

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**ПРОФІЛАКТИКА МОВЛЕННЄВОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗУ У ДІТЕЙ
РАНЬОГО ВІКУ ІЗ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНІЧНИМ
ПОШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Кваліфікаційна робота (проєкт)
на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувач першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти четвертого року навчання
481 групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної програми
Спеціальна освіта
Іванченко Юлія Олександрівна

Керівник к. пед. н., доцентка Кабельнікова Н.В.
Рецензент директорка Херсонського ясла-
садка №37 компенсуючого типу Херсонської
міської ради Аббасова Т.О.

Херсон – 2021

Зміст

Вступ	3
Розділ 1. Науково-теоретичні засади дослідження проблеми домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей перших років життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку.....	6
1.1. Загальна характеристика нормотипового психомовленнєвого розвитку дітей перших років життя.....	6
1.2. Етіопатогенез резидуально-органічного пошкодження головного мозку у дітей перших років життя.....	10
1.3. Особливості опанування мовленнєвою функцією дітьми із резидуально-органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах життя.....	15
Розділ 2. Методи та прийоми профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку (третього року життя) із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.....	24
2.1. Критерії діагностики відхилень у домовленнєвому та ранньому мовленнєвому розвитку дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку.....	24
2.2. Принципи ранньої профілактики відхилень у мовленнєвому розвитку....	30
2.3. Методи та прийоми стимуляції мовленнєвої функції у дітей третього року життя із наслідками церебрально-органічного пошкодження мозку.....	32
Висновки	39
Список використаних джерел	42
Додатки	47
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету	47

Вступ

Актуальність дослідження. Мовленнєвий розвиток дітей – багатокomпонентний, складно організований багаторівневий процес, що має біологічну основу і залежить від культуральних, соціальних, психологічних чинників.

Раннє дитинство характеризується як особливий період у житті дитини. У цей час відбувається стрімкий психічний і фізичний розвиток, закладається основа для подальшого формування та становлення дитини як особистості. Основними досягненнями раннього дитинства, які визначають розвиток психіки дитини, є: оволодіння тілом, оволодіння мовленням, розвиток предметної діяльності. Якісні перетворення, які зазнає дитина у перші три роки життя, є визначальними для усього подальшого розвитку малюка. Про це наголошують дослідження вітчизняних та закордонних учених (Л. Виготський, О. Лурія, Н. Манько, Ж. Піаже, С. Рубінштейн, Є. Соботович, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет та ін.) Науковці вивчали механізми мовлення, основні етапи його розвитку, фактори, що визначають мовленнєвий розвиток, причини мовленнєвих порушень.

Аналіз останніх публікацій, результатів досліджень засвідчують, що кількість дітей з мовленнєвими порушеннями з кожним роком збільшується, а власне мовленнєві розлади набувають все більш складних форм внаслідок патології внутрішньоутробного розвитку, пологів або перших днів життя малюка. Провідне місце серед патогенних факторів, що призводять до мовленнєвого дизонтогенезу ряд авторів (Л.Бадалян, Т.Волосовець, Б.Гриншпун, Л.Журба, А.Лівінська, О.Ларкіна, О.Халецька, Л. Чутко та ін.) відводять резидуально-органічному пошкодженню центральної нервової системи (ЦНС).

У дітей раннього віку із залишковими явищами пошкодження головного мозку часто мовленнєвий дефект взаємопов'язаний відразу з декількома порушеннями соматичного і нервово-психічного здоров'я. Відхилення у мовленнєвому розвитку супроводжують розладами в емоційно-вольовій сфері, психічному і фізичному статусі малюка. Таким чином, проблема попередження виникнення порушень мовлення в ранньому віці має значне соціальне значення.

Відомо, що розвиток мовлення у перші роки життя дитини проходить складний шлях і має неповторні особливості. У ньому чітко відокремлюються етапи, стадії, які тісно пов'язані між собою єдиним діалектичним процесом розвитку. Кожна більш рання стадія розвитку зумовлює оволодіння більш складною, і кожна затримка у проходженні дитиною одного етапу, спричиняє затримку у перебігу наступного, а це призводить не тільки до мовленнєвого дизонтогенезу, а й до затримки психічного розвитку малюка.

Усе зазначене визначає актуальність теми дослідження: **«Профілактика мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням центральної нервової системи».**

Мета дослідження – визначити і теоретично обґрунтувати методи та прийоми профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.

Відповідно мети нами визначено провідні **завдання** дослідження:

1. Зробити аналіз літературних джерел з проблеми дослідження.
2. Розкрити етіологію, патогенез та симптоматику резидуально-органічного пошкодження мозку у дітей раннього віку, визначити динаміку домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку зазначеної категорії дітей.
3. Визначити й схарактеризувати методи та прийоми абілітації та стимуляції мовлення з метою профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей перших років життя із наслідками резидуально-органічного пошкодження головного мозку.

Об'єкт дослідження – домовленнєвий та ранній мовленнєвий розвиток дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.

Предмет дослідження – методи та прийоми профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку (третього року життя) із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.

Методи дослідження. У процесі дослідження використано теоретичні методи: аналіз літературних джерел, зокрема вивчення клінічної, психолого-педагогічної літератури, досвіду роботи логопедів-практиків.

Практичне значення дослідження. Представлені у роботі теоретичні дані про особливості домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС, описані методи та прийоми абілітації та стимуляції мовлення з метою профілактики мовленнєвого дизонтогенезу в ранньому віці, можуть бути використані логопедами, психологами в умовах реабілітаційних центрів, медичних установ, закладів дошкільної освіти та можуть стати в нагоді батькам дітей перших років життя.

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Розділ 1

Науково-теоретичні засади дослідження проблеми домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей перших років життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку

1.1. Загальна характеристика нормотипового психомовленнєвого розвитку дітей перших років життя

Основними функціями нервової системи є регуляція всіх фізіологічних процесів в організмі і безперервна адаптація його до функцій зовнішнього середовища. Органи чуття забезпечують надходження сигналів ззовні в центральну нервову систему. Нервова система закладається вже на перших етапах розвитку ембріона (2 -3- й тиждень), протягом внутрішньоутробного періоду відбувається її інтенсивне зростання і розвиток. Дитина народжується з незрілим мозком, його подальший розвиток і диференціювання відбуваються під впливом зовнішнього середовища до 20 - 25-річного віку. Оцінка нервово-психічного розвитку відбувається відповідно до розроблених стандартів розвитку. На першому році життя оцінка розвитку проводиться щомісяця, на другому році - 1 раз в квартал, на третьому - 1 раз на півріччя. Особливості психомовленнєвого розвитку у дитини визначаються становленням інтелектуальних і мовленнєвих навичок залежно від віку, вроджених і спадкових якостей дитини. Завдяки цьому відбувається взаємодія дитини із зовнішнім середовищем [1].

Розрізняють 4 етапи формування психіки дитини.

Перший етап - моторний, характеризується оволодінням основними моторними навичками протягом першого року життя дитини.

Другий етап - сенсорний, триває від 1 року до 3 років. Рухи набувають психомоторний характер, тобто стають усвідомленими. Сенсомоторний

розвиток є базою для формування всіх психічних функцій, в тому числі сприйняття, уваги, цілеспрямованої діяльності, мислення і свідомості.

Третій етап - афективний, триває від 3 до 12 років. Діяльність дітей набуває постійний індивідуальний характер.

Четвертий етап - ідеаторний (12-14 років). Формуються ускладнені поняття, судження, умовиводи. Діти починають будувати попередній план вчинків в розумі. Мислення стає абстрактним. Починає формуватися особистість [28].

В окремі періоди життя підвищений ризик виникнення у дітей психічних порушень і хвороб. Ці періоди називаються кризовими.

Етапи психомоторного розвитку дитини від народження до трьох років

- Період новонародженості - з народження до 1 місяця життя.
- Період від 1 до 3 місяців життя.
- Період від 3 до 6 місяців життя.
- Період від 6 до 9 місяців життя.
- Період від 9 до 12 місяців життя.
- Період від 1 року до 1 року 6 місяців життя.
- Період від 1 року 6 місяців до 2 років життя.
- Період від 2 до 3 років життя [12].

У концепції «мовленнєвого онтогенезу» за О. Леонтьєвим, процес формування мовленнєвої діяльності (і відповідно засвоєння системи рідної мови) в онтогенезі підрозділяється на ряд послідовних періодів або «стадій» [20].

1. Підготовчий (з моменту народження до року).
2. Переддошкільний (від року до 3 років).
3. Дошкільний (від 3 до 7 років).
4. Шкільний (від 7 до 17 років).

Розвиток мовлення до трьох років життя в свою чергу підрозділяється на три основні етапи:

- 1) домовленнєвий етап (перший рік життя), в якому виділяються періоди гуління та белькотіння;
- 2) етап первинного засвоєння мови (дограматичний) – другий рік життя;
- 3) етап засвоєння граматики (третій рік життя) [1].

