

Зорове середовище – спокійна музика та розливчасті світлові ефекти, що повільно змінюються, діють на людину заспокійливо та розслабляють. Яскраві ефекти використовуються для зорової та слухової стимуляції. Тому кімната оснащена «Світловим коректором» та «Світловою гірляндою».

Тактильне середовище – дозволяє опанувати нові відчуття та розвинути тактильну чутливість, покращити зорово-моторну координацію. Для розвитку тактильних функцій в сенсорній кімнаті встановлені такі пристрої:

1) Сухий душ – шатро із різнокольорових атласних стрічок, закріплених на горизонтальній підвісній платформі.

2) Ігрове тактильне панно – являє собою панно із кавроліну і деталей, що змінюються, деталі різні за формою та кольором.

3) Сенсорна доріжка для ніг – доріжка з кавроліну, на якій за допомогою липучок закріплені різні за формою мішечки.

Також тактильне середовище доповнене дидактичними іграми, шафою для соціальної адаптації молодших школярів.

Середовище запахів – в основі лікування запахами (аромотерапії) лежить вплив на організм людини натуральних ефірних масел, які позитивно впливають на нервову систему. У сенсорній кімнаті установлений пристрій для ароматерапії.

Сенсорну кімнату в своїй роботі використовують різні спеціалісти: лікар-офтальмолог, логопед, педагоги.

У навчально-реабілітаційному центрі проводяться заняття групові та індивідуальні із виправлення вад мовлення. Робота проводиться у формі пізнавальної гри. Обов'язковою гігієнічною вимогою є проведення фізкультхвилинок та гімнастики для очей. Комплекс вправ узгоджується з лікарем-офтальмологом та вчителем ЛФК відповідно до зорових діагнозів дітей.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Ермакова В.П. Примерное содержание коррекционных занятий в специальной общеобразовательной школе для слабовидящих детей. – М.: Педагогика, 1988.

2. Григорьева Л.П. Психофизические исследования зрительных функций нормальнозрящих и слабовидящих школьников. – М.: Педагогика, 1983.

3. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих. – СПб., 1998.

УДК: 376.36

#### СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОМОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

**Конопляста С.Ю.**

доктор педагогічних наук, професор  
Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*У статті розкрито результати сучасного клінічного та психолого-педагогічного вивчення психофізичного та мовленнєвого розвитку осіб із вродженими незрошеннями губи та піднебіння від народження до 18 років.*

*The article shows the results of contemporary clinical and psycho-pedagogical study of psychophysical and speech of persons with clefts lip and palate from birth to 18 years*

**Ключові слова:** вроджене незрошення губи та піднебіння (ВНГП), структура дефекту, мультидисциплінарне дослідження, комплексний підхід, функціональна система мови та мовлення (ФСММ), фонологічний профіль, семіотична підсистема ФСММ, лінгвопатологічний синдром, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів, мовленнєвий дизонтогенез.

Масштабність та складність проблеми розвитку дитини із вродженим незрошенням губи та піднебіння (далі – ВНГП) обґрунтували необхідність здійснення міждисциплінарного комплексного медико-психолого-педагогічного дослідження мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП на якісно новому рівні з урахуванням актуального стану психомовленнєвого розвитку, вікових показників, структури анатомічного дефекту, етапів

лікування та логопедичної корекції. Така потреба була нагальною і збігалася з магістральними напрямками логопедичної науки.

Враховуючи ієрархічність процесів формування, розуміння мовлення та основні складові мовленнєвої системи і завдання, які вони вирішують, базовою моделлю багатовимірного вивчення мовленнєвого розвитку при ВНГП було обрано сучасну «функціональну систему мови та мовлення» (далі ФСММ), запропоновану О.М.Корнєвим. У свою чергу ФСММ складається з кількох підсистем (систем другого порядку), кожна з яких має свою певну спеціалізацію та деяку автономію як у процесі функціонування, так і у процесі свого розвитку (А.А.Залевська, W.J.Levelt, О.М.Корнєв). Модель функціональної системи мови та мовлення включає три основні підсистеми: 1) семіотичну; 2) програмування та інтерпретації мовленнєвих актів; 3) регуляційну.

