

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Державний заклад «Південноукраїнський національний
педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ
ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

**«СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЇ ТА МЕТОДИКИ
ЛОГОПЕДІЇ З ПРАКТИКУМОМ»**

*для здобувачів вищої освіти 4 року навчання
за першим (бакалаврським) рівнем зі спеціальності:
012 Дошкільна освіта, освітньої (освітньо-професійної)
програми: «Дошкільна освіта.
Спеціалізація Логопедія»*

Одеса – 2023

УДК 376.36-056.264

К 12

Розглянуто на засіданні кафедри сімейної та спеціальної педагогіки і психології, протокол №5 від 21 грудня 2023 року.

Р е ц е н з е н т и:

О. Г. Бабчук – кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри сімейної та спеціальної педагогіки і психології Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського».

Конспект лекцій до дисципліни «Сучасні методології та методики логопедії з практикумом» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 012 Дошкільна освіта, додаткової спеціальності 016 Логопедія / Розробник Г. К. Кавиліна. Одеса: ДЗ «ПНПУ ім. К.Д. Ушинського», 2023. 102 с.

© Кавиліна Г. К., 2023

ПЕРЕДМОВА

Мета навчальної дисципліни: «Сучасні методології та методики логопедії з практикумом» – навчити здобувачів вищої освіти, що опановують додаткову спеціальність «Логопедія», принципам і методам логопедичної роботи, найбільш поширених мовленнєвих порушень, етапів корекційної роботи та успішного застосування їх на практиці.

В сучасній логопедії накопичено значний досвід використання методів, методик, засобів та технологій спрямованих на забезпечення дітей з розладами мовлення адаптаційними, корекційними та розвитковими технологіями, які спрямовані на забезпечення становлення та розвитку мовлення і комунікації.

В конспекті лекцій представлені сучасні тестові і корекційні методики ефективні при тяжких порушеннях мовлення різного генезу; особливий акцент зроблено на використання арт-терапевтичних, інноваційних технологій мовленнєвого і комунікативного розвитку дітей дошкільного віку; подані авторські методики роботи з немовленими дітьми та з дітьми з порушенням комунікативних функцій при РАС; представлені активні й інтерактивні методи і прийоми, які використовуються в сучасній логопедичній практиці.

Опанувавши дисципліну «Сучасні методології та методики логопедії з практикумом», студенти мають оволодіти такими знаннями, як: основні закономірності розвитку дитячого мовлення; загальна характеристика мовленнєвих порушень, які зустрічаються у дошкільному віці; шляхи та методи подолання мовленнєвих порушень; загальні принципи та прийоми подолання відхилень у мовленнєвому розвитку;

навчитися виявляти відхилення у мовленнєвому розвитку дітей; здійснювати корекційне навчання та виховання дітей із застосуванням сучасних арт-терапевтичних та інноваційних методик; виявляти різницю між фізіологічними особливостями дитячого мовлення та його станом при патологічних порушеннях; володіти необхідними методами й прийомами та навичками й уміннями корекційно-педагогічної роботи.

Тема 1
ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ
З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

План

- 1. Основні причини порушення звуковимови в дітей з нормальним інтелектом і слухом.*
- 2. Фактори, які сприяють виникненню різних форм мовленнєвих порушень.*
- 3. Механізми, симптоматика, структура порушень мовленнєвої діяльності та відповідні задачі корекційного впливу.*

**1. Основні причини порушення звуковимови
в дітей з нормальним інтелектом і слухом**

При нормальному мовленнєвому розвитку не пізніше, ніж до 5-6 років дитина повинна опанувати правильну вимову всіх звуків мови. Якщо ж цього не відбувається, то така затримка свідчить про наявність якихось особливих причин, що заважають дитині своєчасно опанувати правильну вимову звуків мови. Тут вже доводиться говорити про порушення звуковимови, що вимагають спеціальної логопедичної допомоги.

Причинами патології дитячого мовлення можуть стати:

1. Різні несприятливі фактори, як у внутрішньоутробному періоді розвитку, так і під час пологів. Наприклад, куріння під час вагітності, вживання алкоголю, токсикоз вагітності, не залежно від терміну вагітності, різні захворювання в перші роки життя дитини. Особливо небезпечними для розвитку мовлення є часті інфекційно-вірусні захворювання,

менінгоенцефаліт і ранні шлунково-кишкові розлади. Травми черепа, що супроводжуються струсом мозку.

2. Спадкові чинники, наприклад, вродженні дефекти артикуляційного апарату:

- незрощення верхньої губи, щелепи, м'якого і твердого піднебіння;

- масивні і короткі під'язикові вуздечки;

- зміни форми і відносної величини щелеп;

- патологічне розташування і форми зубів верхньої і нижньої щелеп.

Таким чином, велика роль у виникненні мовленнєвих порушень, у тому числі і загального недорозвинення мовлення (ЗНМ), належить генетичним чинникам. У цих випадках мовленнєве порушення може виникнути під впливом навіть незначних несприятливих зовнішніх факторів.

3. Несприятливі соціально-побутові умови, що приводять до мікросоціальної педагогічної занедбаності, порушенням емоційно-вольової сфери і дефіциту в розвитку мовлення.

Якщо вплив цих чинників поєднується хоча б з незначною органічною недостатністю центральної нервової системи або з генетичною схильністю, то порушення мовленнєвого розвитку набувають стійкішого характеру і виявляються у вигляді загального недорозвинення мовлення.

2. Фактори, які сприяють виникненню різних форм мовленнєвих порушень

До мовленнєвих порушень належать: дислалія (порушення звуковимови); порушення голосу (дистонія та афонія); ринолалія; дизартрія; заїкання; алалія; афазія (повна або часткова втрата мовлення, спричинена органічним локальним ураженням головного мозку); загальне недорозвинення мовлення; порушення письма (дисграфія) та читання

(дислексія). Більшість цих порушень усувається в дошкільному та молодшому шкільному віці.

Існує ряд факторів, які можуть сприяти виникненню різних форм мовленнєвих порушень у дітей. Основними з них є наступні:

1. Генетика і спадковість. Мовленнєві порушення можуть мати генетичну основу, коли дитина успадковує схильність до мовних проблем від батьків та родичів.

2. Вроджені аномалії та медичні стани. Порушення структури або функцій різних частин мозку або ротової порожнини можуть впливати на мовлення.

3. Аутизм та розлади спектра аутизму. У дітей з аутизмом часто виникають порушення у розвитку мовлення та комунікації.

4. Відсутність адекватної стимуляції мовлення. Недостатня або некоректна взаємодія з дитиною, або відсутність стимулюючого мовного середовища, може призвести до затримок у мовленні.

5. Часті інфекційні захворювання слухового апарату. Постійні вушні інфекції, запалення вух можуть вплинути на слух та сприйняття звуків, що, в свою чергу, вплине на розвиток мовлення.

6. Ранні неврологічні ускладнення, до них належать проблеми з розвитком нервової системи у ранньому віці, які можуть вплинути на розвиток мовлення.

7. Соціальні та емоційні чинники: тривожність, депресія чи стрес у сім'ї можуть впливати на розвиток мовлення дитини.

8. Мовне середовище: взаємодія з рідною мовою та якість мовного середовища вдома можуть впливати на розвиток мовлення.

9. Вік дитини при початку вивчення мови – не отримання достатньої мовленнєвої стимуляції протягом сензитивних періодів розвитку може вплинути на оволодіння мовленням.

10. Поєднання факторів – часто розвиток мовленнєвих порушень є результатом комбінації кількох факторів, таких як генетика, середовище та медичні аспекти.

Важливо розуміти, що багато з цих факторів можуть взаємодіяти, і визначення конкретної причини порушення мовлення може виявитися складним завданням. Однак рання діагностика та відповідна інтервенція можуть допомогти в подоланні проблем з мовленням у дітей.

3. Механізми, симптоматика, структура порушень мовленнєвої діяльності та відповідні задачі корекційного впливу

В сучасній корекційній педагогіці широко обговорюються методи надання первинної допомоги дітям із важкими порушеннями психофізичного розвитку і, зокрема, з важкими порушеннями мовлення (ТПМ), вони розглядаються в працях таких учених, як Н. Баль, А. Бітова, С. Гайдукевич, Л. Каліннікова, С. Конопляста, І. Мартиненко, І. Марченко, М. Шеремет та інші. Дослідження ґрунтуються на даних нейропсихології, нейролінгвістики, неврології, спеціальної педагогіки та інших наукових досліджень, що вивчають розвиток дитини.

Навчання та виховання дітей із тяжкою мовленнєвою патологією має здійснюватися з позиції індивідуально-диференційованого підходу, що передбачає особливості розвитку кожної дитини, з одного боку, і особливості групи в цілому, з іншого.

У дітей із порушенням мовленнєвого розвитку в різній формі та різного ступеня виявляють порушення комунікативних здібностей.

Усім дітям із важкими порушеннями мовлення властиві відсутність мотивації до спілкування, невміння орієнтуватися в ситуації взагалі або під час конкретних обставин з до-

помогою дорослого, розлади поведінки, труднощі в комунікації, підвищена емоційна стомлюваність. Це вимагає цілеспрямованого процесу навчання засобів спілкування й уміння їх застосовувати на практиці. Тому педагог, працюючи з дітьми, які мають тяжкі мовленнєві порушення, веде корекційну роботу не лише щодо фонетичної, лексичної та граматичної будови мовлення, а й щодо подолання супровідних дефектів, які ускладнюють процес реабілітації дитини.

Зміст корекційного навчання визначається рівнем психофізичного, в тому числі і мовленнєвого, розвитку дитини. Він передбачає необхідність спеціальної організації комунікативної або/та комунікативно-мовленнєвої практики дітей, цілеспрямованого формування передумов для оволодіння операційними компонентами мови і становлення функцій мовлення.

Одночасно з цим діти з ТПМ мають потребу в комплексі лікувально-оздоровчих заходів, таких як: дотримання режиму дня, водні процедури, фізіотерапія, фізичне виховання, масаж, лікувальна гімнастика, ритміка. Важливе значення має розвиток рухових функцій і подолання навіть нерізко виражених рухових розладів. Адже рання стимуляція моторного розвитку і корекція рухових порушень сприяє попередженню виражених труднощів у формуванні мовленнєвої функції.

Отже, корекція тяжких розладів мовлення є комплексною медико-психолого-педагогічною проблемою і здійснюються командою фахівців (лікарі, психолог, соціальний педагог, логопед). Важливе місце у загальному комплексі корекції займає логопедична робота, яка передбачає традиційні, інноваційні і нетрадиційні засоби та методи корекційного навчання і виховання даної категорії дітей.

Значне місце в логопедичній роботі відводиться проведенню індивідуальної діагностики безмовленнєвої дитини з метою отримання даних про її актуальні та потенціальні комунікативні можливості, адже, якщо дитина не говорить

взагалі, або її мовлення обмежується лепетом, уривками окремих слів важко відразу поставити точний діагноз і визначити певні причини порушення. Діагноз з'ясовується в процесі роботи з дитиною. Діагностика передбачає визначення та диференційовану оцінку таких вихідних положень: комунікативних, лінгвістичних, когнітивних, психосоціальних та моторних здібностей дитини.

Під час обстеження і корекційної роботи з дитиною необхідно враховувати, що її комунікативні сигнали часто неоднозначні і важко інтерпретуються. Часто діти із ТПМ рано усвідомлюють, що їх комунікативні сигнали не завжди розуміються оточенням, їх бажання і потреби не можуть бути задоволені. Це провокує їх безпомічність, недостатність комунікативної ініціативи, сприяє формуванню негативних рис характеру.

Логопеду слід зосередити свою увагу на виявленнях комунікативної поведінки дитини, з'ясувати, яким чином спілкується дитина, навіть якщо вона робить це ненавмисно. Це може бути рух, вокалізація, вираз обличчя тощо.

Необхідно послідовно реагувати на них у будь-яких ситуаціях взаємодії так, як нібито вони є усвідомленими діями. Дитина має зрозуміти зв'язок між власною поведінкою і її наслідками, або позитивним підкріпленням. Під час взаємодії потрібно коментувати поведінку дитини і озвучувати власні дії по відношенню до дитини. Це сприятиме розумінню дитиною результатів власних дій, розвитку її імпресивного мовлення.

Якщо у дитини з дорослим склалися довірливі відносини, як правило, вона відразу реагує на його висловлювання: або наслідує звукам, подає знаки за допомогою жестів, міміки, веде себе так, нібито розуміє щось конкретне. І це вже укріплює комунікативну поведінку дитини. Вона отримує досвід того, що її комунікативні спроби враховують, підкріплюють і заохочують, відчуває задоволення від взаємодії і докладає власних зусиль.

Навчаючи дітей комунікації, необхідно дотримуватися таких умов:

- створювати якомога більше умов і причин для комунікації;

- розширити коло спілкування з людьми, які будуть користуватися вибраною для дитини формою комунікації (такі люди повинні показувати на предмети, фотографії, картинки, або користуватися жестами);

- дітей необхідно заохочувати кожний раз, коли вони хочуть використати комунікацію.

Формування та розвиток комунікативних навичок і комунікативної поведінки дітей із ТПМ відбувається шляхом застосування природних і когнітивних методів розвитку соціальних навичок та структурованого навчання.

До *природних методів навчання*, які мають місце у повсякденному житті безмовленнєвої дитини, відносять такі:

1. Адаптоване мовлення. Діти, які навчаються комунікації з підтримкою, повинні мати комунікативних партнерів, які з ними постійно спілкуються. Мовлення таких людей має бути пристосованим до того, кого ми навчаємо. Говорити потрібно повільно, чітко, короткими реченнями і не дуже високим голосом, що дає можливість зрозуміти дитині вимовлене. Між фразами потрібно робити паузи, щоб у дитини була можливість відреагувати на них і «відповісти». Під час спілкування із дитиною потрібно утримувати зоровий контакт.

2. Спостереження за тим, куди спрямований погляд безмовленнєвої дитини. Діти отримують задоволення від того, що за їхньою комунікацією слідкують. Згідно з моделлю природних методів навчання, слідкуючи за поглядом дитини, ми повинні відреагувати на нього констатуванням подій, дій, їх поясненням, або, у разі остраху, заспокоїти її.

3. Підхоплення висловлювання. Усі спроби звучного мовлення дитини, що навчається комунікації з підтримкою,

повинні підтримуватися і враховуватися як важливі. Дитина має усвідомити, що вона може спілкуватися за допомогою своїх мовленнєвих сигналів. Розуміння того, що її сприймають забезпечує високу мотивацію і веде до нових спроб комунікації.

4. Надавати дитині управляти самій. Необхідно підтримувати ініціативу до взаємодії і тему, якої торкнулася дитина, задавати по ній питання, доповнювати її. Цим досягається більш подовжена увага, мотивація до комунікації посилюється.

5. Синхронна комунікація. Діти потребують моделей, які зможуть наслідувати. Під синхронною комунікацією розуміють те, що коли добре знайома людина говорить, вона додатково виражає окремі поняття, або слова за допомогою вибраних методів комунікації із опорою. Це може бути супровід жестами, показ картинки, або символу.

Когнітивні методи розвитку соціальних навичок та структурованого навчання дітей грають важливу роль у формуванні інтелектуальних та емоційних аспектів їх розвитку, зокрема:

1. Розвиток теорії розуміння (ТР). Цей підхід спрямований на розвиток уявлення дітей про емоції та мислення інших людей. Використовуються різні ігри та завдання для навчання дітей визначати емоції та розуміти мотивації інших.

2. Тренінг соціальної перспективи. За допомогою ігор та імпровізаційних вправ діти можуть навчатися розглядати ситуації з різних точок зору. Це розвиває їхню емпатію та сприяє кращому розумінню почуттів інших.

3. Співпраця та комунікаційні вправи. Використання групових завдань та проектів допомагає дітям вчитися співпрацювати, слухати інших та виражати свої думки відкрито та ефективно.

3. Структуроване навчання передбачає:

1) використання методу проектів, коли діти працюють

над конкретним проектом, розвиваючи при цьому не лише предметні знання, але й навички роботи в групі, розв'язання проблем та представлення результатів;

2) рольові ігри – симулюючи різні ситуації, діти вчаться використовувати отримані знання в реальних життєвих обставинах. Це сприяє розвитку критичного мислення та рішення проблем;

3) індивідуалізоване навчання – врахування індивідуальних особливостей кожної дитини дозволяє підходити до навчання таким чином, щоб максимально використовувати її сильні сторони та розвивати слабкі.

Ці методи можна комбінувати для досягнення більш комплексного підходу до розвитку соціальних навичок та структурованого навчання дітей. За результатами діагностики батьки і фахівці разом складають індивідуальний план психолого-педагогічної допомоги безмовленнєвій дитині, який передбачає найближчі і далекі цілі корекції. Під час моделювання корекційного навчання обов'язково враховуються індивідуальні компетенції і обмеження особистості. Відібрані педагогічні заходи і когнітивні методи розвитку дитини повинні базуватися, по-можливості, на здібностях, які вже є у неї у якості задатків.

Тема 2

МОДЕЛІ СКРИНІНГОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

План

1. Неонатальний скринінг новонародженої дитини.
2. Фенілкетонурія (ФКУ), вроджений гіпотиреоз (ВГ), муковісцидоз (МВ), адреногенітальний синдром (АГС).
3. Діагностики стану психофізичного розвитку дітей раннього віку.

1. Неонатальний скринінг новонародженої дитини

Період новонародженості та раннього дитинства характеризується інтенсивністю розвитку всіх психічних процесів. Протягом першого року життя активно розвиваються не тільки сприйняття і рухи, але і пам'ять. Саме в цей час формуються всі генетичні види пам'яті: емоційна, моторна, образна, вербальна.

Ранній вік – це період з 1 року до 3 років. У цей час відбуваються найважливіші зміни в психічному розвитку дітей – формується мислення, активно розвивається рухова сфера, з'являються перші стійкі якості особистості. Велике значення для психічного розвитку в цьому віці має і формування сенсорики. Важливою характеристикою цього вікового етапу є лабільність емоційної сфери дитини. Вік немовля закінчується кризою першого року життя, обумовленою становленням ходьби і мови – починається ранній дитячий вік.

Скринінг – це масове дослідження будь-якого показника з метою виявити осіб, у яких є відхилення від норми.

Неонатальний скринінг – це обстеження новонароджених дітей для виявлення ряду спадкових захворювань. Його проводять усім новонародженим без винятків.

В Україні, проводиться неонатальний скринінг на 4 захво-

рювання: фенілкетонурію (ФКУ); вроджений гіпотиреоз (ВГ); муковісцидоз (МВ); адреногенітальний синдром (АГС). На два останні захворювання скринінг розпочато з 2013 року.

Методика проведення скринінгу

В кожному пологовому стаціонарі на 3-5 день життя дитини в неї забирається капілярна кров із п'ятки або пальців стоп чи кистей на спеціальний фільтрувальний папір. Медичному персоналу необхідно рівномірно пропитати кров'ю 4 краплі з двох боків і заповнити відповідний супровідний бланк. Не можна забирати пуповинну кров та кров із вени – це спричиняє неправильні результати, також не можна забирати кров раніше 3 доби. Обробка результатів скринінгу займає зазвичай 14-30 днів.

У випадку, якщо в дитини виявлено підвищення рівнів досліджуваних біохімічних або гормональних показників, в центральну радіолабораторію (ЦРЛ), міські поліклініки буде відправлена інформація в телефонному режимі та за допомогою письмового повідомлення на ім'я керівників закладів про необхідність термінового повторного обстеження даної дитини.

За вчасне повторне обстеження відповідає дільничний лікар, а також батьки. У випадку, коли після роз'яснювальної роботи лікарем про можливість розвитку тяжкого захворювання та інвалідності дитини, батьки відмовляються від повторних обстежень, вони зобов'язані написати власноруч в індивідуальній карті розвитку дитини відмову, тоді юридична відповідальність лягає повністю на них.