Характеризуючи етапи домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дитини, важливо зазначити, що перші голосові реакції та зосередження уваги на мовленні дорослих у малюка з'являються в 1-3 місяці життя. Приблизно до 4-х місяців у дитини спостерігається гуління, що складається з протяжної вимови різних голосних звуків .

Вже з 4-5 місяців виявляється різна реакція на знайомих людей, сміх, дитина шукає джерело звуку і зосереджує на ньому увагу, розпізнає немовленнєві звуки.

До 6-9 місяців гуління переходить в белькотіння (відтворення ланцюжка складів), ритмічне повторення складів (типу «ба-ба-ба», «ма-ма-ма», «гу-гу-гу») – прообразів слів, з'являється спілкування за допомогою жестів. Прикладом є сумісна гра дорослого з малюком «Ладусі», «Сорока-Ворона» та ін.

З 10-12 місяців дитина починає ситуативно розуміти звернене мовлення, виконувати прості інструкції, що доповнюються жестами; в неї розвивається предметно-дієве спілкування з дорослими. В активному словнику використовується 4-5 лепітних слова [4].

Збільшення активного словника до 7-20 слів відбувається у 15-18 місяців. Як наголошує О.Гвоздєв, це стадія слів-речень, якими дитина глобально відображає ситуацію, бажання, потребу. Дитина виконує прості інструкції, які вже не підкріплюються жестами [16].

До 21-24 місяців життя активний словниковий запас зростає до 50 слів. Дитина вже складає фразу з двох слів, одне з яких, часто дієслово,

використовується зі спотворенням звуко-складової структури. І до 30 місяців фрази складаються з трьох слів з дієсловом, виявляється підвищена мовленнєва активність.

У 36 місяців життя словниковий запас дитини складається не менше, ніж з 300 слів, куди входять майже всі частини мови. Малюк використовує займенники: *я, ти, мені, тобі*; повторює дві цифри: *один, два* в правильній послідовності, має уявлення про число «*один*»; опановує множиною, називає своє ім'я, стать, вік; розуміє значення побутових предметів. Може бути неформованою звуковимова та спостерігатися порушення звуко-складової структури складних або незнайомих дитині слів.

До 5-ти років життя дитина правильно будує фрази і вимовляти всі звуки, Від 5 до 7 років словник збільшується до 3500 слів, накопичуються образні висловлювання, стійкі словосполучення, засвоюються граматичні правила, зміни слів і їх поєднання у реченні. Розвивається мовленнєва увага, пам'ять, логічне мислення та інші психологічні передумови, необхідні для розвитку дитини, її успішного навчання в школі.

Слід зазначити, що чітких вікових меж і норм психічного розвитку не існує. Нервова система людини – надзвичайно складний механізм. Практично у кожної дитини є індивідуальні особливості розвитку, що не вкладаються в суворі рамки, але загальні закономірності, порядок і типові «нижні» і «верхні» вікові межі всіх етапів розвитку визначено [10].

Таким чином, своєчасна оцінка порушень нервово-психічного розвитку дітей перших трьох років життя дозволить здійснити комплекс абілітаційних, коригуючи, компенсаторних та профілактичних заходів в умовах дитячої поліклініки, реабілітаційних центрів з залученням педагогів, психологів і попередити більш тяжкі порушення психічнорозумовної сфери дитини в майбутньому.

1.2. Етіопатогенез резидуально-органічного пошкодження головного мозку у дітей перших років життя

За клінічними дослідженнями відхилення мовленнєвого розвитку резидуально-органічного генезу у дітей раннього віку є наслідком перинатальної патології ЦНС. Це обумовлено тим, що саме в перинатальному періоді інтенсивно відбувається морфофункціональний розвиток кори мозку та її зв'язків з іншими структурами мозку. Відповідно, у цей період будь-який безпосередній або опосередкований вплив патогенних факторів може негативно позначитися на процесах структурної і функціональної організації ЦНС [4].

Перинатальний період включає в себе період розвитку плода від 28-го тижня внутрішньоутробного життя і до 7 днів постнатального життя (період ранньої адаптації). Серед різноманіття патологічних станів перинатального періоду найбільш значущими причинами, що можуть призвести до мовленнєвого дизонтогенезу резидуально-органічного походження, відповідно Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду і Класифікації перинатальних пошкоджень нервової системи у новонароджених, відносять [34]:

1. Церебральну гіпоксію-ішемію, наслідком якої є гіпоксично-токсичне пошкодження ЦНС.
2. Черепно-мозкову пологову травму, що призводить до травматичного (або гіпоксично-травматичного) пошкодження ЦНС.
3. Інфекції ЦНС, що зумовлюють інфекційне пошкодження ЦНС.
4. Системні дисметаболічні порушення, наслідком яких є токсико-метаболічне пошкодження ЦНС.

Слід зазначити, що ступінь вираженості пошкодження головного мозку у всіх перерахованих варіантах відрізняється варіативністю і залежить від терміну гестації, ступеня зрілості мозку, а також морфологічних особливостей, властивих даному етапу гестації. Крім того, вирішальне значення мають і такі

показники, як тривалість та інтенсивність впливу тих чи інших патологічних факторів [34].

Патогенетичні механізми церебральних ушкоджень під час інфекційних, токсико-метаболічних і гіпоксично-ішемічних впливах схожі і в кінцевому результаті призводять до аноксії і загибелі клітин нервової тканини. При цьому будь-яких неврологічних і мовленнєвих порушень, що уявляють собою специфічні наслідки в результаті впливу окремих факторів перинатального пошкодження у дітей, може не спостерігатися [33].

Як засвідчують дослідження Л.Бадаляна, Ю. Лісічкиної, Н.Манько, В.Мікадзе та ін., мозок плоду та новонародженого менш чутливий до гіпоксії, ніж мозок дорослої людини. Така підвищена стійкість до гіпоксії пов'язана з меншою енергетичною потребою у порівнянні з мозком дорослого, який виконує більш складні функції. У плода та новонародженого недостатність надходження кисню до нервових клітин практично повністю компенсується за рахунок анаеробних шляхів одержання енергії [4; 33; 38; 40].

Крім того, виділяють значні анатомічні відмінності в архітектоніці і морфології церебральних судин, що знаходяться на тій чи іншій стадії внутрішньоутробного розвитку. Ці анатомічні особливості визначають специфічність зон пошкодження головного мозку у доношених і недоношених новонароджених, що у подальшому виявляється у різних комбінаціях неврологічних порушень, у тому числі і мовленнєвих.

Як уже зазначалося, мовленнєві порушення резидуально-органічного генезу виникають внаслідок дії певних причин (патогенних факторів). Під поняттям «патогенний фактор» розуміють вплив на організм зовнішнього або внутрішнього шкідливого чинника або їх взаємодії, що визначають специфіку відхилення у розвитку або функціонуванні органу, системи органу або організму в цілому і без яких останнє не може виникнути [5].

В клініці існують різні класифікації патогенних факторів, які використовують і в логопедії: за часом впливу (пренатальні, натальні та постнатальні), за спрямованістю впливу (ендогенні та екзогенні) [12].

Внутрішні (ендогенні) причини. Залежно від часу впливу поділяють внутрішньоутробну патологію (діє в період внутрішньоутробного розвитку). Внутрішньоутробна патологія часто поєднується з пошкодженням нервової системи дитини під час пологів (натальний період) та у перші дні життя. Такі пошкодження нервової системи дитини об'єднують різні патологічні стани, зумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів і в перші дні після народження, що одержало назву «перинатальні причини» Сюди відносяться [27]:

1. Захворювання матері під час вагітності (серцеві захворювання, захворювання печінки, нирок, легеневі захворювання, діабет, гіпотонія, позитивна антиглобулінова проба, інфекційні захворювання сечового тракту) загальні соматичні захворювання, що вимагають лікування.

2. Обтяжена спадковість (діабет, гіпертонія, вади розвитку, генетичні та психічні захворювання).

3. Алергії матері.

4. Перенесене переливання крові.

5. Токсикоз вагітності, не залежно від терміну вагітності [4].

6. Імунологічна несумісність крові матері та плоду (за резус-фактором, системі АВО та інших антигенів еритроцитів). Резус або групові антитіла, проникаючи через плаценту, спричиняють розпад еритроцитів плоду. У результаті з еритроцитів виділяється токсична для ЦНС речовина – непрямий білірубін. Під його впливом пошкоджуються підкіркові відділи мозку, слухові ядра, що призводить до специфічних порушень звуковимовної сторони мовлення у поєднанні з порушенням слуху [29].

7. Різноманітна акушерська патологія (вузький таз, зтяжні або стрімкі пологи, передчасне відходження вод, обвиття пуповиною, неправильне положення плоду, багатоплідна вагітність, багатоводдя, фетоплацентарна недостатність) [30].

8. Короткий проміжок між двома вагітностями (менше 1 року).

9. Маленький зріст майбутньої матері.