За основу аналітико-діагностичної роботи з вивчення психічного розвитку дітей із ВНГП ми взяли трикомпонентну модель аналізу психічного розвитку та його базових складових, запропоновану сучасними дослідниками у галузі психології розвитку М.М.Семаго та Н.Я.Семаго, як найдоцільнішу на нашу думку в умовах міждисциплінарного комплексного підходу. Узагальнену систему базових складових психічної діяльності умовно поділено на три відносно самостійні структури: 1) довільність регуляції сенсомоторної активності; 2) довільність регуляції психічних процесів і функцій; 3) базова афективна регуляція. Зазначені базові складові розвитку є основними структурними утвореннями, які формуються у процесі психічного розвитку дитини, а стан їх сформованості свідчить про належність до тієї чи іншої типологічної групи психічного дизонтогенезу.

Розроблений алгоритм клініко-психолого-педагогічного діагностики дитини із ВНГП був системною програмою лінгвопедагогічного дослідження стану функціональної системи мови і мовлення (семіотичної підсистеми, підсистеми програмування та регуляції мовленнєвих актів), а також вивчення базових складових психічного розвитку дітей із ВНГП різного віку. Згідно з алгоритмом клініко-психолого-педагогічного вивчення мовленнєвого та психічного розвитку дітей із ВНГП розроблено відповідну багаторівневу діагностичну модель, реалізацію якої забезпечено відповідною методикою. Комплексна діагностична методика дослідження стану психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП складалася із двох скринінгових (клінічного та психолого-педагогічного) та чотирьох основних блоків і була розрахована на можливість обстеження психомовленнєвого розвитку осіб із ВНГП від народження до 18 років.

Вивчення раннього психічного розвитку, зокрема домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей від народження до 3 років з ВНГП – невід’ємна частина широкого експериментального дослідження мовленнєвого розвитку цієї категорії дітей різного віку. Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися нами як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, дали можливість оцінити характер формування базових складових психічної діяльності дітей з ВНГП (включаючи мовленнєвий розвиток) як недостатній.

Результати клінічного скринінгу засвідчили, що більшість (76%) обстежених становили діти від народження до семи років (398 від 522), з перевалюванням вікової категорії від 1 до 3 років (156 від 398). Це є логічним, оскільки хірургічне відновлення губи та твердого/м’якого піднебіння сьогодні в Україні здійснюється переважно до дворічного віку. Розподіл обстежуваних за статтю відповідав загальній тенденції більшої кількості хлопчиків (59%), ніж дівчаток (41%). У дослідженні виявлено 112 (23%) дітей різного віку, які перебували на етапі ліквідації післяопераційного або залишкового дефекту, що обтяжувало психофізичний та емоційний стан дитини.

Аналіз клінічних даних дозволив кількісно виділити групи дітей за характером незрощень відповідно до клінічної класифікації вроджених незрощень губи та піднебіння. Отримані дані свідчать про те, що серед вроджених дефектів щелепно-лицьової ділянки в обстежених дітей найчастіше трапляються вроджені наскрізні однібічні (ліво- або правосторонні) незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м’якого піднебіння (56%); вроджені наскрізні двосторонні незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м’якого піднебіння (18%), а також вроджені ізольовані та наскрізні незрощення верхньої губи (16%).

У результаті дослідження виявлено залежність змісту та ефективності логопедичного корекційного впливу від етапу лікування (доопераційного чи післяопераційного), характеру анатомічного дефекту та вікових показників. Найбільш високі показники виявили діти, прооперовані до двох років, із якими проводилася цілеспрямована логопедична робота у ранньому віці з обов’язковим включенням батьків у корекційно-розвивальний процес.

