свободи. За статистичний критерій береться випадкова величина $F = S_\delta^2 / S_m^2$, яка має розподіл Фішера із k_1 і k_2 ступенями свободи, де S_δ^2 є більшою з виправлених дисперсій, одержаною внаслідок обробки результатів вибірок, S_m^2 є меншою з виправлених дисперсій.

Обчислимо значення критерію $F = S_{\delta}^2 / S_m^2 = 1,035/0,926 = 1,118$, критична точка $F_{\text{кр}}(\alpha = 0,05;\ k_1 = 49;\ k_2 = 49) = 1,4$. Значення критерію менше за критичну точку, отже, нульова гіпотеза приймається, тому можна стверджувати, що вибіркові дисперсії є статистичними оцінками однієї і тієї самої дисперсії генеральної сукупності.

Таблиця 4.4

Розподіл ступеня назалізації голосу у дітей дошкільного віку, враховуючи вплив ВНГП, до та після експерименту

Ступінь назалізації голосу	До	Після	Характеристика
Відмінний	15%	30%	Нормальний тембр голосу
Хороший	18%	30%	Слабка назалізація і незначна носова емісія
Задовільний	37%	31%	Назалізація середнього ступеня, виражена носова емісія
Незадовільний	30%	9%	Гіперназалізація, носова турбулентність із підключенням компенсаторних гримас

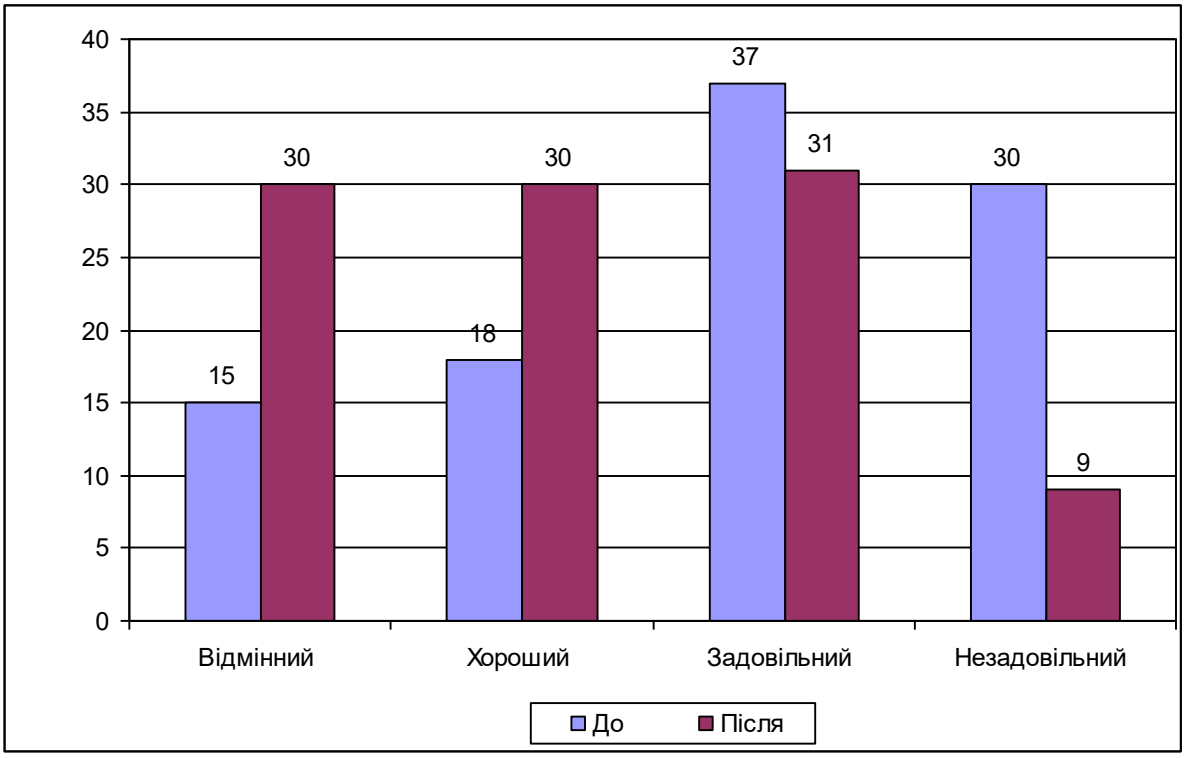

Рис. 4.4 Динаміка показників подолання гіперназалізації голосу у дітей дошкільного віку, враховуючи вплив ВНГП (у %)

Темп мовлення: уповільнений – 70% (38%); прискорений – 5% (3%); нормальний –25% (59%) (рис. 4.5).

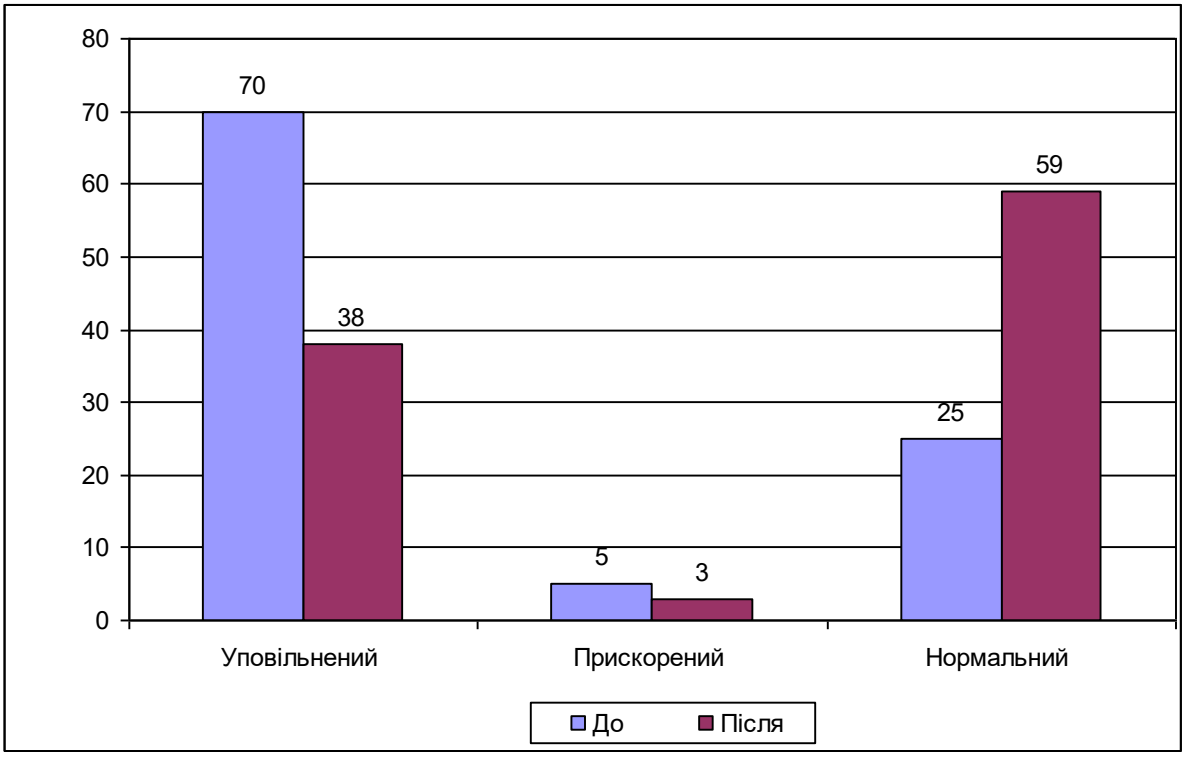

Рис. 4.5 Динаміка зміни показників темпу мовлення у дітей дошкільного віку, враховуючи вплив ВНГП (у %)

Наявність/відсутність дефектів артикуляції: нормальна артикуляція – 8% (58%); сформована артикуляція не всіх звуків – 10% (42%); несформована артикуляція – 82% (10%) (рис. 4.6).

У результаті навчального експерименту також прослідковано динаміку формування правильної голосоподачі у дітей із ВНГП різних вікових груп, що дало підстави стверджувати про можливість досягнення найвищих результатів у дітей дошкільного віку за умови раннього логопедичного впливу (рис. 4.7, рис. 4.8). Набагато складніше долати голосові порушення у дітей шкільного віку з причини стійкої дезінтеграції процесу голосоподачі.

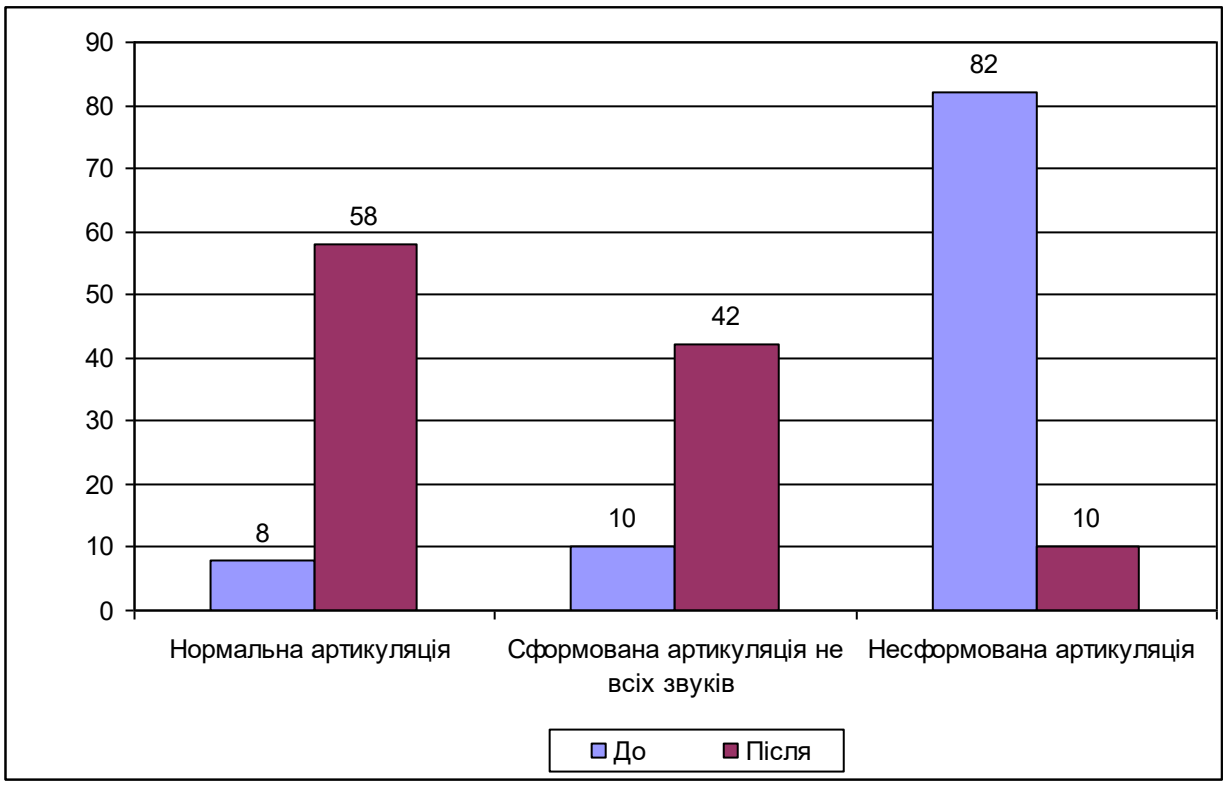

Рис. 4.6 Динаміка показників подолання дефектів артикуляції у дітей дошкільного віку, враховуючи вплив ВНГП (у %)

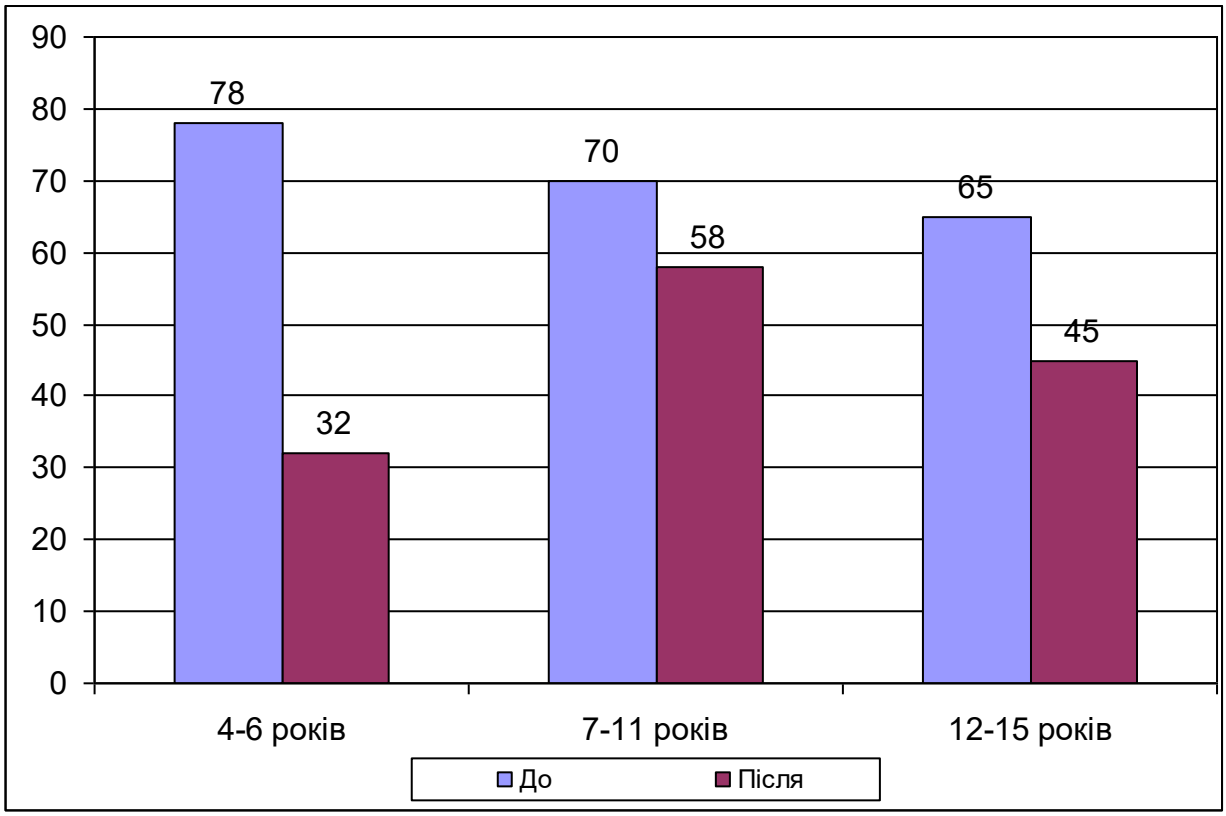

Рис. 4.7 Динаміка подолання голосоподачі на твердій атаці дітей із ВНГП різного віку (у %)

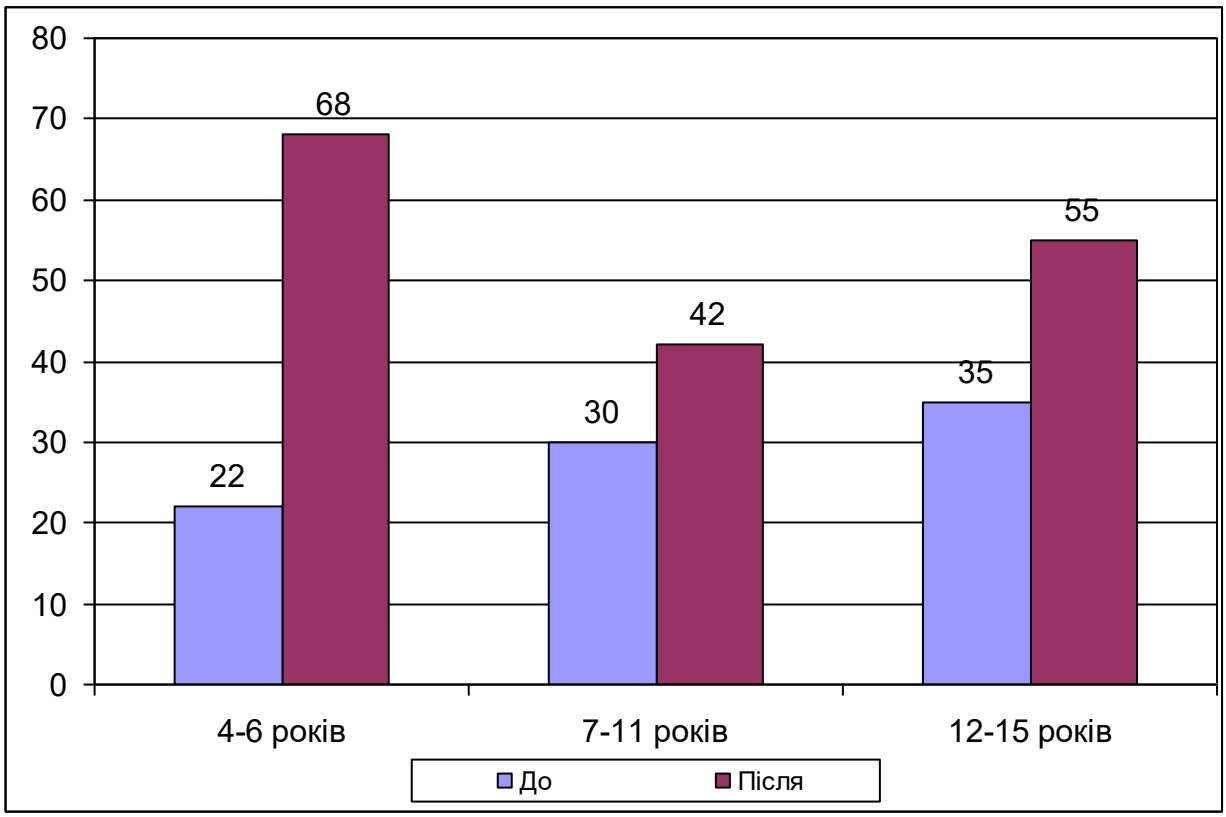

Рис. 4.8 Динаміка формування правильної голосоподачі на м'якій атаці дітей із ВНГП різного віку (у %)

Таким чином, у результаті здійснення логокорекційної роботи з раннього віку вдалося забезпечити фізіологічне підгрунтя для нормалізації артикулювання та фонації – сформувати правильне мовленнєве дихання через виховання нижньореберного фізіологічного дихання; сформувати механізми правильної голосоподачі, повністю або частково подолати аеродинамічні порушення (незначну гугнявість, носову емісію, гіперназалізацію, носову турбулентність) у більшої половини дітей, тим самим кардинально покращити перш за все показники подолання атипових порушень фонологічної сторони мовлення на експресивному рівні, що пов'язані із впливом ВНГП.

Послідовність роботи над звуками обиралася індивідуально, враховуючи актуальну артикуляційну базу, вік дитини, етап лікування, наявність/відсутність «досвіду» роботи з логопедом.

Якісно змінилися як антропофонічні (спотворене звучання фонем), так і фонологічні (заміна однієї фонеми на іншу) ознаки порушеної звуковимови. У цих дітей артикуляційні уклади стали більш точними,

нормальними або наближеними до норми, звучання – нормальним або наближеним до нормативного.

Якісно змінилася «картина» першої групи фонетичних симптомів експресивного рівня, які складають атипові або специфічні дефекти звуковимови, обумовлені безпосереднім впливом ВНГП за рахунок подолання аба зменшення носової емісії або турбулентності (зняття додаткових шумів: придихання, хрипіння, шипіння, свисту на і без того назалізовані звуки):

- ✓ більш чіткою стала вимова губно-губних (п, п`, б, б`), зникла або мінімізувалася заміна їх видихом або спотворенням їх звучання до невпізнанності (схожість на м, м`);
- ✓ з'явилися пердньоязикові змичні (т, т`, д, д`), стала нормальною або наблизилася до нормальної їх вимова;
- ✓ покращилася вимова задньоязикових звуків (к, к`, г, г`, ґ, х, х`);
- ✓ з'явилася вимова свистячих (с, с`, з, з`, ц, ц`, дз, дз`) та шиплячих (ж, ч, ш, дж);
- ✓ дзвінкі приголосні набули свого більш природнього звучання;
- ✓ зменшилася кількість замін сонорів л, л` на носовий н, або на й, у або пропусків;
- ✓ фонаційні характеристики вібранта р, р` покращилися, однак, цей звук викликав найбільші труднощі з причини недостатнього забезпечення сильного струменя видихуваного повітря для вібрації кінчика язика; у деяких дітей вдавалося виховати нормальний звук р або наближений до норми;
- ✓ стала більш чіткою диференціація вимови приголосних звуків за місцем та способом творення, за участю шуму і голосу, за назалізацією та лабіалізацією;
- ✓ покращилася якість вимови так званих в українській фонетиці – вузьких голосних (що вимагають занадто вузького проходу для струменя

видихуваного повітря): голосні високого (і, у) та високо-середнього (и) ступеня підняття спинки язика. А вимова так званих широких голосних - голосних середнього (е, о) та низького (а) підняття набула нормального або наближеного до нормального звучання.

- ✓ став менш помітним негативний вплив на вимову приголосних (особливо передньопіднебінних: р, й, дж, ж, ч, ш та задньоротових: г, ґ, к, х) глоткового резонатора та навіть гортані, тим самим частково або повністю позбавитися фарингалізації та глотталізації як компенсаторних додаткових атипових артикуляцій.

Зазначаємо, що за ступенем «постраждалості» приголосних звуків від безпосереднього впливу анатомічного дефекту найлегше долалися порушення вимови звуків першої (в, в`, ф, ф`, х, х`, н, н`, м, м`, й) та другої (п, п`, б, б`, т, т`, д, д`, к, к`, г, г`, ґ, л`).

Звуки так званої третьої групи (с, с`, з, з`, ш, ж, ч, ц, р, р`, л) вдавалося формувати заново, оскільки вони були практично відсутніми у самостійному мовленні або спотвореними до невпізнанності.

Однак, зазначені вище логопедичні успіхи були можливими лише за декількох умов: раннього та якісного хірургічного лікування, відповідного раннього логопедичного втручання у мовленнєвий розвиток дитини, забезпечення неперервності комплексної системи розвитку мовлення у доопераційному та післяопераційному періоді з обов'язковим включенням батьків у корекційний процес. Помічено, що з віком без ранньої корекції долати ці порушення ставало складніше, оскільки останні набували характеру стійких патологічних укладів. Тому результати у цьому напрямі були менш помітними, якщо дитина вперше включалася у відповідну логопедичну роботу після 5-7 років, без необхідної до- та післяопераційної логопедичної корекції.

Одночасно зафіксовано суттєві покращення показників, що підтверджують подолання не лише атипових, а й типових порушень звуковимовної сторони мовлення у дошкільників із ВНГП. Методика їх подолання суттєво не відрізнялася від традиційних підходів подолання

типових порушень звуковимовної сторони мовлення за умови збереженого слуху та нормального розумового розвитку дитини із ВНГП.

Навіть у спонтанному мовленні дефекти звуковимови стали менш помітними, мовлення було більш чітким, розбірливим, зрозумілим, природнім.

Також позитивної динаміки вдалося досягти у подоланні порушень ритміко-складової структури мовлення: зникли випадки опускання першого приголосного звука; скорочення груп приголосних звуків; менш помітними стали переривання звучання приголосного в кінці слова; додавання зайвого приголосного звука у склад та перестановки звуків у слові (метатезис), порушення послідовності звуків; стали менш вираженими уподібнення складів (дистантна асиміляція); зменшилися випадки скорочення або збільшення кількості складів (складова елізія); майже зникли порушення правильності наголошення багатоскладових слів тощо.

Це означає, що у результаті навчального експерименту було удосконалено або сформовано механізми моторного управління, аеродинаміки мовотворення, формування фонематичного слуху тощо.

Результати виконання серії завдань на довільну регуляцію моторної та мовнорухової активності дітьми 4 років показали високий рівень – 52% (на відміну від 25 % у КГ); середній рівень – 38% (на відміну від 40% у КГ), низький – 10% (на відміну від 25% у КГ). Показники вкрай низького рівня не зафіксовані (у КГ було 10%) (рис. 4.9).

У дітей 5-6 років відповідно також зросли показники сформованості базової регуляції рухів та дій: високий рівень проявили 52% (у КГ– 25%); середній – 48% (54% у КГ). Низький (у КГ– 11%) та вкрай низький рівень (у КГ–10%) зафіксовано не було (рис. 4.10).

