

Державний заклад
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

збірник наукових праць

Одеса
2021

**УДК:376
П781**

**ДРУКУЄТЬСЯ ЗА РІШЕННЯМ
Вченої Ради
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського
(протокол № 7 від 25.03.2021 р.)**

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Ганчар І.Л. – професор, доктор педагогічних наук, професор кафедри фізичного виховання і спорту Національного університету «Одеська морська академія».

Кисличенко В.А. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор – професор **Форостян О. І.**

Відповідальний редактор – доцент **Соколова Г. Б.**

Технічний редактор – викладач **Маматова З. Р.**

Члени редколегії:

Соколова Г.Б. – доктор психологічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Лещій Н.П. – доктор педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Арнаутова Л.В. – доцент, кандидат медичних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Начинова О.В. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Притиковська С.Д. – кандидат педагогічних наук, завідувача СНДЗ №193 компенсуючого типу м. Одеси

Григор'єва Л.В. – директор, вчитель-методист, спеціаліст вищої категорії Одеської спеціальної школи №75 I-II ступенів Одеської міської ради Одеської області.

Проблеми реабілітації: Збірник наукових праць. /редкол.
О. І. Форостян та ін. - Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2021. – 114 с.

**УДК:376
ББК:74.00**

© ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського», 2021

вокалотерапія. Вона сприяє покращенню словникового запасу, розвиває навички словотворення, нормалізує біоритми дитини.

Сміхотерапія - лікування за допомогою позитивних емоцій. Сміх допомагає нейтралізувати в організмі дитини негативні програми завдяки виробленню "гормону щастя". Сміх розвиває творче мислення, додає сили волі, впевненості в собі, сприяє розвитку емоційного забарвлення мовлення.

Казкотерапія - це інструмент передачі досвіду від старшого покоління до молодшого, це спосіб виховання в дитини особливого ставлення до світу, слухання, придумання і обговорювання казки в наслідок чого в дитини розвивається фантазія та творчість. Завдяки казкам дитина вчиться приймати рішення. [3]

Підводячи підсумок можна зазначити, що використання інноваційних технологій вчителем-логопедом надає гнучкості у керуванні навчанням, різноманіття вправ, вдосконалення занять з усунення порушень мовлення.

Використовуючи різні нетрадиційні інноваційних технологій на логопедичних заняттях стимулюють цікавість у дитини до такого явища як мовлення, краще проходить процес засвоєння та вивчення матеріалу. Призводить до активізації мовлення, енергетичні затрати значно знижуються як у дитини так і вчителя-логопеда. Інноваційні логопедичні технології розширять коло завдань, що надає можливість урізноманітнювати прийоми і методи корекційного впливу. Подальша робота корекційно-логопедичного впливу з використанням інноваційних логопедичних технологій потребує детального вивчення, розробці удосконаленої, комплексної корекційної програми розвитку дітей з патологією мовлення.

Список використаних джерел:

1. Андросова В. М. Використання інноваційних технологій для корекції звуковимови старших дошкільнят -2005.-№1
2. Акіменко В. М. Развивающие технологии в логопедии.- 2012.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии / Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. – СПб.: Речь, 2013. – 321с.
4. Су-джок терапія в роботі вчителя-логопеда [Електронний ресурс]: <https://vseosvita.ua/library/vikoristanna-vprav-su-dzok-dla-ditej-doskilnogo-viku-259994.html>

Арнаутова Л. В., Івіна Д. І.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

В сучасному суспільстві із року в рік дітей з проявами аутичного спектру стає чимдалі більше, і вони потребують уваги, а також корекційної та педагогічної допомоги. Ранній дитячий аутизм – специфічне відхилення психічного розвитку, властивість якого є прояви стійких і специфічних порушень поведінки в комунікативній, емоційній сферах спілкування дитини з навколишнім середовищем, а також відсутність вмінь правильно реагувати

в різноманітних життєвих ситуаціях. Головна ознака аутизму – неконтактність дитини з оточуючими, виявляється зазвичай рано, прозирає саме на першому році життя, але особливо чітко в період першої вікової кризи, а саме у віці 2-3 років.

Визначення того, які проблеми має аутизм, змінюється та доповнюється в науці до сьогоднішнього дня. Недостатнє розкриття проблеми та розуміння причин виникнення захворювання раннім дитячим аутизмом, не дає змоги в повному обсязі зрозуміти та розробити необхідні корекційні заходи у роботі з хворими дітьми, ставлення та позиція батьків у вихованні дітей, хворих раннім дитячим аутизмом, недостатня кількість і поширення методик корекційного впливу.

