

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Педагогічний факультет

Кафедра спеціальної освіти

**КОРЕКЦІЯ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ І МОВЛЕННЄВОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: здобувачка вищої освіти
09-213М групи
Спеціальності 016.02. Спеціальна освіта.
Олігофренопедагогіка
Освітньо-професійної програми
«Олігофренопедагогіка»
Ведмецька Юлія Сергіївна

Керівник: д. псих. н., проф. Яковлева С.Д.

Рецензент: директор спеціальної
загальноосвітньої школи № 1

Херсонської міської ради Петлюк С.С.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА.....	6
1.1. Психолого-педагогічні особливості дітей з синдромом Дауна.....	6
1.2. Особливості формування психофізичного та мовленнєвого розвитку у дітей з синдромом Дауна.....	17
РОЗДІЛ 2. ВПЛИВ ПСИХОФІЗИЧНИХ ПРОЦЕСІВ НА МОВЛЕННЄВУ ДІЯЛЬНІСТЬ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА.	26
2.1. Передумови соціалізації дітей із синдромом Дауна на різних етапах їх зростання.....	26
2.2. Теоретико-методичні засади психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна.....	37
РОЗДІЛ 3. ЗМІНИ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА ПІД ВПЛИВОМ КОРЕКЦІЇ.....	44
3.1. Методики розвитку мовлення дітей із синдромом Дауна.....	44
3.2. Стан мовленнєвої діяльності в результаті корекції.....	50
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62

ВСТУП

В останні роки феномен синдрому Дауна широко описаний в медичній, педагогічній та логопедичній літературі. Дослідження синдрому проводяться по всьому світу, оскільки генетичне захворювання зустрічається на всіх континентах, незалежно від раси людини або місця проживання

Актуальність дослідження. Мовлення є однією з найбільш уражених сфер у дітей з синдромом Дауна та дуже важливе протягом усього розвитку людини. Дітям з синдромом Дауна через генетичну аномалію складно оволодіти рідною мовою та мають значні ускладнення у навчанні. Тому вчитель має знати особливості опанування мови цієї категорії учнів. Тобто у дітей з синдромом Дауна будуть розвиватися проблеми як в мовленні, так і в спілкуванні, які, як правило, пов'язані з проблемами в розвитку.

У необхідності розвитку та корекції мовлення у дітей з синдромом Дауна відзначали такі зарубіжні та вітчизняні науковці Бакстер Р., Єжова Т., Козачінер О., Ковтун Р., Прядкіна А., Рудницька Є., Сміт Е., Хокстад С. та інші.

Мета дослідження – на основі виявлених особливостей психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей з синдромом Дауна розробити та експериментально перевірити напрями роботи фахівців команди супроводу.

Відповідно до мети були визначені такі **завдання**:

1. Аналіз літературних джерел досліджуваної проблеми.
2. Визначити особливості психофізичного розвитку та мовленнєвої діяльності дітей із синдромом Дауна.
3. Здійснити огляд ефективних методик психофізичного розвитку мовлення дітей із синдромом Дауна, проаналізувати їх зміст, переваги та проблеми під час застосування.
4. Адаптація методик розвитку психофізичної сфери та мовленнєвої діяльності підлітків з синдромом Дауна.

Об'єкт дослідження – психофізичний розвиток і розвиток мовленнєвої діяльності дітей з синдромом Дауна.

Предмет дослідження – розвиток мовленнєвої діяльності дитини з синдромом Дауна.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні **методи**:

– *теоретичні*: аналіз проблеми на основі вивчення психолого-педагогічної та методичної літератури, педагогічного досвіду; аналіз різних підходів до формування мовленнєвої діяльності дітей з синдромом Дауна.

– *емпіричні*: спостереження за діяльністю дитини, взаємодією батьків та фахівців з дитиною; проведення опитування учасників супроводу дитини, аналіз їх поглядів.

– *статистичні*: обробка і аналіз результатів опитування та спостереження.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що розкрито особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку у дітей з синдромом Дауна; методично обґрунтовано проблему психофізичного розвитку та формування, корекцію мовленнєвої діяльності у таких дітей; визначено методичні підходи до вивчення психофізичного розвитку та мовленнєвої діяльності дітей з синдромом; розкрито значущість психофізичного розвитку та мовлення у соціалізації на різних етапах зростання дітей з синдромом Дауна.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що матеріали дослідження можуть використовуватися педагогами при роботі з дітьми з синдромом Дауна та студентами для написання наукових досліджень з обраного напрямку.

Апробація результатів дослідження. Стаття «Сформованість та корекція мовленнєвої діяльності у дітей із синдромом Дауна» С.10-14, надрукована у Збірці наук. праць. «Сучасні наукові дослідження в

спеціальній та інклюзивній освіті: тези Студентської наукової конференції 23 травня 2024 року / за заг.ред. В.В. Ляшко. Івано-Франківськ, 2024. 165 с.

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

1.1. Психолого-педагогічні особливості дітей з синдромом Дауна

Синдром Дауна – це вроджена вада розвитку, яка часто супроводжується зниженням інтелекту, затримкою мовленнєвого розвитку, порушенням функціонування внутрішніх органів та іншими особливостями психічного та фізичного розвитку.

Е. Мінчакевич визначає синдром Дауна як «вроджену сукупність симптомів і характерних ознак, які розпізнаються в людини вже в момент народження». У свою чергу К.Каннінгем називає синдром Дауна «набором характерних ознак, викликаних наявністю додаткової хромосоми 21»[5,с.15]. Б.Стратфорд стверджує, що цей стан є частиною нашої багатой та різноманітної культурної спадщини, а не хворобою. Він також вважає, що дитина, уражена цим синдромом, є інвалідом не за своєю суттю, а лише з точки зору вимог, які до неї висуває суспільство.

Синдром Дауна - найпоширеніша генетична аномалія. За статистикою, кожен шостий-восьмий новонароджений народжується з синдромом Дауна. Слово «синдром» означає наявність певних ознак або характеристик. Синдром Дауна вперше був описаний у 1866 році британським лікарем Джоном Ленгдоном Дауном і був названий на його честь. Майже через сто років у 1959 році французький вчений Ж.Лежен обґрунтував хромосомне походження цього синдрому, і сьогодні ми знаємо, що Синдром Дауна — це генетичний стан, який існує з моменту зачаття і визначається наявністю додаткової хромосоми в клітинах людини [10,с.35].

Клітини людини зазвичай містять 23 пари хромосом. Одна хромосома в кожній парі успадковується від батька, а друга — від матері. Синдром Дауна виникає, коли виникає одна з трьох аномалій поділу клітин, коли додатковий

генетичний матеріал приєднується до 21-ї пари хромосом. Саме патологія в 21-й парі хромосом визначає характерні ознаки цього синдрому у дитини.

Три генетичні варіанти синдрому Дауна:

1. Трисомія 21.

Понад 90% випадків синдрому Дауна викликані трисомією 21. Діти з трисомією 21 пари мають три хромосоми в 21-й парі замість двох. У цьому випадку всі клітини малюка мають цей дефект. Цей розлад викликаний аномальним поділом клітин під час розвитку яйцеклітини або сперматозоїда. У більшості випадків це пов'язано з нездатністю діагностувати хромосоми під час дозрівання яйцеклітини (близько 2/3 випадків).

2. Мозаїка.

У цій рідкісній формі (приблизно 2-3% випадків) синдрому Дауна лише деякі клітини мають додаткову хромосому в 21-й парі. Ця мозаїка нормальних і аномальних клітин спричинена дефектом клітинного поділу після запліднення.

3. Транслокація.

Синдром Дауна також може виникнути, якщо частина хромосоми 21 пари зсувається до іншої хромосоми (транслокація), що відбувається до або під час зачаття. Діти з цим захворюванням мають дві хромосоми в парі 21, але вони мають додатковий матеріал з хромосоми 21, який приєднаний до іншої хромосоми. Ця форма синдрому Дауна зустрічається не часто (близько 4% випадків).

У більшості випадків синдром Дауна не передається у спадок. Лише один рідкісний варіант синдрому Дауна, пов'язаний з хромосомною транслокацією, може передаватися у спадок. Лише 4% дітей із синдромом Дауна мають транслокацію, і близько половини з них успадкували цей генетичний дефект від одного з батьків. Коли транслокація є спадковою, це означає, що мати або батько є збалансованим носієм генетичної мутації. Збалансований носій не має симптомів синдрому Дауна, але може передавати транслокацію гена своїм дітям. Шанс успадкувати транслокацію залежить від

статі носія. Якщо батько є носієм, ризик передачі захворювання становить близько 3%. Якщо мати є носієм, ризик передачі становить від 10 до 15%.

Наявність симптомів синдрому Дауна можна зрозуміти вже по характерному для цього стану зовнішньому вигляду особи з самого народження дитини.

Ельжбета Марія Мінчакевич визначає синдром Дауна як «вроджений набір симптомів і характеристик, які розпізнаються у людини в момент її народження» [12,с.44]. До найбільш типових симптомів відносяться вузькі, короткі, косі очні щілини, з частою шкірною складкою, що покриває внутрішній кут ока. На райдужній оболонці очей розташовані дрібні світлі плями, які не впливають на якість зору. Голова менша, часто сплюснена ззаду, обличчя плоске, шия коротка. Вушні раковини зазвичай маленькі і низько розташовані. Ротова порожнина менше по відношенню до нормально розвиваються одноліткам, тому язик здається занадто великим. Через гіпотонус щелепних м'язів рот часто відкритий, а видимий язик всією своєю вагою впирається в дно рота. Тверде піднебіння вузьке і сильно вигнуте, в той час як м'яке піднебіння іноді укорочене. Кінцівки коротші і товсті по відношенню до довжини тулуба. Пальці рук зазвичай укорочені, а мізинець характеризується варусом[12,с.56].

Синдром Дауна також супроводжується серцевими патологіями, порушенням зору і слуху, порушенням роботи травної системи, гіпотонією м'язів, порушенням роботи щитовидної залози, надмірною рухливістю у великих суглобах, безпліддям (частіше у чоловіків).

Супутні діагнози, які перешкоджають адаптації та навчанню:

1. Проблеми з зубами, зуби зазвичай прорізуються пізніше. Іноді один або кілька зубів відсутні, а форма деяких може відрізнитися від звичайних зубів. Щелепи маленькі, через що корінні зуби часто заважають один одному. Більшість дітей із синдромом Дауна мають більше пошкоджень зубів, ніж нормотипові діти.

2. Вади серця. Близько половини дітей із синдромом Дауна мають вроджені вади серця, які можуть вимагати хірургічного лікування в ранньому віці. Найбільш поширеними видами захворювань серця є: дефект міжпередсердної перетинки (ASD) – 30,2%; загальний відкритий атріовентрикулярний канал – 24,1%; дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШ) - 23,1%, комбінація ДМПП ВСД - 10,8%; інші, такі як тетрада Фалло, легеневий стеноз тощо – 11,8% [11,с.31].

3. Проблеми із зором. Багато людей із синдромом Дауна мають проблеми із зором (близько 60-70%).

4. Проблеми зі слухом. Багато дітей із синдромом Дауна мають проблеми зі слухом, особливо в перші роки життя. До 20% дітей можуть страждати від сенсоневральної приглухуватості, викликані вадами розвитку вуха слухового нерва.

5. Захворювання шлунково-кишкового тракту. Люди з синдромом Дауна часто відчувають проблеми з шлунково-кишковим трактом, такі як атрезія дванадцятипалої кишки, вентральна грижа, пахова грижа, хвороба Гіршпрунга, при яких відсутні нервові клітини, що відповідають за роботу товстої кишки, що призводить до запорів. Може бути анальна атрезія (відсутність заднього проходу, яка лікується хірургічним шляхом), кільцеподібна підшлункова залоза та інші захворювання шлунково-кишкового тракту. У більшості випадків захворювання шлунково-кишкового тракту вимагають хірургічного втручання.

6. Захворювання уретри. У дітей з синдромом Дауна можуть бути проблеми з сечовипусканням через аномалії будови уретрисечовивідних шляхів. Крім того, у хлопчиків можливе запалення крайньої плоті і набряк яєчок, які можуть бути вродженими або набутими.

7. Інфекційні захворювання. Через ослаблену імунну систему діти з синдромом Дауна дуже сприйнятливі до різних інфекційних захворювань, у тому числі простудних.

8. Захворювання щитовидної залози. Гіпотиреоз або зниження функції щитовидної залози зустрічається у третини пацієнтів із синдромом Дауна. Причинами можуть бути відсутність щитовидної залози при народженні і ураження її імунною системою організму. Дуже важливо щороку перевіряти функцію щитовидної залози, оскільки проблеми з щитовидною залозою можуть початися будь-коли. Якщо проблеми зі щитовидною залозою є вродженими, лікування триває протягом усього життя, і якщо воно досягнуто, терміни можуть змінюватися [8,с.281].

9. Деменція. Деменція - набуте недоумство, стійке зниження пізнавальної активності з втратою раніше набутих знань і практичних навичок, а також утрудненням або неможливістю придбання нових.

10. Апноє сну. Через порушення м'яких тканин і скелета у пацієнтів існує ризик обструкції дихальних шляхів. Люди з синдромом Дауна мають високий ризик розвитку обструктивного апноє сну.

11. Ожиріння. Люди з синдромом Дауна мають більшу схильність до ожиріння. Тому дітям з синдромом Дауна рекомендується дотримуватися дієти з мінімумом солодкого і мучного.

12. Неврологічні захворювання. Люди з синдромом Дауна мають підвищений ризик розвитку епілепсії та хвороби Альцгеймера. До 50 років ризик розвитку деменції зростає з 10% до 25%. У хворих на цукровий діабет у віці 50-60 років він розвивається на 50% частіше, ніж у звичайних літніх людей. Від 70 років - на 75% частіше.

13. Дихання. Через особливості будови ротоглотки і великого язика у людей з синдромом Дауна може спостерігатися пригнічення дихання під час сну. Якщо такі проблеми виникають рідко і не викликають серйозних збоїв, лікування не проводять. У рідкісних випадках, наприклад, коли у людини з синдромом Дауна великий язик, для його зменшення роблять операцію. В результаті не тільки вирішується проблема дихання, але і здатність говорити стає чіткіше [15,с.396].

14. Аномалії опорно-рухового апарату. Діти з синдромом Дауна часто мають проблеми з будовою опорно-рухового апарату. Найчастіше це проявляється дисплазією кульшового суглоба, відсутністю одного ребра з одного боку тіла або обох, викривленими пальцями (клинодактилія), деформацією грудної клітки або низьким зростом.

15. Безпліддя. Синдром Дауна впливає на здатність до продовження роду. У більшості випадків, за рідкісним винятком, чоловіки безплідні, що пов'язано з порушенням розвитку сперматозоїдів. У той же час жінки з синдромом Дауна можуть народжувати і мати щомісячні менструації. Однак можливе порушення менструального циклу, а також ранній клімакс. Синдром Дауна у жінок має значний вплив на перебіг вагітності, розвиток плоду та пологи. Вагітність може призвести до передчасних пологів або викидня. Проте велика ймовірність народження дитини з синдромом Дауна (50%).

16. Коротка тривалість життя. Тривалість життя пацієнтів з синдромом Дауна багато в чому залежить від ступеня затримки розвитку. Однак у 1920-ті роки таким дітям не було й 10 років. Зараз цей показник набагато вищий.

Нижче таблиця описує нормальний розвиток дитини з синдромом Дауна. Як і у всіх дітей, у віці, в якому засвоюються навички, існують великі відмінності в розвитку.

Тут ми показуємо звичайні ключові дії. Деякі діти мають додаткові проблеми зі здоров'ям, які можуть уповільнити їхній розвиток, але всі діти розвиватимуться у своєму власному темпі. Ви можете використовувати таблицю, щоб визначити, чи має ваша дитина особливі труднощі в будь-якій сфері розвитку, щоб підтримати її [41, с.31].