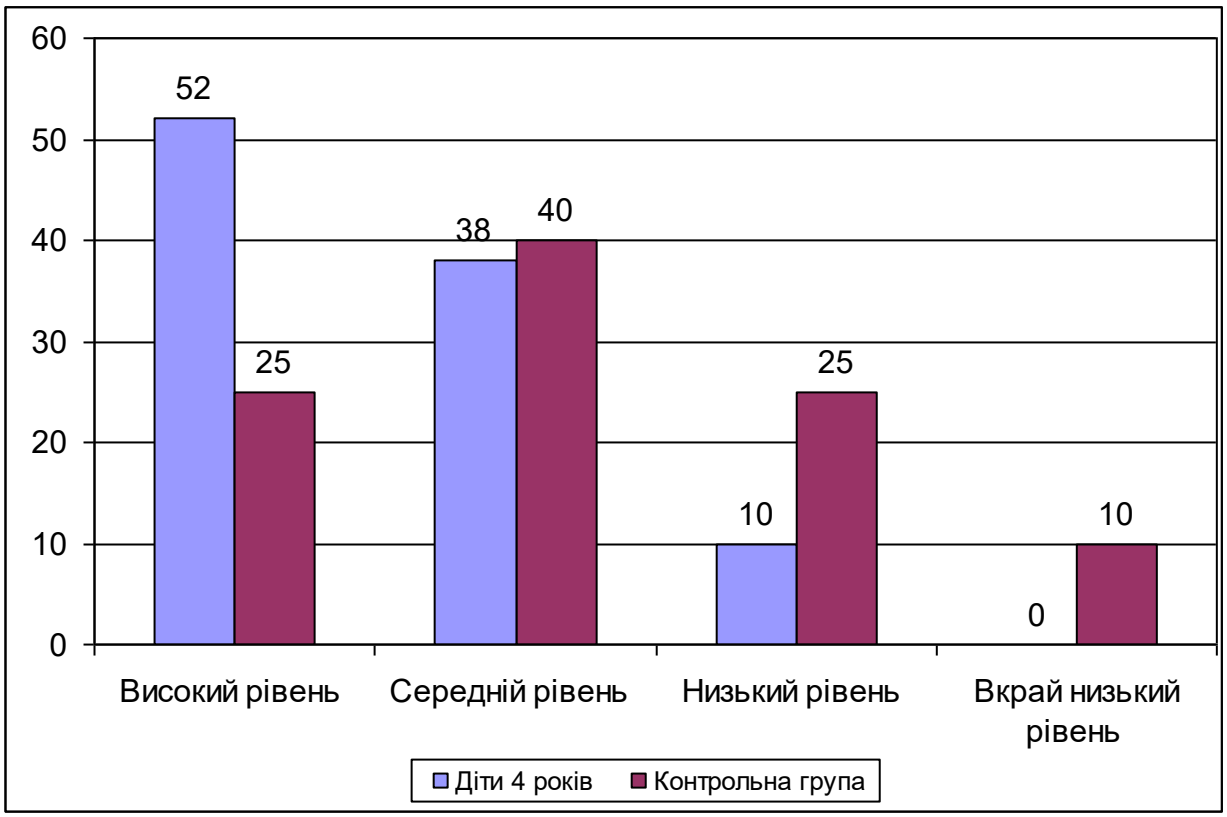

Рис. 4.9 Динаміка розвитку довільної регуляції моторної та мовнорухової активності дітей 4 років із ВНГП (у %)

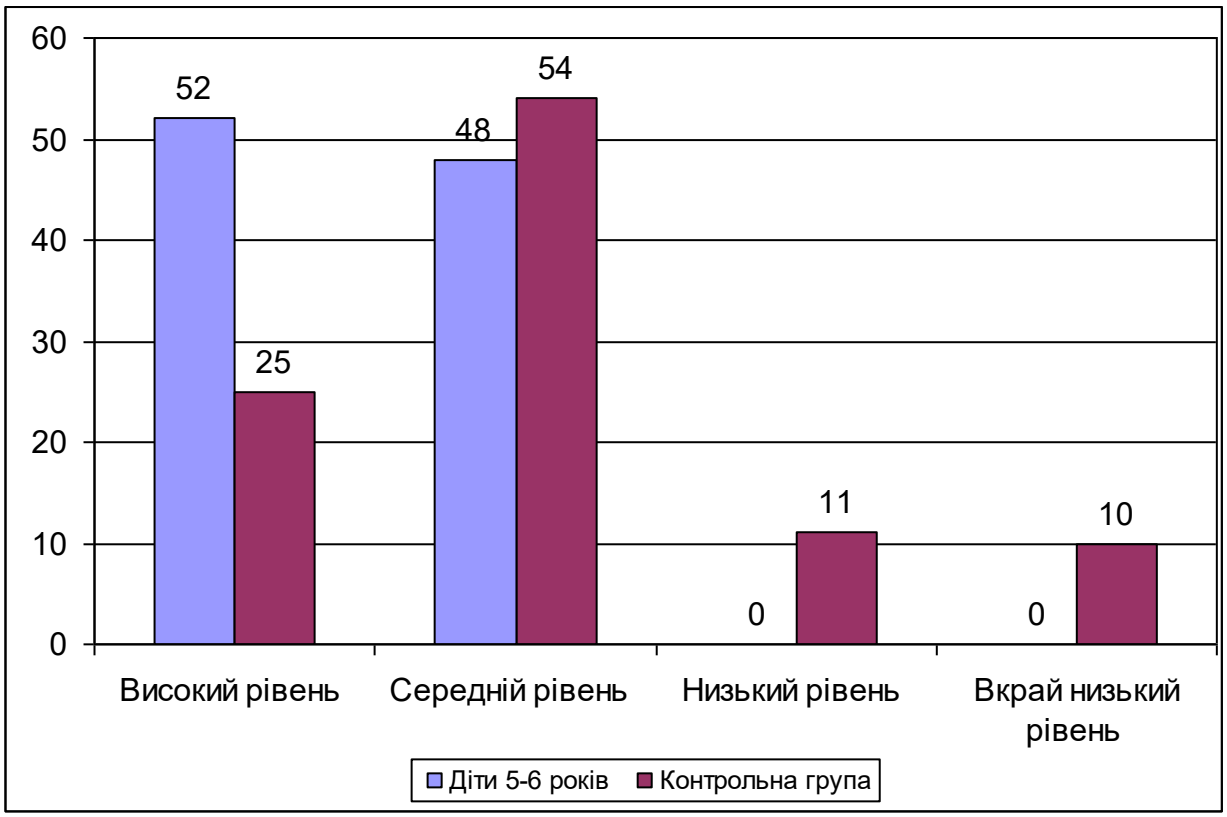

Рис. 4.10 Динаміка розвитку довільної регуляції моторної та мовнорухової активності дітей 5-6 років із ВНГП (у %)

Високі показники виконання нейропсихологічних проб на реципрокну координацію, праксис пози та динамічний праксис показали 48 % дітей 6 років порівняно із 32% у КГ, середні – 44% у порівнянні із 49% у КГ, та низькі – 8% (19% у КГ).

Результати обстеження артикуляційної моторики та кінетики як базових показників забезпечення звуковимовної сторони мовлення засвідчили підвищення показників високого та середнього рівня: відповідно 38 % (22 % у КГ) та 47 % (40% у КГ) дітей 6 років із ВНГП. Результати виконання блоку завдань на артикуляційний праксис та кінезис решти 15 % дітей відповідали показникам низького рівня (30 % КГ), вкрай низький рівень (у КГ–8%) зафіксовано не було, що пояснювалося наявністю неврологічної симптоматики (рис. 4.11).

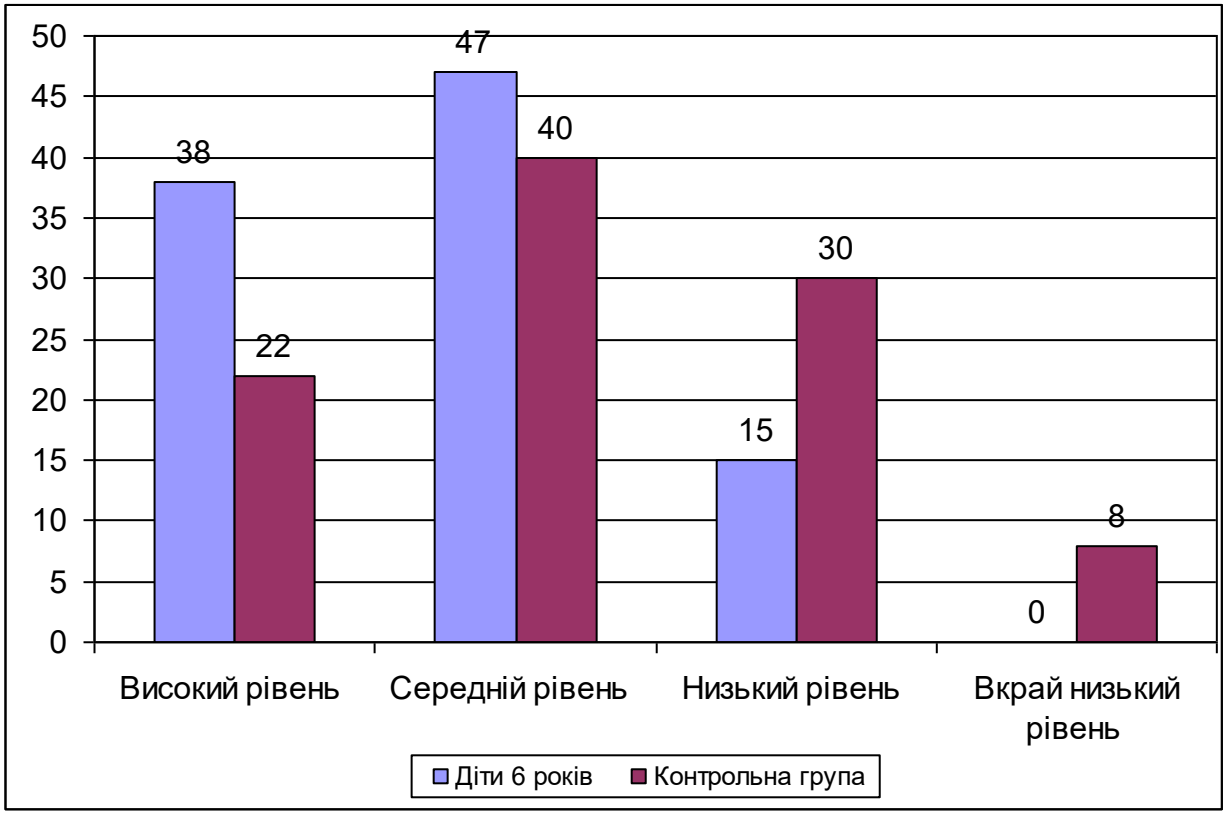

Рис. 4.11 Динаміка розвитку артикуляційної моторики та кінетики дошкільників із ВНГП (у %)

У результаті формувального експерименту за рахунок підвищення рівня регуляції нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики, кінетики та праксису) у загальному вдалося на 78% підвищити

рівень регуляції рухів вищого рівня – мовнорухового у 69% дітей із ВНГП дошкільного віку.

Враховуючи структуру дефекту мовлення при ВНГП, важливим напрямом корекції було формування фонаційного дихання та координації процесів дихання, фонації та артикуляції. На відміну від 71% цих порушень у дошкільників на констатувальному етапі, вдалося знизити показники порушень до 21%. Використання спеціально розробленої технології розвитку дихання та комплексу фонологоритмічних занять з раннього віку дало можливість гармонізувати фізіологічне та мовленнєве дихання, подолати слабкість, поверховість та напруженість, покращити ритмічність та темп мовленнєвого дихання. Результати залежали від терміну початку корекційної роботи – ранній початок забезпечив більш високі показники.

Покращилися характеристики емоційної та ритміко-інтонаційної сторони мовлення у дошкільників завдяки корекційній роботі з постановки голосу. Мовлення стало більш емоційним, інтонованим, достатньо модульованим.

Показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку підтвердили правильність обраного корекційного курсу: зменшилося відставання розвитку долінгвістичного і монологічного мовлення на 2-3 місяці. Ранньою логопсихологічною корекцією охоплено 98% дітей експериментальної групи, на відміну від 11% на етапі констатації. У спільну роботу включено 86% батьків та членів родини дітей від народження до 3 років, на відміну від 22% на етапі констатації (рис. 4.12).

Персонально-особистісний підхід у взаємодії дорослого та дитини забезпечив формування відчуття успіху та своєї неповторності на кожному занятті, оптимізацію психофізичного розвитку, заклав підвалини розвитку особистісно-орієнтованої моделі спілкування дитини із ВНГП у майбутньому.

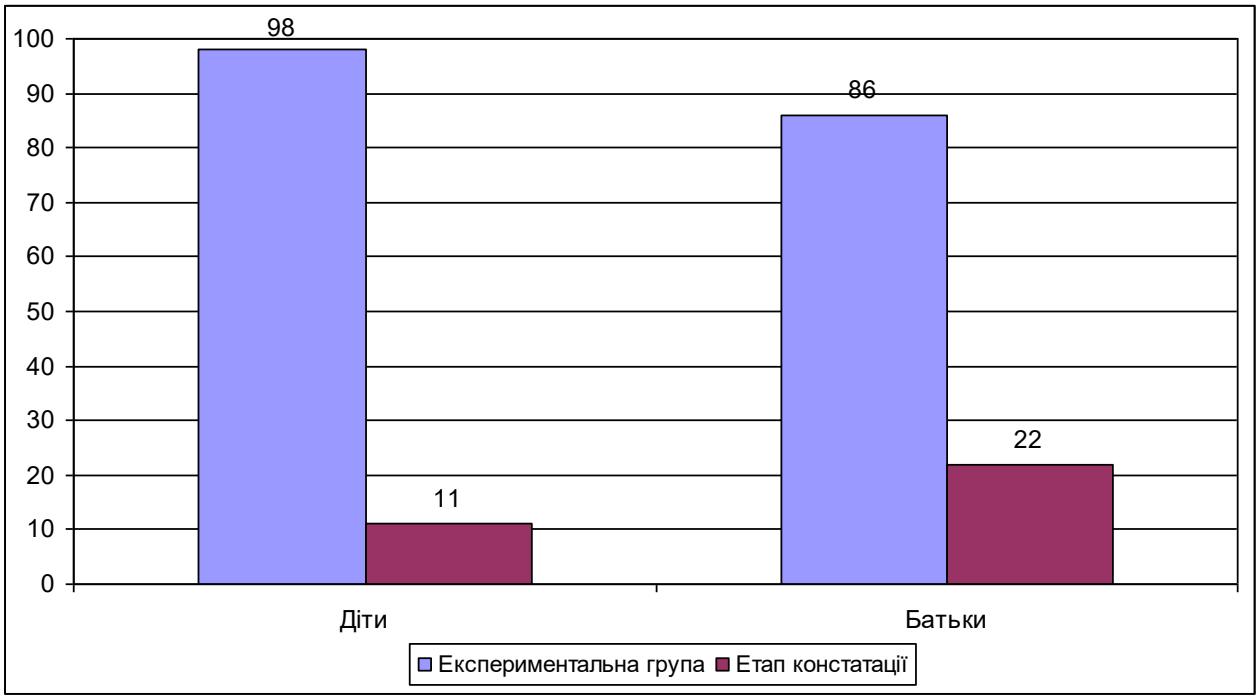

Рис. 4.12 Динаміка залучення дітей з ВНГП та їх батьків у ранню корекційну роботу (у %)

64% дітей експериментальної групи до 3 років за даними сформованості базових показників фонологічної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях із групи логопедичного ризику були віднесені до групи умовно-нормативного мовленнєвого розвитку на відміну від 18% контрольної групи. Спостерігалося розширення імпресивного та експресивного словника, мовленнєвої активності, рівня зв'язного мовлення у 78% дошкільників експериментальної групи порівняно з результатами констатувального дослідження.

У групі дітей, яких ми віднесли до дизонтогенетичного типу мовленнєвого розвитку, показники сформованості фонологічної підсистеми ФСММ зросли на 87% і відповідали показникам умовно-нормативного розвитку. У дітей з тотальними порушеннями підсистем ФСММ також зросли показники позитивної динаміки на 46% порівняно з контрольними даними.

У післяопераційних дітей дошкільного віку зросли на 61% базові показники забезпечення імпресивного рівня семіотичної підсистеми: фонематичні: сприймання, увага, контроль (аналіз), уявлення; імпресивний

словник, розуміння фраз та логіко-граматичних конструкцій, словотворення та словозміна (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Покращення стану базових показників забезпечення імпресивного рівня семіотичної підсистеми

Базові показники забезпечення імпресивного рівня семіотичної підсистеми ФСММ		**Результат**
Фонематичні	Сприймання	Зросли на 61%
	увага	
	контроль (аналіз)	
	уявлення	
Імпресивний словник		
Розуміння фраз та логіко-граматичних конструкцій		
Словотворення та словозміна		

Результати формувального етапу дослідження показали підвищення рівня сформованості просторових уявлень та їх вербалізацію як базисного показника забезпечення регуляції власної діяльності та афективно-емоційної сфери дітей дошкільного віку в середньому на 59 %.

Доведено взаємозалежність та взаємозумовленість агрегованих результатів, що засвідчили зростання на 69% базових показників забезпечення підсистеми програмування та інтерпретації мовленнєвих актів (кінестетична перцепція, кінестетичний праксис, слухова перцепція, слухомовленнєвий гнозис) та на 60% забезпечення регуляційної підсистеми **(**психомоторика, зв’язне мовлення, навички читання, комунікативні здібності, комунікативна поведінка), та результатів сформованості складових семіотичної підсистеми ФСММ у групі дітей із ВНГП дошкільного віку (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Покращення стану базових показників забезпечення підсистем програмування та регуляції мовленнєвих актів

Базові показники забезпечення підсистем програмування та регуляції ФСММ		**Результат**
Підсистема програмування та інтерпретації мовленнєвих актів	кінестетична перцепція	Зросли на 69%
	кінестетичний праксис	
	слухова перцепція	
	слухомовленнєвий гнозис	
Регуляційна підсистема	психомоторика	Зросли на 60%
	зв'язне мовлення	
	навички читання	
	комунікативні здібності	
	комунікативна поведінка	

У результаті впровадження комплексної корекційної системи (КРП «Ранній вплив», «У світі звуків», «Радість і слово», «Логолокація») змінилася загальна картина мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП. До умовно-нормативного варіанта віднесено 67% дошкільників на відміну від 18% на рівні констатації (рис. 4.13).

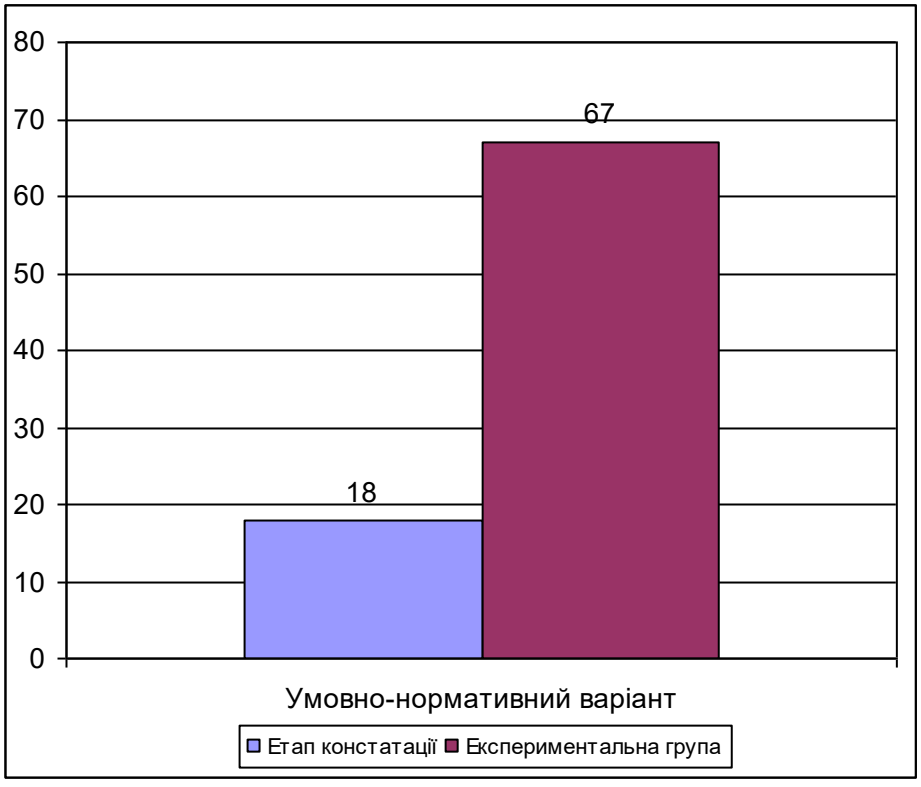

Рис. 4.13 Узагальнена динаміка розвитку ФСММ у дітей раннього та дошкільного віку із ВНГП

Диференційоване застосування логокорекційних технологій дозволило практично виправити темпові порушення розвитку ФСММ при дисгармонійному варіанті – із 20% до 7%; парціальні порушення знижено із 23% до 12% (рис. 4.14). Незважаючи на те, що у цих дітей залишилися темпові або якісні порушення на рівні підсистем ФСММ, змінився характер цих порушень: менш виразною стала лінгвопатологічна симптоматика уражень фонологічного, програмового та регулятивного рівнів. Зокрема, у половини вдалося подолати типові порушення звуковимовної сторони мовлення, подальшої корекції потребували лише ті вади звуковимови, які віднесено до групи атипових. Залишковий відсоток порушень ФСММ сформувався в основному у зв'язку з вторинною велофарингеальною недостатністю або неврологічним порушенням функції м'якого піднебіння. Однак значно покращилися артикуляційні та просодичні характеристики, що забезпечило підвищення рівня розбірливості мовлення на 53%.

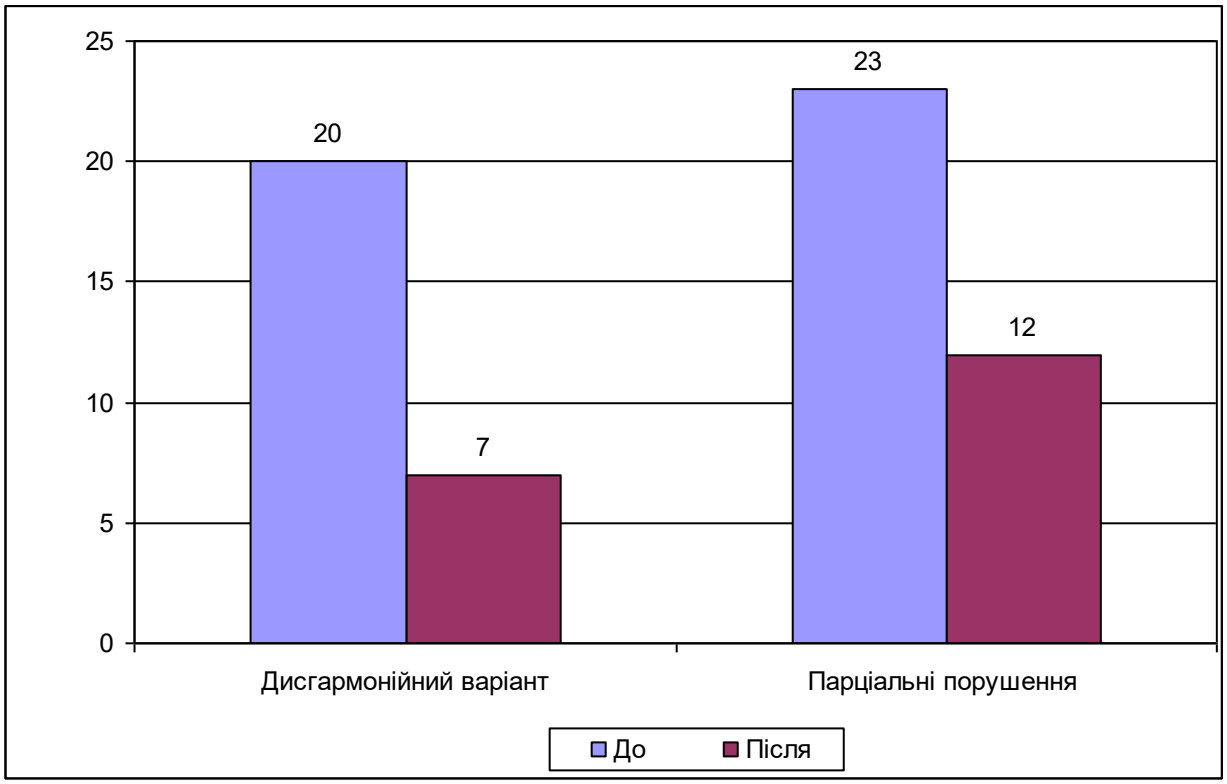

Рис. 4.14 Динаміка подолання порушень темпу розвитку ФСММ (у %)

Також зафіксовано позитивну динаміку росту у середньому на 48% показників сформованості функціональної системи мови та мовлення у

післяопераційних дошкільників, які розвивалися за типом тотального ушкодження: зросли базові показники забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ на 52%, підсистем програмування та регуляції мовленнєвих актів – на 44%. Це підтверджує переваги запропонованої системи комплексної корекції дітей з урахуванням найскладніших типів мовленнєвого дизонтогенезу. Більше того, паралельне проведення психокорекційної роботи з раннього віку забезпечило підвищення когнітивного рівня та покращення показників психоемоційного стану – довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому. Тотальне недорозвинення мовленнєвих показників вдалося з 39% звести до 14% (рис. 4.15, рис. 4.16).

