



KAPITEL 6 / CHAPTER 6⁶
SOME ASPECTS OF LOGOPEDIC SUPPORT FOR CHILDREN WITH
EARLY-ONSET CEREBRAL PALSY

DOI: 10.30890/2709-2313.2022-13-03-007

Вступ.

За останні роки в Україні відбуваються суттєві зміни у всіх сферах суспільства, що обумовлюють виникнення нововведень і в освітній процес. Новітні тенденції освіти передбачають розширення гуманістичних поглядів щодо навчання дітей, серед яких діти з особливими освітніми потребами. Особливо актуальним сьогодні є питання освіти дітей з особливими освітніми потребами, зокрема, їх ефективне включення в процес навчання та виховання у загальноосвітніх закладах. Інклюзивна освіта забезпечує включення дітей з особливими освітніми потребами в сучасний освітній простір.

Відповідно до широкого розуміння інклюзивної освіти та міжнародних документів, діти з особливими потребами – це особи до 18-ти років, які потребують додаткової підтримки в освітньому процесі (діти з порушеннями психофізичного розвитку, діти з інвалідністю, діти-біженці, працюючі діти, діти-мігранти, діти – представники національних меншин, діти – представники релігійних меншин, діти із сімей з низьким прожитковим мінімумом, безпритульні діти, діти-сироти, діти із захворюваннями СНІД/ВІЛ та інші). В українському законодавстві поняття «діти з особливими освітніми потребами» використовується у вужчому розумінні інклюзивної освіти й охоплює дітей з порушеннями психофізичного розвитку та дітей з інвалідністю. Значну частину серед дітей з психофізичними порушеннями розвитку займають діти з неврологічними патологіями.

6.1. Теоретико-методичний аналіз проблеми церебрального паралічу.

Проблема органічних уражень нервової системи у дітей, одна із самих актуальних проблем сьогодення. Дана проблема цікавить не лише дитячу неврологію та реабілітологію, а й спеціальну педагогіку, патопсихологію, нейропедагогіку, логопедію та інші педагогічні науки. Така картина

⁶*Authors: Sinytsia Alina Oleksandrivna*



обумовлена поширеністю органічних уражень нервової системи, складністю та багатогранністю клінічних проявів та патофізіологічних механізмів розвитку, тяжкістю протікання та великим відсотком інвалідизації, труднощами у лікуванні, реабілітації та навчанні цієї складної патології (В.Козьявкін). На думку дослідників різних поколінь перше місце серед дитячої інвалідності за неврологічним профілем посідає церебральний параліч(далі ЦП), значна кількість наукових праць присвячена питанням симптоматики, механізмів, структури рухових й супутніх розладів та пошуку ефективних технологій абілітації і методів лікування церебрального параліча (Л. Бадалян, М. Ейдінова, В. Козьявкін, Є. Лільїн, В. Мартинюк, О. Мастюкова, О. Винарська, К. Семенова, Є. Сологубов, F. Niethard, W. Phelps, H. Knupfer, F. Rathe, V. Vojta, K. Vobath та В. Vobath, А. Peto та ін.). Надзвичайно важливими серед проблем розвитку цих дітей крім фізичних, визначають проблеми психомовленнєвих порушень, у своїх дослідження про них говорять науковці О. Архіпова, Л. Белякова, В. Галущенко, С. Конопляста, Н. Манько, Н. Пахомова, Л. Ханзерук, О. Приходько, В. Тарасун, М. Шеремет, та ін.[1, 2, 7, 10, 13, 16]. Зарубіжні та вітчизняні науковці досліджуючи проблему ЦП вважають, що такі діти потребують спеціальної уваги таких галузей науки як медицина, педагогіка, соціологія, психологія, логопедія (Козьявкін В., Мартинюк В. та ін.). Тому на нашу думку логічно та правильно вивчати дітей з ЦП у медико-психолого-логопедичній площині.

Від початку дослідження ЦП, до становлення поняття, визначення основних його причин, механізмів, проявів пройшло не одне століття. І досі у медико-психолого-педагогічній літературі не має об'єданого поняття щодо даного порушення розвитку у дітей. Згідно наукової групи МОЗ, ЦП – це група моторних та психомовленнєвих непрогресуючих синдромів, які є причинами пошкодження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному і ранньому післяпологовому періодах [2]. Дитячий церебральний параліч – характеризується групою синдромів, виникаючих як наслідок недорозвитку або пошкодження мозку в пренатальний, інтранатальний, ранній постнатальний періоди розвитку дитини, тяжке захворювання центральної нервової системи, що виявляється в різноманітних психомоторних порушеннях (порушення поведінки, мовлення та ін.) у комплексі з провідним руховим порушенням.

Найрозповсюдженіше визначення «церебральний параліч», яке запропонували вітчизняні та зарубіжні дослідники, поєднує в собі складний



термін, який об'єднує групу непрогресуючих станів, розладів моторики (паралічі, гіперкінези, атаксія), які поєднуються з порушеннями психіки, мовлення, сенсорних систем, епілептичними випадками (Л. Бадалян, К. Семенова, Н. Махмудова, М. Вах, К. Nelson, J. Ellenberg та ін.). Науковці стверджують, що розвиток порушень мозку може супроводжуватися включенням нових патологічних симптомів на різних вікових етапах (гідроцефалія, вегетативні розлади, судоми та ін.) Інфекційні захворювання, інтоксикації, повторні травми можуть також викликати погіршення стану дитини у всіх його напрямках фізичному, психічному, мовленнєвому плані [17]. Тому взявши на озброєння саме ці дані, ми можемо говорити про якумога ранній початок роботи з даною категорією дітей, але про це ми будемо говорити трохи пізніше.

Починаючи з XIX століття ЦП зарубіжні дослідники, розглядають як стійкі системні розлади рухів тіла у результаті ураження мозку в ранні періоди його формування або розвитку (B. Craters, R. Paine, M. Вах, E. Cristensen, J. Melchior, J. Aicardi, P. Eicher, M. Batshaw та ін.).

Для того, щоб розібратися у сутності понятті ЦП у дітей, а також визначити основні причини, механізми даного порушення розглянемо його у розрізі історичних досліджень. Історичний шлях вивчення церебрального паралічу як наукової проблеми сягає початку XIX століття. Перший клінічний опис церебрального паралічу зробив західноєвропейський науковець В. Літтль у 1853 році. В. Літтль визначив причини ЦП, такі як недоношеність, складні пологи, асфіксію. Дослідження науковця стали величезним прогресом у вивченні проблеми ЦП того часу. Вже у своїх клінічних дослідженнях проблеми ЦП, Літтль відмічав окрім різноманітних порушень моторики специфічні порушення мовлення у дітей з бульбарними та псевдобульбарними паралічами. Вже тоді автор пов'язував мовленнєві розлади з порушеннями мовленнєвих м'язів, що обумовленні ураженням моторних зон кори великих півкуль. Вчений писав, що «...м'язи мовлення також зазвичай уражені, і розлади мовлення спостерігаються від простої незрозумілості у вимові деяких букв до повної втрати розбірливого мовлення. Часто мовлення важке та уповільнене, як й інші вольові акти. Ковтання утруднене в перші місяці життя, й тільки за довготривалий час дитина вчиться не давати слині витікати із рота та ковтати її» [2].

Західноєвропейські науковці В.Ослер та З.Фрейд, досліджуючи клініку



ЦП, звернули увагу на причини церебрального паралічу, які виникають як результат схильності до захворювання внаслідок травм отриманих під час вагітності та пологів. В цей час вперше класифікувати ЦП за клінічним принципом спробував З.Фрейд. Автор виділяє такі види ЦП: – спастичний церебральний параліч (подвійна геміплегія, тетраплегія); – спастична диплегія (синдром Літтля); – дитяча геміплегія (геміплегічна форма); – дискінетичний церебральний параліч (дистонічний, гіперкінетичний); – атаксичний церебральний параліч (тонічноастенічна форма); – інший вид ЦП (змішана форма). Саме ця класифікація лежить в основі усіх інших класифікацій запропонованих у наступні роки науковцями. Дана класифікація була доповнена західноєвропейськими дослідниками О. Anton (1903), F. Battem (1905), O. Forster (1910), W. Felbs (1940, 1950), F. Ford (1944). Похідні від клінічної класифікації З.Фрейда класифікації враховували характер та розповсюдженість рухових порушень, ступінь тяжкості, супутні синдроми, етіологічні та потогенетичні фактори.

Майже сто років дослідження проблеми ЦП велися спираючись на клінічні дані наукових здобутків В. Літтля та З. Фрейда. Наступними хто описував клінічну картину ЦП були науковці Оппенгейм та Заммерлінг. Використовуючи знання про клінічні дослідження ЦП у дітей своїх попередників (1886–1895), розширили клінічні уявлення про дане порушення розвитку. Описуючи клініку псевдобульбарного параліча, вони виявили наявність атетоїдних гіперкінезів як у загальній моториці, так і у мовленні, що обумовлювали складні порушення функціонування серцевої та дихальної систем. Проблема церебрального паралічу в Росії стала розглядатися лише наприкінці ХІХ століття, коли в західній Європі вже більш глибоко досліджували дану проблему. Незважаючи на це, наприкінці 60-х років ХІХ століття в Росії від терапії відділилася як самостійна медична галузь - невропатологія. Першу кафедру нервових хвороб у світі було створено у Московському університеті у 1869 році. Її очолив видатний вчений О. Кожевніков (1836-1902), наукові праці якого стали відомі у світовій літературі [3].