Спираючись на ретроспективний аналіз історій хвороби, клінічних висновків, додаткових медичних (ЛОР, неврологічних) обстежень, архівних документів та анамнестичних даних у дітей із ВНГП зафіксовано низку системних порушень розвитку: дихальної, зубо-щелепної системи, нервової системи, аналізаторних систем (слухової, зорової, рухової). Прослідковано негативний вплив цих порушень на процеси породження, сприймання та відтворення мовлення.

Згідно з даними соціального паспорту сім’ї, виявлено неоднорідність соціального статусу дітей із ВНГП. Від загальної кількості обстежених дітей (522) лише 292 (56%) мають повноцінну родину, 167 (32%) дітей проживають

у неповних родин, 63 (12%) дітей – сироти та напів-сироти, які прибули до лікарні з Будинку малюка або були на утриманні опікунів у сім'ях, чи проживали у дитячих будинках сімейного типу.

Загальний психолого-педагогічний скринінг також включав аналіз раннього моторного та психоемоційного розвитку дітей із ВНГП та визначення особливостей домовленнєвого і раннього мовленнєвого розвитку таких дітей. Дані про послідовність та особливості раннього моторного та психоемоційного розвитку, які розглядалися як основні передумови становлення базових рівнів довільної та афективної регуляції у перші роки життя, засвідчили порушення процесу формування психологічної бази мовлення дітей із ВНГП.

У межах дослідження вивчався психологічний клімат у сім'ї після народження дитини із ВНГП. Ретроспективна оцінка емоційного стану батьків, особливо матері у цей період свідчить про те, що народження дитини із вродженою вадою обличчя більшість батьків згадують як суцільний психологічний шок, пригадують ці події через призму відчуття провини перед дитиною або відчаю, розчарування, схильність замкнутися у собі. Дослідження показало, що 326 (88%) батьків у перші шість місяців після народження дитини із ВНГП знаходилися у депресивному стані або у стані психо-емоційного стресу. Виявлено залежність психологічного стану батьків наявності/відсутності ранньої психологічної сімейної реабілітації.

Виявлено, що 48,5% обстежених взагалі не проходили логопедичної корекції, а у 89% випадків не проводилася первинна психологічна і логопедична консультація з родинами, де перебувала дитина до одного року.

Констатована відсутність керованого впливу на розвиток мовлення у половини дітей до трьох років і у третини дітей від трьох до шести років.

Аналіз анкетних даних окреслив як педагогічну проблему низький рівень освіченості батьків у питаннях розвитку дитини. Як виявилось, переважна більшість батьків – 274 (89%) практично не орієнтується навіть у показниках нормального психофізичного розвитку дитини, більше 123 батьків (40%) з вищою освітою показали низький рівень загальної педагогічної освіченості у питаннях розвитку, навчання та виховання дітей.

Результати психолого-логопедичного скринінгу виявили своєрідність розвитку емоційно-психічної сфери дитини з ВНГП, яка закладає підвалини онтогенезу мовлення. Вона полягає у певній емоційній «змазаності» реакцій, їх безбарвності, незначній емоційно-руховій загальмованості, невиразності мимічних гримас як реакції на різні подразники, інтонаційній невиразності гукання і гуління, у пізній появі «оральної уваги», відсутності яскравих вокалізацій у період емоційного задоволення або «спілкування» з мамою. Відмічалася більш пізня поява (на один-чотири місяці) феноменів «завмирання-очікування» та «комплексу похваллення», уповільненість процесу переходу від «гукання», яке характеризували як назальне і невиразне, до справжнього гуління. У 70 (59%) обстежених дітей до одного року гуління з'явилося із запізненням на 1-3 місяці, а у 24 (20%) запізнення складало більше 3 місяців (порівняно з нормативними строками раннього мовленнєвого розвитку). Реакцію багатьох дітей на звернення батьки характеризували як невиразну, вокально збіднену. Ці малюки із запізненням починали виражати свої емоції у «спілкуванні» з дорослим або наодинці (граючи з іграшкою) за допомогою лепету. При цьому більшість дітей, особливо в доопераційний період, у віці 9-18 місяців «надавала перевагу» жестовому спілкуванню.