2. Фенілкетонурія (ФКУ), вроджений гіпотиреоз (ВГ), муковісцидоз (МВ), адреногенітальний синдром (АГС)

Фенілкетонурія – аномалія розвитку дитини, яка є наслідком генетичного дефіциту ферменту, який відповідає за розщеплення амінокислоти фенілаланіну. Якщо захворю-

вання вчасно не діагностувати, і не призначити дитині спеціальну дієту, то ацетонові тіла, які утворюються внаслідок розпаду цієї амінокислоти, будуть викликати судоми, розумову відсталість, а також інші ознаки ураження ЦНС.

Якщо лікування розпочато рано і проводиться ретельно, то клінічні симптоми ФКУ у дитини не виявляться, і вона ростиме здоровою, практично не відрізняючись від однолітків. Процес лікування полягає у зменшенні змісту фенілаланіну в їжі, яку отримує дитина. Зазвичай цього досягають за допомогою спеціальних сумішей і дієти. Також необхідно постійно контролювати вміст фенілаланіну в крові дитини, і залежно від лабораторних показників коригувати склад продуктів таким чином, щоб не підвищувати концентрацію фенілаланіну, але забезпечувати нормальний ріст і розвиток дитини. Сім'я, в якій є хворий з ФКУ, повинна отримати медико-генетичне консультування і при наступних вагітностях може бути проведена пренатальна ДНК-діагностика.

Муковісцидоз – спадкове захворювання, яке характеризується порушенням роботи тих органів, які виробляють екзокринний секрет: бронхів, підшлункової залози, кішківника і потових залоз. Внаслідок даної патології має місце утворення дуже густого в'язкого слизу, що призводить до закупорки і збоїв у роботі багатьох органів. В даних випадках до слизу приєднується інфекція, і малюк практично постійно страждає від важких бронхітів, запалення легень і порушень роботи ШКТ (шлунково-кишковий тракт). Вважається, що якщо муковісцидоз виявляється у новонародженого і його починають лікувати з 2-го місяця життя, то клінічні прояви захворювання проявляються меншою мірою і дитина нормально розвивається фізично і розумово. У нього збільшиться тривалість життя, яка в даний час завдяки адекватному лікуванню становить у розвинених країнах більше 35 років.

Вроджений гіпотиреоз проявляється серйозними порушеннями росту і розвитку дитини з народження і обумовлений повним або частковим порушенням функції щитови-

дної залози, що виробляє йодвмісні гормони. У більшості випадків ВГ виникає з причини відсутності щитовидної залози, її недорозвинення або неправильного положення. Якщо ВГ не лікувати, то у дитини різко сповільнюється ріст, розвивається важка необоротна розумова відсталість і з'являються інші клінічні ознаки захворювання. Хвороба прогресує і може призвести до довічної інвалідності. Однак якщо лікування розпочато в 1-й місяць після народження, то в абсолютній більшості випадків дитина розвивається нормально. Приблизно 80-85% випадків ВГ не спадкові, виникають випадково і зазвичай обумовлені порушенням розвитку щитовидної залози, причина якого залишається невідомою. Однак в останніх 15-20% випадках ВГ успадковується як аутосомно-рецесивний стан, коли хворі накопичуються в одному поколінні. У цих пацієнтів ВГ виникає через те, що щитовидна залоза не здатна утворювати в потрібній кількості гормони. ВГ спостерігають повсюдно з приблизно однаковою частотою – 1 хворий на 3000-4000 новонароджених. У дівчаток з нез'ясованих причин його виявляють вдвічі частіше, ніж у хлопчиків.

Адреногенітальний синдром – спадкове захворювання, при якому наднирники не здатні виробляти потрібної кількості кортизолу. Внаслідок цього, дитина страждає раннім статевим дозріванням, безпліддям, нирковими захворюваннями. Лабораторне та інструментальне підтвердження діагнозу є обґрунтуванням для проведення адекватної замісної гормональної терапії із застосуванням препаратів глюкокортикостероїдного ряду.

Виявлення в дитини позитивного результату на якесь із цих захворювань – не привід для паніки. Це не обов'язково означає, що у дитини присутня хвороба, тому, що скринінг-тест не те саме, що діагностичний тест, який є необхідним для підтвердження діагнозу. Тому мати з дитиною буде направлено до відповідного фахівця (генетик, ендокринолог), який призначить додаткові обстеження.

Якщо ж все ж таки у дитини виявили захворювання, то потрібно зрозуміти що, за умов коректного лікування, дієтичного харчування, правильного медичного догляду часто можна запобігти багатьом фізичним та психічним проблемам, що пов'язані з цими захворюваннями.

До слова, пацієнти з вище зазначеними захворюваннями забезпечуються препаратами та лікувальним харчуванням в межах міських, обласних цільових програм.

Чому для скринінгу відібрані саме дані захворювання?

Тому, що: по перше, всі вони при пізньому виявленні, а значить і пізно розпочатому лікуванні призводять до інвалідності хворих дітей, а в окремих випадках зумовлюють смерть дитини.

Основні клінічні прояви при пізно виявлених і невиліковних захворюваннях:

- при **ФКУ** – тяжка розумова відсталість, судомний синдром, алергічні захворювання шкіри. Дитина не піддається навчанню.

- при **вродженому гіпотиреозі** – тяжка розумова відсталість, грубі риси обличчя, низькорослість, набряки, закрепи.

- при **МВ** – тяжкі ураження дихальної системи (рецидивуючі пневмонії, обструктивні бронхіти), недостатнє функціонування підшлункової залози, що призводить до тяжкої гіпотрофії.

- при **АГС** – неправильний розвиток зовнішніх статевих органів у дівчаток, передчасне статеве дозрівання хлопчиків, ризик раптової смерті на фоні наднирникової недостатності, порушення водно сольового обміну.

По друге, дані захворювання є найбільш поширеними у різних країнах, зокрема, ФКУ зустрічається з частотою 1:7000 – 1:10000, вроджений гіпотиреоз – 1:3000-1:4000, мукоковісцидоз – 1:2500, адреногенітальний синдром – 1:5000-1:6500 новонароджених. Майже в кожній області України щорічно народжується близько 17 тисяч дітей. У

перерахуванні на дану кількість новонароджених можна очікувати виявлення 1-2 дітей з ФКУ, 4-5 дітей з вродженим гіпотиреозом, 5-6 дітей з муковісцидозом, 2-3 випадки адреногенітального синдрому щороку.

Третя причина – наявність розробленої і доступної діагностики даних захворювань.

Четверта – наявність розроблених методів лікування, які при вчасно розпочатому прийомі відповідних препаратів забезпечують нормальний розвиток дитини, зменшують ризик ускладнень, запобігають розвитку інвалідності.

3. Діагностики стану психофізичного розвитку дітей раннього віку

Період новонародженості та раннього дитинства характеризується інтенсивністю розвитку всіх психічних процесів. Протягом першого року життя активно розвиваються не тільки сприйняття і рухи, але і пам'ять. Саме в цей час формуються всі генетичні види пам'яті – емоційна, моторна, образна, вербальна.

В період раннього віку відбуваються найважливіші зміни в психічному розвитку дітей – формується мислення, активно розвивається рухова сфера, з'являються перші стійкі якості особистості. Велике значення для психічного розвитку в цьому віці має і формування сенсорики. Важливою характеристикою цього вікового етапу є лабільність емоційної сфери дитини. Дитячий вік закінчується кризою першого року життя, обумовленою становленням ходьби і мови.

З психопатологічних і психосоматичних розладів, характерних для періоду новонародженості, дитинства і раннього дитинства, виділяють такі синдроми, як: синдром невропатії, синдром раннього дитячого аутизму, гіпердинамічний синдром, синдроми страху.

Правильно організована рання корекція здатна попере-

дити появу вторинних відхилень в розвитку, забезпечити максимальну реалізацію потенціалу розвитку дитини, а для значної частини дітей забезпечити можливість включення в загальний освітній потік (інтегроване навчання) на ранньому етапі вікового розвитку. Адже існуючий вітчизняний і зарубіжний досвід свідчить, що правильно організована рання корекція здатна попередити появу вторинних відхилень в розвитку, забезпечити максимальну реалізацію потенціалу розвитку дитини, а для значної частини дітей забезпечити можливість включення в загальний освітній потік (інтегроване навчання) на ранньому етапі вікового розвитку.

Вивчення, аналіз й узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження дозволили виділити наступні типи методик, які використовуються для діагностики стану психофізичного розвитку дітей раннього віку:

- клінічні;
- метричні;
- антропометричні;
- психометричні;
- психолого-педагогічні.

Перший тип методик діагностики порушень розвитку представлений *клінічним підходом*, до якого можна віднести такі методики:

- оцінка рівня психомоторного розвитку дитини (до 1 року). Розвиток оцінюється по 7 нервово-психічним показникам (динамічним функціям): комунікабельність, голосові реакції, безумовні рефлексії, м'язовий тонус, асиметричний шийний тонічний рефлекс, ланцюговий симетричний рефлекс, сенсорні реакції. Оцінюються також рівень стигматизації, черепно-мозкова іннервація і патологічні рухи, які допомагають виявити групу дітей з підвищеним ризиком затримки розвитку;

- шкала КАТ/КЛІАМС Американської академії педіатрії (до 2 років), яка дозволяє оцінити формування навичок рішення наочних (розділ КАТ) і мовленнєвих (розділ

КЛАМС) завдань, а також розвиток моторики дитини (шкала розвитку макромоторики).

Метричні методи діагностики, до котрих відносяться щоденникові записи дослідників, які спостерігали за розвитком дітей (методи щоденникових записів) і приймали отримані дані за норму. Такими є:

- біографічний нарис однієї дитини. Ч. Дарвін (1877);
- як вивчати дитину. Керівництво до вивчення дитини від народження до трьох років. О. Г. Бібанова, Н. А. Рибніков (1923);
- духовний розвиток дитини. К. Бюлер (1924);
- розвиток психіки дитини: Щоденник матері. Н. А. Менчінська (1957).

Далі розглянемо **антропометричні методи** діагностики психічного розвитку, які вважаються менш поширеними в нашій країні, але успішно використовуються за кордоном та ґрунтуються на залежності кількісних показників від рівня психомовного розвитку дитини:

- шкали розвитку немовляти Bayley (від 1 до 42 міс.) передбачають обчислення індексів: ментального розвитку (MDI) і психомоторного розвитку (PDI);
- шкала ментального розвитку R. Griffiths (від 0 до 24 міс.) має кількісний критерій – визначається, якому віку відповідає психічний розвиток дитини (розрахунок інтелектуального коефіцієнта дитини);
- поведінковий тест новонароджених Graham (від 1 до 14 днів) складається з 6 субшкал і має кількісний критерій оцінювання;
- тестова методика Prechtl, Veintema (від 1 до 9 днів).

Далі розглянемо детальніше **психометричні методи** оцінки розвитку, які застосовуються для раннього виявлення відставання дитини від однолітків в розвитку психічних і моторних функцій.

З цією метою використовуються батареї тестів і тести-опитувальники. Загальним принципом побудови психометри-

чних методик є зіставлення отриманих результатів з нормативними даними, отриманими на репрезентативних вибірках.

Важливими характеристиками даних методик є валідність та надійність. Дослідники відмічають як переваги психометричних методів діагностики, так і недоліки.

Так, експериментальні батареї тестів зручні для дослідницьких цілей, але занадто громіздкі для застосування в службах ранньої допомоги, оскільки займають багато часу, повинні проводитися в стандартних умовах спеціально підготовленими фахівцями.

Не дивлячись на це, в Україні, в багатьох медичних та реабілітаційних закладах, зокрема у службі раннього втручання при Дніпропетровському обласному методичному психолого-медико-педагогічному центрі, знайшли поширення опитувальні методики KID (R) і RCDI та ін., в яких респондентами є батьки дитини.

Як свідчить практика, саме той факт, що опитувальники заповнюють батьки дитини або інші люди, які постійно спілкуються з дитиною, дає змогу батькам та рідним краще упізнати свою дитину, почати більше цікавитися її розвитком, тож можна вважати, що заповнення опитувальника саме по собі є однією з процедур ранньої допомоги.

Вивчення світового та вітчизняного практичного досвіду у даному напрямі показує, що до *переліку психометричних методик*, які добре себе зарекомендували в процесі апробації та можуть бути рекомендовані для застосування у діагностиці стану психофізичного розвитку дітей раннього віку, входять:

- шкала KID від 2 до 16 міс. та шкала RCDI-2000 від 1 р. 2 мес. до 3 років 6 міс. є опитувальниками, що описують різноманітні типові форми поведінки дітей перших років життя; основні принципи обох шкал цілком аналогічні, розрізняється лише віковий діапазон застосування;

- модифікований скринінговий тест-опитувальник M-CHAT Robine, Fein, Barton (від 16 міс. до 30 (48) міс.) використовується в практиці ранньої допомоги для виявлення

ризикую наявності аутизму та розладів аутичного спектру;

- опитувальник темпераменту немовлят Careу, С. McDevit (від 4 до 8 міс.) дозволяє провести скринінгове дослідження темпераменту дітей;

- шкала поведінки новонароджених (NBAС) Т. Brazelton від 2 днів до 6 тижнів життя здійснює оцінку поведінки та неврологічного статусу дітей, виявляє дітей групи ризику;

- профіль психічного розвитку G. D. Alpern-Boll (від народження до 9 років) визначає, якому віку відповідає психічний розвиток дитини;

- порядкові (числові) шкали психологічного розвитку I. Uzgiric, J. McHunt на основі концепції психічного розвитку Ж. Піаже (від народження до 2 років). Психометрична оцінка розвитку відбувається в таких вікових проміжках: 0-3 міс., 4-7 міс., 8-11 міс., 12-17 міс. і 18-24 міс.

- Денверський скринінг-тест розвитку (DDST) Frankenburg W. K., J. B. Dodge (від 2 тижнів до 6 років). За допомогою даної шкали визначають рівень розвитку соціальної сфери, мовлення, загальної та дрібної моторики;

- Мюнхенська функціональна діагностика розвитку з 9 місяців і до 3 років застосовується для оцінки загального психомоторного розвитку дітей раннього віку. Охоплює такі аспекти, як розвиток загальних рухів (ходіння), розвиток рухів кисті руки, сприйняття взаємозв'язків, розвиток мовлення, розуміння мовлення, соціальний розвиток і самостійність.

Психолого-педагогічні методики діагностики дітей раннього віку, до яких відносяться:

- Контроль за розвитком і поведінкою дітей раннього віку. Цей метод діагностики нервово-психічного розвитку дітей раннього віку відрізняється від подібних, оскільки він спирається на об'єктивне вивчення закономірностей перебігу розвитку дітей у визначених умовах виховання. Метод діагностики дозволяв ставити перед дитиною певні завдання і об'єктивно оцінювати її здібності та рівень розвитку. Метою діагностики є своєчасне виявлення первинних відхи-

лень в розвитку і поведінці дитини для необхідної корекції;

- Діагностика нервово-психічного розвитку дітей (від 10 днів до 3 років) містить методичні рекомендації щодо діагностики дітей раннього віку. Методика розділена на декілька частин за віком досліджуваних дітей;

- Діагностика психічного розвитку дітей першого року життя (від 2 до 12 міс.). Тест включає 98 діагностичних проб, розділених на 6 шкал : руховий, емоційний, сенсорний розвиток, дії з предметами, взаємодія з дорослими, голосова активність. Кожна з проб дозволяє оцінити рівень розвитку тієї або іншої поведінкової реакції;

- Тест «ГНОМ» (графік нервово-психічного обстеження немовлят), який складається з 12 вікових субтестів. Психічний розвиток досліджується на 1-му році життя кожен місяць, після року – кожні три місяці, від 2 до 3 років – 1 раз на півроку. Субтести складаються з 20 питань (завдань), що дозволяють тестувати розвиток сенсорних, моторних, емоційно-вольових, пізнавальних і поведінкових функцій;

- Метод eye-tracking або Окулографія – відслідковування рухів очей з 2-6 місяців, виявлення раннього дитячого аутизму. Реєструється приладами зниження активності уваги з візком. Ці спостереження не можливо провести не озброєним оком, а тільки спеціальними приладами, цей тест може бути проведений тільки в лабораторії.

Психолого-педагогічна діагностика розвитку дітей раннього дошкільного віку:

- діагностика мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку К. Л. Крутій, яка пропонує оригінальні методики діагностування стану мовленнєвого розвитку дітей засобами лінгвістичних ігор із казковими сюжетами, а також варіанти застосування різноманітних методів і прийомів для корекції аграматизмів;

- Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку Н. В. Манько. В посібнику подано методику логопедичного обстеження дітей перших років життя.

Тема 3
ЕФЕКТИВНІ МЕТОДИ ЛОГОКОРЕКЦІЙНОГО
ВПЛИВУ ПРИ СКЛАДНИХ ПОРУШЕННЯХ
ВИМОВНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ

План

- 1. Орофациальна міофункціональна терапія в логопедичній практиці.*
- 2. Виправлення прикусу.*
- 3. Патерн жування.*
- 4. Формування правильного патерну смоктання і ковтання слини.*
- 5. Корекція вуздечки.*

**1. Орофациальна міофункціональна
терапія в логопедичній практиці**

Сучасна логопедія забезпечена достатньою кількістю науково-практичної літератури з питань корекції звуковимови, складової структури слова, порушень процесів читання і письма тощо. Однак, значне коло труднощів потребують нового підходу подолання, зокрема, проблема коригування порушень звукової сторони мовлення у дітей різних нозологій, які зумовлені анатомічними недоліками або міотонічними дисфункціями органів артикуляції, що є причиною ускладнень артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання.

Розлади артикуляційної моторики у дітей можуть провокуватися механічними причинами, які представлені аномаліями прикусу, укороченою вуздечкою язика та іншими патологічними станами органів артикуляційного апарату.

В тому випадку, коли у дитини жодних проблем в будові даного відділу не виявлено, спеціалісти діагностують такі стани, як функціональне порушення, а саме дискоординованість цих органів. У дошкільників порушення артикуляції

зазвичай визначається генетичною схильністю, певними пренатальними патологіями, мінімальними органічними ураженнями мовленнєвих зони кори головного мозку (центри Брока та Верніке) або ж можуть бути спровоковані несприятливим соціальним середовищем, неправильною вимовою у найближчому оточенні, двомовністю в сім'ї тощо. Зокрема, низку труднощів пов'язують із фізичною ослабленістю на фоні частих інфекційних або хронічних захворювань, недорозвитку фонематичного слуху та ін.

Відповідно, означені питання вимагають своєчасного впливу спеціалістів з різних галузей. У ряді випадків, для успішної корекції окреслених артикулем необхідна консультація не тільки логопеда, а й ортодонта. Наприклад, у випадках корекції неправильного прикусу або ж укороченої вуздечки. Якщо ж порушення артикуляції викликані дискоординованістю органів артикуляційного апарату, то досягнути ефекту в корекційній роботі можна за допомогою використання сучасних міжгалузевих технік, зокрема орофациальної міофункціональної терапії, яка успішно використовується в ортодонтії та успішно досліджується її використання в логопедичній практиці.

В наш час при ортодонтичному лікуванні дітей, що мають порушення в будові та м'язовому стані артикуляційних органів, розведенні в часі ортодонтичний вплив і логопедичний. Традиційно логопедична робота розпочинається після закінчення ортодонтичного лікування. Це істотно відсуває час початку логопедичної допомоги дітям з аномаліями органів артикуляції й надалі знижує ефективність корекційної роботи.

Проблемами виправлення порушень прикусу у дітей і дорослих в ортодонтії займається орофациальна міофункціональна терапія (ОМТ). Даний вид терапії спрямований на перебудову спотворених м'язових стандартів та установку нових правильних м'язових патернів, які також усувають при цьому шкідливі звички, якщо такі є.