Саме дореволюційна Росія вперше продемонструвала досвід дослідження ЦП у дитячому віці. Видатний російський вчений, учень засновника російської наукової неврологічної школи професора О. Кожевнікова, В. Муратов детально вивчав дитячі церебральні паралічі та виділив окремі клінічні форми цього



захворювання. У майбутньому саме ці дослідження стануть основою та будуть надалі вивчатися у працях І. Панченко (які є актуальними і сьогодні). З огляду на зазначене вище відкривається факт про те, що саме В. Муратов спробував вперше не лише класифікувати церебральний параліч, а й заклав підґрунтя клінічної класифікації дизартрії у дітей. Цим самим означив місце даного мовленнєвого порушення у систематиці мовленнєвих порушень. Таким чином починаючи з XIX століття і до середини XX століття церебральний параліч та супутні його розлади розглядалися, лише з клінічної точки зору. Тим самим ми можемо стверджувати, що цей історичний період розвитку наукових ідей здійснювався лише у медичній площині вченими-лікарями західноєвропейської та російської наукової школи (В.Літтль, А.Куссмауль, Оппенгейм, Заммерлінг, О.Кожевніков, В.Муратов та ін.)

Початок XX століття відзначається науково-технічним прогресом. В таких культурологічних умовах з новаторським науковим диханням розпочався наступний історичний період вивчення ЦП, який представлений роботами Г. Гутцмана, Лері, пізніше М. Маргуліса, І. Філімонова, М. Аствацатурова, К. Вітторф. Саме в цей період вивчаючи природу ЦП у дітей вище зазначені представники наукових шкіл західної Європи та Росії починають виокремлювати психологічний профіль даної проблеми. Саме першим про психологічний напрям вивчення дітей з психофізичними порушеннями, серед яких діти з ЦП говорив видатний світовий психолог Л.Виготський. Саме він перший запропонував складну структуру дефекту при органічних порушеннях розвитку, закономірності особистісного розвитку дитини, про психологічні засади дефектології в педагогіці.

Представник післяреволюційної Російської школи І. Філімонов – відомий радянський невролог, керівник морфологічного сектору інституту мозку АМН ССРСР та одночасно завідувач кафедри нервових хвороб Українського психоневрологічного інституту у Харкові (1932-1936), один із засновників еволюційної нейроморфології в Радянському союзі, зробив значний внесок у розвиток вчення про локалізацію функцій, клініко-морфологічні та клінікофізіологічні дослідження центральної нервової системи, тим самим укріпив та розширив підґрунтя дослідження клініко-психологічного профілю ЦП у дітей [3].

У 30х-40х роках XX століття, продовжуючи наукові інтереси О. Муратова про нервові хвороби у дітей, звертається увага вчених М. Аствацатурова,



К. Вітторф, представників Ленінградської наукової школи, на розлади мовлення у дитячому віці при церебральному паралічі. У дослідженнях даного періоду прослідковується перша спроба нейропсихологічного опису ЦП у дітей.

Варто зазначити, що у цей період спостерігається підвищений науковий інтерес до особистісного розвитку дітей з дитячим паралічем, а саме до особливостей їх пізнавальної діяльності. Представники Московської наукової школи, психіатр М. Гуревич та психолог М. Озерецький (1935), які на той час сумісно видали посібник з психомоторики, відмічали при ЦП втрату та «западіння» одних інтелектуальних функцій при збереженості інших. На нашу думку, це були перші психологічні дослідження про пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем.

В цей же період дослідники дітей з ЦП привертають увагу більш глибокому аналізу і мовленнєвої діяльності. Так, усередині ХХ століття найбільш повну та чітку класифікацію дизартрії при церебральному паралічі запропонували М. Ейдінова та О. Правдіна-Винарська (1959), виділяючи наступні форми дитячого псевдобульбарного параліча: паралітичну, спастичну, гіперкінетичну, мішану, рудиментарну або стерту. При цьому автори відмічали, що виділення перерахованих форм умовне і засноване на перевазі того чи іншого клінічного симптому.

Розвиток корекційного напрямку вивчення ЦП в цей історичний період, відзначається виданням підручника з невропатології, автором якого став С. Ляпидевський (1965), відомий на той час як і дефектолог, і лікар-невролог (Ляпидевский С. Невропатология. Естественнаучные основы специальной педагогики). Вчений, на нашу думку, зробив перші спроби приблизити медичний вектор дослідження мовленнєвих порушень у дітей з ЦП до педагогічного.

Починаючи з другої половини ХХ століття відчувається суттєве розділення дослідження проблеми ЦП у дітей на три окремі вектори медичний, психологічний, логопедичний. У 1983 році Л. Бадалян [2] вивчаючи природу ЦП у дітей, запропонував дане порушення називати «дисонтогенетичні постуральні дискінезії». Безумовно, термін «дискінезія» найбільш точно відображає характер рухових порушень при ЦП, підкреслює їх обумовленість розладами онтогенезу локомоторних функцій, але він не відображає ряд супутніх порушень та розладів які, виникають паралельно та внаслідок порушенням моторики, надовго у науковій літературі він не затримався [20].



Саме в цей історичний період вивчення природи ЦП, закріплюється його остаточна назва, яка ще була оприлюднена у 1893 році З.Фрейдом, але в той час даний термін не був загальноживаним.

Досліджуючи ЦП у дітей у другій половині ХХ століття великої уваги надали визначенню саме причин які обумовлюють дане порушення. У більшості випадків патологія нервової системи є перинатально обумовленою. Шкідливі впливи на мозок, що розвивається в період вагітності, пологів та в перші роки життя дитини призводять до різноманітних руховим розладів..

Представники російської наукової школи Л. Бадалян, Л. Журба Н. Всеволожська розглядаючи церебральний параліч у медичній площині, стверджують, що у розвитку ЦП відіграють важливу роль шкідливі фактори, які впливають на мозок дитини в перенатальний, інтранатальний та постнатальний періоди. Ці дані знайшли підтвердження у дослідженнях проблеми причин ЦП у дітей здійсненні зарубіжними дослідниками S. Brand та V. Westergaard-Nieisen. До шкідливих факторів вони віднесли інфекційні захворювання матері під час вагітності, а саме червінка, цитомегалія, токсомплазмоз та інші інфекційні захворювання, серцево-судинні захворювання та ендокринні порушення, токсикози вагітності тяжкого перебігу, імунологічна не сумісність крові матері та плоду, психічні травми, фізичні фактори, вживання деяких ліків [2].

Вітчизняні дослідники Л. Шипицина, І. Мамайчук говорять, що значна кількість ЦП у дітей невідомої етіології (30%). В етіології частіше виокремлюють наступні фактори, що призводять до ЦП, а саме: аноксії, асфіксії, гіпоксії плоду; недоношеність, затримки внутрішньоутробного розвитку; внутрішньоутробні інфекції; гемолітична хвороба новонародженх; тромбофілії у матері; порушення розвитку ЦНС та її деструктивні зміни; хромосомні патології [20].

З огляду різних підходів до визначення причини, які призводять до ЦП, можемо стверджувати, що єдиного підходу не існує, так як і до його визначення вже не одне століття. Проте ми чітко розуміємо, що причини ЦП є різноманітними, і діють на організм що розвивається саме у різні періоди раннього розвитку.

На прикінці ХХ століття дослідники проблеми ЦП у медичній площині прийшли до висновків, що широкий спектр причин свідчать про те, що лише



комплексна дія на організм негативних факторів спричиняє виникнення ЦП у дітей. Тобто більшість дітей раннього віку, що мають хоча б одну з причин автоматично стають «групою ризику», щодо виникнення ЦП, а у сьогоднішніх умовах розвитку, напруг великий жаль це є більша частина народжених дітей. Згідно даних центру медичної статистики МОЗ України за останні 15 років серед дітей до 18 років з психофізичними порушеннями близько 2% становили діти з патологією нервової системи (С. Зінченко, В. Козявкін, В. Мартинюк, Л. Булахова, А. Чуприков та ін.) [13, 14].

За даним сучасних досліджень неврологічної складової ЦП у дітей лікар-науковець Н. Яценко засвідчує, що сукупність шкідливих чинників, які впливають на плід, зумовлює хронічну гіпоксію та порушення живлення плоду. Плід, який переніс внутрішньоутробну гіпоксію внаслідок впливу різних шкідливих факторів, до моменту народження має недостатньо сформовані захисні та адаптаційні механізми. На цьому тлі при народженні можуть розвиватися асфіксія, внутрішньочерепна пологова травма, які погіршують зміни, котрі виникли внутрішньоутробно [22].

Церебральний параліч сьогодні розглядають як складний синдромологічний комплекс ураження ЦНС дизонтогенетичної природи. Порушення онтогенезу може відбуватися перинатально, інтранатально та у період раннього розвитку дитини [20].