10. Аномалії скелета (порушення постави матері). У вагітних неправильна постава часто призводить до перекосу кісток таза, що ускладнює пологи, та до порушення тонусу матки (гіпер- або гіпотонусу). Матка іннервується з спинномозкових сегментів на попереково-крижовому рівні. Це призводить до слабкості пологової діяльності.

11. Вагітність до досягнення 18 років або після 40 років [24].

Однією з основних причин пошкодження нервової системи, що відноситься до ендогенних факторів, є гіпоксія плоду.

Гіпоксія характеризується як патологічний стан, під час якого відбувається недостатнє постачання киснем тканин плаценти і плода [34].

Причиною гіпоксії плоду можуть бути вплив таких факторів, як:

- 1) вади серця у матері;
- 2) бронхіти, пов'язані з курінням під час вагітності, запалення легень;
- 3) ранні токсикози (від 4 тижнів до 4 місяців) та гестози (пізні токсикози – після 4-х місяців);
- 4) патологія пуповини (вузли на ній, надто коротка або довга).

Гіпоксія розвивається і в тому випадку, якщо мати страждає анемією (низький гемоглобін). У результаті розвивається хронічна плацентарна недостатність, і у плода порушується дозрівання структур головного мозку [37].

Зовнішні (екзогенні) причини. Зовнішні патогенні фактори можуть впливати на дитину у пренатальний, натальний та постнатальний період розвитку. У пренатальний період особливе місце серед них посідають:

1. Куріння під час вагітності, вживання алкоголю. В даний час вивчена клінічна картина різних порушень розвитку плода і дитини алкогольно-ембріопатичного генезу, що поєднується з порушеннями мовлення. Науково доведено вплив алкоголю (навіть мінімальні дози: пиво, коктейлі, слабке вино) на виникнення різних порушень мовлення, у тому числі церебрально-органічного походження; описано алкогольний ембріопатичний синдром, що включає відставання фізичного, мовленнєвого і розумового розвитку [40].

2. Інтоксикації матері (хімічні, медикаментозні).

3. Стан після лікування безпліддя, передчасних пологів (до кінця 37 тижня вагітності), ускладнених пологів (кесаревого розтину), 2 і більше викиднів (абортів).

4. Пологові травми.

Пологова травма – це місцеве пошкодження плода, викликане механічним впливом безпосередньо на плід під час пологів [30]. Під час пологів страждає хребет і, в першу чергу, його шийний відділ. Навіть у процесі нормальних пологів при проходженні дитини через пологові шляхи відбувається Perezгинання голівки в шийному відділі, зісковзування потиличної кістки по відношенню до 1-го шийного хребця. У результаті можливе патологічне зміщення 2-х перших шийних хребців по відношенню один до одного або стан підвивиху. Травмується система хребетних артерій, по яким отримує кров стовбур і інші відділи мозку. Виникає хронічна ішемія – недостатність мозкового кровообігу, і як наслідок – порушення функції головного мозку у тому числі й структур, що відповідають за мовлення, увагу, поведінку, емоції [8].

5. Пологові черепно-мозкові травми. Пологова травма черепу – це цілісна реакція організму плода і новонародженого на пошкодження головного мозку, викликане механічним впливом в результаті порушення компенсаторних і

адаптаційних можливостей плода в пологах, яка супроводжується постнатальною дезадаптацією [14].

Провідними причинами, що призводять до пологової черепно-мозкової травми у новонароджених є:

- 1) невідповідність розмірів голівки плода і тазу матері;
- 2) швидкі і стрімкі пологи;
- 3) затяжні пологи;
- 4) накладання акушерських щипців,
- 5) використання вакуум-екстрактора,
- 8) тазові передлежання;
- 9) видавлювання плода;
- 10) будь-які способи прискорення пологів: стимуляція пологів.

Наслідками пологових черепно-мозкових травм новонароджених є крововиливи (субдуральні, епідуральні, субарахноїдальні, внутрішньо шлуночкові).

6. Постнатальні черепно-мозкові травми в ранньому віці (струси, забії, стискання головного мозку).

7. Нейроінфекції дитини в перші роки життя (енцефаліти, менінгіти, менінгоенцефаліти тощо) [30].

Отже, для повноцінного розвитку психічних функцій, у тому числі і мовленнєвої, важливим є морфофункціональна збереженість структур головного мозку та можливість утворення багатфункціональних зв'язків. Принципи оптимального розвитку функціональної системи полягають у гетерохронії дозрівання, мінімізації забезпечення та консолідації компонентів системи по мірі її становлення. Вплив будь-яких патогенних факторів або їх поєднання порушують цей механізм, спричиняючи різні види дизонтогенезу.

1.3. Особливості опанування мовленнєвою функцією дітьми із резидуально-органічним пошкодженням мозку на ранніх етапах життя

Розвиток мовленнєвої системи базується на узгодженій ієрархічно побудованій взаємодії різних зон мозку, які інтенсивно розвиваються. Достатньо зрілою має бути сенсо-моторна база формування мовлення, що включає діяльність вторинних і третинних коркових полів кори великих півкуль. Формування мозку в цілому, в тому числі і вищих коркових функцій, відбувається за певним алгоритмом: від стовбурових і підкоркових структур до кори (знизу догори), від правої півкулі до лівої (справа наліво). Від задніх відділів до передніх (ззаду вперед) [47].

Під час резидуально-органічної патології послідовність дозрівання структур мозку та розвиток функціональної мовленнєвої системи порушується і в різні вікові періоди мовленнєва симптоматика може відрізнитися залежно від того, які системи мозку мають включитися у реалізацію функції [40].

Домовленнєва стадія у малюків першого року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку

Серед дітей першого року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку у багатьох відзначається відсутність першого крику під час народження протягом 10-40 хвилин [4].

У перші місяці життя, а у деяких дітей і довше, крик відрізняється інтонаційною невиразністю: відсутні диференційовані інтонації, що виражають відтінки невдоволення, вимог, радості та ін. Через крик дитини неможливо визначити її стан і бажання. Внаслідок цього крик в перші місяці життя у дітей з резидуально-органічним пошкодженням мозку не є засобом вираження стану дитини та її бажань і, отже, не може слугувати засобом спілкування з оточуючими. Лише у деяких дітей до 5-12 місяця крик набуває комунікативної функції, але інтонаційно він залишається немодульованим.

Спонтанні короткі звуки гуління у зазначеній категорії дітей з'являються тільки до кінця першого року життя. Найчастіше діти видають редуковані голосні звуки і їх поєднання: [a], [e], [ae], [eo] - спонтанно або під час спілкування з дорослим. Інтонаційного забарвлення ці звуки не мають [43].

Окремі недиференційовані звуки, що виникають як спонтанно, так і у процесі контакту з дорослим за наслідуванням, уявляють собою елементи гуління. Якщо у дитини з нормотиповим розвитком звуки гуління є співучими, то у дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку вони короткі, позбавлені плавності звучання. У більшості дітей гуління складається із недиференційованих голосних та їх поєднань: [a], [и], [e], [ye], [eo], [em], а задньоязикові звуки [г], [к], [х] відсутні, оскільки для їх артикуляції необхідна участь кореня язика, що у дітей може бути вкрай ускладнено внаслідок його напруження або в'ялості та обмеження рухливості. Активність гуління вкрай низька [38].

Слід відзначити також, що низька активність гуління гальмує хід становлення мовленнєворухового і слухомовленнєвого аналізаторів.

Перехід дитини із резидуально-органічним пошкодженням мозку на стадію спонтанного белькотіння запізнюється. Поєднання приголосних та голосних звуків виникає ближче до другого року життя. При цьому лепет характеризується фрагментарністю, бідністю звукового складу і відсутністю складових комплексів [21].

Найчастіше в белькоті дітей присутні голосні [a], [e] і губно-губні приголосні [п], [м], [б]. Це пояснюється тим, що вони є більш легкими для вимови, оскільки вимагають лише вібрації голосових зв'язок і розкривання рота. Для вимови приголосних звуків [м], [п], [б] потрібна активізація губної мускулатури, яка найбільш підготовлена внаслідок постійного вдосконалення моторики губ в акті смоктання під час прийому їжі. Найбільш характерними в

белькотінні дітей є поєднання голосних [а], [е] з губно-губними приголосними: [па], [ма], [ама], [ба], [аба].

Послідовність оволодіння звуками белькотіння як нормальними дітьми, так і дітьми з резидуально-органічним пошкодженням мозку визначається закономірностями розвитку мовленнєворахового аналізатора: грубі артикуляційні диференціювання змінюються на більш тонкі, а легкі артикуляційні уклади поступаються місцем важким.

Однак зниження потреби в мовленнєвому спілкуванні і низька голосова активність дітей з резидуально-органічним пошкодженням мозку не забезпечують готовності мовленнєвого апарату до правильної звуковимови. А незрілість артикуляційного праксису, в свою чергу, перешкоджає розвитку артикуляційної моторики і появі нових більш складних звуків та звукокомплексів [25].

