

ЛОГОПЕДИЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ДИТИНИ З ДИЗАРТРИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Kyslychenko V.A. Speech therapy support families raising children with dysarthria describes . The features of speech therapy support families raising children with dysarthria describes in the article / V.A. Kyslychenko // Actual problems of the correctional education: Ministry of Education and Science of Ukraine, National Pedagogical Drahomanov University, Kamyanets-Podilsky Ivan Ohyenko National University / edited by V.M. Synjov, O.V. Havrilov. – Issue 5.- Kamyanets-Podilsky: Medobory-2006, 2015.– P. 142–152

Кисличенко В.А. Логопедичний супровід сім'ї дитини з дизартричними розладами. У статті розкриваються особливості логопедичного супроводу сімей, що виховують дітей з дизартрією. Розглядається науково-методичне забезпечення нових форм співпраці батьків та логопеда для подолання тяжких порушень мовлення у дітей з мовленнєворуховими порушеннями. Розкрито принципи та основні напрямки корекційно-розвивальної роботи з даною категорією дітей та визначено можливості батьків у попередженні виникнення вторинних дефектів. Порушення базових складових фонологічної підсистеми функціональної системи мови та мовлення, підсистем регуляції мовленнєвих актів в період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції призводить до складної дезінтеграції та патології мовлення у подальшому. Розглянуто необхідність перенесення корекційних занять на ранній та дошкільний вік. Використання програми логопедичного супроводу сім'ї у випадку рухових порушень ґрунтується на інтеграції декількох ланок процесу логопедичної допомоги та є організованим безперервним освітнім процесом, основний зміст якого складає взаємодія логопеда та сім'ї. Загальними завданнями логопедичного супроводу визначено: розвиток логопедичної компетентності (педагогічної культури) батьків, профілактика виникнення проблем розвитку дитини; допомога (сприяння) дитині у вирішенні актуальних завдань розвитку, зокрема, мовленнєвого.

Ключові слова: дизартрія, рухова церебральна патологія, логопедичний супровід, комплексний підхід, дизонтогенез, корекційно-розвивальні програми.

Кисличенко В.А. Логопедическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с дизартрическими нарушениями. В статье

раскрываются особенности логопедического сопровождения семей, воспитывающих детей с дизартрией. Рассматривается научно-методическое обеспечение новых форм сотрудничества родителей и логопеда для преодоления тяжёлых речевых нарушений у детей с речедвигательными нарушениями. Раскрыты принципы и основные направления коррекционно-развивающей работы с данной категорией детей, а также рассматриваются возможности родителей в предупреждении возникновения вторичных дефектов.

Нарушения базовых составляющих фонологической подсистемы функциональной системы языка и речи, подсистемы регуляции речевых актов в период интенсивного развития речевой функции приводит к сложной дезинтеграции и патологии речи в дальнейшем.

Рассмотрена целесообразность перенесения основного содержания коррекционной технологии на ранний и дошкольный возраст. Использование программы логопедического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушением речи, применительно к проблеме речедвигательных нарушений, основывается на интеграции нескольких звеньев процесса логопедической помощи и является организованным непрерывным образовательным процессом, основное содержание которого составляет взаимодействие логопеда и семьи.

Наиболее важной составляющей логопедического сопровождения является согласованная работа логопеда и семьи ребенка, начиная с раннего возраста, что позволяет достигать высоких показателей динамического роста уровней психоречевого развития, доказывающих эффективность коррекционной системы.

Ключевые слова: дизартрия, двигательная церебральная патология, логопедическое сопровождение, онтогенез речи, механизмы нарушения, комплексный подход, дизонтогенез, коррекционно-развивающие программы.

У дослідженнях останніх років неухильно простежується тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, що зумовлено біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням.

Дизартрія є одним із самих розповсюджених розладів мовлення, її значення як проблеми на даний момент різко зростає, оскільки недостатність рухового відділу центральної нервової системи у ранньому дитячому віці стає все більш звичним явищем [5,с.7]. В умовах кризи економіки та інститутів соціального захисту в наш час все більшого значення для майбутнього дитини набуває рівень педагогічної культури батьків, підвищення якого забезпечує розроблена нами програма логопедичного супроводу сімей.