Одержані результати дали підстави констатувати стійкі відставання у темпах і строках, своєрідність формування та збідненість долінгвістичного і монологічного мовлення у 89% дітей із ВНГП. При цьому у них спостерігалось порушення темпу, ритму та інтонаційної виразності.

Узагальнені результати вивчення особливостей психомоторного та мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП до трьох років гостро окреслили як проблему психоемоційний розвиток дитини із ВНГП, формування зачатків комунікативної поведінки та загального енергетичного потенціалу їх життєдіяльності.

Результати вивчення розвитку дітей із ВНГП раннього віку виявили його особливості і показали, що вже до одного року доцільно виділяти так звану «групу ризику» у розвитку, яка складає 94 (79%) від загальної кількості (118) обстежених дітей до одного року. Більше того, саме ці діти проявили низькі показники домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку і були віднесені до «групи логопедичного ризику» ще до трирічного віку.

Визначено, що діти із ВНГП після 3-х років також мають набагато складніші механізми порушення психомовленнєвої діяльності, ніж традиційно вважалося протягом багатьох років. У цих дітей своєрідно розвиваються механізми породження та формування підсистем функціональної системи мови та мовлення (семіотична, програмування та інтерпритації мовленнєвих актів, регуляційна), зазнають шкоди глибинні процеси формування базових складових психічного розвитку (довільної регуляції: рухової активності, психічних процесів і функцій, емоцій та поведінки), що звужує когнітивний ресурс дитини, стримує емоційно-особистісний розвиток, ускладнює процес соціальної адаптації.

Насамперед це стосується ураження базових показників забезпечення фонологічної підсистеми ФСММ на експресивному та імпресивному рівнях у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, що призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП.

Результати дають підстави зазначити, що структура мовленнєвого дефекту при ВНГП ускладнюється також моторною недостатністю м'язів артикуляційного апарату, обумовленою порушенням їх іннервації по типу спастичності, гіпотонії або дистонії. Це пояснює наявність у певної кількості дітей із ВНГП дизартричних проявів (переважно псевдобульбарного характеру у стертій формі). У 75 (79%) післяопераційних дошкільників із ВНГП зафіксовано порушення фізіологічного та мовленнєвого дихання, підвищена голосова атака, порушення просодичної площини.

У 66 (70%) дошкільників виявлено уповільнений темп мовлення, більшість із них виявили несформованість немовленнєвого та мовленнєвого відчуття ритму. Характерною для цих дітей була загальна затримка темпу мовленнєвого розвитку, мовленнєва інактивність.

У результаті комплексного аналізу особливостей експресивного мовлення у дітей із ВНГП систематизовано характерні ознаки його порушень і зведено їх у відповідні симптомокомплекси: а) атипові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення, спричинені ВНГП; б) типові симптоми порушень звуковимовних характеристик мовлення у дітей із ВНГП; в) симптоми порушень ритміко-складової структури слова у дітей із ВНГП; г) симптоми аеродинамічних, фонаційних та просодичних порушень, які мають поліморфний характер. Це дало підстави виділити синдром фонологічних порушень у дітей із ВНГП, розкрити механізм порушення фонологічної системи мовлення та визначити різні стани сформованості фонологічної складової за рівнем її ураження. На цьому етапі дослідження логопедичну діагностику ми співвідносили із класичною клініко-педагогічною класифікацією вад мовлення. У результаті комплексного клініко-логопедичного вивчення семіотичної підсистеми ФСММ запропоновано нову клініко-логопедичну класифікацію порушень фонологічної складової мовлення у дітей із ВНГП.

Виділено 5 груп післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку, звуковимовні та просодичні показники яких мають суттєві відмінності й відповідають різним клінічним характеристикам фонологічних порушень та свідчать про своєрідність семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення (на експресивному рівні). Групи вибудовано згідно з принципом ускладнення порушень фонологічної системи мовлення. За основу взято результати обстеження 106 післяопераційних дітей із ВНГП дошкільного віку.