Основні порушення, при яких використовується ОМТ, це порушення зубо-щелепної системи; прикусу; функціону-

вання скронево-нижньощелепного суглобу; атипове ковтання, смоктання, жування; недоліки носового дихання; проблеми сну (хропіння, апное, гіпоапное); порушення постави; активізація щічних м'язів; формування правильного патерну смоктання та ковтання слини; активізація м'язів гортанно-глоткового кільця; робота з вуздечками язика і губ; формування положення закритого рота в спокої; активізації мовленнєвого видиху; формування «мовленнєвої» постави та ін.

Основні симптоми міофункціональних порушень:

- ротове або змішане дихання ;
- гримаси при ковтанні;
- велике слиновиділення;
- язик між зубами або тиск язика на зуби під час розмови або ковтання;
- неправильне положення язика в стані спокою (на дні ротової порожнини);
- обгризання нігтів, скреготіння зубами, тривале смоктання пустушки, смоктання великого пальця, губ або щік біль або хрускіт в щелепних суглобах;
- порушення дихання в нічний час;
- хропіння або обструктивна зупинка дихання уві сні.

Якщо м'язи функціонують правильно, язик займає правильне положення, вистачає місця переднім і заднім зубам і рот в основному закритий, а отже, дитина може повністю розвинути свій генетичний потенціал.

Розвиток звуковимови нерозривно пов'язаний з розвитком артикуляційної моторики й виступає досить складним процесом, який розпочинається з народження людини та знаходяться на рефлексорному рівні.

Артикуляційний апарат являє собою сукупність органів, що забезпечують утворення звуків мовлення. Відповідно, *артикуляційна моторика* – сукупність скоординованих рухів органів мовленнєво-рухового апарату, що виступає однією з умов формування правильної звуковимови. За умови типового мовленнєвого розвитку в дитини до 5-6 років

артикуляційна база всіх звуків повинна бути сформована. Якщо ж цього не відбувається й своєрідність у вимові звуків затримується до більш пізнього віку, така затримка свідчить про наявність вагомих причин, які заважають дитині своєчасно опанувати правильною артикуляцією звуків мовлення. В даному випадку можна говорити про порушення, недоліки або дефекти звуковимови, які потребують подальшого спеціального логопедичного впливу.

Відповідно, ОМТ сприяє нормалізації й розвитку міміки, жувальної функції і артикуляції, формування правильного дихання та статури, але не акцентує уваги на цілеспрямованому вдосконаленні мовленнєво-рухових функцій.

Даний вид терапії включає вправи, які спрямовані на розвиток кінетичної організації артикуляційної моторики: загальні вправи, спрямовані на формування статичної координації артикуляційних рухів, динамічної координації артикуляційних рухів; специфічні вправи, спрямовані на формування окремих елементів артикуляційних укладів різних звуків мовлення і вправи, які націлені на вдосконалення кінестетичної організації артикуляційної моторики.

Кінестетичною основою мовлення є здатність виконувати окремі артикуляційні рухи. Наприклад, такі як: розтягнути губи, витягнути їх вперед; зробити круговий рух губ, як хоботком; показати язика; розкрити рот широко – закрити. Кінестетична основа мовленнєвого акту пов'язана з вимовою окремих звуків. Робота *кінетичного* механізму реалізації мовленнєвого акту залежить від здатності відтворювати не окремі звуки, а слова цілі, склади.

Все це дає підстави стверджувати про схожість вищезначеного виду терапії з роботою логопеда над артикуляційною моторикою, отже, може застосовуватись як вид роботи в логопедичній практиці.

Основні напрямки орофасіальної міофункціональної терапії при логокорекційному впливі на дітей з порушеннями звуковимови повинні полягати в активізації розвитку арти-

куляційної моторики, нормалізації мовленнєвого дихання, формуванні окремих елементів артикуляційних укладів різних звуків мовлення, на одночасному координованому виконанні рухів м'язами артикуляційних органів. Це сприяє розвитку кінестетичної організації артикуляційної моторики, і паралельно чинить позитивний терапевтичний вплив як на ортодонтичне лікування, так і на логопедичну роботу з формування правильної звуковимови.

Більшість дітей з ТПМ мають хоча б одну з міофункціональних проблем, через яку порушується їх щелепно-лицьовий розвиток.

Міофункціональне порушення – це зниження або підвищення нормального тонуусу жувальних і мімичних м'язів, що виникають при порушеннях функцій зубо-щелепної системи (дихання, ковтання, жування, язик).

2. Виправлення прикусу

Прикус – це характер змикання зубних рядів. *Правильний прикус – це симетричне змикання зубів, при якому верхні зуби трохи прикривають нижні.* Порушення проявляється з різних причин і виправляти прикус рекомендується з дитячих років.

Відомі кілька типів порушень прикусу: **дистальний, мезіальний, глибокий, перехресний і відкритий.** При *дистальному* порушенні прикусу верхні зуби сильно видаються вперед, а при *мезіальному* – вперед видається нижня щелепа, або аномалія змушує помітно виступати підборіддя, а верхню губу западати. *Глибокий* прикус визначається по верхніх зубах, які більш, ніж на половину закривають нижні. Така проблема призводить до швидкого стирання зубної тканини. *Перехресним* називається відхилення прикусу, що виражається в зміщенні зубів щодо інших. При подібній асиметрії часто виникає пародонтит і інші хвороби ротової

порожнини. Якщо між нижніми і верхніми зубами утворився зазор – це *відкрита* аномалія прикусу. Подібне порушення подовжує обличчя в нижній частині.

Залежно від складності проблеми прикусу, ортодонт призначає різні методи виправлення, які діляться на два типи: хірургічні та нехірургічні. Перший спосіб корекції показаний при найбільш важких ускладненнях – в таких випадках звичайні методи не допомагають. Хірургічний метод відновлення прикусу допомагає позбутися від дисплазії підборіддя, асиметрії обличчя, порушення дикції, змикання губ і наслідків важких травм. Такий метод доступний тільки з 13 років. При нескладних порушеннях прикусу без хірургічного втручання можна обійтися. Таких способів існує кілька, але застосовувати їх необхідно після лікування карієсу, запалень і пародонтозу.

Нехірургічні методи корекції прикусу: брекет-системи; пластини; трейнери – це силіконові конструкції, призначені для корекції прикусу у дітей з дрібними зубами; спеціальні капи.

3. Патерн жування

Патерн жування – це спосіб, яким людина рухає своїми щелепами та м'язами обличчя під час жування їжі. Правильний патерн жування включає координацію між верхньою і нижньою щелепами, а також м'язами обличчя, які взаємодіють під час процесу пережовування їжі перед тим, як її ковтати.

Правильний патерн жування має деякі характеристики:

- Симетричність – під час жування обидві щелепи повинні рухатися симетрично. Це сприяє рівномірному розподілу навантаження на м'язи обличчя.

- Повільність і ретельність – правильний патерн жування передбачає повільні, ретельні рухи щелеп, що дозво-

ляють якісно пережовувати їжу. Це поліпшує процес перетравлення їжі.

- Ефективність пережовування. Правильний патерн жування допомагає розробити їжу на дрібні частини, змішати зі слиною і підготувати її до подальшого перетравлювання.

- Координація м'язів. М'язи обличчя, губ та язика спільно працюють під час жування. Ця координація допомагає належному переміщенню їжі в роті та підготовці її для ковтання.

- Відсутність нездорових звичок, наприклад, постійне жування лише з одного боку або нерегулярні рухи щелеп під час жування можуть призвести до неправильних м'язових патернів.

Правильний патерн жування є важливим для здоров'я ротової порожнини, зубів, щелеп, а також для ефективного перетравлення їжі. Якщо у дитини або дорослого спостерігаються проблеми з патерном жування, це може впливати на здоров'я та загальний комфорт під час їжі, а також на стан внутрішніх органів, пов'язаних з підготовкою їжі до травлення.

Поради щодо формування правильного патерну жування у дошкільників:

- різноманітне харчування. Забезпечення дітей різноманітним харчуванням, включаючи фрукти, овочі, молочні продукти та різні текстури їжі сприяє розвитку правильних м'язових патернів;

- приклад для наслідування – дорослий має бути прикладом правильного патерну жування. Необхідно показати дитині як потрібно повільно і ретельно пережовувати їжу;

- допомога дітям усвідомлювати процес – розповіді про важливість ретельного пережовування та як це допомагає травленню та здоров'ю;

- позитивна атмосфера за столом, коли діти відчувають радість та задоволення від їжі, вони, як правило, будуть уважніше та правильніше пережовувати їжу;

- елемент гри, можна включити ігрові елементи в про-

цес, наприклад, запропонувати дітям «гру в жування», де вони намагаються жувати повільно та обережно;

- розмови про текстури – обговорення з дітьми різних текстур їжі. Просіть їх описувати, як вона відчувається в роті, і як краще її пережовувати;

- вправи для щелеп – виконання простих вправ для розігріву щелеп, наприклад, відкривання та закривання рота або легкі масажі;

- уникнення занадто великих шматків їжі, адже дітям може бути важко пережовувати їх, тому доцільно порізати їжу на менші шматочки, щоб полегшити процес;

- увага до постави – необхідно пам'ятати про правильну поставу за столом, це також важливо для правильного патерну жування;

- консультація з педіатром або стоматологом, якщо у батьків є побоювання щодо правильності патерну жування дитини – необхідна консультуйтеся з педіатром або стоматологом для професійних порад.

4. Формування правильного патерну смоктання і ковтання слини

Патерн ковтання слини – це спосіб, яким дитина використовує ротову порожнину та м'язи обличчя для смоктання пальця, соски або інших предметів. Це є нормальним інстинктом у немовлят, оскільки смоктання є одним з перших способів, за допомогою якого вони заспокоюються, отримують життєво важливу їжу та розвивають м'язи обличчя.

У деяких випадках у дітей може виникнути патерн надмірного скупчення слини в порожнині рота, що може призвести до дискомфорту або навіть відхилень при їжі та мовленні. Однак, нормальний процес ковтання слини не впливає на наше щоденне функціонування.

Якщо ви помічаєте, що патерн ковтання слини стає проблемою для вас або вашої дитини, ось кілька порад:

- гігієна ротової порожнини, регулярне чищення зубів, язика та ясен допомагає позбутися надлишку бактерій, які можуть спричиняти збільшення слини;

- постійне ковтання, якщо ви помічаєте, що надлишок слини стає неприємною проблемою, спробуйте більше уваги приділяти постійному ковтанню слини;

- зволоження ротової порожнини – сухість в ротовій порожнині може сприяти збільшенню слини. Пийте воду або жуйте цукорозамінники, які можуть стимулювати продукування слини;

- консультація зі спеціалістом – якщо скупчення слини стає стійкою проблемою, краще проконсультуватися з лікарем або стоматологом. Вони можуть визначити можливі причини та рекомендувати відповідні заходи.

Однак деякі аспекти патерну смоктання можуть викликати занепокоєння:

- смоктання пальця чи соски. Нормально, якщо немовля смокче пальчики рук або соску, це допомагає їм заспокоїтися та відчувати комфорт. Однак, якщо це продовжується після того, як дитина вже може спокійно обходитися без цього механізму, це може вплинути на розвиток ротової порожнини та спотворити розвиток зубів, в деяких випадках, це може призвести до проблем з прикусом та вирівнюванням зубів;

- тривалість смоктання, у більшості дітей патерн смоктання пальців чи соски є нормальним явищем в перші місяці життя. Однак багато батьків хвилюються, якщо це триває до більш старшого віку дитини, проте, більшість дітей природно припиняють цей патерн самі, коли досягають відповідного віку та розвитку.

5. Корекція вуздечки

Коротка вуздечка (анкілоглосія) язика верхня та нижня вуздечка. У ротовій порожнині існує кілька тяжів із сполучної тканини, які прикріплені до м'язів та слизової оболонки. Такі утворення називаються вуздечками. Найпомітніші та найважливіші з них знаходяться під язиком, верхньою та нижньою губою.

Ознаки короткої вуздечки язика: слизовий тяж язика в нормі кріпиться в середній частині його частини. Якщо він закінчується на передній третині або навіть у районі кінчика, то вважається недостатньо довгим. У кожному віці можна знайти різні симптоми цієї патології:

- труднощі при грудному вигодовуванні новонародженого;
- пародонтит та порушення формування мовлення – в старшому віці.

Труднощі при грудному вигодовуванні. Вже при первинному огляді та після першого годування дитини можна помітити неправильну будову ротової порожнини. Головною ознакою буде мляве смоктання молока або повна відсутність продуктивних смоктальних рухів. Важче буває розпізнати причину млявого смоктання. Начебто дитина їсть, молока багато, але при цьому вона постійно голодна і готова «висіти» біля грудей годинами, кусає сосок, нервує, і, в результаті, може відмовитися їсти.

Потрібно пам'ятати, що такий стан буває при багатьох хворобах, пологових травмах, гіпоксії мозку та інших тяжких патологіях. Тому спочатку потрібно виключити усі небезпечні для життя ситуації.

Пародонтит. Через постійне натягування тканин дна ротової порожнини може виникати пародонтит – запальний процес у районі нижніх зубів. Таке ускладнення буває рідко, але будь-який стоматолог за наявності пародонтиту уважно огляне всю ротову порожнину.

Порушення формування вимовної сторони мови. Вимова деяких звуків (шиплячих, свистячих, піднебінних) вимагає активних рухів м'язів язика. Тому діти з обмеженою його рухливістю відстають у мовленнєвому розвитку, довго вимовляють слова спотворено, а з часом мовний дефект може закріпитись. Логопед на прийомі обов'язково запідозрить коротку вуздечку язика у дитини, але при цьому шукатиме й інші причини неправильної звуковимови.

Чотири типи аномальних вуздечок язика:

1. Тонка, що нормально прикріплюється, але недостатньо довга, може трохи обмежувати рухливість.

2. Тонка, недостатньо довга, прикріплюється близько до кінчика, обмежує його рухливість. При піднятті у центрі язика утворюється жолобок.

3. Щільний короткий тяж, що влітається в кінчик. Останній підвертається і роздвоюється під час підняття.

4. Малопомітний тяж у товщі язика, що обмежує його рухливість. Найбільше порушення мовлення помітні в дітей із третім типом, причому найпроблемнішим звуком буває «р». Виражені аномалії зазвичай поєднуються з глибоким прикусом і занадто тісним розташуванням зубів, оскільки тяж може гальмувати зростання щелепи.

Діагностика

При анкілоглосії (вроджене вкорочення вуздечки язика, що обмежує його висовування) дитина не може висунути язик, облизати губи. При середніх і легких ступенях укорочення можуть виникнути такі ознаки: кінчик висунутого язика загинається догори, підняття його призводить до формування жолобка посередині.

Лікування. Існує кілька станів, при яких необхідне оперативне лікування:

- анкілоглосія;
- мляве смоктання молока та поганий набір ваги при виключенні інших причин;
- порушення звуковимови за винятком інших причин і

при вираженому укороченні тяжу.

У цих випадках коротку вуздечку у дітей підрізають. Це процедура, що проводиться під місцевим знеболенням, безпечна та майже безкровна. Відразу після неї можна годувати дитину та дозволяти їй говорити. Останнім часом широко поширилася методика висічення лазером, так як вона швидше і зручніше старого способу. Найчастіше процедуру проводять у 2-4 місяці, за показаннями і раніше. Якщо патологія виявилася після п'яти років, то може знадобитися пластика (для формування слизової оправи). У ситуації, коли немає проблем із харчуванням, дитина активно намагається говорити, то можна обмежитись артикуляційною гімнастикою. Це вправи, створені задля розтягнення вуздечки. В основі лежить максимальне збільшення амплітуди під час руху язиком. Потрібно намагатися дістати їм кінчик носа, підборіддя, згорнути трубкою або змістити набік.

Ознаки укороченої вуздечки верхньої губи:

1. Відросток, що з'єднує верхню губу і слизову оболонку, також буває занадто коротким і широким. Це не викликає порушень мовлення чи акту смоктання молока, але може вплинути на відстань між зубами.

2. *Діастема* – широка щілина між верхніми центральними різцями – виникає з різних причин. У молочному прикусі вона є абсолютної нормою, зустрічаючись майже в усіх шестирічок. Але якщо прорізаються постійні ікла, а щілина між зубами, як і раніше, залишається більше 3 мм, є сенс задуматися про вплив верхньої губи.

Три типи аномальної вуздечки верхньої губи:

1. Прикріплюється ближче ніж 4 см від міжзубного сосочка, але тонка, досить довга, не обмежує рухливість.

2. Прикріплюється нормально, тонка, але коротка, може обмежувати рухливість губи.

3. Широкий тяж, що влітається в міжзубний сосочок, рухливість губи обмежена, часто між зубами виникає великий проміжок.

Зайву відстань між зубами найчастіше викликає саме третій тип аномалії. У більшості таких випадків коротка або низько прикріплена вуздечка не є основною причиною. Крім щілини між різцями може виникнути пародонтит. Зазвичай це відбувається, якщо будь-які рухи губою викликають побілення тканин, що нижче. Нестача кровообігу здатна викликати проблеми в області верхньої щелепи.

Лікування

Занадто маленький по довжині і широкий тяж, особливо низько прикріплений, може стати на заваді різцям зблизитися. У таких випадках зарубіжні фахівці рекомендують його висічення після формування постійного прикусу (11-14 років) та усунення діастеми (системою брекетів або пластин).

В нашій країні останнім часом роблять операцію зі зміни прикусу (5-6 років). Це не зовсім виправдано, оскільки може утворитися рубцева тканина. Крім того, майже завжди прорізування іклів веде до стискання слизової перемички, її витончення та самостійного закриття діастеми. В результаті операція не потрібна. Головний принцип лікування – втручання за показаннями. Якщо є візуальна зміна в ротовій порожнині, але при цьому дитина не страждає, і естетичних недоліків немає, нічого коригувати і лікувати не потрібно.

Тема 4
АПАРАТНІ ТА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ
ТЕХНОЛОГІЇ У ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ

План

- 1. Нейрофізіотерапевтичні програми.*
- 2. Нейроакустичні технології.*
- 3. Нейропсихологічні програми.*
- 4. Нейрологопедичні програми.*

1. Нейрофізіотерапевтичні програми

Саме завдяки взаємодії традиційних методик корекції компонентів мовлення з сучасними нейрологокорекційними технологіями, спрямованими на відновлення функціональної системи мови і мовлення в цілому, реалізується функціонально-системний підхід до організації та надання нейрологопедичної допомоги.

Останнім часом спостерігаємо продуктивний трансфер медичних технологій в області нейронаук і нейротехнологій та поєднання зусиль логопедії з науками про мозок. Актуалізуються нові аспекти важливості нейроонтогенетичного підходу до проблеми аномального розвитку нервової системи в цілому та ролі нейробіологічних факторів у появі порушень мовленнєвого розвитку зокрема.

Завдяки інтеграції досягнень медицини в логопедичну теорію та практику корекції тяжких та ускладнених мовленнєвих порушень активно використовуються нейростимуляційні технології мовленнєвих зон.

За Н. Павловою, нейростимуляція мовленнєвих зон – цілеспрямований вплив високо- та низькочастотними імпульсами на певну ділянку мозку з метою відновлення втрачених зв'язків між артикуляційним, голосовим, дихальним апаратами і центральною нервовою системою та підвищен-

ня мовленнєвої активності.

До нейростимуляційних технологій належать:

- нейрофізіотерапевтичні програми: мікрополяризація, мозочкова стимуляція, програма сенсорної інтеграції та антигравітації, Interactive Metronome, Timocco, OmiBeam, OmiFloor;

- нейроакустичні технології: Альфреда Томатіса (1957), Алекса Домана «The Listening Program» (1998), Алекса Домана «inTime» (2009), В. Тарасенко «Високачастотная терапія звуком» (2011), метод біологічного зворотного зв'язку;

- нейропсихологічні: програми розвитку сенсомоторної інтеграції і модуляції Дж. Айріс;

- нейрологопедичні програми: Fast For Word (1996), Forbrain, Speechleader, ДЕНС-терапія.