Дизартрія розглядається як порушення вимовної сторони

мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Порушення іннервації м'язового артикуляційного апарату, пов'язані з ураженням як периферичної, так і центральної нервової системи є причиною недоліків звуковимови, порушення голосоутворення, зміни темпу мовлення, ритму, інтонації, міміки, дикції, що призводить до важкого розладу усієї мовленнєвої діяльності.

Етіологія, симптоматика дизартрії, механізми її розвитку, форми, патогенез, клінічні прояви, діагностика, структура дефекту, психолого-педагогічна характеристика та методи корекції мовлення дітей з дизартрією досить повно розглядаються в дослідженнях Р.Бабенкової, О.Вінарської, Л.Волкової, М.Ейдінової, М.Іполітової, Н. Жукової, О.Мастюкової, І.Мамайчук, М.Поваляєвої, Т.Філічевої, Г.Чіркиної та ін.

У дітей частота дизартрії насамперед корелює з частотою перинатальної патології (ураженням нервової системи ембріону і плоду).

Частота порушень мовлення при моторній патології ЦНС значна, оскільки вони обумовлені і пошкодженням рухових механізмів мовлення, і розладом суміжних психічних функцій та специфікою взаємодії хворої дитини з оточуючими. Виходячи із важливості функцій мовлення у житті людини, несформованість мовлення створює для дитини неподоланну перешкоду для повноцінного існування у соціумі, позбавляє надії на гідне життя. В останні роки статистичні дані засвідчують постійне зростання кількості дітей з руховою патологією. Частіше за все чинником ризику виникнення у дитини рухової патології є перинатальні ураження ЦНС, що об'єднують різні патологічні стани, зумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та в ранні терміни після народження. За даними різних авторів, в даний час ПЕП зустрічається в 83,3% випадків [2]. У дітей з перинатальною церебральною патологією поступово з дозріванням мозку виявляються ознаки пошкодження або порушення розвитку різних ланок рухового аналізатора, а також психічного, домовленнєвого та мовленнєвого розвитку. Перинатальна патологія є однією з основних причин рухових розладів, що ускладнюють навчання дітей у загальноосвітніх школах, а в подальшому і їх соціалізацію.

Основну масу дітей з руховою патологією складають діти з церебральним паралічем (89%). Однак на першому році життя діагноз «дитячий церебральний параліч» ставиться тільки тим дітям, у яких виражено важкі рухові розлади: порушення тону м'язів, обмеження їх рухливості, патологічні тонічні рефлексії, мимовільні насильницькі рухи (гіперкінез та тремор), порушення координації рухів і т.д. Іншим дітям, як правило, ставиться діагноз «перинатальна енцефалопатія; синдром церебрального паралічу (або синдром рухових розладів)».[6]

У структурі мовленнєвого дефекту провідною ланкою є мовнорухові (дизартричні) розлади, які мають різний ступінь вираженості. У багатьох дітей вони поєднуються з затримкою домовленнєвого та мовленнєвого розвитку, що надалі проявляється у

вигляді різних форм дизартрії.

Дизартрія спостерігається при дитячому церебральному паралічі, за даними різних авторів, від 65 до 85% (М. Ейдінова, О. Правдіна-Вінарська, 1959; Є. Мастюкова, 1969, 1971). Відзначається взаємозв'язок між ступенем тяжкості і характером ураження рухової сфери, частотою і тяжкістю дизартрії, між тяжкістю ураження верхніх кінцівок й ураженнями мовленнєвої мускулатури. При найбільш тяжких формах дитячого церебрального паралічу, коли наявне ураження верхніх й нижніх кінцівок і дитина практично залишається нерухомою (подвійна геміплегія), дизартрії (анартрії) спостерігаються практично у всіх дітей.

Менш виражені форми дизартрії можуть спостерігатися у дітей без явних рухових розладів, які перенесли легку асфіксію або родову травму, або мають в анамнезі вплив інших нерізко виражених несприятливих впливів під час внутрішньоутробного розвитку або в період пологів. У цих випадках легкі (стерті) форми дизартрії поєднуються з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції (Л. Журба й Є. Мастюкова, 1980). Про порушення інервації мовленнєвого апарату свідчить наявність слабо виражених, але специфічних артикуляційних порушень у вигляді обмеження обсягу найбільш тонких і диференційованих артикуляційних рухів; наявність синкінезій (рух нижньої щелепи при русі язика вгору, рухів пальців рук при рухах язика); уповільнений темп артикуляційних рухів; труднощі утримання артикуляційної пози; труднощі в перемиканні артикуляційних рухів; стійкість порушень звуковимови та труднощі автоматизації поставлених звуків; наявність просодичних порушень.