Таблиця 1.1

**Порівняльна таблиця розвитку нормотипових дітей
та дітей з синдромом Дауна**

Площина розвитку	Ключові види діяльності	Вік у місяцях	Записуйте успіхи вашої
------------------	-------------------------	---------------	------------------------

		Синдром Дауна	Решта дітей	дитини
Велика моторика (рух)	Тримає голову стабільно в положенні сидячи Сидить самостійно Стоїть самостійно Ходить самостійно	3-9 м 6-16 м 12-38 м 13-48 м	1-4 м 5-9 м 9-16 м 9-17 м	
Дрібна моторика та координація рук і очей	Слідкує за предметом очима Тягнеться і хапає предмети Перекладає предмети з рук у руки Будує вежу з двох поодиноких блоків Малює коло	1,5-8м 4-11м 6-12м 14-32м 36-60м	1-3 м 2-6м 4-8 м 10-19м 24-40м	
Навички спілкування	Слова «тато», «мама» Реагує на знайомі слова З розумінням вимовляє слова Вираження потреб жестами Будує вираз з двох слів	7-18м 10-18м 13-36м 12-30м 18-60м	5-14м 5-14м 10-23м 11-19м 15-32м	
Розвиток особистості та соціалізація	Посміхається коли говорить Їсть печиво сам П'є з чашки Ходить на горщик вдень	1,5-4м 6-14м 12-23м 20-60м	1-2м 4-10м 9-17м 16-48м	

Оскільки я розглядаю конкретний випадок і конкретну дитину, то розповім про супутні проблеми Сергія. Усе базується на розмові з матір'ю хлопчика та виписці з історії хвороби.

Вік: 16 років

Діагноз: Синдром Дауна (трисомія 21 хромосоми), мозаїцизм (мітотичне нерозходження) (Q90.1). Супутні захворювання: міопія, простий міопічний астигматизм обох очей (H52.1). Розбіжна співдружна косоокість (H50.1). Вроджена глаукома обох очей компенсована, оперована на лівому

оці (Q15.0). Дефект міжшлуночкової перегородки (Q21.0). Значні відхилення у поведінці пацієнта, які потребують особливої уваги і лікування (F71.1). Вроджена вада серця: повна збалансована атріо-вентрикулярна комунікація. Стан після радикальної корекції 2016р. Видалення тромбу порожнини правого шлуночка 15.08.18р. Помірна недостатність мі трального клапана. Мінімальна трикуспідальна недостатність. Невелика аневризма перимембранозної частини МШП. Ожиріння прогресуюче (E 66.0).

Скарги на затримку психомовленневого розвитку (мовлення представлено простими словами та простими реченнями). Увага нестійка, слабка концентрація, труднощі у запам'ятовуванні. Утруднення при спілкуванні. Навички самостійності та самообслуговування сформовані частково (дитина з допомогою одягається та переодягається, з допомогою купається). Інструкції виконує частково, потребує направляючої допомоги дорослого. Сон неспокійний.

Коли в родині народжується малюк, це велика радість і для батьків, і для рідних. Якою б не була дитина - здоровою, хворою, незалежно від її характеру і зовнішності, у батьків є обов'язок зайнятися розвитком і навчанням своєї дитини. А у випадку з синдромом Дауна необхідно відкинути відчай, який у будь-якому випадку мучить людину, і взяти в себе природну любов, і ця любов принесе матері радість материнства, батькові — наполегливість у прагненні виховати свого сина чи доньку щасливими. Необхідно враховувати, що генетичні особливості умовно вважаються захворюванням, життя людини з хромосомними аномаліями сильно залежить від бажання працювати і від зусиль, докладених до навчання.

Пропонуємо розглянути усі сфери розвитку, які впливають на мовлення дитини із синдромом Дауна.

Когнітивний розвиток

Когнітивний розвиток дітей із синдромом Дауна сильно відрізняється від випадку до випадку. В даний час неможливо визначити, наскільки дитина навчатиметься і розвиватиметься фізично до народження. Визначення

оптимальних методів здійснюється після народження шляхом раннього втручання. Оскільки діти мають широкий спектр можливостей, їхній успіх у школі за стандартною програмою може сильно відрізнятись. Проблеми з навчанням у дітей із синдромом Дауна можуть виникати й у здорових дітей, тому батьки можуть спробувати використовувати загальну програму, яку викладають у школах[13,с.55].

Н. Гладких зазначає, що «у більшості випадків діти мають проблеми з мовленням» [13, с.56]. «Відбувається затримка між розумінням слова та його відтворенням, тому батьки повинні відвести дитину до логопеда. Деякі діти починають ходити в два роки, а деякі тільки після четвертого року життя» [13,с.57]. Для прискорення цього процесу зазвичай рекомендують фізіотерапію.

Часто затримується швидкість розвитку мовлення та комунікативних навичок, що допомагає виявити проблеми зі слухом. За наявності слухових апаратів лікуються або призначаються шляхом екстреного втручання.

Діти з синдромом Дауна, навчаючись у школі, зазвичай особливим чином діляться на класи. Це пов'язано з низькою здатністю до навчання дітей із синдромом Дауна та ймовірною затримкою навчання порівняно з однолітками. Вимоги до науки, мистецтва, історії та інших предметів можуть бути недоступними для таких дітей або досягнутими набагато пізніше, ніж зазвичай, тому розподіл позитивно впливає на навчання, надаючи дітям більше можливостей.

Мислення

При виконанні невербальних завдань (класифікація предметів, лічильні операції та ін.) деякі діти з синдромом Дауна можуть показувати досить хороші результати. Існують деякі труднощі в розвитку навичок мислення та накопиченні доказів. Дітям важко переносити навички та знання з однієї ситуації в іншу. І. Гладченко зазначає, що «абстрактні поняття недоступні для розуміння» [14,с.57]. Також може бути важко вирішити практичні проблеми, які виникають. Обмеженість викладу, недостатній обсяг

висновків, що лежать в основі розумової діяльності, зумовлюють неможливість вивчення окремих шкільних предметів.

Розвиток мовлення

Характеризується повільним темпом. Немає однакової постійної моделі. Певною мірою про це свідчить широкий віковий діапазон, який прийнято вважати нормальним у віці від 17 місяців до 5,5 років.

Характерною особливістю є те, що розвиток імпульсивної мови дещо випереджає розвиток експресивності (діти краще розуміють мову інших, виконують прості інструкції, включені в гру, самопередача обмежена).

Часто діти запам'ятовують окремі фрази, не розуміючи значення кожного слова або фрази в цілому. В активному мовленні діти з синдромом Дауна використовують усні слова. Досить широко використовується з удосконаленнями жестів. Словниковий запас іменників перевищує рівень володіння синтаксисом, тому вислови дуже прості та короткі. Словниковий запас, як правило, дуже обмежений, хоча розуміння мови достатньо, щоб опанувати фразу [16,с.13].

Пам'ять

Типовий гіпноз (зниження пам'яті). Дітям потрібно більше часу, щоб вчитися і освоювати нові навички, вивчати і запам'ятовувати новий матеріал. Недостатня короткочасна пам'ять і обробка інформації, яку дитина отримала на слух.

У дітей з синдромом Дауна «пам'ять розвивається досить повільно, вони запам'ятовують матеріал лише після багаторазових повторень, швидко забувають і, як наслідок, не можуть повноцінно використовувати ці знання на практиці» запевнює О. Дерень[16,с.12]. Причиною цього є певна недосконалість замикальної функції кори головного мозку, яка обумовлює малий обсяг і уповільнену швидкість утворення нових умовних зв'язків і їх короткочасність, особливо у цих дітей страждає довільна пам'ять. Ємність пам'яті значно обмежена. При частому відтворенні вивченого матеріалу виникають спотворення.

Увага

За даними наукової літератури та власних спостережень ми відзначаємо, що у дітей із синдромом Дауна рівень уваги досить низький. «Розглядаючи предмети навколишньої дійсності, діти не помічають їх важливих деталей, увага затримується лише на яскравих деталях предмета, часто нехарактерних або другорядних» [30, с.135]. Їх інтерес до об'єкта часто залежить від його фізичних характеристик і зовнішньої мотивації.

Під час організованих занять їхня увага швидко розсіюється і внаслідок цього вони втрачають контакт з викладачем і не розуміють усього, що їм говорять. Увага у них нестійка, дуже важко зосередитися. Особливістю проведення занять є певний акцент на чіткі, сильні подразники, спрямовані на дитину.

Уява

В. Ільїна у своїх дослідженнях підтверджує, що «образ не виникає в уяві, а сприймається тільки зорово». «Діти вміють співвідносити частини образу, але не можуть об'єднати їх в одне ціле» [21 с.59].

Сприйняття

Зорове сприймання характеризується тим, що «діти не бачать деталей у цілому, не звертають уваги на окремі особливості зорового образу, уникають складних зорових структур, переорієнтовуються на більш яскраві» вважає О. Лобарчук [35, с.8]. Такі переваги зберігаються протягом усього життя.

Численні експерименти показали, що діти з синдромом краще працюють з матеріалами, які вони сприймають на зір, а не на слух.

«Діти не можуть інтегрувати власні почуття одночасно з концентрацією, слуханням, баченням і реакцією, тобто вони не здатні обробляти сигнали від кількох подразників у певний момент» [24 с.17].

Емоції

У дітей з синдромом Дауна акцентується поведінка основних емоцій. Більшість із них ввічливі та доброзичливі.

Одні виявляють позитивні емоції до дорослих, контактують з ними, інші - переважно з людьми, з якими спілкуються. Позитивні емоції спостерігаються частіше, ніж негативні.

Вони не завжди вміють правильно оцінювати результати своїх дій, емоції, пов'язані із задоволенням, зазвичай супроводжують кінець заняття, яке, однак, може бути погано сприйнятим, як правило, емоційні реакції не відповідають причинам, що їх викликали, частіше вони недостатньо яскраві, хоча також є занадто сильними переживаннями з несуттєвої причини.

Діти з синдромом Дауна слухняні і мають гарну репродуктивну здатність, можуть легко навчитися навичкам самообслуговування та виконувати домашні завдання або робити прості операції.

Як зауважує, Т. О. Власова, «незрілість емоційно-вольової сфери дітей в старшому шкільному віці перешкоджає соціальній адаптації. Ознаки цієї незрілості проявляються в інтересі до ігрової діяльності, слабкості вольового зусилля [12, с.59]. Всі ці емоційні особливості підлітка можуть бути причиною негативного ставлення його до однолітків.

Поведінка

Характеризується в основному слухняністю, доброю волею, іноді лагідністю, готовністю зробити все за бажанням. Діти легко йдуть на контакт. Але поведінкових розладів може бути багато.

1.2. Особливості формування психофізичного та мовленнєвого розвитку у дітей з синдромом Дауна

Аналіз публікацій свідчить про те, що питання розвитку мовлення та комунікативних навичок дітей із синдромом Дауна було предметом наукових пошуків І.Михновецької [25], А.Міненко [9], Н.Пахомової [33], Є.Рудницької [13] А.Савицького [15; 16] та інших.

О. Мілевською розглянуто психофізіологічні особливості розвитку комунікативних умінь у дітей раннього і дошкільного віку. Вона теоретично обґрунтовує, що «більшу доступність для дітей із синдромом Дауна мають невербальні прийоми комунікації, зокрема, прийом глобального читання»[40, с.95].

Дослідження Н. Тортичної щодо особливостей формування комунікативних навичок у дітей дошкільного віку із синдромом Дауна за умов інклюзивного навчання, показали, що «простежується стрімка тенденція підвищення рівня розвитку комунікативної сфери» [56, с.89].

Як зазначає О. Козачинер: «Особливого значення для навчання, виховання та розвитку дитини з особливими освітніми потребами, зокрема з генетичними порушеннями, є оволодіння нею системою мови, а також усним та писемним, діалогічним та монологічним мовленням, формування комунікативних навичок» [29, с.69]. Це надасть можливість такій дитині відчувати себе повноцінним членом суспільствата соціалізуватися в колективі.Труднощі в опануванні мови у дітей з синдромом Дауна пов'язані зі зниженням гостроти слуху, з частими інфекційними захворюваннями середнього вуха, маленькою порожниною рота, зниженим м'язовим тонусом, затримкою інтелектуальному розвитку. Крім того, у дітей з синдромом Дауна маленькі тавузькі вушні канали. Все «це негативно впливає на слухове сприйняття і уміння слухати, тобто чути послідовні узгоджені звуки навколишнього середовища, концентрувати на них увагу і впізнавати їх»[29, с.70].

У дітей з синдромом Дауна здатність до спілкування з навколишнім середовищем виникає на тлі глобальної затримки психофізичного розвитку. Фахівці говорять, що цей розвиток є «уповільненим варіантом нормального процесу мовленнєвого розвитку, будучи його копією, ідентичною в усіх відношеннях, крім темпу навчання»[29, с.71]. Психомоторний розвиток дитини відбувається на основі певних правил, а окремі етапи розвитку з'являються в конкретних часових рамках. Однак у кожної дитини

індивідуальний темп і ритм цих змін, які є результатом можливостей її організму, а також догляду та навчальної ситуації. Відмінності в ході мовного розвитку стають очевидними в перші місяці життя.

М. Мінчакевич зазначає «діти з синдромом Дауна мають прекрасну можливість компенсувати затримку, але для цього потрібна цілеспрямовано організована, систематична, тривала та інтенсивна логопедична терапія». Також, «кожна з функцій розвивається в тому ж порядку, що і у дітей в нормі розвитку, але пізніше» [69, с.35]. У таблиці нижче наведені відмінності в часі настання окремих етапів мовленнєвого розвитку у дітей в нормальному розвитку і у дітей з синдромом Дауна.

Таблиця 1.2

Відмінності в часі настання окремих етапів мовленнєвого розвитку у дітей в нормальному розвитку і у дітей з синдромом Дауна

	Розвиток мовлення у дитини з нормотиповим розвитком	Розвиток мовлення у дитини з синдромом Дауна
Період звуконаслідування	Крякання – у віці від 2 до 3 місяців. Лепетання – від 5 до 6 місяців	Крякання – у віці від 4 до 13 місяців. Лепетання – від 7 місяців до 6 років.
Період виразів	1-2 рік життя	Від 18 місяців до 10 років
Період запитань	3-4 рік життя	Набагато пізніше або зовсім ні
Період конкретного мовлення дитини	3-7 рік життя	Набагато пізніше або зовсім ні

«У дітей з синдромом Дауна спостерігаються порушення мовленнєвого розвитку, як з вимовою звуків, так і з правильною побудовою граматичних структур» [58, с.30]. Затримка мовлення спричинена сукупністю факторів, деякі з яких зумовлені проблемами сприйняття мовлення та когнітивного розвитку. Будь-яка затримка в сприйнятті та використанні мови може призвести до затримки інтелектуального розвитку.

Характерні ознаки затримки мовленнєвого розвитку:

- «менший словниковий запас, що призводить до менших знань»;
- «прогалини в розвитку граматичних структур»;
- «здатність освоювати нові слова замість граматичних правил»;
- «більші, ніж зазвичай, проблеми у вивченні та використанні звичайного мовлення»;
- «труднощі в розумінні завдань» [63, с.69].

Крім того, поєднання менших губ і слабшої ротової мускулатури фізично ускладнює вимову слів. Чим довше речення, тим більше проблем озвучено.

Для цих дітей проблеми з мовленням часто означають, що вони мають меншєможливості брати участь у спілкуванні. Дорослі зазвичай ставлять їм запитання, які не вимагають відповіді, а також заповнюють їх реченнями, не допомагаючи їм розповісти самим і не даючи їм достатньо часу для цього. Це призводить до того, що дитина отримує:

- «менше досвіду мовлення, що дозволило б йому вивчати нові слова в структурі речень»;
- «менше практики, яка зробить його висловлювання більш зрозумілим» [65, с.320].