Розкриємо їх детальніше нейрофізіотерапевтичні технології. Активне залучення фізіотерапевтичних технологій у корекційно-розвиткову діяльність дітей із різними типами мовленнєвого дизонтогенезу надає можливість активувати та підвищувати сприймаючу функцію нейронів, що сприяє поліпшенню координації інтрацентральної відносин та оптимізації центральної регуляції мовленнєвої функції. Аналіз наукової літератури засвідчив, що в дослідженнях сьогодні досить широко представлено різні підходи до використання методу мікрополяризації, як унікальної нейротехнології корекції неврологічної симптоматики, який дозволяє змінювати функціональний стан відділів та ланок нервової системи. Сутність методу полягає в тому, що на тканини головного мозку впливає постійний струм вкрай малих величин (до 1мА), що забезпечує безболісну, цілеспрямовану та високо-ефективну стимуляцію уражених структур центральної нервової системи (ЦНС).

Термін «мікрополяризація» вперше запропонований працівниками лабораторії Н. Бехтєрової. Теоретико-методологічним підґрунтям унікального методу мікрополяризації є теорія дії електричного току на нервову тканину

(Б. Веріго, Л. Гальвані, Г. Гельмгольц, Е. Дюбуа-Реймон, І. Мюллер, Д. Пінчук, Ж. Пельтьє, Е. Пфлюгер, А. Шемякін, В. Чаговець, А. Чутко та ін.).

На сьогодні накопичено достатній обсяг результатів наукових досліджень (Н. Бехтерева, Г. Вартанян, О. Горелік, Н. Кожушко, О. Ліппольд, Д. Пінчук, Т. Скоромець, Л. Чутко, P. Boggio R. Ferrucci F. Fregni M. Lima N. Lang M. Nitsche W. Paulus S. Rigonatti та ін.), які довели позитивний вплив мікрополяризації, що не лише підвищує нейрональну активність головного мозку (як у зоні прикладання, так і в інших зонах мозку), а й змінює морфологічну структуру нейрології, нейронів та синаптичного апарату.

С. Бекшаєв, Д. Пінчук, С. Бумакова (2012) запатентували засіб лікування сенсорної та моторної алалії за допомогою транскраніальної мікрополяризації. Результати дослідження Н. Павлової та В. Тарасенко констатували ефективність використання методу транскраніальної мікрополяризації, зокрема, у дітей із:

- сенсорною алалією – покращується процес сприйняття звернутого мовлення, фонематичного слуху;

- моторною алалією – відновлюється працездатність артикуляційного апарату та зростає рівень мовленнєвої активності;

- затримкою психічного розвитку у поєднанні з розладами аутичного спектра – відмічається позитивна динаміка у розвитку вищих психічних функцій та емоційно-вольової сфери;

- синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю – знижується імпульсивність та зменшується кількість випадків агресії.

Таким чином, метод транскраніальної мікрополяризації сприяє підвищенню функціональності кори головного мозку, загального та дрібного праксису.

Транскраніальна мікрополяризація здійснювалась за допомогою медичного апарату гальванізатору ПОЛЯРИС.

Мікрополяризаційний вплив застосовувався на будь-якому з етапів корекційно-реабілітаційної діяльності. Процедури проводилися тривалістю 20-25 хвилин 2 рази на тиждень. Тривалість одного курсу лікування складала 10-15 сеансів і базувалась на висновках аналізу патологічного симптомо-комплексу, ступеня порушення розвитку дитини дошкільного віку, індивідуальної латералізації організації мозку, схильності нервової системи до виснажування внаслідок стимуляції та стану її компенсаторних можливостей. Положення першого електрода (анода) обиралось на підставі результатів нейропсихологічного та психо-логопедичного обстеження, другого електрода (катода) фіксувалось на соскоподібному відростку або потилиці. Обробка результатів ґрунтувалась на показниках електроенцефалографії, психологопедичного обстеження, суб'єктивних звітах фасилітаторів (батьків, фахівців).

Аналіз динаміки електрофізіологічних, психологічних і логопедичних показників засвідчує позитивні зміни функціонального стану головного мозку. Після проведеного курсу транскраніальної мікрополяризації у дітей із тяжкими порушеннями мовлення спостерігалась позитивна динаміка у функціонуванні структур:

1) функціонального блоку головного мозку: загальна психомоторна активність (подовження періоду активності, оволодіння новими руховими паттернами, поліпшення координації рухів, дрібної моторики), орієнтовно-дослідницька діяльність (поява вказівного жесту, мотивація досліджувати предмети навколишнього середовища), когнітивний інтерес, працездатність та продуктивність діяльності;

2) функціонального блоку: зрушення у сенсорно-перцептивній, мнестичній, емоційній сферах; у мовленнєвій діяльності (поява розуміючої функції мовлення, інтонаційно оформлених вокалізацій, складів; зростання потреби у спілкуванні, мовленнєвого супроводу дій, активного та пасивного словника, кількості використовуваних лексико-

граматичних конструкцій; підвищення розбірливості мовлення, якості виконання артикуляційних вправ, граматичної будови мовлення);

3) функціонального блоку: нарощування ефективності вольових зусиль; прийняття допомоги дорослого; зниження примхливості, агресивності, не контрольованості поведінки; зміни в характері ігрової діяльності (перехід від маніпуляцій до розгляду іграшок, поява елементарних ігрових дій, вдосконалення сюжету).

Перші практичні успіхи у використанні нейростимуляційного методу довели, що транскраніальна мікрополяризація забезпечує активацію сприймаючої функції нейронів та підвищення пластичної функції мозку.

Отже, транскраніальна мікрополяризація у дітей із різними типами мовленнєвого дизонтогенезу активує мозкову діяльність для обробки мовленнєвої інформації та сприяє розвитку здатності планувати мовленнєву діяльність і стабілізувати поведінкові реакції.

Для оцінки ступеня сформованості функцій мозочка використовуються рухові проби і вправи на приладі «Постурограф». Дитина стоїть на платформі постурографа та виконує вправи, дивлячись на екран монітора. Прилад реєструє рух центру ваги. На екрані з'являються завдання, і, за принципом «зворотного зв'язку», дитина, переміщаючи свій центр тяжіння, пересуває курсор на екрані монітора для виконання поставленого завдання. Передбачено завдання кількох рівнів складності. Для тренувань використовуються м'ячі, сходи та інші спеціальні пристрої.

Постурографія дозволяє оцінити роботу мозку по інтеграції слухової, зорової та пропріоцептивної інформації при виконанні вправ на рівновагу. На основі отриманих даних розробляють нейрологокорекційну програму розвитку функцій мозочка. В рамках розробленої нейрологокорекційної програми розвитку функцій мозочка у дітей із тяжкими порушеннями мовлення первинного і вторинного генезів (на

фоні розладів аутичного спектра і затримки психомоторного і психомовленнєвого розвитку) використовують такі засоби мозочкової стимуляції: балансувальну дошку Ф. Белгау, систему Balance Master та інтерактивну платформу Wii Fit.

Заняття проходять щодня. Повний цикл залежить від індивідуальних рухових можливостей і віку дітей, але в середньому складається з 5 циклічних повторів по 20 занять з перервою на 2 тижні. Індивідуальна програма передбачає виконання вправ на координацію рухів, в тому числі візуально-моторних координацій, збереження рівноваги і регуляцію м'язового тону. Результати повторних рухових проб і виконання вправ на приладі «Постурограф» доводять ефективність використання технологій мозочкової стимуляції в процесі організації логокорекційної допомоги.

Таким чином, технологія мозочкової стимуляції забезпечує формування базових навичок для прийому, обробки і засвоєння інформації, яка надходить у головний мозок із внутрішнього і зовнішнього середовища, активізації уваги, підвищує ефективність логокорекційних занять.

Високотехнологічна **методика**, розроблена компанією **Interactive Metronome**, рекомендована для використання у комплексній корекційно-розвитковій діяльності з дітьми із дистаксією, дизритмією, диспраксією різного генезу (затримкою мовленнєвого та психічного розвитку, дислексією та дисграфією, порушеннями темпо-ритмічної сторони мовлення, дитячим центральним паралічем, синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю, розладами аутичного спектра тощо). Заняття за цією технологією проходять щодня.

Інтерактивний метроном це – високотехнологічна розвиваюча методика, яка використовується для вдосконалення почуття ритму, почуття часу, здатності до впорядкування рухів та інформації. Ця комп'ютерна корекційна програма розроблена компанією Interactive Metronome (США).

Вправи виконуються за допомогою сенсорної рукавички або сенсорного килимка. Пацієнт чує через навушники рит-

мічні удари і намагається синхронізувати з ними свої рухи: плескає або тупотить ногою.

Інтерактивний метроном об'єктивно оцінює здатність співвідносити рухи з ритмом ударів. Результати, що оцінюються в мілісекундних інтервалах часу, враховуються в шкалі, яка показує якість моторного планування.

Після цього складається програма тренувань. Тренування проводяться під керівництвом інструктора.

Інтерактивний метроном забезпечує «зворотний зв'язок» – слуховий та зоровий. Пацієнт бачить на екрані монітора, наскільки виконує завдання. На основі цього він може коригувати свої рухи.

Принцип дії інтерактивного метронома ґрунтується на корекції часових відносин у діяльності кори головного мозку.

Численні клінічні дослідження, що проводились різними вченими, показують, що недостатність у руховому плануванні є причиною різних проблем. Тобто погано розвинене почуття ритму та часу призводить до проблем з: концентрацією уваги; координацією; мовленням; поведінкою.

Заняття призначають пацієнтам з: порушенням усного та письмового мовлення; заїканням; тиками; синдромом нав'язливих станів; порушення координації рухів (ДЦП, хвороба Паркінсона, наслідки інсульту або черепно-мозкової травми); порушенням уваги, гіперактивністю; порушення аутичного спектра.

Повний цикл залежить від індивідуальних можливостей і віку учнів, але в середньому складається з 4 циклічних повторів по 50 занять з перервою на 2 тижні. Індивідуальна корекційна програма передбачає виконання вправ з допомогою сенсорної рукавички або сенсорного килимка, спрямованих на стимуляцію синхронізації рухів ніг і рук через звукові ритмічні сигнали в навушниках інтерактивного метроному. Дитина бачить на екрані монітора, наскільки точно вона виконує завдання. Саме завдяки тому, що інтерактивний метроном забезпечує зворотний зв'язок, слуховий і ві-

зуальний, дитина має змогу коригувати власні рухи. Заняття проводяться під керівництвом нейрологопеда.

Мета виконання вправ: стимуляція і нормалізація роботи мозочка, системи базальних ядер. З огляду на те, що мозочок і базальні ядра анатомічно є структурою першого (енергетичного) функціонального блоку, виконання вправ також сприяє активації і підтримці тонуусу кори головного мозку, а значить підвищенню концентрації уваги, поліпшенню первинної інтеграції сенсомоторної інформації, регулюванню мотиваційних і емоційних станів.

Результати академічної та соціальної успішності учнів із особливими потребами довели ефективність використання нейростимуляційної технології Interactive Metronome в процесі організації корекційно-розвиткових послуг.

2. Нейроакустичні технології

Досягнення нейроакустиків (Т. Будзинські), довели позитивний вплив звуку на гармонізацію діяльності головного мозку. Сучасні технології нейроакустичної стимуляції використовують у комплексній корекційно-розвитковій роботі з дітьми, які мають мовленнєві, когнітивні, моторні та поведінкові порушення. До таких технологій відносять: метод Альфреда Томатіса (1957), Алекса Домана «The Listening Program» (1998), метод слухової терапії inTime (2009), В. Тарасенко «Високочастотна терапія звуком» (2011).

ТОМАТІС використовується для роботи з дітьми і дорослими будь-якого віку. Це техніка, яка доповнює професійний супровід психотерапевта, логопеда чи педагога, та в жодному разі не може замінити їх роботу. Вона дозволяє значно покращити досягнуті результати, особливо у певних сферах застосування. Впливаючи на пластичність нервових шляхів, залучених до декодування та аналізу звуків, а також на механізми моторики, рівноваги і координації, метод

ТОМАТІС може допомогти дітям і дорослим розвинути компенсаторні стратегії для подолання труднощів у навчанні і корекції мовленнєвих порушень.

Механізм нейросенсорної слухової стимуляції за методом А. Томатіса полягає в тому, що завдяки повітряній та кістковій провідності спеціально оброблених музикальних мелодій стимулюються м'язи середнього вуха, що призведе до активності внутрішнього вуха, вестибулярного апарату, ретикулярної формації, мозочка та лобних ділянок мозку.

Поряд із методикою нейроакустичної стимуляції А. Томатіса, існує аудіостимулююча програма кампанії Advanced Brain Technologies «**The Listening Program**» (1998), автором якої є А. Доман. The Listening Program (далі – TLP) є інноваційним методом музикальної терапії, що зміцнює нейронні мережі з метою розвитку їх здатності до обробки інформації та комунікації.

Метод слухової терапії **inTime** (2009), розроблений працівниками кампанії Advanced Brain Technologies під керівництвом А. Домана, забезпечує гармонізацію зон головного мозку з допомогою музики, ритму та рухово-ритмічних вправ. Прослуховування спеціальних ритмічних аудіозаписів поряд із виконанням фізичних вправ дозволяє виробити відчуття ритмічності, уваги через синхронізацію діяльності нейронних мереж. Для підвищення швидкості розуміння зверненого мовлення розроблені програми високочастотної акустичної терапії. Високочастотні звуки є фізкультурою для нейроепітелія м'язів внутрішнього вуха та кори головного мозку. Періодичність використання високих і низьких частот тренує вухо чути, а мозок – сприймати.

В Україні, в рамках класичної логокорекційної роботи з дітьми із сенсорною та сенсомоторною алалією, розладами аутичного спектра, затримкою мовленнєвого розвитку за алалічним типом, затримкою психомовленнєвого розвитку, системним недорозвиненням мовлення, використовуються комп'ютерні програми нейроакустичної стимуляції «**Елект-**

ронне вухо. Домашній логопед», «Домашній логопед – дефектолог», що розроблені українською вченою В. Тарасенко спільно з американською компанією Avid. Також нею запатентовано методику «Високочастотна терапія звуком» (2011).

Методологічним підґрунтям створення програм слугувала теорія А. Томатіса (1957) про відновлення пошкоджених клітин мозку засобами високочастотного звуку.

Обов'язковою умовою при реалізації цих програм є одночасне використання спеціальних стереонавушників із кістковою та повітряною провідністю. Також, за методиками А. Томатіса та В. Тарасенко, в програмах високочастотної терапії звуком використовуються три види стимуляції: аудіальна, візуальна та вібраційна стимуляції.

Аудіальна передбачає стимуляції:

– ритмом (стимуляція мовленнєвої уваги через зміну ритму творів);

– зонуванням (стимуляція клітин головного мозку, які потребують дозрівання, через подачу сигналів на 4 зони мозку обох півкуль);

– затримкою часом (стимуляція провідної, в обробці інформації, півкулі через затримку подачі сигналу);

– затримкою подачі (стимуляція нейронної мережі, яка здійснює обробку фонематичної інформації, через різну подачу сигналу у стереонавушники із кістковою провідністю та звичайні навушники);

– гучністю (стимуляція каналу сприйняття інформації завдяки різниці гучності у навушниках);

– масажними рухами (стимуляція глибоких структур мозку масажними рухами у корі головного мозку через поперемінну подачу сигналів);

– тривалістю впливу (максимальна стимуляція зон кори завдяки тривалості програм впливу).

Візуальна стимуляція відбувається через зміну яскравості екрану з частотою, близькою до альфа ритму або бета ритму, завдяки чому активізується відновлення процесів,

пов'язаних саме з мовленням, та стимулюється якість і швидкість обробки інформації.

Під час реалізації методики високочастотної терапії звуком В. Тарасенко рекомендує дотримуватися таких умов: врахування провідної півкулі, зручний час проходження щоденної стимуляції, використання мовленнєвої стимуляції у поєднанні з музикальним матеріалом, одночасна стимуляція декількох зон головного мозку, проведення в домашніх умовах, що значно знижує фактор напруження дитини.

Таким чином, завдяки одночасній стимуляції чотирьох слухових каналів, двох зорових та одного вібраційного каналу, відмічається позитивна динаміка у функціональному розвитку кіркових та підкіркових структур головного мозку. За результатами впровадження системи нейротренувань за методиками А. Томатіса та В. Тарасенко, унормовуються темпи дозрівання функціональної системи мови та мовлення і підвищується якість її функціонування.

Таким чином, використання нейроакустичних технологій у логокорекційній діяльності сприяє синхронізації взаємодії між зонами головного мозку, підвищуючи якість функціонування структур мозку в цілому.

3. Нейропсихологічні програми

Нейропсихологічна корекція з інтегрованою програмою сенсорної інтеграції та антигравітації. Використання зорового, слухового, пропріоцептивного, вестибулярного, балансувального, координаційного обладнання сприяє розвитку спроможності нервової системи до обробки, інтеграції і модуляції сенсорномоторних сигналів, формуванню у дітей базових психологічних структур розвитку особистості та якісному підвищенню нейродинамічних показників психічної діяльності. Це підтверджено дослідженнями Джин Айрес, А. Банди, W. Dunn, J. Kerr, B. Knickerbocker, S. Lane,

Ш. Лейн, D. McIntosh, L. Miller, Э. Мюррей, D. Parham, C. Royeen, C. Summer та ін.).

Використання фізіотерапевтичних технологій у логокорекційній діяльності дітей із різними типами мовленнєвого дизонтогенезу сприяє активації сприймаючої функції нейронів, підвищенню нейрональної активності структур мовно-мовленнєвого механізму, активізації механізмів саморегуляції, що призводить до ефективної компенсації пошкоджених (або недорозвинених, спотворених, чи дефіцитарних) ланок функціональної системи мови та мовлення.

4. Нейрологопедичні програми

Використання нейрологопедичних технологій бере свій початок від розробки комп'ютерної корекційної методики Fast For Word (1996), створеної провідними спеціалістами кампанії Scientific Learning докторами Michael Merzenich, Bill Jenkins, Paula Tallal, Steven Miller. Механізм дії полягає у тренуванні системи слухового сприйняття, повторенні складних фонем, що активує зону Брока та збільшує зону кори, що відповідає за мовні функції.

Стимуляцію процесу сприйняття, передачі та обробки слухової інформації проводять за допомогою спеціального приладу *Forbrain*, який облаштований вібраційним обладнанням для посилення кісткової провідності та унікальним динамічним фільтром для підсилення гучності мовлення високими частотами. При використанні *Forbrain* дитина чує відкоригований приладом свій голос та голос педагога в акустично модифікованому вигляді, через що мозок перебудовує діяльність у відповідь на зміни. Це сприяє не лише покращенню обробки інформації, а й покращує якісні характеристики голосу та мовлення.

Програма *Speechleader* є апаратно-програмним продуктом кампанії *linguistic Correction Center* і рекомендована для

використання у логокорекційній роботі з дітьми та дорослими, які мають дизартрію, алалію, дислексію, дисграфію, загальне недорозвинення мовлення, затримку мовленнєвого розвитку, заїкання.

Завдяки повторенню за диктором мовленнєвого матеріалу стимулюється та відновлюється повний мовленнєвий цикл: бачу – чую – повторюю – чую себе. У дитини поліпшуються процеси сприйняття мовлення та його моторна реалізація, знімаються або мінімізуються мовленнєві затиски та судоми, поліпшується слухомовленнєва пам'ять. В цілому, стимулюючи обидва канали проведення мовленнєво-слухової інформації досягається єдність роботи мовленнєвих зон з мозолистим тілом.

