

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ  
УКРАЇНИ**

**Кам'янець-Подільський національний університет імені  
Івана Огієнка**

**О.І.Швець**

**КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНІ  
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА  
КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ  
ПОРУШЕНЬ**

**Методичний посібник**

**м.Кам'янець-Подільський  
2011**

**Укладач:**

**О.І. Швець** - асистент кафедри логопедії та спеціальних методик, факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

**Рецензенти:**

**Н.С. Гаврилова**-кандидат педагогічних наук, доцент, викладач кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка

**В.І. Шнайдер**-старший викладач кафедри корекційної педагогіки і психології Хмельницького обласного інституту післядипломної педагогічної освіти.

**Л.В.Балюк**—заступник навчально-виховної роботи Кам'янець-Подільського багатoproфільного навчально-реабілітаційного центру.

В методичному посібнику охарактеризовано форми та методи клініко-педагогічної діагностики корекції мовленнєвого розвитку дітей, розглянуто роль перинатальної патології нервової системи у виникненні мовленнєвих порушень у дітей. Звертається увага на значення комплексного клініко-педагогічного піходу у діагностиці логопатій та встановленні ефективних напрямків роботи з дітьми з мовленнєвими патологіями шляхом інтеграції клініко-психологічних та педагогічних діагностичних методик.

*Посібник адресовано вчителям-логопедам спеціальних та загальноосвітніх закладів, батькам дітей з порушеннями мовлення, студентам за напрямом корекційний педагог.*

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ I КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ	
ВСТУП.....	6
1.1 Загальні питання клінічної діагностики мовленнєвих порушень.....	8
1.2 Сучасні методи комп'ютерної діагностики порушень мовлення .....	11
1.3 Перинатальна патологія центральної нервової системи, як етіологічний фактор виникнення мовленнєвих порушень.....	12
1.4.Етапи лікувально-педагогічної допомоги дітям з порушеннями мовлення. ....	24
РОЗДІЛ II. ЛІКУВАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА, ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІНІЧНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	
2.1.Лікувальна педагогіка у системі корекційно-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями мовлення. ....	28
2.2. Принципи та завдання лікувально-педагогічної роботи з подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного та шкільного віку ..	30
2.3 Особливості мовлення дітей з ТПМ	36
2.4.Організація лікувально-педагогічної допомоги дітям з порушеннями мовлення в спеціальних навальних закладах. ....	42
РОЗДІЛ III РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПІДХОДУ У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПМР	
3.1. Медикаментозна терапія як засіб корекції порушень мовлення. ....	45
3.2.Методи корекції порушень у дітей .....	51
3.3.Психолого-педагогічні умови корекції порушень мовлення у спеціальних закладах освіти. ....	73
<b>СЛОВНИК</b> .....	76
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	78

## ВСТУП

З 90-х років ХХ ст. — початку ХХІ ст. відбувається бурхливе зростання мережі спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Вони покликані забезпечувати умови для навчання, виховання, відновлення фізичного та психічного здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації дітей, що мають органічні та функціональні захворювання внутрішніх органів та систем або вади психофізичного розвитку.

Особливості умов виховання, навчання та лікування в таких закладах забезпечується специфікою особистісно-зорієнтованого освітньо-реабілітаційного процесу та індивідуальними лікувально-реабілітаційними заходами відповідно до психофізичного розвитку вихованців, їх інтелектуального потенціалу та обсягу фізіологічних резервів.

Такий підхід в умовах навчально-реабілітаційного центру проводиться спеціалістами відповідних служб, а саме: з боку *медичного персоналу*: дітям роблять масаж, здійснюють фізіотерапевтичне лікування, ЛФК, надають психотерапевтичну допомогу; *психолог* спостерігає психологічні особливості дітей з комплексними порушеннями й пропонує методи і прийоми корекційно-виховного впливу в умовах занять, що проводяться педагогами, зокрема *логопедом*, проводиться діагностика, корекція мовленнєвого розвитку, пізнавальної, емоційної, комунікативної сфер розвитку дитини та ін.; *невролог* слідкує за перебігом та станом психічного здоров'я, надає неврологічну допомогу, проводить неврологічні заняття; *батьки* продовжують цілісний реабілітаційний процес вдома; *соціальні педагоги* забезпечують умови для повернення дитини до активної участі у житті, відновлюють її соціальний статус та здатність до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального самообслуговування,

задовольняють дитячі потреби різними засобами реабілітації тощо.

Актуальність системності та комплексності в підході до корекції та подоланні вад розвитку дитини навіть у відносно простих випадках патологій є ідеальною при використанні як загальноприйнятих традиційних, так і нетрадиційних методів роботи. Базовими, безумовно, є традиційні педагогічні та медичні методи. Нетрадиційні методи допомагають глибшій корекції, особливо зачіпаючи стани, супутніх патологій.

Нетрадиційні методи прості, доступні, ефективні, не мають вікових кордонів, а особистісно-зорієнтований підхід в роботі з дитиною сприяє вибору найбільш оптимальної, результативної комплексної методики. Використання нетрадиційних методів в комплексному корекційно-освітньому процесі, покращує у дитини пам'ять і увагу, підвищує працездатність, нормалізує стан нервової системи, усуває стреси, знижує рівень стомлюваності, покращує комунікативну функцію, а в умовах роботи цілісного організму — соматичний стан.

Реабілітаційна робота у спеціалізованих центрах, як цілісна система, повинна розглядатися у тісному взаємозв'язку з підсистемами, що забезпечуватимуть цей процес комплексом медичних, психологічних, соціальних і педагогічних заходів відповідно до потреб дитини, тому вона виконує інтегральну функцію, а відтак розглядається як система і процес. Цим зумовлено суттєве оновлення змісту, організаційних форм і технологій навчання на основі сучасних інноваційних підходів, забезпечення психолого-педагогічного супроводу дітей у навчальному процесі.

# **РОЗДІЛ І. КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ**

## **1.1 Загальні питання клінічної діагностики мовленнєвих порушень.**

Останнім часом спостерігається суттєве збільшення кількості дітей раннього віку, які мають порушення психофізичного, зокрема мовленнєвого розвитку в Україні (Н.В.Вісневська, В.М.Синьов, В.В.Тарасун, В.В.Тищенко, М.К.Шеремет а ін.), що вимагає перегляду методів і форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей.

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки, спеціальної психології та окремих медичних галузей, постає питання в об'єднанні наукових пошуків у напрямі раннього комплексного клініко-педагогічного діагностування, попередження та профілактики порушень мовленнєвого розвитку дітей та створення ефективних умов для їх всебічного розвитку з урахуванням індивідуальних, вікових та психофізіологічних особливостей, а також потенційних можливостей кожної дитини.

Аналіз літературних джерел засвідчує про наявність широкого кола клінічних досліджень, присвячених сучасним методам діагностики і подолання порушень психомоторного розвитку дітей перших років життя (Л.О.Бадалян, О.В.Головченко, Л.Т.Журба, Л.Г.Кирилова, В.Н.Кожевников, Л.С.Персіанінов, Г.М.Савельєв, І.О.Скворцов, Г.Є.Сухарева, Е.І.Ямпольська, та ін.).

Особлива увага питанню ранньої клінічної діагностики і корекції відхилень в розвитку приділено в книзі Мастюкової О.М. «Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция». В ній авторка узагальнила дані вітчизняних і зарубіжних досліджень по діагностиці і корекції різних форм аномального розвитку дітей раннього віку. Провівши аналіз відповідної наукової літератури нею зроблений висновок, що

сучасний рівень розвитку медичної генетики, клінічної медицини і психології дозволяє не лише діагностувати різні форми відхилень розвитку (затримка психічного розвитку, загальний недорозвиток мовлення, аномалії розвитку при різних спадкових захворюваннях нервової системи, дитячому церебральному паралічі і ін.) та оцінювати міру сформованості вищих психічних функцій, але і виявляти клінічні і психологічні механізми даних порушень.

Діагностика відхилень розвитку ґрунтується на порівняльному аналізі загальних і специфічних закономірностей психічного розвитку нормальної та аномальної дитини. Вона носить комплексний характер, тобто при її проведенні враховуються дані клінічної медицини (дитячої психоневрології, медичної генетики, педіатрії), дефектології, психології, логопедії.

*Клінічна діагностика* грає провідну роль у вирішенні питань виявлення, лікування, прогнозу, медико-генетичного консультування сім'ї.

На основі аналізу специфіки аномального розвитку, патогенетичних механізмів порушення, місця локалізації і поширеності враження центральної нервової системи педагог і психолог можуть орієнтуватися в структурі дефекту. Такий підхід підводить до виділення єдиного симптомокомплексу порушень клінічних, педагогічних та інших закономірностей розвитку.

Дані наукових досліджень в області медичної генетики, молекулярної біології, цитогенетики і біохімії, а також клінічної медицини показали необхідність перегляду уявлень про причини і механізми виникнення багатьох форм аномального розвитку, перш за все розумової відсталості, мовленнєвих дефектів, а також раннього дитячого аутизму, що поєднується з різними неврологічними порушеннями. В даний час доведено, що ці форми аномального розвитку мають різну етіологію, але в більшості випадків пов'язані з генетичними захворюваннями.

Діагностика конкретних нервово-психічних захворювань і синдромів у дітей з відхиленнями в розвитку відкриває нові перспективи для лікування і педагогічної для психологотипу корекції цих захворювань, а також для їх попередження.

Важливе значення для діагностики і прогнозу має виявлення зв'язку між дизонтогенетичними і енцефалопатичними розладами, тобто ознаками порушеного розвитку і пошкодженнями різних мозкових структур.

Наявність енцефалопатичних розладів у всіх випадках ускладнює і обтяжує хід аномального розвитку. Частіше за все енцефалопатичні розлади виявляються у вигляді стійких і виражених порушень розумової працездатності, пам'яті, уваги, різних порушень емоційної сфери і поведінки-неврозоподобних і психопатоподібних синдромів, а також у вигляді епілептичних розладів.

Важливе значення в діагностиці аномального розвитку надається методу системного аналізу стану вищих психічних функцій. Цей метод є надзвичайно корисним в системі комплексного обстеження дитини при зіставленні нейропсихологічних і неврологічних порушень з даними нейрофізіологічних, нейрореннографічних та інших методів обстеження.

## **1.2 Сучасні методи комп'ютерної діагностики порушень мовлення**

Разом із загальноклінічним (лікарським) важливе значення має лабораторне обстеження. Дані лабораторних методів обстеження носять допоміжний характер і допомагають уточнити характер і ступінь ураження головного мозку, служать для спостереження за перебігом захворювання, оцінки ефективності терапії.

До лабораторних методів відносяться наступні:

- *краниографія* — рентгенограма кісток черепа, цей метод дозволяє по непрямим ознаках судити про органічне враження



мозку. Зокрема, посилення пальцевидних вдавлень служить ознакою тривалого підвищення внутрічерепного тиску (гідроцефалії).

- *електроенцефалографія (ЕЕГ)* — реєстрація біоелектричних клітин мозку, що відображають процеси метаболізму, що відбуваються в них. ЕЕГ найбільш важлива для діагностики епілепсії і епілептичних психозів. ЕЕГ використовується також як допоміжний прийом для діагностики органічних уражень головного мозку.

*Нейросонографія (НСГ)* - безпечний метод огляду головного мозку, що дозволяє оцінити стан тканини мозку, лікворних просторів. Він виявляє внутрішньочерепні поразки, характер уражень мозку.

*Доплерографія* дозволяє оцінювати величину кровотоку в судинах головного мозку.

- *метод викликаних потенціалів* (для оцінки стану органів зору і слуху);

- *ехо-енцефалографія (ЕХОЕГ)* -дослідження мозку за допомогою ультразвука, засноване на принципі ехолокації. (ЕХОЕГ) використовується для обстеження, коли виникають підозри на те, що розлад пов'язаний ураженням головного мозку, наприклад з пухлиною. У цих випадках серединні структури мозку зміщуються в здорову сторону. За наявності в мозку об'ємного атрофічного вогнища зсув відбувається в хвору сторону.

- *комп'ютерна томографія*, автоматизоване пошарове рентгенологічне дослідження тканин мозку з аналізом результатів на ЕОМ і подальшою побудовою об'ємного зображення на спеціальному екрані. За допомогою неї можна виявити багато вроджених вад розвитку, гідроцефалію, набряк мозку і інші порушення, а також Цим методом діагностуються мозкові пухлини, атрофічні процеси, кісти, абсцеси і так далі.

- *магнітоенцефалографія мозку*,-безконтактний метод дослідження функції мозку з реєстрацією надслабких магнітних

полів, які виникають в результаті протікання в головному мозку електричних струмів. Це дає можливість реєструвати активність не лише поверхнево розташованих кіркових структур (як в разі еег), але і глибоких відділів мозкової тканини з досить високим відношенням показників сигнал/шум. МЕГ досить ефективна для точного визначення внутрішньомозкової локалізації.

*відеомоніторинг* - спосіб, що дозволяє оцінити спонтанну рухову активність у дитини за допомогою відеозаписів. Поєднання відео-та ЕЕГ-моніторингів дозволяє точно виявити характер нападів (пароксизмів) у дітей раннього віку.