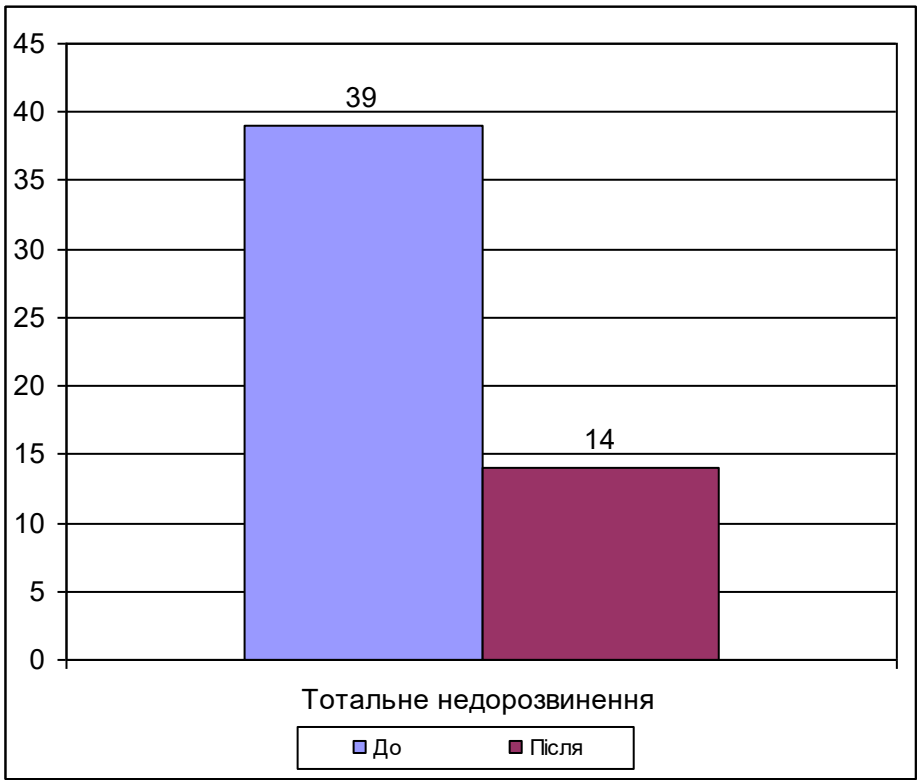

Рис. 4.15 Динаміка подолання тотального недорозвинення мовлення (у %)

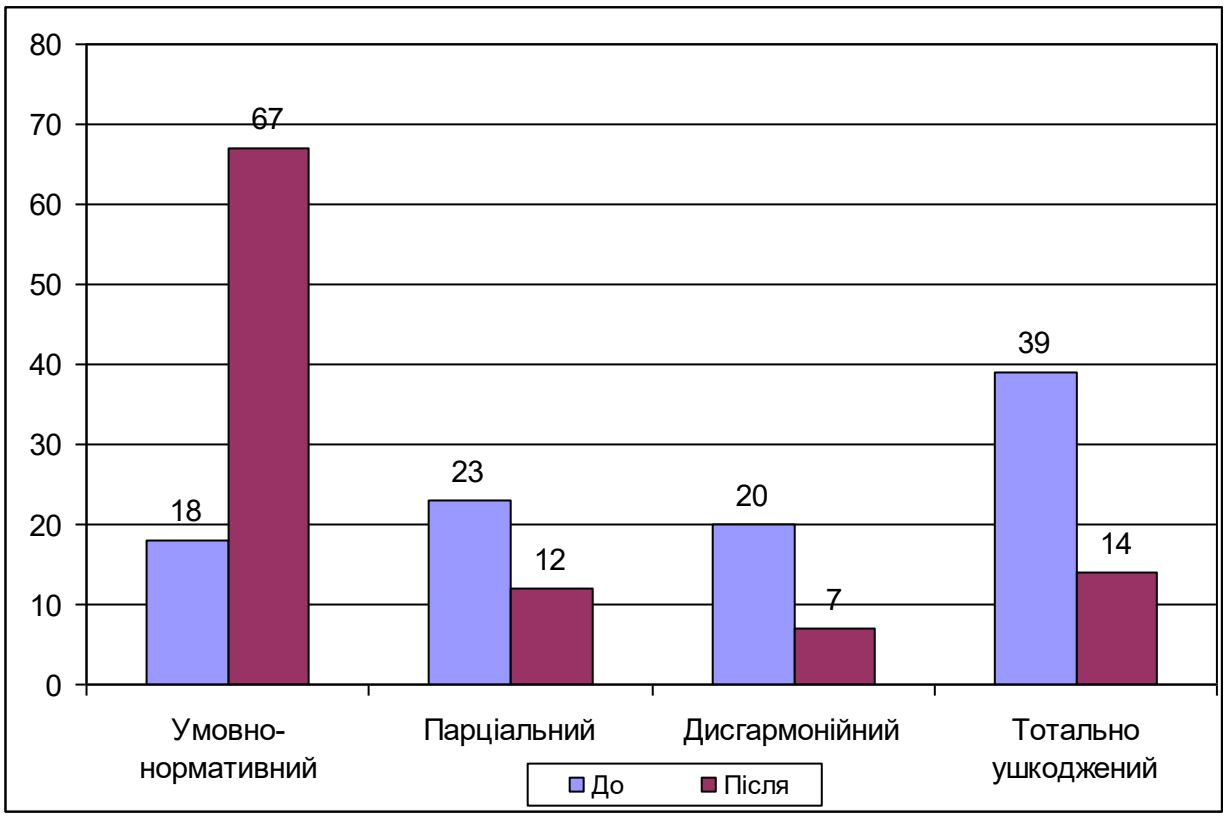

Рис. 4.16 Динаміка мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП до і після експерименту (у %)

Таким чином, загальна картина мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП дошкільного віку кардинально покращилася у якісному та кількісному проявах. Скоротився відсоток дітей з дизонтогенетичним типом мовленнєвого розвитку – з 82% до 33%. Це означає, що потенційно до навчання у загальноосвітній школі загального типу виявилося готовими 67% дошкільників, на відміну від 18% до навчального експерименту (рис. 4.17).

Порівняльний психологічний аналіз результатів дослідження підтвердив, що у всіх дітей, задіяних у формувальному експерименті, значно зросли показники забезпечення довільної регуляції рухової активності, психічних процесів та функцій, а також довільної регуляції емоцій та соціальної і комунікативної поведінки.

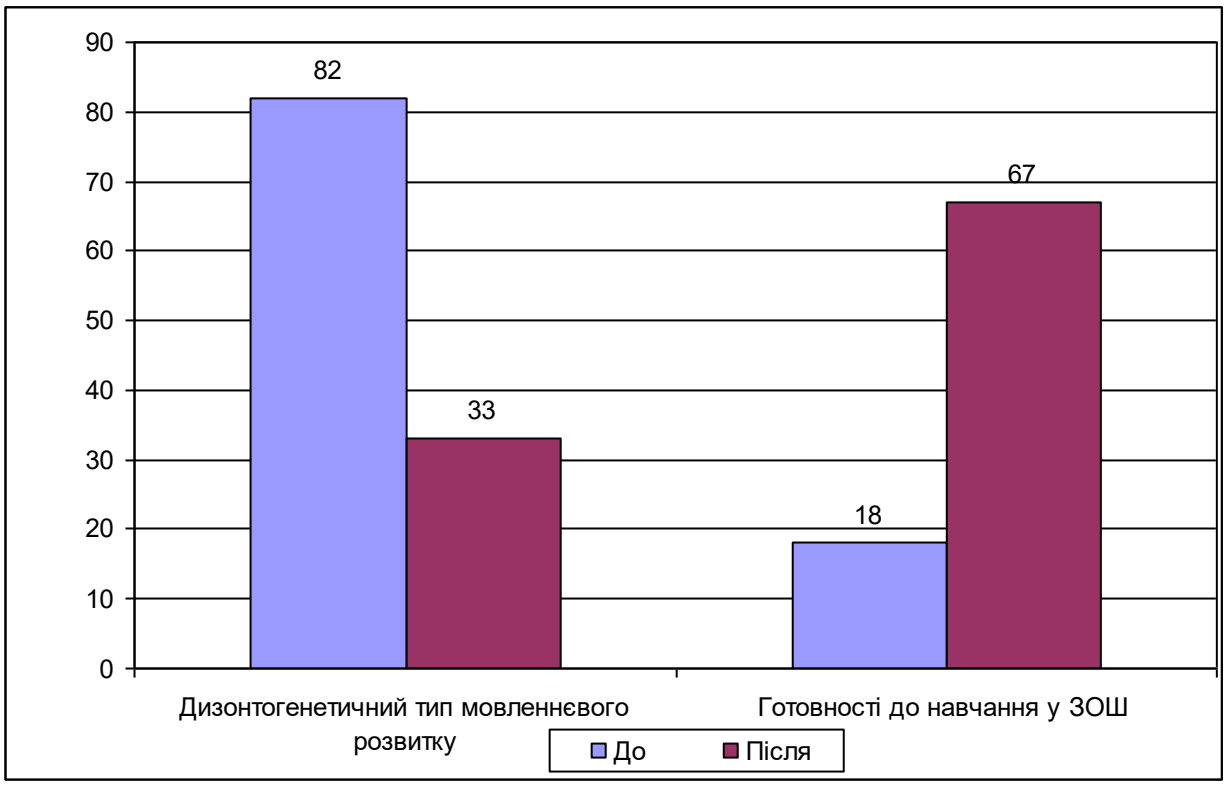

Рис. 4.17 Агреговані результати корекції мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку із ВНГП та їх потенціальної готовності до навчання у ЗОШ (у %)

Зменшення кількості відповідей категорій «пасивність», «тривожність», «агресивність» та скорочення латентного терміну реакції свідчать про загальне підвищення рівня психічної активності, зниження особистісної тривожності, зміну особистісної позиції, приховане бажання до комунікативної взаємодії тощо.

Зміна характеру емоційно-особистісних характеристик дітей забезпечила зменшення відсотка захисних та агресивних виборів у підлітків – із 68% до 19%, у дітей 7–11 років – із 43% до 8% на користь самоствердувальних завдяки усвідомленню власної неповторності, особистісної значущості та самоцінності. Також помітно змістилися акценти виборів відчуження у бік виборів позитивних переваг.

Вважаємо позитивним появу демонстративних виборів переваг як таких, що виказують бажання дитини бути у центрі уваги, ініціювати спілкування та взаємодію на відміну від бажання бути непомітним, невиразним. Результатом

тривалого психокорекційного впливу є поява у 67% підлітків соціально спрямованих виборів (на відміну від 14% у КГ), що підтверджує бажання бути корисним, свідомо позбутися соціально-психологічної скутості, невпевненості (рис. 4.18).

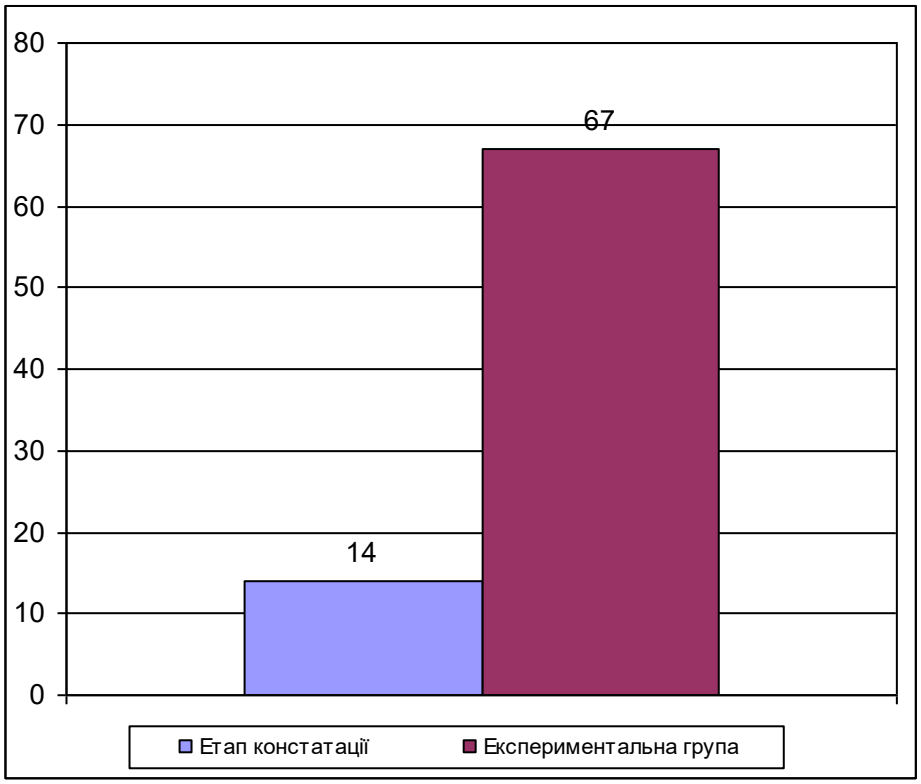

Рис. 4.18 Результати психокорекційного впливу на соціально спрямовані вибори підлітків із ВНГП (у %)

Найвищі результати відповідної психокорекції (КРП «Життєвий вибір», «Комунікація як самовияв») зафіксовані у розвитку емоційної та особистісної сфери підлітків та дітей-сиріт шкільного віку.

Впровадження програм логопсихологічного супроводу сім'ї «Я та моя сім'я», «Родинне дерево», «Сім'я +», починаючи від народження дитини із ВНГП до повноліття забезпечило повноцінне включення родини у спільний корекційно-розвивальний процес, підвищило рівень обізнаності батьків у питаннях психомовленнєвого розвитку їхньої дитини, сформувало готовність до розуміння і підтримки своєї дитини, відкриту позицію у спілкуванні та впевненість у її майбутньому.

Найбільш ефективною організаційною формою забезпечення комплексного інтерактивного корекційно-розвивального середовища виявилися «Центри розвитку дитини із ВНГП», діяльність яких побудовано на принципах невідкладності, комплексності, етапності, послідовності, систематичності. Такі центри стали об'єднувальною ланкою, яка забезпечила неперервний, тривалий та ефективний зв'язок сім'ї, яка має дитину із ВНГП, та системою державної підтримки.

Висновки до розділу 4

У четвертому розділі «Система комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у межах сучасного освітнього простору» розкрито авторський підхід до реалізації багатопрофільної системи диференційованої корекції порушень психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років. Система заснована на міждисциплінарному підході та інтеграції усіх ланок процесу супроводу дитини із ВНГП у закладах охорони здоров'я та освіти і є організованим неперервним освітнім простором, який заповнює спеціально скорегована взаємодія фахівців різних профілів, членів родини, та самої дитини. Висвітлено теоретико-методологічні основи корекційної технології, розроблено алгоритм функціонування багатопрофільної системи та її зміст, який включає інноваційні, включно з авторськими, технології логопедичної і психологічної корекції розвитку дітей із ВНГП та зміст логопсихологічного супроводу сім'ї.

Методологічною основою розробленої корекційно-розвивальної системи є сучасна концепція онто- та дизонтогенезу мовлення О.М.Корнєва, трикомпонентна модель базових складових психічного розвитку М.М.Семаго та Н.Я.Семаго, концепція морфофункціональної готовності дітей з особливостями розвитку до шкільного навчання В.В.Тарасун та інші як найдоцільніші в умовах міждисциплінарного багатовекторного підходу. При

цьому враховувалися ідеї структурної організації дизонтогенезу Л.С.Виготського, В.В.Лебединського, Г.Є.Сухарєвої та сучасна типологія відхилень психічного розвитку М.М.Семаго, методологія аномального розвитку В.І.Лубовського, Л.М.Шипіциної, В.М.Сорокіна. Систему забезпечують пріоритетні напрями: діагностичний, лікувально-відновлювальний, логопедичний, психолого-педагогічний, сімейний.

Структура комплексної системи корекції психомовленнєвого розвитку визначалася такими компонентами та складовими елементами: цільовими (цілі, принципи, завдання); змістовими (базові складові, функції, основні напрями діяльності); операційно-дієвими (періоди, етапи, форми, методи, прийоми, умови, способи взаємодії); оцінно-результативними (критерії, показники).

Основні принципи побудови системи: загальнометодологічні, конкретно-методичні, принципи логопсихологічної корекції. Функціонування запропонованої системи передбачало чотири етапи: концептуально-орієнтовний; підготовчо-превентивний (загальнообов'язковий); корекційно-розвивальний (основний); контрольно-оцінювальний (завершальний).

Основний зміст корекційної роботи перенесено на ранній та дошкільний вік, оскільки ці періоди визначаються становленням і формуванням психічних функцій та адаптивних можливостей дитячого організму, варіативністю відмінностей у межах вікової норми, різноманітністю стратегій засвоєння ФСММ та соціально-емоційного досвіду, високим рівнем загальної та мовленнєвої сензитивності.

Вихідні параметри, які враховувалися при розробці змісту алгоритмів кожного з блоків експериментально-навчальної методики: рівень сформованості складових функціональної системи мови та мовлення; рівні сформованості базових складових психічного розвитку; вік дитини; етап лікування та логопедичного впливу.

Інструментом забезпечення змісту системи стала розроблена методика комплексного корекційного впливу на психомовленнєвий розвиток дитини із ВНГП. Методика комплексної корекції психомовленнєвого розвитку дітей різного віку із ВНГП складалася з авторських методик та методичних прийомів, а також адаптованих відповідних методик корекційно-розвивального навчання та розвитку мовної особистості дітей з порушеннями мовлення у нейролінгвістичному, нейробіологічному, логопедичному та психологопедагогічному напрямах таких сучасних дослідників як С.І.Блохіна, Т.В.Волосовець, А.В.Доросинська, Т.Ю.Дерунова, О.М.Корнєв, І.І.Мамайчук, Є.С.Набойченко, З.А.Рєпіна, М.М.Семаго та Н.Я.Семаго, Г.М.Соломатіна, В.В.Тарасун, М.К.Шеремет та ін.

Система розкриває основні напрями та зміст психологічної корекції дітей і підлітків із ВНГП з порушеним психомовленнєвим розвитком, а також вказує напрями та зміст психологічного супроводу сім'ї та корекції батьківсько-дитячих стосунків. В основу цього напряму покладено системний аналіз складної структури мовленнєвого дефекту та його впливу на загальний психічний розвиток дитини із ВНГП.

Функціональними складовими розробленої корекційно-навчальної методики є відповідні змістові модулі. Основа модульного принципу запропонованої системи – взаємодоповнюваність та мобільність внутрішніх структур окремих модулів (кластерів), їх можливість «працювати» в автономному режимі, виконувати конкретні завдання, але разом з тим бути спрямованими на вирішення загальної кінцевої мети.

Розроблена авторська система корекції порушень психомовленнєвого розвитку вибудована таким чином, що зміст окремих її модулів розрахований на роботу з кожною дитиною (у ранньому та переддошкільному віці), а зміст інших модулів розрахований на роботу з дітьми, які мали ускладнені варіанти як мовленнєвого, так і психічного розвитку. Для забезпечення багатопрофільної диференційованої допомоги в системі комплексної корекції

мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП розроблено три основні напрями всередині цієї програми.

Перший, загальний, напрям передбачав зміст корекційних технологій, які забезпечать подолання проблем психомовленнєвого розвитку, притаманних усім дітям із ВНГП. Другий напрям спрямований на диференційоване забезпечення складових розвитку дітей з різними варіантами психомовленнєвого дизонтогенезу. Третій передбачав розробку індивідуальних алгоритмів з урахуванням специфіки розвитку кожної дитини із ВНГП.

Дослідно-експериментальна робота мала неперервний, поліфункціональний, багатопрофільний, комплексний характер.

Результати експериментально-дослідної роботи, отримані під час навчально-формувального експерименту, аналізувалися шляхом порівняння якості виконання спеціального комплексу контрольно-діагностичних завдань. Завдання за змістом та діагностичним призначенням були аналогічними до тих, що виконувалися на етапі констатувального дослідження. Якісний та кількісний аналіз результатів навчального експерименту здійснювався порівняно з результатами констатувального етапу дослідження у зазначених вікових категоріях. З огляду на це порівняльний аналіз здійснювався за показниками рівнів сформованості базових складових ФСММ і психічного розвитку з урахуванням типології мовленнєвого та психічного дизонтогенезу. Розроблено відповідні критерії, оціночні шкали, профілі та порівняльні таблиці. Обчислення результатів проводилося аналогічно до технології обчислень у констатувальному експерименті з використання методів математичної статистики.

Впровадження корекційно-розвивальних програм лого-психологічного супроводу дитини та її батьків «Ранній вплив», «Я та моя дитина» (для дітей від народження до 3 років); програм «У світі звуків», «Сім’я +», «Радість і слово», «Логолокація» (для дітей дошкільного, молодшого шкільного віку та

їхніх родин); «Життєвий вибір», «Родинне дерево», «Комунікація як самовияв» (для підлітків та юнаків) передбачало постійний контакт з батьками та членами родини, що виховують дитину із ВНГП. До спільної роботи з родинами було залучено також волонтерів, які пройшли відповідну підготовку і працювали з майбутніми батьками ще до народження дитини із ВНГП; використовувалися організаційні та територіальні можливості медичних центрів лікування та навчальних закладів освіти; партнерські організації соціальних служб для молоді м. Києва – спеціальна «Школа життя» та громадська організація «Родинні світи» (об'єднання батьків, які виховують дітей із ВНГП).

У результаті навчально-експериментального дослідження доведено ефективність запропонованої системи багатопрофільної диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП. Аналізуючи результати дослідження та узагальнюючи висновки, ми не розмежовували мовленнєву та психічну сфери розвитку дитини із ВНГП, оскільки науковий сенс експерименту вбачали у паралельності, цілісності та неперервності логопедичної та психологічної корекції.

Порівняльний аналіз результатів дослідження виявив динамічне зростання показників психічного та мовленнєвого розвитку у тих дітей, з якими проводилася цілеспрямована корекційна робота з перших місяців життя у межах корекційно-розвивальних програм «Ранній вплив», «У світі звуків», «Я та моя дитина».

Є підстави говорити про покращення якості результатів сформованості психологічної бази мовлення у дітей із ВНГП до одного року, зменшення на 58% кількості дітей, яких ми потенційно відносили до групи логопедичного ризику. Створення умов (енергетичних, фізіологічних, психологічних, психолінгвістичних) для спонтанного розвитку психологічної бази мовлення у дітей раннього віку, включення дитини у спеціально організований разом з батьками корекційно-розвивальний простір забезпечило підвищення

енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду, покращення сенсомоторної взаємодії.

Використання спеціальних корекційно-розвивальних ігор-занять, ігрових, музичних, моторних, дихальних, голосових комплексів вправ та спеціальних прийомів скоротило терміни відставання темпів раннього розвитку з 3-4 місяців до одного. Узагальнена шкала показників психомоторного розвитку у дітей раннього віку зросла на 60%. Особливо відчутними були успіхи у темпах розвитку загальних та дрібних рухів, у загальній руховій координованості, у зосередженості уваги, покращенні здатності до наслідування рухів і дій, що засвідчує підвищення рівня довільної рухової активності. У дітей до 1 року із неврологічною симптоматикою показники загального психомоторного розвитку покращилися на 46%.

