

напрямків підготовки спеціалістів: кафедру сурдопедагогіки, тифлопедагогіки, олігофренопедагогіки та кафедру логопедії. Тож, 1 квітня 1998 року було створено кафедру логопедії, на якій працювали фахівці високої кваліфікації (М.К.Шеремет, С.Ю.Конопляста, В.О.Кондратенко, Н.В.Чередніченко, С.М.Заплатна, Р.А.Юрова, О.М.Голіченко, М.А.Савченко та ін.). Завдяки співробітникам кафедри розроблялися нові напрями підготовки вчителів-логопедів та удосконалювалися методи викладу навчального матеріалу. Були розроблені нові робочі програми, які включали повний цикл логопедичних дисциплін, на які було відведено 530 навчальних годин. В цей час на кафедрі розпочалася підготовка наукових кадрів в галузі логопедії.

Щоб забезпечити дошкільні і шкільні заклади для дітей з порушеннями мовлення достатньою кількістю фахівців-логопедів, співробітники кафедри логопедії підготували необхідну документацію для відкриття нових спеціальностей: Дефектологія (логопедія) з кваліфікаціями «Логопед. Учитель початкових класів спеціальних шкіл для дітей з тяжкими порушеннями мовлення» та «Логопед. Педагог-дефектолог спеціальних дошкільних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення», які впроваджувалися у навчальний процес з 1999/2000 навчального року. Саме з цього

часу студенти здобували кваліфікації за уточненими освітньо-кваліфікаційними рівнями.

Відповідно до нових навчальних планів, належної і особливої уваги в цей період надається педагогічній практиці студентів. Для студентів дефектологічних факультетів педагогічна практика була можливістю застосувати свої теоретичні знання в нових умовах для вирішення конкретних практичних завдань, адже теоретичні знання реалізуються у практичній діяльності вчителя. Із заснуванням спеціальності Дефектологія (логопедія), в залежності від кваліфікації, студенти проходили педагогічну практику (на робочому місці) в спеціальних школах для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, педагогічну практику (на робочому місці) в дошкільних закладах для дітей з тяжкими порушеннями мовлення та логопедичну (на робочому місці) в логокабінетах і логопунктах, що давало можливість більш повно ознайомити студентів зі специфікою роботи логопеда.

Таким чином, можна констатувати, що теорія і практика підготовки логопедичних кадрів розвивається, проходячи певні періоди, під впливом суспільно-політичних, соціально-економічних та соціокультурних чинників. Їх взаємозалежність та взаємозумовленість визначили у різні періоди піднесення чи регресивні тенденції у поступу цієї ланки спеціальної освіти в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. ЦДАВОВ Ф 166. оп.15. спр. 60. Арк. 177
2. ЦДАВОВ Ф 166. оп. 15. спр. 61. Арк. 65, 67
3. ЦДАВОВ Ф166, оп. 15, спр. 776, арк. 270.
4. ЦДАВОВ Ф166, оп. 15, спр. 477, арк. 1-14.
5. ЦДАВОВ Ф 166, оп. 15, спр. 1070, арк. 6-7.
6. Потапенко О.М. Теорія і практика підготовки логопедичних кадрів в Україні (друга половина ХХ століття): Дис... к.пед.н.: 13.00.03.- К., 2010. – 341.

УДК 86-056.313

ДО ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Савицький А.М.

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

В даній статті проводиться аналіз наукової літератури з проблеми раннього розвитку дітей з синдромом Дауна, актуалізується їх психомоторний профіль та особливості мовленнєвого розвитку дітей з генетичними патологіями.

В статті проводиться аналіз сучасної літератури стосовно проблем розвитку дітей з синдромом Дауна, уточнюється їх психомоторний профіль, констатуються особливості речевого розвитку даної категорії дітей.

Mental and motor development in children with Down syndrome, cognitive and learning profiles in children with Down syndrome.

Ключові слова: дитина з синдромом Дауна, психомоторний профіль дитини, мовленнєвий розвиток дитини з синдромом Дауна.

Ключевые слова: дети с синдромом Дауна, психомоторный профиль ребенка, речевое развитие ребенка с синдромом Дауна.

Keywords: children with Down syndrome, psychomotor profile of a child, speech development of children with Down syndrome.

Останнім часом значно збільшилась кількість публікацій у закордонній науковій літературі присвячених розвитку дітей із генетичними порушеннями. Особливо увага дослідників прикута до проблем людей з синдромом Дауна.