*електронейроміографія (ЕНМГ)* - незамінний метод в діагностиці вроджених і набутих нервово-м'язових захворювань.

*позитивно-емісійна томографія (ПЕТ)* дозволяє визначити інтенсивність обміну речовин у тканинах і інтенсивність мозкового кровотоку на різних рівнях і в різних структурах центральної нервової системи.

*Найбільш широко при ПЕП використовуються нейросонографія та електроенцефалографія.*

*генетика* - діагностика генетичних захворювань і синдромів у дорослих і дітей. Генетичні консультації хворих і членів їх сімей. Допологова діагностика генетичної патології плоду, включаючи дослідження навколоплідних вод з метою діагностики синдрому Дауна та дослідження ДНК обох батьків. Одним із прикладів центрів з використанням деяких з вище згаданих методів обстеження є Львівський медико-логопедичний центр "Світава Галицька"

. Медична діагностика відхилень розвитку у дітей раннього віку включає, крім вищеописаних лабораторних діагностик, загальний огляд дитини, аналіз анамнестичних даних, а також оцінку неврологічного, соматичного і психічного стану. При цьому особлива увага приділяється характеристиці емоційного, інтелектуального, мовленнєвого і психомоторного розвитку. При постановці діагнозу для лікаря дуже важливою є інформація, яку він отримує від батьків: про особливості

протікання вагітності і пологів, післяродового періоду, ранній психомоторний та мовленнєвий розвиток дитини.

### **1.3 Перинатальна патологія центральної нервової системи, як етіологічний фактор виникнення мовленнєвих порушень.**

Інтерес до проблеми ураження нервової системи у дітей раннього віку пояснюється розумінням провідної ролі перинатальних факторів в етіології багатьох неврологічних розладів у дітей, що виникають надалі з ростом і розвитком дитини. Серед дітей, які перенесли ураження центральної нервової системи в ранньому періоді, тільки 25,5% здорові, а решта 74,5% дітей мають різні відхилення нервово-психічного розвитку.

Перинатальна енцефалопатія (ПЕП) (пери-+ лат. Natus - "народження" + грец. Encephalon - "головний мозок" + грец. Patia - "порушення") - термін, що об'єднує велику групу різних за причинами і не уточнених за походженням уражень головного мозку, що виникають під час вагітності та пологів. ПЕП може виявлятися по-різному, наприклад синдромом гіперзбудливості, коли підвищена дратівливість дитини, знижений апетит, [малюк](#) часто зригують під час годування і відмовляється від грудей, менше спить, важче засинає і т.д. Більш рідкісним, а також й більш важким проявом перинатальної енцефалопатії є синдром пригнічення центральної нервової системи. У таких дітей значно знижена рухова активність. Малюк виглядає млявим, крик тихий і слабкий. Він швидко втомлюється під час годування, в найбільш важких випадках смоктальний рефлекс відсутній. Часто прояви перинатальної енцефалопатії виражені незначно, але дітлахи, які перенесли даний стан, все ж таки вимагають до себе підвищеної уваги, а іноді - і спеціального лікування.

***До факторів ризику виникнення перинатальної патології головного мозку відносяться:***

- \* Різні хронічні захворювання матері.
- \* Гострі інфекційні захворювання або загострення хронічних вогнищ інфекції в організмі матері в період вагітності.
- \* Порушення харчування.
- \* Занадто молодий вік вагітної.
- \* Спадкові захворювання та порушення обміну речовин.
- \* Патологічне протікання вагітності (ранні та пізні токсикози, загроза переривання вагітності та ін.
- \* Патологічне протікання пологів (стрімкі пологи, затяжні пологи, слабкість пологової діяльності тощо) і травми при наданні допомоги під час пологів.
- \* Шкідливий вплив навколишнього середовища, несприятлива екологічна обстановка (іонізуюче випромінювання, токсичні впливи, у тому числі при застосуванні різних лікарських речовин, забруднення навколишнього середовища солями важких металів і промисловими відходами та ін.)
- \* Недоношеність і незрілість плоду з різними порушеннями його життєдіяльності в перші дні життя.

Слід зазначити, що найбільш часто зустрічаються гіпоксично-ішемічні (їх причина - недостатність кисню, що виникає під час внутрішньоутробного життя малюка) і змішані ураження центральної нервової системи, що пояснюється тим, що практично будь-яке неблагополуччя в період вагітності і пологів призводить до порушення постачання киснем тканин плода і в першу чергу головного мозку.

*У багатьох випадках причини виникнення ПЕП встановити не вдається.*

Всі хворі з важкими та середньотяжкими ураженнями мозку потребують стаціонарного лікування. Діти з легкими порушеннями виписуються з пологового будинку під амбулаторне спостереження невролога.

В протіканні ПЕП виділяють три періоди: гострий (1-й місяць життя), відновлювальний (з 1 міс. до 1 року у доношених, до 2 років - у недоношених) і результат захворювання.

Центральна нервова система в критичний для всього майбутнього життя людини перинатальний (тобто що примикає до пологів) період - останні 12 тижнів внутрішньочеревного життя і в перший тиждень після появи на світ піддається дуже великим навантаженням. У 91-й день перинатального періоду організм дитини включає програму переходу на режим автономного існування, а тому надзвичайно вразливий. Керує адаптацією центральна нервова система, яка сама ще тільки формується і дозріває. На першому місці серед несприятливих впливів - кисневе голодування (гіпоксія), потім - травматичні і токсичні фактори, інфекції та порушення обміну речовин. Головний мозок немовляти стрімко росте і розвивається, вже до дев'яти місяців подвоюючи первинну масу. У цей час він володіє справді казковими можливостями для того, щоб при належному лікуванні практично цілим і неушкодженим, позбавитись пошкоджуючих впливів.

Правда, зцілення відбувається не саме по собі, а за умови, що дитина дійсно приймає призначені ліки. Проблема в тому, що ознаки перинатальної енцефалопатії в перші місяці помітні тільки досвідченому оку фахівця, але не мамам, які вважають своїх чад абсолютно здоровими і не потребує жодних мікстур і таблеток.

### **Клінічні прояви окремих синдромів ПЕП, які найчастіше зустрічаються в амбулаторних умовах:**

*Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості* проявляється посиленням спонтанної рухової активності, неспокійним поверхневим сном, подовженням періоду активного неспання, труднощами засинання, частим невмотивованим плачем, поживавленням безумовних рефлексів вроджених, змінним м'язовим тонусом, тремором (сіпанням)

кінцівок, підборіддя. *Судомний (епілептичний) синдром* може проявлятися в будь-якому віці

*Гіпертензійно-гідроцефальний синдром* характеризується надмірною кількістю рідини у просторах головного мозку, що приводить до підвищення внутрішньочерепного тиску. У більшості доношених новонароджених в нормі окружність голови при народженні становить 34 - 35 см. У середньому у першому півріччі щомісячний приріст окружності голови становить 1,5 см (у перший місяць - до 2,5 см), досягаючи до 6 місяців близько 44 см. У другому півріччі темпи приросту зменшуються; до року окружність голови - 47-48 см

*Коматозних синдром* є проявом важкого стану новонародженого, який оцінюється 1-4 балами за шкалою Апгар. У хворих дітей проявляються виражена млявість, зниження рухової активності аж до повної її відсутності, пригнічені всі життєво важливі функції: дихання, серцева діяльність. Можуть відзначатися судомні напади. Важкий стан зберігається 10-15 днів, при цьому відсутні рефлекси смоктання і ковтання.

*Синдром вегето-вісцеральних дисфункцій*, як правило, проявляється після першого місяця життя на фоні підвищеної нервової збудливості і гіпертензійно-гідроцефального синдрому. Відзначаються часті зригування, затримка збільшення маси тіла, порушення серцевого ритму і дихального, терморегуляції, зміна забарвлення і температури шкірних покривів, "мармуровість" шкіри, порушення функцій шлунково-кишкового тракту.

*Синдром рухових порушень* проявляється з перших тижнів життя. З народження може спостерігатися порушення м'язового тону, як у бік його зниження, так і підвищення, може проявлятися його асиметрія, відзначається зниження або надмірне посилення спонтанної рухової активності. Часто синдром рухових порушень поєднується з затримкою психомоторного і мовного розвитку, тому що порушення

м'язового тонусу і наявність патологічної рухової активності (гіперкінези) перешкоджають проведенню цілеспрямованих рухів, формуванню нормальних рухових функцій, оволодінню мови.

При затримці психомоторного розвитку дитина пізніше починає тримати голову, сидіти, повзати, ходити. Переважне порушення психічного розвитку можна запідозрити при слабкому монотонному крику, порушенні артикуляції, бідності міміки, пізній появі посмішки, затримці зорово-слухових реакцій.

*Дитячий церебральний параліч (ДЦП)* порушення розвитку носять, як правило, складну структуру, поєднуються рухові порушення, порушення мови, затримка психічного розвитку. Рухові порушення при ДЦП виражаються в ураженні верхніх і нижніх кінцівок; страждає дрібна моторика, м'язи артикуляційного апарату, м'язи-окорухаючі. Порушення мови виявляються у більшості хворих: від легких (стертих) форм до зовсім нерозбірливою мови.

*Синдромом гіперактивності з дефіцитом уваги* - порушення поведінки, пов'язане з тим, що дитина погано володіє своєю увагою. Їх активність часто дуже бурхлива і хаотична.

Питаннями ранньої діагностики і корекції мовленнєвих порушень займався колектив авторів за участі членів російської асоціації фахівців перинатальної медицини, кафедри неонатології ФУВ РГМУ (зав.кафедрою - академік РАМН, проф., буд.м.н. Володін Н.Н.), науково-методичного центру патології мовлення й нейрореабілітації федерального агенства по охороні здоров'я й соціальному розвитку (керівник - академік РАО, професор Шкловский В.М.), а також Заваденко Н.Н., Медведєв М.И., Рогаткин С.О., Асмолова Г.А.

Метою розроблених даними спеціалістами методичних рекомендацій було звернути увагу на настільки важливу складову нервово-психічного розвитку дитини як мовлення, становлення якого відбувається протягом перших років життя,

але при цьому визначає її якість в усі подальші вікові періоди.

Здоров'я людини в періоді раннього дитинства є визначальним для його розвитку протягом всього наступного життя. Ранній дитячий вік ставиться до критичних періодів онтогенезу в становленні всіх органів і систем.

В останні роки спостерігається наростання частоти перинатальних вражень нервової системи, у результаті чого значно збільшилася кількість дітей, що мають не тільки порушення моторного розвитку різного ступеня важкості, але й психічного, в тому числі мовленнєвого розвитку. В результаті зростає кількість дітей, що випробовують значні труднощі соціальної адаптації, не здатних повністю засвоїти програму масових дошкільних і шкільних закладів.

При перинатальній патології ЦНС пошкодження виникає внаслідок недостатньої кількості в крові плоду або новонародженого кисню, що може бути викликано низкою причин: асфіксією плоду, захворюваннями і інтоксикаціями матері, або захворюваннями плоду, порушеннями матково-плацентарного кровообігу. До розвитку захворювань можуть також привести: невідповідність розмірів родових шляхів матері та плоду, затяжні пологи, непрофесійність акушерської допомоги при пологах. При розвитку пошкоджень ЦНС в результаті гіпоксії розвиваються метаболічний ацидоз, гіперкаліємія, гіпонатріємія, гіпоглікемія, циркуляторні розлади, які призводять до набряку мозку, загибелі нервових клітин і розвитку енцефалопатії. Виділяють наступні періоди дії шкідливого чинника: ембріональний, ранній фетальний (28 тижнів), перинатальний.

Перинатальна патологія ЦНС має важливе значення у виникненні мовленнєвих порушень у дітей. Це обумовлено тим, що саме в перинатальному періоді відбуваються найбільш важливі **події**, що роблять прямий й опосередкований вплив на процеси структурної й функціональної організації ЦНС. Перинатальний період містить у собі період розвитку плода від



28 тижня внутрішньоутробного розвитку й перші 7 днів постнатального життя (період ранньої адаптації). Серед різноманіття патологічних станів перинатального періоду найбільш значимими причинами, що приводять до порушення нормального ходу розвитку головного мозку, що розвивається, відповідно до положень 10 МКХ і класифікації перинатальних вражень нервової системи в немовлят відносять насамперед:

1. Церебральну гіпоксію-ішемію.
2. Родову травму ЦНС.
3. Інфекції ЦНС.
4. Системні дисметаболічні й токсико-метаболічні

порушення

Степінь ушкоджень головного мозку залежить від періоду розвитку плода, ступеня зрілості, а також морфологічних особливостей, властивих даному віку. Крім того, що вирішальне значення мають і такі показники як тривалість й інтенсивність впливу тих або інших патологічних факторів.

Патогенетичні механізми церебральних ушкоджень при вище названих впливах приводять до загибелі клітин нервової тканини. Наслідком яких в подальшому можуть привести до неврологічних і мовленнєвих порушень.