Багато вчених України проводять свої дослідження щодо проблематики аутизму. Зокрема, Я. Багрій, О. Богдашина вивчали сутність аутизму; К. Островська описувала проблеми психологічної допомоги дітям з аутизмом; Т. Скрипник розробила комплексну програму розвитку дітей з аутизмом; В. Тарасун описала концепції розвитку, навчання та соціалізацію дітей з аутизмом; Г. Хворова описала, як надавати психолого-педагогічну допомогу дітям із розладами спектру аутизму; Д. Шульженко досліджувала психологічну корекцію аутистичних порушень і формування готовності дітей із розладами аутичного спектра до навчання в школі. Низка вчених (М. Веденіна, І. Марценковський, О. Мастюкова, О. Нікольська, О. Романчук, Н. Сіماشкова, Т. Скрипник, Г. Хворова, Д. Шульженко, А. Чупріков та ін.) досліджували проблеми вивчення комунікативної діяльності в дітей з аутизмом.

Термін «аутизм» характеризує якісні відмінності, труднощі у побудові соціальних стосунків і спілкуванні та особливу стереотипність поведінки. РАС діагностуються у дітей, молоді та дорослих, якщо їх поведінка відповідає критеріям, визначеним у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), і настанові з діагностики, статистики і класифікації психічних порушень (DSM-IV-TR), і має значний вплив на життєдіяльність. Загальний термін, який використовують в МКХ-10 і DSM-IV-TR, це розлади загального розвитку (РЗР); зараз цей термін використовується як синонім розладу аутистичного спектра (за винятком синдрому Ретта) [1, С. 12-13].

Останні десятиріччя спрямовані на вивчення специфіки психічного дизонтогенеза дітей з аутизмом, логіки аутичного розвитку, виявлення характеру порушення. Прагнучи розкрити аутизм як цілісне порушення розвитку, вчена Т. Скрипник застосовує два ключових феноменологічних орієнтири. Це, по-перше, розроблення методології всебічного бачення цілого; по-друге, розкриття контексту розвитку дитини з погляду її психічних проявів. Науковець робить акцент на цілісній психічній організації дитини з аутизмом та мікросоціальному середовищі її життєдіяльності.

Ознаки аутизму Т. Скрипник визначає як комплексне порушення розвитку, якому властиві різноманітні прояви, що мають сталий перебіг. До

характерної «тріади» порушень відносить порушення соціальної взаємодії, взаємної комунікації, обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки. Науковець зазначає, що окремі ознаки «тріади» трапляються в людей із нормальним типом розвитку. Клінічна картина аутизму варіюється як між різними дітьми так і в одній дитині [4].

При загальному типі порушення психічного розвитку діти з аутизмом мають значні індивідуальні відмінності. Разом з тим серед типових випадків дитячого аутизму можна виділити дітей з чотирма основними моделями поведінки, які відрізняються своїми системними характеристиками. В рамках кожної з них формується характерна єдність доступних дитині засобів активного контакту з середовищем і оточуючими людьми, з одного боку, і форм аутистичного захисту і аутоstimуляції з іншого.

Науковець О. С. Нікольська (1985-1987) виокремила чотири головні групи дитячого аутизму. Критерії класифікації: характер і ступінь порушень взаємодії із зовнішнім середовищем, а також тип самого аутизму [2, С. 135].

До першої групи належать діти з найгрубішими порушеннями: цілковита відчуженість від того, що відбувається. Діти практично не говорять (тільки в афективних станах можуть вимовити короткі слова й однотипні фрази). Використовують звуки немовного характеру: щебетання, свист, мимрення. Не реагують на зовнішні подразники: біль, холод, голод. Не виявляють переляку, навіть у ситуаціях, загрозливих їхньому життю. Не використовують цілеспрямованого погляду. Для них характерна польова поведінка: вони можуть бігати, падати, перекидатися, залазити на стільці, стіл, не реагувати на запропоновані іграшки і звернену до них мовлення. У таких дітей практично немає потреби у взаємодії зі своїми однолітками. Вони постійно здійснюють стереотипні рухи. У них погано розвиваються навички самообслуговування.

Діти *другої групи* можуть існувати тільки у вузьких межах розкладу, звичному устрої життя, руйнування якого спричинює панічний страх. Виявляють явні переваги в їжі. Незграбні (враження, що ноги й руки їх не слухають), але іноді досягають великої майстерності у діях певного характеру. Мислення буквальне, наявність підтексту зумовлює напругу. До цієї групи належать діти зі штапованим мовленням, наповненого ехолалією – це неконтрольоване автоматичне повторення слів, почутих в чужому мовленні. Така дитина в звичайному для нього середовищі більш відкрита і спрямована на спілкування.

Діти першої і другої групи за клінічною класифікацією відносяться до найбільш типових, класичних форм дитячого аутизму, описаними Л. Каннером.

Третя група – «книжкові» діти, віддається перевага захопленості певними інтересами: можуть протягом кількох років говорити на ту саму тему, що хвилює, або малювати улюблених тварин. Багато говорять і часто цитують цілі сторінки улюблених літературних творів, але нерідко інтонація не відповідає тексту, у разі спілкування співрозмовника не чують, не схильні

до діалогу. Мовлення квапливе, «говорить захлинаючись», у розмові можуть переставляти слова за сенсом. Рано набирають знання і словниковий запас за певною темою. Під час спілкування можуть дивитися на співрозмовника, але звертаються не до конкретної людини, а до людини взагалі. Часто вражають своєю неорганізованістю у побуті. Здатні прийняти нововведення тільки під власним контролем, бояться неочікуваних змін. На відміну від дітей другої групи, не стільки схильні до збереження сталості в довкіллі, скільки у бажанні відстояти стереотипність власної поведінки.