Так, до першої, найменш чисельної групи увійшло 8% (8) дітей, звуковимова яких відповідала показникам фонетичної та просодичної норми. Тобто, цю групу післяопераційних дошкільників із ВНГП можна вважати найблагополучнішою з погляду фонаційного оформлення мовлення: голосоутворення, звуковимовної, темпоритмічної та інтонаційної організації. Дітей цієї групи ми віднесли до категорії дітей з нормальним розвитком звукової сторони мовлення.

До другої групи увійшло 11 дітей (10%), які не мали порушень тембру голосу (назальності), проте їх звуковимова залишалася порушеною й після п'яти років і мала усі ознаки функціональної дислалії (акустико-фонематичної та артикуляторно-фонетичної за Б.М.Гриншпуном). На нашу думку, дефектна звуковимова у цих дітей пов'язана з ненормованим відтворенням груп приголосних звуків у зв'язку із недостатньою сформованістю артикуляційної бази. У них переважали типові фонологічні (заміни, змішування) та фонетичні або антропофонічні (перекручування звуків) дефекти звуковимови.

До третьої групи увійшло 14 дітей (13%) з порушеннями тембру голосу, але без грубих порушень артикуляційних укладів, спричинених вродженою щілиною губи та піднебіння. Їх звуковимова розвивалася так, як і у дітей першої та другої груп, але характерним було те, що у них найбільше постраждала просодична сторона мовлення. У цьому випадку слід говорити про відкриту органічну ринофонію, а не про органічну відкриту ринолалію. При цьому в деяких дітей спостерігалася затримка загального темпу мовленнєвого розвитку.

У 32 дітей, які склали четверту групу (30%), виявлялися як специфічні (атипові), так і типові симптоми порушень звуковимови експресивного рівня. Тобто у цих дітей спостерігалася поєднання дефектів звуковимови, пов'язаних як із вродженим анатомічним дефектом щелепно-лицьової ділянки (ВНГП), так і з дефектами моторного управління, порушеннями кінестетичного праксису, що провокувало неправильні артикуляційні уклади, неточні рухи язика тощо. Йдеться про ускладнений механізм порушення усного мовлення – залучення декількох порушених ланок фонаційного оформлення мовлення. Мовлення дітей цієї групи відповідає уявленням про класичну органічну відкриту ринолалію, тобто про тотальне порушення механізмів артикуляції, голосоутворення та фонації.

Решту дітей ми об'єднали в одну клініко-логопедичну групу з огляду на обтяжений характер фонологічних порушень (на експресивному рівні). Таким чином, до п'ятої найбільш чисельної групи увійшла 41 дитина (39%) з комбінованим (обтяженим, ускладненим) варіантом порушень звуковимовної сторони мовлення. У групу комбінованого дефекту фонологічної сторони мовлення (на експресивному рівні) увійшли діти, які мали клінічні ознаки ринолалії та дизартрії (підгрупа А), вродженої органічної відкритої ринолалії та заїкання (підгрупа Б), вродженої органічної відкритої ринолалії та алалії (підгрупа В).

У дошкільників, яких віднесено до підгрупи А, виявлено порушення тембру голосу, специфічні та типові дефекти звуковимови, а також клініко-фізіологічні симптоми мінімальних проявів дизартрії, або, згідно з сучасними дослідженнями О.М.Корнева, різних варіантів артикуляційної диспраксії, що свідчило про незрілість або аномальне

формування артикуляційного праксису. Наявність синдрому артикуляційної диспраксії, на нашу думку, більш точно пояснює механізм недорозвинення або ушкодження складових, що забезпечують фонетичну сторону мовлення у цих дітей.

У дітей підгрупи Б виявлено ринолалію та заїкання (як невротичної, так і неврозоподібної форми).

У дітей підгрупи В зафіксована органічна відкрита ринолалія у поєднанні з алалією (моторною). Етіологія цього варіанту дизонтогенезу мовлення мала поліморфний характер. Вірогідною є наявність мультисиндромного стану тотального недорозвинення експресивного мовлення, що виражалося у первинному порушенні формування усіх підсистем ФСММ, тобто про первинність системного мовленнєвого порушення (у формі моторної алалії) і вторинність ринолалії як наслідку ВНГП.