Теоретики і практики від медицини, освіти й соціальної сфери по новому намагаються осмислити ключові проблеми, пов'язані з синдромом Дауна, та відповісти на низку питань щодо їхнього майбутнього. Так важливими є питання медичної допомоги даній категорії людей, організації навчального процесу для здобуття освіти і реалізації себе в сучасному суспільстві.

Сучасна медицина накопичила певний досвід у лікуванні хвороб, які супроводжують ранній розвиток дитини з синдромом Дауна. Так раннє обстеження дає змогу впливати на вроджені пороки серця, порушення в роботі ендокринної та імунної системи, на захворювання опорно-рухового апарату та сенсорної системи. Новітні дослідження в медичній галузі, за оцінками фахівців, нададуть інформацію яка згодом буде визначати пріоритетні напрямлення в медичній допомозі дітям з синдромом Дауна. Так, зокрема, це стосується обмінних процесів, функцій центральної нервової системи та процесів кисневого метаболізму дітей даної категорії.

Зупиняючись на психолого-педагогічних проблемах, маємо звернути особливу увагу на оптимізації та індивідуалізації освітньої галузі дітей з синдромом Дауна. Раннє втручання повинно бути спрямоване в більшій мірі на якість, ніж кількість допомоги, що надається. Враховуючи важливість впливу раннього досвіду на розвиток головного мозку, а також пластичність центральної нервової системи, ранню допомогу дітям потрібно здійснювати на основі стимулюючого впливу навколишнього середовища і збагаченого досвіду, що суттєво впливатиме на функціональні зміни в діяльності центральної нервової системи дітей з синдромом Дауна.

Іншим важливим аспектом корекційного навчання і виховання дітей з даною патологією є істинна інтеграція учнів у навчальний масовий простір з метою забезпечення плавного переходу від навчання до трудової діяльності. Навчальні заклади мають надати дітям з синдромом Дауна досвід, що суттєво збагатить і стимулюватиме їхній розвиток та зможуть створити такі умови навчання в яких дітей будуть сприймати як повноцінну особистість з індивідуальними рисами та унікальними особливостями, притаманними цим дітям.

Перед тим, як більш детально ми зупинимось на порушеннях мовленнєвого розвитку дітей з синдромом Дауна, в даній статті ми наведемо особливості психомоторного розвитку цих дітей, посилаючись, головним чином, на останні дослідження в цій галузі, зроблені вітчизняними та закордонними науковцями. Цей огляд актуальний тим, розглядає профіль розвитку з точки зору динаміки його формування. За думкою багатьох авторів, виявлені особливості початкового етапу формування цього синдрому можуть бути важливими при розробці програми раннього втручання. Результати досліджень свідчать про те, що профіль психомоторного розвитку, притаманний дітям із синдромом Дауна, є асинхронним: до складу входять позитивні показники по деяким лініям розвитку (наприклад, певні здібності пов'язані із переробкою зорово-просторової інформації, соціально-емоційний розвиток), так і проблемні сторони, такі як рухова сфера, переробка звукової інформації, порушення експресивного мовлення.

Діти із синдромом Дауна мають низькі темпи зросту з моменту народження і до завершення періоду зростання, з найбільш низькими показниками в ранньому дитинстві і підлітковому віці. Причина затримки остаточно не з'ясована. Відмічено, що діти із синдромом Дауна, що виховувались у родинах, вищі за своїх однолітків, які знаходяться у спеціальних установах.

Однією з головних причин ранньої смертності дітей із синдромом Дауна є вроджені пороки серця, які констатуються, за даними літератури, у 50% випадків. Особлива роль надається ранній діагностиці вроджених пороків серця, при цьому обов'язковим є проведення ультрасонографічного обстеження і своєчасного призначення консервативного лікування чи проведення хірургічної корекції.

Більше половини дорослих із синдромом Дауна мають кондуктивну чи нейросенсорну туговухість. Діти, у яких є недиагностований знижений слух мають складнощі у навчанні і при комунікації з оточуючими.

У більшості дітей раннього віку із синдромом Дауна спостерігається значне відставання в розвитку рухової діяльності порівняно з дітьми норми. При цьому більшість авторів відмічають достатньо повільне проходження всіх стадій розвитку рухових функцій. Однак ряд дослідників, зокрема Лаутеслагер, виявили якісні і кількісні відмінності рухового розвитку дітей із

синдромом Дауна від дітей без порушень фізичного розвитку. Так для немовлят із синдромом характерні гіпотонія, підвищена рухливість суглобів. Крім того, в ранньому дитинстві у них спостерігається запізнення появи і угасання безумовних рефлексів. Ці атипові прояви стають особливо помітними наприкінці першого року життя.