Воркування дітей з синдромом Дауна затримується по відношенню до нормально розвиваються одноліткам, тому що відбувається у віці від 4 до 13 місяців. Лепет виникає у віці від 7 місяців до 6 років. Період слова, який в нормі припадає на другий рік життя, в разі захворювання непропорційно подовжується до норми, адже він припадає з 18-го місяця по 10-й рік життя.

«Затримки початкових періодів розвитку мовлення відображаються на останній стадії, так званій специфічній дитячій мові, що розтягується приблизно до 13-14 років дитини з синдромом Дауна»впевнена Р. Ковтун [32, с.11].

Багаторічний досвід логопедичної роботи з дітьми з генетичним захворюванням підтверджує велику важливість постійної медичної допомоги та ранніх втручань загального розвитку, в тому числі в галузі мовлення, а також підтримки з боку сімейного оточення. За словами Кристини Рожновської, «середовище, в якому виховується хвора дитина, впливає на її інтелектуальний та соціальний розвиток» [2].

У дітей з синдромом Дауна в більшості випадків виявляється легка ступінь розумової відсталості, в меншій групі - помірний рівень, а в невеликому відсотку - значні інтелектуальні порушення. Малу групу представляють діти, які досягли рівень психічного розвитку, близький до інтелектуальної норми. «Умінням до самовираження володіють діти, інтелектуальний розвиток яких знаходиться на більш високому рівні, тобто в межах легких і помірних порушень» [1, с.476].

3. Тарковський узагальнив результати досліджень структури мовлення людей з ментальними відхиленнями, які полягають у наступному: «розумово відсталі люди будують коротші висловлювання, ніж люди з інтелектуальною нормою. У міру поглиблення недорозвинення довжина мови скорочується» [62, с.62].

Словниковий запас розумово відсталих людей набагато бідніший, ніж словниковий запас нормотипових осіб. Відсталі особи використовують в основному іменники і дієслова, як і звичайні люди, але набагато рідше використовують прикметники, прислівники, займенники, числівники, сполучники, прийменники. Словниковий запас у них конкретний, абстрактні терміни в ньому зустрічаються рідко.

У висловлюваннях розумово відсталих людей переважають прості і неповні речення. Л. Трофименко дослідив, що «вони формулюють

висловлювання зазвичай в теперішньому часі, рідше в минулому часі, зрідка в майбутньому» [63, с.71]. У міру поглиблення порушення структура мови помітно збіднюється.

Перераховані вище знання важливі для проведення ефективної логопедичної терапії для людей з синдромом Дауна.

Г.Ястшенбовська та О.Пельц-Пенкала наголошують, що «при логопедичних втручаннях основна увага повинна бути приділена збагаченню словникового запасу, необхідного для повсякденних контактів з найближчим оточенням, в якому іменники і дієслова повинні домінувати в найбільшій кількості» [66, с.493]. Важливим питанням є також впровадження правильних форм слів, а також використання теперішнього, минулого і майбутнього часів.

Тому отримання нормативних звуків в терапії дітей з синдромом Дауна є другорядною справою. Однак проблема міжзубного сигматизму, дуже часто виникає в разі генетичного захворювання – як у дітей, які гармонійно розвиваються – вимагає логопедичної терапії з моменту появи дефекту. Проблема може виникнути в початковій фазі мовленнєвого розвитку при вимові звуків [р], [т], [д], [н], іноді [л], а потім тихих, шиплячих і наспівних рядів.

Сигматизм, також згадується як шепелявість, тобто неправильна вимова зубчастих звуків, серія наспівуючих, шиплячих і глухих звуків, є одним з найпоширеніших спотворень у фонологічно-фонетичній системі. До причин сигматизму Ю. Рібцун відносить: «низьку працездатність мовленнєвих органів, наприклад, відсутність вертикалізації язика або дитячого ковтання, а також аномальна будова мовленнєвих органів, неправильний прикус, відсутність постійного або молочного зубного ряду, діастеми або заячої губи та/або піднебіння» [53].

У сигматизмі розрізняють три типи звукової реалізації:

1). могозігматизм, так звані елізії, тобто відсутність вимови деяких зубчастих звуків;

2). парасигматизм, тобто підстановки, заміна одних звуків іншими;

3). власне сигматизм, тобто деформації, спотворення звучання зубчастих звуків, викликані невідповідним місцем артикуляції. Існує багато видів цього розладу. Найбільш поширеними є:

1. Міжзубний сигматизм, що характеризується випинанням язика між передніми різцями, так званий міжзубний при вимові зубчастих звуків, з часом також звуки [т], [д], [н] і [р], рідше [л]. Також можливе висунення язика між корінними зубами вправо або вліво, тобто міжзубний. Діагностиці порушення сприяє добре помітний язик між корінними зубами при вимові референтів звуків;

2. Латеральний сигматизм, обумовлений асиметричним розташуванням язика під час артикуляції. Повітряний потік, замість середини рота, може проходити право-, ліво- або двосторонньо. Спотворення можуть стосуватися також звуків [т], [д], [л] і [р];

3. Пародонтальний сигматизм, тобто адентальний, який характеризується занадто сильним зчепленням передньої частини язика з внутрішньою стороною нижніх зубів. Відсутність жолобка змушує повітря поширюватися широким потоком. Це найпоширеніша деформація у дорослих. Причиною збереження дефекту і в дорослому віці, ймовірно, є відсутність терапії в дитячому віці через погано розпізнаних звукових відмінностей в порівнянні з нормою вимови;

4. Лабіодентальний стигматизм полягає в створенні проміжку між нижньою губою і верхніми різцями або, навпаки, верхньою губою і нижніми різцями. Отриманий звук нагадує різко звучить звук [ф];

5. Свистяче дихання найчастіше вражає людей з діастемою і проміжками між постійними зубами. При артикуляції зубних звуків язик створює занадто глибоку борозну, що сприяє надходженню повітря з великою силою і відсутності опору зубного ряду через нерівномірність положення зубів;

6. Назальний сигматизм, тобто носовий сигматизм, або назалізація. Характеризується правильним положенням язика при не повністю відкинутому м'якому піднебінні. Повітря, проходячи одночасно через рот і ніс, сприяє утворенню додаткового носового шуму. При повному носовому сигматизмі язик змикається з м'яким піднебінням. Повітря спрямовується через ніс, викликаючи неприємний шум у вухах в носі;

7. Гортанний сигматизм, лагінгальнийсигматизм - це шум, що виникає в гортані замість зубчастих звуків. Вона викликається потоком повітря, що видихається, який розсуває голосову щілину. Така ситуація виникає у випадках в'ялості гортанних і надгортанних м'язів або вовчої пащі[51, с.279]. У більшості дітей з синдромом Дауна кінчик язика видно між губами як у фазі спокою, так і під час артикуляції. Власні спостереження показують, що, незважаючи на багаторічну логопедичну практику, зберігається ненормативна артикуляція дзижчання, шипіння, глушіння і звуків [т], [г], [н]. Недостатня чистота вимови декількох звуків, викликана їх міжзубним вимовою, ускладнює розуміння мови не найближчими людьми, які оволоділи специфічною мовою дитини, а оточенням поза домом. Це підтверджує думку вчених у цій галузі, які наголошують на необхідності пріоритетної комунікативності людей з даним синдромом і приймають відсутність прототипних звуків. Тому важливо не припиняти лікування міжзубного сигматизму. Для підтримки правильних міжособистісних контактів важливим є не тільки логопедичний ефект, а й введення широкого спектру вправ на випромінювання голосу, у вигляді тренування дихання і фонації, вдосконалення мовленнєвого апарату і резонаторів. Безперервна логопедична терапія, підкріплена вправами на випромінювання голосу, сприятиме покращенню якості мовлення людей із синдромом Дауна.

А. Савицький стверджує, що діти з синдромом Дауна відчувають труднощі з навчанням, які можуть бути спричинені такими проблемами:

- 1) затримка моторного розвитку;
- 2) можливі проблеми зі слухом і зором;

- 3) проблеми з розвитком мовлення;
- 4) погана короткочасна слухова пам'ять;
- 5) менший період концентрації;
- 6) «труднощі з оволодінням і запам'ятовуванням нових понять і навичок»;
- 7) труднощі з узагальненням, міркуванням і доведенням;
- 8) «труднощі у визначенні послідовності (дій, явищ, предметів тощо)»;
- 9) «труднощі у виконанні невербальних завдань (класифікація предметів, лічильні операції тощо)» ;
- 10) підвищена стомлюваність і нестійкість уваги [56, с.90].

РОЗДІЛ 2

ВПЛИВ ПСИХОФІЗИЧНИХ ПРОЦЕСІВ НА МОВЛЕННЄВУ ДІЯЛЬНІСТЬ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

2.1. Передумови соціалізації дітей із синдромом Дауна на різних етапах їх зростання

Попередні знання про якість життя людей з синдромом Дауна були недостатніми і обмеженими можливостями медичного прогресу. Батьки новонароджених дітей, які постраждали від недуги, часто отримували від медичного персоналу інформацію про те, що життя їхньої дитини однозначно буде обмежена в часі, а інтелектуальні здібності не дозволять нормально функціонувати в суспільстві. Розвиток медицини докорінно змінило раніше представлені погляди. Діти з синдромом Дауна з народження постійно перебувають під наглядом фахівців багатьох медичних напрямків, включаючи кардіологів, ендокринологів, лорів, ортопедів, неврологів, аудіологів та ортодонтів. Завдяки підтримці раннього розвитку, доступній у навчальних закладах у вигляді педагогічної, психологічної та логопедичної терапії, а також втручанню фахівців з фізичної реабілітації, було досягнуто прогресу як у соматичному, так і в інтелектуальному функціонуванні людей із синдромом Дауна.

Якість життя дітей з генетичним порушенням включає в себе, в тому числі, здатність вербально спілкуватися з суспільством. Задоволення потреби висловлювати власні думки і бажання словами є неодмінною умовою для задоволення багатьох інших потреб, в той же час приносячи велике значення загальному розвитку дитини. Процес набуття мовленнєвих навичок, незважаючи на ранню логопедичну діяльність, відхиляється від мовленнєвого розвитку гармонійно розвивається дитини і залежить від рівня психомоторного розвитку.

З кожним днем, з кожним тижнем зростає досвід у відносинах зі світом, і дитина починає цей досвід усвідомлювати. О. Чоботарьованаголошує «найважливіший досвід у житті маленьких дітей — це контакт з людьми,

яких вони бачать, чують, відчують, нюхають, коли їх беруть на руки, годують, купають, грають з ними» [69, с.23]. Недивно, що більшість дитячих реакцій соціальні, тому що вони посміхаються і встановлюють контакт очима під час взаємодії з дорослими. Вони також навчаються інтерпретувати почуття інших людей, наприклад, задоволення, гнів, смуток, що супроводжуються відповідними виразами обличчя, жестами, голосовою інтонацією. Це початок навчання соціально прийнятної поведінки, зокрема, як впливати на інших і розуміти почуття. Незважаючи на те, що діти з синдромом Дауна із запізненням навчаються встановлювати контакт очима, дотримуватися черговості, вони щиро виявляють інтерес до людей, соціально чуйні та сприйнятливі. Щоб викликати посмішку, досить подивитися в очі дитині і щиро посміхнутися. А якщо у відповідь малюк теж посміхнувся, його потрібно похвалити, притиснути до себе, ніжно погладити по голівці — такі дії допоможуть закріпити навичку. Тенденція успішного соціального та емоційного розвитку та розвитку невербальних навичок спілкування зазвичай зберігається і в наступні роки.

У соціалізації особистості дитини відіграє важливу роль родина. Дім, сім'я є найважливішими, а батьки найголовнішими і першими вчителями для своїх дітей. Ми всі дуже різні. У людей із синдромом Дауна провідний бік життя емоційний. Ці діти не можуть без емоційного тепла. І звичайно, ніде, окрім як у сім'ї, вони не зможуть отримати повною мірою тепла, родинної близькості, турботи, прийняття та любові. Тому будь-який інший варіант виховання для дитини із синдромом Дауна неприйнятний. О.К. Васильєва вважає, що «Їм вкрай потрібний контакт як словесний, так і тілесний. Це ті люди, які в емоційній порожнечі просто зів'януть, ослабнуть, згаснуть» [35, с.12]. Слід пам'ятати: таким дітям дуже потрібні близькі люди і такий рівень контакту, за якого вони зможуть цю свою емоційну сторону реалізувати повною мірою.

Ранній вік

Рання комплексна допомога пропонує широкий спектр довгострокових медичних, соціальних, психологічних та педагогічних послуг, орієнтованих на сім'ю і здійснюваних у процесі узгодженої, командної роботи фахівців різного профілю.

Рання допомога для подальшого розвитку дитини особливо значуща перші місяці і перші роки життя і призначені для соціально-педагогічної підтримки сім'ї дитини в період, коли способи взаємодії сім'ї з навколишнім світом тільки починають формуватися.

Дослідження науковців довели, що «систематична рання психолого-педагогічна допомога дітям із синдромом Дауна в умовах сім'ї із залученням батьків у процес корекційної роботи дозволяє вивести на новий якісний рівень не тільки сам процес розвитку дитини, але і значною мірою визначає процес інтеграції в суспільство». На всіх етапах життя діти із синдромом Дауна повинні, на думку вчених Р. Ковтун та П. Жиянова «перебувати під патронажем фахівців, які організують процес супроводу цих людей в освітньому і соціальному просторі» [32, с.9]. Тобто, для того щоб набути цей базовий досвід, слід докласти значних зусиль: потрібно нескінченне спілкування, спільне спостереження за навколишнім, переважання позитивних емоцій тощо.

На нашу думку, строки сидіння, повзання та ходьби впливають на соціалізацію дитини в ранньому віці. Тому були вивчені дослідження О. В. Чеботарьової, І. В. Гладченко, А. Василенко-ван де Рея, Н. І. Ліщук.

І.В. Гладченко зазначає, що «через анатомічні особливості дитина із синдромом Дауна сідає тільки в 9–10 місяців. Деякі діти навчаються сидіти лише майже у 2 роки — це залежить від наявних супутніх патологій та від загального розвитку організму» [14, с.85]. Але щойно малюк сів, його вже можна привчати тримати в руці сухарик, пляшечку з водою і навіть висаджувати його на горщик.

За дослідженнями Н.І. Ліщук «діти із синдромом Дауна починають повзати і ходити у різні строки» [69, с.85]. Тут важлива батьківська підтримка

у вигляді пересування ніжок і дитина зрозуміє, що їй потрібно робити для самостійного повзання і закріпить цю навичку. Дитина із синдромом Дауна навчиться робити все те саме, що й здоровий малюк, але дещо пізніше.

Дані, представлені в цій таблиці, взяті з результатів сучасних досліджень А. Василенко-ван де Рея з вивчення моторного розвитку маленьких дітей із синдромом Дауна[69, с.90]. (табл.2.1)

Таблиця 2.1

Етапи психомоторного розвитку дітей із синдромом Дауна

Дії	Середній вік (місяці)	Діапазон (місяці)
Посміхається	2	1,5-4
Перекочується	6	2-12
Сидить	9	6-18
Повзає	11	7-21
Лазить карачки	13	8-25
Стоїть	10	10-32
Ходить	20	12-45
Говорить слова	14	9-30
Говорить речення	24	18-46

Отже, набуття однієї навички тягне за собою набуття нових.Н.І. Ліщук стверджує, що «дитина навчилася сидіти, вона відразу почне маніпулювати іграшками, а це розвиває дрібну моторику, що сприяє розвитку мовлення та мислення» [69, с.91]. .

