

УДК: 159.922.7:376.36

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В НОРМІ ТА З ПОРУШЕННЯМИ

Хоменко С.О.

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

У науковій статті порівнюються ознаки нормального розвитку мовленнєвої діяльності у дітей раннього віку в онтогенезі та у випадках порушення мовлення.

В науковій статті порівнюються ознаки нормального розвитку мовленнєвої діяльності у дітей раннього віку в онтогенезі та у випадках порушення мовлення.

In the scientific article the signs of normal development of speech activity are compared for the children of early age in ontogenesis and in the cases of speech impairments.

Ключові слова: розвиток мовлення, діти раннього віку, онтогенез, порушення мовлення, група ризику.

Ключевые слова: развитие речи, дети раннего возраста, онтогенез, нарушение речи, группа риска.

Keywords: development of speech, children of early age, ontogenesis, speech impairments, high-risk group.

Постановка проблеми. Ранній вік є періодом найбільш інтенсивного розвитку організму дитини. Зростання кількості дітей раннього віку з відхиленнями у розвитку мовлення різноманітного патогенезу зумовлюють необхідність їх ранньої діагностики та подальшої абілітації й розробки форм і методів логопедичної роботи. Оскільки розвиток мовлення є одним з основних новоутворень раннього віку, то питання логопедичної діагностики мовлення та їх абілітації у дітей раннього віку є особливо актуальними.

Аналіз досліджень і публікацій. Аналіз спеціальної літератури свідчить, що розвиток мовлення у дітей раннього віку досліджували вчені Н.Аксаріна, О.Вінарська, Л.Виготський, Г.Розенгарт-Пупко, Д.Ельконін та інші. Становлення і розвиток мовлення дітей першого року життя досліджувалося фізіологами (М.Кольцова, І.Павлов, М.Красногорський, А.Іванов-Смоленський, І.Сеченов та ін.), психологами (Б.Баєв, О.Лурія, А.Маркова, Д.Ніколенко, С.Рубінштейн та ін.), лінгвістами (О.Гвоздев, О.Потебня та ін.), лінгводидактами (А.Богуш, Л.Федоренко та ін.), педагогами (Ю.Аркін, А.Іваненко, Т.Науменко, В.Петрова, Є. Радіна, Є.Тихеева, та ін.).

Метою даної статті є визначення ознак нормального та порушеного формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дітей раннього віку.

Виклад основного матеріалу. У сучасних зарубіжних та вітчизняних дослідженнях звертається увага на важливість розвитку повноцінної мовленнєвої функції від народження до трьох років життя. У цей період пластичність і компенсаторні можливості дитячого мозку дуже високі й вчасно розпочата корекційна робота сприятиме запобіганню появи порушень мовлення та виникненню вторинних відхилень в психічному розвитку у подальшому житті [3].

Серед новонароджених виділяють категорію дітей «групи ризику» – це діти, які мають порушення психофізичного розвитку, зумовлені шкідливими впливами у періоди пренатального, натального і постнатального розвитку, у тому числі й мовленнєвого. Це діти з генетичною схильністю, з несприятливим акушерським анамнезом (асфіксія, пологова травма та ін.), з недоношеністю (незрілістю при народженні, малою вагою та ін.), перенесли інфекції й постнатальні ушкодження мозку, перебувають у несприятливих умовах виховання (депривація), наявності психотравмуючих ситуацій, народжені від матерів, які вживали алкоголь і нікотин [1; 6].

Онтогенетичний розвиток рухової, перцептивної системи і мовлення зумовлює виникнення таких новоутворень першого року життя, як сидіння, прямостояння, прямоходіння, гуління, лепету, слів, що є передумовою подальшого повноцінного психічного розвитку. Тісний розвиток рухової та мовленнєвої системи породжують маніпулятивні дії як витоки формування предметних дій. Руховий, перцептивний розвиток дитини відбувається виключно за умови спілкування з дорослим [4].

Отже, на етапі немовлячого періоду для повноцінного психофізичного і мовленнєвого розвитку обов'язковим є спілкування з дорослими.

Мовлення розвивається в процесі онтогенезу (індивідуального розвитку організму від моменту народження до кінця життя) паралельно з фізичним і розумовим й служить показником загального психофізичного розвитку. Засвоєння дитиною рідного мовлення відбувається з суворо визначеною закономірністю та характеризується рядом рис, загальних для всіх дітей [3].