За даними багатьох авторів, у дітей із синдромом Дауна спостерігається збереження нормальної послідовності освоєння етапів рухового розвитку при очевидному відставанні від норми за строками її досягнення. Тобто діти із синдромом Дауна ними розглядаються як діти з відставанням рухового розвитку.

Дослідження багатьох авторів вказують на зниження (в середньому до 76% щодо норми) загальної маси головного мозку людини із синдромом Дауна, особливо на зменшення об'єму мозочка (66%) та стовбура мозку. Науковці відзначають, що будова мозку дітей має ознаки незрілості. Це виражається у зменшенні звивин кори та недостатній мієлінізації півкуль головного мозку та мозочка. Є данні про меншу, в порівнянні з нормою, кількість нейронів у корі великих півкуль мозку – в лобній долі, тім'яній, потиличній і, особливо, скроневій долях.

У деяких статтях використовуються результати досліджень Такашіма зі співавторами, які вважають, що розвиток нейронів у внутрішньоутробному періоді проходить нормально, а зниження кількості дендритів у порівнянні із дітьми норми з'являється у постнатальному періоді.

Багато авторів пов'язують саме з особливостями будови нервової системи те, що у людей із синдромом Дауна недостатньо розвивається рівновага й координація рухів, спостерігається знижений м'язовий тонус.

Мозочок відіграє центральну роль в керуванні положенням тіла в просторі та координації рухів і отримує інформацію від вестибулярного апарату. Мозочок також взаємодіє з тими відділами кори головного, які відповідають за управління довільними рухами. Крім цього, зворотній зв'язок з корою великих півкуль мозку здійснюється від кори мозочка через мозочкові ядра та екстра пірамідну систему із заходженням у стовбур мозку, до таламусу і потім до кори. При тих чи інших ураженнях мозочка спостерігаються порушення в координації рухів і рівновазі тіла, а також м'язова гіпотонія.

Для підтримання положення тіла в просторі необхідно, щоб посилення активності гамма-мотонейронів регулювалося на рівні стовбура мозку. Без цієї базової активності імпульсація альфа-мотонейронів вимикається через гамма-петлю. У

підтримуванні положення тіла в просторі особливо важливі роль відіграють м'язи-розгиначі, яким саме ця система управління має забезпечити достатній тонус.

Протягом тривалого часу синдром Дауна вважався добре відомим станом, при якому в якості провідного порушення розглядалося відставання в розумовому розвитку. Той факт, що люди з даним синдромом разом з цим мають такі, не менш серйозні проблеми в розвитку рухової сфери, як недостатня рівновага, здатність повертати тулуб і неправильні зразки рухів, залишався без уваги.

Проте Карп (1970) вдалося показати, що діти з даним синдромом в більшій мірі відстають саме в руховому, а не в розумовому розвитку. В результаті її досліджень виявилось, що у віці між шістьма і десятьма місяцями у дітей із синдромом Дауна розумовий розвиток випереджає руховий за середнім показником. Показник розумового розвитку поступово зростав до 24 місяців, тоді як показники рухового розвитку продовжували різко зменшуватися до 15-місячного віку, залишаючись потім незмінними до 24 місяців.

Відставання у розвитку інтелектуальної сфери часто супроводжується відставанням рухового розвитку та обмеженням рухових можливостей. Гендерсон (1995) пояснює це зниженою пізнавальною активністю і неврологічними порушеннями, які супроводжуються порушеннями рухової сфери. В цілому, його дослідження виявляють низький рівень розвитку рухових функцій у дітей з порушеннями розумового розвитку в порівнянні з дітьми без порушень в цій сфері.

За даними Дебори Фідлер, дослідження порушень пізнавальної сфери у підлітків з синдромом Дауна останнім часом спрямовані на вивчення недостатності вербальної пам'яті і її зв'язком з недорозвитком експресивного мовлення і складнощами засвоєння знань та умінь при достатньо розвинутій спроможності до переробки зорово-просторової інформації. Відповідно до наукових даних, у дітей старшого шкільного віку з синдромом Дауна ці здібності розвинуті нерівномірно. Так сильною стороною є зорова пам'ять, зорово-моторні координації, а слабкою виявляється просторова пам'ять і здатність до конструювання.

Вищезазначені особливості розвитку когнітивної сфери можна помітити у дітей з синдромом Дауна вже у ранньому віці. Так у немовлят недостатність у переробці слухової інформації, яка виявляється пізніше, може бути пов'язана з атиповими реакціями стовбу мозку у дітей першого року життя з синдромом Дауна.