### Таблиця 1.

**Варіанти неврологічних і мовленнєвих порушень залежно від характеру перинатального враження головного мозку.**

Характер враження	Неврологічні порушення	Мовленнєві порушення
Селективний нейрональний некроз (відноситься до варіантів дифузійної поразки головного мозку, коли в патологічний процес включаються практично всі його відділи, наслідками даних ушкоджень є атрофічні	Вторинна мікроцефалія, тетрапаретичні форми ДЦП, симптоматична епілепсія, розумова відсталість, коркові сенсорні порушення.	Алалія, сенсорна алалія, дизартрії

зміни, в області лобних і скроневих відділів головного мозку, рідше атрофічні процеси, захоплюють мозочок або стовбур головного мозку.)		
Парасагитальний некроз (локалізується в зонах прикордонного кровопостачання між басейнами передніх, середніх і задніх мозкових артерій, найбільш типовий для доношених немовлят).	Тетрапаретичні форми ДЦП симптоматична епілепсія, розумова відсталість, коркові сенсорні порушення	Алалія, сенсорна алалія, дизартрії
Перивентрикулярна лейкомаляція (розм'якшення білої речовини головного мозку являє собою викликаний ішемією процес некротизації білої речовини переважно у верхні-латеральних областях навколо бічних шлуночків мозку, найбільш характерне для недоношених немовлят 32 - 35 тижнів розвитку плоду)	Диплегічні й гемиплегічні форми ДЦП, псевдобульбарні порушення, зорові провідникові порушення	Псевдобульбарна дизартрія
Враження базальних гангліїв і таламуса (клінічні дані порушення проявляються в дитей першого року життя)	Дискінетичні (гіперкінетичні) форми ДЦП, сенсорні порушення	Гіперкінетичні розлади мовлення (заїкання), дизартрії
Враження мозочка	Атонічно-астатична форма ДЦП	Скандоване мовлення, заїкання
Поразка стовбура	Порушення черепних нервів, бульбарні розлади	Бульбарна дизартрія, ринолалія, заїкання

Поряд з описаними вище грубими структурними порушеннями **речовини** головного мозку, що виникають внаслідок перинатальних ушкоджень, можливий розвиток більш «тонких змін», наявність яких, за допомогою сучасних методів нейровізуалізації виявити не вдається. Ці порушення

реалізуються на рівні міжклітинної взаємодії й обумовлені відхиленнями в процесах клітинної міграції, організації синаптичних контактів, мієлінізації аферентних й еферентних нервових провідників. Зовні вони починають клінічно проявлятися в ті вікові періоди, коли найбільше активно йдуть процеси формування вищих психічних функцій. Дані відхилення, що виявляють у дітей першого року життя, в узагальненому виді одержали назву «затримки темпів психомоторного й передмовленнєвого розвитку». При цьому на перший план виступають ознаки зниження емоційних реакцій, слабка виразність «комплексу поживлення», низька пізнавальна активність. На фоні зниження пізнавальної активності відзначається помірна затримка формування довільних рухових актів, але порушення м'язового тону може бути відсутнім або виражатись мінімально.

Одним з суттєвих клінічних ознак, що характеризують відхилення у взаємодії психіки й моторики є порушення формування тонких цілеспрямованих рухів. Даний показник найбільше тісно пов'язаний з подальшим мовленнєвим розвитком, і є прогностичним критерієм успішності формування мовлення .

Таким чином, виявлення ранніх структурних змін у головному мозку немовлят є раннім об'єктивним прогностичним критерієм майбутніх порушень психомоторного розвитку різного ступеня важкості й супутніх їм мовленнєвих розладів.

***Виявлення груп ризику по формуванню порушень усного мовлення***

***у дітей 1-року життя.***

У зв'язку з тим, що становлення мовлення тісно пов'язане з розвитком сенсорних функцій, психіки, моторики, особливо тонкої, контроль за мовленнєвим розвитком є необхідним при оцінці нервово-психічного розвитку всіх дітей раннього віку (особливо на 1 році життя).

Становлення психомоторних і мовленнєвих функцій у

недонесених і доношених дітей відбувається в різні часові періоди.

Важливо виявити не тільки затримку формування мовленнєвих функцій, але й чи ця затримка потребує невідкладної логопедичної, і медикаментозної корекції.

Етапи мовленнєвого розвитку тісно взаємозалежні між собою й закономірно змінюють один одного. Знання основних закономірностей періодизації мовленнєвого розвитку є основою для діагностики порушення темпів його формування.

У недонесених немовлят, особливо з малим строком недоношеності, істотний період розвитку ЦНС проходить не внутріутробно, а в складні умови постнатальної адаптації.

Тривалість цього періоду може варіювати від 2-3 нед. до 2-3 місяців, причому він часто супроводжується розвитком різних інфекційних і соматических ускладнень. Це може служити додатковим фактором, що обумовлює порушення психомоторного й мовного розвитку в незрілих і недонесених дітей.

У зв'язку із цим, доцільно на 1-ому році виділяти групи різного ступеня ризику подальшого порушення мовленнєвого розвитку:

- 1) Група - високого ризику
- 2) Група - ризику

Обов'язковими етапами динамічного неврологічного контролю за дітьми на 1 році життя є: 1 місяць життя (неонатальний період), 1-3 міс. життя, 3-6 міс., 6-9 міс. 9-12 міс.

Оцінка неврологічного статусу й психо-моторного розвитку на 1 році повинна проводитися за наступними критеріями.

- Загальномозкові симптоми (характер активного пильнування, наявність і характер судом).
- Стан черепних нервів.
- Загальна рухова активність (поза, обсяг активних і пасивних рухів, м'язовий тонус), сухожилльні й периостальні

рефлекси .

- Безумовні (вроджені) рефлекси, ступінь виразності й редуція.

- Психо-емоційні й предмовленнєві реакції.

Вік від 2-3 міс. характеризується формуванням активного гуління (його відсутність є значною ознакою майбутніх мовленнєвих розладів), появою примітивних емоційних реакцій.

Період 4-6 місяців у нормі характеризується появою щирого гуління з переходом до белькоти, більшою розмаїтістю звуків, інтонацією, появою наприкінці періоду сполучення губних звуків з голосними («ба», «па»). При перинатальних враженнях ЦНС можлива затримка розвитку даного періоду, виявляються порушення інервації мимічних, м'язів та м'язів мовленнєвої артикуляції.

Наступні періоди мовленнєвого розвитку (6-9 й 9-12 місяців) характеризуються формуванням белькоти й до кінця 11-12 місяців - складів й односкладових слів. Цей етап характеризується також удосконаленням рухів губ, язика, м'якого піднебіння, удосконалюється функція вдиху, подовжується довільний видих, дитина регулює гучність і висоту голосу залежно від ситуації. При загальній затримці психомоторного розвитку без грубих симптомів враження нервової системи в ці періоди може зберігатися примітивне гуління. Такі діти формують групу ризику по затримці мовленнєвих функцій.

***Принципи організації диспансерного спостереження й методичні підходи до ранньої корекції мовленнєвих порушень.***

Перспективи психічного розвитку, успішність навчання дітей з відхиленнями в нервово-психічному розвитку, їх шкільна й соціальна адаптація залежать від раннього виявлення порушень у пізнавальній діяльності й своєчасності надання не тільки медичної, але й психолого-педагогічної допомоги.

У зв'язку з тим, що розвиток мовлення безпосередньо взаємозалежний з становленням психіки, інтелекту, сенсорних

функцій і моторики, особливого значення набуває рання профілактика й відбудовна терапія ушкоджень ЦНС перинатального генезу. Комплексна система повинна будуватися на основі багаторівневого підходу, починаючи із профілактики перинатальної патології нервової системи, адекватного супроводу немовляти на етапі пологового будинку, відділень патології немовляти, спеціалізованих неврологічних стаціонарів, районних поліклінік, консультативних центрів, спеціалізованих дитячих дошкільних установ, санаторіїв та спеціальних шкіл.

На всіх етапах спостереження за розвитком дитини, необхідний постійний зворотний зв'язок між всіма фахівцями: неонатологами, неврологами, психіатрами, окулістами, сурдологами, логопедами, психологами й педагогами.

В основі комплексного підходу передбачається онтогенетично послідовний розвиток сенсорних функцій, психіки, моторики й мови з перших місяців життя.

Безпосередньо методика занять у кожному конкретному випадку визначається індивідуально з урахуванням виявлення ранніх симптомів враження нервової системи й віку дитини.

Оскільки анартрії, алалії, складні форми дизартрій спостережувані при наслідках перинатальної патології головного мозку являють собою складні медико-психолого-педагогічні проблеми, особливе значення при організації допомоги таким дітям здобувають комплексність впливу й наступність роботи з дітьми фахівців різного профілю.

Логопедичний вплив будується на основі онтогенетичного принципу, з урахуванням закономірностей і послідовності формування різних форм і функцій мовлення в дітей. Крім того, логопедична допомога носить диференційований характер залежно від ряду факторів: ведучих механізмів і симптомів мовленнєвих порушень, структури мовленнєвого дефекту, вікових й індивідуальних особливостей дитини. Логопедичний вплив являє собою цілеспрямований,

складно організований процес, у якому виділяються різні етапи. Кожний з них має свою мету, завдання, методи й прийоми корекції.

Логопедичні психолого-педагогічні й медичні корекційні заходи повинні проводитися довгостроково й систематично. При цій умові корекційна робота дає більшості дітей з алаліями, достатні для мовленнєвого спілкування засоби навіть в умовах важких перинатальних вражень ЦНС.

У структурі медико-педагогічної, логопедичної й психологічної допомоги дітям з різними формами мовленнєвих розладів внаслідок перинатальних вражень нервової системи, особливе місце займає організація виявлення груп ризику по формуванню мовленнєвих розладів, ранньої діагностики порушень психомоторного й мовленнєвого розвитку в перші місяці після народження, а також початку етапного «онтогенетичного лікування» ще на домовленнєвому етапі. На жаль в Україні відсутня єдина система надання допомоги дітям раннього віку з мовленнєвими розладами.

В основі заходів, що стимулюють розвиток мовлення (мовленнєва абілітація) і корекції мовленнєвих розладів (мовленнєва реабілітація) лежить комплексний підхід, заснований на ранньому виявленні неврологічних порушень дитини.

Початок діагностики можливих порушень предмовленнєвого етапу розвитку необхідно починати на етапі пологового будинку й відділень патології немовляти, тобто в неонатальному періоді.

Адекватна медикаментозна терапія таких синдромів раннього періоду наслідків перинатальних неврологічних порушень як гноблення нервово-рефлекторної діяльності, судомами, бульбарними й дихальними порушеннями є першим етапом мовленнєвої абілітації.

Комплекс заходів на першому етапі спрямований на стимуляцію рефлексів орального автоматизму (пошукового,

хоботкового, смоктального). Їхня активація й відповідно нормалізація годівлі немовляти сприяє розвитку позитивного психоемоційного комплексу (зорового й слухового зосередження) і початкових елементів вокалізації.

На другому етапі домовленнєвого розвитку (1-3 міс.) після нормалізації активності рефлексів орального автоматизму починають стимулювати аферентні й комунікативні функції, виробляють і закріплюють потреби дитини в спілкуванні з дорослими.

Крім того, стимулюють такі важливі компоненти моторної-зорово-моторної координації як здатність фіксувати погляд і простежувати за об'єктом, що рухається. Поступово ускладнюючи завдання зв'язані з моторною-зорово-моторною координацією, переходять до активної стимуляції початкових етапів становлення тонкої моторики. Одним з перших зовнішніх проявів свідомої рухової активності є прагнення доторкатися до нових об'єктів (іграшок), а потім їхнє обмацування.

При відсутності на даному етапі гуління, наявності бульбарних розладів, дисфункції роботи м'язів артикуляційної групи поряд із застосуванням медикаментозної терапії показане проведення логопедичної корекції (масаж лиця, дихальна й артикуляційна гімнастика).

На третьому етапі предмовленнєвого розвитку (3-6 міс.) необхідно продовжувати стимуляцію аферентних функцій (зорово-слухові реакції), у зв'язку з розширенням обсягу свідомих, виконуваних руками рухів з'являється можливість подальшого ускладнення моторної-зорово-моторної координації (дитина маніпулює іграшками, тягне їх у рот, перевертається й повзе до його предмета, що зацікавив, кидає іграшки й простежує за їхнім переміщенням). Показниками що ускладнюється й розвивається просторова орієнтація є здатність визначати місцезнаходження джерела звуку від падаючого предмета, передбачати й локалізувати те місце, куди впала іграшка.



У тих випадках, коли має місце затримка предмовленневих навичок, доцільно проводити їхню цілеспрямовану стимуляцію. Наприклад: створення ситуацій, що викликають у дитини сміх, гуління як реакції наслідування.

При наявності порушень іннервації артикуляційних м'язів або збереженні бульбарних розладів показане проведення активного логопедичного масажу на фоні відповідної медикаментозної підтримки й фізіотерапії.