Динамічну електронейростимуляцію (ДЕНС-терапія) використовують в логопедичній практиці як додатковий ефективний засіб стимуляції безумовних рефлексів (жування, ковтання, слиноутворення), поліпшення зорово-моторної координації, мимічного, артикуляційного праксису; нормалізації тону м'язів, що беруть участь в утворенні звуків; подолання порушень звуковимови (Н. Бурачевська, О. Бурачевська, С. Гузенко, Ю. Зданович, О. Кузьміна, Н. Лисецька, Л. Чекунова).

Дослідженнями Н. Бурачевської, О. Бурачевської доведено, що впливаючи на сегментарні та рефлексогенні зони, акупунктурні точки, у дитини з'являються нові компенсаторні реакції, які відновлюють гомеостатичну рівновагу. Саме завдяки рефлексорним і нейрохімічним реакціям в організмі дитини запускається низка регуляторних та адаптаційних механізмів.

Авторами розроблено методику використання динамічної електронейростимуляції в корекції мовленнєвих порушень різного ступеня тяжкості та доведено позитивний вплив на лише на підвищення мовленнєвої активності, а й на інтелектуальний та мовленнєвий розвиток. Учені рекомендують використовувати нейростимуляцію дітям із трудно-

щами постановки звуків, автоматизації звука у складах, словах і зв'язному мовленні, розбірливості мовлення.

Нейростимуляція сприяє розвитку пізнавальних навичок, тобто сукупності розумових здібностей та процесів сенсомоторної інтеграції. Завдяки їх використанню долається дефіцитарність та несформованість певних ділянок мовно-мовленнєвокомунікативного механізму в онтогенезі.

Soundsory – це мультисенсорна програма, яка використовується для покращення моторних та когнітивних здібностей дитини. Програма складається зі спеціально розроблених музичних композицій, оброблених нейроакустичними модифікаціями, а також серії з 50 рухових вправ, які спрямовані на вдосконалення здатності керувати своїм тілом та допомагають контролювати положення тіла і координацію.

Основне завдання музичної програми Soundsory – активізувати нейронні зв'язки в різних ділянках головного мозку через слуховий канал і в результаті натренувати вухо та мозок для більш швидшого й точнішого аналізу та покращення обробки сенсорної інформації.

Forbrain – це міні-гарнітура з мікрофоном і спеціальним динамічним фільтром, який закріплений на дужці «електронного вуха». Цей пристрій дозволяє підсилювати голос користувача і передавати звуковий сигнал через кістковий слух, у результаті чого відбувається тренування слухомовленнєвої системи. Звукова інформація передається кістковим шляхом без додаткових зовнішніх шумів, який в 10 разів швидший за повітряний. Forbrain синхронізує і посилює передачу звуків, покращує і спрощує сприйняття власного голосу. Ця технологія врівноважує нервову систему, покращує мовлення, концентрацію, пам'ять, рівновагу та інші когнітивні процеси.

Forbrain можна використовувати для занять з дітьми, починаючи з двох років. На заняттях діти повторюють за фахівцем звуки, склади та слова, співають, читають або просто розмовляють. Після занять з використанням цієї гарні-

тури у дітей покращується якість власного голосу і мовлення: дитина чує свій голос у «відредагованому» варіанті, і мозок перебудовує свою діяльність у відповідь на ці зміни.

Метод БЗЗ (Biofeedbacktherapy – біологічного зворотного зв'язку) – це немедикаментозне лікування, яке призначене навчити дитину більш ефективно контролювати мимовільні процеси організму (напругу м'язів, кров'яний тиск, частоту серцевих скорочень тощо). Спеціальні датчики, прикріплені до тіла, вимірюють ключові функції організму, з метою допомогти краще зрозуміти, як працює організм. Головна ідея БЗЗ терапії полягає у тому, що людина, володіючи правильною технікою, здатна самостійно зміцнити своє здоров'я. Використовується у роботі з різними порушеннями мовлення (дизартрія, ринолалія, заїкання, логоневрози, алалія, афазія). Допомагає подолати напругу роботи м'язів, які беруть участь в мовотворенні, формують мовленнєве дихання, нормалізує психоемоційні стани.

Floortime (час, проведений на підлозі) – це тип терапевтичного втручання у вигляді гри. У цьому процесі терапевт і батьки використовують час, коли дитина грається і активна, щоб допомогти їй розвиватися і справлятися з труднощами інтелектуального розвитку і збагачувати навички в усіх сферах.

Ідея терапії в тому, що вона природна, а навколишнє середовище – тепле і безпечне для дитини, і тоді вона буде відчувати себе невимушено, весело і спокійно. Також однією з переваг такого підходу є те, що найближчі люди для дитини – батьки можуть дізнатися основні ідеї і ключові моменти терапії для реалізації її вдома.

Floortime підходить всім дітям з РАС (розлади аутичного спектру), синдромом Дауна, затримкою темпів психічного розвитку, порушенням поведінки і розвитку мовлення.

В основі підходу Floortime йдеться про два принципи:

1. Принцип слідування за дитиною або використання її природних інтересів.

2. Принцип, який полягає в тому, щоб входячи в світ дитини і розділяючи його, залучати її в спільний з дорослими простір.

Використовуються в логопедичній практиці також інформаційні технології.

Використання ІКТ у корекційно-освітньому процесі – один із найсучасніших напрямків в логопедії. Комп'ютерні технології в корекційно-відновлювальному процесі роботи логопеда на даний час є допоміжними засобами, у поєднанні з традиційними методами, не замінюють їх, а лише доповнюють, збагачуючи процес навчання і корекції новими можливостями. Водночас вони є достатньо унікальними, індивідуальними та надзвичайно ефективними.

Тема 5

ВИКОРИСТАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ

План

1. Використання технік арт-терапії в мовленнєвому розвитку дошкільників: музикотерапія, сміхотерапія, казкотерапія, терапія образотворчим мистецтвом, сендплей (пісочна терапія), аромотерапія, хромотерапія.

2. Синквейн, скрайбінг, мнемотехніка.

1. Використання технік арт-терапії в мовленнєвому розвитку дітей дошкільного віку

Інноваційні технології – це впроваджені, нові технології з доведеною підвищеною ефективністю, методи, засоби, інструменти та прийоми, які є кінцевим результатом інтелектуальної діяльності педагога. Стосовно педагогічного процесу, інновація означає введення нового в мету, зміст, методи і форми освітньої діяльності, організацію спільної діяльності педагога і дитини.

Інноваційні види арт-терапії, використовувані в логопедичній роботі:

- музикотерапія (вокалотерапія, гра на музичних інструментах);
- сміхотерапія;
- арт-терапія (терапія образотворчим мистецтвом, нетрадиційні техніки малювання);
 - казкотерапія;
 - сендплей (пісочна терапія);
 - аромотерапія;
 - кольоротерапія (хромотерапія).

Музикотерапія

Музика підвищує тонус кори головного мозку, викликає приємні емоції, стимулює кровообіг та дихання. Вона допомагає сформувати навичку вслухатися та аналізувати звучання мелодій. Музичну терапію використовують для терапії та профілактики низки патологічних станів.

Варіанти занять:

- слухання музики;
- спів;
- гра на музичних інструментах;
- елементи театралізації;
- музикорисування.

Результати музичної терапії:

- нормалізація емоційного стану;
- вироблення навичок використання голосу;
- усунення страхів мовних та рухових розладів;
- розвиток почуття ритму, самостійності, активності;
- стимуляція слухового сприйняття;
- відтворення музичних образів.

Сміхотерапія

Сміхотерапія – лікування позитивними емоціями, засіб глибокого очищення організму людини на всіх рівнях – від фізіології до нервової системи, психіки та розуму.

Відомий невролог Вільям Фрай порівняв акт сміху з дихальною гімнастикою, що застосовується у роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями. На думку автора, інтенсивність дихання при цьому дозволяє легеням і верхнім дихальним шляхам повністю звільнитися від повітря. У цю мить в організмі людини відбуваються найпотужніші біохімічні реакції. Голосний, дзвінкий сміх здатний нормалізувати метаболічні процеси в організмі. Це особливо важливо для дітей з порушеннями мовлення, оскільки у дітей, наприклад, з дизартричними проявами відмічається відсутність емоцій, емоційна «блокада», амімічність, загальна млявість, інерт-

ність, зниження тонусів м'язів обличчя. Сміх є одним з механізмів адаптації людини до навколишнього середовища. Сміхотерапія є сильним терапевтичним та фізіологічним стимулюванням центру емоцій.

Методи включення сміхотерапії в логопедичну практику:

1. Гра в мовленнєві вправи. Створення комічних ситуацій, у яких діти вживають нові слова чи вираження. Гра в ігри, спрямовані на розвиток фонем та артикуляції під час смішних вправ.

2. Використання гумористичних матеріалів. Використання комічних розповідей, коміксів або анекдотів для стимулювання інтересу дітей до мовленнєвих вправ. Запитання типу «Що сталося далі?» може стимулювати розвиток мовних навичок та творчості.

3. Рольові ігри та драматизація. Створення ролей та драматизація ситуацій, які призводять до комічних результатів. Використання мовленнєвих завдань, де діти повинні виражати веселі ситуації через слухання, розповідання чи вираження.

4. Ігри та конкурси. Смішні ігри та конкурси, спрямовані на розвиток мовленнєвих навичок. Змагання у творчому вживанні слів чи висловлювань для розвитку словникового запасу.

5. Створення комічних історій. Запрошення дітей створювати свої власні комічні історії та ділитися ними з групою. Використання гумористичних зображень для створення інтерактивних історій.

6. Групові вправи. Використання командних завдань, які сприяють співпраці та комунікації. Спільне створення комічних сценаріїв або ігор.

Сміхотерапія тісно пов'язана з казкотерапією, яка дає можливість уяви та розвитку творчих здібностей, аналізу та закріпленню набутих та автоматизованих навичок.

Крім того, сміхотерапію використовують на усіх етапах корекційно-логопедичної роботи: під час створення ситуації

заохочення, позитивного настою дитини, комунікації; формування початкових навичок (артикуляційної моторики, розвитку дихання, голосу, дрібної моторики, номінативного словнику тощо); розвитку лексико-граматичної сторони мовлення.

Казкотерапія

Казкотерапія – метод використання казки для мовного розвитку особистості, удосконалення взаємодії з оточуючим середовищем через мову і мовлення. Казкотерапія ефективна в логопедичній роботі, оскільки за допомогою казок відбувається стимулювання мовленнєвого розвитку, покращення артикуляції, збагачення словникового запасу та проведення логопедичних вправ в цікавій для дітей формі.

Аспекти використання казкотерапії в логопедичній практиці:

1. Розвиток мовлення. Вибір казок з багатим словником і різноманітними мовними конструкціями для розвитку мовлення. Розгортання обговорення важливих мовленнєвих аспектів, таких як граматики, лексика та синтаксис.

2. Розвиток артикуляції та фонетики. Використання казок, які містять слова зі звуками, над якими працюють в процесі логопедичної корекції. Введення в казкову історію слів і фраз для вправ з артикуляції та вимови.

3. Робота з лексикою та словниковим запасом. Використання казок для вивчення нових слів та розширення словникового запасу дітей. Створення вправ для роботи зі значенням слів та їх використанням у контексті.

4. Розвиток мовленнєвої пам'яті та концентрації. Розповідь казок, які вимагають уваги та концентрації, сприяє розвитку мовленнєвої пам'яті. Спільне створення історій, які вимагають збереження послідовності подій та деталей.

5. Сприяння комунікативним навичкам. Заохочення дітей розповідати власні історії та виражати свої думки про події казок. Використання казок для розвитку навичок взаємодії та обговорення спільних ідей.

6. Психоемоційний розвиток. Вибір казок, які допомагають дітям розуміти та виражати свої емоції. Обговорення персонажів та їхніх почуттів для розвитку емпатії та соціальних навичок.

Терапія образотворчим мистецтвом

«Арт-терапія» є засобом вільного самовираження. В особливій символічній формі: через малюнок, гру, казку, музику – ми можемо допомогти дитині дати вихід своїм сильним емоціям, переживанням, отримати новий досвід вирішення конфліктних ситуацій.

Основне завдання арт-терапії полягає в розвитку самовираження і самопізнання дитини через творчість і в підвищенні її адаптаційних здібностей.

Техніки арт-терапії:

1. техніка «кляксографія»;
2. пальчиковий живопис;
3. малювання м'ятим папером;
4. малювання на склі;
5. ниткографія;
6. техніка малювання листям, паличками, камінчиками тощо;
7. техніка відбитків ватою;
8. техніка «відтисків корками»;
9. малювання долонями.

Сендплей (пісочна терапія)

Вперше терапевтичний ефект гри з піском описав швейцарський психолог і філософ Карл Юнг. Він вважав, що коли дитина будує і руйнує зроблене, а потім знову будує, то цим вона усвідомлює те, що на зміну старому завжди приходить нове. Дітям подобається знаходити у піску різні фігури, називати їх, визначати звуки у назвах, складати речення з цими словами тощо. Діти із задоволенням граються, але в цей же час вони розвиваються, закріплюють знання. Ігри з

піском розвивають тактильно кінетичну чуттєвість і дрібну моторику рук, стабілізують емоційний стан, долають страхи, допомагають долати комплекс «поганого художника», вдосконалюють координацію, сприяють засвоєнню навичок звуко-складового аналізу та синтезу, розвивають фонематичний слух і сприйняття, сприяють розвитку зв'язного мовлення.

Пісочна терапія досить ефективна і дає такі позитивні результати, як підвищення інтересу до логопедичних занять, відчуття успішності, а на заняттях завжди цікаво і весело. Ігри з піском використовуються як в індивідуальній роботі, так і при роботі з групами.

Умовно можна виділити три види занять:

1. Навчальні. Вони розвивають тактильно-кінестетичну чутливість та дрібну моторику рук, допомагають у розвитку низки навичок (рахунок, письмо, читання).

2. Проектні – сприяють розвитку фантазії та творчості.

3. Пізнавальні – вчать різноманітності навколишнього світу.

Щоб організувати процес пісочної терапії, необхідно кілька речей:

- чистий, просіяний пісок (не надто дрібний і не надто великий);
- пісочниця (водонепроникний дерев'яний ящик);
- мініатюрні фігурки (люди, тварини, рослини, транспорт, природний матеріал та багато інших);
- вода.

Варіанти ігор:

- створення відбитків кулачків, долонь;
- почергове стискання та розтискання пальців, занурених у пісок;
- ковзання долонями по піску (кругові, зигзагоподібні рухи);
- малювання різноманітних візерунків на поверхні піску;
- закопування предметів у пісок з подальшим його здуванням, щоб знайти заховане.

Переваги методу:

- робота з природним матеріалом, що має власну позитивну енергетику;
- активізація чутливих нервових закінчень на кінчиках пальців;
- зняття м'язового, психоемоційного напруження;
- вдосконалення зорово-просторового орієнтування;
- розвиток моторики рук.

Протипоказання:

- хвороби шкіри;
- ушкодження на руках (подряпини, порізи, садна);
- наявність бронхіальної астми чи алергії на пил;
- підвищена тривожність дитини.

Ароматерапія

Ароматерапія – це метод використання ароматичних ефірних олій для покращення фізичного та емоційного здоров'я. У логопедичній роботі ароматерапія може бути використана для створення приємного та зручного середовища, сприяння розслабленню, зменшення стресу та залучення уваги. Народний досвід і дослідження вчених довели, що запахи здатні керувати настроєм і працездатністю. Фізіолог Д. Шатенштейн ще у 1939 р. науково обґрунтував та експериментально довів, що деякі нюхові подразники впливають на багато функцій і особливо на працездатність.

Ефірні масла базиліку, коріандр, дягеля, з шкірки лимону, майорана, петрушки, евкалипту тонізують, а фітокомпозиції з базиліку, майорана, коріандру, розмарину, м'яти, лаванди, тим'яну і вербени створюють аромати, що добре заспокоюють нервову систему при перезбудженні. Це доцільно застосовувати в роботі з гіперактивними дітьми.

Способи використання ароматерапії в логопедичній практиці:

1. Створення приємного середовища. Використання ароматичних ламп, дефузорів чи ароматичних свічок для

створення приємного ароматичного середовища в кабінеті логопеда. Вибір ароматів, таких як лаванда чи м'ята, які можуть допомогти заспокоїти дітей та забезпечити комфортне навчальне середовище.

2. Ароматерапія для покращення уваги. Використання стимулюючих ароматів, наприклад, лимона або розмарину, для підвищення уваги та концентрації під час логопедичних вправ. Застосування ароматів, які сприяють відкриттю дихальних шляхів, таких як евкаліпт чи м'ята, для поліпшення роботи дихання.

3. Ароматерапія для зниження стресу. Використання заспокійливих ароматів, таких як лаванда чи чайне дерево, для зменшення стресу та напруги під час логопедичних занять. Можна запропонувати дітям самим обрати аромати, які вони сприймають як приємні та заспокійливі.

4. Використання ароматерапії у ритуалах. Включення ароматерапії в логопедичні ритуали, наприклад, під час спільного читання або вправ для мовленнєвого розвитку. Асоціювання певних ароматів з приємним досвідом може позитивно вплинути на мовленнєвий процес.

5. Індивідуальний підбір ароматів. Врахування індивідуальних вподобань та можливих алергічних реакцій при виборі ароматів для кожної дитини. Залучення дітей до вибору ароматів, які їм подобаються, для підвищення ефективності ароматерапії.

Важливо враховувати, що ароматерапія може мати індивідуальний ефект на кожну дитину, тому важливо враховувати їхні відчуття та реакції. Перш ніж впроваджувати ароматерапію, важливо також отримати згоду від батьків та врахувати будь-які особливості здоров'я чи чутливості дітей.

Хромотерапія (кольоро-терапія)

Хромотерапія – наука, що вивчає властивості кольору. Кольорам здавна приписуються містичні значення, позитивна або негативна дія на людину, адже для людини зір є най-

важливішим з усіх видів почуттів (90% інформації людина отримує за допомогою органів зору). Ще наші пращури помітили те, що одні кольори приємні для ока, заспокоюють, сприяють припливу внутрішніх сил, збадьорюють; інші – дратують, пригнічують, викликають негативні емоції.

Відомо, що:

- синій колір – надає заспокійливу дію, розслаблює, знімає спазми, зменшує головні болі;

- блакитний колір – заспокоює при стані психічного збудження;

- фіолетовий колір – пригнічує психіку, знижує настрій;

- червоний колір – активізує, підвищує фізичну працездатність, стимулює психічні процеси;

- зелений колір – заспокоює, створює гарний настрій, сприятливо впливає на соматично ослаблених дітей при лікуванні запалень, а також при ослабленні зору.

Вплив кольору на дитину не може бути однозначним, а завжди є індивідуальним і має вибіркового характеру. Це необхідно враховувати в роботі з кольорами.

Існують спеціальні комп'ютерні програми з хромотерапії. Їх доцільно використовувати на фронтальних логопедичних заняттях як хвилинки відпочинку.

Це сучасна логопедична технологія, призначена для корекції мовних та психологічних порушень. Вчені вже давно довели, що кольори впливають на емоційний, інтелектуальний та психологічний стан людей.

Приблизний план роботи:

- діти беруть іграшки та предмети певних кольорів, виконують з ними різні дії та моделюють ситуації;

- обговорюють виконану роботу з багаторазовим повторенням корисних звуків.

Результати кольоротерапії:

- усвідомлення спеціальних кольорових уподобань;

- підвищення чутливості та сприйнятливості;

- розширення і поглиблення сприйняття кольорової гами;

- розширення можливостей керування емоційно-вольовими процесами;
- зростання інтересу до пізнавальної діяльності.

2. Синквейн, скрайбінг, мнемотехніка

Синквейн

Синквейн – це технологія, яка не потребує особливих умов для використання і органічно вписується в роботу з розвитку лексико-граматичних категорій у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з ЗНМ.