Окрім порушень звуковимовної сторони мовлення, безпосередньо спричинених анатомічним дефектом, виявлено групу дефектів звуковимови, пов'язаних із порушенням здатності здійснювати динамічні комплекси артикуляційних дій. Обстеження сформованості звуко-складової структури слова виявило у 73 (69%) дітей із ВНГП порушення здатності перетворювати суцесивно організовані комплекси артикуляторних дій у цілісну симультанну програму.

Також розподілено дітей за темброво-інтонаційним забарвленням голосу та ступенем назалізації. Відмінний стан (нормальний тембр голосу) зафіксовано у 16 дітей (15%); хороший (слабка назалізація і незначна носова емісія) виявлено у 22 дітей (21%); задовільний (назалізація середнього ступеня, виражена носова емісія) – у 38 дітей (36%); незадовільний (гіперназалізація) спостерігалася у 30 післяопераційних дітей з ВНГП 4-6 років (28%).

У 68% обстежених дошкільників ми констатували суттєві особливості формування семіотичної підсистеми ФСММ на імпресивному рівні. У цих дітей шкоди зазнали глибинні процеси формування рухових (артикуляційних) програм, своєрідно розвиваються механізми породження та засвоєння усіх категорій та понять мовної системи (фонетичних, лексичних, граматичних, синтаксичних), що у свою чергу стримує формування інтелектуальних мовленнєвих операцій та дій.

У переважній більшості (61%) обстежених дітей із ВНГП фонологічні порушення на імпресивному рівні мають вторинний характер. Їх можна назвати парціальними з огляду на те, що у багатьох дітей ці порушення носять нерівномірний, інколи вибірковий характер. У 39% виявлено первинний характер порушень імпресивного рівня, що передбачає первинні (тотальні) форми недорозвинення мовлення.

Дослідженням визначено лінгвопатологічні узагальнені симптоми порушень сприймання мовлення (порушень імпресивного рівня) у дітей із ВНГП: а) несформованість артикуляторно-сенсорних еталонів звуків мовлення (тобто фонематичних уявлень), спричинена порушеннями артикуляторно-кінестетичних механізмів); б) неповноцінність слухової перцепції (дефекти фонематичного слуху, спричинені порушеннями фізичного та тонального слуху); в) недостатньо сформована здатність до диференціації перцептивних ознак фонем (порушення фонематичного сприймання); г) недостатнє розуміння складних за синтаксичною організацією та морфологічним оформленням фраз; складносуриядних та складнопідрядних речень; д) лексичний дефіцит маловживаних слів, категоріальних понять, узагальнених значень. На основі зазначених лінгвопатологічних узагальнених симптомів порушень сприймання мовлення на імпресивному рівні у дітей із ВНГП визначені відповідні синдроми.

Доведено, що ураження фонологічного рівня мовлення у період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, згодом призводить до складної дезінтеграції та патології усього мовленнєвого розвитку дитини із ВНГП: 1) затримки темпів мовленнєвого розвитку; 2) вторинних порушень лексико-граматичної будови мовлення; 3) стійких порушень писемного мовлення; 4) мовленнєвої інактивності.

Результати дослідження виявили також суттєві відмінності від нормативних стану сформованості базових показників забезпечення підсистеми програмування та інтерпретації мовленнєвих актів ФСММ (кінестетичної перцепції, кінестетичного праксису, слухової перцепції та слухомовленнєвого гнозису). Використання у цьому контексті адаптованих нейропсихологічних методик забезпечило нові дані щодо просторового, кінестетичного, динамічного гнозису та праксису у дітей із ВНГП дошкільного та молодшого шкільного віку.

Експериментально доведено, що у дітей із ВНГП значно ушкодженим є не тільки операціонально-динамічний, а й комунікативно-мовленнєвий рівень регуляційної підсистеми ФСММ.