У результаті експерименту у дітей 3–3,5 років із ВНГП вдалося знизити показники відставання у темпах психофізичного розвитку порівняно з контрольною групою (КГ) із 41% до 19%, а темпові та якісні порушення мовленнєвого розвитку із 82% до 34%. Таким чином, кількість дітей групи логопедичного ризику скоротилася майже у три рази. Результати виконання серії завдань на довільну регуляцію моторної та мовнорухової активності дітьми 4 років показали високий рівень – 52% (на відміну від 25 % у КГ); середній рівень – 38% (на відміну від 40% у КГ), низький – 10% (на відміну від 25% у КГ). Показники вкрай низького рівня не зафіксовані (у КГ було 10%). У дітей 5-6 років відповідно також зросли показники сформованості базової регуляції рухів та дій: високий рівень проявили 52% (у КГ– 25%); середній – 48% (54% у КГ). Низький та вкрай низький рівень зафіксовано не було. Високі показники виконання нейропсихологічних проб на реципрокну координацію, праксис пози та динамічний праксис показали 48 % дітей 6 років порівняно із 32% у КГ, середні – 44% у порівнянні із 49% у КГ, та низькі – 8% (19% у КГ).

Результати обстеження артикуляційної моторики та кінетики як базових показників забезпечення звуковимовної сторони мовлення засвідчили підвищення показників високого та середнього рівня: відповідно 38 % (22 % у КГ) та 47 % (40% у КГ) дітей 6 років із ВНГП. Результати виконання блоку завдань на артикуляційний праксис та кінезис решти 15 % дітей відповідали показникам низького рівня (30 % КГ), що пояснювалося наявністю неврологічної симптоматики.

У результаті формувального експерименту за рахунок підвищення рівня регуляції нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики, кінетики та праксису) у загальному вдалося на 78% підвищити рівень регуляції рухів вищого рівня – мовнорухового у 69% дітей із ВНГП дошкільного віку.

Враховуючи структуру дефекту мовлення при ВНГП, важливим напрямом корекції було формування фонаційного дихання та координації процесів дихання, фонації та артикуляції. На відміну від 71% цих порушень у дошкільників на констатувальному етапі, вдалося знизити показники порушень до 21%. Використання спеціально розробленої технології розвитку дихання та комплексу фонологоритмічних занять з раннього віку дало можливість гармонізувати фізіологічне та мовленнєве дихання, подолати слабкість, поверховість та напруженість, покращити ритмічність та темп мовленнєвого дихання. Результати залежали від терміну початку корекційної роботи – ранній початок забезпечив більш високі показники.

Аналіз результатів виконання спеціальних фонопедичних тестів за такими показниками як резонанс (ступінь назалізації голосу), наявність/відсутність носової емісії, назальної турбулентності, гримас (компенсаторний механізм зменшення носові емісії) показав результативність корекційних технологій подолання підвищеної назальності голосу. Так, у дітей 5-річного віку значно покращилися голосові характеристики: до нормативного рівня (без назалізації голосу) було віднесено 30% п’ятирічок порівняно із 15% у КГ; у 30% (18% у

КГ) спостерігалася незначна назалізованість голосу, легка носова емісія; у 31% дітей виявлено середній ступінь назалізації голосу (було37 %); у решти 9% (було 13%) залишився високий рівень назалізації, носова турбулентність із підключенням компенсаторних гримас. Покращилися характеристики емоційної та ритміко-інтонаційної сторони мовлення у дошкільників завдяки корекційній роботі з постановки голосу. Мовлення стало більш емоційним, інтонованим, достатньо модульованим.

Показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку підтвердили правильність обраного корекційного курсу: зменшилося відставання розвитку долінгвістичного і монологічного мовлення на 2-3 місяці. Ранньою логопсихологічною корекцією охоплено 98% дітей експериментальної групи, на відміну від 11% на етапі констатації. У спільну роботу включено усіх батьків та членів родини дітей від народження до 3 років.

Персонально-особистісний підхід у взаємодії дорослого та дитини забезпечив формування відчуття успіху та своєї неповторності на кожному занятті, оптимізацію психофізичного розвитку, заклав підвалини розвитку особистісно-орієнтованої моделі спілкування дитини із ВНГП у майбутньому.

64% дітей експериментальної групи до 3 років за даними сформованості базових показників фонологічної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях із групи логопедичного ризику були віднесені до групи умовно-нормативного мовленнєвого розвитку на відміну від 18% контрольної групи. Спостерігалося розширення імпресивного та експресивного словника, мовленнєвої активності, рівня зв’язного мовлення у 78% дошкільників експериментальної групи порівняно з результатами констатувального дослідження.

У групі дітей, яких ми віднесли до дизонтогенетичного типу мовленнєвого розвитку, показники сформованості фонологічної підсистеми ФСММ зросли на 87% і відповідали показникам умовно-нормативного

розвитку. У дітей з тотальними порушеннями підсистем ФСММ також зросли показники позитивної динаміки на 46% порівняно з контрольними даними.

У післяопераційних дітей дошкільного віку зросли на 61% базові показники забезпечення імпресивного рівня семіотичної підсистеми: фонематичні: сприймання, увага, контроль (аналіз), уявлення; імпресивний словник, розуміння фраз та логіко-граматичних конструкцій, словотворення та словозміна. Результати формувального етапу дослідження показали підвищення рівня сформованості просторових уявлень та їх вербалізацію як базисного показника забезпечення регуляції власної діяльності та афективно-емоційної сфери дітей дошкільного віку в середньому на 59 %.

Доведено взаємозалежність та взаємозумовленість агрегованих результатів, що засвідчили зростання на 69% базових показників забезпечення підсистеми програмування та інтерпретації мовленнєвих актів (кінестетична перцепція, кінестетичний праксис, слухова перцепція, слухомовленнєвий гнозис) та на 60% забезпечення регуляційної підсистеми **(**психомоторика, зв'язне мовлення, навички читання, комунікативні здібності, комунікативна поведінка), та результатів сформованості складових семіотичної підсистеми ФСММ у групі дітей із ВНГП дошкільного віку.

У результаті впровадження комплексної корекційної системи (КРП «Ранній вплив», «У світі звуків», «Радість і слово», «Логолокація») змінилася загальна картина мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП. До умовно-нормативного варіанта віднесено 67% дошкільників на відміну від 18% на рівні констатації.

Диференційоване застосування лого-корекційних технологій дозволило практично виправити темпові порушення розвитку ФСММ при дисгармонійному варіанті - із 20% до 7%; парціальні порушення знижено із 23% до 12%. Незважаючи на те, що у цих дітей залишилися темпові або якісні порушення на рівні підсистем ФСММ, змінився характер цих порушень: менш виразною стала лінгвопатологічна симптоматика уражень фонологічного,

програмового та регулятивного рівнів. Зокрема, у половини вдалося подолати типові порушення звуковимовної сторони мовлення, подальшої корекції потребували лише ті вади звуковимови, які віднесено до групи атипових. Залишковий відсоток порушень ФСММ сформувався в основному у зв'язку з вторинною велофарингеальною недостатністю або неврологічним порушенням функції м'якого піднебіння. Однак значно покращилися артикуляційні та просодичні характеристики, що забезпечило підвищення рівня розбірливості мовлення на 53%.

Також зафіксовано позитивну динаміку у середньому на 48% показників сформованості функціональної системи мови та мовлення у післяопераційних дошкільників, які розвивалися за типом тотального ушкодження: зросли базові показники забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ на 52%, підсистем програмування та регуляції мовленнєвих актів – на 44%. Це підтверджує переваги запропонованої системи комплексної корекції дітей з урахуванням найскладніших типів мовленнєвого дизонтогенезу. Більше того, паралельне проведення психокорекційної роботи з раннього віку забезпечило підвищення когнітивного рівня та покращення показників психоемоційного стану – довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому. Тотальне недорозвинення мовленнєвих показників вдалося з 39% звести до 14%.

Таким чином, загальна картина мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП дошкільного віку кардинально покращилася у якісному та кількісному проявах. Скоротився відсоток дітей з дизонтогенетичним типом мовленнєвого розвитку – з 82% до 33%. Це означає, що потенційно до навчання у загальноосвітній школі загального типу виявилося готовими 67% дошкільників, на відміну від 18% до навчального експерименту.

Порівняльний психологічний аналіз результатів дослідження підтвердив, що у всіх дітей, задіяних у формувальному експерименті, значно зросли показники забезпечення довільної регуляції рухової активності, психічних

процесів та функцій, а також довільної регуляції емоцій та соціальної і комунікативної поведінки.

Зменшення кількості відповідей категорій «пасивність», «тривожність», «агресивність» та скорочення латентного терміну реакції свідчать про загальне підвищення рівня психічної активності, зниження особистісної тривожності, зміну особистісної позиції, приховане бажання до комунікативної взаємодії тощо.

Зміна характеру емоційно-особистісних характеристик дітей забезпечила зменшення відсотка захисних та агресивних виборів у підлітків – із 68% до 19%, у дітей 7–11 років – із 43% до 8% на користь самоствердживальних завдяки усвідомленню власної неповторності, особистісної значущості та самоцінності. Також помітно змістилися акценти виборів відчуження у бік виборів позитивних переваг. Вважаємо позитивним появу демонстративних виборів переваг як таких, що виказують бажання дитини бути у центрі уваги, ініціювати спілкування та взаємодію на відміну від бажання бути непомітним, невиразним. Результатом тривалого психокорекційного впливу є поява у 55% підлітків соціально спрямованих виборів (на відміну від 14% у КГ), що підтверджує бажання бути корисним, свідомо позбутися соціально-психологічної скутості, невпевненості.

Найвищі результати відповідної психокорекції (КРП «Життєвий вибір», «Комунікація як самовияв») зафіксовані у розвитку емоційної та особистісної сфери підлітків та дітей-сиріт шкільного віку.

Впровадження програм логопсихологічного супроводу сім'ї «Я та моя сім'я», «Родинне дерево», «Сім'я +», починаючи від народження дитини із ВНГП до повноліття забезпечило повноцінне включення родини у спільний корекційно-розвивальний процес, підвищило рівень обізнаності батьків у питаннях психомовленнєвого розвитку їхньої дитини, сформувало готовність до розуміння і підтримки своєї дитини, відкриту позицію у спілкуванні та впевненість у її майбутньому.

Найбільш ефективною організаційною формою забезпечення комплексного інтерактивного корекційно-розвивального середовища виявилися «Центри розвитку дитини із ВНГП», діяльність яких побудовано на принципах невідкладності, комплексності, етапності, послідовності, систематичності. Такі центри стали об’єднувальною ланкою, яка забезпечила неперервний, тривалий та ефективний зв’язок сім’ї, яка має дитину із ВНГП, та системою державної підтримки.

ВИСНОВКИ

1. Актуальність та перспективність дослідження обраної проблеми зумовлена: стійкою тенденцією до збільшення народжуваності дітей із ВНГП; відсутністю в Україні сучасних моніторингових комплексних досліджень мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП, починаючи з раннього віку; наявною практикою одновекторного підходу до діагностики, формування та корекції мовленнєвих функцій; низьким рівнем ефективності логопедичної корекції; недостатнім вивченням психологічного розвитку дітей із ВНГП; недосконалістю логопсихологічного супроводу родини, що виховує дитину із ВНГП; необхідністю розробки комплексної, багатопрофільної раціональної системи психолого-педагогічної корекції мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

Доведено доцільність здійснення дослідження розвитку мовлення дітей із ВНГП на основі міждисциплінарної взаємодії – у медико-психолого-педагогічному руслі на якісно новому рівні, враховуючи вікові показники, соматичний стан, структуру анатомічного дефекту, терміни хірургічного лікування і логопедичного впливу.

У результаті системного теоретико-методологічного, історичного й емпіричного аналізу означеної проблеми розкрито медичні, педагогічні та соціально-психологічні передумови становлення і формування наукових поглядів на фізичний, психічний та мовленнєвий розвиток дітей із ВНГП.

На основі узагальнення міжгалузевих знань та практичного досвіду вивчення ВНГП, встановлено, що вони характеризуються двома основними напрямами: медичним, спрямованим на відновлення та реабілітацію фізіологічних функцій організму дитини, та логопедичним, у якому переважають пошуки технологій подолання ринолалії.

Аналіз психолого-педагогічних досліджень мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП у вітчизняній і зарубіжній медицині та логопедії визначив місце

ринолалії у систематиці мовленнєвих вад, стан науково-методичного та організаційного забезпечення роботи з відповідною категорією осіб в Україні.

2. Розроблена система багатопрофільного корекційного впливу на психомовленнєвий розвиток осіб із ВНГП складається з двох органічно пов'язаних фундаментальних блоків – діагностико-диференціального та корекційно-розвивального. Вона заснована на мультиаксиальному, міждисциплінарному підході та інтеграції усіх ланок супроводу дитини із ВНГП у закладах охорони здоров'я та освіти спільно із сім'єю від народження до повноліття.

Здійснено системний аналіз мовленнєвого, психічного та соціального розвитку дітей із ВНГП на різних етапах онтогенезу на теоретико-методологічних засадах сучасної лінгвопатології, нейролінгвістики, психолінгвістики, логопедії та логопсихології, що дозволяє значно поглибити уявлення про механізми та структуру особистісного розвитку при ВНГП.

Експериментально доведено доцільність одночасного вивчення стану мовленнєвого розвитку через призму базових складових психічного розвитку, починаючи з раннього віку. Такий підхід забезпечує можливість здійснення наскрізного, багатоетапного, різноаспектного вивчення структури мовленнєвого дефекту при ВНГП та базових складових психічного розвитку у їх взаємоз'язку.

3. Використання на діагностико-констатувальному етапі методик психолого-педагогічної спрямованості та нейропсихологічних методик з урахуванням вікових нормативних показників розвитку, структури вродженого дефекту, термінів медичного та корекційного впливу на дитину дає можливість багатоаспектної діагностики основних параметрів психомовленнєвого розвитку дитини із ВНГП та вивчення індивідуальних відмінностей у розвитку психічних функцій на різних етапах онтогенезу.

З’ясовано, що діти із ВНГП мають набагато складніші механізми порушення мовленнєвої та психічної діяльності, ніж традиційно вважалося у медицині та логопедії.

Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядаються нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, дають підстави оцінювати їх недостатніми у дітей раннього віку.

Доведено, що у 82% дошкільників механізми породження і формування мовлення розвиваються по дизонтогенетичному типу (парціальному, дисгармонійному, тотально ушкодженому), при цьому у 39% з них встановлений найтяжчий варіант мовленнєвого дизонтогенезу - тотальний. Насамперед це стосується ураження базових показників забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ (експресивний та імпресивний рівні) та підсистем програмування і регуляції мовленнєвих актів у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, що призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку такої дитини у подальшому.

4. Наскрізний та багатоаспектний характер діагностичної моделі забезпечив підгрунтя для уточнення клініко-логопедичної класифікації порушень фонологічної системи мовлення та розробки лінгвопсихологічної типології мовленнєвого дефекту при ВНГП.

Виявлено, що у 68% дітей дошкільного віку порушено глибинні процеси формування довільної регуляції рухової активності, психічних процесів і функцій, емоцій та поведінки, що звужує пізнавальні можливості дитини, стримує емоційно-особистісний розвиток, ускладнює процес соціальної адаптації.

Виявленно суттєві розбіжності у показниках тотального ушкодження мовлення у 39% обстежених дошкільників та лише у 3% тотального варіанту психічного дизонтогенезу, що розкриває сутність первинності/вторинності уражень психічної та мовленнєвої сфер і дає підстави для оптимістичних

корекційних прогнозів за рахунок більш збереженого когнітивного ресурсу у порівнянні з мовленнєвим.

Системно-функціональний аналіз психічного розвитку дітей із ВНГП розкрив закономірності формування базової психічної сфери дітей із ВНГП, на основі яких запропоновано типологію варіантів психічного дизонтогенезу при ВНГП (дисгармонійний, затриманий, дефіцитарний, тотальний).

Порівняльний аналіз двох типологій мовленнєвого та психічного дизонтогенезу забезпечує більш чіткі уявлення про особливості психомовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей.

Підтверджена загальнодефектологічна закономірність про прямопропорційну залежність між ранніми термінами хірургічного втручання і логопсихологічної корекції та підвищенням рівня психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

5. Розкрито особливості формування пізнавальної діяльності та її окремих компонентів у дітей із ВНГП. Виявлено, що недорозвинення або ушкодження складових (підсистем) функціональної системи мови та мовлення, особливо механізмів планування та регуляції мовленнєвих актів, вторинно порушує пізнавальну діяльність в цілому та її окремі компоненти зокрема.

Своєрідно, із суттєвими відмінностями від норми розвивається й афективно-емоційна та особистісна сфера дитини із ВНГП. Прослідковано поступове ускладнення з віком, вторинні та третинні нашарування проблем психо-емоційного характеру, за умови відсутності необхідної, вчасної психокорекційної роботи із самою дитиною та родиною, що її виховує.

Недостатність або відсутність психологічної допомоги, починаючи з раннього віку, не менш деструктивно впливає на психічний розвиток дитини, ніж первинний анатомічний дефект лицевої ділянки та наслідки, пов’язані з ним. Більше того, діагностовано, що первинний дефект, недорозвинення або пошкодження підсистем функціональної системи мови та мовлення за умови

відсутності спеціальних корекційних засобів викликає низку вторинних й навіть третинних відхилень: недорозвинення усіх структурних компонентів мовлення; обмеженість сенсорних, часових, просторових уявлень; недорозвинення мнестичних процесів; недостатню спрямованість і концентрованість довільної уваги; зниження рівня узагальнень; недостатнє вміння планувати власну діяльність; будувати умовисновки, встановлювати причинно-наслідкові зв'єязки тощо.

Нами прослідковано, що дітям із ВНГП притамання картина недостатньої сформованості когнітивної сфери, при тому, що у них первинно збережений і залишається достатньо високим загальний когнітивний ресурс. Не менш значущими є висновки про те, що діти із ВНГП відчувають труднощі не лише когнітивного характеру, але й комунікативного, що робить мовленнєві порушення при ВНГП особистісно значущими.

Безперечно доведено, що епізодична психологічна допомога не вирішує завдань гармонійного психічного розвитку зазначеної категорії осіб із ВНГП з метою забезпечення високого рівня життєвих досягнень.

Встановлено, що формування особистості підлітків із ВНГП розвивається переважно за дефіцитарним типом психічного розвитку (стійке зниження самооцінки, дефіцит диференціацій емоційних реакцій, низький рівень комунікації, відсутність бажання активно спілкуватися, субдепресивний фон настрою та ін.), що провокує дизонтогенез когнітивної та емоційно-вольової сфери.

6. Авторська концепція реалізації другого фундаментального блоку багатопрофільної системи диференційованої корекції порушень психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років полягає у врахуванні результатів системного аналізу складної структури мовленнєвого дефекту та його впливу на загальний психічний розвиток дитини із ВНГП.

Висвітлено теоретико-методологічні основи корекційної технології, розроблено алгоритм функціонування багатопрофільної корекційно-розвивальної системи та її зміст.

Пріоритетними у забезпеченні «життєздатності» корекційної системи обрано діагностичний, лікувально-відновлювальний, логопедичний, психолого-педагогічний, сімейний напрями. У структурі комплексної системи корекції психомовленнєвого розвитку серед різних складових елементів (цільових, змістових, операційно-дієвих) особливої уваги заслуговує оцінно-результативнй компонент, в якому представлені розроблені нами критерії та показники ефективності функціонування запропонованої системи.

Доведено важливість перенесенння основного змісту корекційної роботи на ранній та дошкільний вік, оскільки ці періоди визначаються становленням і формуванням психічних функцій та адаптивних можливостей дитячого організму, високим рівнем загальної і мовленнєвої сензитивності.

Одним з головних аргументів на користь ранньої логопсихологічної інтервенції у розвиток дитини із ВНГП є ранні строки хірургічного лікування, які забезпечують анатомо-фізіологічний плацдарм для гармонійного розвитку мовлення. Індивідуалізація роботи з дитиною будувалася з врахуванням типів мовленнєвого та психічного дизонтогенезу, віку дитини, етапу лікування та логопедичного впливу. Розроблена система корекції порушень психомовленнєвого розвитку вибудована за модульним принципом, що забезпечує її мобільність, поліфункціональність та гнучкість.

7. Результати корекційно-розвивальної експериментальної роботи довели ефективність запропонованої системи багатопрофільної диференційованої корекції психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП. Виявлено динамічне зростання показників психічного та мовленнєвого розвитку у всіх дітей експериментальної групи. Найвищу позитивну динаміку показники показали ті діти, з якими проводилася цілеспрямована корекційна робота з перших місяців життя у межах авторських корекційно-розвивальних програм. Включення дітей раннього віку у спеціально організований спільно з батьками

корекційно-розвивальний простір забезпечило підвищення енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду. Суттєво (на 58%) зменшилася кількість малюків потенційної «групи логопедичного ризику». Правильність обраної стратегії раннього впливу підтвердили узагальнені показники зростання рівня психомоторного розвитку дітей експериментальної групи на 60 %, навіть у дітей до трьох років із неврологічною симптоматикою показники загального психомоторного розвитку покращилися на 46 %.

Позитивні зміни спостерігалися в експериментальній групі і за показниками, за якими встановлювали варіанти мовленнєвого дизонтогенезу. Кардинально змінилася кількість дітей тотально ушкодженого типу – з 39% до 14% на тлі зростання умовно-нормативних показників – з 18% до 67%. Паралельне проведення психокорекційної роботи з раннього віку забезпечує підвищення когнітивного рівня та покращення показників психоемоційного стану – довільної регуляції емоцій та поведінки в цілому.

8. Впровадження корекційно-розвивальних програм, починаючи від народження дитини із ВНГП до повноліття, забезпечує нормалізацію мовленнєвого та психічного розвитку, повноцінне включення родини у спільний корекційно-розвивальний процес, підвищує рівень обізнаності батьків у питаннях психомовленнєвого розвитку дитини, формує готовність до розуміння і підтримки своєї дитини, відкриту позицію у спілкуванні та впевненість у її майбутньому.

Персонально-особистісний підхід у взаємодії дорослого та дитини забезпечує відчуття успіху та самоповаги, оптимізацію психофізичного розвитку, закладає підвалини формування особистісно-орієнтованої моделі спілкування дитини із ВНГП у майбутньому.

Найбільш ефективною організаційною формою забезпечення комплексного інтерактивного корекційно-розвивального середовища є «Центри розвитку дітей із ВНГП» як такі, що забезпечують неперервний, багатопрофільний комплексний діагностико-корекційний логопсихологічний

супровід дитини та її родини від народження до повноліття.

Багатопрофільна система диференційованої медико-психолого-педагогічної діагностики та корекції порушень психомовленнєвого розвитку дітей із ВНГП виявилася більш результативною у порівнянні з існуючими підходами та організаційно-методичними умовами.

Запропонована і впроваджена авторська концепція психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП відкриває подальші перспективи розвитку теорії і практики роботи з дітьми із тяжкими вадами мовлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алмазова О.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей : учеб. пособие для студентов дефектол. ф- тов пед. ин-тов / О.С. Алмазова. – М. : Просвещение, 1973. – 151с. : ил.
2. Ананьев Б.Г. Пространственное различение / Б.Г. Ананьев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1955. – 188 с.
3. Ананьев Б.Г. Психология чувственного познания / Б.Г. Ананьев. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1960. – С. 23-32, 249-299.
4. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев // Избр. психол. труды : в 2 т. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – С. 16 – 178.
5. Анохин П.К. Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы / П.К.Анохин. − М. : Наука. – 1978. – 399 с.
6. Ануфриев А.Ф. Как преодолеть трудности в обучении детей : психодиагностические таблицы. Психодиагностические методики. Коррекционные упражнения / А.Ф.Ануфриев, С.М. Костромина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Изд. «Ось – 89», 2001. – 272 с.
7. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей /Е.Ф. Архипова. – М. : АСТ : Астрель, 2008. – 254, [2] с. : ил. – (Высшая школа).
8. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М. : АСТ : Астрель : ВКТ, 2008. – 123, [5] с. – (Библиотека логопеда)
9. Ахутина Т.В. Исследование речевого мышления в психолингвистике / Т.В. Ахутина, И.Н. Горелов, А.А Залевская. − М. : Наука, 1985. – 237 с.
10. Бадалян Л.О. Невропатология / Л.О. Бадалян.– М.: Просвещение, 1982. – 209 с.
11. Балакирева А. С. Коррекционная работа с детьми раннего возраста после пластики неба : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Балакирева Анастасия Сергеевна. – М., 2005. – 143 с.