Дослідженнями підтверджено, що переробка зорової інформації є сильною стороною дітей раннього віку із синдромом Дауна. Так під час експериментів у малюків з синдромом констатувалися такі ж, як і у звичайних дітей здібності розпізнавання зорових образів, така ж морфологія потенціалів мозку, зорова увага і зорова фіксація. По деяким компонентам зорової пам'яті діти з синдромом демонстрували більш високу швидкість переробки інформації.

Однак у дітей із синдромом Дауна не всі зорово-просторові функції сформовані відповідно до норми. Причиною таких недорозвитків часто є порушення зору. Також науковці констатують затримку у візуальному обстеженні предметів дітьми 6-місячного віку в ігрових ситуаціях з мамами, порушення зорової уваги при виконанні завдань, відмічають затримку в появі різних аспектів візуального контакту.

Мовленнєвий розвиток. Спеціалісти, що здійснюють супровід дітей з синдромом Дауна констатують у них значну затримку мовленнєвого розвитку. При чому, порушення експресивного мовлення виявляються сильнішими, ніж імпресивного. Також відмічається суттєве зниження об'єму активного словника в порівнянні з віковою нормою. Що стосується сприймання мовлення, то запас слів у дітей підліткового віку, за даними вітчизняних та іноземних вчених, відповідає віковим нормативам, а є суттєві відставання у розумінні граматичної будови мовлення. Більшість дорослих людей із синдромом Дауна не просуваються далі початкових стадій у засвоєнні морфологічної системи мови і граматичної будови мовлення. В усному мовленні основні труднощі пов'язані з порушеннями артикуляції звуків. Однак не дивлячись на недостатню сформованість різних компонентів мовлення, діти і дорослі з синдромом Дауна демонструють достатньо високу ефективність невербальної комунікації.

Особливості розвитку мовлення у дітей з синдромом ми спостерігаємо вже у ранньому дитинстві. Так за даними літератури, якщо говорити про експресивне мовлення, то у таких дітей є явне переважання атипових вокалізацій. Перші шість місяців вони продукують більше не мовленнєвих звуків, ніж мовленнєвих.

Вивчення навичок спілкування дітей раннього віку з синдромом Дауна висвітлює як наявність збережених функцій, пов'язаних із розвитком комунікативної сфери, так і порушень. Так рівень їхньої невербальної уваги відповідає їх віку. Крім того, не дивлячись на порушення в розвитку експресивного мовлення, ці діти можуть вдало спілкуватися за допомогою жестів.

Враховуючи сучасні дослідження і знаючи про особливості розвитку дітей з синдромом Дауна, зокрема їхню перевагу у обробці зорово-просторової інформації на відміну від вербальної, при розробці стратегії корекційної роботи потрібно спиратись і концентруватись саме на зорово-слуховій та зорово-моторній модальності подачі інформації. Так, за даними багатьох дослідників, корекційно-навчальні методики в яких використовується переважно слухове сприйняття, призводять до фрустрації і не сприяють успішному навчанню даної категорії дітей.

В процесі спеціально організованого навчання, за даними досліджень, діти краще реагують на таку подачу матеріалу, яка паралельно з мовленням включає і систему жестового мовлення чи використовує зорові підказки. Тому, як один з варіантів корекційного навчання, існує методика більш раннього навчання дітей з синдромом Дауна читанню. Також маємо відмітити спеціальну методику глобального читання, спрямовану на покращення пам'яті та мовлення дітей шляхом формування раннього зорового словника.

Підвищений ризик дефіциту експресивного мовлення у дітей з синдромом Дауна є важливим аргументом для їх автоматичного включення в логопедичні програми ще до того як їхній дефіцит виявиться повною мірою. Так одним з перспективних прийомів є постійне позитивне підкріплення вокалізацій немовлят у віці від 2 до 8 місяців, що призводить до збільшення числа цих вокалізацій. В подальшому, за нашими спостереженнями, потрібно спрямовувати зусилля на перехід дитини від лепету до осмисленого мовлення. Так, наприклад, дорослим необхідно реагувати на до мовленнєві вокалізації дитини фонетично близьким словом, що має певний смисл.

Орієнтуючись на розуміння того, як формується профіль психомоторного розвитку при синдромі Дауна та за для успішної ранньої допомоги дітям з синдромом Дауна пріоритетною виявляється корекційна робота спрямована на розвиток конкретної дитини, на її сімю та оточення та на взаємодію мати-дитина. Звертаємо увагу на те, що рання допомога буде більш ефективною, якщо сім'я, отримавши фахову підтримку спеціаліста, активно допомагає в реалізації програми раннього втручання.