Великого значення мають щоденні гігієнічні процедури, які допомагають випрацювати самостійності в подальших вікових періодах. Процес навчання відбувається щодня, з самого ранку і до вечора. Тобто режимні моменти використовуються теж як навчальний процес. Після багатьох повторів та нагадувань, дитина буде сама ходити до туалету (знімати штанці, змити воду, закрити кришку, одягнути штанці, а не з

допомогою дорослого). Під час миття рук у дитини впаде мило, але має вона сама його підняти і намити руки, а не дорослий.

Що просто і зрозуміло нам, непросто і незрозуміло їм. У більшості дітей із синдромом Дауна «погано розвинена внутрішня мотивація для задоволення особистих потреб» [70, с.85]. Вони не просять пити чи не плачуть, коли хочуть їсти. Тому варто їх цьому вчити відповідно до режимних моментів, під час сніданку промовляти «Дай їсти. Хочу їсти», «Дай пити. Хочу пити». Показавши кілька разів, терпляче чекати, поки дитина навчиться робити це сама. І зубки вона теж буде чистити, роблячи це з кожним днем все краще. І так — тисячі побутових дрібниць: умиватися, витиратися, одягатися тощо.

Дошкільне дитинство

На формування особистості дитини з синдромом Дауна впливає перебування в дошкільному закладі. Але можуть виникнути труднощі навіть у звичайних діях. По-перше, дитина має зрозуміти, що слова «йдемо мити руки» відноситься і до неї особисто. По-друге, вона з подивом побачить, що є черга до умивальнику, цю чергу слід вистояти, помити руки та пропустити наступну дитину. А ще рушник варто брати лише свій і повішати на певне місце. І таких нових обставин багато. Чим якісніше робота дома, тим швидше малюк зможе звикнути, комфортніше та безпечніше почуватися в дитячому закладі.

Т. Кушніренко виділила навички, потрібні дитині для адаптації в дошкільному закладі[47, с.111]:

1. Ігрові навички.
2. Навички самообслуговування: користування туалетом, одягатися і роздягатися, уміти самостійно їсти, прибирати за собою речі та іграшки.
3. Елементарні навички орієнтування в просторі (у кімнаті, на столі, вгорі, внизу) та часі (зранку, ввечері).
4. Дотримання правил та черговості, взаємодія з дорослими та однолітками, тобто соціальні навички.

5. Комунікативні навички (слова, жести зрозумілі усім оточуючим: привіт, до побачення, дай, на, моє, немає, не знаю).

На наш погляд усі вище переховані навички взаємопов'язані, не використовуються ізольовано. Наприклад, ігрові навички пов'язані з комунікативними та соціальними навичками (дотримання правил гри, взаємодія з однолітками, повідомляти про свої бажання та не бажання), орієнтацією в просторі (знаходити потрібні речі та іграшки, людей).

Шкільне навчання

Як підготувати дитину із синдромом Дауна до шкільного навчання? У дошкільному віці потрібно вчити дитину аналізувати, порівнювати предмети за кольором, формою, розміром; необхідно звертати увагу дитини на характерні ознаки пір року, явищ природи, добових змін. Дитину слід навчати класифікувати та узагальнювати предмети побуту, овочі, фрукти, посуд тощо. Потрібно розвивати в дитини дрібну моторику, вміння утримувати олівець, пензлик, ручку. Для цього залучайте дитину до різних видів діяльності у процесі виготовлення цікавих виробів з паперу, пластиліну, глини, солоного тіста, природних матеріалів за зразком та аналогією.

Завдяки залученню дітей із синдромом Дауна до спеціальних занять у шкільному віці, розвиненню базових соціальних навичок, закладених у дошкільному віці, вони навчаються читати і писати, беруть участь у шкільних і позашкільних заходах. Завдання повинні бути посильними для дитини і викликати задоволення від виконаної роботи. Стимулюйте успіхи дитини, хваліть за старанність та наполегливість. У наступному розділі більш детально зупинимося на спеціальних методиках, що забезпечують навчання та всебічний розвиток дітей з синдромом Дауна.

У шкільному середовищі завдяки щоденним ритуалам виконується ряд завдань, а саме:

1) «формування соціальних умінь та навичок, що є передумовою успішної соціалізації: запитати, вислухати, дати відповідь, дочекатися своєї

черги, не перебивати один одного, співчувати, співпереживати, здатність утримувати в пам'яті інформацію про іншу людину тощо» [36, с.280];

2) поглиблення уявлень та закріплення знань про навколишній світ: пори року, місяці року, дні тижня, явища природи;

3) «формування розуміння та відчуття часу: формування уявлень про вікові зміни (дата народження, перехід в наступний клас); орієнтування в часі (використання календаря, визначення дати); співвіднесення подій особистого життя з реальним часом (вчора, сьогодні, завтра)» [30, с.134].

Н. Ліщук розповідає про важливість екскурсії, прогулянки — «це особливі форми організації навчально-виховного процесу, що уможливають розширення меж спеціально створеного середовища для розвитку та соціалізації дітей» [62, с.66]. Вони проводяться у всіх класах початкової школи відповідно до можливостей та готовності учнів. Тематика навчальних екскурсій, місце їх проведення, кількість та зміст не обираються вчителем випадково, а заздалегідь плануються в рамках вивчення тієї чи іншої теми. Визначаються їхні значення та доцільність. Саме тому екскурсії передбачені в календарно-тематичному плануванні й проводяться за розкладом уроків, а іноді у позаурочний час.

Бажано під час прогулянок з дитиною звертати увагу на те, що знаходиться навколо. Г. Соколова виділяє два мотиви, що спонукають батьків до таких дій: «по-перше, це сприяє формуванню в дитини спостережливості, здатності звертати увагу на те, що її оточує; по-друге, це спонукає дитину застосовувати знання на практиці, в реальному житті» [59, с.31].

Соціальний супровід дитини з синдромом Дауна - це комплекс проблем, пов'язаних з лікуванням, навчанням, соціальною адаптацією та інтеграцією в суспільство.

Так як діти із синдромом Дауна мають характерні зовнішні прояви та інтелектуальні порушення, то під час адаптації дитини та прийняття її

однолітками можуть виникнути бар'єри, а саме: комунікативні, взаєморозуміння, емоційні.

На поглядах вчених Н.В. Паніна, Є.І. Головаха, І.О. Трухіна можна виділити наступні основні комунікативні бар'єри (рис. 2.1), які «негативно впливають на розвиток особистості школярів із зовнішніми відмінностями» [45, с.23].



Рис. 2.1. Комунікативні бар'єри школярів із зовнішніми відмінностями та сфери їх прояву.

По-перше, «естетичний бар'єр спричиняє виникнення психологічного відчуження у спілкуванні та взаємодії, як зі сторони дорослих так і зі сторони однолітків» [45, с.24]. Наприклад, у підлітковий період характеризується підвищеною чутливістю, що призводить до переживань у кілька разів більше від іншого вікового періоду.

По-друге, інтелектуальний, адже «діти із синдромом Дауна можливі різноманітні інтелектуальні порушення, від легкого до важкого ступеня» [45, с.24]. Чим важче це порушення, тим більше ускладнюється комунікативний процес з однолітками та дорослими.

По-третє, різні мовленнєві порушення, такі як, дизартрія, брадилалія та інше, призводить до мовленнєвих бар'єрів. Це «обмежує та деформує процес спілкування з однолітками, коло інтересів та рівень знань значно

відрізняється» [45, с.25]. Однолітки з часом втрачають інтерес у спілкуванні з ними та формується своєрідна соціальна ізоляція.

Комунікативні бар'єри виникають в основних сферах розвитку особистості, а саме в сім'ї, школі та групі однолітків. Часто з появою дитини з порушеннями збільшується частота сімейних конфліктів, хтось з сім'ї йде або вихованням займаються інші члени сім'ї. Як наслідок несприятливий досвід спілкування у родині.

М. Глозман вважає «доцільно більш детально зупинитися на аналізі такої сфери впливу комунікативних бар'єрів, як спілкування з групою однолітків, так як спілкування є провідною діяльністю особистості підліткового віку». Його дослідження показали, що «обмежений характер спілкування дітей з проблемами зі своїми однолітками корелював зі ступенем замкнутості сім'ї, а також зі ступенем порушень у розвитку дитини» [41, с.79].

Це підтверджує і дослідження О. М.Усанової, яка виділяє мікросоціуму дитини з відхиленнями в порівнянні зі здоровими дітьми. А саме, «перше коло мікросоціуму – сім'я, у проблемної дитини може бути пустим (неповна сім'я, батьки з девіантною поведінкою і таке інше) частіше, ніж у здорового». «Друге коло – друзі, для проблемної дитини має багато обмежень». Третє коло – діти зі суспільних груп, значно вужче ніж у здорових, особливо для дітей з важкими порушеннями. Четверте коло – дорослі, які допомагають дитині, є найбільш наповненим, тому що, ці діти потребують допомоги дорослих, а саме лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників та інших» [41, с.80]. Таким чином, можна сказати що, основна особливість моделі мікросоціума дитини з обмеженнями в тому, що спілкування з дорослими має тенденцію до розширення, аз однолітками – до скорочення. Вважаємо, що цей факт впливає як позитивно, так і негативно на розвиток комунікативних якостей підлітків з порушеннями при синдромі Дауна.

Декілька порад батькам. З самого дитинства давайте дитині можливість поспілкуватися з якомога більшою кількістю дітей і навчитися бути

частиною команди, відвідавши групу дитячого садка на майданчику. Гра з іншими дітьми може допомогти вашій дитині вчитися, спостерігаючи та наслідуючи інших дітей, а також розвивати мовленнєві навички.

З раннього дитинства заохочуйте свою дитину бути якомога самостійними під час прийому їжі та одягання, підготовки до прогулянки чи сну, чищення зубів або, якщо необхідно, відвідування туалету тощо. Якщо ви продовжуєте надто допомагати дитині, він може стати надмірно залежним від такої допомоги і менш імовірно намагатиметься зробити це самостійно.

Діти з синдромом Дауна відстають у розумовому розвитку, мають дещо затриману моторику, пізніше починають розмовляти, а якщо й розмовляють, то не так чітко й логічно, як хотілося б. Словниковий запас також розвивається повільніше. Ця та інша інформація використовувалася раніше в основному для розміщення таких дітей у спеціальних установах. Таке ставлення призвело до того, що навіть у зрілому віці такі люди не могли самореалізуватися, навіть якщо цілком правильно поводитися, логічно мислили, оволоділи багатьма мовленнєвими та поведінковими навичками.

Виховання дітей із синдромом Дауна в сучасному підході базується на тому, що діти, крім недоліків, мають і свої переваги. Вони добре наслідують інших, вони сумлінні і старанні. «Відставання від однолітків у розумовому, емоційному та фізичному розвитку може бути абсолютно різним, і ці особливості сильно залежать від ставлення до дитини та присутніх проблем» [39, с.63]. Але проблеми можна і потрібно вирішувати, а у випадку з синдромом Дауна – не зволікати.

Постійна робота над вихованням дитини призведе до того, що вона почне працювати над власним розвитком і захоче вчитися. Ранні успіхи призведуть до емоційного бажання повторити відчуття успіху, що змусить дитину діяти самостійно. Багато в житті залежить від внутрішньої впевненості. Якщо ви вселите віру в краще майбутнє, надію на можливість повноцінного життя, вселите любов до людей, яких часто можна не

зрозуміти, то ці почуття стануть тим пальним, яке допоможе вашій дитині розвиватися та жити самостійно у дорослому житті.

Ці діти дуже добрі, хочуть спілкуватися і довіряти. Мислення може бути сповільненим, увага може бути розсіяною, механічна пам'ять (мимовільне запам'ятовування) переважає над семантичною пам'яттю (осмислене запам'ятовування). Вони прив'язані до близьких людей, дуже люблять своїх батьків, братів і сестер.

Звичайно, як і всі нормотипові люди, вони можуть, наприклад, проявляти характер, в деяких випадках можуть бути впертими, висловлювати свої негативні емоції. Але вони повинні відчувати себе повноцінними членами сім'ї та суспільства, щоб спілкуватися на рівних, часто ігнорувати свою хворобу, виконувати відповідальні завдання і взагалі прищеплювати відповідальність.

А. Міненко пропонує короткі правила виховання дитини з синдромом Дауна:

1. «Не можна боятися, тому що синдром - це ознака, яка просто більш виражена, ніж інші хромосомні особливості, які є у всіх дітей».
2. «Не знаходите місця відчаю в своєму серці, майбутнє завжди буде найкращим, якщо ви почнете працювати над вихованням дитини сьогодні».
3. «Визначтеся з тим, що необхідно для повноцінного існування вашої дитини, і починайте облаштовувати своє життя не з завтрашнього дня, а просто з того моменту, як ви прочитаєте ці рядки» [40, с.95].

Існують спеціальні методики, які допомагають розвиватися дітям з інтелектуальними порушеннями. Їх потрібно знати і досліджувати, але використовувати їх потрібно обережно, потрібно постійно говорити, що вони повинні працювати і можуть жити нормальним життям, а старшим – що зусилля, які вони докладають, допоможуть їм стати самостійними, успішними та незалежними людьми в житті.

2.2. Теоретико-методичні засади психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна

Ідеї супроводу набули поширеного вивчення у ХХ ст. в різних галузях науки: психології, педагогіці, медицині, в яких у поняття «психологічний супровід» закладено підтримку особистості, яка на певному етапі розвитку має певні психологічні, особистісні, соціальні труднощі; надання психологічної допомоги, спрямованої на розвиток і саморозвиток самосвідомості особистості; допомоги, яка активізує власні ресурси людини та запускає механізми саморозвитку тощо.

З досліджень Г.Б. Соколової у поняття психологічного супроводу закладено різні сенси[61, с.33]:

- «підтримка психічно здорових людей, які на певному етапі розвитку мають особистісні труднощі» (Н. Самойлова, М. Мушкевич),
- «збереження здоров'я дитини протягом всього її освітнього шляху» (А. Гордєєва),
- «надання психологічної допомоги, спрямованої на розвиток і саморозвиток самосвідомості особистості (К. Альбуханова-Славська, Л. Божович),
- допомога, яка запускає механізми саморозвитку і активізує власні ресурси людини (Д. Локк, А. Мудрик),
- подолання різних труднощів у психічному розвитку дітей (Т. Глазкова, Т. Єгорова, А. Колупаєва, Н. Спіріна).

Цікаво, що однозначності у розкритті змісту даного поняття у професійному науковому дискурсі немає. Науковці досить часто синонімічно співвідносять психологічний супровід із соціально-психологічними послугами, соціальним забезпеченням, психолого-педагогічною роботою тощо.

Ми погоджуємося з поглядами Т. Горолатовою, що термін «супровід» є ширшим та багато значнішим за «підтримку». Тобто, на відміну від

супроводу, підтримка передбачає корекцію поведінки, надається за фактом складної ситуації, але не запобігає проблеми, тобто, поверхнево, що призводить до зовнішньої відповідності нормі, не усуває причин, що призвели до виникнення проблемної ситуації. Однак, супровід є тривалим процесом, який передбачає рішення задач особистісного становлення.

Ми підтримуємо позицію Т. Чернікової, яка наголошує, що «психолого-педагогічний супровід, у першу чергу, спрямовується на побудову життєвого простору людини, що зростає, та передбачає участь компетентного дорослого, який викликає у дитини довіру» [70, с.86]. Основними принципами психологічного супроводу вчена виділяє врахування вікового розвитку дитини, спадкоємність в роботі психологів та батьків, суб'єкт-суб'єктні відносини з вихованцем.

У працях О. Казакової, поняття «супровід» трактується як «допомога дитині, в основі якої лежить збереження максимальної волі й відповідальності суб'єкта розвитку за вибір варіанта вирішення її актуальної проблеми» [30, с.134]. Розглядаючи супровід з позиції «на стороні дитини» вчена інтерпретує його як «цілісний процес допомоги дитині, її родині й педагогам, в основі якої лежить збереження максимуму волі й відповідальності суб'єкта розвитку за вибір рішення актуальної проблеми».