Передбачуване прогнозування дизартрії можна спостерігати з самого народження дитини. Асиметрія положення тіла, фіксовані пози голови, кінцівок; надмірне вигинання або згинання дитини; наявність насильницьких рухів, судом; невідповідність розвитку дитини параметрам нормального моторного та психомовленнєвого розвитку; порушення його життєвого ритму; підвищена нервозність малюка або слабка його реакція на оточуючих людей, на звуки або на іграшки; швидко прогресуюче збільшення голови або її малі розміри, вибухання великого тім'ячка – все це є приводом звернутися до фахівців для більш детального обстеження і активного проведення регулярних програм відновного лікування. В анамнезі дитини з симптомами псевдобульбарної дизартрії, як правило, згадуються надмірне рухове занепокоєння, постійний і безпричинний плач, стійкі порушення сну, слабкість крику, відмова від грудного годування, труднощі утримання соска, млявість акту смоктання, рясні зригування, швидка стомлюваність.[2]

Показники психомоторного розвитку дітей коливаються від норми до вираженої затримки. Діти, як правило, соматично ослаблені, іноді у них відзначається судомний синдром.

У значної частини дітей з дизартрією мовленнєвий розвиток

сповільнений. Перші слова з'являються у віці 1,5 - 2 роки. Фразове мовлення з'являється у 2 - 3 роки, а в деяких випадках - в 4. При цьому мовлення дітей залишається фонетично несформованим.[3]

При дизартрії присутня неврологічна симптоматика, яка виявляється в ході спеціального обстеження із застосуванням функціональних навантажень. Загальномоторна сфера дітей з дизартрією характеризується уповільненими, незграбними, скутими, недиференційованими рухами. Іноді рухливість надмірна, рухи є непродуктивними і безцільними. Також характерні порушення дрібної моторики, які проявляються переважно в порушенні точності, швидкості і координації рухів. [3]

Всі ці симптоми при дизартрії у дітей без порушень опорно-рухового апарату проявляються у менш вираженій формі .

Особливості мовленнєвої моторики у дошкільників з дизартрією обумовлені порушенням функціонування тих рухових нервів, які беруть участь в артикуляції.[5] Особливо часто порушуються диференційовані рухи губ, кінчика і спинки язика. В одних випадках спостерігаються деяка скутість рухів, неможливість виконання складних рухів, в інших - рухове занепокоєння, гіперкінези язика і мускулатури обличчя, труднощі або неможливість знаходження та утримання заданих артикуляційних поз, синкінезія (рухи нижньої щелепи при підніманні язика вгору і т.д.). Змінюється швидкість перемикання мовленнєвих рухів, виникають персеверації і перестановки, що викликані порушенням сприйняття рухового ряду. [2]

У дітей з дизартрією страждає не тільки рухова ланка ФСММ. Мають місце розлади кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів. Порушення зворотної кінестетичної афференції може затримувати інтеграцію різних функціональних систем, що мають безпосереднє відношення до мовленнєвого процесу (рухово-кінестетичної, слухової та зорової систем).

Як зазначала О.В. Правдіна, порушення мовленнєвої моторики є провідною патологічною ланкою при дизартрії. Розлад рухової сфери призводить до порушень фонетичної сторони мови: страждає артикуляція, голос та інші просодичні компоненти мови.

Мовленнєве дихання тісно пов'язане з голосоутворенням, тому мелодико- інтонаційні розлади, викликані порушенням дихання, є найбільш стійкою ознакою дизартрії. Ці розлади впливають на розбірливість і емоційну виразність мовлення. Можуть відзначатися недостатня сила голосу (голос слабкий, тихий, виснажуваний у процесі мовлення), порушення тембру голосу (глухий, немодульований, хрипуватий, монотонний, напружений, переривчастий і т.д.), слабка вираженість голосових модуляцій. Також спостерігаються порушення формування інтонаційної структури речення. Можуть зустрічатися порушення координації дихання, фонації та артикуляції.