Ранній вік	Дошкільний вік
<p>Спастичні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Геміплегія • Диплегія • Двустороння геміплегія • Дистонічна форма • Гіпотонічна форма 	<p>Спастичні форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Геміплегія • Диплегія • Двустороння геміплегія <p>Гіперкінетична форма</p> <p>Атактична форма</p> <p>Атонічно-астатична форма</p> <p>Змішані форми:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Спастика-атактична • Спастика-гіперкінетична • Атактико-гіперкінетична

Цікавим для нашого дослідження стають класифікація ЦП, які запропоновані європейськими та вітчизняними вченими. Згідно наукових досліджень шведських науковців, ЦП має наступні форми: спастичні,



атактичні, змішані. (Hagberg B., Sanner G., Steen M., 1972). Європейські вчені В. Vobath, К. Vobath виокремлюють три основні форми ЦП, а саме спастичну, атактичну та атетозну. Цікавим для нашого наукового дослідження стала класифікація Л. Бадалян, Л. Журба, О. Тимоніної які спробували пов'язати форми ЦП із стадіями розвитку дитини.

Співробітники інституту проблем медичної реабілітації, очолюваного доктором медичних наук Козьявкіним І. [1; 10], виділяють такі типи церебральних паралічів:

спастичні (пірамідні) форми: підвищення м'язового тону є визначальним симптомом цього типу, м'язи є напруженими, тугими (спастичними), а рухи є незграбними або неможливими;

в залежності від того, яка частина тіла уражена, спастичні форми ЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (все тіло). Спастичні форми є найпоширенішими і на них припадає біля 70-80% випадків;

дискінетична (екстрапірамідна) форма проявляється порушенням координації рухів. Виділяється два її основні підтипи: а) атетоїдна (гіперкінетична) форма проявляється повільними або швидкими неконтрольованими рухами, які можуть проявлятися у будь-якій частині тіла, включаючи обличчя, рот та язик. Приблизно 10-20% випадків ЦП належать до цього типу; б) атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то хода є невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми із виконання швидких рухів та рухів, які вимагають тонкого контролю, наприклад, письмо. Така форма складає 5-10% випадків ЦП;

змішані форми є комбінацією різних форм церебральних паралічів. Поширеним є поєднання спастичних форм з атетоїдними або атактичними.

Сьогодні найбільш вживаною класифікацією є патогенетична класифікація, запропонована К. Семеновою. У ній виділено спастичну диплегію, подвійну геміплегію (тетрапарез), геміплегічну, гіперкінетичну та атонічно-астатичну форми [20, 21].

Кінець ХХ століття початок ХХІ століття відзначається більш деталізованим вивченням проблеми церебрального паралічу у дітей. Для актуалізації реабілітаційного процесу, суттєвого розуміння функціональних можливостей кожної дитини, створена реабілітаційна класифікація ЦП в основі



якої покладений синдромологічний та функціональний підходи (В. Козьявкін, В. Падко) (В.Козьявкін). Представники Української наукової школи, лікарі, науковці В. Козьявкін, В. Падко, В. Мартинюк виокремлюють три ведучих синдроми ЦП: синдром рухових порушень; синдром інтелектуальних порушень; синдром мовленнєвих розладів. Детальна характеристика синдромів дає можливість індивідуального підходу до ходу реабілітації хворого. Застосування даної класифікації дає змогу контролювати перебіг розвитку дитини з ЦП протягом тривалого періоду враховуючи при цьому індивідуальні особливості перебігу хвороби [10, 11, 14]. Данна класифікація є однією з максимально охоплюючих триєдину проблему ЦП, а саме порушення моторики, психічного розвитку та мовленнєвого.

Здійснивши екскур від початку дослідження до сьогодення проблем ЦП у дітей, ми можемо стверджувати, що вивчення даної категорії дітей не є завершеним необхідне більш глибоке розуміння рухових порушень, психічних станів та специфіки лого-корекційної роботи з такими дітьми. Тому, що порушення у руховій сфері відображаються у невідповідності не лише віковим нормам фізичного розвитку дитини. Порушення функціонування рефлексів новонародженого (Бабінського, Моро, Робінсона та ін), відставання формування нових фізичних вмінь у дитини, порушення та недорозвинення м'язового тону та ін. У дітей з ЦП раннього віку спостерігається порушення розвитку психічних функцій відчуття, сприймання, пам'яті, мовлення.

Зокрема, за даними сучасних досліджень, встановлено, що несформованість вищих кіркових функцій та рухові порушення несприятливо впливають на хронологічне дозрівання психічної діяльності, що призводить до різних ступенів порушень пізнавальної діяльності, виражених порушень схеми тіла, процесу мовлення, які проявляються недостатністю просторових і часових уявлень, конструктивного та побутового праксису, стереогнозу (М. Поппандова, О. Тітова). Представники різних наукових шкіл вказують на нерівномірний, дизгармонійний характер недорозвинень психічних функцій в цілому (Р. Абрамович-Лехтман, Л. Данілова, М. Ейдінова, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Мастюкова, Н. Озерецький, Л. Шипіцина, А. Benton, В. Bobath, К. Bobath, N. Botta, P. Botta, V. Cardwell, W. Cruickshank, Q. Raus, A. Remble).

Актуальним виступає питання щодо несформованості вищих кіркових функцій, що обумовлені порушеннями зору, слуху і м'язово-суглобового відчуття і призводять до сенсорної дезінтеграції, котра знижує якість



сприймання в цілому, обмежує обсяг інформації і проявляється сенсорною депривацією, що ускладнює інтелектуальну діяльність (Г. Белова, О. Каліжнюк, І. Левченко, О. Мастюкова, Н. Сімонова, Т. Шамарін та ін.). А згодом негативно відображається на формуванні пізнавальних процесів, що підтверджено науковими працями М. Іпполитової, Е. Кіріченко, С. Коноваленко, І. Левченко, V. Cardwell, W. Cruickshank, Q. Raus). Стан інтелекту дітей з церебральним паралічем також потребує детального вивчення, оскільки поряд з інтелектуальним недорозвиненням можемо спостерігати збережений інтелект у дітей з важкими руховими та мовленнєвими порушеннями (Н. Гамулецька, М. Гуревіч, Т. Добровольская, В. Кожевнікова, Д. Лаврова, Є. Сологубов, Е. Хейссерман, Н. Шабаліна, Е. Speltz) [4].

З огляду на те, що у дітей з ЦПІ крім проблем щодо фізичного, психологічного розвитку, представники зарубіжних та вітчизняних наукових шкіл визначають ще й мовленнєві порушення (О. Архіпова, Л. Бадалян, Л. Белякова, О. Дьякова, Н. Винарська, С. Конопляста, В. Козявкін, В. Мартинюк, О. Мастюкова, О. Приходько, О. Романенко, К. Семенова, Є. Смуґлін, В. Тарасун, О. Токарева та ін.), можна вважати, що такі діти однозначно складають групу дітей «логопедичного ризику». Особливості порушень мовлення та ступінь їх прояву у дітей з церебральним паралічем в першу чергу залежить від локалізації та тяжкості уражень мозку. В основі порушень мовлення при церебральному паралічі лежить не лише ураження визначених структур мозку, але і більш пізніе формування або недорозвиток тих відділів кори головного мозку, які забезпечують психофізичну та мовленнєву діяльність. Спеціалісти у галузі вивчення мовленнєвих патологій при церебральному паралічі О. Архіпова, Л. Белякова, В. Галущенко, Л. Данілова, С. Конопляста, О. Корнєв, О. Мастюкова, Н. Манько, А. Іпполітова, Н. Пахомова, В. Тищенко, М. Шеремет та ін., зазначають складність та тяжкість мовленнєвих порушень, які проявляються у різних формах мовленнєвої патології: дизартрія, алалія, заїкання, що зустрічаються як ізольовано, так і комбіновано (О. Винарська, І. Левченко, О. Приходько, В. Тарасун та ін.) [7]. Дизартрія вважається найрозповсюдженішим мовленнєвим порушенням що супроводжує церебральний параліч.



6.2. Місце дизартрії серед інших порушень мовлення у дітей з церебральним паралічем. Специфіка прояву.

Проблема дизартрії багатовекторна та міжгалузева. Ґрунтовний аналіз проблеми дизартрії від становлення «терміну дизартрія» до сьогодення, дозволив глибше зрозуміти її унікальність, міждисциплінарність та актуальність.

Дизартрія – тяжкий мовно-руховий розлад, що характеризується тотальним порушенням формування навичок вимови, функцій фонації, артикуляції, просодії, голосотворення, мовленнєвого дихання, що спровоковане раннім органічним ураженням головного мозку (О. Архіпова, Л. Белякова, С. Конопляста, Л. Лопатіна, О. Правдіна, О. Вінарська, Є. Серебрякова, Л. Позднякова, О. Приходько, О. Корнєв, В. Тарасун та ін.) [8].

Наукова розробка проблеми дизартрії в логопедії пов'язана з іменами відомих зарубіжних, вітчизняних неврологів, психіатрів, психологів, педагогів, нейрофізіологів (Greweel, Darley, Aronson, Brown О. Вінарська, О. Мастюкова, Л. Шипіцина, І. Мамайчук, І. Панченко, Л. Лопатіна, О. Архіпова, Л. Белякова, Н. Волоскова, В. Галущенко, А. Голуб, С. Конопляста, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет, Н. Пахомова та ін.). В Україні на сьогодні проблема мовленнєвого розвитку дітей з дизартрією залишається однією із актуальних, найбільш складних і недостатньо вирішених (О. Боряк, А. Голуб, В. Галущенко, С. Конопляста, В. Тищенко та ін.)