На 4 етапі (6-9 міс.) і 5 етапі (9-12 міс.) можливості логопедичної корекції розширюються. Поряд з активним масажем і гімнастикою починають стимулювати рухи язика, жувальні рухи, рухи губ. Стимулюють можливості розпізнавання інтонаційного фарбування зверненої мови. Активізують систему розпізнавання сполучення різних рухів і дій з відповідними словами, що позначають виконувані дії. Закріплюють і підсилюють зв'язок між словами конкретними об'єктами що позначають ці предмети. Проводять стимуляцію белькоти й початкового складоутворення за допомогою відповідних наслідувальних або імітаційних ігор (ладусі, до побачення, гусаки полетіли на голівку сіли й ін.)

Ефективність логопедичної корекції предмовленневих порушень неможливо проводити без активної стимуляції психічного розвитку (формування зорового, слухового, кінестетичного сприйняття, зорово-координаторного й зорово-слухового, розвитку, позитивного психоемоційного спілкування).

Ще на етапі неонатального періоду стимулюють нагромадження в дитини почуттєвого досвіду (зорового, слухового, тактильного, моторного), що є заставою сприятливого психомоторного й мовного розвитку надалі. Після 6 місяців у дитини стимулюють перцептивні маніпуляції (цілеспрямовані дії різними предметами, стимуляція повторних дій, предметно-діюче спілкування з дорослими). Із другого півріччя життя стимуляція психічного, предмовленневого

розвитку сполучена з початковими формами виховання й правильним формуванням предметно-діючих функцій. При важких перинатальних враженнях нервової системи, що особливо формуються церебральних паралічах абілітаційні заходи варто проводити з обережністю через загрозу посилення спастичності й гіперкінезів.

#### **1.4.Етапи лікувально-педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку.**

Умовно організацію лікувально-педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку можна розділити на три етапи:

*Перший етап* — це спеціалізована допомога дітям раннього віку з враженням ЦНС і дітям групи ризику. Ця допомога починає надаватися в пологовому будинку і продовжується в спеціалізованих психоневрологічних стаціонарах і відділеннях багатопрофільних лікарень для новороджених і грудних дітей. У пологових будинках є спеціальні палати для лікування і виходжування дітей, що народилися в асфіксії, які перенесли родову травму, недоношених, а також дітей з вродженими вадами розвитку, або що мають ознаки пошкодження ЦНС. У лабораторіях великих полгових будинків за допомогою біохімічних, імунологічних і цитогенетичних методів обстеження, а також використання ультразвукової апаратури можлива рання діагностика багатьох захворювань ЦНС.

У пологових будинках є також палати інтенсивного лікування. Дітей з найбільш важким враженням ЦНС переводять в спеціальні центри новонароджених, де проводять інтенсивне лікування, в окремих випадках з ранніми нейрохірургічними втручаннями, направленими на попередження безповоротніх змін головного мозку. В подальшому їх направляють в *спеціалізовані стаціонари* для новонароджених і грудних дітей. В стаціонарах уточнюється діагностика патології нервової системи проводиться відновлювальне лікування, яке, окрім

медикаментозного, включає спеціальні комплекси лікувальної фізкультури і масажу, фізіотерапії, ортопедичні заходи, а також ранню логопедичну і педагогічну роботу.

Після виписки із стаціонару діти з враженням ЦНС, а також з груп ризику проходять лікування *в амбулаторних умовах* під спостереженням дитячого невропатолога або психіатра.

На першому етапі особливо важливого значення надається медичній допомозі (діагностиці та медикаментозному лікуванню) і комплексним лікувально-корекційним заходам, направленим на виправлення наявних порушень і попередження подальших можливих відхилень в психомоторному та мовленнєвому розвитку дитини. Перший етап, разом з лікувальними завданнями, має загальний профілактичний напрям, оскільки від своєчасної і раціональної допомоги новонародженим дітям грудного і раннього віку часто залежить тягар наступних відхилень в розвитку.

З цією метою в міських (районних) поліклініках організовуються відділення відновлювального лікування, в яких працюють лікарі і методисти лікувальної фізкультури, логопеди, фізіотерапевти. Районний (міський) невропатолог визначає необхідність повторного лікування в стаціонарі або направляє в спеціалізовані ясла і санаторії (дітей з церебральними параличами, олігофренією і іншими захворюваннями нервової і психічної сфери).

У спеціалізованих санаторіях проводяться комплексні лікувально-педагогічні заходи. Весь комплекс заходів в цих установах направлений на стимуляцію вікового розвитку рухових, мовленнєвих і психічних функцій.

*На другому етапі* надається спеціалізована допомога дітям з відхиленнями в розвитку дошкільного віку. Вона проводиться в спеціалізованих стаціонарах, санаторіях, дитячих садах, дитячих будинках, міських та районних поліклініках і психоневрологічних диспансерах.

Направлення в дитячі сади і дитячі будинки здійснюється районними, обласними і міськими психолого-медико-педагогічними комісіями, куди батьки приводять своїх дітей по рекомендації невропатологів або психоневрологів.

На другому етапі комплексних лікувально-оздоровчих і корекційних заходів все більша увага приділяється педагогічній і виховній роботі. У цих закладах працюють педагогі-дефектологи, психологи, логопеди. Спеціальні дитячі сади диференціюються залежно від характеру відхилень в розвитку і ступеня дефекту.

*Основними завданнями спеціальних дитячих садків є:*

- уточнення діагнозу в процесі корекційного навчання;
- диференційована комплексна корекція основного дефекту і повторно пов'язаних з ним відхилень в розвитку;
- створення найбільш сприятливих умов для всестороннього розвитку дитини з врахуванням характеру і структури дефекту;
- підготовка дитини до подальшого шкільного навчання.

Дитячі садки, для дітей з відхиленнями в розвитку, працюють за спеціальними програмами, які розробляються з врахуванням провідного дефекту, а також вікових психофізичних можливостей дітей дошкільного віку і сензитивних періодів розвитку різних психічних і моторних функцій.

При роботі з дитиною з відхиленнями в розвитку важливо вчити його взаємодіяти із здоровими дітьми, залучати до всіх видів діяльності, доступної для дитини нормальним розвитком.

Всі заняття з дітьми з відхиленнями в розвитку мають диференційований характер залежно від ведучого порушення і індивідуальних особливостей дитини, всі вони наповнені творчими завданнями з широким використанням наочних посібників і ігор.

Для всіх дітей з відхиленнями в розвитку важливе значення мають такі розділи програми, як ознайомлення з

навколишнім світом, розвиток мовлення, мислення, моторики. Великого значення надається лікувальній фізкультурі і ритміці.

На *третьому етапі* спеціалізована допомога дітям з відхиленнями в розвитку здійснюється районними поліклініками і психоневрологічними диспансерами, спеціалізованими стаціонарами, санаторними школами, спеціальними школами, невчально-реабілітаційними центрами, дитячими будинками і будинками інвалідів.

Спеціальна дидактика визначає загальні основи навчання і виховання осіб з порушеннями розвитку.

Вона тісно пов'язана з такими галузями наук як: загальна біологія, анатомія, медицина, загальна педагогіка і психологія. Її основу складають загальні і специфічні закономірності нормального і аномального розвитку, теоретичні концепції про роль навчання в розвитку, теоретичні положення про компенсаторні можливості мозку в процесі абілітації і реабілітації осіб з ураженням ЦНС. При цьому особливе значення надається високим потенційним можливостям дитячого мозку.

На цьому етапі більша увага приділяється педагогічній роботі учасниками якої є педагоги, логопеди, психологи, соціальні педагоги.

Встановлено, що педагогічний процес є більш ефективним, якщо він поєднується з комплексом лікувально-корекційних заходів. Логічно напрошується назва цього процесу- «лікувальна педагогіка».

## **РОЗДІЛ II**

### **ЛІКУВАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА,**

## **ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІНІЧНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

### **2.1. Лікувальна педагогіка у системі корекційно-педагогічної роботи з дітьми з порушеннями мовлення.**

Як показує аналіз наукових джерел, лікувальна педагогіка—галузь педагогіки, яка почала розвиватися у кінці XIX ст. в Німеччині. Над лікувальною педагогікою, в Україні замислилися, як над практикою, під час відкриття Вальдорфських шкіл. Становленню і розвитку лікувальної педагогіки в даний час сприяють праці багатьох видатних вітчизняних і зарубіжних психіатрів, педагогів, психологів (В.П.Кашченко, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковальова, М.М.Певзнер, Я.Коменського, К.Д.Ушинського, А.С.Макаренка, В.А.Сухомлинського, Томаса Й. Вейса і ін.).

Сучасний етап розвитку окремих медичних галузей, корекційної педагогіки та спеціальної психології характеризується об'єднанням наукових пошуків у напрямі поглибленого вивчення загального, психічного і, зокрема, мовленнєвого розвитку дітей раннього віку для створення ефективних умов для їх всебічного розвитку з урахуванням індивідуальних, вікових та психофізіологічних особливостей, а також потенційних можливостей кожної дитини.

Лікувальна педагогіка, як науково-практична дисципліна, що в даний час інтенсивно розробляється та реалізується у шкільній практиці, вимагає перегляду методів і форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей..

Велике значення для шкільної і соціальної адаптації цих дітей має не лише характер самого захворювання, та варіант аномального розвитку, але і, перш за все, час початку лікувально-корекційних і розвиваючих заходів.

В даний час встановлено, що рано початі і систематично проведені, лікувально-педагогічні корекційні заходи, можуть в значній мірі сприяти успішнішому розвитку і навчанню дитини. Це пов'язано з тим, що саме в перші роки життя мозок дитини розвивається найбільш інтенсивно.

Крім того, на ранніх етапах розвитку діти легше засвоюють рухові, мовленнєві і поведінкові стереотипи. Якщо ж за відсутності лікувально-педагогічних і корекційних заходів ці стереотипи спочатку сформовані і закріплені неправильно, то згодом скоректувати їх дуже складно.

Отже, лікувальна педагогіка — це комплексна дія на організм і особистість дитини лікувально-педагогічних заходів. У її завдання входить стимуляція розумового і фізичного розвитку, корекція наявних відхилень в розвитку (відставання в психічному розвитку, поведінці, мовленні, порушенні спілкування, моторики і інших психомоторних функцій) з метою всестороннього розвитку хворої дитини.

Лікувальна педагогіка тісно пов'язана з клінічною медициною, в першу чергу, з педіатрією, з дитячою неврологією і психіатрією, а також психотерапією, віковою фізіологією.

## 2.2. Принципи та завдання лікувально-педагогічної роботи з подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного та шкільного віку



– **Діагностика** -визначення рівня сформованості мовленнєвих умінь дітей у процесі вікового онтогенезу;

розширення та конкретизація даних про особливості розвитку мовлення дітей ;

– **Навчання**-важливим завданням лікувальної педагогіки є розумове виховання дитини, розширення обсягу знань і уявлень про оточує. Опанування дітьми які мають відхилення мовленнєвого розвитку навчальної програми .

– **Корекція**-удосконалення змісту логопедичної роботи, корекція мовленнєвих вад з урахуванням специфіки мовленнєвого дефекту, розробка спеціальних індивідуальних і групових методів і програм, направлених на корекцію порушених функцій.

**Розвиток**-визначення форм корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають порушення мовленнєвого розвитку:

- стимуляція і корекція розвитку емоційної сфери,
- пізнавальної сфери,
- психомоторики,
- мовлення,
- особистості, дитини.

**Лікування**-фізіотерапевтичне, медикаментозне, хірургічне втручання (в умрвах перебування в навчальному закладі, або в стаціонарних відділеннях спеціалізованих лікувальних закладів)

**Виховання**-цілеспрямована виховна діяльність педагогаів (логопеда, вихователя, вчителя), та батьків для досягнення певної мети у вирішенні конкретної індивідуальної проблеми дитини з вадами мовленнєвого розвитку виховання або перевиховання (свідомість у подоланні дефекту, критичного ставлення до дефекту)

**Профілактика**-сукупність попереджувальних засобів направлених на зниження кількості мовленнєвих порушень та попередження деяких із них

• *Первинна профілактика*.-попередження мовленнєвих порушень.

• *Вторинна профілактика*.- попередження переходу мовленнєвих розладів у хронічні



форми, а також попередження наслідків мовленнєвої патології.

•*Третинна профілактика*-соціально- трудова адаптація осіб, які страждають мовленнєвою патологією.

Лікувальна педагогіка вирішує, як загальнопедагогічні і загальновиховні завдання, так і суто специфічно-корекційні, з врахуванням специфіки аномального розвитку і індивідуальних особливостей дитини і його сім'ї.

Лікувально-педагогічна робота направлена на розвиток у дитини можливості і бажання вчитися.

***Основними принципами лікувальної роботи є:***

- тісний взаємозв'язок лікувального і педагогічного процесів (програма педагогічної і виховної роботи будується з врахуванням і використанням специфічних педагогічних прийомів і методів, диференційованих залежно від дефекту дитини, структури провідного порушення, вираженості вторинних відхилень в розвитку.

- важливим принципом лікувальної педагогіки є необхідність

- індивідуального підходу до кожної дитини, з врахуванням ступеня вираженості мовленнєвого порушення, загального рівня фізичного і розумового розвитку, віку, рівня соціальної і педагогічної занедбаності і дезадаптації.

- наступним принципом лікувальної педагогіки є «принцип відповідності». Це означає, що вимоги і навантаження, «хворої» дитини, повинні відповідати стану її здоров'я, її фізичним і психічним можливостям.