У зв'язку з цим більшість дітей з наслідками органічного пошкодження мозку не виявляють тієї послідовності етапів розвитку белькотіння, що є характерною для белькотіння здорових дітей. Генетична програма вироблення артикуляційних рухів, що реалізується незалежно від слуху дітей і мовлення оточуючих (I етап розвитку белькотіння, за В. Бельтюковим), у дітей першого року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку виражена слабо або відсутня взагалі [33].

У зазначеній категорії дітей не простежується або простежується як патологічний і II етап у розвитку белькотіння, тобто недостатньо формується механізм аутоехолалії, або самонаслідування.

III етап в розвитку белькотіння, що характеризується поєднаннями звукових складових комплексів, фізіологічна ехолалія, і характеризує перехід до активного мовлення, у дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку з'являється зі значним запізненням і триває значно довше, ніж у малюків з нормотиповим розвитком [3].

Вивчення дітей з резидуально-органічним ураженням центральної нервової системи першого року життя показує, що патологічні особливості відзначаються з перших місяців їх життя. Спонтанний розвиток найчастіше спотворюється. Найбільше запізнюється і порушується руховий розвиток. Відповідно з тяжкістю стану неврологічної сфери знаходиться і стан моторики артикуляційного апарату. Як наслідок цього, грубе відставання виявляється і в домовленнєвому розвитку: затримка появи гуління, белькотіння, відсутність лепітних слів. Ступінь тяжкості стану дитини визначається кореляцією між рівнем психомовленнєвого розвитку і віком дитини [11].

Ранній вербальний розвиток дітей другого року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку

Наслідки перинатальної патології ЦНС мають важливе значення у виникненні мовленнєвих порушень у дітей [5].

Час появи слів у дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку може грубо порушуватися або не мати різкої відмінності від норми. Проте терміни, протягом яких діти продовжують користуватися окремими словами, не об'єднуючи їх в двухслівне аморфне речення, є досить індивідуальними.

Вже перші слова дітей можуть сигналізувати про неблагополучний початок розвитку мовлення: «ма» (замість мама), «па» (замість тато) або слово «мама» відносять до батька і інших осіб.

Яскравою особливістю дизонтогенеза мовлення виступає стійка і тривала за часом відсутність мовленнєвого наслідування новим для дитини словам [10; 11].

Цікавою особливістю аномального дитячого мовлення в цей період розвитку є прагнення дитини до вживання відкритих складів.

Прагнення «відкрити склад» найяскравіше виявляє себе у додаванні голосних звуків до кінця слів у тих випадках, коли слово закінчується на

приголосний: «хлопа» (хлопчик), «котика» (котик). Дитина ніби добудовує слово: «м'яс'а» (м'яч), «абуся» (автобус).

Вкорочення довжини слова за рахунок опускання складів або одного складу є одним з характерних симптомів, який супроводжує дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку протягом тривалого часу. З розвитком мовлення цей дефект може поступово зникати, але завжди виявляє себе, як тільки дитина стикається з новою для себе складною звуко-складовою та морфологічною структурою слова, наприклад в словах з іншомовними морфами: «Матанов» (міліціонер), «весіпеднік» (велосипедист) і т.п.

Перші слова аномального дитячого мовлення можна класифікувати наступним чином:

- 1) слова, що правильно вимовляються: мама, тато, дай, немає і т.п.;
- 2) слова – фрагменти, тобто такі, в яких збережені тільки частини слова, наприклад: «мако» (молоко), «дека» (дівчинка), «яба» (яблуко), «сина» (машина) тощо;
- 3) слова – звуконаслідування, якими дитина позначає предмети, дії, ситуацію: «бі- бі» (машина), «мяу» (кішка), «му» (корова), «бух» (впав) і т.п.;
- 4) контурні слова, або «абриси», в яких правильно відтворюються просодичні елементи - наголос у слові, кількість складів: «тітікі» (цеглинки), «папата» (лопата);
- 5) слова, які абсолютно не нагадують слова рідної мови або їх фрагменти;
- 6) слова – редуплікації, що складаються з поєднання двох однакових складів («кака», «піпі», «цяця»).

Чим менше слів в лексиці дитини, тим більше слів вона правильно вимовляє. Чим більше слів, тим більший відсоток становлять слова спотворені [38].

Мовленнєвий розвиток дітей третього року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку

Мовленнєвий розвиток малюків третього року життя з наслідками органічного пошкодження ЦНС характеризується значною варіабельністю: від відсутності загальноживаного мовлення до наявності аморфної фрази. Такі діти в спілкуванні можуть використовувати окремі звуки і їх поєднання - звукокомплекси і звуконаслідування, фрагменти лепітних слів («сина» - машина). Також можна спостерігати у них дифузні слова, які не мають аналогів у рідній мові («кия» - кофта, светр). Характерною особливістю є те, що наявні мовленнєві засоби зазначена категорія малюків використовує для позначення як предметів, як предметів загального побуту, їх ознак, так і для позначення дій, які з ними виконуються (наприклад «біка» вимовляється з різною інтонацією і позначає «машина», «їде», «бібікає») [37].

Ці факти вказують на крайню бідність словникового запасу, в результаті чого дитина змушена вдаватися до активного використання інтонації і паралінгвістичних засобів: жестів, міміки.

Крім того, у дітей відзначається яскраво виражена недостатність у формуванні імпресивної сторони мовлення. Складним є розуміння як деяких простих прийменників («в», «на», «під» тощо), так і граматичних категорій однини і множини, чоловічого і жіночого роду, минулого і теперішнього часу дієслів і т.д.

Мовлення є недостатньо зрозумілим для оточуючих і має жорстку ситуативну прив'язаність.

У деяких дітей ближче до кінця третього року життя з'являється аморфна двослівна фраза без граматичного оформлення.

Спеціальні дослідження дітей з недорозвиненням мовленнєвої функції засвідчили клінічну різноманітність проявів загального недорозвинення мовлення у зазначеної категорії дітей [13]. За етіопатогенезом та коморбідною симптоматикою виділяють три варіанти недорозвинення мовлення.

У дітей з першим варіантом недорозвинення мовлення спостерігається на фоні відносно збереженої нервово-психічної діяльності. Це неускладнений варіант мовленнєвого недорозвинення. У таких дітей не виявляються ознаки локального пошкодження ЦНС. У їх анамнезі немає даних про виражені відхилення під час внутрішньоутробного періоду розвитку. Після докладних бесід з матерями факти не різко вираженого токсикозу другої половини вагітності або тривалої асфіксії в пологах виявлені лише у однієї третини обстежуваних. У цих випадках часто відзначається недоношеність або незрілість дитини під час народження, її соматична ослабленість в перші місяці і роки життя, схильність до респіраторних захворювань[25].

Відсутність парезів та паралічів, виражених підкоркових і мозочкових порушень свідчить про збереження у них первинних (ядерних) зон мовленнєворухового аналізатора. Мінімальні неврологічні дисфункції в основному обмежуються порушеннями м'язового тону, недостатністю тонких диференційованих рухів пальців рук, несформованістю кінестетичного і динамічного праксису. Це переважно дизонтогенетичний варіант недорозвинення мовлення [24].

У дітей з другим варіантом недорозвинення мовленнєвої функції спостерігається виражена неврологічна симптоматика у вигляді неврологічних і психопатологічних синдромів. Цей варіант характеризується О. Мастюковою як ускладнений варіант мовленнєвого недорозвинення, при якому має місце енцефалопатичний симптомокомплекс порушень. У результаті неврологічного обстеження у зазначеної категорії дітей виявляється яскраво виражена неврологічна симптоматика, яка свідчить про залишкові явища пошкодження окремих мозкових структур [19]. Серед неврологічних синдромів у дітей з даним варіантом мовленнєвого недорозвинення спостерігається :

— гіпертензійно-гідроцефальний синдром (синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску);

— цереброастенічний синдром (підвищена нервово-психічна виснаженість);

— синдроми рухових розладів (порушення м'язового тону) [24].

Клінічному та психолого-педагогічному статусі дітей другої групи наявні характерні порушення пізнавальної діяльності, зумовлені власне як мовленнєвим дизонтогенезом, так і низькою працездатністю.

У дітей з третім варіантом мовленнєвого недорозвинення спостерігається стійка та специфічна психомовленнєва симптоматика, яка за клініко-психологічною симптоматикою визначається як моторна алалія. У зазначеній категорії дітей виявляються ознаки пошкодження (або грубого недорозвинення) коркових мовленнєвих зон головного мозку і, в першу чергу, зони Брока. При моторній алалії мають місце складні дизонтогенетично-енцефалопатичні порушення ЦНС. Характерними ознаками моторної алалії є грубе недорозвинення всіх сторін та компонентів мовленнєвої системи: фонематичної, лексичної, синтаксичної, морфологічної, всіх видів мовленнєвої діяльності [24].