12. Баттерворт Дж. Принципы психологии развития : пер. с англ. / Дж. Баттерворт, М. Харрис. − М. : Когито-Центр, 2000.
13. Белая О.В. Физическое развитие, заболеваемость и смертность детей с с врожденными расщелинами верхней губы и неба. / О.В. Белая // Сб. науч. тр. Витеб. мед. ин-та. − Витебск, 1971. – Вып. 14. – С. 68-71.
14. Белова-Давид Р.А. Нарушения речи у дошкольников / Р.А. Белова-Давид. М. : Просвещение, 1972. – 213 с.
15. Белопольская И.Л. Оценка когнитивных и эмоциональных компонентов зоны ближайшего развития у детей с задержкой психического развития / И.Л. Белопольская // Вопросы психологии. – 1997. − №1.− С. 19-25.
16. Бельтюков В.И. Взаимодейсвие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В.И. Бельтюков. – М. : Педагогика, 1977. – 175 с.
17. Бельтюков В.И. О закономерностях развития речевой функции в онтогенезе / В.И. Бельтюков //Вопросы психологии. – 1989. − №1. − С. 15-22.
18. Белякова Л.И. Заикание / Л.И. Белякова, Е.А. Дьяконова ; рис В.Ю. Мартыненко.− М. : Молодая гвардия, 1998. – 304 с. : ил.
19. Белякова Л.И. Проблемный подход к анализу патогенетических механизмов заикания / Л.И. Белякова // Заикание : проблемы теории и практики. – М, 1992. – С. 3 – 20.
20. Бернадский Ю.И. Медицинская реабилитация детей с несращениями неба / Ю.И. Бернадский, Г.В. Полеся, В.В. Макарена. – К. : Здоров’я. − 1978. − 213 с.
21. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М. : Мед. лит-ра, 1999. – 398 с.
22. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н.А. Бернштейн. – М. : Медицина, 1966 – 349 с.

23. Бетелева Т.Г. Нейрофизиологические механизмы зрительного восприятия / Т.Г. Бетелева. – М. : Наука, 1982. – 174 с.
24. Бех І.Д. Виховання особистості : підручник для студ. вищ. навч. закладів / Іван Дмитрович Бех. – Київ : Либідь, 2008. – 848 с. : іл.
25. Бине А. Измерение умственных способностей : пер.с фр. / изд. подгот. : В.А. Луков, Вл.А. Луков. – СПб. : Союз, 1999. – 432 с.
26. Блінова Г.Й. Дидактичний матеріал для логопедичних занять / Г.Й Блінова [та ін.]. – К. : Рад. школа, 1985. – 278 с.
27. Блохина С.И. Диспансеризация детей с врожденными расщеплениями лица и неба и врожденным пороком сердца : автореф. дис. канд. мед. наук. −М., 1983. – 21 с.
28. Блохина С.И. Организация ранних восстановительных и реабилитационных мероприятий у детей с врожденной расщелиной губы и неба / С.И. Блохина, Т.Ф. Сабитова // Вопросы реабилитации в стоматологии : тез. докл. науч.-практ. конф., посвящ. 50-летию Перм. обл. науч.-мед. о-ва стоматологов / [редкол. : Е. А. Вагнер (отв. ред.) и др.]. − Пермь, 1989. – С. 45 – 46.
29. Богданов-Березовский М. В. Неговорящие и плохо говорящие дети в интеллектуальном и речевом отношении / М.В. Богданов-Березовский. – СПб. : Речь, 1999. − 156 с.
30. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : монографія / А.М. Богуш. – К. : Видавничий дім «Слово», 2004. – 374 с.
31. Богуш А.М. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку / А.М. Богуш. – К. : Видавничий дім «Слово», 2004. – 344 с.
32. Бодалев А.А. Психология о личности / А.А. Бодалев. – М. : Изд-во МГУ, 1988. – 188 с.
33. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович. //Избр. психологические труды. – М., Воронеж. – 1995. − 183с.
34. Большакова С. Е. Речевые нарушения и их преодоление / С.Е. Большакова. − М. : ТЦ Сфера, 2005. – 128 с.

35. Бондар В.І. Особистісно орієнтований підхід до впровадження оновленого змісту спеціальної освіти / В.І. Бондар // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. − Вип. 8., т. 1. − С. 3 – 9.
36. Бондар В.І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці : навч. посіб. / В.І. Бондар. – К. : Наш час, 2005. – 176 с.
37. Бондарко Л.В. Фонетика современного русского языка / Л.В. Бондарко. – СПб. : СпбГУ, 1998. – 275 с.
38. Бондарко Л.В. Фонетическое описание языка и фонологическое описание речи / Л.В. Бондарко. – Л. : ЛГУ, 1981. – 197 с.
39. Брашкин А.П. Социально-организационные аспекты речевой реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба в Донецком регионе / А.П. Брашкин, И.Н. Матрос-Таранец, А.А. Музычина // Современная стоматология, 2002. − № 2. – С. 92 – 95.
40. Брюнер Дж. Онтогенез речевых актов : пер. с англ. / Д. Брюнер // Психолингвистика / А.А. Шахнарович (ред.). − М. : Прогресс. – 1984. – С. 21 – 49.
41. Буденная Т. В. Логопедическая гимнастика : метод. пособие / Т.В. Буденная. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. – 64 с. : ил.
42. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2003. – 350 с.
43. Бурменская Г.В. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей / Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс. – М., 1990. – 134 с.
44. Вансовская Л.И. К вопросу о нарушении функции дыхания при врожденных расщелинах неба у больных открытой ринолалией после уранопластики / Л.И. Вансовская // Сб. науч. тр. Ленингр. НИИ ЛОР. − М., 1973. − Т. 11. − С. 102-105.

45. Вансовская Л.И. Методы обследования больных с открытой ринолалией / Л.И. Вансовская // Современные проблемы физиологии и патологии голоса и речи. − М., 1979. − С. 34 − 39.
46. Вансовская Л.И. Некоторые акустические характеристики слуха и голоса у больных открытой ринолалией на почве врожденных расщелин губы и неба / Л.И. Вансовская // Сб. науч. тр. Ленингр. НИИ ЛОР. − М., 1973. − Т. 18. − С. 199 − 203.
47. Вансовская Л.И. Принципы логовосстановительной работы при открытой ринолалии / Л.И. Вансовская // Вопросы патологии голоса и речи. − М., 1983. − С.19 – 22.
48. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба / Л.И. Вансовская. − СПб. : Гиппократ, 2000. – 132 с.
49. Вансовская Л.И. Устранение речевых расстройств у детей с открытой ринолалией / Л.И. Вансовская //Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции : сб. науч. трудов. – СПб., 1994. − С. 129 − 135.
50. Васильева В.П. Развитие голоса и интонационной выразительности речи детей с врожденной расщелиной губы и неба / В.П. Васильева, Е.В. Лаврова, Ад.А. Мамедов // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С.36 – 39.
51. Васильева Т.В. Формирование лексики младших школьников с ринолалией : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Татьяна Васильевна Васильева. – Екатеринбург. – 1998. – 186 с.
52. Венгер Л.А. Воспитание сенсорной культуры ребенка от рождения до 6 лет / А.Л. Венгер, Э.Г. Пилюгина, Н.Б. Венгер. М. : Просвещение, 1988. – 144 с. : ил.
53. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер. – М. : Изд – во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с. : ил.

54. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство / А.Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – Ч.1. − 160 с.
55. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство / А.Л. Венгер. – М.: Генезис, 2001. – Ч.2. − 128 с.
56. Венгер А.Л. Психологическое обследование младших школьников / А.Л. Венгер, Г.А. Цукерман. – М. : Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. – 160 с.: ил.
57. Венгер А.Л. Структура психологического синдрома / А.Л. Венгер // Вопросы психологии. – 1994. − № 4. – С. 82 – 92.
58. Взаимодействие хирурга, ортодонта и логопеда при ранней реабилитации детей с расщелиной губы и неба / Цыплакова М.С., Хацкевич Г.А., Довбыш М.А., Керод Э.С., Пономарева Е.А., Трушко М.Б., Степанова Ю.В. // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С. 282–285.
59. Визель Т.Г. Как вернуть речь / Т.Г. Визель. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс; В.Секачев, 2001. – 224 с.
60. Винарская Е. Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М. : АСТ : Астрель, транзиткнига, 2005. – 141 с. : ил.
61. Винарская Е.Н. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга / Е.Н. Винарская, А.М.Пулатов. – Ташкент. : Медицина, 1973. – 141 с.
62. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии : периодика раннего развития. Эмоциональные предпоссылки освоения языка / Е.Н. Винарская. – М. : Просвещение, 1987. – 160 с. : ил.

63. Виссарионов В.А. Классификация деформаций носа и верхней губы после пластики врожденных расщелин / В.А. Виссарионов // Стоматология. – 1988. – №2. – С. 37 – 39.
64. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушениями речи / И.Т. Власенко. – М. : Педагогика, 1990. – 184 с. : ил.
65. Водолацкий М.П. Организация лечения и наблюдения больных с врожденными расщелинами лица в межобластном центре / М.П. Водолацкий, Б.Г. Бабанина // Стоматология. − 1993. − Т.72. − №1. − С. 58 − 60.
66. Водолацкий М.П. Организация работы Ставропольского межобластного центра по оказанию помощи детям с врожденной расщелиной неба / М.П. Водолацкий, Б.Г. Бабанина // Совершенствование стоматологической помощи сельскому населению. – Ставрополье-84. − С. 8 − 11.
67. Водолацкий М.П. Пути профилактики врожденной патологии челюстно-лицевой области / М.П. Водолацкий, Б.Г. Бабанина // Профилактика стоматол. заболеваний : сб. − М., 1986. − С. 13 − 15.
68. Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики : учебно-методич. пособие / Г.А. Волкова. – СПб : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 1993. − 144 с.
69. Волкова Г.А. Принципы и содержание логопедической работы с детьми, страдающими общим недоразвитием речи, в условиях дошкольного детского дома / Г.А. Волкова, М.А. Ярмакович //Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых. – Л., 1987.− С. 3 – 11.
70. Волкова Г.С. Поширеність вроджених вад розвитку щелепно-лицевої ділянки і планування надання медико-профілактичної допомоги : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.01.22 / Українська медична стоматологічна академія. – Полтава. − 1999. – 16 с.

71. Волковская Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.
72. Волосовец Т.В. Воспитание и развитие речи у детей с врожденными расщелинами губы и неба : метод. рек. для родителей / Т.В. Волосовец. – М. : ТЦ СФЕРА. – С. 93 – 102.
73. Волосовец Т.В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1 – 3 лет с врожденной расщелиной губы и неба : автореф. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина. – М., 1995. – 18 с.
74. Волосовец Т.В. Некоторые методы и приемы логопедической работы с детьми (от 1,5 лет до 3 лет), страдающих ринолалией / Т.В. Волосовец // Актуальные проблемы дефектологии : тез. докл. межвузовской науч. конф. − М. : Прометей, 1991. − С. 9 − 12.
75. Волосовец Т.В. Особенности общения детей дошкольного возраста с врожденными расщелинами неба / Т.В. Волосовец. − СПб., 2001.− 187 с.
76. Воронова А.П. Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией / А.П. Воронова // Дефектология. − 1993. − № 1. − С. 45 – 51.
77. Воронцова Т.Н. К вопросу об объективных методах исследования больных открытой ринолалией после уранопластики / Т.Н. Воронцова // Пятая научная сессия по дефектологии : тез. докл. − М., 1967. − С. 221 − 222.
78. Воронцова Т.Н. Логопедическая работа с больными открытой ринолалией после уранопластики : дис. ...канд. пед. наук. − М., 1966. − 203 с.
79. Воронцова Т. Н. Логопедическая работа с больными открытой ринолалией после уранопластики : автореф. дис. … канд. пед. наук. – М., 1966. – 17 с.
80. Воронцова Т.Н. Методы исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных насщелин губы и неба / Т.Н. Воронцова // Тез. докл.

Всесоюзн. школы-семинара по проблеме «Исследования речи». – Л., 1981. – С. 27 − 28.

81. Воронцова Т.Н. Принципы дооперационной профилактической работы с детьми с врожденными расщелинами губы и неба / Т.Н. Воронцова // Речевые расстройства у детей и методы их устранения : сб. науч. тр. − М., 1978. − С. 68 − 77.
82. Воронцова Т.Н. Психотерапия в коррекционно-педагогической работе при ринолалии / Т.Н. Воронцова //Коррекционное обучение детей с нарушениями речевой деятельности : сб. науч. тр. − М., 1983. − С.82 − 88.
83. Воронцова Т.Н. Формирование речи детей с ринолалией второго года жизни / Т.Н. Воронцова // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. − М. : МГПИ им. В.И. Ленина, 1982. − С. 89 − 99.
84. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи. / Под ред. С. С. Ляпидевского, В.И. Селиверстова. – М. : Просв., 1968. – 248 с.
85. Врожденная и наследственная патлогия головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. // Материалы I Всероссийской научно-практ. конференции. – М. : МГМСУ, 2002. – 312с.
86. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. // Материалы II Всероссийской научно-практ. конференции. – М. : МГМСУ, 2006. – 300 с.
87. Врождённые несращения верхней губы и нёба / Л.В. Харьков, Н.Г. Горовенко, Л.Н. Яковенко [и др.]. – К. : Четверта хвиля, 2004. – 84 с.
88. Выготский Л.С. Лекции по психологии / Л.С. Выготский. − СПб. : СОЮЗ, 1999. – 144 с.
89. Выготский Л.С Проблемы развития психики / Л.С. Выготский // Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6-ти т. Т. 3 : История развития высших психических функций. − М. : Педагогика, 1982. – 368 с.

90. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. − М. : Просвещение, 1995. – 527 с.
91. Выготский Л.С. Проблемы общей психологии / Л.С. Выготский //Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6-ти т. Т. 2 : Мышление и речь. М. : Педагогика, 1982. – С. 5 – 361.
92. Выготский Л.С. Собрание починений : в 6-ти т. Т. 5 : Основы дефектологии / Л.С. Выготский ; под ред. Т.А Власовой. – М. : Педагогика, 1983. – 368 с.
93. Выготский Л.С. Собрание сочинений : в 6-ти т. Т.4 : Детская психология / Л.С. Выготский ; под ред. Д.Б. Эльконина. − М. : Педагогика, 1984. − 432 с.
94. Гаврилова Н.С. Особливості порушення моторного розвитку периферійних органів мовлення у дітей з дислалією, дизартрією і ринолалією / Н.С. Гаврилова // Теорія та практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. – К. : Актуальна освіта, 2007. − Вип. 4. – С. 112 – 135.
95. Галаган В.О. Медико-генетичне консультування та хірургічна корекція у дітей з різними формами розщеплення обличчя / В.О. Галаган // Лікарська справа. – К. – 2003. − № 2. – С. 70 – 73.
96. Гальперин П.Я. К исследованию интеллектуального развития ребенка / П.Я. Гальперин // Вопросы психологии. – М.- 1969. − № 1. – С. 15 – 25.
97. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П.Я. Гальперин //Исследования мышления в советской психологии. – М., 1966.
98. Гаркуша Ю.Ф. Коррекционно-воспитательная работа по закреплению речевых навыков и умений у дошкольников с общим недоразвитием речи / Ю.Ф. Гаркуша // Дефектология. – 1988. − № 1. – С. 60 – 66.
99. Гвоздев А.Н. Изучение детской речи / А.Н. Гвоздев. − М. : Изд-во АПН РСФСР, 1961. − 470 с.
100. Гвоздев А.Н. О фонологических средствах русского языка / А.Н. Гвоздев. − М.- Л. : Изд-во АПН РСФСР, 1949. − 168 с.

101. Гвоздев А.Н. Усвоение ребенком звуковой стороны русского языка / А.Н. Гвоздев. − М. - Л. : Изд-во АПН РСФСР, 1948. − С. 3 − 15.
102. Генчик А. Расщелины губы и неба как составная часть симптоматологии различных синдромов / А. Генчик, Е. Кадаши //Acta chir. Plast. − 1980. − Р. 119 − 173.
103. Герасименко М.Ю. Новые возможности магнитно-лазерной терапии и электростимуляции у детей с несращениями неба и верхней губы / М.Ю. Герасименко, Е.В. Филатова, О.В. Борисенко // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. − 2000. − № 2. – С. 35 – 37.
104. Герасимова А.С. К вопросу о разработке карт логопедического обследования пациентов с врожденными расщелинами неба / А.С. Герасимова, И.В. Королева // Центральные механизмы речи. Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств : материалы науч.-практич. конф. − СПб. : Изд-во СПб. ун-та, 2001. − С. 240 − 247.
105. Герасимова А.С. Речевая терапия небно-глоточной недостаточности. / А.С. Герасимова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С. 46 − 48.
106. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю.Б. Гаппенрейтер. – М. : МАСС МЕДИА, 1995. – 240 с.
107. Гленн Доман. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга / Доман Гленн ; пер. Л.С. Калинина. − Copyright на русское издание Juridiskais birojs Vindex, SIA. − Riga, Latvia, 2007. − 329 с.
108. Глозман Ж.М. Нейропсихологичаская диагностика в дошкольном воздасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потанина, А.Е. Соболева. – СПб. : Питер, 2006. – 80 с. : ил.
109. Гончаков Г.В. Влияние сроков пластики неба на развитие речи детей с врожденными расщелинами неба / Г.В. Гончаков, А.Г. Притыко, Н.В. Рубцова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи

у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2002. – С. 64 – 66.

110. Гончаков Г.В. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в НПЦ медицинской помощи детям / Г.М. Гончаков // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С. 48 – 50.
111. Горелов И.Н. Избранные труды по психолингвистике / И.Н. Горелов. – М. : Изд – во Лабиринт, 2003. – 320 с. : ил.
112. Горелов И.Н. Основы психолингвистики : учебное пособие / И.Н. Горелов, К.Ф. Седов. − М. : Изд-во Лабиринт, 2001. − 304 с.
113. Городилова В.И. Устранение недостатков произношения при ринолалии / В.И. Городилова, Н.И. Кузьмина. − М. : Просвещение, 1961. − 90 с.
114. Гоцко Е.В. Сравнительная оценка хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и неба : автореф. дис. … д-ра мед. наук. − Киев, 1986. − 41 с.
115. Грибова О.Е. К проблеме анализа коммуникации у детей с речевой патологией / О.Е. Грибова //Дефектология. − 1995. − № 6. − С. 7 – 16.
116. Грибова О.Е. Прием научного моделирования как средство изучения речевых нарушений / О.Е. Грибова // Дефектология. − 2001. − № 1 – С. 3 – 10.
117. Грибова О.Е. Реализация принципа деятельностного подхода в процессе логопедического обследования / О.Е. Грибова // Дефектология. – 2004. − № 2. – С. 14 – 20.
118. Гриншпун Б. М. Классификация нарушений речи / Б.М. Гриншпун //Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – 5 –е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманитар. Издат. центр Владос, 2004. С. 57 – 73.
119. Губина Л.К. Ситуационный анализ частоты врожденной патологии ЧЛО и вероятные факты риска / Л.К. Губина, О.П. Красникова //Детская стоматология. – 2000. − № 1-2. − С.65 − 68.

120. Гудонис В.П. Анализ причин нарушения развития детей и некоторые пути их профилактики / В.П. Гудонис // Дефектология. – 2004. − № 4. – С. 8 – 17.
121. Гулюк А.Г. Частота народження дітей з незрощенням верхньої губи та піднебіння за даними пологових будинків / А.Г. Гулюк, Е.Д. Бабов //Матеріали (VIII) І з'їзду Асоціації стоматологів України. – К., 1999. – 300 с.
122. Гуровец Г.В. Детская невропатология / Г.В. Гуровец. – М. : Владос, 2004. – 303 с.
123. Гуровец Г. В. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих моторной алалией : автореф. канд. пед. наук. − М., 1974. − с. 22.
124. Гуровец Г.В. Особенности психо-речевых расстройств у детей с моторной алалией и обоснование методов лечебно-коррекционного воздействия / Г.В. Гуровец // Расстройства речи и методы их устранения. – М. : МГПИ им. В.И.Ленина, 1975. С. 11 – 22.
125. Гуровец Г.В. К генезу фонетико-фонематических расстройств. Обучение и воспитание детей с нарушениями речи / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская. – М. : Просвещение, 1979.
126. Гуровец Г.В. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская // Вопросы логопедии. − М., 1978. − С. 27 – 37.
127. Гуцан А. Э. Актуальные проблемы врожденных расщелин губы и неба : автореф. дис. …д-ра мед. наук. – Кишинев : Штиинца, 1982. – 94 с.
128. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба (актуальные аспекты проблемы) / А.Э. Гуцан ; под ред. Г.А. Ботезату ; Кишинев. гос. мед. ин-т. – Кишинев : Штиинца, 1980. −142 с.
129. Давыдов Б.Н. Эмбриопатогенетическая классификация расщелин верхней губы, альвеолярного отростка и неба / Б.Н. Давыдов // Совр. методы

диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний. − М., 1985. − С. 18 − 23.

130. Датешидзе Т.А. Система коррекционной работы с детьми с задержкой психического развития / Т.А. Датещидзе. – СПб. : Речь, 2004. – 128 с.
131. Деребалюк Л.Я. Основные функциональные нарушения со стороны ЛОР-органов у больных с врожденными расщелинами верхней губы и неба/ Л.Я. Деребалюк // Вопросы стоматологии. – К., 1970. – С. 117 − 119.
132. Державний стандарт спеціальної освіти (Проект) / Мін. освіти і науки України ; Ін-т спец. пед. АПН України. – Київ , 2004. – С. 31 – 37.
133. Дерунова Т.Ю. Дифференцированный подход к коррекции речи детей с врожденной расщелиной губы и неба : дис. … канд. пед. наук : 13.00.01 / Татьяна Юльевна Дерунова. − М., 2003. – 208 с.
134. Дерунова Т.Ю. Дифференцированный подход к коррекции речи детей с врожденной расщелиной губы и неба / Т.Ю. Дерунова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С. 75 – 76.
135. Дерунова Т.Ю. Особенности обследования и коррекции речи детей 2-3 лет, имеющих врожденную расщелину губы и неба / Т.Ю. Дерунова, Е.В. Лавров // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. − М. : Моск. психолого-социальный институт ; Воронеж : Изд-во НПОЛ «МОДЭК», 2001. − С. 46 − 60.
136. Дети с ограниченными возможностями : проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании : хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / Сост. Н.Д. Соколова, Л.В. Калинникова. – М. : Изд-во ГНОМ и Д, 2001. – 448 с.
137. Дети с нарушениями речи. Технологии воспитания и обучения : методическое пособие / Под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : В. Секачев, НИИ Школьных технологий, 2008. – 192 с.

138. Детская психоневрология. / Под ред. Л.А.Булаховой. – К. : Здоров’я, 2001. – 496 с.
139. Дефектологический словарь / Под ред. А.И. Дьячкова. – 2-е изд., доп. – М. : Педагогика, 1970. – 503 с.
140. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения : сб. метод. рекомендаций. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. – 240 с.
141. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : [науково-методичний збірник / за ред. В.В. Засенка]. – К. : Науковий світ, 2009. − Вип. 11 – 308 с.
142. Дилео Д. Детский рисунок : диагностика и интерпретация. – М. : Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 272 с. : ил.
143. Диспансеризация больных с врожденной патологией лица в условиях межобластного центра : метод. реком. для врачей-интернов и субординаторов / Водолацкий М.П., Мельникова М.М., Бабанина Б.Г., Маслова Л.А. − Ставрополь, 1985. − 12 с.
144. Діти з особливими потребами у початковій школі : поради батькам / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. − К. : Наук. світ, 2006. − Кн. 3. − 212 с.
145. Довбыш М.А. Влияние пластики губы на звукопроизношение и развитие верхней челюсти при врожденных расщелинах верхней губы и неба / М.А. Довбыш, Е.А. Пономарева, М.С. Цыплакова // Реабилитация пациентов с расстройствами речи : материалы конф. − СПб. : НИИ уха, горла, носа и речи. − 2000. − С. 237 − 240.
146. Довбыш М.А. Роль раннего ортодонтического лечения в комплексном лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / М.А. Довбыш, Э.С. Керод, М.Б. Трушко // Клиническая имплантология и стоматология. – 1998. – №4 (7). – С. 23 – 26.
147. Доленко О.Б. Діагностична інформативність методу електропунктури у виявленні супутніх патофізіологічних порушень у дітей з уродженими

вадами піднебіння / О.Б. Доленко // Вісник проблем біології і медицини. – 2002. – Вип. 7 – 8. – С. 104 – 106.