Представниця вітчизняної наукової школи І. Панченко, провівши клініко-логопедичне дослідження дітей з дизартріями та анартріями та розробивши систему логопедичних занять з дітьми з ЦП у процесі комплексного курсу лікування у стаціонарі, прийшла до висновків, що розлади усного мовлення при дизартріях залежать від наявності різних рухових розладів мовленнєвого апарату: спастичного парезу, ригідності, гіперкінезів, атаксії, апраксії; у частини дітей з дизартріями крім суто рухових виконавчих розладів, спостерігаються додаткові дефекти за типом апраксій (артикуляційної, фонаторної, дихальної); кожному неврологічному мовленнєворуховому синдрому при дизартріях відповідають характерні мелодико-ритмічні особливості мовлення.

Для нас особливо важливим є наукові здобутки І. Панченко, яка за формою мовленнєво-рухового дефекту виділила наступні форми дизартрій у дітей з ЦП:



1) спастикопаретичну (провідний синдром – спастичний парез); 2) спастико-ригідну (провідні синдроми – спастичний парез та тонічні порушення управління мовленнєвою діяльністю за типом ригідності); 3) спастико-гіперкінетичну (провідні синдроми – спастичний парез та гіперкінези); 4) спастико-атактичну (провідні синдроми – спастичний парез та атаксія); 5) атактико-гіперкінетичну (провідні синдроми – атаксія та гіперкінези), 6) змішані форми. (І.Панченко, 2021)

Важливим у нашому дослідженні було визначення та вивчення сучасних методик подолання дизартрії у дітей. Вперше комплексну корекційно-логопедичну роботу з подолання стертої дизартрії у дітей представляє О. Архіпова. Особливо слід відмітити її розробки щодо корекційно-відновлювальної роботи у ранньому віці. А саме авторка запропонувала поетапний підхід щодо корекційно-логопедичної роботи з дітьми з ЦП у ранньому віці, розділивши період раннього віку на етапи: від народження до 1 року, та від 1 року до трьох. Запропонувала атроську систему корекційно-логопедичної роботи з дітьми з органічним ураженням центральної нервової системи від народження до одного року та корекційно-логопедичну роботу з дітьми з дитячим церебральним паралічем у віці від одного року до трьох років. Відповідно до цих етапів дослідниця запропонувала ситсему вправ та занять, що сприятимуть розвитку мовлення дітей данної категорії. Важливим для нашого дослідження є те, що О. Архіпова одна з перших говорить про обов'язкову участь батьків у корекційній роботі з дитиною з ЦП [1;5, 6].

В українській логопедії успішно вирішується проблема формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку із дизартрією до навчання в школі (М. Шеремет, Н. Пахомова, 2009), проблема розвитку просодичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії (С. Конопляста, В. Галущенко, 2011). Шеремет М. та Пахомова Н. (2009) встановили, що мовленнєва готовність дітей зі стертою дизартрією — це інтегрований результат оволодіння мовленнєвою і комунікативною компетенціями в процесі мовленнєвої підготовки дітей до школи, одна з базисних характеристик особистості майбутнього школяра. Визначивши критерії та показники мовленнєвої готовності старших дошкільників до шкільного навчання зі стертою дизартрією (фонетичну, лексичну, граматичну, діалоогологічну та комунікативну компетенції), розробили організаційно-дидактичну модель та методику формування мовленнєвої готовності старших



дошкільників зі стертою дизартрією до навчання у школі. Вчені довели, що діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією до навчання в школі є необхідною передумовою корекційного процесу; успішність та темпи формування мовленнєвої готовності старших дошкільників зі стертою дизартрією до школи зумовлені змістовим аспектом навчально-мовленнєвої діяльності в дошкільному закладі й необхідністю створення спеціальних умов корекційно-педагогічного навчання; формування мовленнєвої готовності старших дошкільників зі стертою дизартрією до школи зумовлюються комунікативною спрямованістю навчання рідної мови та відповідним корекційно-педагогічним впливом; темпи формування мовленнєво-комунікативної готовності дітей зі стертою дизартрією до шкільного навчання підвищуються за умови комплексного підходу до планування корекційно-мовленнєвих завдань та системи організаційно-методичних і корекційно-логопедичних заходів із урахуванням складових мовленнєвої та комунікативної компетенцій на кожному логопедичному занятті, залежать від мотиву й занурення дітей в ситуації мовленнєвого спілкування як на спеціальних заняттях, так і в повсякденному житті, та від активної участі дорослих у корекційно-мовленнєвій діяльності таких дітей.

Досліджуючи особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії С. Конопляста та В. Галущенко (2011), виявили загальні та специфічні особливості порушень просодики у дітей із різними клінічними формами стертої дизартрії та вперше виокремили сенсорно-перцептивні канали модальності; виділили 5 рівнів сформованості просодичного компоненту мовлення: достатній, задовільний, середній, низький, елементарний. Автори запропонували оригінальну корекційно-логопедичну методику через такі напрями: розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації як початкової ланки формування просодики, формування просодичних компонентів, як складових регулюючих фізіологічних процесів та комунікативно-емоційних засобів спілкування; розвиток та вдосконалення навичок керування просодичним оформленням висловлювання. Вчені встановили, що найбільш результативному розвитку та корекції компонентів просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією сприятиме проведення логоритмічних занять та (або) використання засобів логопедичної ритміки під час проведення корекційної (логопедичної) роботи. Вчені довели, що діагностика мовленнєвого та моторного розвитку



дітей старшого дошкільного віку з дизартрією є необхідною передумовою корекційного процесу; успішність і темпи корекції просодичної сторони мовлення старших дошкільників із дизартрією зумовлені диференційованим підходом під час логоритмічного впливу до різних форм дизартрії й необхідністю створення спеціальних умов для корекційно-педагогічного навчання; темпи нормалізації просодичної сторони мовлення, немовленнєвих та мовленнєвих функцій дітей старшого дошкільного віку з дизартрією підвищуються за умови комплексного підходу до планування та проведення системи організаційно-методичних і корекційно-логопедичних заходів з урахуванням складових компонентів просодичної сторони мовлення.

Досліджуючи особливості корекційної роботи при порушеннях мовлення у дітей при дизартріях С. Конопляста та А. Голуб (2019) розробили сучасну історичну періодизацію вивчення дизартрії як наукової проблеми; визначили нову типологію профільно-модульних варіантів порушень усного мовлення (УМ) у дітей з дизартріями СДВ; встановили просодичний дефіцит (ПД) у дітей з дизартріями на підставі вперше виділеного третього рівня моторної програми синтагми – рівня регуляції інтонації; розробили логоструктуру УМ дітей з дизартріями СДВ як агрегованого результату дослідження УМ дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів; розробили та обґрунтували комплексну методичку діагностики, формування та корекції порушень УМ при дизартріях у дітей СДВ; уточнили та поглибили: дефінітивний аналіз поняття УМ як логоінтеграційного утворення; класифікацію дизартрій за ступенем тяжкості. Та одним з важливих моментів у дослідженні С. Коноплястої та А. Голуб для нашого дослідження стає те, що сучасні науковці сприяли подальшому розвитку питання порівняльного аналізу стану УМ у дітей з ізольованою дизартрією розвитку (ІДР) та дизартріями при ЦП.

На початку ХХІ століття актуальним залишається питання діагностики та класифікації дизартрії (О. Винарська, 2005; О. Корнєв, 2006; Л. Беякова, Н. Волоскова, 2009, А. Голуб, С. Конопляста, 2019 та ін). У даний період О. Винарська (2005) розглядає об'єктивні фонетичні ознаки дизартричного мовлення хворого, за якими можна описати та диференційно діагностувати дизартрію, враховуючи патогенез та топіку. Значне місце зайняв слуховий метод фонетичного аналізу дизартричного мовлення з якісним аналізом отриманих результатів на основі сучасних психолінгвістичних і системних



фізіологічних уявлень. Аналіз О. Винарською публікацій по інструментально-фонетичному дослідженню дизартрії запевняє її в тому, що такі дослідження продуктивні лише в тому випадку, коли вони базуються на ретельно вивченому та диференційованому клінічному матеріалі [3].

Інноваційні підходи щодо діагностики та класифікації дизартрії застосовує сучасний дослідник логопатології дитячого віку О. Корнев (2006). Вчений наголошує на принциповій позиції диференціювати дизартрію у дорослих та дизартрію у дітей. На думку вченого, за сформованою традицією у вітчизняній неврології та логопедії терміном «дизартрія» позначаються два різних стани: набуті порушення звуковимови і аномалія формування вимовних здібностей, яка обумовлена грубою неповноцінністю іннервації артикуляторних органів (О. Мастюкова, М. Іпполітова, О. Винарська, О. Пулатов та ін.). Враховуючи, що механізми та симптоматика розладів дизонтогенетичного типу у дітей суттєво відрізняються від набутих порушень у дорослих, О. Корнев вважає доцільним розмежувати ці два різних клінічних явища термінологічно. Він пропонує називати «дитячу дизартрію» як «дизартрію розвитку» (М. Morley, 1972), терміном, який прийнятий в англійських країнах для позначення даної мовленнєвої патології у дітей. «Як резидуально-органічний стан дизартрія розвитку – це тяжке, тотальне порушення формування вимовних навичок, яке обумовлене раннім органічним ураженням головного мозку. При цьому спостерігається тотальне порушення усіх функцій, які беруть участь в акті фонації, артикуляції, інтонаційно-мелодичного забарвлення мовлення, мовленнєвого дихання. Внаслідок цього мовлення виявляється нечітким, малозрозумілим, маловиразним». [3] Щодо класифікації дизартрії розвитку, він схиляється до класифікації М. Morley (1972): дизартрії при дитячому церебральному паралічі (ЦП), дизартрії при мінімальному розладі моторики та ізольована дизартрія розвитку. Подібною до позиції О. Корнева є погляди Л. Беякової та Н. Волоскової (2009) на проблему дизартрії у дітей. На їх думку, більшість вчених виділяють як подібні клінічні ознаки дизартрій у дорослих та дітей (порушення м'язевого тону, артикуляційної моторики, голосоутворення, дихання), такі феномени, які у межах клінічних проявів мають різну вираженість та інший характер. Дослідники зазначають, що органічне ураження мозку у дітей передуює розвитку мовлення. Отже, спотворюється хід онтогенезу мовленнєвої діяльності і тому ці порушення, на думку Л. Беякової та Н. Волоскової (2009), можна віднести до дизартрії