Тут працює принцип мультидисциплінарності та необхідність погодження роботи «команд» фахівців, які володіють єдиною системою методів, включені в єдину організаційну модель. Поряд з цим дослідниця наголошує на «допомозі у формуванні орієнтаційного поля, у якому відповідальність за власні дії несе сам суб'єкт розвитку» [30, с.135].

О. Казакова зазначає, що супровід «це складний процес взаємодії супроводжувачого і супроводжуваного, результатом якого є рішення і дія, яка веде до прогресу у розвитку супроводжуваного, у який включена і сама дитина, і її батьки, і педагоги, і найближче оточення» [30, с.136].

О. Мілевська розглянула сучасні науково-методичні підходи стосовно розвитку у дітей із синдромом Дауна комунікативних умінь, альтернативних

по відношенню до вербальної комунікації. Також акцентувала увагу на тому, що «ці діти мають ті ж самі потреби, які будь-які інші діти, тому останнім часом створено ряд громадських організацій і реабілітаційних центрів, що опікуються всебічною допомогою їм» [39, с.62]. Практика роботи таких установ переконливо свідчить про наявність навчального потенціалу у дітей даної категорії і можливість його розвитку за умови правильної організації їх психолого-педагогічного супроводу.

За дослідженнями Н. Тортичної «між тривалістю виховання в інклюзивній групі та можливістю впливу на розвиток дітей з особливими потребами встановлено позитивний взаємозв'язок» [59, с.31].

Психологічний супровід дітей із синдромом Дауна в освітньому процесі передбачає динамічну, засновану на взаємодії психолога, дітей та батьків роботу, що забезпечує ефективне особистісно-соціальне зростання школярів на всіх етапах навчання.

Зміст і форми педагогічної підтримки визначаються залежності від характеру труднощів, з якими стикаються учні під час спілкування в мікрогрупах і навчальної діяльності. Тут важливе використання педагогом різних засобів, форм, методів, що можуть бути реалізовані та відповідати психолого-педагогічним особливостям учня. На нашу думку, до того як надавати дитині педагогічну підтримку, вчитель повинен вивчити її індивідуально-особистісні риси та розробити психолого-педагогічний портрет цього учня. Тому педагогічний супровід надважливо поєднувати з психологічним.

Діти молодшого шкільного віку особливо потребують педагогічного супроводу з боку батьків та вчителя. Педагогічна організація супроводу цього віку може бути в такому напрямі: проблема – захист – самостійність. Де проблема – це розбіжність з реальними і очікуваними результатами навчальної діяльності, тобто негативний стан дитини в конкретний момент; захист передбачає допомогу у виявленні та розв'язання проблеми; а самостійність – це здатність учня долати власні проблеми з допомогою

дорослого. А при роботі з учнями із синдромом Дауна проблема буде завжди, вона потребує тривалого та постійного педагогічного супроводу.

Не меншої уваги педагога потребують учні підліткового віку середньої школи. Найбільша кількість учнів цього віку зі шкільною дезадаптацією: важко пристосуватися до школи, прояви низької успішності, погана дисципліна, розлади взаємовідносин з дорослими та однолітками, поява негативної поведінки тощо. Також у середніх класах виникають психологічні проблеми: не стійкість інтересів, «ворожість» до школи, труднощі в соціалізації, не прийняття себе. Розглядаючи учнів підліткового віку з синдромом Дауна, відповідно до тяжкості інтелектуального порушення дезадаптація може настати раніше чи пізніше, поглиблюватися, утруднюватися. Тому важливо, при педагогічній підтримці має бути запроваджено комплекс заходів для оволодіння такими дітьми системи знань, умінь та навичок для подальшого особистісного розвитку: планування самостійного життя, здатність до самостійної діяльності, організації побуту, соціалізації[68, с.28].

Безсумніву, важливим інститутом соціалізації дитини із синдромом Дауна є сім'я, але сьогодні саме вона складає групу ризику десоціалізації, оскільки у батьків, що виховують дітей із синдромом Дауна присутні психосоціальні кризи та різні стадії емоційного вигорання.

Але перед нами стоїть завдання розглянути психологічну підтримку дитини із синдромом Дауна саме в освітньому середовищі. Завдяки дослідженням Г. Соколової можемо виділити основні завдання психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна:

- «створення умов для включення школярів із синдромом Дауна у соціум, сприяння повноцінному розвитку особистості»;
- «забезпечення індивідуального та диференціального підходу до кожного школяра із синдромом Дауна в процесі освітньої діяльності на основі його всебічного психолого-педагогічного вивчення»;

- «здійснення профілактичної та корекційної роботи із школярами з синдромом Дауна» [59, с.30].

Г. Соколова впевнена, що «формування соціальної компетентності школярів із синдромом Дауна передбачає формуванню соціально-психологічних компонентів взаємодії дитини в мікро- та макросередовищі:

- соціальна адаптація (прийняття норм соціальної поведінки та їх прийняття відповідно до вимог батьків, однокласників, вчителів, гарні взаємини школяра з ровесниками, стійкий інтерес до взаємодії з іншими дітьми, здатність підтримати розмову та ділитись інформацією;

- соціальної ідентифікації (розвиток власного «Я», порівняння себе з іншими дітьми, формування індивідуальності, набуття вмінь адекватної взаємодій з однолітками, батьками, дорослими, ідентифікація з іншими);

- індивідуалізації (розвиток емпатії, вміння виділити себе серед інших, здатності до турботи)» [59, с.31].

Першочергово, психологічний супровід полягає у діяльності психолога в умовах проблемної ситуації дитини, що опирається на її сильні сторони, активність і створює умови для самореалізації дитини в кожній, конкретній життєвій ситуації. Ця діяльність будується на співпраці із сім'єю й адміністрацією закладу з метою визначення оптимального навантаження для дітей з особливими потребами, підвищення їхнього адаптаційного потенціалу, передбачає внесення пропозицій щодо організації навчально-виховного процесу.

У цьому напрямку, важливе значення надається освітньому середовищу, при створенні якого слід врахувати наступні позиції:

- 1) активне залучення батьків до навчальної діяльності дітей;
- 2) створення сприятливої соціальної атмосфери;
- 3) врахування особливостей і очікувань вчителів та батьків щодо результатів навчання та соціалізації дитини із синдромом Дауна.

Тобто, прояви поведінкової дезадаптації зменшуються, коли учні опиняються в середовищі, яке задовольняє їхні потреби. Якщо

задовольняються безпека, приналежність, самостійність (базові психологічні потреби учнів), то вони активніше спілкуються з однолітками, виявляють бажання брати участь у різних заходах школи; розвивають свої соціальні навички та розуміння; формуються належні форми і вияви поведінки дітей.

Проте, навчальне середовище, яке не задовольняє потреб учнів, стає причиною поведінки відчуження, низького рівня соціальної взаємодії, зменшує їхню мотивацію до навчання, веде до зниження успішності.

Г. Соколова вважає, що «у психологічному плані має відбуватися спрямування на всебічний розвиток дитини та розв'язання проблем соціальної адаптації, її підготовки до максимально-самостійного життя» [69, с.71]. Доцільним є використання “заходів, що спрямовані на: комплексну допомогу та підтримку в саморозвитку й самореалізації у процесі сприйняття світу та адаптації в ньому; створення сприятливих умов для соціалізація дитини в її життєвому просторі.

Під час психологічного супроводу постають такі завдання:

- методичне забезпечення психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна в освітньому процесі;
- розроблення корекційно-розвивальної програми спрямованої на формування соціальної компетентності школярів із синдромом Дауна;
- проектування розвитку соціально-психологічних механізмів соціальної компетентності школярів із синдромом Дауна в процесі соціальної взаємодії у мікро- та макросередовищі та ін.

Безумовно, головним фактором психолого-педагогічної роботи є сам фахівець і його вміння оптимізувати умови педагогічної взаємодії з дитиною. Однією з найважливіших умов плідної роботи є особистість учителя, характер роботи, стиль педагогічного спілкування. Перераховані чинники можна назвати «підходом» до дитини, мовою педагогів усі вони складають педагогічну стратегію – систему різноманітних дій педагога в процесі спілкування з дитиною/групою дітей, спрямованих на кінцевий результат визначений вчителем.

На підставі теоретичного аналізу спеціальної та соціальної психологічної літератури з'ясовано, що соціально-психологічний супровід є системою комплексної, послідовної, соціально спрямованої діяльності команди фахівців, яка забезпечує процеси індивідуалізації особистості учня, створює умови для його самовизначення за рахунок власних можливостей і здібностей, захищає права учня.

РОЗДІЛ 3

ЗМІНИ МОВЛЕННЄВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА ПІД ВПЛИВОМ КОРЕКЦІЇ

3.1. Методики розвитку мовлення дітей із синдромом Дауна

Порушення в розвитку спілкування стосуються різних сфер життя і мовних рівнів. Діти з синдромом Дауна мають знижений рівень розуміння, а також порушується здатність будувати речення. Розвиток мовлення у дітей із синдромом Дауна дуже різноманітний, і можна виділити кілька характерних особливостей, зокрема: [1, с.478] порушення дихання, короткий видих, часте мовлення на вдиху; фонація часто хрипла і сповільнена; голос дуже глухий і низький; темп мови часто занадто швидкий, а в деяких випадках занадто повільний; часто не вистачає вільного мовлення; вимова часто незрозуміла оточуючим; ми часто стикаємося зі звукозаміною, спотворенням звуку, випаданням і використанням уривків слів; дуже великі проблеми через малу пружність губ викликають звуки: п, б, м, ф, в; найбільш частим дефектом є шепелявість і міжзубне зчленування.

Діти з синдромом Дауна починають свою пригоду з мовлення набагато пізніше. Є багато причин, які сприяють затримці розвитку, наприклад, «асинхронність мовленнєвих навичок, пошкодження когнітивної основи засвоєння мови, які можна помітити вже під час перших спроб встановити контакт з батьками». Ці діти рідко проявляють ініціативу у вербальному та невербальному спілкуванні з матір'ю. Проблема зберігається протягом перших 18 місяців, що свідчить про те, що ця здатність розвивається у дітей з синдромом пізніше, ніж у їхніх однолітків. Важливою проблемою розвитку мовлення у дітей є низький тонус м'язів губ, язика, м'якого піднебіння і дихальних м'язів. В'ялість м'язів ускладнює вільне створення звуків. Часто середня частина обличчя менш розвинена, піднебіння вище і вужче, а кістки щелепи менші, тому дитині важко тримати язик у роті. «Дихання ротом,

спричинене недорозвиненістю пазух, також може впливати на мовлення дітей із синдромом Дауна»[2].

Поширені думки помилково вказують на те, що інтенсивність фізичних характеристик залежить від інтелектуального рівня. Результати дослідження не підтверджують ці погляди, але свідчать про залежність ступеня розумової відсталості від ефективності спілкування. «Логопедичну терапію слід починати відразу після народження дитини» зазначає О. Мінчакевич«спочатку у вигляді підтримки раннього мовленнєвого розвитку, а у випадках значних затримок мовлення також підтримки альтернативною комунікацією, зокрема мовною програмою «Макатон», тобто системою жестів і графічних символів, що допомагають дитині спілкуватися з найближчим оточенням» [41, с.77].

У зв'язку з постійно поганим тонусом м'язів і анатомічними змінами в мовних органах, наприклад, занадто маленькою ротовою порожниною і язиком, який в неї не поміщається. Після періоду дошкільного виховання вони «повинні зосередитися на тренуванні дикції, насамперед через вправи дихання та органів мовлення, фонацію голосних та приголосних: тихо – голосно, високо – низько, довго – коротко та вдосконалення роботи головних та грудних резонаторів, особливо змішаних резонаторів»[41, с.78]. У невеликій кількості випадків має місце відносно ранній і хороший рівень активного мовного розвитку, в той час як висловлювання переважної більшості дітей з синдромом Дауна в дошкільному віці незрозумілі людям поза найближчим колом.

Фахівці в цій галузі наголошують на «багатофакторному характері етіології явища, включаючи аномалії анатомічної будови артикуляційного апарату, які передаються до порушення функціонування мовних органів та поганої координації дихання, спричиненої обмеженою ємністю легень»[42, с.33]. Важливим питанням є знижений інтелектуальний рівень людей з синдромом Дауна, що впливає на якість вербального спілкування.

Аналіз досліджень щодо комунікативних здібностей дітей із синдромом Дауна вказує на недорозвинене мовлення. У першу чергу усне мовлення, яке обмежується окремими словами та фразове мовлення, що взагалі може не формуватися (Ковтун Р., Прядкіна А.) [31, 32]. З'ясовано, що помітно поліпшує мовленнєвий та інтелектуальний розвиток дітей із синдромом Дауна застосування жестового мовлення та піктограм, як альтернативної та додаткової комунікації (Єжова Т., Чайка М., Усатенко Г., Кривоногова О.) [19, с.76]; та глобальне читання, як одним із способів навчання писемному мовленню цієї категорії дітей (Зозуля І., Стадній А.) [19, с.77].

Короткий огляд корекційних методик, їх мету і зміст дав можливість з'ясувати призначення, переваги та недоліки, особливості реалізації кожної методики.

Розглянемо програму раннього втручання для дітей із затримкою розвитку «Маленькі сходинки» (Мойра Пітерсі та Робін Трелоар). Це програма для стимуляції дітей із затримкою розвитку до 5 років в домашніх умовах, адже батьки є найкращими вчителями для своєї дитини. На нашу думку, вона буде корисною у роботі педагогам, лікарям та студентам.

Ця програма містить 8 книг «сходинок»: «Вступ до програми», «Програма вашої дитини», «Навички спілкування», «Навички загальної моторики», «Навички малої моторики», «Сприйняття мовлення», «Самообслуговування та соціальні навички», «Перелік умінь розвитку дитини» [].

Ми заострили увагу на третій та шостій книзі, що безпосередньо стосується мовленнєвої діяльності. У третій книзі «Навички спілкування» містяться відповіді щодо питань розвитку навичок спілкування та окреслюють підхід, що допоможе набути професійних навичок батькам та спеціалістам у стимуляції дитини до спілкування і взаємодії з оточенням. Також надана інформація щодо нормального мовленнєвого розвитку та як оцінювати поточні мовленнєві здібності дитини [].

Автори розрізняють 5 основних напрямків розвитку навичок спілкування дитини, яка ще не говорить:

- «реагувати на мовлення інших та зосереджувати увагу»;
- розвивати ігрові навички;
- навчити дотримуватися черги висловлювання;
- розвивати навички наслідування;
- «навчати користуватися навичками спілкування у повсякденному житті».

Також у цій книзі поданий приблизний порядок введення нових категорій слів. Уявити, яким має бути процес засвоєння слів різних категорій, допоможе сходиноква діаграма представлена нижче[58, с.44] (рис. 3.1)

Слова, що позначають прохання повторити
Слова, що визначають місце розташування
Слова, що позначають дію
Слова заперечення
Назви предметів, імена людей

Рис. 3.1. Діаграма засвоєння дитиною окремих слів

Опанування словами починається з нижнього ряду. Дитина поступово рухається вгору, піднімається на найвищу сходинокву та засвоює різноманітні слова усіх п'яти категорій.

Книга шість «Сприйняття мовлення» допоможе вчитися, розуміючи що говорять інші. Ця книга спрямована розвиток таких груп та умінь:

- «уміння слухати і зосереджувати увагу на мовленні співбесідника»;
- виконувати прості вказівки і уміння реагувати на жести;
- уміння вибирати потрібне з-поміж запропонованих предметів та картинок;

- уміння реагувати на вказівки, що включають слова, які позначають дію;
- уміння реагувати на вказівки, що включають прикметники;
- «уміння реагувати на вказівки, що включають слова, які позначають місце розташування».
- «розуміння граматичних особливостей» [58, с.44].