Для того, щоб виявити патологію мовлення, треба знати онтогенез мовленнєвого розвитку дітей в нормі, закономірності цього процесу та умови, від яких залежить його успішне протікання.

У літературі питанням розвитку мовлення у нормі приділяли увагу вчені (А.Гвоздев, в роботах Г.Розенгарт-Пупко, Д.Ельконін, О.Леонтьєв, Н.Швачкін, В.Бельтюков та ін.), які з різних позицій розглядають і визначають етапи мовленнєвого розвитку та детально описали становлення мовлення у дітей починаючи з самого раннього дитинства. О.Гвоздев досліджує послідовність засвоєння дитиною частин мови, структуру речень, характер їх граматичного оформлення та пропонує свою періодизацію [1; 3].

Г.Розенгарт-Пупко досліджує 2 етапи формування мовлення : до 2-х років - підготовчий; від 2-х років і далі - етап

самостійного становлення мовлення. Спираючись на дослідження О.Леонтьєва, можна умовно виділити провідні періоди мовленнєвого розвитку й визначити симптоматику, яка свідчить про можливі порушення [9].

Зупинимось детальніше на перших двох етапах:

1-й - підготовчий(з моменту народження - до року);

2-й - переддошкільний(від року до 3 років).

Показники мовленнєвого розвитку дитини в 2-3 місяці: поява різних видів крику; поява слабких горлових звуків типу «ах», «ех», «ух»; інтенсивне утворення спонтанних звуків; поява агукання; реагування комплексом поживлення на обличчя рідної людини [8].

Нами узагальнені ознаки можливих порушень мовлення на домовленнєвому етапі розвитку від 0 до 3 місяців.

Особливості крику, який в перші тижні життя у дітей з відхиленнями в розвитку часто нагадує окремі схлипування на вдиху, з характерним носовим відтінком. У випадках найбільш важкої патології відзначається пронизливий, хворобливий, безперервний крик, який прийнято називати «мозковим». Порушення крику виразно проявляються у дітей з важкою руховою патологією, у яких надалі виявляється дизартрія чи анартрія [2]. Крик може бути хрипким, ослабленим, монотонним, виснажливим або звучати нетипово.

Ураження артикуляційного апарату. При найбільш важких порушеннях можна побачити у грудної дитини синкінезії й апраксії, парези; може спостерігатися вроджений стридор – шумне, хрипке дихання.

Відстають в розвитку або відсутні орієнтовні зорові і слухові реакції.

Переважають негативні реакції (монотонний плач, тривалий крик на одному тоні), посмішка вкрай рідка.

Голосові реакції мало виразні, при грубих порушеннях, пов'язаних з органічною патологією ЦНС, початкове гуління відсутнє [2].

Відсутність реакції на дорослого («комплекс поживлення», посмішка, активніше гуління після звукової стимуляції), що доглядає за ним, що є прогностично негативним показником і вимагає подальшого спостереження за психічним і емоційним розвитком дитини [10].

Отже, необхідно з перших днів життя звертати увагу на формування проявів у немовляти до 3-х місяців емоційної реакції.

Показниками нормального мовленнєвого розвитку дитини в 4-6 місяців є: малюк агукає, белькоче, лепече навіть тоді, коли до нього не звертаються; чітко диференціює склади; скрикує від радості; сміється при зверненні до нього; з'являються звуки, що виражають напругу при певних рухах; охоче слухає звернене до нього мовлення; проковує дорослого на спілкування, проявляє ініціативу; намагається «заговорити», «зав'язати бесіду»; з'являється жестове мовлення: дитина простягає назустріч дорослому руки, просить, щоб її узяли до себе; реагує на інтонацію голосу, може заплакати у відповідь на підвищений голос; впізнає іграшки, які мама словесно означає(м-м, няв-няв, гав-гав); шукає очима маму у відповідь на питання: «Де мама»?[8].