розвитку. «Відсутність у дітей із самого початку мовленнєвого розвитку рухових образів елементів мовлення (порушення кінестезії як наслідок параліча) утруднюють формування слухових диференціальних ознак мовленнєвих звуків, створюючи вторинні порушення у вигляді фонематичного недорозвитку». [3]

Наступну різницю між клінічною картиною дизартрій у дорослих та дітей Л. Белякова та Н. Волоскова (2009) вважають ще і в тому, що у дорослих дизартрії викликані локальним ураженням мозку, а у дітей дифузними порушеннями мозкової діяльності інколи без чітко вираженої локалізації. Вчені класифікують дизартрію як то дизартрії у дорослих, до якої автори відносять основні клінічні форми дизартрії за топічним діагнозом (бульбарна, псевдобульбарна, мозочкова, підкіркова (або екстрапірамідна), коркова форми дизартрії); та дизартрії у дітей, де автори розглядають дизартрії при ЦП, пропонуючи синдромологічну класифікацію (спастикопаретичні форми дизартрії, гіперкінетична та атонічно-астатична форми дизартрії).

Глибинний аналіз спеціальної літератури класифікації та особливостей прояву дизартрії у дітей з ЦП свідчить про те, що структура дефекту представлена як порушення всієї вимовної сторони та немовленнєвих процесів (загальної, дрібної моторики, просторових уявлень, мислення, волі тощо). Притаманні дизартрії дані мовленнєві ознаки мають негативний вплив на процес розвитку інших компонентів мовленнєвої функціональної системи, на формування комунікативної компетентності дітей, знижують ефективність мовленнєвого спілкування та негативно впливають на психо-емоційний розвиток дитини в цілому. З огляду на це, діти з дизартрією з ЦП є складним об'єктом наукових досліджень у галузі дефектології, зокрема, логопедії та логопсихології.

Тому, важливо розпочинати корекційно-реабілітаційно-розвиткову роботу з такими дітьми з раннього віку, особливу увагу приділяючи формуванню та розвитку мовлення, так як вже на початку розвитку комунікативних навичок дитина з ЦП має ряд перешкоджаючих факторів.

Дослідження у спеціальній психології проведенні М. Зеєман, Р. Мартиноюю, А. Вороноюю, Т. Захаровою, С. Ляпідевським, С. Коноплястою, Т. Сак та ін., окрім рухових та мовленнєвих, визначають ще й психологічні особливості розвитку дітей з дизартрією при ЦП в контексті загального психологічного розвитку дітей з порушеннями мовлення, а саме



особливості пізнавальних процесів, особливості емоційної сфери, особливості особистісного розвитку дітей з дизартрією, особливості спілкування та міжособистісних відносин, особливості розуміння та продукування мовлення дітьми з дизартрією. Сьогодні не існує узагальнених (протокольних) комплексних шляхів подолання дизартрії при ЦП, що впливатимуть не тільки на покращення мовлення, а й на психічні процеси, рухову сферу. Відчутною є недостатність комплексних медико-психолого-педагогічних досліджень, спрямованих на організацію комплексної, системної, безперервної допомоги по типу супроводу дітям з дизартрією з ЦП починаючи з раннього віку. Важливим є те, що роботу з такими дітьми необхідно розпочинати з раннього віку, активно залучаючи не лише спектр медичних, педагогічних фахівців, а й батьків такої дитини. Тобто необхідно організовувати комплексну медико-психолого-логопедичну роботу з дитиною з церебральним паралічем та її родиною з раннього віку. Дослідження О. Архипової, Л. Бадалян, О. Мастюкової, К. Семенової, О. Приходько та ін. підтверджують наші припущення, про необхідність початку ранньої комплексної логопедичної роботи з дитиною з ЦП. Вони показують, що за умови ранньої діагностики (не пізніше 4-6-місячного віку дитини) і раннього початку адекватного систематичного медико-педагогічного впливу практичне одужання і нормалізація різних функцій можуть бути досягнуті в 60 - 70% випадків до 2-3-го віку. На нашу думку знання цих умов, покращують ефективність організації та проведення системної інтегративно-медико-психолого-корекційної роботи з дітьми з ЦП, яка починається з раннього віку [1, 2, 12, 15, 16, 17].

6.3. Організація спеціальної допомоги дітям раннього віку з церебральним паралічем.

Так, сучасна система освіти в Україні дозволяє включати кожну дитину та її родину в освітній процес. Для дітей з порушеннями розвитку цей процес визначається нормативно-правовою базою «Законом про освіту», постановами Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про інклюзивно-ресурсний центр»(2021р.), законодавчими актами(більше 40), які регулюють діяльність надання інклюзивних послуг дітям з особливими освітніми потребам, нормативно-правовими документами про надання інклюзивних



послуг через діяльність інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ).

Сьогодні через діяльність інклюзивно-ресурсних центрів вибудована система психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми проблемами, починаючи з народження. Логопедичний супровід мав би стати невід'ємною складовою загального психолого-педагогічного супроводу, який зазвичай стає таким набагато пізніше. У результаті наукових розвідок, нами з'ясовано, що поняття «супровід» і «допомога» не є тотожними, хоча їх часто вважають такими. Крім наукових досліджень, це підтверджують і результати опитування фахівців що організують свою роботу з дітьми з особливими освітніми потребами. Так, допомога надається переважно конкретно, прямо й безпосередньо і тільки в тісному контакті, у момент зустрічі з труднощами, з якими дитина чи батьки самостійно не можуть справитися, але їх подолання для них важливим. Поняття ж «супровід» є більш ширшим і глибшим, оскільки означає тривалий, неперервний рух фахівця з особою, яка потребує будь-якої допомоги. Поняття «супровід» у психолого-педагогічному аспекті частіше розглядається як метод, що забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом оптимальних рішень у різних ситуаціях життєвого вибору. Власне, супровід – це завжди взаємодія супроводжуючого і того, відносно кого здійснюють супровід [5, 6, 9].

Певний час у спеціальній педагогіці поняття «допомога», «підтримка», «супровід» використовувалися як синоніми. Останнім часом учені все більше звертають увагу на їх відмінність (С. Конопляста, В. Кисличенко 2004р.).

В Україні питання супроводу різних категорій дітей з особливими потребами розглянули у своїх роботах В. Кисличенко «Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення»; Т. Осадча «Комплексний супровід дітей дошкільного віку з порушенням голосової функції органічного генезу»; І. Макаренко «Соціально-педагогічна підтримка батьків дітей раннього віку з особливими потребами» та ін.

Поняття «супровід» у психолого-педагогічному аспекті частіше розглядається як метод, що забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом оптимальних рішень у різних ситуаціях життєвого вибору. М. Рожков вважає, що супровід – це завжди взаємодія супроводжуючого і того, відносно кого здійснюють супровід.

Вперше поняття логопедичний супровід введено вітчизняними науковцями С. Коноплястою та В. Кисличенко, саме вони наповнили його змістом, який має



місце у систематиці науково-педагогічних понять. Науковці логопедичний супровід розглядають як структурний компонент загального психолого-педагогічного супроводу, де у співвідношенні підсистем логопедичний супровід залишається самостійним напрямом, що має свої методологічні засади, мету, специфічні завдання і шляхи вирішення.

Згідно вище зазначеного, гіпотетично можливо передбачити, що провідну роль у роботі з дітьми з ЦП раннього віку – є саме організація роботи команди фахівців, тобто логопедичний супровід. Це обумовлено особливостями та специфікою розвитку дитини з ЦП у ранньому віці, а саме це те що такі діти мають з самого початку викривлений хід психофізичного, мовленнєвого та/або інтелектуального розвитку. Оскільки розвиток дитини з церебральним паралічем має ряд негативних перешкод медичного, психологічного, логопедичного характеру, так як про це ми зазначили вище (Л. Белякова, В. Галущенко, С. Конопляста, Н. Пахомова, О. Приходько, В. Тарасун, М. Шермет та ін.) [7, 15, 16,18].

Сучасний логопедичний супровід дітей раннього віку з ЦП має синтезувати в собі раннє логотерапевтичне втручання у розвиток дитини, постійне надання психолого-логопедичної підтримки батькам такої дитини, а також взаємодію та знаходження поруч спеціалістів (лікаря, психолога, логопеда) з родиною такої дитини. Власне йдеться про ранню логоінтервенцію у розвиток дитини з ЦП.

6.4. Логопедичний супровід дитини раннього віку з церебральним паралічем.