Синквейн із французької мови перекладається як «п'ять рядків», це п'ятирядкова строфа вірша. Дидактичний синквейн ґрунтується на змістовній стороні та синтаксичній заданості кожного рядка. Складання дидактичного синквейну є формою вільної творчості, що вимагає від автора вміння знаходити в інформаційному матеріалі найсуттєвіші елементи, робити висновки та стисло їх формулювати. Ці здібності необхідні в сучасному житті.

Актуальність і доцільність використання дидактичного синквейну в логопедичній практиці пояснюється тим, що дана методика:

- відкриває нові можливості; сучасна логопедична практика характеризується пошуком і впровадженням нових ефективних технологій, які допомагають оптимізувати роботу вчителя-логопеда;
- гармонійно вписується в роботу з розвитку лексико-граматичних категорій, її використання не порушує загальноприйнятую систему впливу на мовленнєве порушення і забезпечує її логічну завершеність; сприяє збагаченню й актуалізації словника, уточнює зміст понять;
- діагностичний інструмент, котрий дає можливість педагогу оцінити рівень засвоєння дитиною пройденого матеріалу;
- має характер комплексного впливу, розвиває не тільки

мовлення, а й сприяє розвитку вищих психічних функцій.

У роботах І. Лаврової відзначено, що складання синквейнів: полегшує процес засвоєння понять та їхнього змісту; вчить коротко, але точно висловлювати свої думки; сприяє розширенню та актуалізації словникового запасу. Синквейн не потребує значних витрат часу, його написання вимагає від укладача реалізації практично всіх його особистісних здібностей (інтелектуальних, творчих, образних).

Скрайбінг

Скрайбінг від англійського «scribe» – накидати малюнки або ескізи – це новітня техніка презентації, мистецтво відображати свою думку в малюнках, процес відбувається паралельно з доповіддю доповідача. Відмітимо, що особливістю мальованого скрайбінгу є те, що рука дитини малює картинки, схеми, записує ключові слова паралельно з текстом. Для скрайбінг-аплікації характерно наклеювання готових зображень, які відповідають тексту, що звучить, на аркуш паперу або будь-яке інше тло.

Магнітний скрайбінг схожий на аплікаційний, єдина відмінність – готові зображення кріпляться магнітами на презентаційну магнітну дошку.

Фланелеграфний скрайбінг також схожий на аплікаційний, але для його виконання знадобиться дошка, обтягнута фланеллю. На неї кріпитимуться готові фігурки та зображення, що допомагають розповісти історію.

Для створення комп'ютерного скрайбінгу необхідно використовувати спеціальні програми та онлайн-сервіси.

Відмітна особливість скрайбінгу в роботі з дітьми з ЗНМ порівняно з іншими – це донесення інформації, яке полягає в тому, що з'являється можливість задіяти одночасно слух, мову, зір і уяву дитини. Процес фіксації дітьми з ЗНМ на простих образах відбувається під час донесення інформації.

Відзначимо, що дошкільники ці образи не тільки краще

розуміють, а й запам'ятовують. Дивлячись на скрайб-малюнки, дитина може відтворити в пам'яті почуту розповідь і відтворити її, хоча б у загальних рисах.

Цю технологію доцільно застосовувати для розвитку зв'язного мовлення в дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Техніка скрайбінгу не вимагає витрат і може бути використана в будь-якому місці і в будь-який час, як на індивідуальних, так і на підгрупових заняттях.

Мнемотехніка

Мнемотехніка – це система прийомів, що полегшують запам'ятовування і збільшують обсяг пам'яті шляхом утворення додаткових асоціацій. В результаті весь текст замальовується в схемах, створюються інтелектуальні карти. Дивлячись на них, дитина з легкістю відтворює вірш, загадку чи скоромовку.

Використовуючи мнемотехніку можна домогтися розвитку слухової та зорової уваги, пам'яті, асоціативного мислення, зв'язного мовлення. Крім того, прискорюється процес автоматизації та диференціації поставлених звуків.

Результати занять:

- розширення словникового запасу;
- поява інтересу до заучування віршів, вигадкування історій;
- збільшення знань про навколишній світ.

Мнемотехніка допомагає в розвитку:

- зв'язного мовлення;
- асоціативного мислення;
- зорової та слухової пам'яті, уваги;
- прискорення процесу автоматизації та диференціації поставлених звуків.

Суть мнемосхем полягає в наступному: на кожне слово або маленьке словосполучення підбирається картинка (зображення).

Застосування інтелектуальної карти в мовленнєвому розвитку дітей з ЗНМ має наступну послідовність та особливості:

1. Збір матеріалу про предмет або об'єкт:

- створення інтелект-карти під час обговорення предмета або теми;

- поповнення активного і пасивного словників, розвиток процесів мислення, аналізу, синтезу, аналогії, узагальнення;

- виконання роботи як у індивідуальному, так і фронтальному форматах.

2. Закріплення та узагальнення матеріалу:

- створення узагальненої інтелект-карти може бути підсумковою роботою з вивчених тем;

- розвиток уміння виділити головну думку, пригадування вивченого або виявлення рівня знань, поповнюється активний і пасивний словник за вивченою лексичною темою, розвиток уміння складати і поширювати речення;

- даний етап роботи може проводитись, як індивідуально, так і фронтально.

Дана робота сприяє розвитку мовленнєвих здібностей та психічних процесів під час цікавої та простої діяльності, що допомагає узагальнювати та закріплювати вивчений словниковий матеріал.

Тема 6
**ТЕХНОЛОГІЇ РОЗВИТКУ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ,
ДРІБНОЇ ТА ЗАГАЛЬНОЇ МОТОРИКИ
У ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ**

План

Кінезотерапія. Літотерапія. Біоенергопластика. Кріотерапія. Танцювальна терапія. Тілесно-орієнтована терапія. Логоритміка. Психогімнастика. Ауріколотерапія (масаж вушних раковин). Гідрогімнастика. Японська методика масажу пальців. Масаж бат (біоакустичних точок). «Суджок» – терапія.

Мовлення – результат узгодженої діяльності багатьох ділянок головного мозку. Органи артикуляції лише виконують накази, що надходять з мозку. Проекція кисті руки в головному мозку розташована в безпосередній близькості до мовної моторної зони. Взаємозв'язок моторної і мовної зон виявляється в тому, що людина, яка вагається з вибором відповідного слова, допомагає собі жестами, і навпаки: коли зосереджено малює або пише дитина мимоволі висовує язик. Оскільки існує тісний взаємозв'язок і взаємозалежність мовної і моторної діяльності, то, за наявності мовного дефекту в дитини, особливу увагу звертають на розвиток дрібних рухів пальців рук, що позитивно впливає на функціонування мовних зон кори головного мозку.

Мовленнєві порушення, виникнувши під впливом певного патогенного чинника, самі не зникають і без спеціально організованої корекційної логопедичної роботи можуть негативно позначитись на всьому подальшому розвитку дитини.

Щоб логопедичні заняття були ефективними, більш цікавими і захоплювали дітей, в логопедичній роботі доцільно застосовувати технології кінезотерапії, літотерапії, біоенергопластики, кріотерапії, танцювальної терапії, тілесно-

орієнтованої терапії, логоритміки, психогімнастики, ауріколотерапії (масаж) тощо.

Кінезотерапія

Кінезотерапія – це метод фізичної терапії, який використовує рух для відновлення та збереження функціональної активності людини. Вона може бути застосована в різних сферах, включаючи відновлення після травми чи хвороби, корекцію рухових порушень, поліпшення фізичної функціональності та підтримку загального здоров'я.

Хоча кінезотерапія переважно пов'язана із фізичною терапією та відновленням рухових функцій, вона також може бути корисною в логопедичній роботі з дітьми, особливо коли розглядається комплексний підхід до розвитку дитини. Використання рухових вправ, спрямованих на вдосконалення моторики та фізичної активності, може впливати на різні аспекти розвитку, включаючи мовленнєві навички.

Наведемо *приклади застосування кінезотерапії в логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку:*

1. Рухові вправи для артикуляції. Включення рухових елементів у вправи для артикуляції сприяє поліпшенню м'язового тону та координації рухів, які важливі для вимови звуків.

2. Мовленнєві ігри з рухом. Створення ігор, які об'єднують мовленнєві вправи із руховими елементами, такими як пересування чи виконання завдань на різних просторових точках.

3. Використання рухових ігор для розвитку словникового запасу. З'єднання нових слів із рухами чи діями полегшує запам'ятовування та розуміння нових понять.

4. Рухові завдання для розвитку фонетичних навичок. Використання рухових елементів для навчання правильної артикуляції та вимови звуків.

5. Ігри та вправи для роботи над розумінням мовлення.

Включення рухових вправ у завдання для розуміння мовлення, таких як вказівні жести або міміка.

6. Музика та рух. Використання музики для стимулювання рухових реакцій та включення мовленнєвих елементів у вправи з музикою.

7. Рухові ігри для розвитку когнітивних функцій. Використання рухових ігор для підвищення уваги, концентрації та покращення когнітивних функцій, що впливає на розвиток мовленнєвих навичок.

8. Робота з руховим багатством мови. Використовуйте рухові вправи для розвитку розуміння та використання різноманітних мовленнєвих елементів, таких як ритм, інтонація тощо.

Важливо враховувати вікові та індивідуальні особливості дітей при використанні рухових вправ в логопедичній роботі. Комбінування руху і мовленнєвих завдань робить процес навчання більш цікавим та ефективним для дітей.

Ліготерапія

Однією з сучасних здоров'язберігаючих технологій, що застосовуються в логопедії є – ліготерапія. Термін «ліготерапія» походить від грецьких слів lithos – «камінь» і therapeia – «лікування» (лікування за допомогою натуральних каменів). Прагнення людини до пізнання змушує звертатися до мудрості предків, так ще за доісторичних часів люди наділяли каміння чудодійною силою. Камінь – це ліки, які відчувають і чують, говорять і слухають, дивують та захоплюють.

Ліготерапія – нетрадиційна практика, заснована на терапевтичних властивостях мінералів і каменів. Мінерали володіють теплопровідністю, магнітними властивостями, проводять електрику – тобто можуть бути засобами фізіотерапевтичного впливу. Електромагнітні біопотенціали, випромінювані кристалами, є тим лікувальним фактором, який допомагає організму стати здоровим.

Вважається, що мінерали якби координують циркуляторну систему судин і діяльність мозку.

Наприклад:

- олександрит – заспокоює при перезбудженні, сприяє створенню радісного настрою;
- малахіт – заспокоює нервову систему, поліпшує сон;
- родоніт – зміцнює імунну систему, покращує пам'ять, знімає стрес.

В наш час літотерапія з успіхом застосовується не тільки в сучасній медицині та косметології, а й у корекційній педагогіці (корекція мовних, особистісних порушень, подолання моторного недорозвинення).

У роботі з дітьми з мовними порушеннями можна використовувати такі елементи літеро терапії, як: масаж пальців камінцями, стискання камінчиків в руці, перекочування по долоні, по руці, дидактичні ігри з камінцями.

Крім природного каміння можна використовувати штучне каміння Марблс. Марблс – це нащадки глиняних кульок, якими грали давні люди. Марблс – у перекладі означає мармуровий. Це невелика сферична іграшка, зазвичай – різнокольорова кулька, виготовлена зі скла, глини, сталі або агату.

Камінцями Марблс можна не тільки прикрасити інтер'єр вітальні або наповнити акваріум, їх з успіхом можна застосувати в логопедичній роботі з дітьми, тому що вони приємні на дотик і діти від них просто в захваті.

Біоенергопластика

Біоенергопластика – поєднання рухів артикуляційного апарату з рухами кистей рук, тобто до всіх класичних артикуляційних вправ додаються відповідні одночасні рухи кистей рук. Термін складається з двох слів: біоенергія і пластика. Біоенергія – це та енергія, яка знаходиться усередині людини. Пластика – плавні, розслаблені рухи тіла, рук.

Біоенергопластика в логопедії:

- оптимізує психологічну базу мови і мовлення;
- покращує моторні можливості дитини за усіма параметрами;
- сприяє корекції звуковимови.

Синхронізація роботи мовної і дрібної моторики скорочує час зайняття, посилює їх результативність, дозволяє швидко прибрати зорову опору – дзеркало і перейти до виконання вправ за відчуттями.

Мета використання біоенергопластики:

- розвивати координацію рухів, дрібної моторики пальців рук, органів артикуляції;
- нормалізувати м'язовий тонус;
- подолати синкенезію, гіперкінези, спастичне застигання пальців руки в неприродному положенні;
- формувати кінестетичне відчуття напруження та розслаблення;
- активізувати мовленнєву та інтелектуальну діяльності дитини;
- розвивати пам'ять, довільну увагу, зорове і слухове сприйняття;
- формувати вміння діяти за словесними інструкціями;
- адаптувати вправи біоенергопластики до рухових, неврологічних і психологічних особливостей дітей із розладами мовлення.

Кріотерапія

Кріотерапія – це метод лікування, який використовує низькі температури для впливу на тіло пацієнта. Цей метод може використовуватися в різних галузях медицини і фізіотерапії, включаючи логопедію.

Застосування кріотерапії в логопедії може бути обмеженим, і воно не є типовим методом в цій галузі, зокрема *кри-*

отерапія може використовуватися для:

1. Зменшення запалення: Застосування холоду може допомогти зменшити запалення в м'язах та суглобах, що може бути корисним для дітей із таким порушенням мовлення, як дизартрія.

2. Знеболення. Холод зменшує відчуття болю, що допомагає дітям з ДЦП з м'язовими та суглобовими проблемами, які впливають на мовлення.

3. Стимуляція мовленнєвої активності. Застосування кріотерапії стимулює мовленнєву активність через вплив на м'язи обличчя та горла.

4. Покращення контролю над м'язами. Холод допомагає підвищити контроль над м'язами, що важливо для корекції артикуляційних проблем.

У будь-якому випадку, застосування кріотерапії в логопедії повинно використовуватися з обережністю та під наглядом лікаря для визначення відповідності цього методу конкретним потребам та стану дитини.

Танцювальна терапія

Танцювальна терапія – важлива складова в роботі над логопедичними завданнями при розвитку мовленнєвих та комунікаційних навичок у дітей. Вона використовує танцювальні та рухові елементи для досягнення різноманітних цілей, таких як розвиток моторики, виразного мовлення, соціальних навичок і покращення самопочуття.

Аспекти важливі в логопедичній роботі:

1. Розвиток моторики. Танці та рухи стимулюють розвиток дрібної та загальної моторики, сприяючи розвитку координації та контролю рухів.

2. Артикуляційна гімнастика. Рухи, пов'язані із танцем, можуть використовуватись для артикуляційної гімнастики, поліпшуючи м'язовий тонус обличчя та горла.

3. Ритмічні вправи. Танці включають елемент ритмічних рухів, що позитивно впливає на розуміння та застосування ритміки в мовленні.

4. Сприяння емоційному вираженню. Танці допомагають дітям виражати емоції та почуття через рух та тіло, що важливо для розвитку комунікативних навичок.

5. Соціальне взаємодія. Групові танці створюють можливості для взаємодії, сприяючи соціальним навичкам, спілкуванню та спільній діяльності.

6. Розвиток слухового сприйняття. Використання музики та ритму в танцях впливає на розвиток слухового сприйняття та відтворення звуків у мовленні.

7. Координація рухів та просторова орієнтація. Танці сприяють розвитку координації рухів та просторової орієнтації, що корисно в навчанні мовленнєвих навичок.

Логопеду доцільно інтегрувати танцювальні елементи в індивідуальні чи групові заняття, створюючи при цьому стимулююче та цікаве середовище для розвитку мовлення і дітей.

Тілесно-орієнтована терапія

Основоположником методу тілесно-орієнтованої терапії прийнято вважати австрійського психоаналітика Вільгельма Райха. У більшості методів тілесно орієнтованої практики домінує розвивальний аспект використовуваних прийомів:

- розвиток тілесного потенціалу дитини,
- функціональних ресурсів організму,
- усвідомлення психосоматичних процесів.

Тілесний розвиток особистості забезпечується моделюванням різних функціональних процесів. Такі процеси можливі в міру зниження проявів захисної, дезадаптивної або явно патогенної поведінки.

Цілями психотерапевтичної дії є прояви, що порушують природну динаміку і гармонію тілесного функціонування в

процесі досягнення поставлених цілей і завдань. Крім цього, тілесна практика спрямована на стимуляцію механізмів автоткорекції суб'єктивних станів, усвідомленого пошуку компенсаторних ефектів щодо психосоматичного дисбалансу.

Серед методів тілесної практики виокремлюють такі основні види технік:

- 1) когнітивно-аналітичні техніки;
- 2) дихальні техніки;
- 3) техніки релаксації;
- 4) масажні техніки;
- 5) театральні техніки;
- 6) експресивні техніки;
- 7) танцювально-рухові техніки;
- 8) тактильно-комунікативні техніки;
- 9) рухові (локомоторні) техніки;
- 10) альтернативні техніки.

Логоритміка

Логоритміка – це низка вправ і завдань для формування та розвитку мовлення. Її основний інструментарій складається з ігор, віршів, музики та рухів. Зазвичай ці вправи призначають при різних порушеннях мовлення, але їх також можна робити з профілактичною метою. Логоритміка для дітей корисна тим, що допомагає «поставити» правильну, красиву та плавну вимову, а також натренувати слух, моторику, пам'ять, увагу, розвинути творчі здібності.

Основні інструменти, на яких базується логоритміка – вправи з використанням музично-ритмічних рухів, слухання співів, гри на інструментах. Заняття можуть проходити у групах або індивідуально.

Найпоширеніші елементи логоритміки:

- пісні;
- дихальна та артикуляційна гімнастика;

- ритмічні рухи – танці, синхронна ходьба й марширування, гімнастика;
 - декламація віршів;
 - вправи на формування моторики;
 - гра на музичних інструментах.
- Заняття супроводжуються іграми та іншими активностями, щоб дітям було цікаво.

Психогімнастика

Психогімнастика: 1) комплекс розвивальних, психопрофілактичних і психокорекційних занять у вигляді невербальних ігор, вправ та етюдів; 2) метод групової психотерапії з використанням рухової експресії як основного засобу спілкування.

Психогімнастика проводиться з дітьми, починаючи з трьох років. Її тривалість визначається віковими особливостями і складає не менше 20 хв. та не перевищує 1,5 год. Кількість учасників занять (груп) – становить від 6 до 12 осіб.

Психогімнастика є найбільш корисною для соматично ослаблених дітей, з порушеннями поведінки та соціальної адаптації, з порушеннями мовлення, парціальними затримками психічного розвитку, психосоматичними захворюваннями, легкими нервово-психічними розладами.

Метою психогімнастики є зняття психофізичного напруження, подолання комунікативних бар'єрів, покращення розуміння себе та оточуючих, зокрема усвідомлення зв'язку між думками, почуттями та поведінкою. Вона дозволяє за допомогою зовнішніх виявів почуттів та емоцій (міміка, жести, пантоміма) висловити свої переживання щодо наявних проблем, поділитися ними з іншими, змінити власне ставлення до того, що відбулося (відбувається), навчитися долати життєві труднощі.

Загальним фоном психогімнастики для створення моти-

ваційної основи та вироблення інтересу до внутрішньої роботи є гумор. Допоміжними альтернативними засобами комунікації у психогімнастиці є музика, образотворча діяльність, пальчикові, артикуляційні, зорові, дихальні вправи, використання піктограм.

Найчастіше психогімнастика проводиться за схемою, яка складається з чотирьох фаз:

1) мімічні та пантомімічні етюди, спрямовані на виразне віддзеркалення основних емоцій і емоційних станів на рівні протиставлення (радість-сум, тривога-спокій);

2) етюди та ігри на відображення окремих рис характеру та соціально-зумовлених почуттів (доброзичливість, жадібність, правдивість тощо), налагодження емоційних контактів;

3) психотерапевтично спрямовані етюди та ігри для перевтілення у певний образ з метою тренінгу моделювання стандартних ситуацій (сюжетно-рольовий зміст, емоційне усвідомлення себе, нові способи адаптивної поведінки);

4) оволодіння способами саморегуляції, психом'язове тренування шляхом зняття психоемоційного напруження (м'язи верхніх, нижніх кінцівок, тулуба, шиї, обличчя) у протиставленні (напруження-розслаблення, різкі-плавні, швидкі-повільні рухи).