Визначаємо, що основне завдання при створенні системи допомоги дітям з синдромом Дауна та їхнім сім'ям – це розвиток таких дітей і якісна їх інтеграція в освітнє середовище. Виходячи з праць Л.С. Виготського, потрібно розвивати дитину, не виправляючи її окремі недоліки, а створюючи реальні життєві ситуації, спрямовані на зміцнення і розвиток притаманні даній особистості

ресурсні якості. Тому дана стаття буде корисною і інформативною для всіх людей, що цікавляться проблематикою психомоторного та мовленнєвого

розвитку дітей з синдромом Дауна та іншими генетичними порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения / Пер. с англ. О.Н. Ертановой. – М., «Монолит», 2003
2. Deborah Fidler. (2003) Emerging Down syndrome behavioral phenotype young children/ vol. 18
3. Harris S (1995) Transdisciplinary therapy model for the infant with Down syndrome/ Physical Therapy, 60

УДК 376.36 : 373.2

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНОСТІ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ ЕМОЦІЙНО-ОЦІННОЇ ЛЕКСИКИ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ З МОТОРНОЮ АЛАЛІЄЮ

Січкачук Н.Д.

Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

В статті представлена методика та результати дослідження рівня сформованості комунікативної компетенції емоційно-оцінної лексики у старших дошкільників з моторною алалією.

В статье представлена методика и результаты исследования уровня развития коммуникативной компетенции эмоционально-оценочной лексики у старших дошкольников с моторной алалией.

The level of communicative competence of emotional-merit vocabulary of senior preschool children with motor alaliy research's methodics and experimental results are represented in this article.

Ключові слова: комунікативна компетенція, емоційно-оцінна лексика, моторна алалія.

Ключевые слова: коммуникативная компетенция, эмоционально-оценочная лексика, моторная алалия.

Keywords: communicative competence, emotional and valuation vocabulary, motor alalia.

Сучасні тенденції розвитку української та зарубіжної дошкільної освіти вказують на підвищення уваги до проблеми успішної соціалізації дитини з порушеннями мовлення.

Теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми формування емоційно-оцінної лексики у дітей дошкільного віку, в тому числі і з порушеннями мовленнєвого розвитку, свідчить про складність і багатоаспектність цього феномену. Реалізуючись у мовленні, емоційно-оцінна лексика стає засобом формування соціальних зв'язків дитини з навколишнім світом.

Наукові дослідження Г. Жаренкової, В. Орфінської, Є.Соботович, С. Шаховської та інших свідчать, що у зв'язному мовленні дітей із моторною алалією спостерігаються порушення процесу мотивації та програмування мовленнєвого висловлювання. Причиною порушення послідовності розповіді науковці також називають емоційний фактор: на перше місце виходить найбільш яскравий елемент, пов'язаний із минулим досвідом дитини; недостатність уявлень про семантику слова, що не дає можливості дитині використовувати його у процесі комунікації; у процесі спілкування, який ініціюється іншими людьми, часто спостерігається мовленнєвий негативізм або мала мовленнєва активність, стимулюючи поведінковий негативізм [1], [2], [6].

В попередніх статтях ми висвітлювали особливості розвитку паралінгвістичної компетенції, лексичної та граматичної складових лінгвістичної компетенції емоційно-оцінної лексики у дітей з моторною алалією. Нині ми пропонуємо дослідити рівень розвитку комунікативної компетенції лінгвістичного компоненту вище зазначеного прошарку лексичної будови мовлення у старших дошкільників з моторною алалією.

Для вивчення комунікативної компетенції емоційно-оцінної лексики ми використовували методики І. Кондратенко; Г. Урунтаєвої та Ю. Афонькіної, 1998; Л. Віттенштейна та Дж. Остіна [3] у модифікації для дітей із мовленнєвою патологією, яка полягала у спрощенні структури речення, зменшенні кількості слів, можливості дати відповідь у невербальній формі.

Отже, з метою дослідження комунікативної компетенції ми запропонували спеціально розроблену систему завдань.

Серед дітей з II та III рівнями загального недорозвитку мовлення (далі ЗНМ) проводилася бесіда за авторським опитувальником №1: "Що це за слова (веселий, сумний, страшний)? Для чого ці слова? Коли тобі весело (страшно)? Коли ти злий (сумний, здивований)? Які слова розповідають про наші хороші почуття? Які слова розповідають про наші погані почуття?"