Логопедичний супровід дітей раннього віку - це не тільки рух поряд і разом з дитиною і батьками, а це рух попереду, такий, що вказує подальші поетапні орієнтири і шлях до них у зоні «найближчого розвитку» дітей, заздалегідь інформує про нормативні показники мовленнєвого розвитку у кожному віковому періоді онтогенезу. На наше переконання логопедичний супровід дітей з церебральним паралічем, синтезує в собі раннє втручання у розвиток дитини, постійне надання допомоги батькам такої дитини, а також знаходження поруч спеціалістів (лікаря, психолога, логопеда) із сім'єю, вчасне здійснення коректив у мовленнєвому розвитку дитини. Логопедичний супровід



дітей з церебральним паралічем повинен розпочинатися з першого дня виявлення проблеми, одночасно з активізацією роботи команди фахівців (неонатолог, невропатолог, педіатр, реабілітолог, психолог, соціальний педагог та ін.). Рисунок 1.

На наше бачення логопедичного супроводу як своєрідного психолого-педагогічного процесу, перш за все маємо на увазі взаємодію тріади – логопед-дитина-родина.

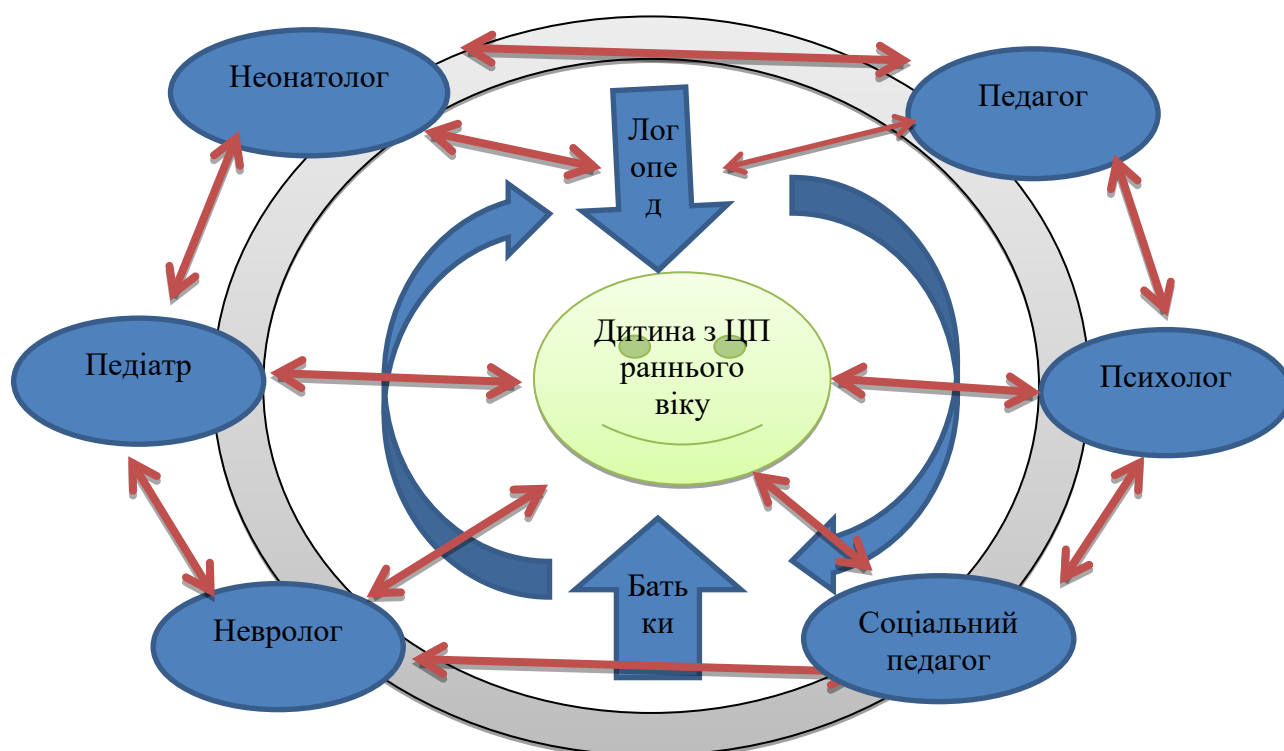


Рисунок 1. Схема роботи команди фахівців при організації логопедичного супроводу дітей з ЦП раннього віку.

Актуальними компонентами логопедичного супроводу дитини з ЦП та її родини є: 1) стан психофізичного, мовленнєвого, інтелектуального розвитку дітей; 2) соціально-психологічна характеристика батьків, їх освіченість, 3) готовність батьків співпрацювати з командою фахівців (лікарем, логопедом, психологом); 4) готовність логопедів співпрацювати з фахівцями та батьками дітей з ЦП, рівень професійних знань логопедів з питання розвитку, виховання, навчання дітей з ЦП раннього віку; 5) знання щодо організації та змісту логопедичного супроводу фахівцями логопедами, медиками, психологами, готовність їх співпрацювати між собою.

Підготовчий етап першого блоку організації логопедичного супроводу



полягає у проведенні аналізу медичної документації дітей раннього віку, проведенні діагностики психофізичного, мовленнєвого, інтелектуального розвитку дітей раннього віку (анкетування родин, клініко-психолого-логопедичний скрінінг), що дасть змогу виявити особливості раннього психофізичного, домовленнєвого, мовленнєвого розвитку дітей з ЦП, зокрема, і зі слів батьків. Картка клінічного скрінінгу, яку ми пропонуємо використовувати для дослідження мовленнєвого розвитку дитини, побудована на основі клінічного скрінінгу С. Коноплястої [7, с.77-80]. Скрінінг допомагає визначати характер порушення, стан та специфіку психофізичного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей, а також проаналізувати результати медичної, психологічної, логопедичної допомоги дітям від народження до 3-х років.

Важливим для нас на цьому етапі, стають дослідження В. Тищенко, щодо визначення особливостей мовленнєвого розвитку дітей з ЦП, науковець зазначає, що: «ЦП є предметом вивчення медиків, педагогів, психологів, спеціалістів соціальної роботи тощо. Комплексне дослідження мовленнєвої діяльності цієї категорії дітей з урахуванням психологічних механізмів порушень, стану сформованості різних форм, видів та компонентів мовленнєвої діяльності, взаємозв'язку вад мовлення з дефектами рухової та когнітивної діяльності досі не проводилися. Як результат традиційні методики, що застосовуються у роботі при ФФН чи ЗНМ, досить часто є малоефективними оскільки не досягають головної мети – корекції порушених механізмів, які спричиняють вади мовлення. Вони не враховують і той факт, що при різних формах дитячого церебрального паралічу, так само як і при різній глибині цього порушення, причини недорозвитку мовлення можуть бути різним. Тому шляхи для його корекції повинні бути диференційованими і визначатися не лише станом усного мовлення, але й ретельним аналізом сформованості усіх складових мовленнєвої діяльності дитини» [19].

Спираючись на психолінгвістичний підхід у дослідженні мовлення дітей з ЦП, пропонуємо дослідження мовлення дітей з ЦП за наступними напрямками, які окреслив у своїх наукових дослідженнях В.Тищенко. Перший напрям: Аналіз характеру та глибини порушення рухової сфери дітей з ЦП. Цей напрям дослідження зумовлений необхідністю правильної кваліфікації дефекту психофізичного розвитку з урахуванням його первинно порушеної ланки. За результатами цього напрямку, ми зможемо, проаналізувати порушення рухової



сфери у дітей з ЦП, це надасть логопеду додаткову інформацію про характер порушень іннервації (центральний чи периферійний параліч (парез), гіперкінези, дискоординованість рухів тощо), про локалізацію органічного ураження, а відповідно і про можливі порушення психофізіологічних механізмів мовлення. Другий напрям: Аналіз особливостей сформованості пізнавальної діяльності дітей з ДЦП. З позицій психолінгвістики у дітей важливість цього напрямку дослідження пов'язана з тим, що визначивши рівень інтелекту дитини педагог отримує необхідну інформацію щодо рівня актуального і найближчого розвитку дитини, а отже може визначити складність використовуваного ним на наступних етапах дослідження мовного матеріалу. Це спрямовує вивчення у русло адекватності можливостям та інтересам дитини. Третій напрям: аналіз порушень мовленнєвої діяльності дітей з ЦП. Для точного ж її визначення необхідно вивчити стан сформованості у дитини психологічних механізмів мовлення. У психолінгвістиці виділяють дві групи таких механізмів – специфічні мовленнєві та загальнофункціональні. Перша група механізмів тісно пов'язана з функціями мовних зон кори головного мозку, мозочка та підкіркових утворень. Вони забезпечують сенсорний та руховий компоненти сприймання і породження мовлення. Загальнофункціональні механізми мовлення більшою мірою пов'язані зі станом пізнавальної діяльності дитини. Тому вони вочевидь є порушеними у дітей, що мають затримку мовленнєвого розвитку чи розумову відсталість. Однак навіть діти із цілком збереженим інтелектом можуть виявляти певні відхилення під час виконання розумових дій на вербальному рівні (Л. Андрусишина). Тому мозаїчні порушення загальнофункціональних механізмів мовлення вимагають ретельної та диференційованої діагностики.