В основі всієї лікувально-педагогічної роботи лежить взаємодія педагогів лікарів і дитини.

Від їх тісної взаємодії, розуміння і підтримки залежить результативність проведеної роботи.

Таким чином, успіх лікувально-педагогічних і корекційних заходів залежить від можливості правильної сумісної роботи педагога-дефектолога, логопеда, лікарів, психолога,

батьків.

### **2.3 особливості мовлення дітей з ТПМ**

Ряд вчених (Р.Є.Левіна, М.Є.Хватцев, Л.С.Волкова, О.М.Мастюкова та інші) вважають, що первинна патологія мовлення гальмує формування розумових здібностей, і тим самим перешкоджає нормальному функціонуванню мовленнєвого інтелекту. Однак при успішному формуванні мовлення їх інтелектуальний розвиток наближається до норми.

Аналіз критеріїв готовності дитини до шкільного навчання свідчить, що одним із найважливіших є володіння фонетично та граматично правильним зв'язним мовленням. За умов неповноцінного функціонування мовленнєвого механізму та лексико-граматичного недорозвинення мовлення, а також психофункціональних нашарувань більшість дітей не готові до оволодіння програмовим матеріалом загальноосвітньої школи.

Тому одну із нозологій (груп) спеціальних загальноосвітніх закладів складають вихованці з важкими порушеннями мовлення (далі ТПМ). До спеціальних шкіл (класів) для дітей з важкими порушеннями мовлення зараховуються діти 6(7) років з нормальним слухом та первинно збереженим інтелектом, які мають важкі системні мовленнєві порушення (алалія, дизартрія, ринолалія, заїкання, загальний недорозвиток мовлення), що перешкоджає навчанню у загальноосвітньому навчальному закладі. Проблема мовленнєвої підготовки дітей з особливостями психофізичного розвитку залишається однією з найактуальніших не лише у психології, лінгвістиці, педагогіці, а й в логопедії [12].

Переважає більшість учнів спеціальної школи для дітей із ТПМ має ЗНМ. Під так званим загальним недорозвитком мовлення, розуміють різні складні мовленнєві порушення, при яких у дітей порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи: фонетико-фонематичної та лексико-граматичної будови мовлення (Г.А.Каше, І.К.Колповська, Л.Ф.Спірова та ін.). Незрілість лексики і граматики є основною

проблемою дітей з загальним недорозвитком мовлення.

У 60-х роках Р.Є.Левіна і співробітники її лабораторії, вивчаючи дітей з ЗНМ запропонували періодизацію цього порушення. Вони виділили 3 рівні ЗНМ, кожен з яких характеризується певними первинними та вторинними відхиленнями і відповідно різними проявами відхилень у мовленні. Перехід з одного рівня на інший визначається появою нових мовленнєвих можливостей, підвищенням мовленнєвої активності, розвитком мовленнєвої мотивації [28].

Індивідуальний темп проходження дитиною цими рівнями залежить від складності порушення та рівня ЗНМ.

*1-й рівень є найбільш важким.* Мовленнєві засоби спілкування обмежені. Словник дитини знаходиться в зародковому стані і складається з невеликої кількості звуконаслідувань, лепетних слів та звукових комплексів. Широко використовуються жести, міміка. Незважаючи на те, що пасивний словник ширший за активний, розуміння мовлення поза ситуацією є вкрай обмеженим. Фразове мовлення відсутнє. Не сформована здатність відтворювати звукову та складову структуру слова. Ускладнене розуміння граматичних категорій слів. Мовленнєва активність у таких дітей не сформована.

*2-й рівень ЗНМ* характеризується підвищенням мовленнєвої активності. Діти спілкуються використовуючи постійний, хоча вс ще викривлений та обмежений запас слів. Користуються простим реченням з двох-трьох слів. Покращується розуміння мовлення, збільшується активний і пасивний словник, формується розуміння окремих простих граматичних категорій. Активний словник збільшується не тільки за рахунок іменників і дієслів, а й за рахунок прикметників і окремих прислівників. Деяке збагачення мовлення відбувається за рахунок використання окремих форм словозміни. Звуковимова та складова структура слова, як правило, ще різко порушена, звуковим аналізом та синтезом діти не володіють.

3-й рівень характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з елементами лексико-граматичного і фонетико-фонематичного недорозвитку. На фоні порівняно розгорнутого мовлення спостерігається неточне знання і неправильне вживання багатьох загально-вживаних слів. В активному словнику переважають іменники і дієслова, недостатньо слів, які означають якість предмета, його стан, ознаки дії; неправильно використовують прийменники, складними прийменниками майже не користуються. Недостатньо сформовані граматичні категорії, зокрема, діти плутають відмінкові закінчення, змішують час і вид дієслів, неправильно узгоджують слова в реченні, майже не користуються способом словотворення. В активному мовленні використовуються переважно прості речення, є великі труднощі при необхідності поширити речення, при побудові складних речень. У більшості дітей з цим рівнем мовленнєвого недорозвитку зберігаються порушення звуковимови, складової структури слова, що призводить до труднощів у оволодінні звуковим аналізом та синтезом. Часто порушення в усному мовленні проявляються при читанні, а особливо на письмі [13].

*Порушення формування лексики у дітей проявляється в:*

- обмеженості словникового запасу;
- різкій невідповідності активного і пасивного словника;
- неточному вживанні слів;
- труднощах актуалізації словника.

Бідність словника проявляється в тому, що діти не знають значень більшості слів. Серед замін іменників переважають заміни слів, що входять в одне родове поняття: *грак - сорока - ворона; сковорода - каструля; весна - осінь; лимон - апельсин.*

Заміни прикметників свідчать про те, що діти не виділяють суттєвих ознак, не диференціюють якостей предметів. Найбільш поширеними є такі заміни: *товстий-широкий, тонкий-худий, високий- великий — довгий, низький — маленький;*

*пухнастий - м 'який.*

У замінах дієслів прослідковується невміння дітей диференціювати деякі дії, що призводить до використання дієслів більш загального, недиференційованого значення: *повзе — іде, цвірінькає - співає.*

Спостерігаються неточності у вживанні узагальнюючих та переносних значень слів, багатозначності слів, труднощах підборі антонімів та синонімів. Багато слів вживаються неправильно або неточно, тому зв'язні висловлювання маловиразні. У них відмічається порушення єдності стилю, відсутність слів з образним значенням, емоційно-оціночної лексики. У мовленні молодших школярів велика кількість повторень, аграматизмів, лексичних помилок, неточностей та недоліків.

*Формування граматичної системи мовлення* відбувається ще з більшими труднощами, які обумовлені тим, що граматичні значення є більш абстрактними, ніж лексичні; граматична ж будова мовлення організована на базі багатьох мовних правил.

У дітей із ЗНМ формування різних граматичних форм та типів речень відбувається у тій самій послідовності, що і у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком. Однак якість опанування граматичною системою словозміни, словотворення та засвоєння різних синтаксичних конструкцій суттєво відрізняється від норми [17].

Основними граматичними помилками, що спостерігаються в учнів початкових класів із ЗНМ, є такі [19]:

1) незасвоєння на практичному рівні системи відмінкових закінчень, що призводить до порушення узгодження іменників, прикметників, займенників, дієслів за числами, відмінками, родами; часами;

2) вживання закінчень (родових, числових та відмінкових), нетипових для даної граматичної форми. Наприклад: *червона олівець; пухнастий білочка;*

3) неправильне вживання відмінкових та родових

закінчень кількісних числівників: *сидить тв(р)и гов(р)обчик; бачив два бій(а)ка;*

4) неправильне узгодження дієслів із займенниками та іменниками;

5) неправильно вживання родових та числових закінчен дієслів минулого часу;

6) порушення узгодження слів у реченні, невірне використання прийменників.

Порушення граматичної системи мовлення обумовлені недорозвиненням морфологічних та синтаксичних узагальнень [29].

У звуковій стороні мовлення учнів підготовчих та перших класів спостерігаються поліморфні порушення звуковимови та складової будови слова, несформованість фонематичного сприймання, фонематичних уявлень, а також навичок звуко-складового аналізу та синтезу. Мовлення дітей нечітке, невиразне, у деяких учнів (ринолаліків, дизартриків, алаліків) малозрозуміле.

У дітей з ТПМ грубо порушені всі сторони усного мовлення: звукова та лексико-граматична, часто мають місце порушення розуміння зверненого мовлення. Паталогічне засвоєння ними мовлення призводить до порушення усного спілкування. Розмовне мовлення їх бідне, малослівне. Ситуативне монологічне мовлення, без якого неможливе засвоєння знань, або повністю відсутнє, або розвивається з великою своєрідністю. Отже, в учнів із ТПМ порушені всі функції мовлення: комунікативна, функція впливу або регулююча, пізнавальна (за допомогою мовлення, мови ми засвоюємо та передаємо суспільний досвід), а також функція мислення, бо мовлення є не лише засобом вираження думки, а й знаряддям розумової діяльності.

#### **2.4. Організація лікувально-педагогічної допомоги**

## **дітям з порушеннями мовлення в спеціальних навальних закладах.**

При відборі дітей з вадами мовленнєвого розвитку в спеціальні групи дітей з порушеннями мовлення, а також при зарахуванні їх до спеціальних освітніх закладів важливу роль відіграє клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень.

Дитячі сади, ясла-сади для дітей з порушеннями мови і відповідні дошкільні групи при дитячих садах і яслах-садах загального типа комплектуються відділами народної освіти, у підпорядкуванні яких знаходяться вказані установи. Основні завдання логопедичного навчання дітей з вадами мовлення в умовах спеціальних дошкільних установ включає не тільки корекцію провідного дефекту, але і підготовку до опанування грамоти. Організація корекційного процесу забезпечується:

- своєчасним обстеженням дітей;
- раціональним розкладом занять;
- плануванням індивідуальної роботи з кожною дитиною;
- наявністю планів фронтальних занять;
- використанням необхідного устаткування і наочних посібників;
- спільною роботою логопеда з вихователем групи і батьками.

Школа для дітей з тяжкими порушеннями мови (ТПМ), (класи при загальноосвітніх школах, класи при навчально-реабілітаційних центрах, санаторно-курортні школи) призначені для дітей, з алалією, афазією, ринолалією, дизартрією, заїканням при нормальному слуху і первинно збереженому інтелекті. Успішне формування мовлення і засвоєння програми навчання в даного контингенту дітей ефективно лише в спеціальних закладах освіти, де використовується особлива система корекційної роботи.

Разом із завданнями загальноосвітньої школи загального типу в даних установах виконуються наступні завдання:

- подолання різних видів порушень усного і писемного мовлення;

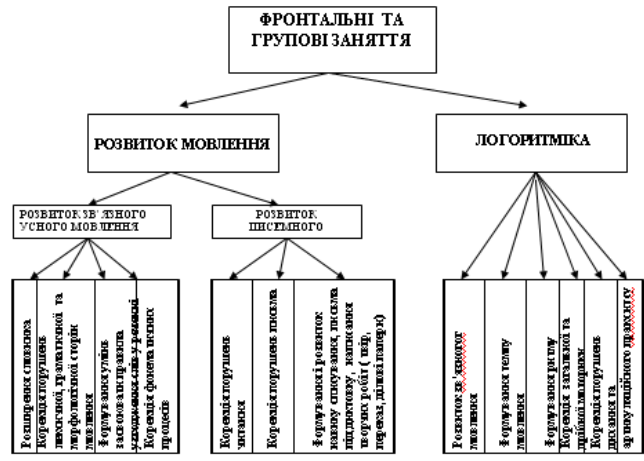
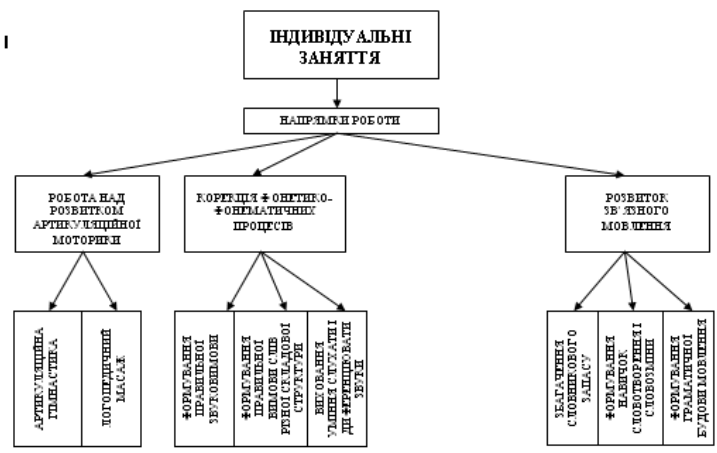
- корекція особливостей психічного розвитку;

- професійно-трудова підготовка.

Корекція порушень мовлення в учнів проводиться систематично протягом всього навчально-виховного процесу, але найбільшою мірою на уроках рідної мови. У зв'язку з цим виділені спеціальні розділи: вимова, розвиток мовлення, навчання грамоті, правопис і розвиток мови, читання і розвиток мови.