Ауриколотерапія (масаж вушних раковин)

Масаж – це один з найдавніших та найефективніших лікувальних заходів, він, як засіб лікування, застосовується на науковій основі лікування нервово-м'язового апарату, порушень обміну речовин, порушень нервової системи та інших систем організму у дітей. Входить в комплексну медико-педагогічну систему реабілітації дітей із мовленнєвими порушеннями.

Масаж в логопедичній роботі використовується при корекції різних порушень: дислалії (різних її форм), дизартрії

(в тому числі її стертої форми), ринолалії, афазії, заїкання, алалії та при порушеннях голосу. В цілому масаж застосовується в корекційній педагогічній роботі у всіх тих випадках, коли спостерігається порушення тону м'язів.

Аурикулотерапія (також аурикулярна терапія, вушна акупунктура та аурикулоакупунктура; англ. Auriculotherapy) – це форма альтернативної медицини, заснована на уявленні про те, що вухо – це мікросистема, що відображає все тіло, представлене на вушній раковині, зовнішній частині вуха. Передбачається, що стани, що впливають на фізичне, психічне або емоційне здоров'я пацієнта, піддаються лікуванню шляхом стимуляції поверхні вуха.

Масаж вушних раковин дуже ефективний при порушеннях мовлення в дітей, оскільки вухо – одне з найчутливіших місць у нашому організмі. Вухо формою нагадує перевернутий ембріон, де мочка збігається з «головою», а точки на вусі співвідносяться з точками на тілі відповідно. Їх стимуляція призводить до зменшення болю, спастичних проявів, запаморочень, панічного стану та інших психофізичних розладів, які супроводжують або є причиною порушень мовлення.

Гідрогімнастика

Гімнастика у воді для дітей з порушеннями мовлення може бути ефективним і цікавим способом розвивати мовлення та координацію рухів, оскільки вода надає додаткову підтримку тілу, зменшуючи вагу, що полегшує рухи та забезпечує безпечність.

Кілька ідей для гімнастики у воді для дітей з порушеннями мовлення:

1. Рухи тіла і водний масаж. Дозвольте дітям відчути водний тиск та рухати руки та ноги у воді. Залучайте різні рухи тіла, такі як коливання руками, кругові рухи ногами тощо.

2. Гра з водяними іграшками. Використовуйте різнома-

нітні іграшки для гри в воді. Розміщуйте іграшки на різних напрямках і висотах, щоб діти могли використовувати мовлення для вказівки на те, куди їм слід планувати рух.

3. Вправи з вдихом та видихом. Використовуйте глибокі вдих та видих для покращення контролю дихання та мовлення. Залучайте дітей до гри в ігри, де вони вдихають повітря, утримуючи його, а потім промовляють звук чи слово під водою.

4. Гімнастика у групі. Розробляйте вправи та ігри, які вимагають спільної роботи та спілкування між дітьми. Залучайте їх до обговорення та використання мовлення для опису вправ та власних вражень.

5. Ігри з плаванням. Включення мовлення в ігри з плаванням, наприклад, гра в «Слова на літаючих килимах» або «Мовна швидкість», де діти називають слова чи фрази, пливучи вперед.

6. Спільні плавання із батьками. Залучайте батьків та членів сім'ї до занять гімнастикою у воді, де всі можуть спільно виконувати вправи та грати в ігри, покращуючи мовлення в дитини.

Важливо враховувати індивідуальні потреби кожної дитини та пристосовувати вправи відповідно до їхнього рівня розвитку. Завданням є створення позитивного досвіду, який сприяє розвитку мовлення та рухових навичок у веселий та сприятливий спосіб.

Японська методика масажу пальців.

Масаж бат (біоакустичних точок).

«Су-джок» – терапія

У Японії існує традиційна методика масажу пальців, яку називають «Су-Джок» або «Сюцзок». В Японії методика Су-Джок часто поєднується з іншими традиційними методами лікування, такими як акупунктура, аюрведа, трави та ін. Ця методика базується на ідеї, що на пальцях рук і ніг розташо-

вані зони, які відповідають різним органам та частинам тіла. Масаж певних точок впливає на стан здоров'я та полегшує різноманітні симптоми. Методика Су-Джок може використовуватися для дітей з порушеннями мовлення.

Ось кілька практичних порад щодо використання методики Су-Джок для дітей, зокрема при порушеннях мовлення:

1. М'язові рухи пальців. Залучайте дітей до виконання м'язових рухів пальців, таких як стискання і розтискання, коливання, обертання тощо. Це допоможе стимулювати точки на пальцях.

2. Масаж точок. Для полегшення порушень мовлення можна невеликими круговими рухами масажувати точки, які відповідають різним частинам ротової порожнини та горла.

3. Використання різних масажних іграшок, які допомагають дітям виконувати точковий масаж самостійно або під керівництвом батьків чи педагога.

4. Акупресурні точки. Звертайте увагу на акупресурні точки, які відповідають основним точкам енергетичних меридіанів. Це сприятиме зниженню стресу та покращенню психоемоційного стану.

5. Самомасаж. Навчіть дітей самостійно виконувати прості самомасажі точок, пов'язаних із мовленням та органами зору, слуху.

6. Графічні методи. Використовуйте графічні методи для стимулювання точок на пальцях через малюнки, схеми або іграшки з рельєфними елементами.

Важливо відзначити, що методика Су-Джок не є медичною наукою, і багато аспектів її ефективності ще потребують наукових досліджень для підтвердження.

Тема 7

АВТОРСЬКІ МЕТОДИКИ РОБОТИ З НЕМОВЛЕННЄВИМИ ДІТЬМИ

План

1. *Методика Шиндлера.*
2. *Методика Бобат.*
3. *Методика Лори Фрост.*
4. *Методика В.Петрової.*
5. *Методика Ганни Репп.*

Робота з дітьми раннього віку і дітьми, які мають проблеми з мовленням і комунікацією (немовленнєві діти), вимагає особливого підходу і методик. Часто логопеди і педагоги використовують різні авторські методики, які базуються на наукових дослідженнях та практичному досвіді. Наведемо приклади цих методик:

1. Методика Шиндлера

Розроблена педагогом Якобом Шиндлером, ця методика спрямована на розвиток розуміння мови і мовленнєвих навичок у дітей з особливими потребами. Вона включає в себе використання карток з зображенням предметів, які допомагають дитині вивчати нові слова та встановлювати зв'язки між словами і предметами.

Використання карток може бути ефективним інструментом для спілкування з дітьми з особливими освітніми потребами.

Наприклад, різноманітні картки в роботі з такими дітьми можна використовувати наступним чином:

1. Картки із зображеннями емоцій допоможуть дитині орієнтуватися в визначенні емоційного стану, як власного, так і довколишніх (радість, смуток, здивування тощо). В

ході заняття попросіть дитину обрати картку, яка відображає її почуття, або використовуйте ці картки для обговорення емоцій дитини.

2. Картки для комунікативних ситуацій. Картки із зображеннями різних ситуацій (наприклад, гра на майданчику, вечірка, урок у школі). Діти можуть використовувати ці картки для обговорення та висловлення своїх думок про ту чи іншу ситуацію.

3. Картки із піктограмами для інструкцій. Використовуйте картки із піктограмами для передачі інструкцій (наприклад, що робити в класі, під час обіду, під час гри). Це допоможе дітям легше зрозуміти та виконувати звичні побутові завдання, особливо це потрібно для дітей з РАС.

4. Картки для визначення пріоритетів. Використовуйте картки із завданнями чи діями та дайте дітям можливість визначити, які з них є найважливішими для них. Наприклад, допоможіть дітям створити порядок дня, чи порядок виконання завдань.

5. Картки із зображенням різних потреб (голод, спрага, втома). Діти можуть використовувати ці картки для висловлення своїх потреб та почуттів.

6. Картки для ігор з відповідями – це картки із запитаннями або завданнями та картки із можливими відповідями. Це може бути корисно для розвитку мовлення та комунікаційних навичок, особливо для дітей з РАС.

Завдання із картками можна адаптувати залежно від конкретних потреб дітей з особливими освітніми потребами та спростувати їх, щоб забезпечити доступність та зрозумілість.

2. Методика Бобат

Бобат-концепція – нейророзвиваюча терапія, що направлена на підтримку вітальних функцій, на досягнення найкращого розвитку здібностей дитини, розвитку комунікати-

вних здібностей, забезпечення максимально наближених до фізіологічних рухів, запобігання вторинних уражень (деформацій, атрофій).

Бобат-концепція була створена у 30-ті роки двадцятого століття практикуючим фізіотерапевтом Бертою Бобат (1907-1991) та психіатром, доктором Карлом Бобатом (1906-1991). У 50-ті роки фізіотерапевтична методика на нейрофізіологічній основі збагатилась ерготерапією, логопедією (Helen Müller, логопед, Швейцарія).

В результаті досліджень була створена інтердисциплінарна концепція, яка має диференційно-діагностичне значення та окреслює кроки до забезпечення розвитку дитини.

Концепція має чітко визначені принципи:

1. Підкреслення здібностей дитини.
2. Знання нормального та патологічного розвитку дитини, а також аналіз рухів.
3. Базування на основах неврологічного розвитку.
4. Центральна нервова система є органом для вирішення проблем та навчання.
5. Обстеження та терапія проходять одне через одне.
6. Терапія проводиться у повсякденній ситуації дитини (сім'я, заклад дошкільної освіти, школа).
7. Батьки з самого початку включаються у терапію.
8. Допомога для сім'ї у спостереженні та нагляді за дитиною.
9. Розширення власної ініціативи та самостійних дій дитини.
10. Діалогічний спосіб дій.
11. Моторне навчання через когнітивне навчання.
12. Підбір засобів допомоги для підтримки у повсякденному житті.
13. Міждисциплінарність.

Важливого значення в досягненні мети терапевтичного впливу Бобат-терапії надається участі батьків та реабілітаційної групи.

Мета терапії по відношенню до дитини:

1. Підтримка основних життєвих функцій (прийом їжі, дихання).
2. Розвиток комунікативних здібностей.
3. Досягнення оптимального контролю постави у спокої та в руховій поведінці у відповідності до її мети руху.
4. Акцент на максимальний розвиток моторної функції руки.
5. Навчання виконання побутових функцій (одягання, туалет та ін.).
6. Підтримка та розвиток поступальних рухів.

Мета відносно сім'ї:

1. Підтримка у формуванні суспільного повсякденного життя в сім'ї дитини з обмеженими можливостями здоров'я.
2. Сприйняття терапії батьками в рамках можливостей сім'ї.

Спостереження та терапія проходить у максимальному наближенні до повсякденних ситуацій та обставин з орієнтацією на дитячу поведінку. Це дає можливість краще залучити дитину до взаємодії, створити спокійні умови, в яких дитина повністю себе розкриє. Для взаємодії з дитиною та стимуляції її активності в Бобат-терапії використовується гра.

Терапія полягає в створенні стимулів та мінімальної допомоги, що дадуть можливість саморегуляції дитини. Це дасть можливість розширити функціональність дитини за рахунок адаптації в навколишньому середовищі.

Кожна дитина є індивідуальною особистістю зі своїми можливостями та обмеженнями, а звідси і своєю стратегією розвитку. Бобат-концепція пропонує використовувати під час терапевтичних втручань власну активність дитини з орієнтацією на дитячу поведінку, що забезпечить формування власної стратегії рухів. Використання ігрової діяльності та формування дій в повсякденних ситуаціях є умовою кращої взаємодії терапевта з дитиною та одночасно її соціальної адаптації.

При терапевтичному впливові важливе значення має підбір допоміжних засобів. Допоміжні засоби можуть бути, як прості (С-подушка), так і складні (трансфери, стендери, стільці тощо). Підбір засобів проводиться з урахуванням біомеханіки, нейрофізіології, індивідуальних особливостей дитини та сім'ї. Терапевтом проводиться адаптація дитини до допоміжного засобу та освоєння максимальної мобільності в ньому. Дитина через правильно підібраний допоміжний засіб має можливість стати на вищу ступінь свого розвитку в комунікації та моторній сфері.

Терапія проводиться з перших днів життя дитини з моменту стабілізації соматичного стану дитини. Раннє втручання дає можливість покращувати соматичний стан (функція дихання, ковтання), забезпечувати отримання інформації максимально наближеної до фізіологічної. Інформація буде використана з урахуванням генетично детермінованого розвитку дитини. Тому початок терапії у старшому віці при сформованій патологічній схемі рухів зменшує ефективність терапії.

3. Методика Лори Фрост

Ця методика спрямована на розвиток спонтанного мовлення через використання ігор, спільної гри та спілкування. Вона стимулює дітей виражати свої думки, прагнення та потреби через мову і мовлення.

PECS (Picture Exchange Communication System; Комунікаційна система обміну зображеннями) – це система додаткової (агументативної) та альтернативної комунікації (АДК), розроблена компанією Pyramid Educational Consultants, Inc. «PECS» була розроблена в 1985 році в рамках Делаверської програми з аутизму (Delaware Autism Program) під керівництвом доктора філософії Енді Бонді, а також магістра і сертифікованого логопеда (CCC-SLP) Лорі Фрост.

Розробники PECS зауважили, що традиційні методи комунікації, включаючи імітацію мови та мову жестів, поклалися на вчителя в ініціювання (починанні) соціальних взаємодій (інтерацій), і жоден з них не фокусувався на навчанні учнів ініціювання взаємодій.

Ґрунтуючись на цих спостереженнях, Бонді та Фрост створили функціональні засоби спілкування для людей з різними проблемами комунікації. Хоча PECS була спочатку розроблена для маленьких дітей з розладами аутичного спектру (РАС), її використання стало набагато більш широким. Протягом багатьох років PECS була успішно використана з людьми з різними діагнозами та віком. PECS – це заснована на фактичних даних практика, яка була успішною щодо розвитку функціональних комунікативних навичок.

Протокол навчання ґрунтується на принципах прикладного аналізу поведінки (ПАП). Метою PECS є спонтанна та функціональна комунікація. Протокол навчання PECS заснований на книзі Б. Скіннера, «Вербальна поведінка», тому функціональні словесні операнти (спонтанні елементи поведінки) систематично викладаються з використанням стратегій спонукання та підкріплення, які призводять до незалежної комунікації. Усні підказки не використовуються, що створює ініціювання та дозволяє уникнути залежності від вчителя.

PECS починається з навчання учня обміну зображенням бажаного предмета із комунікативним партнером, який негайно виконує запит. Після того, як учень навчиться самостійно вимагати бажаного предмета, система починає навчати розпізнаванню символів і тому, як побудувати просте речення. На просунутих етапах люди вчать відповідати на запитання та коментувати. Крім того, описові поняття мови, такі як розмір, форма, колір, число тощо також викладаються, щоб учень міг зробити своє повідомлення більш конкретним. Наприклад, «я хочу велику жовту кулю».

4. Методика В.Петрової

Для роботи з немовленнєвими дітьми В. Петровою розроблено методику запуску та активізації мовлення дітей, які не розмовляють, основою якої є предметна діяльність дітей, оскільки ситуація предметної діяльності разом з дорослим створює умови для появи мовлення та словесної комунікації.

Завдання методики:

- формування мотивації до мовлення;
- удосконалення здатності до наслідування дій дорослого, однолітків, у тому числі мовленнєвого наслідування формування навичок звуконаслідування;
- розвиток і корекція психофізіологічної основи мовленнєвої діяльності;
- удосконалення імпресивного мовлення;
- збагачення словника та його активізація, що забезпечує мінімальне вербальне спілкування;
- формування уявлень про просторові відношення предметів та їх вербалізація за допомогою простих словесних конструкцій з прийменниками;
- формування фразового мовлення;
- розвиток емоційного спілкування з дорослим.

5. Методика Ганни Репп

Методика Ганни Репп орієнтована на підтримку дітей з різними порушеннями комунікативних навичок, включаючи дітей з РАС. Вона базується на інтенсивній індивідуальній роботі з дитиною, використанні зображень, голосу і руху для сприяння комунікації. Цей підхід включає в себе значну роботу з привчання дитини з РАС до контакту з підсиленням включенням тактильних відчуттів до того моменту, поки дитина не відчує приємність такого спілкування, не дивлячись на своє первинне несприйняття.

Тема 8

АКТИВНІ ТА ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ І ПРИЙОМИ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

План

1. Системи альтернативної і допоміжної комунікації.
2. Засоби альтернативної і допоміжної комунікації.
3. Основні принципи застосування альтернативної і допоміжної комунікації.

Комунікація (від лат. communico – спілкуюся з кимось; повідомлення, зв'язок) – термін, що окреслює людську взаємодію в суспільстві. У багатьох словниках комунікація визначається як обмін інформацією між людьми за допомогою спеціальної системи символів.

Альтернативна і додаткова комунікація (АДК) (англ. – alternative and augmentative communication), за визначенням Міжнародної спільноти з альтернативної та додаткової комунікації, – це набір інструментів і стратегій, які використовує людина, щоб виконувати щоденні завдання спілкування. Включає в себе різні засоби для спілкування, спеціальні методики і системи комунікації.

Комунікація має різні форми, такі як мовлення, погляд, текст, вираз обличчя, дотик, рухи тіла та жести тощо.

Американська дослідниця Phelps зазначає, що АДК включає в себе низку інструментів, технологій і технік втручання, які мають на меті стимулювати та поліпшувати комунікативну компетентність осіб з особливими комунікативними потребами.

Альтернативна і додаткова комунікація може мати різні форми: мовлення, погляд, текстові повідомлення, жести, вираз обличчя, дотик, жестова мова, піктограми, малюнки, додатки з символами та пристрої для генерації мовлення тощо.

АДК є важливою, насамперед для людей із мовленнєвими розладами при таких особливостях розвитку, як РАС, інтелектуальна недостатність, тяжкі порушення мовлення та інші стани, а також у разі втрати набутого мовлення внаслідок інсультів, травм (афазія) тощо.

АДК дає можливість спілкуватися, навіть не вживаючи усного мовлення. Одним із поширених засобів АДК є символічні малюнки-пиктограми на позначення окремих слів, понять.

В Україні існують громадські ініціативи, які розробляють пиктограми для освітнього процесу. Частина цих пиктограм та матеріали з АДК є у вільному доступі.

Про використання *додаткової комунікації* говорять, коли особа може розмовляти словесно, проте ця здатність обмежена з якихось причин. Додаткова комунікація застосовується також, коли дитина або дорослий активно користуються лише невеликою кількістю слів, тоді засоби АДК (жести, картинки, пиктограми, пристрої) стануть у пригоді для доповнення мовлення.

Якщо ж особа з якихось причин взагалі не користується вербальним мовленням, але може послуговуватися жестами, графічними символами, пристроями або додатками для комунікації, тоді говоримо про *альтернативну комунікацію*, яка заміщує словесне мовлення.

Підхід, який описує комунікацію як спектр вербальних та невербальних засобів спілкування, називається *тотальною комунікацією*.

Застосування засобів АДК в розвитку та навчанні дітей із порушеннями мовленнєвого розвитку значно розширює можливості використання символів, знаків та пиктограм у корекційній роботі, адже, спираючись на дані (G. Vonora, J. V. Ganz, K. C. Lakin, L. Perondi, B. Williams), можна зазначити, що після появи перших вербалізацій та їх співвіднесення з образами та реальними предметами або явищами, значно знижується потреба використання засобів

АДК у спілкуванні. Використання засобів АДК не перешкоджає розвитку словесного спілкування, а навпаки, стимулює власні вербалізації.