Незалежно від особливостей структури мовленнєвого дефекту, діти з мовленнєвим дизонтогенезом резидуально-органічного походження ні у період раннього дитинства, ні на подальших етапах життя без спеціальної абілітаційної та корекційно-розвивальної допомоги не зможуть повноцінно опанувати мовленнєвою функцією. До того ж грубе недорозвинення мовлення спричиняє виникнення вторинної немовленнєвої симптоматики (порушення вищих психічних функцій, поведінки, адаптаційних механізмів), що значно ускладнює структуру дефекту. Тому важливим є спрямувати зусилля спеціалістів різних галузей (медиків, реабілітологів, психологів, спеціальних педагогів, логопедів) на профілактику у дітей перших років життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку тяжких видів мовленнєвого дизонтогенезу [17].

Розділ 2

Методи та прийоми профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку (третього року життя) із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС

2.1. Критерії діагностики відхилень у домовленнєвому та ранньому мовленнєвому розвитку дітей із резидуально-органічним пошкодженням мозку

Оскільки формування мовленнєвої функції тісно пов'язане з розвитком сенсорики, психіки, моторики, профілактика мовленнєвого дизонтогенезу у малюків із резидуально-органічним пошкодженням мозку, в першу чергу, полягає у здійсненні контролю за опануванням довербальною та початковою вербальною стадією та оцінці стану нервово-психічного розвитку у всіх дітей на першому році життя. Це має відбуватися на основі спостережень у порівняльному аспекті [4]

Важливим моментом діагностичної процедури є врахування скорегованого віку через те, що розвиток психомоторних і мовленнєвих функцій у недоношених і доношених дітей відбувається у різні часові періоди.

Під час виявлення затримки психомовленнєвого розвитку, обов'язково визначають її доброякісність, (темпова затримка) або патологічність, що вимагає вже комплексного раннього втручання.

Як відомо, домовленнєвий період триває у перший рік життя і переважно реалізується на основі вродженої безумовно-рефлекторної регуляції мовленнєвого апарату, яка забезпечує декілька стадій до мовленнєвого розвитку, для кожної з яких властивими є специфічні вокальні реакції:

— крик, плач, кряхтіння – з'являються після народження;

- гуління – з'являється наприкінці 1-го місяця життя і триває до 5-6 міс.;
 - белькотіння – з'являється з 5-6 місяців життя і триває до 9-12 міс.
- [27]

Слід зазначити, що зазначені стадії до мовленнєвого етапу є тісно пов'язані зі стадіями психомоторного розвитку та входять до їх складу.

Дослідження стану домовленнєвого розвитку на першому році життя переважно відбувається під час комплексної діагностики неврологічного статусу та рівня психомоторного розвитку малюка з урахуванням календарного та скорегованого віку відповідно терміну гестації [4].

У недоношених новонароджених, особливо з незавершеним терміном гестації, міжнейронна організація та інтенсивна мієлінізація нервових шляхів ЦНС відбувається не внутрішньоутробно, а у складних умовах постнатальної адаптації.

Тривалість цього періоду може варіюватися від 2-3-х тижнів до 2-3-х місяців після народження, часто він супроводжується у незрілих малюків приєднанням різних інфекційних і соматичних захворювань, що ускладнюють стан дитини, призводячи до значних психомоторних розладів та відхилень та психомовленнєвої затримки [38].

З огляду на зазначене, на першому році життя виділяють групи різного ступеня ризику щодо розвитку мовленнєвого дизонтогенезу. Вони представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Групи «ризик» щодо виникнення мовленнєвого дизонтогенезу у дітей першого року життя із наслідками резидуально-органічного пошкодження ЦНС

Групи різного ступеня ризику мовленнєвого дизонтогенезу	Категорії дітей
Група «високого ризику»	Малюки, в яких у перші 3 місяці життя в результаті поглибленого клініко-інструментального обстеження було виявлено структурні порушення з боку головного мозку.
Група «ризик»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недоношені маюки (особливо з екстремально низькою масою тіла). 2. Діти з порушеннями з боку аналізаторів, зокрема, зорового або слухового. 3. Діти з пошкодженням черепно-мозкових нервів (V, VII, IX, X, XII пар). 4. Малюки з затримкою редукції безумовних автоматизмів. 5) Діти з хронічними порушеннями м'язового тону (синдромом рухових розладів) [34].

Динамічне неврологічне обстеження та контроль за психомоторним статусом малюків у перші 12 місяців життя здійснюється у декілька етапів:

- 1 Етап – місяць життя (неонатальний період).
- 2 Етап – у віці 1-3 міс. життя.
- 3 Етап – у віці 3-6 міс. життя.
- 4 Етап – у 6-9 міс. життя.
- 5 Етап – 9-12 міс. життя.

Критеріями оцінки неврологічного статусу і стану психомоторного розвитку дітей першого року життя є:

1. Загально мозкові симптоми (наявність і характер судом, судомної готовності).
2. Стан черепно-мозкових нервів.
3. Загальна рухова активність (поза, обсяг активних і пасивних рухів, м'язовий тонус), сухожилльні і периостальні рефлекси.
4. Безумовні (вроджені) рефлекси, ступінь вираженості і редукція.
5. Психоемоційні і домовленнєві реакції [4].

У таблиці 2.2. представлено можливі відхилення у неврологічному статусі та у психомоторному розвитку дітей першого року життя із наслідками резидуально-органічного пошкодження ЦНС за визначеними критеріями.

Таблиця 2.2.

Відхилення у неврологічному статусі та у психомоторному розвитку дітей першого року життя із наслідками резидуально-органічного пошкодження ЦНС

Етап	Вік дитини	Симптоматика
1	1 місяць	<p>1. Загально мозковий симптом – тривалість і вираженість синдрому пригнічення ЦНС.</p> <p>2. В різному ступені порушуються функції черепно-мозкових нервів, що клінічно проявляється в першу чергу відсутністю безумовних оральних автоматизмів (пошукового, хоботкового, ковтального).</p> <p>3. Ранніми ознаками, що відображають дисфункцію бульбарної групи черепних нервів, можна віднести: відсутність крику (афонія), слабкий крик з назальним відтінком, монотонний немодульований крик.</p> <p>4. Наявність неонатальних судом особливо повторних і резистентних до терапії на фоні пригнічення нервової системи є клінічно значущими симптомами раннього органічного пошкодження ЦНС.</p>

		5. Виявлення структурних змін в головному мозку новонароджених (додатковий об'єктивний критерій, що дозволяє віднести їх до групи «високого ризику» розвитку церебральних паралічів і виражених мовленнєвих розладів (дизартрії, анартрії) [46, с.19].
2	2-3 місяці	<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутність комплексу «пожвавлення». 2. Наявність бульбарних порушень або розвиток псевдобульбарних розладів (пожвавлення рефлексів орального автоматизму, поява спастичності у мовленнєвій мускулатурі, труднощі під час годування). 3. Відсутність реакцій фіксації погляду і простежування за об'єктом 4. Відсутність адекватних рухових і мімічних реакцій на звернене мовлення та його емоційне забарвлення. 5. Відсутність гуління.
3	4-6 місяців	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знижені комунікативні функції – зорове та слухове зосередження, низький інтерес до навколишнього, затриманий статико-моторний розвиток. 2. Затримка появи істинного гуління. 3. Гуління і белькотіння характеризується монотонністю, немодульованістю та недостатньою інтонованістю. 4. За умови відсутності порушень з боку черепно-мозкових нервів, слухового та зорового аналізаторів діти відносяться до групи «ризик» виникнення затримки мовленнєвого розвитку.
4	6-9 місяців	<ol style="list-style-type: none"> 1. За відсутності грубих симптомів пошкодження нервової системи наявне примітивне гуління або рудиментарне белькотінн у вигляді одноманітності, монотонності голосових реакцій, неможливості довільного контролю гучності і висоти голосу. 2. Слабкість слухових реакцій (недостатність слухової уваги, труднощі визначення джерела звуку в просторі, порушення здатності до диференціації голосу і його тембру під час сприйняття).

		<p>3. Затримка розвитку початкового розуміння зверненого або сенсорного мовлення.</p> <p>Зазначена категорія дітей формує групу «ризик» виникнення затримки розвитку мовленнєвих функцій.</p> <p>У дітей, які перенесли тяжке перинатальне пошкодження ЦНС, до 6-9 місяців життя, розвиваються виражені рухові порушення, що є характерними для різних форм ДЦП:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Порушення тону в м'язах язика, губ, оральні гіперкінези, оральні синкінезії. 2. Труднощі під час жування та ковтання. 3. Відсутнє або рудиментарне гуління та белькотіння. 4. Порушення координація дихання і голосових реакцій (якщо вони наявні) дихання та ковтання. <p>Зазначена категорія малюків входить до „групи високого ризику” виникнення тяжких мовленнєвих розладів (дизартрії, анартрії, алалії).</p>
5	9-12 місяців	Залишаються прояви порушення з боку нервової системи та психомоторного розвитку попереднього вікового етапу.