У результаті багатоетапного лінгвопатологічного обстеження науково обґрунтовано та визначено не лише симптоми, але й охарактеризовано лінгвопатологічні синдроми мовленнєвих порушень на рівні кожної із підсистем ФСММ.

Таким чином, визначені узагальнені симптоми семіотичної підсистеми (на експресивному та імпресивному рівнях), підсистеми програмування та регуляційної підсистеми ФСММ у дітей із ВНГП, у більшості випадків складаються у відповідні синдроми.

На основі розробленої авторської системи синдромологічного аналізу порушень мовлення при ВНГП виявлено комплекс синдромів, що характеризують мовленнєвий розвиток 82% (87) дітей із ВНГП дошкільного віку: 1) синдром порушень семіотичної підсистеми ФСММ (симптомокомплекс: сенсомоторних та артикуляційних

розладів, порушень мовленнєвого дихання, порушень голосу, ритміко-мелодико-інтонаційної організації мовлення); 2) синдром порушень функцій програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) синдром порушень функцій регуляції та контролю мовленнєвої діяльності.

Віділено лінгвопатологічні симптоми, які є узагальнюючими і входять в усі зазначені вище синдроми: а) порушення загально-нормативного темпу мовленнєвого онтогенезу; б) ускладнений з різних причин процес породження мовлення; в) порушення сприймання та розуміння мовлення у зв'язку зі зниженням фізіологічного та тонального слуху; г) загальна інактивність та скутість мовлення.

Спираючись на агреговані результати вивчення семіотичної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, запропоновано сучасну типологію варіантів мовленнєвого розвитку дітей із ВНГП.

До умовно-нормативного варіанту ми віднесли результати, які «вписалися» у нормативні показники онтогенезу мовлення (18%). Решта (82%) мали ознаки ненормативного мовленнєвого розвитку: дисгармонійного варіанту мовленнєвого дизонтогенезу (затримка темпу розвитку усіх складових ФСММ); парціального (порушення є окремих підсистем ФСММ, дисоціація між загальним рівнем мовленнєвого розвитку та рівнем зрілості окремих функцій); та тотально ушкодженого (тотальне ушкодження усіх підсистем ФСММ змішаного генезу).

Вищезазначене є безперечним підтвердженням того, що етіопатогенетичний підхід та системно-динамічний аналіз розвитку мовлення у дітей з ВНГП забезпечив можливість усебічно дослідити мовленнєвий онтогенез, розкрити механізми та структуру дизонтогенезу мовлення, розробити типологію варіантів дизонтогенезу мовлення у дітей із ВНГП.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Конопляста С.Ю. Развитие детей из врожденными незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика: Монографія. Київ. – НПУ імені М.П.Драгоманова. 2008. – 212 с.
2. Конопляста С. Ю. Логопсихологія: навч. посіб. / С.Ю.Конопляста, Т.В.Сак; за ред. М.К.Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
3. Коломинский Я. Л., Панько Е.А., Игумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии. Психологическая диагностика, профилактика и коррекция. - Питер, 2004. - 480 с.
4. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты. - СПб.: Речь. - 2006.- 380 с.: ил.
5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб: Речь, 2005. – 384 с.: илл.
6. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку до шкільного навчання: діагностика і формування. Монографія. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П.Драгоманова, 2008. – 299 с.

УДК: 378.124(477)

#### СУРДОПЕДАГОГ З ЧИСТОЮ СОВІСТЮ Пам'яті педагога – дефектолога Н.Ф.Засенко

**Кот М.З.**

кандидат педагогічних наук, доцент  
Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*В статті розкрито педагогічний і життєвий шлях відомого Українського сурдопедагога-професора Наталії Федорівни Засенко та її вклад в розвиток сурдопедагогіки.*

*Ключові слова: сурдопедагогіка, корекційне виховання, спеціальна школа-інтернат*

Геніями не народжуються – геніями стають

Чим далі відходять роки в історію, тим ближчими стають люди, яких знав, з якими спілкувався, з якими працював піввіку, з якими більш ніколи не зустрінешся.