Коли є виражена затримка мовлення у дитини або його нестача, то завжди є пріоритетом підтримання розвитку комунікації та мовлення, розпочате якомога раніше (Greisen & Nielsen; Guralnick; Lan, Hancock & Singh; Romski).

Історія АДК бере початок з Давньої Греції, де вже існувала жестова мова. Але найперше наукове дослідження щодо вживання АДК було опубліковане в 50-х рр. ХХ ст. Goldstein and Cameron описали досвід використання комунікативних дошок у людей з афазіями, а кілька років потім Sklar and Bennett представили аналогічний досвід з використання комунікативних таблиць. Із 1958 р. у США почали описувати досвід використання комунікативних дошок для людей з порушеннями опорно-рухового апарату (Feallock, 1958; Goldberg & Fenton, 1960).

Альтернативні форми доступу з'явилися у 60-х рр., коли був створений механізм вибору, що управлявся пацієнтом POSM (Patient Operated Selector Mechanism), який дозволяв управляти друком with a sip and puff switch. Пристрій PILOT (Patient Initiated Lightspot Operated Typewriter) використовував світловий вказівник для доступу, щоб активувати фотоелектричні елементи.

Одним із перших переносних пристроїв з АДК був апарат Talking Brooch (Newell, 1973). Це був дисплей, що показував літери і кріпився на одязі. Користувач друкував повідомлення на маленькій переносній клавіатурі.

На початку 80-х вже використовувалася технологія управління поглядом, Eye Typer by Sentient Systems, яка пізніше стала Dynavox.

На сьогодні виділяють такі групи та види АДК

Групи	Види
Комунікація з безпосереднім використанням тіла, у тому числі через тактильні відчуття	<ul style="list-style-type: none">▪ жести▪ міміка▪ рухи тіла▪ обмацування▪ постукування▪ погладжування
Комунікація через візуальні образи	<ul style="list-style-type: none">▪ письмо▪ символи▪ піктограми▪ зображення▪ фотографії
Спеціальні електронні засоби комунікації	<ul style="list-style-type: none">▪ електронні записники▪ фотоальбоми▪ комунікатори▪ сенсорні екрани▪ синтезатори мови▪ іграшки, що розмовляють▪ комп'ютери та планшети▪ з функцією управління очима
Комбіновані засоби комунікації, які поєднують у собі мовлення, жести й символи	<ul style="list-style-type: none">▪ система Makaton

1. Системи альтернативної і допоміжної комунікації

Системи альтернативної комунікації (САК) використовуються для сприяння комунікації у дітей, які мають обмеження в мовленні або не мають його взагалі. Системи допоміжної комунікації (СДК) використовуються для полегшення та підтримки комунікації осіб з обмеженими мовленнє-

вими навичками. Ці системи можуть бути технічними чи нетехнічними і включають в себе різноманітні засоби для вираження думок, почуттів та потреб.

Ось деякі популярні системи альтернативної і допоміжної комунікації для дітей:

1. Мовленнєві апарати (AAC Devices). Електронні пристрої, що дозволяють користувачам виражати свої думки за допомогою вибору слів, фраз, чи звукових записів. Деякі пристрої включають комунікатори з голосовим виведенням, а інші – текстові інтерфейси. Користувачі можуть вибирати потрібні слова або фрази на екрані або за допомогою інших інтерфейсів.

2. Підставні символи (PECS): Це система, яка використовує зображення або фотографії на картках для допомоги у вираженні думок і потреб. Наприклад, діти можуть скласти картинку, щоб створити повідомлення чи ідею.

3. Символьні системи (Blissymbols). Це система піктограм, яка використовує спеціальні символи для представлення слів і ідей. Blissymbols можуть бути використані на картках, планшетах або інших пристроях.

4. Мовні дошки. Деякі діти використовують мовні дошки, які містять групи зображень або слів. Дитина може вказати на картинку або слово, щоб виразити свої потреби або думки.

5. Діагностичні методи. Деякі системи використовуються індивідуально відповідно до потреб конкретної дитини. Це може включати в себе використання різних карток, фізичних об'єктів або жестів.

8. Системи комунікації через погляд (Eye-Gaze Systems). Сучасні технології, що дозволяють користувачам керувати комп'ютером або іншим пристроєм за допомогою рухів очей.

9. Візуальні розкладки часу. Зображення графіку та розкладу дня для допомоги особам з РАС та обмеженими мовленнєвими можливостями розуміти та очікувати події.

7. Жестова мова. Використання рухів рук та жестів для

вираження думок. Жестова мова включає використання спеціальних жестів та рухів, щоб представляти конкретні слова чи ідеї.

4. Мобільні додатки для комунікації. Додатки для смартфонів та планшетів, які дозволяють користувачам виражати себе за допомогою тексту, зображень, голосових повідомлень або символів.

5. Комунікатори з допомогою Інтернету. З розвитком технологій можливості використання планшетів та комп'ютерів для альтернативної комунікації зросли. Додатки та програми дозволяють дітям взаємодіяти із світом за допомогою обраного виразу чи тексту.

6. Глибока та поверхнева стимуляція. Використання різних матеріалів, текстур, запахів та звуків для сприяння відчуттю і комунікації через сприйняття.

Кожна дитина з обмеженими можливостями унікальна, тому важливо підібрати систему комунікації, яка відповідає її конкретним потребам і можливостям. Важливо також включити сім'ю у цей процес для максимального успіху в розвитку комунікативних навичок дитини.

2. Засоби альтернативної і допоміжної комунікації

Засоби альтернативної і допоміжної комунікації для дітей можуть включати різноманітні технічні та нетехнічні засоби. Нижче представлено кілька популярних засобів:

1. Технічні засоби.

1. Мовленнєві апарати (AAC devices). Електронні пристрої, які дозволяють користувачам вибирати та відтворювати певні слова, фрази або повідомлення.

2. Мобільні додатки для комунікації. Є різні додатки, спеціально розроблені для планшетів та смартфонів, що дозволяють дітям виражати свої думки за допомогою тексту,

зображень, або символів.

3. Символьні системи (Blissymbols, PECs). Засоби, які використовують піктограми або символи для вираження слів та ідей. Шрифт Брайля спеціальний об'ємний, рельєфно-точковий шрифт, що створив Л. Брайль (1829 р.) для читання і письма незрячими людьми.

4. Електронні дошки для комунікації. Пристрої з екранами, на яких користувачі можуть вибирати різні опції, зображення та слова.

5. Комунікатори з голосовим виведенням. Програми чи пристрої, які виводять мовлення або звуки відповідно до введених користувачем сигналів.

2. Нетехнічні засоби

1. Системи жестів та міміки. Використання рухів рук, обличчя та інших жестів для вираження думок та почуттів.

2. Візуальні розкладки часу. Зображення графіку та розкладу дня для допомоги дітям розуміти та очікувати події.

Важливо враховувати індивідуальні потреби та можливості дитини при виборі засобів альтернативної та допоміжної комунікації. Також, сумісне використання різних методів часто може бути найбільш ефективним.

3. Основні принципи застосування альтернативної і допоміжної комунікації

Застосування альтернативної і допоміжної комунікації базується на дотриманні кількох ключових принципів, щоб забезпечити ефективність та індивідуалізацію комунікаційного процесу для людей з обмеженими або відсутніми мовленнєвими навичками.

Основні принципи застосування альтернативної комунікації включають:

1. Індивідуалізація. Кожна людина є унікальною, тому

системи альтернативної комунікації повинні бути індивідуалізованими, враховуючи потреби, навички, інтереси та стиль комунікації конкретної людини.

2. Систематичний підхід. Важливо забезпечити систематичний та послідовний підхід до вивчення та впровадження засобів альтернативної комунікації. Прогрес повинен бути оцінюваним і методика може змінюватися відповідно до потреб користувача.

3. Визначення пріоритетів. Визначте, які основні повідомлення, потреби чи цілі є найважливішими для користувача, і спрямовуйте зусилля на їхнє навчання та використання.

4. Використання різноманітних засобів. Розглядайте різноманітні засоби альтернативної комунікації, такі як підставні символи, мовленнєві апарати, мовні дошки тощо. Комбінування різних методів може бути дуже ефективним.

5. Постійна підтримка та тренування. Надавайте постійну підтримку та тренування, як для користувача, так і для його оточення (сім'ї, педагогів). Це сприяє засвоєнню та вдосконаленню навичок комунікації.

6. Інтеграція в різні середовища. Засоби альтернативної комунікації повинні бути інтегрованими в різні аспекти життя користувача, включаючи домашнє середовище, заклад освіти та громадські місця.

7. Стимулювання активного використання. Створюйте ситуації та навчальні випадки, що сприяють активному використанню альтернативних засобів комунікації, а не обмеженому їх використанню лише у випадках необхідності.

8. Залучення довколишніх. Залучайте сім'ю, друзів, педагогів та інших довколишніх у процес вивчення та використання засобів альтернативної та допоміжної комунікації. Чим більше людей буде знати та підтримувати використання цих засобів, тим успішніше буде впровадження.

Застосування цих принципів допомагає створити ефективне середовище для розвитку комунікаційних навичок та забезпечення кращого сприйняття суспільства.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андрусина Л.Є. Психологічні характеристики загально функціональних механізмів мовлення у старших дошкільників із ЗНМ. *Теорія і практика сучасної логопедії*. Київ: Актуальна освіта, 2007. Вип. 4. С. 18-23.

2. Бабич Н.М. Логопедичний практикум: Нетрадиційні методи корекційно-компенсаторної роботи з розвитку і корекції мовлення. Київ: Абетка, 2020 182 с.

3. Бабич Н.М., Кібальна К.О. Використання техніки орофасіальної міофункціональної терапії в логопедичній практиці. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали VI Всеукраїнської заочної науково-практичної конференції* (14 квітня 2017 року). Суми, 2017. С. 39-42.

4. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років: монографія. Київ: Слово, 2004. 376 с.

5. Богуш А.М., Гавриш Н.В., Саприкіна О.В. Теорія і методика розвитку мовлення дітей раннього віку. Київ: Слово, 2009. 407 с.

6. Боровисюк Т., Прокопенко Т. Кластер як ефективний метод технологій дистанційного навчання. *Технології дистанційного навчання: впровадження, розвиток, удосконалення : матер. міжнар. дистанційної наук.-метод. конференції*. Харків: Фаховий коледж НФаУ, 2021. 38–43.

7. Вітюк В., Лякішева А. Інтелектуальні карти як засіб формування правописної компетентності майбутніх учителів початкової школи. *Інформаційні технології і засоби навчання*. Київ, 2019. №74 (6), С. 111–126.

8. Войтко В. Застосування основ мнемотехніки для корекції розвитку дітей з особливими освітніми потребами в педагогічній практиці вчителя-дефектолога Тетяни Леонової. *Розвиток професійної компетентності педагогічних працівників в умовах неперервної освіти. Науково-методичний вісник*. 2022. №58. С. 443–457.

9. Галущенко В.І. Застосування інноваційних логопедич-

них технологій у корекційній роботі з дітьми з порушеннями мовлення. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб. наук. праць.* / за ред. В.М. Синьова. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори, 2016. Вип. 7. Т.1. С. 352-267.

10. Гасюк Н.І. Оцінка психомоторного розвитку передчасно народжених дітей на першому році життя. *Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник української медичної стоматологічної академії.* 2015. № 3-1 (51). Т. 15. С.368-371.

11. Дегтяренко Т. В., Павлова Н. В. Актуальність міждисциплінарного та нейропсихологічного підходів до діагностики тяжких порушень мовлення у дітей раннього віку. *Наука і освіта.* Одеса, 2016. № 8. С. 30–37.

12. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: підручник. 2-ге вид., доповн. Київ: Академвидав, 2012. 349 с.

13. Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови в дошкільних навчальних закладах: підручник / за ред. А. М. Богуш. 2 вид., допов. Київ: Слово, 2011. 704 с.

14. Єжова Т. Є. Альтернативна комунікація як засіб соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями життєдіяльності. *Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами».* 2011. №8. С. 73–80.

15. Заплатинська А. Б. Вивчення сформованості фізичних якостей у дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарата засобами баламетрики. *Збірник наукових праць «Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови».* Київ, 2017. С. 105–112.

16. Карасєва Н. Сталий інноваційний розвиток: Створення інтелект-карти : навч. посіб. Київ: КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. 70 с.

17. Кондратенко І.Ю. Виявлення та подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку. Київ: Айріс-прес, 2005. 224 с.

18. Кочерга О. В. Використання балансувальної дошки доктора Френка Белгау в навчально-корекційній роботі з

учнями 1-4 класів із порушеннями психофізичного розвитку. Київ: Слово, 2015. 64 с.

19. Крутій К.Л. Діагностика мовленнєвого розвитку дітей дошкільного вік. Запоріжжя: ТОВ «ЛПС» ЛТД, 2005. 206 с.

20. Куренкова А. Використання синквейн-технології в роботі логопеда. *Modernization of today's science: experience and trends: collection of Papers of participants of the III International Multidisciplinary Scientific and Theoretical Conference* (February 24, 2023). 2023. P. 217–218.

21. Куренкова А. Скрайбінг-технології в корекційно-розвивальній діяльності з дітьми дошкільного віку з ТПМ. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції*. Суми, 2022. С. 51–54.

22. Куценко Т. О. Використання допоміжної альтернативної комунікації при навчанні дітей з розладами аутичного спектра. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. Вип. 4 (2). С. 209–218.

23. Лаврова І. Технологія синквейн як інструмент розвитку критичного та креативного мислення здобувачів освіти на заняттях історії. *Scientific trends and trends in the context of globalization: papers of Scientific Collection «InterConf»* (June 7-8, 2021). 2021. P. 266–273.

24. Логопедичні ігри для дітей від 2 до 7 років: навч.-метод. посіб. /І.О. Яковенко, А.А. Солонська, Л.С. Журавльова, О.В. Федорова. Мелітополь: Люкс, 2020. 124 с.

25. Лопатинська Н. Нейростимуляційні технології у логопедичній практиці з дітьми дошкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2020. 3(24). P. 83-88

26. Луцько К.В. Домінуюча перцептивна діяльність і її вплив на формування мовлення дітей с особливими освітніми потребами. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць*. 2020. Вип. 16. С. 173-186.

27. Манова-Томова В. Психологічна діагностика ран-

нього віку. Київ: Вища школа, 2009. 167 с.

28. Манько Н.В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : наук.-метод. посіб. Київ: КНТ, 2008. 256с.

29. Мартиненко І., Козачук Л. Інноваційні підходи в логопедичній роботі з безмовленнєвими дітьми. *Корекційна педагогіка. Вісник Української асоціації корекційних педагогів*. Київ, 2017. Вип. 1. С. 18-24.

30. Марченко І.С. Сучасні логопедичні технології у подоланні мовленнєвих розладів у дітей із порушеннями психофізичного розвитку. *Логопедія: Науково-методичний журнал*. 2011. №1. С.41–44.

31. Павленко Т. В. Основні психологічні підходи визначення поняття «комунікація». *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка. Т. IX, Загальна психологія*. Київ, 2016. Вип. 9. С. 368–376.

32. Павлова Н. В. Доцільність використання звукових нейромодуляцій в практиці ранньої корекції тяжких порушень мовлення у дошкільнят. *Збірник наукових праць «Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)»*. Кам'янець-Подільський, 2016. Вип. 7. Т.1. С. 302–316.

33. Павлова Н.В. Формування комунікативної активності у немовленнєвих дітей молодшого дошкільного віку засобами інноваційних технологій: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. Одеса, 2017. 209 с.

34. Потапенко О. М. Масаж біологічно активних точок у корекційній роботі логопеда. *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Київ, 2013. Вип. 24. С. 190–193.

35. Програма розвитку дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку від 3 до 7 років «Віконечко» / за заг. ред. Сак Т. В. Тернопіль : Мандрівець, 2015. 304 с.

36. Рібцун Ю. В. Запобігти, захистити, допомогти. Діти з особливими мовленнєвими потребами в умовах воєнного

стану. *Вісник науки та освіти*. Київ, 2022. № 2. С. 202-213.

37. Рібцун Ю. В. Нейропсихологічний підхід у роботі з дітьми із заїканням. Подолання психотравм, зумовлених воєнними діями. *Modern technologies for solving actual society's problems. Publishing House of University of Technology*, Katowice, 2022. С. 113-120.

38. Рібцун Ю. В. Психогімнастика. Енциклопедія освіти: довідково-аналіт. вид. Київ: Юрінком Інтер, 2021 С. 836-837.

39. Рібцун Ю.В. Формування фонологічного компоненту мовленнєвої діяльності у дітей за умов нормального та порушеного онтогенезу. *Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова: зб. наук. пр.* Київ, 2012. №22. С. 219–222.

40. Сидорчук Н. Скрайбінг: інновації та традиції аудіо-візуальної підтримки навчального процесу. *Креативна педагогіка*. 2016. №11. С. 57–64.

41. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В. І. Бондаря. Луганськ: Альма-матер, 2003. 436 с.

42. Сучасні технології в освіті: упоряд.: І.П. Моїсєєва. Київ: АПН України, 2006. 196 с.

43. Трикоз С., Овчарук О. Використання комп'ютерних технологій у навчанні дітей з порушеннями інтелектуального розвитку. *Цифрова компетентність сучасного вчителя нової української школи : зб. матеріалів всеукр. наук.-практ. семінару*. Київ: ІТЗН НАПН України, 2019. С. 99–100.

44. Федорович Л. О. Психолого-педагогічна діагностика розвитку дітей раннього дошк. віку : навч.-метод. посіб. Кременчук: Християнська Зоря, 2008. 217 с.

45. Федорчук Е.І. Сучасні педагогічні технології: навчально-метод. посіб. Кам'янець-Подільський: АБЕТКА, 2016. 212 с.

46. Філімонов В. І. Фізіологія людини. Київ: Знання, 2021. 488 с.

47. Чайка М. С., Усатенко Г. В., Кривоногова О. В. Теорія та практика використання альтернативної комунікації для осіб з особливими освітніми потребами: навчально-

метод. посіб. Київ : ФОП Усатенко Г. В., 2021. 80 с.

48. Bondy AS, Frost LA. The Picture Exchange Communication System. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 1994. Vol. 9, №. 3. P.1-19.

49. Bondy, A.S., and L. Frost. The Picture Exchange Communication System. *Behav Modif.* 2001. №25(5). P.725-744.

50. Overcash, A., & Horton, C. The picture exchange communication system: Helping individuals gain functional communication. *Autism Advocate*, 2010. №3. P.21-24.

51. Shortland H.L., Hewat S., Vertigan A., Webb G. Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Speech Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. *Am J Speech Lang Pathol.* 2021. №30(1). P. 301-317.

ЗМІСТ

Передмова.....	3
Тема 1. Особливості логопедичної роботи з дітьми дошкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення.....	5
Тема 2. Моделі скринінгового дослідження дітей першого року життя.....	14
Тема 3. Ефективні методи логокорекційного впливу при складних порушеннях вимовної сторони мовлення.....	25
Тема 4. Апаратні та фізіотерапевтичні технології у логопедичній роботі.....	38
Тема 5. Використання інноваційних технологій в мовленнєвому розвитку дошкільників.....	54
Тема 6. Технології розвитку артикуляційної, дрібної та загальної моторики у логопедичній роботі.....	67
Тема 7. Авторські методики роботи з немовленнєвими дітьми.....	80
Тема 8. Активні та інтерактивні методи і прийоми в логопедичній практиці.....	87
Список рекомендованої літератури.....	95

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

Розробник:

Ганна КАВИЛІНА – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри сімейної та спеціальної педагогіки і психології Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського»

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

ДО НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СУЧАСНІ МЕТОДОЛОГІЇ ТА МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДІЇ З ПРАКТИКУМОМ»

Авторська редакція
Виготовлено з готового оригінал-макету

Підписано до друку 27.12.2023 р. Папір офсетний.
Формат 60×90/16. Гарнітура «Times New Roman».
Ум.-друк. арк. 5,9.