Подолання проявів мовленнєвих дефектів дітей забезпечується поєднанням фронтальних (урочних) і індивідуальних форм роботи. Індивідуальні логопедичні заняття проводяться вчителем-логопедом в позаурочний час. Кожен учень додатково займається мовною роботою три рази в тиждень (по 20—25 хв.). Окрім логопеда, роботою по подоланню мовних порушень у дітей займаються вчителі і вихователі, окрім цього вихователь проводить роботу по закріпленню Отриманих в класі знань, а також по розвитку мовного спілкування, навиків самообслуговування і санітарно-гігієнічних навиків.





## **РОЗДІЛ ІІІ. РЕАЛІЗАЦІЯ КЛІНІКО-ПЕДАГОГІЧНОГО ПІДХОДУ У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПМР**

### **3.1 Медикаментозна терапія як засіб корекції порушень мовлення.**

Медикаментозну терапію застосовують при наявності у дітей ТПМ. Вона сприяє стимуляції та покращенню роботи головного мозку дитини. Поряд з цим важливого значення має лікування залишкових явищ ураження ЦНС дітей-логопатів (ознаки таких явищ – підвищення внутрішньочерепного тиску, судомний синдром, паралічі та парези, синдром рухової розгальмованості та емоційної збудженості, вегетативно-вісцеральна дисфункція, порушення зору та слуху, опорно-рухового апарату)

Лікування кожної дитини проводиться диференційовано і контролюється лікарем, оскільки поряд із наявними відхиленнями у розвитку у дітей може спостерігатись несприйняття окремих ліків, неадекватна реакція на окремі з них (седативні препарати можуть викликати збудження, снодійні – провокувати безсоння, ін).

***Ні в якому разі не можна використовувати медикаментозне лікування самостійно без призначень лікарів***

**Групи препаратів, які призначають дітям з важкими формами логопатій.**

Усі препарати, які призначають дітям з важкими формами логопатій, поділяються на 3 групи.

***Перша група*** препаратів найчастіше застосовується стосовно дітей раннього, переддошкільного і шкільного віку. Дані препарати стимулюють обмінні процеси у нервовій системі, що, в свою чергу, стимулює процес розвитку психомоторних функцій. Стимулюється не лише білковий та

вуглеводний обмін у ЦНС, а і здійснюється виведення токсичних продуктів розпаду, підвищуються енергетичні процеси та кровопостачання у тканинах мозку, стимулюється диференціація і активація нервових клітин, а також мієлінізація провідникових шляхів.

Деякі препарати мають протипоказання при наявності судом, підвищеної збудливості, рухової розгальмованості. В окремих випадках їх слід поєднувати із протисудомним та седативним лікуванням.

Основні препарати цієї групи:

– **Глютамінова кислота** – активізує вуглеводний обмін і окислювально-відновлювальні процеси у ЦНС. Має знешкоджуючу дію на деякі токсичні продукти обміну. Покращує проведення нервових імпульсів у ЦНС і здійснює сприятливий вплив на обмінні процеси у м'язових тканинах.

Застосовують переважно при наявності відставання психо-моторного розвитку, при ДЦП, при розумовій відсталості (зокрема, при синдромі Дауна).

– **Пірацетам** (ноотропіл) – має позитивну дію на обмінні процеси мозку, сприяє синтезу нуклеїнових кислот, розвитку асоціативних зв'язків та інтегративних функцій мозку. Позитивною властивістю препарату є те, що він не підвищує судомну готовність мозку. Препарат добре сприймається.

Застосовується при відставанні психо-моторного розвитку, мовленнєвих порушеннях; для стимуляції слухової та зорової функцій.

– **Аміналон** (гаммалон) – посилює енергетичні процеси та обмін у ЦНС, підвищує дихальну активність тканин головного мозку, сприяє засвоєнню мозком глюкози, покращує кровопостачання мозку та сприяє видаленню з мозку токсичних продуктів обміну, підвищує продуктивність мислення, покращує пам'ять. Малотоксичний.

Має сприятливий вплив при порушеннях моторики та мовлення., а також при відставанні психічного розвитку, при

ДЦП.

– **Церебролізин** – активізує обмін речовин у клітинах головного мозку, покращує мовлення, моторику, пам'ять, увагу. Здійснює позитивний вплив на Вегет.НС. нормалізує сон, апетит, підвищує розумову працездатність, врівноважує процеси збудження і гальмування.

Застосовується при ранньому органічному ураженні ЦНС, при ДЦП, при відставанні у мовленнєвому та розумовому розвитку.

– **Пірідітол** (енцефабол) – активізує обмінні процеси у ЦНС, підвищує рухову та психічну активність, стимулює розвиток мовлення, підвищує розумову працездатність.

Бажано не вживати при підвищеній нервовій збудливості та судомному синдромі.

– **Пантогам** – має одночасно стимулюючу та заспокійливу дію, володіє проти судомною активністю. Стимулює психо-моторний та мовленнєвий розвиток, покращує фізичну та розумову працездатність.

Застосовується при розумовій відсталості, затримках мовленнєвого розвитку, заїканні, при зниженій розумовій працездатності, при судомному синдромі, насильницьких рухах (гіперкінезах), а також при лікуванні енурезу.

– **Піридоксин** (вітамін В6 і піридоксаль-фосфат) – бере участь в обміні жирів, відіграє важливу роль у забезпеченні нервової тканини необхідною кількістю серотоніну та у синтезі амінокислот.

Застосовується при наявності різних уражень ЦНС, особливо при ДЦП, при порушеннях розумового розвитку. Помічено сприятливу дію вітаміну В6 при хворобі Дауна, при особливій формі розумової відсталості, пов'язаній з ламкою Х-хромосомою, а також при поєднанні різних відхилень у психомоторному розвитку з судомним синдромом.

– **Ціанокобаламін** (вітамін В12) – активізує різноманітні види обмінів у ЦНС, стимулює процеси мієлінізації

НС, стимулює моторний та психічний розвиток.

Особливо часто застосовується у дітей з ДЦП.

– **Кальція пангамат (В15)** – активізує жировий обмін, прискорює процеси мієлінізації НС.

Застосовується у дітей, які народились в асфіксії, соматично ослаблених, при гіпотрофії, при тривалому лікуванні антибіотиками та кортикостероїдами, сульфаніламідними препаратами, а також при шкірних алергічних захворюваннях (сверблячих дерматозах).

– **Фолієва кислота** – бере участь у синтезі амінокислот, нуклеїнових кислот, пуринових та піримідинових основ.

Застосовується при соматичній слабкості, анемії, при особливій формі розумової відсталості, пов'язаній з ламкою Х-хромосою. *У якості побічних дій спостерігаються алергічні реакції та кропивниця.*

– **Ліпоцеребрин** – застосовується як укріплюючий та тонізуючий нервову систему засіб у соматично ослаблених дітей, при порушеннях апетиту, у дітей з відставанням фізичного та психічного розвитку.

*Друга група препаратів – це дегідратуючі засоби.* Препарати цієї групи найбільш часто застосовується у дітей з відхиленнями у розвитку, зумовленими раннім органічним ураженням ЦНС. Наслідками таких уражень здебільшого є підвищення внутрішньо-черепного тиску.

Основні препарати цієї групи:

– **Магнія сульфат** – застосовується як заспокійливий засіб, який понижує внутрішньо-черепний тиск і має проти судомну дію. Препарат включається у комплекс проти судомного лікування. Застосовується у вигляді внутрішньом'язових ін'єкцій, та внутрішньо як складова частина заспокійливих та дегідратуючих мікстур.

– **Діакарб** – нормалізує внутрішньо-черепний тиск (при підвищеннях), понижує секрецію спинно-мозкової рідини. Застосовується внутрішньо.

*Під час застосування магнія сульфату та діакарбу призначають препарати калію, оскільки застосування цих препаратів сприяють посиленому виділенню калію з організму.*

– **Тріампур** – нормалізує внутрішньо-черепний тиск, здійснює діуретичний ефект, не впливає на обмін мікроелементів.

– **Фуросемід** (лазикс) – діуретин, який має прискорену дію. Застосовується переважно при лікуванні гострих станів (часті судомні стани, загроза набряку мозку).

***Третя група препаратів – протисудомні.***

**Фенобарбітал** (люмінал) – базовий протисудомний препарат, ефективний майже при усіх видах судом. Призначається внутрішньо, інколи використовують як седативний та снодійний засіб.

– **Дифеніл** – має протисудомну дію без виразного снодійного ефекту. Застосовується при епілепсії, переважно при наявності великих судомних нападків. Стимулює емоційні та психічні реакції, тому цей препарат не рекомендований збудливим дітям.

– **Хлоракон** – застосовують при різноманітних судомних нападках (великі судомні нападки, малі пропульсивні, абсанси, психомоторні нападки).

– **Бензонал** – має наближену до люміналу дію, та на відміну від нього, не дає виразного снодійного ефекту. Крім протисудомної дії, має стимулюючу дію, покращує розумову працездатність та концентрацію уваги.

– **Гексамідин** – сильний проти судомний засіб, ефективний при великих судомних нападках. Не має снодійного ефекту, але часто провокує побічні дії: головний біль, порушення рівноваги (атаксія), нудоту, зміну формули крові.

– **Карбамазепін** (фінлепсин, тегретол) – протисудомний препарат широкого спектру дії. Має психотропний ефект у вигляді підвищення настрою та працездатності. Побічними явищами може бути втрата апетиту, відчуття сухості у роті,

нудота, сонливість, порушення координації рухів.

– **Діазепам, нітрацетам** (радедорм) – застосовуються як протисудомні препарати.

Однією із складних проблем розвитку мовлення є **алалія**. Тому організація допомоги має бути комплексною, поряд із логопедичною та психолого- педагогічною корекцією дітям з алалією рекомендується курс терапії ноотропного ряду.

**Ноотропи** – група лікарських препаратів, які мають позитивний вплив на вищі інтегративні функції кори головного мозку, покращують пам'ять, полегшують процеси навчання, стимулюють інтелектуальну діяльність, підвищують стійкість мозку до ушкоджень. До ноотропних препаратів відносять:

- енцефабол (суспензія);
- актовегін (драже)
- церебролізин;
- ноотропіл (пиррацетам )
- фенібут;

### **Психотропні препарати та їх використання.**

В сучасній психіатрії широко використовують **психотропні препарати** в рамках терапії окремих захворювань і синдромів . Оскільки для осіб з ТПМ характерні певні нервово-психічні розлади (гіпертензійно-гідроцефальний, астено-невротичний синдром, синдром гіперзбудливості, ін), то дані препарати використовують з метою медичної корекції важких мовленнєвих патологій та вторинних наслідків.

Усі психотропні препарати поділяються на кілька груп:

- *транквілізатори* (триоксазин, еленіум, рудатель, седуксен, ін)
- *стимулятори*: а) антидепресанти; б) власне стимулятори; в) заспокійливі засоби із стимулюючими компонентам
- *нейролептики* - найсильніші психотропні препарати (аміназин, трифтазин, галоперидол, ін)

Препарати перших двох груп практично нешкідливі. А

нейролептики мають побічну дію, яку медики називають *нейролептичним синдромом*. Наслідками цього синдрому є ознаки в'ялості, скутості; виникає амимія обличчя; пацієнт починає „шаркати” ногами під час ходи і при цьому притискає лікті до тулуба; інколи можуть виникати судомні скорочення м'язів підборіддя, очей, лоба.

Найчастіше побічні дії виникають у дитячому і підлітковому віці: річ у тім, що ураження головного мозку у пацієнтів цих вікових категорій мають здебільшого органічне походження і тому сприяють виникненню побічних дій. Зменшити прояв побічних дій у таких випадках можуть препарати, які отримали назву *коректори*, (циклодол, ромпаркін, ін) їх приймають паралельно з нейролептиками..

### **3.2. Методи корекції порушень у дітей .**

В даний час наголошується неухильне зростання числа дітей з проблемами мови і недорозвиненням психічних процесів, соматично ослаблених.

Число корекційних класів в школах, всіляких реабілітаційних центрах помітно збільшується. Проте, за ствердженням фахівців, в процесах навчання і направленої корекції традиційні методи у багатьох випадках перестали приносити очікувані результати.

У ситуації, що склалася, актуальним є системний, комплексний підхід до корекції мовленнєвого і супутнього йому психічного і соматичного розвитку дитини. Навіть у відносно простих випадках таких патологій в подоланні проблеми була б ідеальною присутність як загальноприйнятих, традиційних методів, так і нетрадиційних. Нетрадиційні методи допомагають глибшій корекції, особливо зачіпаючи стани, супутні мовній патології. Базовими, безумовно, є традиційні педагогічні методи, але з обов'язковим використанням і нетрадиційних.

Нетрадиційні методи прості, доступні, ефективні, не мають вікових кордонів, а особистісно-зорієнтований підхід в



роботі з дитиною сприяє вибору найбільш оптимальної, результативної комплексної методики. Використання нетрадиційних методів в комплексному корекційно-освітньому процесі, покращує у дитини пам'ять і увагу, підвищує працездатність, нормалізує стан нервової системи, усуває стреси, знижує рівень стомлюваності, покращує комунікативну функцію, а в умовах роботи цілісного організму — соматичний стан.