Показниками мовленнєвого розвитку дитини в 7-9 місяців є: лепече склади: «ля», «ва», «так», «ба», «но» (до 8 різних), використовуючи для цього кінчик язика; залучає до себе увагу дорослого за допомогою різних кликальних складів; з'являється чітке подвоєння складів: «ма-ма», «та-та» та ін.; «співає», розміщуючи склади ланцюгом (а-та-та, а-да-да, ба-ба-ба.); копіює звуки мовлення дорослого; відгукується на своє ім'я; на прохання батьків показує знайомі іграшки, предмети; цокає язиком, якщо цього навчив дорослий; в 9 місяців може сказати перше слово «баба», «мама», «дай» [8].

Проте, відхилення в психомовленнєвому розвитку можуть бути:

– при апраксіях і стридорі лепет має переривчастий, змазаний, слабо модульований характер. Тривалий вокалізований видих явно ускладнений, переважають короткі лепетні серії («бідний лепет»).

– у випадках важкої неврологічної патології до кінця першого півріччя життя у немовлят спостерігається виражена м'язова гіпотонія.

– спостерігаються специфічні спотворення звуковимови, бідні голосові реакції. Співуче гуління може бути відсутнім повністю. Інтонаційно-мелодична виразність вокалізацій знижена [2].

– у разі грубої патології розвитку фізіологічні ехोलалії і складовий лепет не формуються або виникають пізніше в спотвореному вигляді, інтонаційна виразність відсутня, реакція на звернене мовлення проявляється у вигляді надзвичайно бідної вокальної продукції, окремих звукокомплексів, недиференційованої голосової активності [1]. Дитина не прагне до звуконаслідування.

Показники мовленнєвого розвитку дитини в 10-12 місяців є: з'являється лепет-монолог; лепече склади, схожі на короткі речення; наслідує звуки, якщо дорослий спонукає до цього; хитає головою («ні»), якщо чогось не хоче; вимовляє 5-10 осмислених слів; реагує голосом на музику; відгукується на своє ім'я і на прохання «Дай мені»; махає рукою, прощаючись з дорослим; розуміє заборону «ні», «не можна»; на прохання дорослого знаходить і приносить відомий предмет; показує пальцем на те, що її зацікавило, чекає коментаря дорослого[8].

Відхилення у психомовленнєвому розвитку виявляються:

– наявністю рудиментарного лепету, одноманітних і монотонних голосових реакцій свідчить про серйозне відхилення в ранньому розвитку дитини, який може носити як парціальний, так і комплексний характер.

– в легких випадках (при компенсації до цього віку деяких синдромальних проявів: гіпертензійно-гідроцефальний синдром, синдром нервово-рефлекторної збудливості, вегетативно-вісцелярний синдром) порушення формування голосових реакцій поєднуються із слабкістю слухових диференціювань, недостатністю слухової уваги і трудностю локалізації джерела звуку в просторі. Це затримує розвиток початкового розуміння мовлення у дітей з резидуальною неврологічною симптоматикою [6].

– до кінця першого року життя вираженими стають клінічні ознаки основних форм ДЦП : формується спастичність, вираженими стають симптоми атаксії і гіперкінези, що призводить до наростання патологічних змін в тонусі м'язів мовленнєвого, голосоутворюючого і дихального апарату.

– стійкі труднощі формування навичок жування твердої їжі, проковтування та уміння пити рідину маленькими ковтками з чашки, також побічно свідчать про дисфункцію загальних мовнорухових навичок і порушення механізмів фонації та дихання.

– затримка формування або повна відсутність паралінгвістичних форм спілкування свідчить про серйозні порушення комунікативної функції мовлення.

– при виражених порушеннях психо-емоційного і когнітивного розвитку спостерігаються: маловиразна і одноманітна міміка; емоційні прояви у формі хаотичної рухової активності або оральних синкінезів; неадекватні реакції на мовленнєве звернення, словесні інструкції [2].

На другому році життя відбувається поступове збільшення словникового запасу, при цьому слова і звукосполучення вже стають засобом мовленнєвого спілкування, тобто формується експресивне мовлення. Дитина вчиться оперувати словами – ускладнює їх, пробує різні поєднання, опановує фразу, логіко-граматичні побудови. У півтора роки словниковий запас малюка досягає 20-30 слів, він вже добре знає дві-три частини тіла і показує їх, говорить прості фрази, що складаються поки з двох слів : «Мама, ать! – Мама, гуляти! Дай ляля – Дай ляльку». У півтора роки малюк зазвичай починає вимовляти усі голосні звуки, хоча і не завжди чітко. Йому доступні багато приголосних звуків [м, п, б, д, г, т, д, н, в, ф, х], а також звук [й]. Багато з приголосних звуків вимовляється пом'якшено(дая замість «дай») [8].