Ураження рухових механізмів мовлення в домовленнєвому періоді,

особливо в поєднанні з сенсорними розладами, може призводити до складної дезінтеграції та патології всіх ланок мовленнєвого розвитку. [3]

Дослідженнями (О.М.Вінарська, І.І.Мамайчук, О.М.Мастюкова, О.Б.Половинкіна, В.І.Козьявкін) доведено, що якомога ранній початок корекційної роботи, у разі раннього виявлення в перші місяці життя, сприяє значним успіхам та подоланню перинатальної патології. Дослідження Л.О.Бадаляна, О.М.Мастюкової, К.А.Семенової 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-річного віку.

Традиційним у лікуванні рухової патології є корекція сформованого патологічного рухового стереотипу. У той же час педагогічна робота з розвитку психічних і мовленнєвих функцій та корекції їх порушень починається, як правило, занадто пізно (тільки після 3 - 5 років), коли сензитивний період розвитку психіки й мовлення упущений. Батьки не розуміють важливості проведення одночасної корекційно-розвивальної роботи всіх функціональних систем. З цієї точки зору питання логопедичного супроводу сім'ї дитини з мовноруховими порушеннями є надзвичайно актуальним.

Психічне життя кожного періоду вносить свої типові риси психологічних новоутворень у розвиток дитини. У всіх періодах психічне життя дитини вплетене у соціальне життя оточуючих людей, а соціальне життя є водночас її психічним життям. Вся діяльність немовляти здійснюється через дорослого. Шлях через інших, через дорослих - основний шлях діяльності дитини в дошкільному віці. Тому саме сім'я має розглядатися як основний стабілізуючий та розвивальний фактор розвитку дитини.

Програма логопедичного супроводу сім'ї дитини з мовленнєвими порушеннями дає можливість здійснювати превентивну роботу з сім'єю та дитиною, що дозволяє вчасно реагувати на прояви порушень психофізичного розвитку, долати їх з максимальною ефективністю.

Неперервність логопедичного супроводу сімей забезпечується розподілом обсягу та змісту роботи на періоди, що відповідають віковим особливостям розвитку дитини: I період — період очікування; II період — від народження до 3-х років; III період — від 3-х до 4-х років; IV період — від 4-х до 6-ти років.

Основними складовими логопедичного супроводу сім'ї ми визначили: інформування, консультування та логопедичну допомогу. У межах сімейно-центрованого підходу найбільш важливою складовою логопедичного супроводу є узгоджена робота логопеда та сім'ї дитини, починаючи з раннього віку.

У межах нашої програми логопедичного супроводу сім'ї ми передбачали не тільки традиційні форми роботи логопеда, але й форми превентивної роботи з широким колом сімей у період очікування,

раннього та молодшого дошкільного віку дитини: логоінформування та логоконсультування. Під логоінформуванням ми розуміємо надання батькам інформації щодо закономірностей типового та нетипового мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, проявів порушень мовлення.[4]

Відповідно до основних напрямів та завдань розробленої нами програми логопедичного супроводу, зміст роботи у кожному періоді складається з наступних блоків: інформаційного, діагностичного, консультативного, теоретичного, практичного. Зміст роботи логопеда має свою специфіку не тільки у зв'язку з віковим періодом, але й з наявними передумовами мовленнєвих порушень.[4]

I-й період включає інформування майбутніх матерів щодо закономірностей домовленнєвого періоду у житті дитини, типового та нетипового психофізичного та мовленнєвого розвитку. Основне завдання – створити логоінформаційне поле з метою викликати у батьків бажання контролювати перебіг розвитку мовлення дитини, починаючи з домовленнєвого періоду, яке б допомагало батькам співвіднести норми мовленнєвого розвитку та стан мовлення власної дитини, звертатися за консультацією до логопеда.

Під час лекцій та консультацій батькам наводяться основні систематизовані наукові дані (відповідно до сучасних уявлень нейропсихології про роботу різних зон мозку) з рухового та психічного розвитку дитини. Батькам пояснюється, що особливо важливим для розвитку дитини є період з 0 до 3-х років, коли дозрівають зони мозку, відповідальні за основні рухові, мовленнєві навички, елементарні розумові операції, пам'ять, емоції.

Руховий розвиток корелює з психічним розвитком, тому важливо знати його нормативні показники та особливості. До розвитку рухів дитини має відношення шкірна чутливість. Вона потрібна, щоб пізнавати форму, консистенцію предметів, їх температуру та ін. Для розвитку цієї здібності важливі також зір та слух, якими перевіряються відчуття та набуваються елементарні навички орієнтації в просторі. Крім того, важливу роль відіграють ті структури мозку, які забезпечують постачання м'язів нервовою енергією, а також здійснюють складні рухові координації. Різні за ступенем складності рухи забезпечуються різними мозковими структурами.