148. Домицкевич С.А. Методы научно-психологических исследований в дефектологи / С.А. Домицкевич. – Иркутск, 1983.− 187 с.
149. Доросинская А.В. Использование чистоговорок в коррекции артикуляции и голоса у детей с ринолалией : методические рекомендации / А.В. Доросинская. − Екатеринбург, 1994. − 160 с.
150. Доросинская А.В. Психолого-педагогическая коррекция нарушений голосовой функции у детей дошкольного возраста с врожденной расщелиной губы и неба в системе комплексной реабилитации : дис. … канд. пед.наук : 13.00.03 / Анна Владимировна Доросинская. − Екатеринбург. − 2000. – 217 с.
151. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. / М. Д. Дубов. Л. : Медгиз, 1960. – 214 с.
152. Дубов М.Д. Клиническая картина при расщелинах неба / М. Д. Дубов // Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. − М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. − т. 1. −.С. 120 − 125.
153. Дубровинская Н.В. Нейрофизиологические основы внимания / Н.В. Дубровинская. – Л. : Наука, 1985. – 144 с.
154. Дубровинская Н.В. Психофизиология ребенка : психофизиологические основы основы детской валеологии / Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер, М.М. Безруких. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 2000. – 144 с. : ил.
155. Дудко Д.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба (клинико-эксперимент. исслед.) : автореф. дис. …канд. мед. наук. – К., 1970. – 17 с.
156. Дьякова Е.А. Логопедический массаж : уч. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Е.А. Дьякова. – М. : Изд. центр «Акадкмия», 2005. – 96 с. : ил.

157. Дьякова С.В. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / С.В. Дьякова, С.В. Яковлев, М.А. Першина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 85 – 89.
158. Дьякова С.В. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО) в системе диспансеризации / С.В. Дьякова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. − № 3 – 4. – С. 6 – 9.
159. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т.В. Егорова. − М. : Педагогика, 1973.
160. Елизарова Е.М. Стоматологическое здоровье детей с врожденными расщелинами губы и неба / Е.М. Елизарова, В.Д. Щеголева, А.Е. Анурова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С. 207 – 210.
161. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков : кн. для логопеда / И.И. Ермакова. – 2-е изд., перераб. – М. : Просвещение ; АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.
162. Ермакова И.И. Нарушения речи у лиц с дефектами неба и их коррекция : дис. … канд. пед. наук. – М., 1979. – 171 с.
163. Жинкин Н.И. Механизмы речи / Н.И. Жинкин. − М. : Изд-во АПН РСФСР, 1958. − 370 с.
164. Жукова Н.С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Екатеринбург. : АРД. – 1998. – 320 с.
165. Жукова Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у детей. / Н.С. Жукова // Соц.- полит. журн., 1994. − С.3 − 96.

166. Жукова Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. − М. : Просвещение, 1990. − 239 с.
167. Забрамная С.Д. От диагностики к развитию : пособие для психолого-пед. изучения детей в дошк. учрежд. и нач. кл. школ / С.Д. Забрамная, О.Д. Боровик. − изд. 2-е, перераб. и доп.− М. : Секачев, 2004. – 63 с. : ил.
168. Залевская А.А. Введение в психолингвистику / А.А. Залевская. − М. : Российск. гос. гуманит. ун-т. − 2000. − 382 с.
169. Заплатна С.М. Сучасний підхід до проблеми логопедичного обстеження дітей з недорозвитком мовлення / С.М. Заплатна // Педагогіка та методики : спеціальні : зб.наукових статей. – К. : Вид – во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2002. – Вип.II. − С. 8 – 13.
170. Захарова Н.Н. Логопедическая помощь детям с врожденной расщелиной неба на раннем этапе развития речи / Н.Н. Захарова // Актуальные проблемы стоматологии детского возраста : сб. науч. тр. − М., 1974. − С. 99 − 103.
171. Збараж Я.М. Ортопедична стоматологія / Я.М. Збараж, Ю.М. Олександрова. – К. : Вища школа, 1971. – 364 с.
172. Зееман М. Расстройства речи в детском возрасте/ М. Зееман. – М. : Мед.Гиз., 1962. – 299 с.
173. Зеленский В.А. Комплексная реабилитация больных с врожденной патологией лица в специализированных центрах/ В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов, Г.Р. Оганян // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 91 − 94.
174. Зимняя И.А. Лингвопсихология речевой деятельности / И.А. Зимняя. – М., 2001. – 429 с.
175. Зуева Е.Е. Особенности коррекции дисграфии у детей-ринолаликов / Е.Е. Зуева //Проблемы логопедии. Ринолалия : материалы к обл. конф. логопедов. − Ростов-на-Дону : Изд-во РГПУ, 2000. − С. 44 − 49.

176. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия : учеб. пособие для студентов дефектол. ф-тов пед. ин-тов / А.Г. Ипполитова ; под ред. О. Н. Усановой. – М. : Просвещение, 1983. – 95 с. : ил.
177. Ипполитова А.Г. Логопедические занятия при ринолалии в дооперационном периоде / А.Г. Ипполитова // Очерки по патологии речи и голоса. − М. : Изд-во Министерства просвещения РСФСР, 1963. − Вып. II. − С. 102 − 105.
178. Ипполитова А.Г. Некоторые вопросы взаимосвязи и взаимозависимости звуков при коррекции произношения / А.Г. Ипполитова // Труды научной сессии по дефектологии. − М. : Изд-во АПН РСФСР, 1958. − С. 375 − 380.
179. Калинина Р.Р. Психолого-педагогическая диагностика в детском саду / Р.Р. Калинина. – СПб. : Речь, 2003. – 144 с.
180. Калягин В.А. Внутренняя картина болезни при речевых расстройствах на примере заикания / В.А. Калягин // Расстройства речи : клинические проявления и методы коррекции. – СПб. : НИИ ЛОР, 1994. – С. 81 – 91.
181. Калягин В.А. Когда ребенок плохо говорит : советы психолога / В.А. Калягин. – СПБ. : КАРО. – 2004. – 192 с. – (Сер. : Коррекционная педагогика)
182. Калягин В.А. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. − СПб. : КАРО, 2005. – 288 с.
183. Калягин В. А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи : пособие для студентов, педагогов, логопедов и психологов / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб. : КАРО. – 2004. – 432 с. − (Сер. : Коррекционная педагогика)
184. Кармелюк О.Е. Игровая деятельность в коррекции дыхания у детей-ринолаликов / О.Е. Кармелюк // Проблемы логопедии. Ринолалия : мат-лы к обл. конф. логопедов. − Ростов-на-Дону : Изд-во РГПУ, 2000. – С. 40 – 43.

185. Кенинг Карл. Лечебно-педагогическая диагностика / Карл Кенинг ; пер. с нем. В. Гончарова. – Чебоксары : Антропософский центр социальной терапии, 2001. – 192 с.
186. Киселева Т. В. Из опыта логопедической работы первых трех лет жизни в условиях центра восстановительного лечения / Т.В. Киселева // Дефектология. – 1991. − № 5. – С.80 − 83.
187. Ковалев В.В. Расстройства речи в детском возрасте с позиции психического дизонтогенеза / В.В. Ковалев // Проблемы патологии речи : тез. Всес. симпоз. М. : Изд-во Моск. НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. – 1989. – С. 5 – 6.
188. Коваленко А.Ф. Функциональное состояние дыхательной системы у детей с врожденными несращениями верхней губы и неба / А.Ф. Коваленко //Вопросы стоматологии. – К., 1970. – С. 36 − 37.
189. Ковшиков В.А. К вопросу о мышлении у детей с экспрессивной алалией / В.А. Ковшиков, Ю.А. Эльконон //Дефектология. – 1980. − № 2. – С. 14 – 21.
190. Кожевникова Е.В. Абилитация младенцев – первая в России программа раннего вмешательства / Е.В. Кожевникова, Л.А. Чистович //Сб. науч. трудов СПб ин-та раннего вмешательства / Под ред. Л.А. Чистович, О.В. Давтян. − СПб., 1996. − С. 1 − 12.
191. Козин И.А. Вторичные деформации лица после устранений врожденных двусторонних расщелин верхней губы и неба и их хирургическое лечение : дис... д-ра мед. наук : 14.01.22. – М., 1983. – 418 с.
192. Козлов В.А. Организация помощи детям с врожденными расщелинами губы и неба и пути ее совершенствования / В.А. Козлов // Вестник хирургии. − 1989. − №4. − С.136 − 138.
193. Козлова С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование / С.И. Козлова, Н.С. Демикова, О.Е. Блинникова. – М. : Практика, 1996. – 410 с.

194. Козлова С.И. Повторный риск рождения ребенка с расщелиной губы и неба / С.И. Козлова, А.Н. Прытков, Д.А. Егоркина // Педиатрия.− 1981 − №2.− С.11 – 13.
195. Козырева Л.М. Говорю красиво и правильно : развитие речи у детей от рождения до 5 лет / Л.М. Козырева. – Екатеринбург : У- Фактория, 2005. – 224 с.
196. Коломинский Я.Л. Психическое развитие детей в норме и патологии : психологическая диагностика, профилактика и коррекция / Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько, С.А. Игумнов.− Питер, 2004. − 480 с.
197. Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади : автореф. дис. … д- ра пед. наук. – К. – 46 с.
198. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить / М.М. Кольцова. − Л. : Советская Россия, 1973. − 132 с.
199. Комплексный метод лечения детей раннего возраста по поводу врожденной расщелины губы и неба, как средство их медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации / Симановская Е.Ю., Щеглова А.П., Захарова Н.И., Баландина Е.А., Дерунова Т.Ю. // 1-я республиканская конф. «Стоматология и здоровье ребенка». – М., 1996, – С. 109.
200. Кондрашов С.П. Проблемы психологической реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / С.П. Кондрашов, С.В. Дьякова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2002. – С. 137 – 139.
201. Кондрашов С.П. Особенности медицинской и психолого-социальной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба / С.П. Кондрашов, С.В. Яковлев // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 103 – 105.

202. Конопляста С.Ю. Агреговані результати загального клінічного скрінінгу психофізичного розвитку дітей із ВНГП / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. − № 13. – С. 43 – 50.
203. Конопляста С.Ю. Актуальні проблеми мовленнєвого розвитку дітей з вродженою піднебінною патологією в системі їх комплексної реабілітації / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна. – Кам'янець–Подільський : ПП Мошинський В. С., 2006. – Вип. УІ. – С.309 – 312.
204. Конопляста С.Ю. Вплив вроджених незрощень губи та піднебіння на психофізичний та мовленнєвий розвиток дитини / С.Ю. Конопляста //Дефектологія. – 2008. − № 2. – С. 27 – 33.
205. Конопляста С.Ю. Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на розвиток дитини. / С.Ю. Конопляста // Педагогіка та методики : спеціальні : зб. наукових статей. – К. : Вид – во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2002. − Вип.II. – С. 37 – 43.
206. Конопляста С.Ю.Диференційний підхід до корекції мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць. – Полтава. : ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», 2008. – С.
207. Конопляста С.Ю. Диференційований та індивідуальний підхід до вивчення і корекції мовленнєвого розвитку дітей з вродженими незрощеннями губи і піднебіння / С.Ю. Конопляста // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / За ред. В.І. Бондаря, В. В. Засенка. – К., 2006. – Вип. 8, т. II – С. 183 – 188.
208. Конопляста С.Ю. Діти з вродженими незрощеннями губи та піднебіння як медико-психолого-педагогічна проблема / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія

соціально-педагогічна / За ред. О.В. Гаврилова, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В.С., 2008. – Вип. 8. – С. 45 – 52.

209. Конопляста С.Ю. До проблеми розвитку дітей раннього віку з вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. − № 7. – С. 24 – 27.
210. Конопляста С.Ю. До проблеми розвитку і реабілітації дітей-інвалідів з вродженою піднебінною патологією / С.Ю. Конопляста // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К. : Наук. світ, 2005. – С. 327 – 330.
211. Конопляста С.Ю. Дослідження проблем дитячого аутизму / С.Ю. Конопляста, І.О. Посохова // Дефектологія. – 1997. − № 4. – С. 23 – 27.
212. Конопляста С. Ю. Дослідження проблеми порушень мовлення при вроджених незрощеннях губи та піднебіння у теорії та практиці логопедії. / С.Ю. Конопляста // Теорія та практика сучасної логопедії : зб. наукових праць.– К. : Актуальна освіта, 2007. − Вип. 4. – С. 70 – 80.
213. Конопляста С.Ю. Загальні підходи до корекції порушень психомовленнєвого розвитку у дітей дошкільного віку / С.Ю. Конопляста // Діти з обмеженими можливостями. Проблеми та перспективи навчання та виховання : зб. наукових праць. – Слов'янськ, 1999. – С. 84 – 89.
214. Конопляста С. Ю. Закономірності психічного розвитку дитини в нормі та при вроджених незрощеннях губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. − № 9. – С. 163 – 167.
215. Конопляста С.Ю. Історичний шлях проблеми профілактики та лікування вроджених незрощень губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста //

Соціалізація особистості : зб. наукових праць / за заг. ред. А.Й. Капської. – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. − Т. XXX.– С.263 – 277.

216. Конопляста С.Ю. Комплексний підхід до подолання заїкання у юнаків : навчально-методичний посібник / С.Ю. Конопляста, Т.С. Морозова. – К. : НПУ. – 2004. – 123 с.
217. Конопляста С.Ю. Концептуальні засади психолого-педагогічної діагностики та корекції психомовленнєвого розвитку дітей з ВНГП / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. − №11. – С. – 78 − 83.
218. Конопляста С.Ю. Корекція мовленнєвого розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння в системі комплексної реабілітації / С.Ю. Конопляста // Дефектологія. – 2006. − № 2. – С. 35 – 38.
219. Конопляста С.Ю Логопсихологія : навч. посіб. / С.Ю. Конопляста, Т.В. Сак ; за ред. М.К. Шеремет. – К. : Знання, 2009. – 293 с
220. Конопляста С.Ю. Науково-теоретичні засади проблеми подолання порушень мовлення у дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2005. – Вип. 5. − С. 42 – 47.
221. Конопляста С.Ю. Особливості раннього афективного розвитку аутичної дитини у віці від народження до двох років / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2004. – № 1. – С. 87 – 100.
222. Конопляста С. Ю. Особливості раннього мовленнєвого розвитку із вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів : науково-практичний журнал. – 2009. − № 1. – С. 6 – 11.

223. Конопляста С. Ю. Особливості розвитку мовлення дітей раннього віку з вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна / За ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Кам'янець–Подільський : Аксіома, 2008. – Вип. Х. − С. 202 – 207.
224. Конопляста С.Ю. Перспективи вирішення проблеми мовленнєвого розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / За ред. В.І. Бондаря, В. В. Засенка. – К., 2006. − Вип. 7. – С. 131 – 134.
225. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічна діагностика відхилень в розвитку. Проблеми та перспективи / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць з проблем дефектології. − Луганськ, 2003. −Вип.І. – С. 131 – 136.
226. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічне вивчення дітей з вадами мовлення / С.Ю. Конопляста // Удосконалення підготовки науково-педагогічних кадрів в Україні : зб. наукових праць. К. : УДПУ імені М. П. Драгоманова, 1997. – С. 112 – 117.
227. Конопляста С.Ю. Ринолалія (розділ ІУ) //Хрестоматія з логопедії : навчальний посібник / Шеремет М.К, Мартиненко І.В., Конопляста С.Ю. – К. : КНТ, 2006. – 360 с.
228. Конопляста С.Ю. Ринолалія. Причини, основні форми порушення / С.Ю. Конопляста // Педагогіка та методики : спеціальні : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова. – 2000. – С. 29 – 34.
229. Конопляста С.Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика : монографія / С.Ю. Конопляста. − Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. – 212 с.
230. Конопляста С.Ю. Розвиток мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння як психолого-педагогічна проблема / С.Ю. Конопляста // Педагогіка і психологія : вісник АПН України. – К. : Педагогічна преса. – 2008. − № 1 (58). – С. 82 – 88.

231. Конопляста С. Ю. Система комплексної корекції мовленнєвого та психічного розвитку дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння у межах сучасного освітнього простору / С.Ю. Конопляста, М.К. Шеремет //Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. – №. 14. – С. 213–223.
232. Конопляста С.Ю. Система комплексної медико-психолого-педагогічної корекції мовленнєвого розвитку дітей раннього віку із ВНГП / С.Ю. Конопляста // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : науково-методичний збірник [за ред. В.В. Засенка]. – К. : Науковий світ, 2009. − Вип. 11. – С. 127 – 135.
233. Конопляста С.Ю. Стан та особливості розвитку дітей раннього віку з вродженими незрощеннями губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2007. − № 8. – С. 10 – 14.
234. Конопляста С.Ю. Сучасний стан проблеми мовленнєвого розвитку дітей-інвалідів з уродженими незрощеннями губи і піднебіння в Україні / С.Ю. Конопляста // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : тези доповідей. – К. : Університет «Україна», 2006. – С. 200 – 202.
235. Конопляста С.Ю. Сучасні уявлення про етіологію вроджених незрощень губи та піднебіння / С.Ю. Конопляста // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2006. – Випуск 6. – С. 3 – 9.
236. Конопляста С.Ю. Формування просторового мислення у дітей із системними мовленнєвими вадами, обумовленими затримкою психічного розвитку / С.Ю. Конопляста //Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія :

зб. наукових праць. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2005. − № 4. − С. 105 – 112.

237. Коноплястая С.Ю. К проблеме диагностики сложных речевых нарушений у детей / С.Ю. Коноплястая // Специальные образовательные потребности – 98. : сб. науч. трудов.– Тарту, 1998. − Т.І. – С. 179 – 187.
238. Коноплястая С.Ю. К проблеме коррекции речевого развития в системе комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба в Украине / С.Ю. Коноплястая // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 105 − 107.
239. Концепція спеціальної освіти осіб з фізичними та психічними вадами на найближчі роки та перспективи. – К., 1996. – 37 с.
240. Корнев А.Н. Артикуляционная и вербальная диспраксия у детей / А.Н. Корнев // Новости оториноларингологии и логопатологии. Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции. − СПб., 1999. – пр.№ 1 – С. 57 – 63.
241. Корнев А.Н. О нейропсихологических механизмах фонологического развития у детей / А.Н. Корнев // Мат-лы Межд. конф. «Ребенок в современном мире». Том III : «Мир ребенка и его язык». – СПб., 1993. – С. 22 – 32.
242. Корнев А.Н. О систематике клинических форм развития речи у детей / А.Н. Корнев // Расстройсва речи, клинические проявления и методы коррекции. – СПб., 1994. – С. 135 – 145.
243. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. − СПб. : Речь, 2006. − 380 с. : ил.
244. Корнев А.Н. Ранние проявления речевого дизонтогенеза у детей / А.Н. Корнев //Новости оториноларингологии и логопатологии. Расстройства речи. Мультидисциплинарній подход к изучению, диагностике и

коррекции : матералы конф. «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». − СПб., 2000. − пр. № 2. – С. 201 – 210.

245. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. − М., 2002. – 191 с.
246. Коробейников И.А. О соотношении нозологического и функционального диагноза при нарушениях психического развития у детей / И.А. Коробейников // Дефектология. − 1995. − № 6. – С.3 – 7.
247. Королева И. В. Диагностические признаки нарушения слухового и речевого развития у детей в возрасте от рождения до 3-х лет / И.В. Королева // Современный подход к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей. − СПб., 2000. − пр 2. – С.
248. Коррекционное обучение и воспитание детей с нарушениями слуха и речи : сб. науч. трудов / Под общ. ред. Е. Ф. Соботович. – К. : КГПИ им. А. М. Горького, 1989. – 128 с.
249. Корсакова Н.К. Неуспевающие дети : нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьникво : учеб. пособие / Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Е.Ю.Балашова. −М. : Рос. пед. агентство, 1997. – 123 с.
250. Корчак Л.Ф. Миогимнастика в комплексном лечении детей с аномалией уздечки языка / Л.Ф. Корчак, Л.Б. Ленорская // Стоматология. – 1999 – Вып. 26. – С. 125 – 128.
251. Крейн У. Теории развития. Секреты формирования личности / У. Крейн. 5-е междунар. изд. – СПб. : Праум – Еврознак, 2005. – 512 с.
252. Крутецкий В.А. Психология : уч. для уч-ся пед. училищ / В.А. Крутецкий. – М. : Просвещение, 1980. – 352 с. : ил.
253. Куколь В.В. Основы логотерапии открытой гнусавости при расщелинах неба / В.В. Куколь // Вопросы логопедии. – Харьков, 1941. – Вып. 4. – С. 49 – 93.
254. Куроедова В.Д. Новые аспекты болезни «зубочелюстная аномалия»/ В.Д. Куроедова. – Полтава : Изд – во «Полтава», 1997. – 255 с.

255. Куроєдова В.Д. Логопедія в ортодонтії / В.Д. Куроєдова, В.А. Сірик. – Полтава : Верстка, 2005. – 124 с.
256. Куссмауль А. Расстройства речи. Опыт патологии речи / А. Куссмауль. – К., 1879. – С. 225 – 341.
257. Лавриков В.Г. Особенности логопедической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба на ранних этапах развития / В.Г. Лавриков, Т.Г. Мишина, О.А. Гаврилова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – С. 109 – 110.
258. Лалаева Р.И. Методические рекомендации по логопедической диагностике / Р.И. Лалаева //Диагностика нарушений речи и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения : сб. метод. рекоменд. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2000. – С. 5 – 14.
259. Лебедева П.Д. Коррекционная логопедическая работа со школьниками с задержкой психического развития : пособие для учителей и логопедов / П.Д. Лебедева. – СПб. : КАРО, 2004. – 176 с.
260. Лебединская К.С. Актуальные проблемы диагностики и систематики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. − М. : Педагогика, 1982. С. 5 – 21.
261. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития / К.С. Лебединская // Невропатология и психиатрия. − 1980. − № 3. – С. 407 – 413.
262. Лебединский В.В. Клинические закономерности дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Нарушения психического развития у детей. – М. : Изд – во МГУ, 1985. – С. 7 – 34.
263. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / В.В. Лебединский. − М. : Изд. центр «Академия», 2003. – 144 с.

264. Левина Р.Е. Нарушение письма у детей с недоразвитием речи / Р.Е. Левина. – М. : Просвещение, 1961.
265. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопеди / Р.Е. Левина. М. : Просвещение, 1968. – 367 с.
266. Левина Р.Е. Разграничение аномалий речевого развития у детей / Р.Е. Левина // Дефектология. – 1975. − № 2. – С. 12 – 16.
267. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика / И.Ю. Левченко. − М. : Академия, 2000. − 345 с.
268. Левченко И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная. − М. : В. Секачев. − 2005. – 278 с.
269. Леонов А.В. О дифференциальном подходе к работе с детьми дошкольного возраста, имеющимим нарушения речи / А.В. Леонов // Дефектология. – 1990. − № 3. – С. 49 – 51.
270. Леонов А.Г. Психологическое сопровождение пациентов с врожденной расщелиной губы и неба в структуре комплексной реабилитации / А.Г. Леонов, Л.Т. Баранская, Ж.В. Ионова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 113 – 114.
271. Леонов А.Г. Основные принципы раннего хирургического лечения детей с врожденными расщелинами лица и неба / А.Г. Леонов, И.А. Карякина, Т.В. Ткаченко // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией. – Екатеринбург ; Москва, 1999. – С. 35–36.
272. Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания / А.А. Леонтьев. – М. : Наука, 1969. – 307 с.
273. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. − 3-е изд., доп. – М. : МГУ, 1981. – 584 с.
274. Лепская Н.И. Язык ребенка (онтогенез речевой коммуникации) / Н.И. Лепская. – М. : Изд. МГУ, 1997. – 304 с.