Схожою до попередньої є програма «Кароліна», яка охоплює певні сфери розвитку дитини: загальну моторику, мовлення, рухову активність, навички дрібної моторики, самообслуговування, соціальні навички. Ця програма розрахована для дітей молодшого віку з особливими потребами. Її можна використовувати під керівництвом фахівців у питаннях раннього втручання.

Наступна методика теж успішно використовується в багатьох країнах світу – це соціально-психологічна модель Портаж. Її мета – робота з сім'єю, котра виховує дитину з особливими потребами, навчити батьків спостерігати за дитиною, заохочувати бажану поведінку та ставити досяжні цілі.

Ця модель складається з трьох основних елементів, які пропонують структуру підтримки, яка поважає кожну сім'ю та її власні індивідуальні пріоритети. Модель є динамічною, з різними аспектами, які мають пріоритет у різний час, гнучко адаптуючись до індивідуальних потреб кожної дитини та сім'ї.

Пропонуємо звернути увагу на схему моделі Портаж (схема 3.1). Орієнтація на сім'ю – це час, витрачений на обмін інформацією та вирішення пріоритетів сім'ї. Де структуроване навчання – час, витрачений на повторення та планування навчальної діяльності на основі гри «маленькими кроками». А гра під керівництвом дитини – це витрачений час на спостереження за самоініційованою грою для виявлення індивідуальних інтересів, сильних сторін і нових навичок [58, с.50].

Схема соціально-психологічної моделі Портаж

Мовлення дітей із синдромом Дауна для оточуючих часто не зрозуміле. Це зумовлено порушеннями звуковимови, просодики, а отже затримкою мовленнєвого розвитку. О. Козачінер наголошує про «необхідність використання засобів альтернативної та підтримуючої комунікації (ААС) для того, щоб дати дитині можливість порозумітися з оточуючими» [29, с.70].

Серед безліч засобів ААС ефективність у роботі з дітьми з синдромом Дауна довели: система спілкування за допомогою обміну картками (PECS), піктограми, жести МАКАТОН, комунікативні планшети, технічні засоби комунікації тощо. Ці засоби вибирають відповідно до можливостей дитини та індивідуальних потреб.

До вашої уваги методика розвитку «Дивись і вчись. Мова і читання» – це структурована програма навчання мови, призначена для дітей із синдромом Дауна. Вона сприяє розвитку лексики та граматики, читання та мовлення. Ті діяльності, які пропонує програма можна займатися вдома регулярно, із задоволенням та різними способами. Заняття підходять для

навчання у невеликих групах чи класах. Програма «Дивись і вчись» складається з чотирьох кроків:

1. «Перші слова-картинки» – вчить розумінню та використанню шістдесяти окремих слів (слова із списку словника DownsEdдля навчання дітей із синдромом Дауна).

2. «Перші написані слова» – навчає одразу двом словам, знайомить з читанням.

3. Більше слів-картинок – знайомство з наступними шістдесятьма словами.

4. На етапі «Перші речення» вчать реченням з трьома ключовими словами, наприклад: «Сергій їсть яблуко».

Більш того, до цієї програми додаються серія тематичних книжок з питань синдрому Дауна та відео-занять з мовлення та розвитку мови у дітей з синдромом Дауна[34, с.356].

Безсумнівно, рання логопедична терапія дає можливість компенсувати і скорегувати порушення розвитку, досягти максимально можливої рухливості, особливо в області дрібної моторики, кращої когнітивної та емоційної зрілості і більш ефективного спілкування.

Дослідження показали, що усі вище розглянуті методики є ефективними у роботі з дітьми раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку. Досліджень щодо розвитку мовленнєвої діяльності підлітків із синдромом Дауна відсутні. Можемо припустити, що ці методики можливо використовувати при роботі зі старшими дітьми відповідного рівня інтелектуального порушення та адаптувати під кожну дитину індивідуально, ускладнюючи завдання.

3.2. Стан мовленнєвої діяльності в результаті корекції

Під час теоретичної частини дослідження ми розглянули психолого-педагогічну та методичну літературу стосовно проблеми. Також дослідили

педагогічний досвід, проаналізували різні підходи до формування мовленнєвої діяльності дітей з синдромом Дауна. Висвітлено у першому та другому розділі кваліфікаційної роботи.

Експериментальна база Лиманецький ліцей Дар'ївської сільської ради з інклюзивним навчанням. У дослідженні взяли участь троє підлітків з синдромом Дауна (Влад 12 років, Ліза 14 років та Сергій 16 років). Тривалість дослідження 8 місяців.

Констатувальний експеримент складався з трьох етапів. На першому етапі відбувся збір анамнестичних даних психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей. Нижче представлена характеристика одного із учнів, Сергія учня 5 класу (на той момент).

«Сергій знає своє ім'я, прізвище не називає, має уявлення про будову тіла людини. Знає вивчені овочі та фрукти. Пори року назви днів тижня не називає. Темп роботи повільний. Потребує стимулювання діяльності з боку вчителя.

Пам'ять короткочасна, порушена. Сприймання звужене, недиференційоване, фрагментарне. Здатність до узагальнення відсутня. Увага не стійка, мимовільна. Не вміє аналізувати свою діяльність. Словник дуже бідний, з труднощами формує свою думку. Мова граматична, нерозвинена. Має значні звукопорушення.

Сергій з труднощами орієнтується у малому просторі, приміщені класу та школи, навчився користуватися навчальним приладдям. Вміє слухати, сприймати і розуміти звернене мовлення (питання, завдання, інструкції тощо). Не розуміє зміст простих і коротких текстів (казок, пісень, віршів, лічилок тощо). Сприймає та розпізнає за допомогою вчителя звуки довкілля, мовленнєві звуки. Намагається повторювати за вчителем вправи, спрямовані на розвиток мовленнєвого дихання. Вміє слухати та повторювати за вчителем окремі звуки, звукосполучення, прості за структурою слова. Намагається під контролем учителя дотримуватися

правильної постави під час письма, правильно тримати ручку (олівець, фломастер).

Сергій за допомогою вчителя, але з труднощами розрізняє предмети за формою, кольором, величиною, не диференціює один-кілька предметів. Хлопчик намагається повторювати за вчителем вправи, спрямовані на розвиток координації рухів кисті і пальців рук, дотримуватися правил штрихування. З труднощами розуміє завдання, не вміє повторити інструкцію. Намагається за допомогою вчителя виконувати роботу за зразком, використовуючи допомогу. Не вміє звітуватися про виконану роботу, відповідаючи на запитання вчителя.

Хлопчик знає основні кольори, величину, форму предметів. За допомогою вчителя порівнює предмети за величиною, розміром, накладанням, прикладанням на долонях. Не вміє визначити за направляючою допомогою положення предметів у просторі відносно себе, а також не розміщує предмети у зазначене положення. Плує частини доби, їх послідовність та дні: вчора, сьогодні, завтра. Впізнає, називає за допомогою геометричні фігури.

У дитячому колективі хлопчик спілкується з усіма однокласниками, в контакт вступає охоче. Навичками самообслуговування володіє. Дотримується основних правил в класі» (на основі документації Сергія).

На другому етапі провели комплекс спеціальних вправ та ігор, спрямованих на виявлення психофізичного та мовленнєвого розвитку. Разом з вчителем-логопедом провели логопедичну діагностику мовленнєвого розвитку підлітків за таким планом: обстеження функцій ковтання і дихання; обстеження прикусу і правильної будови мовних органів; орієнтовний тест на слух, зір; тест на вимову з точки зору правильності артикуляції; перевірка мовної компетенції (розуміння та передача мови).

На третьому етапі констатувального експерименту відбулися обробка та аналіз результатів опитування, висновку Інклюзивно-ресурсного центру, спостереження та діагностики мовленнєвої діяльності підлітків з синдромом

Дауна. На рис. 3.2 результати показників мовленнєвої діяльності підлітків із синдромом Дауна на початку дослідження.

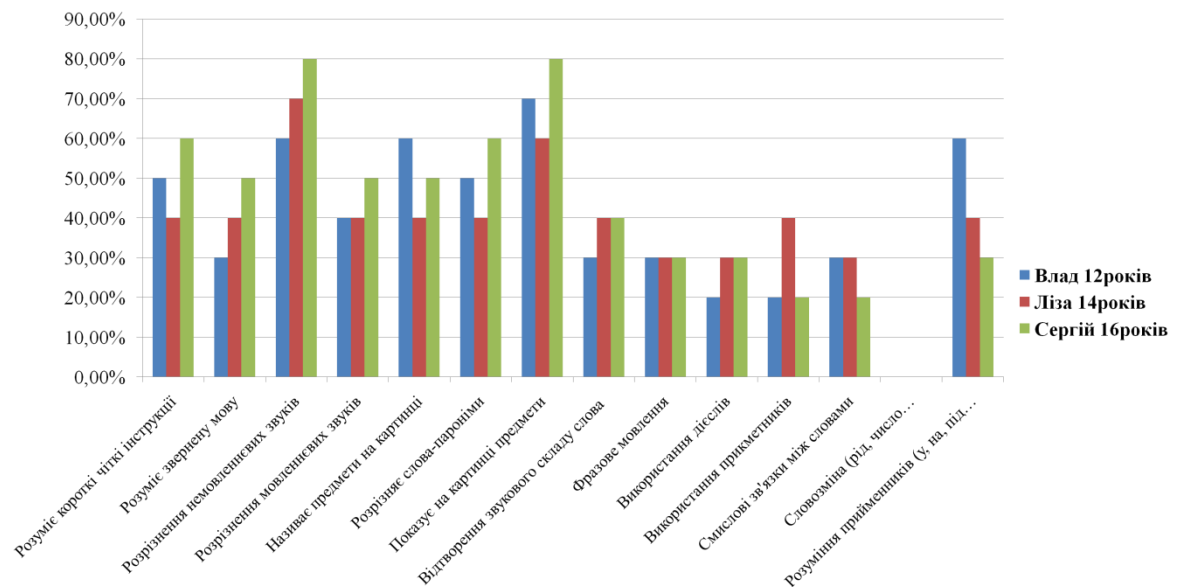


Рис. 3.2 Результати показників мовленнєвої діяльності підлітків із синдромом Дауна

У ході діагностики було виявлено, що діти звернену мову розуміють на побутовому рівні з підкріпленням жесту з боку дорослого. Розуміють короткі чіткі інструкції.

Потребують постійної допомоги з боку дорослого у поясненні та виконанні завдань. Зоровий контакт тривалий. Дії дорослого наслідують. Міміка виразна. Спостерігається іннервація м'язів артикуляційного апарату. Труднощі у вимові багатьох звуків. Присутня гнусавість голосу.

Фонематичні процеси недорозвиненні за віком. Частково розрізняють не мовленнєві звуки (шум природи, голоси тварин, яких він знає). Показують на картинці, називає імена тварин, але не виділяють, що це загальне поняття тварини.

При перевірці фонематичного сприймання на словах-паронімах за вказівкою "Що ти почув?", у більшості випадків показують не два, а одне слово. У активному мовленні користуються мімікою, жестом, звуконаслідувальними словами. Присутня невелика кількість слів іменників,

дієслів. Прикметники майже відсутні. Частково присутнє фразове мовлення. Порушена звуко-складова частина слова. Розуміння мовлення набагато випереджає розвиток активного мовлення. Словниковий запас слів збіднений. На запитання більше показують, ніж говорять. Мовлення мало зрозуміле, не розбірливе.

Найбільш збереженими сферами є соціальний та емоційний розвиток. Вміють співпрацювати з дорослими використовуючи елементарні побутові навички; вміють виражати свій настрій за допомогою міміки.

Під час спостереження відмічалось, що розумова працездатність тривала, але потребують переключення уваги з однієї діяльності на іншу для зменшення втомлюваності.

У ході логопедичної діагностики виявлено, що у хлопчика серйозно порушена мова. У розмові вживають окремі слова, короткі фрази. Це частіше нагадування про фізіологічні потреби, які супроводжує жестами. Часто спілкуються, вказуючи на предмети пальцем. Розрізняють основні кольори: синій, зелений, білий, чорний, червоний; форми: трикутник, квадрат, коло. Розрізняє значення слів, показуючи зображення фруктів: яблука, апельсина, банана, груші та тварин: курки, коня, слона, kota, собаки. Можуть вказувати на частини тіла. Знають голосні, вимовляють їх чітко.

Наприклад, Сергію важко вимовляти приголосні р, б, л, в, г, ж, щ. Розташовує весь язик асиметрично. Вимовляє приголосні, змінюючи: [р] на [х], [г] на [х], [л] на [х], [з] на [с], [ч] на [с], [щ] на [с], [в] на [ф], [б] на [п]. У нього діагностували множинні дислалії.

У деяких випадках, як і у більшості дітей із синдромом Дауна, виявляли дефекти в будові мовлення апарат. Його рот менший, ніж у нормально типових однолітків, тому язик здається занадто великим. Внаслідок гіпотонії м'язів щелепи рот часто відкритий і весь видимий язик лежить на дні ротової порожнини.

Формувальний експеримент полягає, по-перше в адаптації та застосуванні методик і прийомів психофізичного та мовленнєвого розвитку підлітків із синдромом Дауна.

Для початку була організована індивідуальна робота з вчителем-логопедом (2 години на тиждень) та психологом (1 година на тиждень), відповідно до висновку інклюзивно-ресурсного центру. Адже метою індивідуальних занять є встановлення вербального контакту з дитиною, викликання спонтанної артикуляції, стимуляція мовного розвитку, усунення причин небажання говорити, поліпшення роботи дихального апарату, поліпшення роботи артикуляційних органів, відпрацювання правильної артикуляції звуків і поліпшення фонематичного слуху.

Далі разом з вчителем-логопедом вибираємо підходящий метод для покращення мовленнєвої діяльності підлітків. Перед нами стоїть завдання вибрати відповідні навчальні засоби, які будуть використовуватися для виклику звуків за їх відсутності, для виправлення деформованих звуків і для диференціації звуків, сплутаних з іншими.

Напрями корекційно–розвиткової роботи команди супроводу:

1). Вдосконалити просодичну сторону мовлення: мовленнєвого дихання силу та висоту голосу (розігрування віршів, пісень, казок, перевтілення, імпровізація).

2). Тренувати артикуляційний апарат до чіткої вимови звуків (дихальні вправи).

3). Формувати фонетико-фонематичне сприймання.

4). Навчання навичкам елементарного звукового аналізу.

5). Розвивати розуміння мовлення.

6) Накопичувати словник: іменниками, дієсловами, прикметниками; працювати над реченням.

7). Розвивати між пів культу взаємодію для покращення сприймання та відтворення інформації(нейропсихологічний підхід).

Для вдосконалення мовленнєвого апарату Влада, Лізи та Сергія, були обрані такі вправи:

- висування язика назовні та втягування його всередину з дуже широким розмахом;
- відкрити рот, рухати язиком від куточка до куточка губ,
- витягнути язик далеко до підборіддя, підняти язик до носа,
- облизувати верхню губу, облизувати губи круговими рухами,
- облизувати зсередини та зовні зубів круговими рухами,
- торкаючись кінчиком язика верхніх і нижніх зубів (вимова звука «д»),
- максимально опускаючи нижню щелепу, широко розводячи язик, погладжуючи язиком піднебіння (вимова звука «р»),
- розсовуючи язиком щоки, піднімаючи кінчик язика до ясен (з артикуляцією звука «л»).

Під час занять фахівці та батьки намагалися поєднувати навчання з грою та мотивувати дитину, хвалячи її не лише за результати, а й за наполегливість та готовність працювати.