Інформація доводиться до відома батьків, що забезпечує можливість порівнювати розвиток дитини з нормативним та вчасно виявляти відхилення.

Інформаційний блок у **II-му періоді** включає інформування батьків дітей від народження до 3-х років щодо норм мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, стратегій оволодіння дитиною мовленням, шляхів інтенсифікації розвитку мовлення.

У випадку наявності ПЕП, у II періоді батькам необхідно надати інформацію щодо основних напрямків корекційно-розвивальної роботи з

дитиною у домовленнєвий період:

Розвиток емоційного спілкування з дорослим (стимуляція «комплексу пожвавлення», включення спілкування в практичну співпрацю дитини з дорослим).

Розвиток сенсорних процесів (зорового і слухового зосередження, локалізації звуку в просторі, рухово-кінестетичних відчуттів).

Формування підготовчих етапів розуміння мови. Підготовка починається з розвитку сприйняття різних інтонацій голосу дорослого та адекватної реакції на них (усмішки, сміху або образи, плачу).

Формування рухів рук та дій з предметами.

Нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату (зменшення ступеня прояву рухових дефектів мовленнєвого апарату - спастичного парезу, гіперкинезів, атаксії, тонічних порушень керування за типом ригідності). Розвиток рухливості органів артикуляції.

Корекція годування, стимуляція рефлексів орального автоматизму, а потім їх загальмовування.

Розвиток дихання та голосу (вокалізація видиху, збільшення обсягу, тривалості і сили видиху, вироблення ритмічності дихання і рухів дитини). [1]

Важливою складовою частиною корекційно-педагогічної роботи з дитиною з перинатальною патологією є процес включення матері в адекватну взаємодію зі своєю дитиною, що, в свою чергу, нормалізує соціальну ситуацію її розвитку; ранній початок комплексної реабілітації дозволяє досягти максимально можливого для кожної дитини загального рівня розвитку та активної позиції батьків у вихованні «особливої» дитини.

Логопедичний супровід сімей, що виховують дитину з дизартричними розладами, має особливості у всіх вікових періодах. Завданням III періоду є адекватна оцінка батьками мовлення власної дитини, що досягається ознайомленням батьків з нормами мовленнєвого розвитку у даному віці, причинами та наслідками мовленнєвих порушень, основними напрямками корекційно-педагогічної роботи.

Завданням роботи логопеда є не тільки робота з корекції мовлення, а й вивчення особливостей кожної дитини і визначення оптимальних умов для нормалізації її емоційного та психічного стану.

Дослідження психолого-педагогічних особливостей дошкільнят з важкими мовленнєво-руховими порушеннями дозволило визначити основні напрями корекційно-педагогічної роботи [6], спрямованої на підвищення рівня соціально-побутової орієнтації та підготовку до шкільного навчання цих дітей:

Розвиток і корекція рухових навичок, у тому числі формування функціональних можливостей кістей рук для розширення навичок самообслуговування, формування графічних навичок і підготовки руки до письма.

Формування конструювання та образотворчої діяльності.

Розвиток усіх сторін мовлення та корекція мовленнєвих порушень.
Формування пізнавальної діяльності і комунікативних навичок.
Профілактика і корекція порушень особистісного розвитку.

Робота у перші три періоди носить превентивно-консультативний характер і передбачає забезпечення підґрунтя для ефективного подолання проблем у мовленнєвому розвитку дитини. У IV періоді основний акцент переноситься на корекційну роботу з дитиною, а інформаційний блок представлений роботою логопеда з інформування батьків щодо проявів виявлених мовленнєвих порушень. Також необхідними є індивідуальні заняття логопеда з дитиною у присутності матері, консультування сім'ї та найближчих рідних. Якщо характер порушень дозволяє, дитину направляють до групи мовленнєвої корекції, де створюються спеціальні умови для формування у дитини вікових психологічних новоутворень, провідної та типових видів діяльності, проводиться корекція вторинних відхилень у розвитку, заняття з батьками. Спільне перебування з дитиною на заняттях дозволяє освоїти батькам практичні навички роботи з дитиною в домашніх умовах. Забезпечення надання відповідної ролі батькам у процесі нормалізації перебігу розвитку мовлення дитини за умови постійної взаємодії логопеда і родини реалізує сучасний сімейно-центрований підхід у практиці логопедичної роботи.