Більшість з цих методів прийшли до нас з глибокої давнини. І в даний час виникла необхідність враховувати перевірені тисячоліттями спостереження людей, зокрема, — вплив на соматичний і психічний стан дитяти музики, кольору, запахів. Відомо, що їх поєднання може надавати різну дію— заспокійливу розслабляючу, тонізуючу, стимулюючу, зміцнюючу і так далі. Тому продумане вживання в логопедичній практиці нетрадиційних методів може значно підвищити ефективність виконуваних процедур, створюючи додатковий потенціал для розвитку дитини. Так, наприклад, зелений, синій, блакитний кольори, повільна, неголосна і плавна музика, запахи лаванди, м'яти, коріандру заспокоюють, а запахи лимона, евкаліпта надають стимулюючу, тонізуючу дію, аналогічну впливу червоного, помаранчевого, жовтого кольорів і швидкою, ритмічної, гучної музики.

Серед найбільш актуальних на сьогодні видів арттерапії вчені виділяють власне арттерапію (ізотерапію), казкотерапію, ігрову терапію, пісочну терапію, музикотерапію, хореотерапію тощо. Арсенал естетичних засобів психолого педагогічноговпливу на людину постійно збагачується внаслідок пошуку та розкриття чинників індивідуального та соціального розвитку людини. Серед таких засобів, за силою діємоційно чуттєвих, естетичних вражень виділяємо новітню для вітчизняної психолого- педагогічної науки та практики технологію – лялькотерапію ("Puppet The Gary")

***Лялькотерапія.*** Вивчений світовий досвід сучасно го

розвитку лялькотерапії у психолого-педагогічній науці та практиці дав змогу виділити такі три основні напрями лялькотерапії у процесі формування дитячої особистості:

**терапевтично стабілізуючий напрям:** лялькотерапія у роботі з хворими дітьми в умовах тимчасового перебування дитини у важкому стані у лікарні;

**психокорекційний напрям:** лялькотерапія з дітьми, що потребують підвищеної уваги (лялька використовується як засіб у психокорекційній роботі та соціально навчальних проектах)

**навчально-виховний напрям:** лялько терапія у загальних освітніх закладах в окремих навчальних програмах (музичне виховання, заняття з розвитку мовлення, природничі дисципліни тощо).

Для використання лялькотерапії необхідний набір ігрових посібників і ляльок (часто використовуються ляльки без особи, а їх емоційний стан виражає сама дитина).

### ***Казкотерапія.***

Психологи і психотерапевти вважають, що казки є дуже важливими для розвитку дитини. Слухаючи, проживаючи в уяві, переказуючи чи створюючи власну казку дитина розвиває образне мислення і отримує в стислому вигляді надзвичайно багато інформації про життя, світ і людей в ньому. Казка передає дитині інформацію за допомогою образів, тому інформація з неї є легкою сприйняття і засвоєння дитиною.

Для кожного віку є свої казки. Для найменших підійдуть народні казки. Для дітей шкільного віку вже будуть цікавими і корисними сюжетно складніші авторські казки, в тому числі народні казки в літературній обробці. Також дитина разом з батьками може сама придумати казку і її героїв. Іноді героєм казкової історії може бути і сама дитина. Власна казка може допомогти їй вирішити якусь проблему, побороти страхи чи навчитися чогось нового. Таке "проживання" казки має терапевтичний ефект.

Ще казку можна програти як виставу або як гру (К. Крутій, Н. Маковецька) і таким чином казки ще й сприятимуть розвитку мовлення, фізичному розвитку дітей, їх активності і здоров'ю.

Казкотерапія, спрямована на передачу цінного життєвого досвіду, виявлення та розвиток потенційних можливостей особистості.

Казкова та лялькова терапія (драматизація казок) використовуються в комплексі. У рамках лялькової терапії реально втілюються уявлювані образи. На сучасному етапі казкової лялькової терапії психологи використовують три типи ляльок:

ляльки-маріонетки, пальчикові ляльки та тіньові ляльки. У казковій терапії надзвичайно важливим є сам процес створення ляльки – процес творення нового казкового життя. Створення власної ляльки дозволяє дитині творчо розкритися, проявити свої приховані здібності, відчутти впевненість та задоволення, розширити комунікативні О.В. Бурчик.

Казковотерапевтичні постановки не припускають важкого заучування ролей та тривалих репетицій, озвучуючи ролі діти розкомплексовуються ведуть себе природньо, входячи в роль використовують імпровізацію, міміку, жести, копіюють рухи Головною є ідея експромту, коли дитина може додати свої слова, репліки.

Для використання казкотерапії дитина має бути знайома з визначеною кількістю казок. Ці дві терапії (лялькотерапія і казкотерапія) розвивають уяву, комунікативну функцію мовлення, допомагають зняти стан страху, тривожності, агресії, сприяють творчому самовираженню дитини.

***Арттерапевтичні техніки, що допомагають зняти нервову напругу і підключають внутрішні резерви організму дитини:***

**«Живопис за допомогою пальців»**

Такий вигляд живопису досить має заспокійливий та розслабляючий ефект, позитивно впливає на психіку дитини. За допомогою фарби дитина може виплеснути емоційне напруження зовні, відбувається розрив напруги, настає заспокоєння. Живопис допомагає адекватно виразити емоційний стан дитяти: гнів, образу, біль, радість. Дотик до фарб, їх розмазання по ватману дозволяє більш повно включитися дитяті в процес творчості, підключає внутрішні резерви організму.

Коли дитина малюватиме, почніть разом з ним, покажіть йому, як це робити. Розпитаєте, що він намалював, хай розповість, про що малюнок.

### **Робота з глиною.**

Робота з глиною залишає приємні відчуття, дозволяє розслабитися. Заняття з глиною дозволяють зняти стрес, допомагають вираженню відчуттів, залучити до соціальної активності нетовариських дітей.

Пластичність і податливість глини дає можливість отримувати як тактильні, так і кінестетичні (дотик, відчуття руху) відчуття. Помилки в роботі легко усуваються. Цей вигляд творчості найнаочніший і дозволяє спостерігати за станом дитини. Висохши, глина перетворюється на дрібний порошок і легко змивається з рук, віддаляється з одягу. Ще глина володіє властивостями, способствующими загоєнню ран.

Вироби із глини можна висушити а потім розфарбувати, можна виконувати колективну роботу по виліпленню героїв однієї казки, після закінчення роботи казку розіграти в ролях (елемент казкотерапії)..

Зберігайте вироби ваших дітей, хвалите їх. Надалі заняття з глиною допоможуть відновлювати емоційну рівновагу.

### **« Ігри з піском»**

Спільні ігри з піском мають позитивне значення для розвитку психики дитяти, встановлення психологічного комфорту:

а) при взаємодії з піском стабілізується емоційний стан;

б) розвиток дрібної моторики і тактильного відчуття, впливає на розвиток центру мовлення в головному мозку дитини, формування мимовільної уваги і пам'яті;

в) з розвитком тактильної чутливості і дрібної моторики дитина вчиться прислухатися до своїх відчуттів і промовляти їх.

Для гри з піском в приміщенні необхідні:

- водонепроникний дерев'яний ящик 50x70x8 см;

- чистий просіяний пісок (добре прожарений в духовій шафі). Піском заповнюється 1/3 ящика;

3) вода в глечку, щоб можна було змочити пісок.

### ***Музикотерапія (звукотерапія)***

Музикотерапія - це ліки, які слухають. Підбір музикальних творів повинен відповідати віку дитини. Мета занять з використанням музичних творів: створення позитивного емоційного фону, стимуляція рухових функцій, розвиток і корекція сенсорних процесів сприймання, уявлення, відчуття.

Найбільш важливим для дітей-логопатів є тренування спостережливості, розвиток відчуття темпу, ритму, мисленневих здібностей, фантазії, розвиток загальної дрібної та артикуляційної моторики. З цією метою програмою для дітей з ТПМ передбачені музично-ритмічні заняття та логоритміки, яка також включає в себе виконання вправ під музику. З її допомогою можна створити життєрадісний, бадьорий або спокійний настрій, необхідний для користування мовою, навчити користуватися мовленнєвим диханням, синхронно рухатися, координувати мову і рух, поєднувати ритм музики з ритмом руху, темп музики з темпом руху.

*Музикотерапія включає в себе:*

- прослуховування муз. Творів,
- співи,
- ритмічні рухи під музику
- поєднання музики і образотворчого мистецтва.

Музика може використовуватись при виконанні самостійно роботи, яка не супроводжується мовленням.

Музикотерапія сприяє покращенню загального емоційного стану дітей, кращому виконанню якості рухів (плавність, чіткість, організованість); корекції розвитку відчуттів, сприймань, уявлень, стимуляції мовленнєвої функції, нормалізації просодичної сторони мовлення (темп, ритм, інтонація)

Рекомендують такі музичні твори відомих композиторів:

1. Музичні етюди, сприяючі нормалізації настрою (музика П. Чайковського, Н. Римського-Корсакова, М. Глінки, С. Прокоф'єва і ін.).

2. Музичні релаксаційні вправи для мимічних і артикуляцій м'язів.

3. Музичні вправи для корекції жестів («Зверобіка» Б.Савельєва, «Посмішка» СтШайнського, «Хитра лисиця і вовк» С.Бодренкова, «Кіт і миші» Т.Тягловий і ін.).

4. Музичні вправи, регулюючі м'язовий тонус («Маятник», «Годиннички» – перенесення тягаря тіла з одного боку на іншу), «Дурниця», «ганчіркові ляльки» (вільне гойдання обох рук вперед-назад, гойдання правою (лівою) рукою і ногою в сторони).

5. Вправи для розвитку відчуття темпу і ритму (прогавити руками і протупати ногами ритмічний малюнок пісні).

6. Вправи для розвитку координації мови і руху з поступовим ускладненням темпу і ритму (потішки «Із-за лісу, із-за гір», «Сонечко, сонечко!», і ін.).

7. Проспівування пісень з ускладненням темпо-ритмічних характеристик (текст: хорей – ямб – дактиль).

8. Вправи, в яких під музику ритм відбивається руками, поступово прискорюється темп, кожен удар долоні доводиться на явну («Андрій-горобець, не ганяй блакитний»).

9. Диригування пісень, музичних п'єс.

10. Вправи на формування мовленнєвого дихання (проспівування звуків, складових рядів, фраз).

11. Вправи для вироблення м'якої атаки голосу (музичний керівник показує, як це робити в зручному для дітей діапазоні).

12. Вправи для зниження напруги голосових в'язок. Проспівування голосних в послідовності: А, О, В, І, Е, А – містить резонування як високих, так і низьких тонів. Про, В – резонування низьких тонів. І, Е – резонування високих тонів. Вправа «Великий паровоз гуде «В..» (низький тон). Маленький паровозик гуде «в...» (високий тон). Пропонується проспівувати голосні з різною інтонацією – питання, відповідь, здивування, передавати різні емоційні полягання в проспівуванні голосних – радість, печаль, здивування.

*Приклади музичних творів, що можуть використовуватися в ході корекційних занять:*

- при перевтомі і нервовому виснаженні – “Полонез” М.Огінського;

- у пригніченому меланхолічному настрої – “Аве Марія” Ф.Шуберта;

- при вираженій дратівливості, гніві – “Сентиментальний вальс” П.Чайковського;

- розслаблююче діють – “Баркарола” П.Чайковського, “Лебідь” К.Сен-Санса, “Вчора” Дж. Леннона;

- тонізуючий вплив мають – “Чардаш” Монті, “Шербурські парасольки” М.Леграна;

- зменшує відчуття тривоги та невпевненості – “Мелодія” А.Рубінштейна;

- зменшують роздратованість, розчарування – “Місячна соната” Л.Бетховена, “Кантата №2” Й.С.Баха [5].

Вчені психологи довели, що систематичні заняття музикою у віці 5–15 років дозволяють значно підняти IQ – тобто, інтелектуальний потенціал дитини, краще розвинути пам'ять, аналітичні здібності, орієнтацію, не говорячи вже про позитивну корекцію нервової системи.

**Хромотерапія** - вплив кольорів на психічний стан дитини. Кожен колір випромінює свою енергію і безпосередньо впливає на наш розумовий, душевний і фізичний стан. Не випадково кольоротерапія відноситься до найбільш популярних напрямів альтернативної медицини.

Концепція кольору була вироблена ще Іоганном Вольфгангом Гете у “Вченні про колір” (1810 р.): всі темні кольори заспокоюють, світлі збуджують. З п'ятьми, вважав німецький письменник, визодить першим синій колір, зі світла – жовтий. Це основні кольори, від них походить решта.

Існує взаємодія між кольором і часом. Кожна епоха обирає свій колір: сірий – пуританство та післявоєнна Британія, пурпур – Давній Рим як символ влади. Вагається що велике розмаїття кольорів свідчить про процвітання нації.

Фізіологи створили школу, в якій за допомогою кольору зцілюють. У Давньому Китаї хворі, що лікувалися від слідів віспи, лежали в червоному шовку. Було встановлено, що людина, яка втомилася від одного кольору, мала подивитися на протилежний, щоб стан її змінився. Червоний колір завжди впливає на фізичний стан, жовтий – на розумовий, а голубий – на емоції. Відповідно впливають й їхні віддтінки.