Таким чином, становлення мовленнєвої функції на ранніх етапах життя нерозривно взаємопов'язане із психічним, інтелектуальним, сенсорним та руховим розвитком, відповідно, особливе значення має компенсація органічних пошкоджень ЦНС, що виникли у перинатальний період. Комплексна реабілітація має бути організована в першу чергу в системі медичного втручання, зокрема:

- профілактика органічного пошкодження мозку різного генезу у пренатальний та натальний періоди;
- адекватне ведення новонароджених на етапі пологового будинку, відділення патології новонароджених, спеціалізованих неврологічних

стаціонарів, районних поліклінік, консультативних центрів, спеціалізованих дитячих дошкільних установ, санаторіїв та школи.

— спостереження за розвитком дитини на всіх етапах шляхом постійного взаємозв'язку між всіма спеціалістами: неонатологом, неврологом, психіатром, окулістом, спеціальним педагогом, логопедом, психологом і педагогом [38].

2.2. Принципи ранньої профілактики відхилень у мовленнєвому розвитку

Організація ранньої допомоги дітям із наслідками резидуально-органічного пошкодження ЦНС, спрямованої на профілактику мовленнєвого дизонтогенезу має спиратися на наступні принципи.

1. Принцип єдності діагностики абілітації та корекції.

Мету та зміст абілітаційної й корекційної роботи необхідно визначати тільки на основі комплексного, системного, цілісного, динамічного вивчення дитини. Здійснюючи абілітаційно-корекційний вплив фіксують зміни, що відбуваються в стані дитини, при цьому власне процес абілітації та корекції дає матеріал для більш об'єктивної діагностики [39].

2. Принцип особистісного підходу.

Є надзвичайно важливим під час добору та застосування методів раннього втручання, оскільки фахівці, які працюють з дитиною, мають сприймати її та її батьків як унікальних та автономних індивідумів, які мають право на вільний вибір, право бути поінформованими про адекватність програм, методів, прийомів та підходів, що застосовуються у абілітаційно-корекційній роботі з дитиною [9].

3. Принцип урахування вікових психологічних та індивідуальних особливостей розвитку дитини.

Визначає індивідуальний підхід до дитини і побудова абілітаційної та корекційної роботи з урахуванням основних закономірностей психічного розвитку, сензитивних періодів, розуміння значення вікових етапів для формування особистості дитини [17].

4. Принцип активності та посиленої самостійності дитини в абілітаційно-корекційному процесі.

Передбачає активну співучасть і співтворчість логопеда, дитини, батьків. Тому на занятті створюються всі умови, щоб у дітей віком 2,5-3,5 років життя виникала потреба мовленнєвої взаємодії з дорослим, наприклад, бажання щось підтвердити або заперечити, використовуючи найпростіші слова типу: «так», «ні», «ось» тощо), емоційно-забарвлені ситуації, в яких малюк має можливість активізувати свій словник[8].

5. Принцип пізнавальної виразності.

Зазначений принцип тісно пов'язаний з попереднім. Реалізується за рахунок створення емоційно-позитивного клімату на занятті, емоційного мовлення педагога. Емоційні прояви дозволяють підтримувати увагу дитини, її орієнтовну активність шляхом введення орієнтовних підкріплень різної модальності (зорових, слухових та інших стимулів) [16].

6. Принцип міждисциплінарного підходу до організації раннього втручання.

Передбачає систематичну взаємодію, узгодження, координацію дій різних фахівців як єдиної команди, дії якої спрямовано на корекцію відхилень у розвитку та габілітацію психомовленнєвих функцій [22].

7. Принцип активної взаємодії з сім'єю дитини.

Полягає в активному залученні батьків та членів родини в абілітаційну та корекційну роботу. Формування у них свідомого розуміння мети та завдань втручання різних спеціалістів, їх ролі у цьому процесі [17].

8. Принцип взаємозв'язку абілітації, корекції і компенсації.

Зазначений принцип полягає у тому, що вся система абілітаційно-корекційної має бути спрямована на компенсацію порушень у розвитку, реабілітацію і соціальну адаптацію дитини з наслідками резидуально-органічним пошкодженням ЦНС. Ці процеси взаємопов'язані і розглядатися один без одного не можуть [23].

2.3. Методи та прийоми стимуляції мовленнєвої функції у дітей третього року життя із наслідками церебрально-органічного пошкодження мозку

Як уже зазначалося раннє втручання, спрямоване на профілактику мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку із резидуальним пошкодженням ЦНС здійснюється на основі комплексного підходу і передбачає залучення різних фахівців.

У своєму дослідженні ми зупинимося на логопедичному аспекті раннього втручання (розвитку імпресивного та стимуляції активного мовлення).

Робота з профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку відбувається у провідній ігровій або предметно-практичній діяльності з використанням спеціальних психолого-педагогічних методів та прийомів з метою стимуляції мовленнєвої активності та мовленнєвої взаємодії. Усі методи та прийоми логопедичного втручання спрямовані на:

- формування мотиваційно-спонукального рівня мовленнєвої діяльності;
- вдосконалення здатності до наслідування діям дорослого, однолітків (ехопраксія) та наслідуванню мовленню (ехолалія);
- розвиток психофізіологічної основи мовленнєвої діяльності (різних видів сприйняття, фізіологічного і мовленнєвого дихання, артикуляційних дій;

— формування внутрішнього і зовнішнього лексику (номінативного, предикативного, атрибутивного), що забезпечує можливість мінімального спілкування;

— формування первинних навичок граматичного (морфологічного і синтаксичного) структурування мовленнєвого висловлювання;

— формування у дитини здатності до створення внутрішнього плану, елементарної програми висловлювання;

— профілактика виникнення та розвитку вторинних мовленнєвих порушень [8].

В логопедичній літературі виділяють три групи методів: словесні, наочні, практичні (Р.Лєвіна, В.Тарасун, М.Шеремет).

До *наочних методів* відносяться такі прийоми, як: спостереження за живими об'єктами, наприклад, тваринами; спостереження в природі; екскурсії до парку, спортивний майданчик; розглядання іграшок, предметів і ілюстрацій, наприклад, до відомих дітям казок; образотворча наочність тощо.

Практичні методи містять наступні прийоми: дидактичні ігри та вправи; пальчикові ігри; ігри-хороводи; ігри-драматизації; інсценування казок; ігри-сюрпризи; ігри за правилами.

До прийомів *словесних методів* відносять: читання потішок, примовок, віршів, казок з використанням наочності; читання і розповідання коротких оповідань, заучування віршів з використанням наочності [17].

Найефективнішими у профілактиці відхилень у мовленнєвому розвитку дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС, на наш погляд, є практичні методи. До групи практичних методів, що використовуються у роботі з дітьми третього року життя відповідно їх провідного виду діяльності, відноситься ігровий прийом. Цей прийом передбачає використання різноманітних компонентів ігрової діяльності в

поєднанні з іншими прийомами: питаннями, вказівками, поясненнями, роз'ясненнями, демонстрацією зразків.

Ефективним є поєднання прийомів різних груп методів, що дає можливість залучити якомога більше аналізаторів дитини до сприйняття та засвоєння мовленнєвого матеріалу [23].

Формою організації роботи можуть бути як спеціально організовані індивідуальні або під групові заняття, так і повсякденне життя дітей.

Опишемо прийоми, що сприяють стимуляції мовленнєвої діяльності дітей третього року життя із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.

1. Діалог-зразок

Цей прийом полягає у тому, що мовлення дорослого під час взаємодії з дитиною має яскраво виражену діалогічну структуру, де центральне місце належить питанню дорослого до дитини, на яке сам дорослий дає відповідь.

Наприклад:

- Що я взяла? - Іграшку.
- Що це таке? - Іграшка.
- Що поклала? - Іграшку.

2. Розмова дорослого з самим собою

Дорослий промовляє вголос, що він бачить або чує. При цьому дитина знаходиться поруч. «Де штани?», «Ось штани», «Штани на стільці», «Штани сині», «Вова одягне штани» і т.п. При цьому, важливо говорити повільно (але не розтягуючи слова) і чітко, короткими, простими реченнями – доступними сприйняттю дитини. Наприклад: «Де лялька?», «Я бачу ляльку», «Лялька в колисці» тощо.

3. Паралельна розмова

Цей прийом відрізняється від попереднього тим, що описуються всі дії дитини: що вона бачить, чує, чого торкається. Використовуючи «паралельну

розмову», ми немов підказуємо дитині слова, які допоможуть виразити її досвід, слова, які пізніше вона почне використовувати самостійно.

4. Провокація, або штучне нерозуміння дитини

Цей прийом допомагає дитині опанувати ситуативним мовленням і полягає в тому, що дорослий ніби не розуміє, що просить дитина жестом. Наприклад, якщо дитина показує на полицю, де стоять іграшки і показує вказівним жестом на якусь з них, дорослий спеціально дає їй не ту іграшку. Як правило, першою реакцією дитини буде обурення, але це буде і першим мотивом, що стимулює дитину назвати потрібну їй іграшку або використати при наймі якийсь звукокомплекс. Цей прийом є ефективним не тільки для викликання назв предметів, але і словесного позначення дій, що можна виконувати з цим предметом [21].