Діти **четвертої групи**, на відміну від інших груп аутизму, здатні встановити із співрозмовником контакт очей, але взаємодію негайно припиняють, якщо на шляху трапляється перешкода. Діти здатні звернутися по допомогу й емоційну підтримку до близьких людей. У стереотипах як засобах захисту на перше місце виходить «правильність». Схитрувати, обдурити для них неприйнятно. Мовлення тихе, нечітке, дитина в спілкуванні вдається до мовлення й діалогу, але переказ тексту ускладнений. У промові присутні ехолоалії і стереотипні фрази, але з ними можливо контактувати при наполегливості дорослого. Четверта група – боязкі, полохливі, розсіяні і ранимі діти. Їх лякає контакт з однолітками. Вони здатні до довільної поведінки, тобто свідомої та можуть легко засвоїти самообслуговування. Як правило, ці діти цураються взаємодії зі своїми однолітками. Діти цієї групи в клінічній класифікації можуть бути визначені як діти з синдромом Аспергера.

За всіма наявними класифікаціями зрозуміло, що індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр. Іноді синдром підрозділяють на **низько-, середньо- і високофункційний аутизм**, використовуючи для цього шкалу IQ чи рівень соціального розвитку; для цього типування не опрацьовано стандарту і навколо нього тривають суперечки.

Саме діти, на думку О. Нікольської, четвертої групи описуються в спеціальній літературі як високофункціональні діти з аутизмом [3].

Представленні характеристики поведінкових реакцій у дітей з розладами аутичного спектру слугують орієнтирами психологічної діагностики, визначаючи можливі глибину і якість порушення контакту дитини із навколишнім простором, в яких може проявитися дитячий аутизм. Все ж оцінювання тяжкості стану і визначення передбачення не можуть відбуватися поза розумінням того, що дитина, навіть переживаючи найсерйозніші труднощі, перебуває в процесі розвитку. Інакше кажучи, навіть в межах однієї групи дітей з порівняльними ознаками і рисами даного захворювання фігурують особисті відхилення в прояві тенденцій до встановлення більш життєдіяльних і складних взаємовідносин та взаєморозуміння з оточуючим світом.

Список використаних джерел:

1. Аутизм у дітей адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2015. С. 12-13. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_341.

2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с., С. 135.
3. Никольская О.С. Психологическая классификация детского аутизма / О.С.Никольская // Альманах «Детский аутизм: пути понимания и помощи» [Электронный ресурс].-2014.-№18.-Режим доступа до журн.: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/psihologicheskaja-klassifikacija-detskogoautizma>
4. Скрипник Т. Феноменологія аутизму. Київ : Фенікс, 2010. 388 с.

Арнаутова Л. В., Паладій О. В.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОВНОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИЇ

Однією з найпоширеніших мовних патологій є стерта дизартрія, що має тенденцію до збільшення кількості дітей, які страждають порушеннями мови. Одним із проявів стертої дизартрії є порушення мовного дихання. Дихання це сукупність фізіологічних процесів, які беруть участь не тільки в газообміні, а й входять у функціональну мовну систему. Робота мовної системи контролюється ЦНС, забезпечуючи взаємодію і нерозривний зв'язок всіх в неї входять органів: дихання, голосоутворення, артикуляції, органу слуху. Кожен з органів мови має свою функцію, порушення діяльності одного з органів відіб'ється на діяльності інших. Дихання грає роль "пускового механізму" у виробництві мови, а саме в постановці звуковимови, голосоутворення, в плавності. Порушення артикуляційної моторики призводять до порушень звуковимови і фонематичних процесів. Результатом цього є те, що виникають системні порушення мови. Таким чином, не викликає сумніву актуальність вивчення питань впливу мовного дихання в корекції недорозвинення мови у дітей зі стертою формою дизартрії.

Правильне мовне дихання передбачає відтворення короткого і глибокого вдиху під час висловлювання і раціональне витрачання повітря під час видиху. Цей процес контролюється внутрішнім мовним програмуванням, тобто семантичним, лексико-граматичним і інтонаційним наповненням висловлювання. Це дозволяє економно витрачати повітря, домагатися максимальної звучності голосу при малій витраті енергії м'язів мовного апарату. [4, с.149].

Зовсім інша картина спостерігається при стертій формі дизартрії, при якій дихальна функція страждає практично завжди. Спостерігається укорочений мовний видих порівняно із вдихом, недостатня сила видиху, зниження життєвої ємності легень. Тому, основним завданням успішного розвитку дітей з мовною патологією і корекції дизартрії є формування мовного дихання. Ця корекція стертої форми дизартрії є одним з головних напрямків з розвитку мовлення дитини і включена в усі системи комплексних завдань. [3, с. 93].

Обстеження логопеда у дітей у віці 5-6 років зі стертою формою дизартрії показує порушення загальної та дрібної моторики рук, особливості