Одночасно на індивідуальних заняттях та заняттях у школі були використанні засоби альтернативної комунікації. Назви предметів та кабінетів представлено у вигляді піктограм, що полегшувало пошук кабінету та підготовку приладдя до кожного уроку. Розпорядок дня за допомогою карток (гігієнічні процедури, сніданок, прогулянка) супроводжуються вдома.

Основні потреби (туалет, їсти, їхати, йди тощо) Ліза показує за допомогою жестів Makaton. Наприклад, коли хоче їсти гладить живіт; бачить машину – імітує оберти керма.

Також для покращення мовлення Влад використовує мобільний застосунок Digital Inclusion, як засіб альтернативної та додаткової комунікації. У ньому передбачено інструменти для розвитку мовлення та творчого мислення протягом дня і протягом життя. У будь який час можна вивчати нові слова різної категорії (гігієна, почуття, харчування, одяг, навчання, займенники тощо) та відповідати ними, показуючи відповідну піктограму.

Аудіо цього додатку можна використовувати на уроках для розвитку уяви та мовлення, вони короткі та зрозумілі. Для розвантаження добре допомагає розділ «Творчість», де зібрані роботи народної української творчості.

Ми підібрали вправи, які можна використовувати не лише в кабінеті логопеда, а й дома чи на уроках. Вони теж спрямовані на розвиток комунікативної компетентності дітей, до них відносяться:

- слухове тренування з використанням невербальних подразників – слухання, наслідування, спроба повторити звуки природи і навколишнього середовища;
- вправи фонематичного слуху – диференціація і спроби імітації звуків людської мови;
- тренування дихання – дмухання на різні предмети, продовження фази видиху, розвиток повноцінного дихання;
- удосконалення мовних органів – відпрацювання цільових рухів язика, губ і м'якого піднебіння;
- фонаційні вправи – довгі і короткі, високі і низькі, м'які і гучні звуки нормативно виражених звуків;
- збагачення словникового запасу дитини – в кожній ситуації і під час закріплення раніше викликаних звуків у словах;
- відпрацювання правильного вживання граматичних форм;
- удосконалення моторики рук – наклеювання пластиліну, розфарбовування, малювання на сліді, складання предметів в однакові трохи більшого розміру.

Під час апробації методик дуже добре спрацювала програма «Дивись і вчись» з ускладненням завдань відповідно до віку та рівня інтелектуального порушення. Були використанні такі завдання: співставлення картинок (підбір однакових) або групування (дерев'яні, м'які, тверді предмети), з'єднати малюнки та написані слова (наприклад, запитуємо «Де ведмедик?» показуючи картинку, діти мають обрати серед відповідей «На стільці, на ліжку, на столі»). Під час побудови найпростішого речення діти спочатку

обирають зображення на прослухане речення «Андрій п'є сік», а потім пробують самостійно описати дію на картинці.

На другому етапі формувального експерименту ми зафіксували дані експерименту під впливом системи заходів, виявили утруднення і можливі типові недоліки в ході проведення експерименту. На нашу думку, перешкодою для навчання Влада та Лізи стало часткова дистанційна форма навчання. Адже не було можливості поспілкуватися постійно особисто, роздивитися правильне виконання вправ і т.п. Тому перед нами була мета безперервного зв'язку, тісна взаємодія з батьками.

На третьому (контрольному) етапі ми підвели підсумки експерименту: провели проміжний контроль мовленнєвої діяльності підлітків із синдромом Дауна; обробка та аналіз результатів застосування методик; характеристика умов, при яких експеримент дав сприятливі результати.

З результатами контрольного етапу дослідження, а саме станом мовленнєвої діяльності підлітків з синдромом Дауна можна ознайомитися на рис. 3.3, 3.4, 3.5.

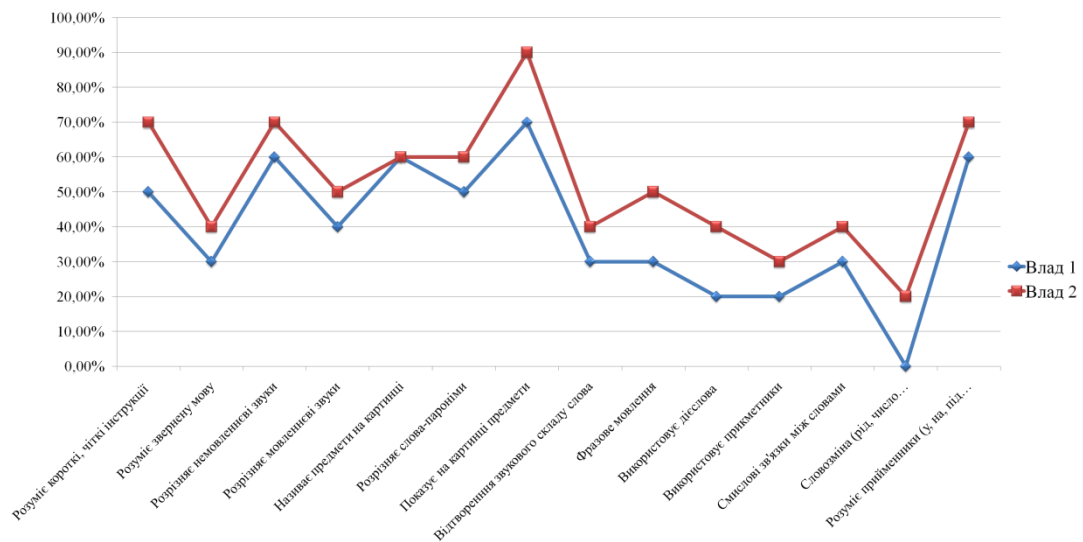


Рис. 3.3 Стан мовленнєвої діяльності Влада з процесі корекції

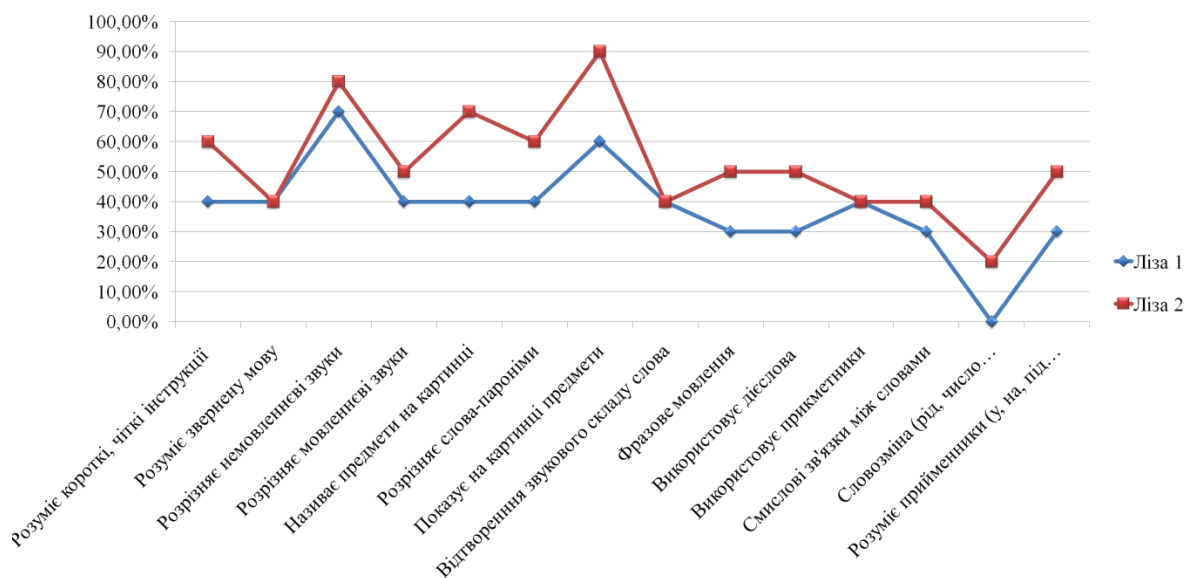


Рис. 3.4 Стан мовленнєвої діяльності Лізи з процесі корекції

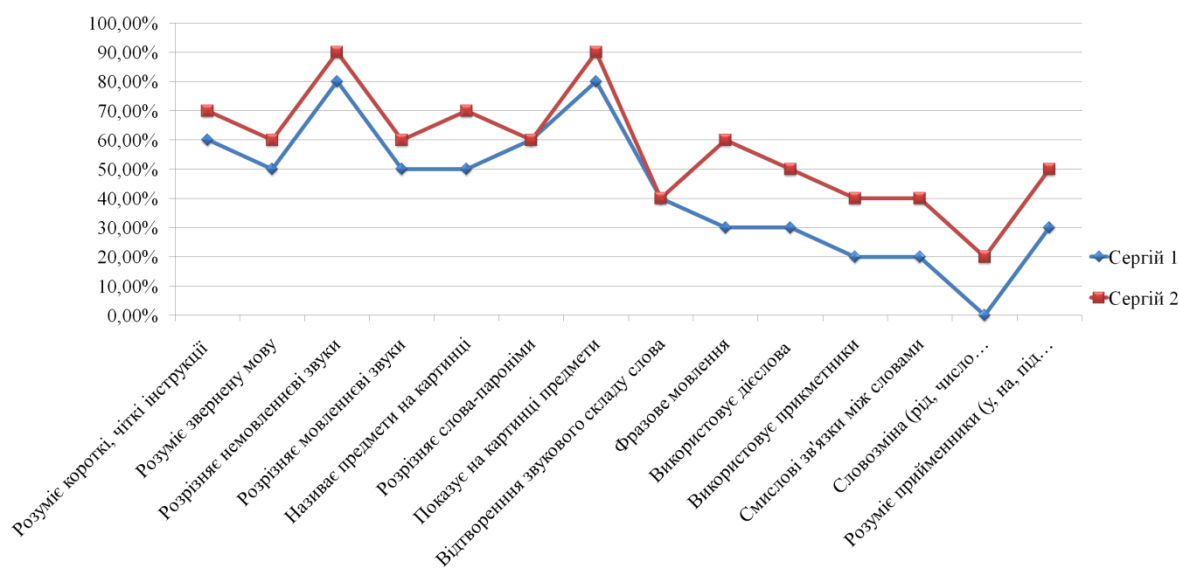


Рис. 3.5 Стан мовленнєвої діяльності Сергія з процесі корекції

Отже, в результаті корекції мовленнєвої діяльності підлітків з синдромом Дауна було помічено:

- 1) більшу сприйнятливність до соціальних взаємодій, здатність дотримуватись правил поведінки, тривалого зорового контакту, виконання простих команд;

- 2) Рідше використовує жести, намагається говорити частіше;
- 3) Фраза з двох слів збільшилася до чотирьох (ти куди – ти куди йдеш; я хочу їсти – я хочу їсти кашу, яблуко; хочу (показує пальцем) – хочу зелену машину).
- 4) Стала краща вимова приголосних б, д, в, з на початку слова.
- 5) Почав складати приголосні та голосні у склади.
- 6) Може показати ілюстрацію до прослуханої казки (вже супроводжує словом «цей»).
- 7) Добре орієнтується в закладі освіти (знає де його клас, місце у класі, куточок відпочинку, туалет).

За нашими спостереженнями бачимо, що відбулася позитивна динаміка у розвитку мовленнєвої діяльності Влада, Лізи та Сергія. Навчальний заклад відіграє значну роль у формуванні мовлення, соціалізації та підтримки дитини. Заняття, які проводяться тут, спрямовані на вдосконалення функціонування сенсорного та моторного сприйняття, спритності рук, розвиток мовлення, мислення та спілкування дитини з навколишнім середовищем. У ліцеї організована робота щодо дітей з різними рівнем підтримки, відбувається обмін досвідом щодо надання допомоги дітям. Перебування в середовищі ліцею є дуже корисним явищем, яке позитивно впливає на розвиток підлітків з синдромом Дауна.

Також нами були розроблені методичні рекомендації батькам та команді супроводу:

- 1) робота над корекцією вимови;
- 2) робота над збагаченням словникового запасу (пасивного та активного);
- 3) робота над стимулюванням усвідомлення мови, серед іншого відпрацювання граматичних форм буде розділено на 2 етапи:
 - 1) вилучення правильної артикуляції заданого звуку.
 - 2) закріплення моделі під час мовлення (введення її в серію вправ для керованого та спонтанного мовлення); у складах, словах і реченнях.

ВИСНОВКИ

1. Метою логопедичного лікування є розвиток правильної артикуляції та вимови. Основним методом стимулювання мовлення дитини з синдромом Дауна є логопедична допомога, яку потрібно починати відразу після народження дитини. Спочатку вона повинна полягати в ранній підтримці мовленнєвого розвитку, а у випадках значної затримки мовлення — у підтримці альтернативного спілкування, зокрема мовленнєвої програми «Макатон», тобто системи жестів і графічних символів, які допомагають дитині спілкуватися з найближчим оточенням.

2. Порушення і затримка мовленнєвого розвитку істотно перешкоджають функціонуванню дитини в колективі однолітків, інтеграції в нього і засвоєнню програмного змісту. Стратегія логопедичної роботи при затримці мовленнєвого розвитку та множинній дислалії надзвичайно різноманітна і починається з навчання дитини правильному вимовлянню звуків, потім складів, а потім слів і речень.

3. Нами проаналізовано методики розвитку мовлення дітей із синдромом Дауна та розкрито їх особливості. В ході дослідження було визначено рівень мовлення конкретної дитини із синдромом Дауна шляхом спостереження за діяльністю дитини та фахівців. Розроблено план логопедичної роботи та використано методики для покращення мовленнєвої діяльності дитини з синдромом Дауна.

Отже, на нашу думку найкращим продовженням корекційної логопедичної роботи підлітка з синдромом Дауна є використання засобів альтернативної комунікації, таких як: піктограми, жести і символи Макатон та технічні засоби комунікації (наприклад Digital Inclusion).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонаракіс С.Е., Епштейн С. 2006. Проблема синдрому Дауна. *Тенденції MolMed* 12: 473–479.
2. Бакстер Р., Халм К., Ріс Р., Перович А. Оцінка мовного втручання для дітей з синдромом Дауна; Матеріали Гатлінбурзької конференції з досліджень і теорії інтелектуальних порушень та порушень розвитку; Сан-Антоніо, штат Техас, США. 3–5 квітня 2019 року.
3. Барбоза Т., Ліма І., Алвес Г., Дельгадо І.К. Внесок логопедичної терапії в інтеграцію осіб із синдромом Дауна на робочому місці. *CoDAS*. 2018; 30.
4. Білаш О. В. Педагогічні умови організації інклюзивного навчання дітей із синдромом Дауна. *Логопед*. 2020. № 1. С. 5–8.
5. Білаш О. В. Мнемотехніка – можливість ефективного навчання дітей із синдромом Дауна. *Логопед*. 2020. № 4(Квіт.). С. 2–10.
6. Бондарь В.І. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / за ред. академіка В. І. Бондаря. Луганськ : Альма-матер, 2003. 436 с.
7. Бочелюк В. Й., Ковтун Р. А. Психологія прояву комунікативних здібностей дітей з особливими потребами : монографія . Клас. приват. ун-т. – Запоріжжя : КПУ, 2012. – 224 с. На прикладі осіб із синдромом Дауна та ЗПР.
8. Бургойн К., Дафф Ф., Сноулінг М., Баклі С., Халм С. Тренування навичок змішування фонем у дітей з синдромом Дауна. *Дитина Ланг. Навч. Тер*. 2013 р.; 29: 273–290.
9. Брушневська І.М., Рібцун Ю.В. Комунікативний компонент мовленнєвої діяльності у дітей: діагностичний комплекс : навч.-метод. посіб. для роботи з дітьми із порушеннями мовлення. Запоріжжя: ТОВ «ЛІПС» ЛТД, 2020.