5. Поширення

Прийом полягає у тому, що дорослий продовжує та доповнює все, що сказав малюк, але при цьому не примушує його до повторення. Наприклад: Дитина відтворює: «ам-ам». Дорослий: «Киця п'є молоко.», «Киця п'є молочко з тарілки.», «Киці подобається молочко». Відтворюючи дитині повні речення, поступово стимулюємо її до вимовляння фраз із повнозначними словами, що є основою для подальшого розвитку зв'язного граматично оформленого висловлювання.

6. Використання малих форм фольклору

Використання народних ігор, ігрових пісеньок, потішок під час спільної взаємодії дорослого з дитиною допомагає стимулювати у малюків мовленнєву активність, опосередковано привчає їх прислухатися до звуків мовлення, захоплювати його ритм та сприяє розвитку розуміння окремих звукосполучень та слів. Прикладом таких ігор є «Півник - півник ...», «Ладусі - ладусі...», «Іде коза рогата ...», «Пішов котик на торжок» та інші. Важливе значення застосування фольклорних творів полягає в тому, що вони задовольняють

потребу дитини в емоційному і тактильному (дотики, погладжування) контакті з дорослими, сприяють розвитку дрібної моторики пальців рук, формуванню здатності узгоджувати слово з рухом [12].

7. Звуконаслідування

Це є ефективним прийомом активізації мовлення дітей. Використовують картинки або іграшки. Дорослий відтворює повну назву та звуконаслідування, наприклад, потяг їде - чух - чух - чух; півник співає - ку-ка-ре-ку; годинник йде - тік – так, корівка мукає – ме-ме-ме і т.д.

8. Ігри на розвиток фізіологічного дихання

Дітям пропонують ігри типу «Подмухай на сніжинку», «Метелик, лети», «Забий гол», «Задуй свічку» та інші, які сприяють виробленню сильного струменя видихуваного повітря та формуванню правильного діафрагмально-реберного типу дихання. Ці вправи доцільно поєднувати з лікувальною фізкультурою та масажем.

9. Вибір

Використання цього прийому дає можливість дитині зробити власний вибір, озвучуючи його вербально або за допомогою звуконаслідування. З одного боку, це формує у дитини відчуття власної значущості і самоцінності, а з іншого, - стимулює словесну відповідь. Наприклад: «Тобі дати ціле яблуко або половинку?», «Ти хочеш грати лялькою або машинкою». Важливо, щоб відповідь була вербальною, потребу дитини задовольняють тільки після мовленнєвої реакції [39].

10. Доручення

Прийом передбачає звернення дорослого до дитини з проханням принести той чи інший предмет, іграшку, попередньо переставивши її на недоступне для дитини місце. У такій ситуації дитина вимушена звернутися до дорослого. Дорослий, в свою чергу, стимулює звернення дитини: «Що ти хочеш взяти? М'ячик? Як треба попросити? – Дай м'ячик ... ».

11. Опосередковане спілкування

Під час організованої дорослим ігрової діяльності наприклад, «Гараж», «Дочки-матері» дитину заохочують до використання, в залежності від рівня мовленнєвого розвитку, звуконаслідувань, слів або найпростіших висловлювань: «Погодуй ляльку. На, лялька, кашу, ням-ням», «Вклади ляльку в ліжко. Заспівай їй пісеньку. А-а-а...» [42].

12. Ігри з піском (пісочна терапія)

Ігри з піском є одним із ефективних методів психомоторного та мовленнєвого розвитку дитини. Пісочна терапія дуже близька малюкам, оскільки з раннього дитинства вони сидять в пісочниці, і перші слова, перші міжособистісні зв'язки і спілкування у них відбуваються саме там. Тому ігри з піском на логопедичних заняттях сприяють створенню психологічного комфорту, розвитку дрібної моторики рук, усуненню м'язового напруження. Застосування даного методу у роботі з дітьми раннього із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС дають можливість не тільки безпосередньо впливати на їх психомоторну та психомовленнєву сфери, а й оздоровити організм малюків в цілому [37].

13. Продуктивні види діяльності

Малювання, ліплення, аплікація, конструювання (конструктори ЛЕГО) сприяють появі мовленнєвої активності дитини. У процесі діяльності малюки із наслідками резидуально-органічного пошкодження ЦНС отримують знання про форму, колір, розмір; у них розвивається дрібна моторика, формуються чіткі образи і поняття, стимулюються мовленнєві реакції [44].

14. Заміщення

Цей прийом передбачає перевтілення дитини у певний об'єкт живої або неживої природи. Діти можуть уявити себе літаком, кішечкою, лисичкою тощо та виконувати дії, властиві цим об'єктам, супроводжуючи їх звуконаслідуваннями або словами. Така ігрова форма розвиває у дитини

здатність аналізувати свої дії, вчинки, співчувати, співпереживати і стимулює мовленнєву активність дітей із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС.

15. Музичні ігри

Шумові інструменти, хороводні ігри типу «Коровай» стимулюють бажання дитини рухатися, підспівувати. Доцільно дитині якомога частіше давати можливість рухатися під різноманітну музику, самостійно одержувати звуки з різних предметів.

16. Ігри, що передбачають рухи кистей і пальців рук

Пальчикові ігри стимулюють процес мовленнєвого розвитку дитини, сприяють дозріванню рухового центру мозку, що відповідає, в тому числі і за розвиток дрібної моторики пальців рук. Цей центр морфофункціонально тісно пов'язаний з мовленнєворуховим центром. Відповідно, чим більше дрібних і складних рухів пальцями виконує дитина, тим більше ділянок мозку включається в роботу і тим краще розвивається у неї активне мовлення. Пальчикові ігри є обов'язковим прийом, що використовують у профілактиці порушень та розвитку мовленнєвої функції з дітьми в усіх вікових групах [28].

Використання зазначених методів та прийомів сприятиме стимуляції мовленнєвої активності дитини із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС і дозволить зменшити прояви недорозвинення мовленнєвої функції на ранніх етапах життя.

Таким чином, профілактика мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС базується на основі комплексного підходу та реалізується різними спеціалістами в системі заходів із організації раннього втручання і особлива роль у цьому процесі відводиться стимуляції та абілітації як імпресивного, так і експресивного мовлення.

Висновки

Проведене нами дослідження, спрямоване на удосконалення системи профілактичних заходів щодо виникнення різних форм мовленнєвого дизонтогенезу, зокрема і тяжких, у дітей раннього віку із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС. Під час нашої роботи ми дійшли наступних висновків.

1. У результаті аналізу літературних джерел з проблеми дослідження встановлено, що мовленнєва функція в ранньому віці онтогенетично формується поетапно. Вікові межі і норми опанування психомовленнєвою функцією є досить умовними. Це пов'язано із індивідуальними особливостями розвитку кожної дитини, вродженими морфофункціональними особливостями ЦНС, які не можуть вкладатися у жорсткі часові рамки, однак загальні психофізіологічні закономірності, послідовність, а також «нижні» і «верхні» вікові межі всіх етапів розвитку визначені.

З'ясовано, під час резидуально-огранічної патології ЦНС послідовність та темпи дозрівання структур мозку та розвиток функціональної мовленнєвої системи порушується і в різні вікові періоди мовленнєва симптоматика може відрізнитися залежно від того, які системи мозку мають включитися у реалізацію мовленнєвої функції.

2. У процесі дослідження етіопатогенезу та симптоматики резидуально-органічного пошкодження мозку у дітей раннього віку виявлено, що воно виникає внаслідок перинатального пошкодження ЦНС під дією ряду патогенних факторів, серед яких значне місце посідають:

- церебральна гіпоксія-ішемія, наслідком якої є гіпоксично-токсичне пошкодження ЦНС;
- черепно-мозкова пологова травма, що призводить до травматичного (або гіпоксично-травматичного) пошкодження ЦНС;
- інфекції ЦНС, що зумовлюють інфекційне пошкодження ЦНС;

— системні дисметаболичні порушення, наслідком яких є токсико-метаболичне пошкодження ЦНС.

Ступінь вираженості пошкодження головного мозку у всіх варіантах відрізняється варіативністю і залежить від терміну гестації, ступеня зрілості мозку, а також морфологічних особливостей, властивих даному етапу гестації. Вирішального значення мають і такі показники, як тривалість та інтенсивність впливу тих чи інших патологічних факторів. Все це впливає на динаміку домовленневого та раннього мовленневого розвитку зазначеної категорії малюків. Поряд із неврологічною симптоматикою рівень розвитку мовлення може бути різним – від лепітного до мовлення елементарними аморфними фразами. Недорозвинення мовленнєвої функції призводить до вторинних порушень у розвитку пізнавальної, емоційно-вольової сфери та відхиленого загального розвитку дитини в цілому.