В активному словнику дитини налічується близько 50 слів, а до двох років – 200-400 слів. Це переважно іменники, що означають предмети ігрової і побутової тематики, а також дієслова, що означають прості дії. Мовлення дитини ще аграматичне. Діти в основному користуються фразами з 2-4 слів, узгоджують дієслова 3-ої особи однини теперішнього часу з іменниками, використовуючи тільки декілька форм деяких відмінків; з'являється перша особа дієслів і займенник «я». У своєму мовленні діти зазвичай використовують дієслова в наказовому способі [9; 10].

Отже, до двох років дитина розуміє практично усі слова, якими дорослі позначають навколишні предмети. Словниковий запас збільшується до 50 слів, вона знає до п'яти частин свого тіла і вміє складати фрази вже з трьох і більше слів. Для цього періоду характерна неправильна звуковимова більшості звуків рідного мовлення. Складова структура багатоскладових слів порушена(спрощення структури шляхом опускання складів з середини слова). Як правило, до двох років дитина вже засвоює звуки: [п, б, м, ф, в, т, д, н, д, г, х]; свистячі звуки [з, з, ц], шиплячі [ш, ж, ч, щ] і сонорні [р, л] вона зазвичай пропускає або замінює.

На третьому році життя зростає розуміння дитиною мовлення. Словниковий запас до кінця року збільшується в 3-4 рази, ширше використовуються дієслова, досягаючи до трьох років 800-1000 слів [7].

Але все ж в словниковому запасі малюка переважають іменники (60%), потім дієслова (25-27%) і менше всього (лише 10-12%) прикметники.

У цьому віці діти правильно і чітко вимовляють голосні звуки [а, у, і, о] (деякі діти ще можуть замінювати або недостатньо чітко вимовляти звуки и, е), приголосні [м, п, б, т, д, н, в, ф, д, г, х] (деякі діти ще замінюють звук х звуком [д], пом'якшено вимовляють звуки т, д: т'янк замість «танк»), йотовані звуки [й, я, ю, є], засвоюють м'які приголосні [с', з'] (тверді приголосні більшість дітей починають правильно вимовляти до кінця року). Звук ц відсутній і замінюється звуком [ть] або [с'-с]. Проте до кінця року цей звук у деяких дітей з'являється і вимовляється правильно [8; 9;10].

Важливими діагностичними показниками порушення мовленнєвого розвитку в цьому періоді стають: відсутність в мовленні дитини фраз з 3-х і більше слів; пасивність та безініціативність у веденні діалогу; однослівність або однотипність відповідей на питання; виражені труднощі вимови багатоскладових слів і слів зі збігами приголосних. Окремо відзначаються стійкі запинки при вимові розгорнутих фраз або окремих слів, багаторазові повторення і розтягнута вимова складів і звуків, що супроводжується м'язовою напругою; велика кількість численних недиференційованих жестів, що носять не комунікативну, а агресивну спрямованість [7].

Висновки. Отже, мовленнєвий розвиток дитини – один з основних чинників розвитку в ранньому дитинстві. Рівень розвитку мовлення визначає рівень сформованості соціальних і пізнавальних досягнень дитини – потреб і інтересів, знань, умінь та навичок, а також інших психічних якостей, що є основою формування особистості.

Важливо знати, чи правильно формується мовлення у дитини в дошкільному віці і які причини дефектів її мовлення. Якщо малюк у своєму розвитку стійко відстає на один віковий період, то його вже можна віднести до групи ризику і батькам обов'язково слід звернутися за консультацією до дитячого психолога і логопеда.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста/Е.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 231с.
2. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи (ДЦП, ЛФК, неврология)/ Бадалян Л.О. Журба Л.Т. Тимонина О.В. – К.: «Здоровье», 1988. –315с.
- 3.Игнатьева С.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений/ С.А.Игнатьева, Ю.А.Блинков – М.: Гуманит. изд.центр ВЛАДОС, 2004. – 304 с. – (Коррекционная педагогика).
4. Лепская Н.И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации/Н.И.Лепская. – М.: МГУ, Филологический факультет, 1997. – 151с.
5. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения / М.И.Лисина – М.: Педагогика, 1986. С.31-57 (с сокращ.)
6. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к

- обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастоюкова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 304с.
7. Особенности речевого развития в раннем возрасте у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы. Ранняя диагностика речевых нарушений и их коррекция. \ Володин Н.Н., Шкловский В.М., Заваденко Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О., Асмолова Г.А. – Москва, 2005. [Методические рекомендации] – 37с.
8. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие / Под науч. ред. Л.А. Федорович. Составители И.В. Макаренко, Л.А. Федорович – Кременчуг: Христианская Заря, 2008. – 217с.
9. Розенгарт-Пупко Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста/ Розенгарт-Пупко Г.Л. – М., Академия педагогических наук РСФСР, 1963.
10. Фрухт Э.Л. Сравнительный анализ шкал развития детей первого года жизни / Э.Л. Фрухт, Р.В. Тонкова-Ямпольская, В.А. Доскин // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 1998. – № 2. – С. 39-43.

УДК: 651.851.4 – 056.262:376

**МЕТОДИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДЛЯ АКТИВИЗАЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ
ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ**

Хомякова О.В.

кандидат біологічних наук, доцент
ТНУ имени Н.И.Вернадского

Штеренберг Е.С.

УРЦ для детей с нарушением зрения г.Симферополя

В статье рассматриваются вопросы об эффективности применения здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе детей с нарушением зрения.

У статті розглядаються питання про ефективність застосування здоров'я зберігаючих технологій в освітньому процесі дітей з порушенням зору.

In the article questions are examined about efficiency of application of health is a guard technologies in the educational process of children with a paropsis.

Ключевые слова: дети среднего школьного возраста, нарушение зрения, оперативная память, внимание, здоровьесберегающие технологии.

Ключові слова: діти середнього шкільного віку, порушення зору, оперативна пам'ять, увага, здоров'я зберігаючі технології.

Key words: children of middle school ages, paropsis, main memory, attention, health is a guard technologies.

Проблемы влияния учебного процесса на функциональное состояние детей с нарушением зрения имеет особую актуальность при переходе с младшего звена обучения в среднее, когда ребенок взаимодействует с новой информационно-эмоциональной средой, которая может существенно влиять на формирование его психического и психофизиологического состояния. Своеобразие умственной работоспособности детей с нарушением зрения состоит в замедленности реакций, расстройствах внимания и повышенной утомляемости, что затрудняет выполнение учебной работы [1, стр.98]. Это происходит из-за несоответствия условий учебной и трудовой деятельности физиологическим возможностям организма, стремительного увеличения объемов получаемой информации, хронического эмоционального и интеллектуального напряжения на фоне дефицита двигательной активности [2, стр. 9]. Следовательно, успешность обучения, повышение умственной работоспособности, укрепление здоровья учащихся с нарушением зрения во многом зависит от использования рационального режима различных приемов, форм и методов активизирующих познавательную деятельность в образовательном процессе. Здоровьесберегающие технологии можно рассматривать как одну из самих перспективных систем в организации обучения, как качественную характеристику повышения умственной работоспособности и здоровья в целом [3, стр. 306].

В ходе проведения ранее исследований были выделены основные компоненты умственной работоспособности детей с нарушением зрения [4, стр.440]. Исследовательская часть работы выполнялась в условиях учебно-реабилитационного центра для детей с нарушением зрения г. Симферополя. На первом этапе проводилась диагностика некоторых психофизиологических функций 20 учащихся 11-12 лет, имеющих нарушения работы зрительного анализатора. Результаты исследования свидетельствуют об относительной неустойчивости показателей оперативной памяти, низком уровне показателей объема, концентрации и переключения внимания [4, стр.442]. На втором этапе исследования в процессе урока использовались приемы стимулирующие умственную работоспособность, в виде двух физкультурных минуток, для снятия общего напряжения, снятия утомления с глаз и стимулирующие умственную работоспособность.

Комплекс упражнений физкультурных минуток (ФМ)

ФМ для улучшения мозгового кровообращения.

1. Исходное положение (и. п.) – сидя на стуле, 1 - 2 – отвести голову назад и плавно наклонить назад, 3-4 – голову наклонить вперед, плечи не поднимать. Повторить 4-6 раз. Темп медленный.