Організуючи дослідження мовлення у дітей за вище зазначеними напрямками дозволить значно уточнити структуру мовленнєвого дефекту, розкрити його глибинну психологічну природу та, що найбільш суттєво, його взаємозв'язок з порушеннями в інших сферах діяльності дитини з ЦП. Зазначені напрямки дослідження мовленнєвої діяльності дитини дозволяють зібрати досить повну інформацію про характер порушення, його глибину та психологічні механізми, про їх взаємозв'язок з вадами інших видів психофізичної діяльності дитини [19].

Розкриваючи основний етап першого блоку логопедичного супроводу дитини з ЦП, ми вважаємо за доцільне організацію вивчення соціально-



психологічної характеристики родини дітей з церебральним паралічем, а саме визначення освіченості батьків, готовність їх співпрацювати з фахівцями. Вивчення даного компоненту здійснюється за допомогою спеціально розроблених анкет, опитувальників, тестувань, розроблених бесід, підготовлених психологічних карт, малюнкових тестів та ін. Важливими також є дослідження готовності команди фахівців, а саме медичних фахівців (неонатолог, педіатр, реабілітолог, невропатолог), психологів, логопедів, що здійснюється за допомогою підготовлених анкет, бесід, тестувань, проєктивних методик, які допоможуть розкрити готовність фахівців співпрацювати між собою, з батьками, визначати рівень освіченості фахівців з означеної проблеми.

За результатами дослідження, а саме проведення підготовчого етапу організації логопедичного супроводу дітей раннього віку, ми зможемо визначити специфіку психофізичного, мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з ЦП, ставлення батьків до порушень мовлення своїх дітей, включеність їх у корекційно-реабілітаційний процес, готовність батьків співпрацювати з командою фахівців, що залежить від соціально-психологічної характеристики батьків; професійні знання логопедів з питання корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми з ЦП, професійні вміння щодо організації роботи з батьками та іншими спеціалістами, мотивація; знання інших спеціалістів (лікар, психолог), щодо розвитку мовлення дітей з ЦП та готовність їх співпрацювати з батьками та логопедом.

Отримавши достовірні ґрунтовні дані про розвиток дитини з ЦП та дані про ставлення до її проблеми родини, її найближчого оточення, що співпрацює з нею, а саме неонатологів, педіатрів, реабілітологів, вихователів, логопедів, директорів ІРЦ, можемо переходити до безпосереднього здійснення логопедичного супроводу дитини з ЦП та її родини.

Наукове вивчення «Сучасного стану логопедичного супроводу дітей з ЦП раннього віку» свідчить про те, що у організації саме командної системи роботи з дітьми з ЦП раннього віку є ряд прогалин, які утруднюють процес підготовки дітей до сучасного освітнього простору. Найголовніше те, що кожен із спеціалістів, який співпрацює з дитиною вибудовує свою програму роботи, не погоджуючи її з програмою інших фахівців. Про це свідчать факти з нашого дослідження «Сучасного стану логопедичного супроводу». Так отримані дані про організацію корекційно-реабілітаційної допомоги показали, що діти з ЦП



отримують допомогу спрямовану на подолання клінічних проявів хвороби (медикаментозна терапія, заняття з лікувальної фізкультури, масаж, рефлексотерапія, бальнеотерапія, гальванічні ванни, електростимулювання м'язів, електрофорез, механотерапія та ін.), і лише після того як прояви церебрального паралічу вдається урівноважити або зменшити їх силу, до корекційно-лікувального процесу додаються педагогічні методи корекції, у тому числі й формування, розвиток, корекція мовлення.

Після досягнення дітьми 2 річного віку діти отримують логопедичну допомогу на базі медичних та освітніх закладів, а саме логокабінетів дитячих поліклінік, лікарень, санаторіїв для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату; спеціальних груп для дітей дошкільного віку, логокабінетів при спеціальних дошкільних навчальних закладах, спеціальних школах для дітей з тяжкими порушеннями опорно-рухового апарату та порушеннями мовлення, загальноосвітніх школах, спеціальних загальноосвітніх закладах. Ми констатуємо, що сьогодні згідно вимог до функціонування інклюзивно ресурсних центрів (ІРЦ) дитина потрапляє до спеціальних закладів на невеликий термін з 2-річного віку, але найчастіше, традиційно, в-першу чергу в даному віці увагу батьків звертають на організацію медичної, психологічної допомоги, і лише після на організацію логопедичної допомоги. Враховуючи складність та тяжкість розвитку дітей раннього віку з ЦП, вважаємо за необхідність долучити до експерименту батьків, логопедів, лікарів, психологів, які працюють з даною категорією дітей. Під час дослідження педагогічної освіченості батьків, щодо розвитку дітей та визначення виключності їх у корекційно-реабілітаційний процес виявлено наступне. Батьки дітей загальної групи розвитку так, як і батьки дітей з ЦП на перше місце відносять благополуччя стану здоров'я дитини, та часто не пов'язують мовленнєвий розвиток з психофізичним, інтелектуальним розвитком взагалі. Отримані дані виявили достатній рівень освіченості, низький рівень соціального статусу та достатній рівень готовності до включення у корекційно-реабілітаційний процес. Значна кількість батьків шукали спеціалістів самостійно для підтвердження їх припущень, щодо проблем у розвитку дитини, деяким допоміг педіатр. Згідно наших спостережень, нажаль, батьки зазвичай ніяким чином не пов'язують психофізичний розвиток з мовленнєвим, хоча більшість вважають, що стежать за мовленнєвим розвитком так, як і за фізичними з перших днів життя. Більшість батьків більше уваги звертають на фізичні показники розвитку, ніж



на мовленнєві. Для батьків дітей з ЦП значим є формування у дітей вміння самостійно пересуватися, навички самообслуговування, які не пов'язують з розвитком мовлення. Виявлено низький рівень участі батьків дітей з ЦП у заходах щодо розвитку дітей. Домашні завдання батьки бажають бачити більш поетапними, конкретними у письмовому вигляді по типу інструкції, відео рекомендації. Крім того, батьки виявляють бажання створення клубу батьків для таких сімей та дітей, а також можливість постійних консультацій спеціалістів за підтримки державних установ. Після індивідуальних бесід з батьками складається враження, що в них недостатньо сформований мотиваційний компонент до організації корекційно-реабілітаційної роботи з дитиною в домашніх умовах. Важливими даними є ставлення членів родини до дитини. Вони свідчать про переважаючий стиль взаємостосунків на користь гіперопіки, що негативно позначаються на розвитку дітей. Крім того, у сім'ях дітей з ЦП прослідковується низка психологічних проблем, а саме: неприйняття дитини батьками, знецінення власних можливостей, образа на оточуючих, дефіцит спілкування батьків та дитини, дезадаптація та ін., що заважає формуванню партнерських стосунків та побудови ефективного корекційно-реабілітаційного процесу. Рівень готовності батьків до включення у корекційно-реабілітаційний процес є недостатнім. Це свідчить про необхідність негайного вирішення цього питання. Шляхами вирішення даної проблеми, ми вважаємо, підвищення рівня педагогічної освіченості, підвищення загальних показників соціально-психолого-педагогічної характеристики родини, через організацію заходів, щодо педагогічної просвіти батьків, формування мотиваційних компонентів діяльності, готовність співпрацювати з спеціалістами. Результатами нашого дослідження є факти, щодо організації допомоги різного характеру, а саме медичної, психологічної, логопедичної, які свідчать про її недостатність. Так, на питання чи отримували батьки такого роду допомогу, було з'ясовано, що в пологовому будинку, на жаль, ніхто не отримує педагогічні (логопедичні) рекомендації, що стосуються психофізичного, мовленнєвого розвитку дітей раннього віку. У дитячій поліклініці зазвичай батьки отримують рекомендації, що стосуються догляду за дитиною. Лише після того, як дитина йде в дошкільний заклад (рідко у 2-3 роки, зазвичай у 3-5 років), у колі спеціалістів, які співпрацюють з дитиною та її батьками з'являється логопед. Батьки відмічають, що поради та рекомендації логопеда є корисними для розвитку мовлення їх дитини. Тобто, ми



передбачаємо, що такого роду поради можуть бути корисними та дієвими й набагато раніше. Відповіді спеціалістів (лікар, психолог, логопед), щодо логопедичного супроводу дітей з ЦП мали для нас неоднозначний та не завжди позитивний характер. Зустрічаються відповіді фахівців (логопед, лікар, психолог) про те, що логопедичну роботу з даною категорією дітей слід розпочинати не раніше з 3-5 років. Цим, безперечно, втрачається синзетивний період домовленнєвого та мовленнєвого розвитку дітей, що підтверджено багаторічними дослідженнями спеціалістів про оптимальні періоди розвитку дітей. Цей факт є небезпечним як для мовленнєвого розвитку такої дитини. Не всі спеціалісти вказують значущим факт співпраці команди фахівців та вплив на дитину та її родину для покращення роботи з дітьми з ЦП. Крім того, нас вразили відповіді, що стосуються постановки логопедичного висновку. З позиції багатьох опитаних фахівців оптимальний період для визначення перших висновків щодо стану мовленнєвого розвитку - це 3-4 роки. Що стосується батьків, то більшість не звертають увагу на постановку логопедичного висновку або не знають висновок логопеда. Таким чином, ми спостерігаємо ситуацію, коли не прослідковується системний, поетапний, цілеспрямований заємовз'язок фахівців (логопед, лікар, психолог) з дитиною та її родиною, а також відсутній неперервний реабілітаційний, розвиваючий вплив на дитину у період активного росту організму, саме в ранньому віці, що ускладнює перебіг розвитку дитини з ЦП. Запобігти цьому може раннє включення дитини та її родини у процес керованого логопедичного супроводу.