3. Виділяючи методи й прийоми абілітації та стимуляції мовлення з метою профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей перших років життя із наслідками резидуально-органічного пошкодження головного мозку встановлено, що робота у зазначеному напрямі організовується у провідній ігровій або предметно-практичній діяльності з використанням спеціальних психолого-педагогічних методів та прийомів, спрямованих на стимуляцію мовленнєвої активності та мовленнєвої взаємодії дитини з дорослим. Усі методи та прийоми логопедичного втручання в системі профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей раннього віку, зокрема третього року життя із резидуально-органічним пошкодженням мозку, спрямовані на:

- формування мотиваційно-спонукального рівня мовленнєвої діяльності;
- вдосконалення здатності до наслідування діям дорослого, однолітків (ехопраксія) та наслідуванню мовленню (ехолалія);

- розвиток психофізіологічної основи мовленнєвої діяльності (різних видів сприйняття, фізіологічного і мовленнєвого дихання, артикуляційних дій;
- формування внутрішнього і зовнішнього лексику (номинативного, предикативного, атрибутивного), що забезпечує можливість мінімального спілкування;
- формування первинних навичок граматичного (морфологічного і синтаксичного) структурування мовленнєвого висловлювання;
- формування у дитини здатності до створення внутрішнього плану, елементарної програми висловлювання;

Проведене нами дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми профілактики мовленнєвого дизонтогенезу у дітей перших років життя із резидуально-органічним пошкодженням ЦНС. Подальшої розробки потребують такі питання, як: організація взаємодії фахівців в системі раннього втручання, розробка методів, прийомів, форм роботи взаємодії логопеда та батьків дитини раннього віку із наслідками перинатального пошкодження головного мозку тощо.

Список використаних джерел

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / под ред. Л.С.Цветковой М.: МПСИ, 2006. 412с.
2. Ахутина Т.В Предпосылки недоразвития речи в преречевой период. *Проблемы восстановительной медицины*. 2002. № 2. С. 96-103.
3. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Учебное пособие. М.: Астрель, 2005. 174 с.
4. Бадалян, Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 1998. 471 с.
5. Барашнев, Ю.И. Ключевые проблемы перинатальной неврологии. *Акушерство и гинекология*. 2007. № 5. С. 51-54.
6. Бельтюков В.И. О закономерностях развития речевой функции в онтогенезе. *Вопросы психологии*. 1984. №5. С.35-38.
7. Бельтюков В.И., Салахова А.Д. Лепет слышащего ребенка. *Вопросы психологии*. 1973. №2 С. 105-116.
8. Битова А. Л. Формирование речи у детей с тяжёлыми речевыми нарушениями: начальные этапы работы. *Особый ребёнок: исследования и опыт помощи*: научно-практический сборник. М.: Центр лечебной педагогики, 1999. Вып.2. С.52-55.
9. Благина М.Г. Влияние особенности общения на развитие активной речи в раннем возрасте. *Вопросы психологии*. 1977. №2. С. 135-141.
10. Визель Т.Г. Речевые автоматизмы и развитие речи в онтогенезе. *Проблемы детской речи*: материалы межвузовской конференции. СПб.: ЭКСМО-пресс, 1996. С. 163-164.
11. Визель Т.Г. Аномалии речевого развития ребенка. М.: Сфера, 1995. 269с.

12. Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. М.: Просвещение, 1987. 179с.
13. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка. М.: Медицина, 1992. 314 с.
14. Власюк В.В., Иванов Д.О. Клинические рекомендации по диагностике и лечению родовой травмы. М.: АСВ, 2016. 28с. URL: <http://www.raspm.ru/files/travma.pdf> (Дата звернення 4.01.2021).
15. Володин, Н.Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения. *Педиатрия*. 2004. № 5. С. 18-23.
16. Галигузова Л.Н., Смирнова Е.О. Ступени общения. М.: Сфера, 1996. 173 с.
17. Гаркуша, Ю.Ф. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи. Методическое пособие. М.: Ассоц. дефектологов, 2001. 113 с.
18. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.: Просвещение, 1961. 454с.
19. Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272с.
20. Глухов В.П. Основы психолингвистики: учеб. пособие. М.: АСТ: Астрель, 2010. 358 с.
21. Грибова О.Е. Что делать если ваш ребёнок не говорит. М.: Айрис-пресс, 2004. 48с.
22. Громова О.Е. Обследование речи детей раннего возраста. *Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / под ред. Г.В. Чиркиной*. 3-е изд., доп. М.: ТЦ Сфера, 2003. С.190-238.

23. Дедюхина Г. В., Кирилова Е. В. Учимся говорить. 55 способов общения с неговорящим ребёнком. М.: Издательский центр «Техинформ» МАИ, 1997. 88с.
24. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда. Екатеринбург: ЛИТУР, 1999. 374 с.
25. Жукова Н.С. Отклонения в развитии детской речи. М.: ЛИТУР, 1994. 467 с.
26. Исенина, Е.И. Дословесный период развития речи у детей. Саратов: Сфера, 1986. 162 с.
27. Кабельнікова Н.В. Особливості мовленнєвого дизонтогенезу у дітей першого року життя із пошкодженням ЦНС. Педагогічні науки: зб. наук. праць / за ред. Є.С. Барбіної та ін.. Херсон: ХДУ, 2015. Вип.LXVII. С.192-197.
28. Кольцова М.М., Усов А.Г. Возрастные особенности ВНД человека. М: Наука, 1975. 597с.
29. Корнев, А.Н. Нарушение речевого поведения у детей с резидуально-органическими поражениями ЦНС. *Биологические и социальные факторы нарушений поведения у детей и подростков*: сб. науч. тр. Ленингр. Гос. Педиатр. Ин-т, 1989. С.83-92.
30. Крововилив в мозок у новонароджених: наслідки. URL: <https://olgrad.kiev.ua/krovoviliv-v-mozok-u-novonarodzhenix-naslidki> (Дата звернення 12.01.2021.)
31. Кузьмина Н. И., Рождественская В.И. Воспитание речи у детей с моторной алалией. М.: Медицина, 1977. 211с.
32. Лепская Н.И. Язык ребенка. Онтогенез речевой коммуникации. М.: Сфера, 1997. 349 с.

33. Лисичкина Ю.А. Коррекция нарушений предречевых функций у детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы. *Логопедия*. 2005. №3(9). С. 57-59.
34. Лисичкина Ю.А. Коррекция недостатков довербального развития детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы. *Коррекционная педагогика*. 2005. № 3(9). С. 5-11.
35. Лисичкина Ю.А. Особенности развития довербальных функций у детей с перинатальной энцефалопатией. *Специальная психология*. М.: 2005. №2(4). С. 57-64.
36. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие; 3 изд.стер. М.: Академия, 2004. 384 с.
37. Манько Н.В. Абілітаційна та корекційно-розвивальна робота з дітьми раннього віку із органічним пошкодженням ЦНС. *Педагогічні науки: зб. наук. праць / за ред. Барбіної Є.С. та ін.. Херсон: ХДУ, 2014. Вип. LXV. С. 407-413.*
38. Манько Н.В. Виявлення та прогнозування відхилень у психомоторному розвитку дітей на ранніх етапах життя. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Серія: Педагогіка і психологія*. Ялта: КГУ, 2014. С. 81-87.
39. Метиева Л. А., Удалова Э.Я. Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии. Сборник игр игровых упражнений. М.: Книголюб, 2008. 128с.
40. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. СПб: Питер, 2014. 288с.
41. Микиртумов Б.Е., Коцавцев А.Г., С.В. Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. СПб.: Питер. 2001. 256 с.
42. Миронова С.А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях: Кн. для логопеда. М.: Владос, 1991. 208с.

43. Патогенез и клиника речевых нарушений у детей с последствиями органического поражения ЦНС. URL: <http://www.bestlogoped.com/logopediacat/142-patogenez-i-klinikarechevykh-narushenij-u-detej-s-posledstviyami-organicheskogo-porazheniya-tsns> (Дата звернення 19.12.2020).
44. Полякова М. А. Как правильно учить ребёнка говорить. Стимулирование развития речи детей, предупреждение и коррекция речевых нарушений, постановка речи у неговорящих детей. М.: ЛОГО ЭЙДОС, 2014. 272с.
45. Салахова А.Д. Развитие звуковой стороны речи ребенка: Дневник матери. М.: Педагогика, 1973. 237 с.
46. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом. М.: Генезис, 2007. 225 с.
47. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М.: Владос, 2008. 474с.
48. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. Монография. М.: Айрис-пресс, 1999. 315 с.
49. Филькина О.М., Чаша Т.В, Сотникова Н.Ю. Перинатальные поражения нервной системы и их последствия у детей: клиника, прогнозирование, диагностика, профилактика и коррекция, соматическое здоровье М: Энигма. 2007. 240 с.
50. Фрухт Э.Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы. *Дефектология*. 2002. №4. С. 24-27.
51. Чиркина Г.В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей. *Проблемы младенчества*. М.: ИКП РАО, 1999. С. 148-150.

Додатки

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Іванченко Юлія Олександрівна, учасник освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

- відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
- запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
- не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
- не підроблювати документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
- не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
- не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
- не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

13.04.2021

(дата)



(підпис)

Юлія ІВАНЧЕНКО

(ім'я, прізвище)