Здійснення логопедичної роботи в межах тріади «дитина-логопед-сім'я» з раннього віку в організованому логоінформаційному просторі забезпечує підвищення ступеня обізнаності, підвищення мотиваційної потреби батьків у контролі мовленнєвого розвитку дитини та свідомого пошуку логопедичної допомоги у випадках наявності порушення мовлення, а також підвищення ефективності логопедичної допомоги. Включення дітей раннього віку у спеціально організований спільно з батьками корекційно-розвивальний простір забезпечує підвищення енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду, дозволяє попереджати виникнення важких порушень мовлення, ефективніше компенсувати порушення в психофізичному розвитку дитини і тим самим попереджати порушення в її пізнавальній діяльності та емоційно-вольовій сфері.

Список використаних джерел

1. **Архипова Е.Ф.** Корекційна робота з дітьми з церебральним паралічем. Домовленнєвий період: Книга для логопеда. - М., 1989.;
2. **Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М.** Порушення психомоторного розвитку дітей першого року життя. - М., 1981.;
3. **Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / В.А. Кисличенко. – К., 2011. – 20 с.;
4. **Корекційно-логопедична робота з дітьми, що страждають на церебральний параліч, на першому році життя: Методичні рекомендації /** Упоряд. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. - М., 1982.;
5. **Левченко І.Ю., Приходько О. Г.** Технологія навчання і

виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. - М., 2001.; 6. **Ткачова В.В.** Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку // Дефектологія. - 1998. - №9- 4; 7. **Шипицина Л.М.,** Мамайчук І.І. Дитячий церебральний параліч. - Спб., 2001.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. **Arhipova E.F.** Korektsiyna robota z ditmi z tserebralnim paralichem. Dorechevoy period: Kniga dlya logopeda. - М., 1989.; 2. **Kyslychenko V.A.** Logopedichnui suprovid sim'i, v yakiy vuhovuetsa dutuna z porushennamu movlenna. : avtoref.dis. ...kand.ped.nauk : 13.00.03 / V.A.Kyslychenko. - К., 2011. - 20 с.; 3. **Korektsiyno-logopedichna robota z ditmi, scho strazhdayut na tserebralniy paralich, na pershomu rotsi zhittya: Metodichni rekomendatsiyi / Uporyad. K.A.Semenova, E.F. Arhipova.** - М., 1982.; 4. **Levchenko I.Y.,** Prihodko O. G. Tehnologiya navchannya i viovannya ditey z porushenniyami oporno-ruhovogo aparatu. - М., 2001.; 5. **Tkachova V.V.** Pro deyaki problemi simey, yaki viovuyut ditey z vidhilenniyami u rozvitku // Defektologiya. - 1998. - №9 -4; 6. **Shipitsina L.M.,** Mamaychuk I.I. Dityachiy tserebralniy paralich. - Spb., 2001.; 7. **Zhurba L.T.,** Mastyukova E.M. Porushennya psihomotornogo rozvitku ditey pershogo roku zhittya. - М., 1981.

Kyslychenko V.A. Speech therapy support families raising children with dysarthria describes . The features of speech therapy support families raising children with dysarthria describes in the article. The features of speech therapy support families raising children with dysarthria describes in the article. We consider the scientific and methodological support for new forms of cooperation of parents and speech therapist to overcome severe speech disorders at the children with dysarthria. Discloses the principles and guidelines of correctional and development work with this category of children, and also considered the possibility of parents in the prevention of secondary defects.

Violations of the basic components of the phonological system of functional subsystems of language and speech subsystems regulation of speech acts in the period of intensive development of speech function leads to the disintegration of the complex and speech pathology in the future.

The expediency of transferring the main content of the correctional technologies for early and pre-school age. Using speech therapy support families raising children with speech impairments, in relation to the problem of speech-motor disorders, based on the integration of several process units and speech therapy care is to establish an ongoing educational process, the essence of which is the interaction of a speech therapist and the family.

Coordinated work of speech therapist and the child's family is the most important part of speech therapy support. This allows you to achieve high performance dynamic growth levels psychoverbal development, proving the

effectiveness of the correctional system.

Key words: logopedic support, child language acquisition, mechanisms of speech disorders, integrated approach, developmental disorder, correction and development programs.

Отримано 10.02.2015 р.