Ставлення логопедів до взаємодії з родиною дітей з ЦП та фахівцями свідчить про недостатність готовності співпрацювати. Ми вважаємо, для зміни такої ситуації, необхідна організація занять з підвищення професійної компетентності логопедів, спрямованих на підвищення та розширення знань щодо роботи як з дітьми з ЦП, з їх батьками, а також із спеціалістами які співпрацюють з такою дитиною та родиною. Таким чином сучасна система організації та змісту корекційно-реабілітаційного процесу з дітьми з ЦП є недостатньо ефективною, неповністю використовує потенціал дітей раннього віку з ЦП, недостатньо ефективна для формування активної взаємодії учасників корекційно-реабілітаційного процесу, а особливо батьків та логопедів, у результаті недостатнього рівня знань щодо особливостей розвитку таких дітей, та труднощів організації роботи логопеда з батьками та іншими фахівцями (лікар, психолог). Через це діти з ЦП не отримують належної і вчасної



логопедичної уваги, що пояснюється невирішеністю багатьох проблем, а саме: - відсутністю спеціально підготовлених фахівців раннього логопедичного супроводу; - відсутністю програм та змісту раннього логопсихологічного супроводу; - проблемами з місцем розташування закладів, які мають забезпечувати логосупровід; - недостатністю чіткої взаємодії між державними установами охорони здоров'я та освіти у напрямку логопедичного супроводу дітей раннього віку; - низьким рівнем логопедагогічної освіченості батьків, недостатнім рівнем підготовки логопедів-практиків до роботи з дітьми зазначеної категорії [9].

Отже, ми вважаємо, що логопедичний супровід дитини з ЦП має бути організований враховуючи вищезазначені моменти та багатовекторність проблеми дітей з ЦП. Важливим на нашу думку є врахування психосоціальних особливостей родини дитини з ЦП раннього віку. Вчасно та правильно організуючи логопедичний супровід дитини з ЦП дає можливість здійснювати не лише розвиток такої дитини, а й превентивну роботу з родиною. Це дозволяє вчасно корегувати негативні прояви спотвореного розвитку дитини з ЦП, вчасно їх максимально скеровувати у позитивному руслі. Основні складові логопедичного супроводу дитини з ЦП: інформування, консультування та логопедична допомога. Так як робота починається з раннього віку, вважаємо за необхідне організацію роботи з дитиною у межах сімейно-центрованого підходу, як найбільш важливої складової логопедичного супроводу [5].

Долучаючись до думки сучасних корекційних педагогів, можемо стверджувати, що створення системи логопедичного супроводу, у режимі взаємодії команди фахівців (дитина–логопед–лікарі (інші спеціалісти) – психолого - батьки) дозволяє розширити класичну схему супроводу, що полягає у наданні консультативної і практичної допомоги батькам та має проводитися в таких напрямках [5]: – гармонізація дитячо-батьківських відносин; – допомога батькам у формуванні адекватної оцінки стану дитини; – оптимізація соціальних контактів родини; – психолого-педагогічна просвіта батьків; – навчання батьків прийомам корекційно-логопедичної роботи з подальшим контролем за її здійсненням.

Система логопедичного супроводу може бути представлена у вигляді двох узагальнених напрямів роботи [13]:

1) Логопедичний: передбачає надання знань про періоди й особливості мовленнєвого розвитку дитини в онтогенезі, розвиток уміння активізувати



мовленнєве спілкування дітей, формування знань про прояви мовленнєвих порушень у дошкільників, створення мотивації для участі в спільній з логопедом і вихователями корекційній роботі з дітьми, формування вмінь виконувати завдання логопеда та використовувати прийоми корекційно-логопедичної роботи. Все це сприяє проведенню систематичної корекційної роботи за завданням логопеда й вихователя, дотриманню однакових вимог і наступності логопедичного впливу, проведення систематичної корекційної роботи за завданнями логопеда.

2) Психологічний: передбачає формування знань про хід мовленнєвого розвитку дитини в онтогенезі, формування знань про вікові психолого-педагогічні особливості дітей, розвиток навичок створення мотивації для мовленнєвого спілкування дітей, розвиток уміння створити умови для нормального загального й мовленнєвого розвитку дітей, створення шляхів взаємодії дітей та батьків. Колективна та індивідуальна форми роботи, що проводяться з батьками. Колективну роботу можна реалізувати, як: батьківські збори, консультації, семінари, фронтальні відкриті заняття, майстер-класи, круглі столи, виставки посібників, бібліотеки ігор та вправ, відеотеки, свята на мовленнєву тематику, дні відкритих дверей, конференції. До індивідуальних форм роботи входять такі види: індивідуальні бесіди, індивідуальні практикуми, перегляд індивідуальних занять, записки-рекомендації, зошит для домашніх завдань, анкетування, домашня бібліотека.

Враховуючи останні події у нашій країні та світі, цікавим та досить ефективним при організації логопедичного супроводу дітей з ЦП раннього віку є використання інтерактивних форм роботи як для індивідуальної, так і колективної роботи. Для реалізації завдань логопедичного супроводу дитини з ЦП та родини, засобами інформаційно-комп'ютерних технологій використовують наступні їх різновиди, а саме: [13]: – блоги; – онлайн-конференції (скайп- чи вайберзустрічі); – спілкування в різноманітних месенджерах та соціальних мережах. Блог – «мережевий журнал чи щоденник подій» – це веб-сайт, головний зміст якого – записи, зображення чи мультимедіа, що регулярно додаються. Для блогів характерні короткі записи тимчасової значущості. У логопедичному блозі педагог може розміщувати короткі повідомлення та фото, відео, посилання на літературу, розвиваючі ігри для дітей. Цей вид взаємозв'язку має ряд переваг: індивідуалізація інформації, економія часу, наявність зворотнього зв'язку. Але на жаль, існують недоліки



даного виду взаємозв'язку: блог відображає лише певну кількість записів, а також ведення блогу потребує наявності певних знань і вмінь області веб-конструювання. Онлайн-конференції за допомогою сервісів Skype, Viber, ZooM тощо допомагають проводити класичні форми взаємодії у реальному часі, але без безпосередньої присутності учасників цього заходу. Потрібно мати лише гаджет, підключення до мережі та знаходитися в будь-якій точці світу аби вийти на зв'язок і вирішувати нагальні питання щодо навчання, виховання та корекції мовлення дитини. Використання меседжерів та соціальних мереж дозволяє педагогу виконувати безліч завдань: – консультування; – відповіді на запитання; – розміщення рекомендацій для батьків; – розсилання запрошень та певної інформації. Даний вид діяльності є зручним для економії часу батьків, але потребує надмірного використання часу педагога щодо масового розсилання матеріалів [13].

Також порівняно новим кроком у взаємодії фахівців із сім'єю є використання медіахостингів та стрічок часу. Ці додатки дають змогу простежити динаміку мовленнєвого розвитку кожної окремої дитини з ЦП (адже є обмеження, тому, ця інформація персоналізована і призначена лише для кожної конкретної сім'ї). Стрічка часу являє собою часову шкалу, на яку можна нанести певні події в хронологічній послідовності (фрагменти занять, теги (посилання) на літературу та інші сайти для детального пояснення того, що відбувається на екрані). При цьому батьки також можуть приймати участь у створенні стрічки часу, додаючи відео виконання домашніх завдань логопеда, фрагментів мовленнєвої активності дитини. За необхідності можна додавати форуми в стрічки часу для вирішення нагальних проблем та консультування батьків. Завдяки спільній роботі батьків, логопеда, психолога, вихователів та медичних фахівців можна отримати бажані результати корекційно розвивальної роботи, не маючи при цьому особистого контакту, але приділяючи максимум уваги проблемам дитини у зручний для цього час, це є надзвичайно ціним у роботі з дітьми з ЦП раннього віку. Проте даний вид взаємодії з дитиною та родиною не може обійтися без очних контактів.



Висновки.

Логопедичний супровід дитини з ЦП раннього віку та її родини є важливим напрямом роботи щодо вирішення поліморфного порушення у дітей з ЦП раннього віку. Це максимально адресна психологічна, педагогічна та логоінтеграційна допомога з метою сприяння розвитку особистості дитини з ЦП раннього віку до досягнення нею максимально можливої готовності до сучасного освітнього простору. На сьогодні існує велике різноманіття видів роботи (взаємодії): від друкованої роздаткової продукції, інформації на логопедичному стенді, консультацій, тренінгів, лекцій, майстер-класів до онлайн-консультацій, вебінарів, авторських блогів і т.п. Робота команди фахівців спрямована на дитину та її родину сприятиме гармонійному розвитку особистості такої дитини. А використання сучасних можливостей (інформаційно комп'ютерних технологій) для обміну інформацією між учасниками логопедичного супроводу дозволить вчасно фіксувати новоутворення, динаміку розвитку дитини з ЦП раннього віку; максимально розвивати та формувати соціально важливі навички дітей з ЦП раннього віку та підготувати їх до інклюзивного навчання та сучасного соціуму. Наше дослідження на цьому не завершується, у подальшому ми продовжимо роботу над вивчення проблеми організацією логопедичного супроводу дітей з церебральним паралічем раннього віку у межах сучасного освітнього простору.