275. Лимберг А.А. Принципы лечения больных с врожденной расщелиной губы и неба / А.А. Лимберг [и др.] //Вестник хирургии имени Грекова. – 1980. − № 8. – С. 107 – 110.
276. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка / М.И. Лисина. – М. : Просвещение, 1997. – 383 с.
277. Логопедия // Под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманитар. Издат. Центр Владос, 2004. –704 с.
278. Логопедия : учебное пособие для студ. пед. ин-тов по спец. "Дефектология" / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова [и др.] ; под ред. Л.С.Волковой. – М. : Просвещение, 1989. – 528 с.
279. Логопедия : методические традиции и новаторство / Под ред. С. Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М. : Изд – во Московского психолого – социального института ; Воронеж : Изд – во НПО «МОДЭК», 2003. – 336 с.
280. Логопедія. Підручник. - /[Шеремет М.К., Тарасун В.В., Конопляста С.Ю. та ін.]; За ред. М.К. Шеремет – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 376 с.: іл.
281. Лопатина Л.В. Количествення характеристика нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией / Л.В. Лопатина // Мат. межвуз. конф. «Проблемы детской речи». – 1996. – СПб., 1996. – С. 32 – 34.
282. Лопатина Л.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения / Л.В. Лопатина // Дефектология. – 1986. − № 2. – С. 64 – 70.
283. Лопатина Л.В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (Коррекция стертой дизартрии) : учеб. пособие / Л.В. Лопатина. – СПб. : Изд – во РГПУ им. А. И. Герцена ; изд – во «Союз», 2001. – 191 с.
284. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей / В.И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1989. – 104 с.

285. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики / А.Р. Лурия. – М. : Педагогика, 1975. – 253 с.
286. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии : учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений, обуч. по направ. и спец. Психологии / А.Р. Лурия. – М. : Академия, 2002. − 384с. - (Высшее образование) (Классическая учебная книга).
287. Лурия А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. − М. : Педагогика, 1998. – 416 с.
288. Майер И.П. Развитие эмоциональной сферы как средство развития коммуникативных способностей детей старшого дошкольного возроста / И.П. Майер //Психология в детском саду. – 2000. − № 1. – С. 34 – 39.
289. Максаков А.И. Восприятие детьми дефектов произношения звуков в своей и чужой речи : автореф. дис. …канд. пед. наук. – М., 1970. – 19 с.
290. Максименко С.Д. Загальна психологія : навч. посіб / С.Д. Максименко, В.О. Соловієнко. – 2-ге вид., стереотип. – К. : МАУП, 2001. – 256 с.
291. Максимова Н.Ю. Курс лекций по детской патопсихологии : учебное пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина. − Ростов н/Д., 2000. – 576 с.
292. Максимова Н.Ю. Основы детской патопсихологии : учебное пособие / Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина, В.М. Пискун. – К. : НПЦ Перспектива, 1999. – 432 с.
293. Мальцева Е.В. Особенности нарушения речи у детей с задержкой психического развития / Е.В. Мальцева // Дефектология. – 1990. − № 6. – С. 10 – 18.
294. Малофеев Н.Н. Современное состояние коррекционной педагогики / Н.Н. Малофеев //Дефектология. – 1996. − № 1. – С. 3 – 10.
295. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПБ. : Речь, 2004. – 400 с.
296. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции / И.И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2000. – 213 с.

297. Мамайчук И.И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития : научно-практическое руководство / И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина. – СПб. : Речь, 2004. – 352 с.
298. Манько Н.В. Діагностика мовленнєвого розвитку дітей раннього віку / Н.В. Манько // Дефектологія – 2006. − № 1. – С. 41 – 44.
299. Марковская И.Ф. Задержка психического развития (клинико-нейропсихологическая диагностика) / И.Ф. Марковская. – М. : Просвещение, 1993. – 167 с.
300. Марченко І.С. Особливості фонетико-фонематичних процесів у дошкільників із затримкою психічного розвитку / І.С. Марченко // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. − № 7. – С. 67 – 70.
301. Марченко І.С. Формування творчого зв’язного мовлення у дошкільників із затримкою психічного розвитку : автореф. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Інститут дефектології АПН України. – К., 2001. – 20 с.
302. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) : советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
303. Мастюкова Е.М. Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церабрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 1979. − № 2. – С. 11 − 15.
304. Материалы II Всероссийской научно-практич. конф. «Врожденная и наследственная палогия головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2006. – 332 с. : ил.
305. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике (МКБ – 10/ICD – 10) / Перевод на

рус. язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. − К. : Вид-цтво «Факт», 1999. – 272 с.

306. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению / Под общ. ред. Е.Ф. Соботович.– К. : ПП «Компанія «Актуальна освіта», 1998.– 127с.
307. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку школярів та старших дошкільників / Н.М. Стадненко, Т.Д. Іляшенко, Л.В. Борщевська, А.Г. Обухівська. – К. : Абетка, 1998. – 144 с.
308. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників / Автор. колект. : Н.М. Стадненко, Т.Д. Ілляшенко, Л.В. Борщевська, А.Г. Обухівська. – Кам'янець-Подільський : Абетка, 1988. – 170 с. : дод.
309. Методы обследования речи детей : пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 4-е изд., доп. – М. : АРКТИ, 2005. – 240 с.
310. Минисаев Д.А. Сопутствующие заболевания у детей с врожденными расщелинами губы и неба / Д.А. Минисаев, С.М. Саркисова, Г.М. Плотникова //Мед. ж-л Узб. – 1980. − № 9. − С. 74 − 76.
311. Митринович-Моджеевска А. Патофизиология голоса, речи и слуха / А. Митринович-Моджеевска ; пер. с пол. – Варшава : Польское госуд. Медицинское изд-во, 1965. – 353 с.
312. Мищунский В.К. Особенности неврологических нарушений у больных с врожденными незаращениями верхней губы и нёба и пути их реабилитации / В.К. Мищунский, Н.В. Петрищенко // Стоматология. − Вып. 19. − 1984. − С. 77 − 83.
313. Михайлова Э.С. Деформация зубочелюстной системы у детей с полными односторонними и двусторонними расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба : дис... канд. мед. наук : 14.00.21. – М., 1971. – 212 с.

314. Музычина А.А. Оценка современного состояния комплекса медицинской помощи детям с врожденными расщелинами губы и неба в Донецком регионе / А.А. Музычина // Современная стоматология. – 2003. – №4. – С. 81 – 86.
315. Мухамедьярова Е.Ф. Дыхательная гимнастика для младших школьников с тяжелыми нарушениями речи : дис. … канд. пед. наук : 13.00.04 / Елена Фаритовна Мухамедьярова. − Омск. – 2002. – 120 с.
316. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Эрик Мэш, Дэвид Вольф. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с. (Проект «Психологическая энциклопедия»).
317. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка : психол. энциклопедия / Эрик Мэш, Дэвид Вольф. – М. ; СПб., 2003. – 344 с.
318. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первый год жизни / Хеллбрюгге Т., Лайоси Ф., Линара Д., Шамбергер Р., Ройтенгитраух Т.. Минск : Изд-во БелАПДИ «Открытые двери»,1997. – 210 с.
319. Набойченко Е.С. Семья как микросистема в процессе реабилитации ребенка с врожденной челюстно-лицевой патологией /Е.С. Набойченко // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2002. – С. 130 – 132.
320. Набойченко Е.С. Коррекционно-обучающая технология формирования адаптивного поведения детей дошкольного возраста с врожденной челюстно-лицевой патологией : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Елена Сергеевна Набойченко. – Екатеринбург, – 1999. – 145 с.
321. Набухотний Т.К. Вибрані лекції з неонатології / Т.К. Набухотний, В.П. Павлюк, П.С. Макієнко. – К. : Вища школа, 2002. − 219 с.
322. Небылицин В.Д. Избранные психологические труды / В.Д. Небылицин. – М. : Педагогика. – 1990. – 408 с.
323. Никандров В.В. Психомоторика : учеб. пособие / В.В. Никандров. – СПб. : Речь, 2004. – 104 с.

324. Никольская И.М. Психологическая защита у детей / И.М. Никольская, Р.М. Грановская. – СПб., 2000. – 504 с.
325. Новикова Е.В. Зондовый массаж : коррекция звукопроизношения : наглядно-практическое пособие / Е.В. Новикова. – М. : Изд-во «ГНОМ и Д», 2000. – 496 с. : ил.
326. Новые возможности лазерной терапии и электростимуляции после хейлопластики / М.Ю. Герасименко, Е.В. Филатова, А.А. Никитин, Н.З. Спиридова // Стоматология. – М., 2001. – Т. 80, № 6. – С. 52 − 55.
327. Ньюкомб Н. Развитие личности ребёнка / Нора Ньюкомб; [Пер. с англ. В. Белоусов]. − СПб. : Питер, 2002. − 640 с.
328. Обухівська А.Г. Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників : автореф. дис. … канд. пед. наук : 19.00.08 / Інститут дефектології АПН України. – К., 1998. – 19 с.
329. Обучение детей с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Никитина. – М. : Просвещение, 1981. – 213 с.
330. Орлова О.С. Личностные особенности больных со спастической дисфонией : коррекционне обучение детей с нарушениями речевой деятельности / О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук. М. : Просвещение, 1983. − 97 с.
331. Ортопедическая стоматология детского возраста / Под общ. ред. А.И. Бетельмана. – К. : Здоров’я, 1965. – 388 с.
332. Основы логопедической работы с детьми : учеб. пособие для логопедов, воспиталей дет. садов, учителей нач. классов и др. / Под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 3-е изд., испр. – М. : АРКТИ, 2005. – 240 с.
333. Основы специальной психологи : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева [и др.] ; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 480 с.
334. Вопросы логопедии /Под ред. Р.Е. Левиной. – М. : Изд – во АПН РСФСР, 1959. – 253 с.

335. Особенности медицинской и социальной реабилитации детей с врожденными заболеваниями челюстно-лицевой области, находящихся в детских домах Украины / Харьков. Л.В., Яковенко Л.М., Коротченко Г.М., Ковтун Т.О. //Современная стоматология. – 2000. – № 2. – С. 61 – 64.
336. Особенности психического развития детей с врожденной челюстно-лицевой патологией //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2002. – С. 287 – 288.
337. Панин Н.Г. Психологическая оценка больных с врожденными деформациями челюстей / Н. Г. Панин, С. Ю. Иванов, В. В. Михайлов // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. − М. : МГМСУ, 2002. – С. 195 – 200.
338. Панченко И.И. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающими церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы / И.И. Панченко, Л.А. Щербакова // Нарушения речи и голоса у детей / Под ред. Ляпидевского С.С. – М., 1975. – С. 17 – 42.
339. Панченко И.И. Структурно-функциональная характеристика речедвигательных дефектов у детей с дизартриями, страдающими церебральными параличами / И.И. Панченко // Мат. седьмой Всесоюзной научной сессии по дефектологии. – М., 1975. − С. 622 – 623.
340. Пеллингер Е.Л. Как помочь заикающимся школьникам / Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенская. – М. : Просвещение, 1995. – 176 с. : ил.
341. Пепик Л.А. Особенности восприятия и моделирования пространства дошкольниками с недостатками интеллекта / Л.А. Пепик // Дефектология. – 1997. − №6. − С. 43 − 49.
342. Переслени Л.И. Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и задержкой психического развития /

Л.И. Переслени, Т.А. Фотекова // Дефектология. – 1993. − № 5. − С. 17 – 21.

343. Петрова В.Г. Развитие речи учащихся вспомогательной школы / В.Г. Петрова. – М. : Педагогика. − 1977. – 200 с.
344. Петрова В.Г. Кто они – дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. − М. : ВЛАДОС-Пресс. − 1998. − 279 с.
345. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка / Жан Пиаже. – М. : Педагогика-ПРЕСС, 1994. − 528 с.
346. Пироженко Т.А. Коммуникативно-речевое развитие ребенка / Т.А. Пироженко. – К. : Нора-принт, 2002. – 308 с.
347. Піроженко Т.О. Комунікативно-мовленнєвий розвиток дитини : співідношення базових якостей / Т.О. Піроженко // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2004. − Т. УІ, вип. 4. – С. 239 – 247.
348. Піроженко Т.О. Мовленнєва генеза в особистісному вимірі / Т.О. Піроженко // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. – К., 2002. − Т.ІУ, ч. 7. – С. 192 – 199.
349. Піроженко Т.О. Мовлення дитини : психологія мовленнєвих досягнень дитини / Т.О. Піроженко. – К. : Главник, 2005. – 112 с. – (Психол. інструментарій).
350. Поваляева М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева. − Ростов-на-Дону : Феникс, 2001.− 448 с.
351. Пожар Л.И. Патопсихология/ Л.И. Пожар. − М. : ВЛАДОС. − 1996. − 312 с.
352. Пономарева З.А. Значение раннего логопедического воздействия для воспитания правильной речи у детей, страдающих врожденными расщелинами неба / З.А. Пономарева // Дефектология. – 1978. − № 5. – С. 59 – 61.

353. Пономарева Е.А. К вопросу о ранней речевой терапии детей с врожденной челюстно-лицевой патологией / Е.А. Пономарева, М.С. Цыплакова, М.А. Белянцева // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 142 – 144.
354. Понятийно-терминологический словарь логопеда /Под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Гуманит. Издат центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
355. Практикум по дошкольной логопедии / Под. ред. В.И. Селиверстова. – М. : Просвещение, 1988. – 222 с .: ил.
356. Принципы и методы воспитания правильной речи у детей с врожденными несращениями неба / Ю.И. Бернадский, А.И. Дубинина, Л.В. Харьков, Р.Н. Чеховский // Дефектология. – 1984. − № 4. – С. 50 − 52.
357. Приходько Т.А. Вроджені щілини губи і/або піднебіння : поширеність серед новонароджених і чинники ризику виникнення : автореф. дис. … канд. мед. наук : 03.00.15 / Український ін-т клінічної генетики Харківського держ. медичного ун-ту МОЗ України. − Харків, 2007. – 19 с.
358. Программа реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба в Московском центре детской челюстно-лицевой хирургии / Л.В. Агеева, Г.М. Савицкая, Н.А. Юлова, Н.В. Старикова, О.Б. Шарова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. – М. – 2002. – С. 11.
359. Пружан И.И. Нарушения речи при открытой ринолалии по данным литературы / И.И. Пружан, З.В. Козлова, Н.А. Смиронова // Дефектология. – 1986. − № 1. – С. 90 – 95.
360. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / Сост. и общ. ред. В.М. Астапова, Ю. В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.

361. Психодиагностика : учебник для вузов /Л.Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2003. – 352 с. : ил. – (Серия учебник нового века).
362. Психологическая диагностика : учебник для вузов / Под ред. М.К. Акимовой, К.М. Гуревича. – СПб. : Питер, 2003. – 652 с. : ил.
363. Психологический словарь /авт.-сост. В.Н. Копорулина, М.Н. Смиронова, Н.О. Гордеева, Л.М. Балабанова ; под общей ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. – 640 с.
364. Психологическое обследование детей дошкольного – младшего школьного возраста : тексты и метод. материалы : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальностям "Психология" / Ред.-сост. В.Г. Бурменская. – М. : УМК «Психология», 2003. – 352 с.
365. Психология детей с задержкой психического развития : хрестоматия : уч. пособие для студ. ф-тов психологии. / Сост. О.В. Защиринская. – СПб. : Речь, 2003. – 432 с.
366. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. /Под ред. В. М. Астапова, Ю. В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2002. – 254 с.
367. Психология : словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.
368. Психологічна діагностика мислення, інтелекту, креативності дитини / Упоряд. С. Д. Максименко, Л. О. Кондратенко, О. П. Главник. – К. : Мікрос-СВС, 2003. – 112 с.
369. Психолого-медико-педагогическая консультация / Под ред. Л.М. Шипициной. – СПб. : Питер, 1999. – 201 с.
370. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка : комплект рабочих материалов / Семаго М.М., Ахутина Т.В., Семаго Н.Я. [и др.] ; под общ. ред. М.М. Семаго. − М. : АРКТИ, 1999. – 136 с.
371. Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А

Добровольская [и др.] ; под ред. И.Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – 2-е изд., стер. – М. : Изд. центр «Академия», 2005. – 320 с.

372. Разенкова Ю.А. Схема логопедического обследования ребенка 1-го года жизни / Ю.А. Разенкова // Дети-сироты : консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М. : Полиграфсервис, 1998. – С. 212 – 223.
373. Рахимова Ж.Т. Проявления общего недоразвития речи у детей 6-летнего возраста и пути коррекции его в условиях массового обучения / Ж.Т. Рахимова // Дефектология. – 1988. − № 1. – С. 3 – 9.
374. Реабилитация детей со сложными черепно-челюстно-лицевыми синдромами / Рогинский В.В., Агеева Л.В., Савицкая Г.М., Сатанин Л.А. [и др.] // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2002. – С. 220 – 225.
375. Ребенок : ранне выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – 2-е изд., испр. – М. : Изд-во психолого-социального ин-та ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 288 с.
376. Репина З.А. Недостатки речи у детей с дефектами анатомического строения речевого аппарата / З.А. Репина // Дефектология. – 1971. − № 5. – С. 8 – 10.
377. Репина З.А. О проведении массажа мягкого неба с помощью тренажера / З.А. Репина, А.С. Балахонов // Дефектология. – 1992. − № 5 – 6. – С. 32 – 36.
378. Рождественська М.В. Ранній дитячий аутизм : навчальний посібник / М.В. Рождественська, С.Ю. Конопляста ; НПУ ім. М.П. Драгоманова. − Київ : НПУ , 2004. − 69 с.
379. Розвиток пізнавальних інтересів дитини / Упоряд.: С. Д. Максименко, В.Маценко, Главник О.П. – К. : Мікрос – СВС, 2003. – 112 с.

380. Романова Е.С. Графические методы в психологической диагностике / Е.С. Романова, О.Ф. Потемкина. – М. : Дидакт, 1992. – 256 с. : ил.
381. Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики основних стоматологічних хірургічних захворювань щелепно-лицевої ділянки у дітей / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Конопляста С.Ю., Нероденко Н.І., та ін. //Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2009. – № 1. – С.113 – 117.
382. Рыбкина В.Л. Формирование навыков общения в процессе логопедической работы с детьми третьего года жизни в условиях дома ребенка / В.Л. Рыбкина. − СПб. : Речь, 2003. – 196 с.
383. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови у дітей / М.А. Савченко. – 2-ге вид., доп. – К. : Освіта, 1992. – 176 с.
384. Самар Є.Н. Нарушение речи у больных с врожденными расщелинами неба после реконструктивных операций / Є.Н. Самар, М.А. Мирошниченко // Стоматология. – 1989. − № 24. – С. 12 – 14.
385. Селезнева Т.Н. Состояние зубов у дошкольников, имеющих врожденные расщелины лица и неба / Т.Н. Селезнева, Б.Я. Булатовская. − К. : Здоров’я, 1968. – 128 с.
386. Селиверстов В.И. Психологическая модель феномена фиксированности на своем речевом дефекте / В.И. Селиверстов // Дефектология. – 1994. №5. − С. 16 − 23.
387. Семаго Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка : дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с. : ил.
388. Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. – М. : Медицина, 1972. – 327 с.
389. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте : учеб. пособие для высш. учеб. заведений / А.В. Семеновия. – М. : Издат. центр «Академия», 2002. – 232 с. : ил.

390. Семенченко Г.И. Нарушение слуха и речи при врожденных расщелинах неба / Г.И. Семенченко, В.И. Вакуленко, Л.Я. Дребалюк. – К. : Здоров'я, 1977. – 150 с.
391. Семенченко Г.И. Дефекты и деформации срединного отдела лица после хейлопластики при двустороннем незаращении верхней губы и их хирургическое устранение / Г.И. Семенченко, В.А. Лукьяненко, Г.Г. Крыкляс // Стоматология : респ. межведомственный сборник. К. : Здоров'я, 1990. – Вып. 25. – С. 78 – 81.
392. Сергеева Г.Ф. К вопросу о восприятии звуков речи детьми с ринолалией и дизартрией / Г.Ф. Сергеева // Дефектология. − 1973. − № 3. − С. 21 − 25.
393. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми - ринолаликами в послеоперационный период / Н.И. Сереброва. − М. : Просвещение, 1984. − 170 с.
394. Симановская Е.Ю. Роль родителей в реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба / Е.Ю. Симановская, А.П. Щеглова, Н.И. Захарова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 146 – 148.
395. Синьов В.М. Корекційна психопедагогіка у системі педагогічних наук / В.М. Синьов // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. − Вип. 8, Т. 1. − С. 154 – 160.
396. Синьов В.М. Психологія розумово відсталої дитини : підручник / В.М. Синьов, М.П. Матвєєва, О.П. Хохліна. – К. : Знання, 2008. – 359 с.
397. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : навч. посібник./ Є. П. Синьова. – К. : Вид-цтво НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2004. – 213 с.
398. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения / А.Л. Сиротюк. – М. : ТЦ Сфера, 2003. – 288 с.

399. Слинько О.А. К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи / О.А. Слинько // Дефектология. – 1992. − № 1. – С. 62 − 67.
400. Смирнова Е.О. Детская психология : учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Е.О. Смирнова. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.− 368 с.
401. Соболева Е.А. Особенности логопедической работы с детьми с сочетанной речевой патологией / Е.А. Соболева. − СПб. : Речь, 2001. – 119 с.
402. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) : учеб. пособие для студентов / Е.Ф. Соботович. – М. : Классикс-Стиль, 2003. – 160 с.
403. Соботович Е.Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования : науч.-метод. пособие / Е.Ф. Соботович. – К. : ІЗНМ, 1997. – 44 с.
404. Соботович Е.Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению / Е.Ф. Соботович. – К. : ПП «Актуальна освіта», 1998. – 127 с.
405. Соботович Є.Ф. Концепція загальномовленнєвої підготовки дітей до навчання в школі / Є.Ф. Соботович // Дефектологія. – 1997. − № 1. – С. 2 – 7.
406. Соловьева Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи / Л.Г. Соловьева // Дефектология. – 1996. − №1. – С. 62 – 67.
407. Соломатина Г.Н. Разборчивость речи детей с ВРГН. / Г.М. Соломатина //Дефектология. − 2005. − №3. − С. 32 − 38.
408. Соломатина Г.Н. Устранение открытой ринолалии у детей / Г.Н. Соломатина, Г.М. Водолацкий. − М. : ТЦ Сфера, 2005. – 112 с.

409. Соломатина Г.Н. Формирование звуко-слоговой структуры слова у детей с врожденными расщелинами губы и неба : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Галина Николаевна Соломатина. – М. – 2003. – 203 с.
410. Солсо Р. Когнитивная психология / Роберт Солсо; [пер. с англ. С. Комаров]. − СПб. : Питер, 2006. — 589 с.
411. Сорокин В.М. Специальная психология: Учеб. пособие / В.М. Сорокин ; под науч. ред. Л.М. Шипициной. – СПб. : Речь, 2003. – 216 с.
412. Соснин Г.П. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелинами неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Минск : Изд-во Беларусь, 1984. – 128 с.
413. Специльная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Лубовского. − 2-е изд., испр. – М. : ИЦ «Академия», 2005. – 464 с.
414. Спеціальна педагогіка : понятійно-термінологічний словник / За ред. В.І. Бондаря. – Луганськ : Альма-матер, 2003. – 436 с.
415. Спирова Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи (I – IV классы) / Л.Ф. Спирова ; Научн. Исслед. Ин-т дефектологии АПН СССР. – М. : Педагогика, 1980. – 192 с.
416. Стадненко Н.М. Нариси з олігофренопсихології / Н.М. Стадненко, М.П. Матвєєва, А.Г. Обухівська. – Кам’янець-Подільський : КП ДПУ, 2002. – 200 с. : дод.
417. Станіславський С.В. Психологічні особливості сприйняття сфер життєдіяльності хворими на незрощення губи та піднебіння юнацького віку : автореф. дис... канд. психол. Наук : 19.00.04 /С. В. Станіславський ; Київ. Нац. ун-т імені Т.Г. Шевченка. – К., 2003. – 16 с.
418. Стебляк Е.А. Коррекция распознавания и понимания у детей с задержкой психического развития : дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / Елена Анатольевна Стебляк. – СПб. – 2002. – 197 с.
419. Степанов С.С. Диагностика интеллекта методом рисуночного теста / С.С. Степанов. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 96 с.

420. Стребелева Е.А. Методика проведения психолого-педагогического обследования / Е.А. Стребелева //Дети-сироты : консультирование и диагностика. – М. : Полиграфсервис, 1988. – С. 98 – 99.
421. Стребелева Е.А. Подходы к созданию единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей / Е.А. Стребелева //Дошкольное воспитание. – 1998. − № 1. С. 70 – 73.
422. Стребелева Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии : кн. для педагога-дефектолога / Е.А. Стребелева. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 184 с. : ил.
423. Сутулов В.В. К проблеме реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба. / В.В. Сутулов, О.Ю. Колягин, Ад.А. Мамедов // Дефектология. – 2005. − № 3. – С. 55 – 56.
424. Таптапова Л.С. Коррекционно- логопедическая работа при нарушениях голоса : кн. для логопеда / Л.С. Таптапова. – М. : Просещение, 1984 .− 112 с. : ил.
425. Тарасун В.В. Повышение качества усвоения родного языка учащимися с тяжелыми нарушениями артикуляционного аппарата (на материале младших классов) : автореф. дис. … канд. пед. наук. – М., 1984. – 20 с.
426. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку : автореф. дис. … д-ра пед. наук : 13.00.03 / В.В. Тарасун ; Інститут дефектології АПН України. – К., 1999. – 57 с.
427. Тарасун В.В. Діалектика неперевного розвитку (континуально-генетична теорія) / В.В. Тарасун //Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. − Вип. 8, т. 1. − С. 182 – 187.
428. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування : монографія / В.В. Тарасун. – К. : Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2008. – 299 с.

429. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. І. – К.: Актуальна освіта, 2004. – 168 с.
430. Теорія та практика сучасної логопедії : зб. наукових праць – К. : Актуальна освіта, 2007. − Вип. 4. – 166 с.
431. Тинголе-Михаэлис К. Дети с недостатками развития: Книга в помощь родителям : пер. с англ. / К. Тинголе-Михаэлис ; под ред. Д.В. Колесова. − М. : Педагогика, 1988. − 240 с.
432. Тихомирова Л.Ф. Познавательные способности : дети 5 – 7 лет / Л.Ф. Тихомирова. – Ярославль : Академия развития ; Академия Холдинг, 2001. – 144 с. : ил.
433. Тищенко В.В. Формування інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності у розумово відсталих дошкільників : автореф. дис. … канд. пед. наук : 13.00.03 / В.В. Тищенко ; Інститут дефектології АПН України. – К., 1999. − 20с.
434. Тищенко В.В. Ієрархія фонематичних процесів в онтогенезі дитячого мовлення / В.В. Тищенко // Теорія та практика сучасної логопедії : зб. наукових праць. – К. : Актуальна освіта, 2007. − Вип. 4. – С. 3 – 18.
435. Тищенко В.В. Як навчити дитину правильно розмовляти : від народження до 5 років : поради батькам / В.В. Тищенко, Ю.В. Рібцун. − К. : Літера ЛТД, 2006. – 128 с. : іл.
436. Тоцька Н.І. Дидактичний матеріал з фонетики : посібник для вчителя / Н.І. Тоцька. – К. : Рад. школа, 1991. – 144 с.
437. Тоцька Н.І. Фонетика української мови та її вивчення в початкових класах / Н.І. Тоцька. – К. : Рад. школа, 1981. – 181 с.
438. Трофименко Л.І. Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей п’ятого року життя із загальним недорозвитком мовлення : автореф. дис. …канд. пед. наук : 13.00.03 / Л.І. Трофименко ; Інститут спеціальної педагогіки АПН України. − К., 2004. – 20 с.
439. Трошин О.В. Логопсихология : учебное пособие / О.В. Трошин, Е.В. Жулина. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 256 с.

440. Тутуева Т.А. Этиология и профилактика врожденных расщелин лица у детей. / Т.А. Тутуева // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными наследственными заболеваниями ЧЛО и сопутствующими патологиями. – Екатеринбург ; Москва, 1999. − С. 61 − 62.
441. Ульенкова У.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / У.В. Ульенкова, О.В. Лебедева. – М. : Изд. центр «Академия», 2002. – 176 с.
442. Уракова А.И. Сравнительная психологическая характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью / А.И. Уракова // Дефектология. − 1972. − №2. − С. 16 − 18.
443. Уракова А.И. Особенности задержки психического развития у детей с врожденными расщелинами лица и неба / А.И. Уракова //Современное состояние исследований в изучении, обучении, воспитании и трудовой подготовке детей с нарушениями умственного и физического развития : тезисы докл. − М. : Просвещение, 1971. − С. 500 − 501.
444. Усанова О.Н. Специальная психология / О.Н. Усанова. – СПб. : Питер, 2006. – 400 с. : ил. – (Серия «Учебное пособие).
445. Усанова О.Н. Опыт формирования коллектива учащихся младших классов школ для детей с тяжелыми нарушениями речи / О.Н. Усанова, О.А. Слинько //Коррекционно-развивающаяся направленность обучения и воспитания детей с нарушениями речи. – М. : МГПИ, 1987. – 172 с.
446. Федосова О.Ю. Последовательность формирования звуков у детей с легкой степенью дизартрии. / О.Ю. Федосова //Детская речь : норма и патология : сборник. – Самара, 2002. – … с.
447. Филичева Т.Б. Психолого-педагогические основы коррекции общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина //Дефектология. − 1985. − №4. − С. 31 – 37.

448. Фотекова Т.А. Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи и задержке психического развития: нейропсихологический анализ : автореф. дис. … д-ра психол. наук : 19.00.04 / Т.А. Фотекова ; Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – М. – 2003. – 33 с.
449. Фотекова Т.А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов : пособие для логопедов и психологов / Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина. − М. : АРКТИ, 2002. – 136 с.
450. Фотекова Т.А. Остаточные явления общего недоразвития речи у старшеклассников / Т.А. Фотекова // Мат. Всерос. конф. «Проблемы детской речи-1999». − СПб. : Изд РГПУ им. А.И.Герцена, 1999. – С.178 − 181.
451. Фролова Л.Е. Новые методы комплексного лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба / Л.Е. Фролова // Экспериментальная и клиническая стоматология. – 1978. – Т. 8. – С. 53 – 56.
452. Фролова Л.Е. Классификация расщелины верхней губы и нёба / Л.Е. Фролова // Актуальные проблемы стоматологии : сборник научных трудов. – М. – 1974. – С. 153–157.
453. Фрухт Э.Л. Дети 1-го года жизни. Особенности психомоторного развития. Контроль за движением / Э.Л. Фрухт // Дети-сироты : консультирование и диагностика развития / под ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Полиграфсервис, 1998. – С. 61 – 71.
454. Функциональная классификация небно-глоточного смыкания после уранопластики / Н.А. Давлетшин, Л.С. Персии, Л.П. Герасимова, И.А. Мамлеев, В.У. Сатаев // Стоматология. − 1997. − Т.76. − №5. − С.22 − 24.
455. Халалова Л.Б. Вопросы теории обучения речевой коммуникации учащихся с церебральным параличом / Л.Б. Халалова // Дефектология. – 1990. – № 1. – С. 53 – 59.

456. Харьков Л.В. Возрастные особенности психического развития детей с врожденными несращениями верхней губы и неба / Л.В. Харьков, Б.С. Биндер // Мат –лы Всерос. науч. конф. «Лицом к лицу». – Екатеринбург, 2001. – С. 141 – 151.
457. Харьков Л.В. Диагностика внутренней картины болезни у детей с врожденными несращениями верхней губы и неба / Л.В. Харьков, Б.С. Биндер, Н.М. Соколова // Вісник стоматології. – 2003. – № 2. – С. 53 – 57.
458. Харьков Л.В. Ефективність логопедичного навчання після раннього хірургічного відновлення піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко //Дефектологія. – 1998. – № 4. – С. 19 – 20.
459. Харьков Л.В. Оценка психического развития детей с врожденными несращениями верхней губы и неба в зависимости от возраста и сроков их хирургической реабилитации / Л.В. Харьков, С.А. Носко //Вісник стоматології. – 1998. – № 3. – С. 35 – 38.
460. Харьков Л.В. Проблеми годування дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко // Новини стоматології. – 2000. – № 3 (24). С. 8 – 11.
461. Харьков Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, страдающими врожденными челюстно-лицевыми заболеваниями / Л.В. Харьков, Б.С. Биндер // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : актуальные вопросы комплексного лечения. М. : МГМСУ, 2006. – С. 166 – 169.
462. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба (клинико-лабораторные исследования) : автореф. дисс. …д-ра мед. наук. – К., 1987. – 42 с.
463. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных расщелин неба / Л.В. Харьков. – К. : Здоров’я, 1992. – 200 с.
464. Харьков Л.В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова. – К., 2003. – 480 с.

465. Харьков Л.В. Факторы риска при оценке общего и местного статуса детей с врожденными несращениями верхней губы и неба перед хейлопластикой / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко //Стоматология. – 1997. – № 6. – С. 47 – 49.
466. Харьков Л.В. Система комплексной медико-психолого-педагогической диагностики и коррекции речевого развития детей раннего возраста с врожденными несращениями верхней губы и неба / Л.В. Харьков, С.Ю. Конопляста //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения («Колесовские чтения». М. : МГМСУ, 2009. – С. – 326 – 329.
467. Хватцев М.Е. Логопедия. Работа с дошкольниками : пособие для логопедов, студ. пед. вузов и родителей / М.Е. Хватцев. − СПб. : КАРО. – 2004. – 272 с. : ил.
468. Хемприх А. Лейпцигская концепция функциональной реабилитации пациентов с врожденными расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба / А. Хемприх // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. − № 3 – 4. – С. 21 – 23.
469. Хомская Е.Д. Нейропсихология : учеб. для вузов / Е.Д. Хомская. − 3-е изд. − СПб. : Питер, 2003. − 496 с.
470. Хохліна О.П. Основні категорії спеціальної психології / О.П. Хохліна // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2006. – Вип. 6. – С. 151 – 159.
471. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) : учеб. пособие : в 2 тт. Т.II / под. ред. Л.С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. − 656 с. : ил.
472. Хрестоматія з логопедії : навч. посібник / М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко, С.Ю. Конопляста. – К. : КНТ, 2006. – 360 с.
473. Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый поход / Л.С. Цветкова. − М., Воронеж., 2001.

474. Цейтлин С.М. Речевые ошибки и их предупреждение : уч. пособие / С.Н. Цейтлин. – СПб. : ИД «МиМ», 1997. – 192 с.
475. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок. Лингвистика детской речи : учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений / С.Н. Цейтлин. – М. : Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
476. ЧередніченкоН.В. Проблема надання допомоги дітям із порушеннями писемного мовлення / Н.В. Чередніченко, С.Ю. Конопляста // Вісник : збірник наукових статей Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. − Київ : НПУ, 2003. − Вип. 6. – С. 172 − 173
477. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата / Г.В. Чиркина. − М. : Педагогика, 1969. – 120 с. : ил.
478. Чиркина Г.В. Проблема ринолалии в зарубежной литературе / Г.В. Чиркина // Дефектология. – 1971. − № 2. − С. 89 − 92.
479. Чиркина Г.В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей / Г.В. Чиркина //Проблемы младенчества. − М. : Альманах ИКП РАО, 1999. − вып. 2.− С. 148 – 150.
480. Чиркина Г.В. Методы обследования речи у детей / Г.В. Чиркина. − М. : ИКП РАО, 1992. − 147 с.
481. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции : автореф. д-ра пед. наук. – М., 1987. – 20 с.
482. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции : дис. ... д - ра пед. наук. − М., 1987. − 277 с.
483. Чиркина Г.В. Обследование звуковой стороны речи у детей / Г.В. Чиркина // Методы обследования нарушений речи у детей. − М. : Изд-во АПН СССР, 1982. − С. 5 − 33.
484. Чиркина Г.В. Преодоление носового оттенка речи у детей с ринолалией / Г.В. Чиркина // Дошкольное воспитание. − 1983. − №3. − С. 53 − 67.
485. Чиркина Г.В. Ринолалия / Г.В. Чиркина // Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. издат. центр ВЛАДОС, 2004. − С. 164 – 191.

486. Чистоградова И.А. Особенности формирования эмоциональной и мнестической сфер у детей з врожденными расщелинами губы и неба / И.А. Чистоградова //Дефектология. – 2008. − №1. – С. 8 − 13.

487. Шаповал И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития : учебное пособие / И.А. Шаповал. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.

488. Шарова Т.В. Ортопедическая стоматология детского возраста / Т.В. Шарова, Г.И. Рогожкина. − М. : Медицина, 1991. – 288 с.

489. Шахнарович А.М. Когнитивные и коммуникативные аспекты речевой деятельности / А.М. Шахнарович, В.И. Голод // Вопросы языкознания. − 1996. − № 2. – С. 47 – 54.

490. Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия в раннем возрасте / Н.Х. Швачкин //Изв. АПН РСФСР. − 1948. − Вып. 13. – С. 101 – 132.

491. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности / Н.И. Шевандрин. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1999. – 512 с. : ил.

492. Шеремет М.К. Актуальні проблеми спеціальної освіти / М.К. Шеремет // Науковий часопис : зб.наукових праць. − К. : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2007.− № 7. – С. 79 – 81.

493. Шеремет М.К. Прогнатія, її причини та вплив на вимову / М.К. Шеремет, В.О. Кондратенко // Педагогіка та методики: спеціальні : зб.наукових статей.– К. : Вид – во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2002. − Вип. ІІ. – С. 93 – 100.

494. Шеремет М.К. Нейропсихологічний аспект зв’язків між просторовим мисленням та мовленнєвою діяльністю у дітей з піднебінною патологією / М.К. Шеремет, Л.І. Резвіна // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. − № 9. – С. 192 – 198.

495. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и в обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. – 2-е изд., перераб. и дополн. / Л.М. Шипицина. − СПб. : Речь, 2005. – 477 с.
496. Шипицина Л.М. Некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи / Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова // Дефектология. – 1993. − № 4. – С. 8 – 13.
497. Шипицина Л.М. Комплексное исследование мнестической деятельности младших школьников с речевой паталогией / Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова, Э.Г. Крутикова //Дефектология. – 1991. − № 2. − С. 11 – 15.
498. Шипицина Л.М. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. − СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. − 272 с.
499. Шохор-Троцкая М.К. Стратегия и тактика восстановления речи. Нейропсихологическое введение в логопедию / М.К. Шорох-Троцкая. – М. : Изд-во ЄКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001. – 432 с. : ил.
500. Шпек О. Люди с умственной отсталостью : обучение и воспитание / Отто Шпек ; пер. с нем. А.П. Голубева ; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. – М. : Academia, 2003. – 432 с.
501. Эволюционная неврология раннего детского возраста // Руководство по неврологии раннего возраста / Л.О. Бадалян, Л. Т. Журба, Н. М. Всеволожская. – К., Здоров’я, 1980. С. 5 – 18.
502. Эльконин Д.Б. Психология развития : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д.Б. Эльконин. − М. : Изд. центр «Академия», 2001. – 144 с.
503. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 196 с.
504. Яковенко Л.М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях : автореф. дис. … д-ра мед. наук : 14.01.22 / Л.М. Яковенко ; Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. − К., 2004. – 40 с.

505. Ястребова А.В. Коррекция недостатков речи у учащихся общеобразовательных школ / А.В. Ястребова. – М., 1997. – 214 с.
506. Ясюкова Л.А. Психологическая профилактика проблем в обучении и развитии школьников / Л.А. Ясюкова. – СПб. : Речь, 2003. – 384 с.
507. Amano, K. Development of Language-Cognitive Program for Prevention of Learning Disabilities in Preschool Children: One-Year Experimental Training Program for Five-Year-Old Children at High Risk for Learning Disabilities / Paper presented at the Symposium «On the Problems of Education and Diagnosis of Children with Learning Disabilities» at the 5th ISCRAT Congress, Amsterdam, 2002.
508. Bardach J. The influence of cleft lip repair on facial growth / J. Bardach // Cleft Palate Craniofac. J. – 1990. – Vol. 27. – P. 76 – 78.
509. Bianchi F. Environment and genetics in the etiology of cleft lip and cleft palate with reference to the role of folk acid / Bianchi F., Calzolari E., Ciulli L., et al. // Epidemiol Prev. – 2000. – №24. – P. 21 – 27.
510. Broder H.L. Learning disability, school achievement, and grade retention among children in cleft lip and palate patients / Broder H.L, Richman LC, Matheson PB. // Cleft Palate Craniofac J. − 2005. – V. 42, N 3. – P. 55 – 61.
511. Chung KC. Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip palate / Chung KC, Kowalski CP, Kirn HM, Buchman SR. // Plast Reconstr. Surg. – 2000. – №5. – P. 485 – 491.
512. Clark JD. Socioeconomic status and orofacial clefts in Scotland, 1989 to 1998 / Clark JD, Mossey PA, Sharp L, Little J. // Cleft Palate Craniofac J. – 2003. − Sep; 40(5). – P. 481 – 485.
513. Endriga, M.C. Face-to-face interacion between infants with orofacial clefts and their mothers. / Endriga, M.C., & Speltz, M. // Journal of Pediatric Psychology. – 1997. − N 22, − P. 439 − 453.
514. Fletcher S.G. Theory and instrumentation for quantitative measurement of nasality / S.G. Fletcher // Cleft Palate Craniofac J. – 1970. – V. 7, N 4. – P. 601 − 609.

515. Folkins, JW. Speech production // Speech, Language and Hearing. Vol. 1. Normal processes / Folkins, JW, and DP. Kuehn. – Philadelphia : WB Saunders, 1982. – P. 246–285.
516. Folkins, JW. Brown. Interactions in the labial musculature during speech / Folkins, JW, RN Linville, JD Garrett, and CK. Brown // J Speech Hear Res. – 1988. – Vol. 31. – P. 253 – 264.
517. Golding-Kushner Karen J. Standartization for the reporting of nasopharyngoscopy and multiview videofluoroscopy: a report from an international working group / Golding-Kushner Karen J. et al.// Cleft palate J. – 1990. − Vol. 27, N4. – P. 337 – 347/
518. Goodstein L.D. Intellectual impairment in children with cleft palate / L.D. Goodstein // J. Speech Res. – 1961. – V. 3, N 4. – P. 287 – 294.
519. Goz G. The influence of lip function on the sagittal and transversal development of the maxilla in cleft patients / Goz G., Soos U., Schilli W. // Scand. J. Plast Reconstr. Surg. Hand. − Surg. – 1987. – Vol. 21. – P. 31 – 34.
520. Hwang SJ. Association study of transforming growth factor-alpha (TGF alpha) TaqI polymorphism and oral clefts : indication of geneenvironment interaction in a population–based sample of infants with birth defects / Hwang SJ, Beaty TH, Panny SR, et al. // Am J Epidemiol. – 1995. – №141. – P. 629 – 636.
521. Kornev A.N. Toward Neuropsychological Model of Phonological Development / A.N. Kornev // B. Bichakjian, T. Chernigovskaya, A. Kendon, A. Moller (Eds.) Becoming Loquens. More Studies in Language Origins (Bochum publications in evolutionary cultural semiotics). − Frankfurt am Main, 2000. − P. 201 − 210.
522. Kuijpers–Jagtman A. The influence of surgery and orthopaedic treatment on maxillofacial growth and maxillary arch development in patients treated for orofacial clefts / Kuijpers–Jagtman A., Ling RE Jr. // Cleft Palate Craniofacial J. – 2000. – Vol. 37. – P. 527 – 531.

523. Lahey M. Specific language impairment: preliminary investigation of factors associated with family history and with patterns of language performance / Lahey M., Edwards J.// J. Speech. And Hear. Res. − 1995. − V.38. N.3. − P. 643 − 657.
524. Leonard L.B. Children with Specific Language Impairment / L.B. Leonard. − London, 1998. − 335 p.
525. Leonard L.B. The use of Hebrew verb morphology by children with Specific Language Impairment and children developing language normally / Leonard L.B., Dromi E. // First language. − 1994. − V.14. N.42. Pt.3. − P. 283 − 304.
526. Leong C.K. From phonemic awareness to Phonological processing to language access in children developing reading proficiency / C.K. Leong // O. J. Sawyer, B. J. Fox (Eds.) Phonological awareness in reading : The evolution of current perspectives. − N. Y., 1991. − Chapter 8. − P. 217-254.
527. Masterson O. Verbal analogical reasoning in children with language-learning disabilities / Masterson O., Evans L., Aloia M. // J. of Speech and Hear . Res., 1993. − V.36. − P.76-82.
528. Millard T. Different cleft conditions, facial appearance, and speech : relationship to psychological variables / Millard T., Richman L.C. // Cleft Palate-Craniofac J. – 2001. – N 38. – P. 68 − 74.
529. Nelson K. Language in Cognitive Development : emergence of the mediated mind / K. Nelson. − Cambrige Univercity Press, 1996
530. Plante E. Elevated androgen, brain Development and language-learning disabilities in children with congenital adrenal hyperplasia / Plante E., Bollek C., Binkiewitcz A., Erly W. // Developmental Medicine and Child Neurology. − 1996. − V.38. − P. 423 − 437.
531. Plante E. Classifications of adults for family studies of developmental language disorders / Plante E., Shenkman K., Clark M. // JSHR. − 1996. − V.39. − P. 661 − 667.
532. Rapin I. Preschool Children with Inadequate Communication. Developmental language disorder, autism, low IQ / I. Rapin. − London, 1996

533. Ravera M. Comparative Study Between Children with and without Cleft Lip and cleft Palate, Part 2 : Electromyografic Analysis / Ravera M., Miralles R., Santander H. et all. // The Cleft Palate–Craniofacial J. – 1999. – Vol. 37, № 3. – P. 286 – 291.
534. Ren Y.F. Velopharyngeal incompetence and persistent hypernasality after adenoidectomy in children without palatal defect / Ren Y.F., Isberg A., Henningsson G. // Cleft Palate-Craniofacial J. – 1995. − Vol. 32, №6. – P. 476 – 482.
535. Riski John E. Speech, Language, and Velopharyngeal Dysfunction : Management Throughout the Life of an Individual with Cleft Palate / John E. Riski. − 1984. – 718 p.
536. Roberts J. Phonological Skills of children with specific expressive Language Impairment (SLI-E) : Outcome at age 3 / Roberts J., Rescorla L., Giroux J., Stevens L. // JSLHR. − 1998. − V. 41. − P. 374 − 384.
537. Sadove AM. Correction of secondary cleft lip and nasal deformities / Sadove AM, Eppley BL. // Clin Plast Surg. – 1993. – Vol. 20. – P. 793 – 801.
538. Salyer K.E. Excellence in Cleft Lip and Palate Treatment / K.E. Salyer // J. Craniofac. Surg. – 2001. – Vol. 12, №1. – P. 2 – 6.
539. Schneider K. Therapist's personal maturity and therapeutic success. How strong the link / K. Schneider // The psychotherapy Patient. − 1992. − Vol. 8 № 3-4.
540. Shih C.W. Correction of the Cleft–lip Nasal Deformity / Shih C.W., Sykes J.M. // Facial Plastic Surgery. – 2002. – Vol. 18, №4. – P. 253 – 261.
541. Stiles J. Linguistic, cognitive and affective development in children with pre- and perinatal focal brain injurt: a ten-year overview from the San Diego longitudinal project / Stiles J., Bates E. A., Thal D., Trauner D., Reilly J. // C. Rovee-Colier, L.Lipsit & H.Hayne (Eds.) Advances of infancy research. − Norwood, NJ, Ablex, 1998. − P.131 − 163.

542. The SLI Consortium A Genomewide Scan Identifies Two Novel Loci Involved in Specific Language Impairment // Am J Hum Genet. − 2002. − V. 70. N. 2. − P. 384 − 398.
543. Tobiasen J.M. Psychosocial correlates of congenital facial clefts: A conceptualization and model / J.M. Tobiasen // Cleft Palate J. – 1984. – V. 21, N 3. – P. 131 – 137.
544. Vallance D.D. Mediators of the risk of problem behavior in children with language-learning disabilities / Vallance D.D., Cummings R.L., Humphries T. // J. Laern Disabil. − 1998. − V.31. N.2. − P. 160 − 171.
545. Walter J.D. Palatopharyngeal activity in cleft palate subjects / J.D. Walter //J. Prosthet. Dent. – 1990. − Vol. 63, №2. – P. 187 − 192.
546. Wantia N. The current understanding of cleft lip malformations / Wantia N., Rettinger G. // Facial plastic surgery. – 2002. – Vol.18, №3. – P. 147 – 151.
547. Webster WS. Interference with gastrulation during the third week of pregnancy as a cause of some facial abnormalities and CNS defects / Webster WS, Lipson AH, Sulik KK. // Am J Med Genet. – 1988. – №31. – P. 505 – 509.
548. Wu YF. Social support and life adjustment for teenagers with cleft lip and palate in Taiwan / Wu YF, Chao PH, Lo LJ, Chen YR, Noordholf MS // Chang Gung Med J. 2000 Mar; 23(3). − P. 128 − 134.
549. Wyszynski DF. Family Environment of Individuals With Oral Clefts in Argentina / Wyszynski DF, Perandones C, Yannibelli P, Bennun RD // Cleft Palate Craniofac J. – 2005. − Mar; 42(2). − P. 185 – 191.