10. Ван Бістервельдт А.К., Гіллон Г., Фостер-Коеп С. Інтегроване втручання з мовлення та фонологічної обізнаності для дітей дошкільного віку з синдромом Дауна. *Ін-т Дж. Розд.* 2010 р.; 45: 320–335.
11. ВокартсДж., ПрайсДж., Малкін С. Розвиток мови та комунікації при синдромі Дауна. *Мент. Затримати. Розд. Rev. Rev.* 2007; 13:26–35.
12. Володіна В.С. Альбом з розвитку мовлення: Говоримо правильно. Київ: ТОВ «Перо», 2020. 96 с. Даниленко Н.А. Заняття з логопедом. Діагностика і корекція. Х.: Вид. група «Основа», 2013. 128 с.
13. Гладких Н.В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць.* К: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2014. С. 52–57
14. Гладченко І.В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання дітей з інтелектуальними порушеннями у спеціальних дошкільних закладах» (програма з ігрової діяльності, методичні рекомендації, дидактичні матеріали) К., 2012. 110 с.
15. Гетц К., Халм К., Брігсток С., Керролл Дж.М., Насір Л., Сноулінг М. Тренування навичок читання та усвідомлення фонем у дітей із синдромом Дауна. *Читати. Письмова робота.* 2008 р.; 21: 395–412.
16. Діти із синдромом Дауна: факти, навчання, допомога [Електронний ресурс] : метод. рек. / уклад.: Дерень О., Пруська А., Рибак Ю. – К. : ТОВ «Вид. дім “Плеяди”», 2015. 24 с. (Серія «Інклюзивна освіта: крок за кроком»). – Режим доступу: [12372 Diti z sindromom Dauna navchannya dopomoga.pdf](https://www.kupyansk-rada.gov.ua/12372-Diti-z-sindromom-Dauna-navchannya-dopomoga.pdf) ([kupyansk-rada.gov.ua](https://www.kupyansk-rada.gov.ua))
17. Долва А.С., Костер В., Ліля М. Функціональні показники у дітей з синдромом Дауна. *А. Дж. Тер.* 2004 р.; 58: 621–629.
18. Додж Е.П. Комунікативні навички: основа змістовного групового втручання в шкільні програми. *Зверху. Ланг.* 2004; 24: 141–150.

19. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами». 2011. №8 (10). С. 73–80
20. Іді П.А., Фей М.Е., Дуглас Дж.М., Парсонс К.Л. Рофілі граматичної морфології та імітації речень у дітей зі специфічними мовними порушеннями та синдромом Дауна. *Ж. Мова Ланг. Слухати*. 2002; 45: 720–732.
21. Ільяна В.М. Методика діагностики порушень читання у молодших школярів з ТППМ / В.М. Ільяна. *Український логопедичний вісник* (Наук.-метод. зб.). – К.: ПП «Актуальна освіта», 2010. – Вип. 1. – С. 57–64.
22. Йодер П., Войнароскі Т., Фей М., Уоррен С. Ефекти частоти дози раннього комунікаційного втручання у дітей раннього віку з синдромом Дауна та без нього. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 2014; 119:17–32.
23. Ковтонюк О. Синдром Дауна як тест на IQ суспільства / О. Ковтонюк. *Освіта України*. 2012. № 46 (12 листоп.). С. 12.
24. Кириченко Т. , Стадник Л. «Сонячні діти» у звичайному дитсадку. З досвіду впровадження інклюзивної освіти. *Дошкільне виховання*. 2016. № 8. С. 16–19.
25. Кріссман Б.Г., Ворлі Г., Ройзен Н., Кішнані П.С. Сучасні погляди на синдром Дауна: вибрані медико-соціальні проблеми. *Am. J. Med. Genet. Частина С Семін. Мед.* 2006 р.; 142 С: 127–130.
26. Кармілофф-Сміт А., Аль-Джанабі Т., д'Соуза Х., ГроетДж., Массанд Е., Мок К., Стартін К., Фішер Е., ХардіДж., Нізетік Д. та ін. Важливість розуміння індивідуальних відмінностей при синдромі Дауна. *F1000Дослідження*. 2016; 5:389.
27. Камарата С., Йодер П., Камарата М. Одночасне лікування граматичного дефіциту та дефіциту розуміння мовлення у дітей із синдромом Дауна. *ДаунсСиндр.* 2006; 11:9

28. Карлштедт К., Хеннінгссон Г., Даллеф Г. Чотирирічне лонгітюдне дослідження піднебінної пластинчастої терапії у дітей із синдромом Дауна: вплив на оральну моторну функцію, артикуляцію та комунікативні переваги. *Acta Odontol. Сканд.* 2003; 61:39–46.

29. Казачінер О. С. Особливості засвоєння мовного матеріалу дітьми з Синдромом Дауна [Електронний ресурс]. *Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки: «Інклюзивна освіта: теорія, методика, практика» : за матеріалами V-ї Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (28 берез. 2019 р.) / МОН України ; Уманський держ. пед. ун-т ім. П. Тичини. Умань, 2019. Вип. V. С. 68-71. URL: <http://surl.li/evada>.*

30. Козакова О. В. Передумови соціалізації дітей із синдромом Дауна [Електронний ресурс]. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців : зб. наук. пр. за матеріалами VI Міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих учених (20 берез. 2019 р., м. Суми) / СумДПУ ім. А. С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. Вип. 7, т. 2. С. 132-137. URL: <https://cutt.ly/dbMfDII>.*

31. Ковтун Р. А., Програма розвитку комунікативних здібностей дітей з синдромом Дауна. – автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : спец 19.00.08 . Спеціальна психологія. Одеса, 2011. 19 с.

32. Ковтун Р.А. Психологічні особливості проявів комунікативних здібностей дітей 6-11 років з синдромом Дауна : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 Одеса, 2011. – 20 с.

33. Кололон К., Капліз Л., Вайвер С. Вплив цілеспрямованого навчання читання на фонологічну обізнаність та фонічну декодування у дітей із синдромом Дауна. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 2013; 116:111–129.

34. Ліма І.Л.Б., Дельгадо І.К., Кавальканте М.К.Б. Розвиток мови при синдромі Дауна: аналіз літератури. *Distúrb. Комун.* 2017 р.; 29: 354–364.

35. Лобарчук О. Як живе, діти Сонця? Що потрібно, аби в Україні народжені з синдромом Дауна почувалися комфортно. *Уряд. кур'єр*. 2013. 20 лют. (№ 34). С. 20.

36. Лемонс С.Дж., Кінг С.А., Девідсон К.А., Пуранік К., Фулмер Д., Мрачко А.А., Партанен Дж., Аль Отайба С., Фідлер Д.Дж. Адаптація фонологічних втручань обізнаності для дітей із синдромом Дауна на основі поведінкового фенотипу: перспективний підхід? *Інтелект*. 2015; 53: 271–288.

37. Лемонс С.Дж., Кінг С.А., Девідсон К.А., Пуранік К.С., Аль Отайба С., Фідлер Д.Дж. Персоналізоване втручання з читання для дітей із синдромом Дауна. *Й. Ш. Психол.* 2018; 66:67–84.

38. Мартін Г.Е., Лош М., Естігаррібія Б., Сідеріс Дж., Робертс Дж. Лонгітюдні профілі експресивної лексики, синтаксису та прагматичної мови у хлопчиків із синдромом тендітного Х або синдромом Дауна. *Ін-т Дж. Розд.* 2013 р.; 48: 432–443.

39. Міненко А. Особливості формування комунікативної функції саморегуляції особистості дітей дошкільного віку з синдромом Дауна. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2014. № 4. С. 62–67.

40. Міненко А.В. Вплив батьківської сім'ї на процес формування поведінкової саморегуляції дитини з синдромом Дауна. *Новітні тенденції сучасної педагогіки та психології: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (Київ, 7-8 березня 2014 р.). К.: Київська наукова організація педагогіки та психології, 2014. – С. 93-96

41. Мінчакевич Є.М., *Коли дитині поставили діагноз синдром Дауна. Посібник для батьків і вихователів*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Краків 1994, с. 48

42. Михновецька І. Особливості інтерсуб'єктного компонента взаємовідносин у старших дошкільників із синдромом Дауна (за

диспозиційним критерієм). *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2018. № 3. С. 74–83.

43. Мейсон-Аппс Е., Стоянович В., Х'юстон-Прайс К., Баклі С. Лонгітудні предиктори ранньої мови у немовлят із синдромом Дауна: попереднє дослідження. *Res. Dev. Disabil.* 2018; 81:37–51.

44. Наесс К.А.Б. Розвиток фонологічної обізнаності при синдромі Дауна: мета-аналіз та емпіричне дослідження. *Дев.* 2016; 52: 177–190.

45. Ніл Н., Джонс Е.А. Комунікативне втручання для осіб із синдромом Дауна: систематичний огляд та метааналіз. *Нейрореабілітація* 2018; 21:1–12.

46. Павлюченко О. М. Вирішення освітніх проблем в учнів з обмеженими можливостями [Електронний ресурс] : [із синдромом Дауна]. *Особливі діти в умовах загальноосвітньої школи (досвід закладів освіти Дніпровського району м. Києва) : практи.-метод. посіб. / Упр. освіти Дніпров. райдержадмін. в м. Києві, Район. наук.-метод. центр ; Всеукр. фонд «Крок за кроком» ; [упоряд. Сидоренко Н. А.]. К. : РНМЦ Дніпров. р-ну, 2015. С. 19–23.*

Режим доступу: http://nmcio.ipro.kubg.edu.ua/wp-content/uploads/2015/08/Osobliv_i_ditu_Posibnuk_2015.pdf

47. Павленко Т. В. Основні психологічні підходи визначення поняття «комунікація». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка*. Том. ІХ, Загальна психологія. Етнічна психологія. Історична психологія. Київ, 2016. Вип. 9. С. 368–376.

48. Порошенко М.А. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М.А. Порошенко та ін. – Київ : 2018. – 252 с.

49. Пелатті К. Ю. *Семінари з мови та мовлення*. Випуск 36. Видавництво ThiemeMedical; Нью-Йорк, Нью-Йорк, США: 2015. Покращення усного та письмового мовлення для підлітків та молодих людей із синдромом Дауна; Р. 50–59.

50. Прядкіна А. А. Розвиток мовлення у дітей молодшого шкільного віку із синдромом Дауна [Електронний ресурс] .*Соціальна та життєва практика в структурі професійної підготовки: теорія і практика* : зб. тез Всеукр. наук.-практ. конф. (17 трав. 2018 р., м. Запоріжжя) / МОН України, Держ. наук. установа «Ін-т модернізації змісту освіти» ; Департамент освіти і науки ЗОДА, КВНЗ «Хортиц. нац. навч.-реабілітац. акад.» ЗОР ; за заг. ред. 6 В. В. Нечипоренко. Запоріжжя, 2018. С. 134-135. URL: <http://surl.li/fnvtl>.

51. Райт К.А., Кайзер А.П., Рейковський Д.І., Робертс М.Й. Вплив натуралістичного знакового втручання на експресивну мову малюків із синдромом Дауна. *Ж. Мова Ланг. Слухати*. 2013; 56: 994–1008.

52. Регіс М.С., Ліма І.Л.Б., Алмейда Л.Н.А., Алвес Г.Д.С., Дельгадо І.К. Логопедична стимуляція у дітей з синдромом Дауна. *Преподобний ЦЕФАК*. 2018; 20: 271–280.

53. Рібцун Ю.В. У країні Веселкових звуків. Альбом учителя-логопеда. Ч. 1, 2. Харків: ВГ «Основа», 2020.

54. Рібцун Ю.В. Я учуся розмовляти: навч.-метод. комплект: логопедичний альбом з розвитку мовлення до- 193 шкільників 3–6 років. Київ: Генеза, 2019.

55. Рудницька Є. Розвиток мовлення сонячних дітей. Дошкільна інклюзивна освіта. *Дефектолог*. 2019. № 5 (Трав.). С. 37–43.

56. РондалДж., Баклі Ф. *Синдром Дауна*. Хурр; Лондон, Великобританія: 2003. Мовленнєва інтервенція.

57. Савицький А. М. Організаційні основи індивідуалізації навчання дітей з синдромом Дауна. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2018. Вип. 36. С. 89-93. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2018_36_16

58. Сепульведа Е.М., Лопес-Вілласеньйор М.Л., Хайнце Е.Г. Чи можуть люди з синдромом Дауна покращити свою граматику? *Ін-т Дж. Розд*. 2013 р.; 48: 343–349.

59. Сміт Е., Хокстад С., Несс К.А.Б. Діти з синдромом Дауна можуть отримати користь від мовнихвтручань; Результати систематичного огляду та мета-аналізу. *Ж. Комуна. Розд.* 2020 р.; 85
60. Соколова Г. Психологічний супровід учнів із синдромом Дауна в процесі соціальної взаємодії. *Особлива дитина: навчання і виховання.* 2018. № 3. С. 28-36. С. 28–36.
61. Соколова Г. Б. Теоретичні основи структурно-функціональної моделі психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна [Електронний ресурс] .*Науковий вісник ХДУ. Серія : Психологічні науки.* Херсон, 2018. Вип. 4. С. 295-299. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/185261801.pdf>.
62. Соколова Г. Б. Теоретико-методичні засади психологічного супроводу школярів із синдромом Дауна : [Електронний ресурс] : автореф. дис. док. психол. наук : 19.00.08. ІСПП ім. Миколи Ярмаченка. К., 2019. 39 с. URL: <http://surl.li/fnlny>.
63. Тоні Бут, МелЕйнскоу. Індекс інклюзії: розвиток навчання та участі в життєдіяльності шкіл: посіб./ [Тоні Бут]; пер. з англ. К.: ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. – 190.
64. Трофименко Л.І. Специфіка формування граматичної компетенції у дітей з тяжкими порушеннями мовлення.*Особлива дитина: навчання і виховання.* № 2 (98). 2020. С. 64–73.
65. Усатенко Г. В. Практичні аспекти створення символів альтернативної та додаткової комунікації для відновлення комунікаційних навичок у людей з афазіями. *Наукові студії з соціальної та політичної психології.* Київ, 2021.
66. Файнстек Л., О'Браєн К.Х., Гіппа-Мартін Дж., Лірек К.А. Оцінка особистісної наративноїмовної інтервенції для дітей шкільного віку з синдромом Дауна. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 2017; 122: 310–332.

67. Фідлер Д. Дж., Мост Д. Е., Гіберсон М. М. Нейропсихологічні кореляції ідентифікації слів при синдромі Дауна. *Res. Dev. Disabil.* 2005; 26: 487–501.

68. Чайка М. С., Усатенко Г. В., Кривоногова О. В. Теорія та практика використання альтернативної комунікації для осіб з особливими освітніми потребами : навчально-методичний посібник. Київ : ФОП Усатенко Г. В., 2021. 80 с.

69. Чеботарьова О. В., Гладченко І. В. Сонячні діти. Діти із синдромом Дауна. Харків: Видавництво «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2019. 32 с. (Серія «Поради батькам і педагогам»)

70. Чеботарьова О. В. Ч 34 Дитина із синдромом Дауна / О. В. Чеботарьова, І. В. Гладченко, А. Василенко-ван де Рей, Н. І. Ліщук. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 48 с. (Інклюзивне навчання). [Дитина із синдромом Дауна.pdf \(iitta.gov.ua\)](#)

71. Чепмен Р. С., Хескет Л. Дж. Поведінковий фенотип синдрому Дауна. *Мент. Затримати. Розд. Res. Rev.* 2000; 6:84–95.

72. Чопік О. В. Особливості навчання дітей з синдромом Дауна в умовах інклюзивного закладу [Електронний ресурс]. *Збірник наукових праць молодих вчених Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Кам'янець-Подільський, 2018. Вип. 9. – С. 48-49. – URL: <http://surl.li/fnldm>