Тест на колір - не забава, а серйозний науковий метод, що дозволяє досвідченому фахівцеві безпосередньо досліджувати таємниці глибинної психіки. В основі цього тесту лежить виявлення переваги, тобто вибір колірної послідовності, як віддзеркалення спектра відповідних емоційних станів.



У психології найбільш відомий колірний тест М. Лютера. Кожна колірна гама, на думку вченого, має певне значення. Так, основні кольори відображають такі психологічні потреби особи:

- темно-синій – потреба у спокої, визначає задоволення, стійку позитивну прихильність;
- синьо-зелений – потреба у самоствердженні, свідчить про упевненість, наполегливість, іноді упертість;
- помаранчево-червоний – потреба активно діяти й досягати успіху, характеризує ступінь вольового зусилля, агресію, збудження, наступальні тенденції;
- світло-жовтий – потреба у перспективі, надіях на краще, мріїх, символізує активність, прагнення спілкування, веселу вдачу.

Символіка кожного кольору сягає корінням у далеке минуле існування людини на землі. Ніч, символом якої є синій колір, здавна несла людині спокуй, розслаблення, сон. Сон – це, яскравість початку дня (жовтий колір), викликало надію, спонукало до активності. Червоний колір – забарвлення квітки, плодів, кров; віддзеркалення еротичного потягу, прагнення до оволодіння брагами навколишнього життя. Зелений – колір трави, чагарників і дерев – міг служити символом захисту, маскуванню. Сірий як відсутність кольору тлумачиться як такий, що розділяє, відгороджує. Чорний символізує заперечення яскравих фарб життя і самого буття. Коричневий колір є поєднанням помаранчевого і чорного, а фіолетовий – червоного і синього.

Виходячи із символіки кольорів і накопиченого практичного досвіду, структурне значення тено-синього кольору характеризується як концентричність (тобто зосередженість на внутрішніх проблемах), пасивність, глибина переживань, чутливість. Його емоційний відтінок, за Лютером, - спокій, задоволення, прихильність, ніжність, любов. На думку автора, перевага синього кольору означає необхідність у спокої невдоволеної чуттєвої особи.

Зелений колір символізує пружність волі, незалежність, пасивність, оборонні тенденції. Його афектні аспекти – наполегливість, самовпевненість, упертість і самоповага.

Помаранчево-червоний символізує силу волі, є ексцентричним, активним, наступально-агресивним, оперативним. Його афектні аспекти - бажання, владність, збудливість.

Психологами виявлена психологічна і фізіологічна дія кольору на людину, взаємозв'язок між емоційною сферою, типом темпераменту та кольором, перевагу якому надає особа.

У таблиці показаний зв'язок між типом темпераменту і кольором.

Тип темпераменту (внутрішній колір)	Характер (основні риси)	Дія зовнішніх кольорів	
		Теплі кольори (жовто-червоні)	Холодні кольори (синьо-зелені)
Холерик (червоний)	Запальний, нестриманий, поривчастий)	Сприяють легковажності у поведінці	Викликають стриманість у поведінці
Сангвінік (жовтий)	Динамічний, товариський, життєлюбний	Послаблюють ступінь свідомості	Сприяють посиленню врівноваженості
Флегматик (зелений)	Повільний, невтриманий, терплячий	Посилюють інтелектуальні якості	Викликають певне відчуження
Меланхолік (синій)	Серйозний, самотній, невпевнений	Сприяють посиленню контактності	Посилюють замкненість, самотність

### *Терапевтичний ефект*

В принципі можна використовувати всі відтінки сонячного спектру. Але в більшості випадків вибирають основні кольори – червоний, жовтий і синій, а також змішані тони – оранжевий, фіолетовий і зелений. Білий і чорний не підходять,

оскільки перший відображає весь пучок променів, а останній поглинає всі світлові промені.

#### *Червоний колір*

Має розігрівачу, оживляючу дію. Він зміцнює серце і систему кровообігу. Активізує роботу печінки і підтримує утворення червоних кров'яних тілець.

#### *Оранжевий колір*

Будить радість життя і веселість. Він допомагає при депресіях, апатії і втраті апетиту. Цей колір благотворно впливає на залози і легені.

#### *Жовтий колір*

Покращує настрій і позитивно впливає на нервову систему і внутрішні органи. Заспокоює селезінку, активізує лімфосистему, допомагає при проблемах з печінкою.

#### *Зелений колір*

Надає сильний антистресовий ефект, оскільки заспокоює нерви, усуває стани крайньої втоми. Він відновлює рівновагу між печінкою і селезінкою, регенерує м'язи і сполучну тканину.

#### *Синій колір*

Зменшує запалення і допомагає при порушеннях сну, а також при головних болях. Синій колір остиджує. Тому корисний при опіках і підвищеній температурі.

#### *Фіолетові тони*

Сприяють кращій концентрації уваги, помітно знімають психічну напругу. Стимулюють діяльність селезінки, розслаблюють, знімають біль, підтримують лімфосистему.

Так, наприклад, зелений, синій, блакитний кольори мають заспокійливу дію, аналогічно червоний, помаранчевий, жовтий кольори несуть в собі стимулюючий ефект.

**Ароматерапія** -це лікування з застосуванням натуральних ефірних масел, здатних нормалізувати Ваш

психічний стан, врівноважити процеси, що відбуваються в організмі, і тим самим значно поліпшити його опірність до шкідливих зовнішніх впливів. Зона, яка відповідає за сприймання запаху в корі головного мозку знаходиться поруч із зоною яка відповідає за емоційний стан людини. Запахи починають впливати через 15 хв. Після початку вдихання. В дію запускаються біоенергетичні процеси в організмі. Ароматерапія пробуджує і посилює природні сили організму, сприяє зміцненню здоров'я і краси. Діапазон застосування масел дуже широкий. У наш організм масло може потрапити через дихальні шляхи - нюх, дихання, інгаляції; через шкіру-масаж, ванну, компрес; через слизову-полоскання, краплі, мікроклізми. Застосування засобів ароматерапії в педіатрії дозволяє активізувати розумову діяльність дитини, зняти у нього втому, підвищити успішність, вилікувати простудні захворювання, нормалізувати сон і просто створити гарний настрій. На відміну від багатьох медичних засобів, ароматерапевтичні лікувальні склади дуже приємні у застосуванні, так що вони неодмінно сподобаються дітям.

У складному процесі виховання дитини часто виникає загроза захворювань, інфекцій, травм і тут завжди можуть прийти на допомогу ефірні олії. Так само дуже важливо розуміти, що головна мета ароматерапії – це не лікування, а профілактика. Вона ефективна в комбінації із правильним способом життя, здоровішим харчуванням і позитивним світоглядом.

Народний досвід і дослідження вчених показали, що запахи здатні керувати настроєм і працездатністю.

Аромати лаванди і розмарину діють заспокійливо і запобігають стресовому стану, запахи лимону і евкалипту збуджують нервову систему і піднімають працездатність. Ефірне масло садового чебрецю заспокійливо діє на нервову систему.

Довготривале вдихання лаванди забезпечує снотворний

ефект, так само, як ромашка, валеріана, коріандр, дягель та меліса.

Ефірні масла базиліку, коріандру, дягелю, цедри лимону, майорану, петрушки, евкаліпту тонізують.

Фітокомпозиції із базиліку, розмарину, м'яти, майорану, коріандру, лаванди, тим'яну і вербени дають аромати, які прекрасно заспокоюють перезбуджену нервову систему. (Такі характеристики дії ароматів мають значення у роботі з гіперактивними дітьми).

Ароматерапію застосовують разом із музикотерапією. Сеанс продовжується 20-30 хвилин. Курс лікування – від 10 до 20 сеансів. Він рекомендований для ослаблених, пригнічених або навпаки гіперзбудливих дітей, в тому числі для дітей, які мають вади мовлення.

(Хотілося б нагадати, що із запахами працювати треба дуже обережно. Слід переконатися в тому, що дитя не має алергії на запропонований аромат.)

***Анітеранія*** — лікування продуктами бджільництва. До продуктів бджільництва крім меду відносять: прополіс, віск, маткове молочко, квітковий пилок.

*Мед* засвоюється в організмі людини на 100% і володіє легким снодійним, заспокійливим, послаблювальним діями. Він знімає безсоння, неврози, підвищує працездатність.

*Прополіс*- стимулює процеси кровотворення, знімає спазми судин, знижує артеріальний тиск, підвищує захистні функції організму та працездатність;

*Квітковий пилок*-укріплює капіляри судин, головного мозку, підвищує розумові і фізичну працездатність;

*Маткове молочко*- стимулює діяльність ЦНС, підвищує працездатність, знімає втому, нормалізує кров'яний тиск, підвищує стійкість організму до стресів, покращує пам'ять, ліквідує спазм судин. Входить до складу лікувального таблетованого припарату «Апілак».

Використовувати апітерапію, фізіотерапію, фітотерапію, лікувальну фізкультуру в роботі з дітьми можуть лише медичні працівники.

**Фітотерапія** – це лікування з допомогою лікарських рослин. Практика логопедичної корекції свідчить про позитивний вплив фітотерапії на дітей-логопатів. Вона має глибоке коріння, як в нашій країні, так і за кордоном. Ще в XI ст до н.е. вавілоняни широко використовували рослини з лікувальною метою. Частина глиняних табличок, виявлених в бібліотеці царя (XII ст до н.е.) Ассирії, містить опис лікарських трав, а в столиці Ассирії Ніневії був знайдений сад лікарських рослин. Єгиптяни ще за чотири тисячі років до н.е. склали деяке подібність фармакології з описом тих, що застосовувалися тоді лікарських рослин.

Важливо привернути увагу лікарів, педагогів, дефектологів і батьків до необхідності використання лікарських рослин як ефективного лікувального і профілактичного засобів при різних мовленнєвих аномаліях, для відновлення розумової і фізичної працездатності, усунення втоми, млявості, астеничного синдрому, профілактики порушень мозкового кровообігу, розладів пам'яті, усунення безсоння, нервозності, відновлення м'язового тону.

В результаті комплексної роботи, вдається за допомогою лікарських рослин не тільки нормалізувати сон дітей, зняти подразнення, заспокоїти, підняти працездатність, пам'ять, увагу, але й покращити загальний стан дітей з мовленнєвими розладами.

Для підвищення працездатності, поліпшення пам'яті, концентрації уваги рекомендують відвари звіробою, конвалії, настойки женьшеню, а також сирі овочі, особливо сік капусти. Ефективне втирання масла з плодів ялівцю при виконанні точкового масажу по методиці К. А. Семенової (1979). Все це слід робити під строгим спостереженням лікаря. На жаль,

відомостей по використанню нетрадиційних методів в корекції мовленнєвих порушень в лікувальній педагогіці недостатньо. Це питання вимагає подальшого, глибшого вивчення і впровадження в практику.

Важливо звернути увагу лікарів, педагогів, дефектологів, батьків до необхідності застосування рослин, як ефективного лікувального і профілактичного засобу при різних мовленнєвих вадах .

Відповідні збори лікарських рослин використовуються при ***нервозоподібному заїканні, спастичній та паретичній формах дизартрії***

Продумане використання фітотерапії з врахуванням багатовікового досвіду народу, індивідуальних компенсаторних можливостей кожної дитини окремо, структури мовленнєвого дефекту, його етіології і патогенезу дає можливість створити сприятливий ґрунт для роботи по корекції мовленнєвих порушень або емоційних відхилень в поведінці.

В результаті комплексної роботи, вдається за допомогою лікарських рослин не тільки нормалізувати сон дітей, зняти подразнення, заспокоїти, підняти працездатність, пам'ять, увагу, але й покращити загальний стан дітей з мовленнєвими розладами.

***Психотерапія*** - вид лікування при якому основним інструментом на психіку є *слово*. Її використовують при подоланні заїкання. Психотерапія – оздоровлення психіки дитяти, що заїкається, непрямым і прямим способами. Під непрямою психотерапією розуміються обстановка, природа, колектив, стосунки, режим, ігри. Пряма психотерапія – лікувальна дія словом (роз'яснення, переконання, навіювання і навчання)

*Психотерапія має за мету змінити відношення особи до свого дефекту.*

Методи психотерапії:

- раціональна психотерапія ( аргументовані пояснення);  
- сугестивна психотерапія (навіювання окремих думок, бажань) в стані бадьорості (в ізольованому приміщенні без наявності посторонніх шумів, можна під спокійну легку музику, в положенні сидячи, або лежачи на кушетці, або гіпнотичного сну).

- колективна психотерапія (казкотерапія, лялькотерапія, вокалотерапія, ігротерапія).

- аутогенні тренування (метод психологічного розвантаження і зняття нервового навантаження шляхом частого повторення спеціальних оптимістично-мобілізуючих формул.

В Україні професор В.А.Скумін на підставі ґрунтовних наукових досліджень, проведених ним у 1976 - 1980 рр. в Інституті М.М.Амосова, розробив ефективну модифікацію аутогенного тренування Психотренінг по Скуміну складається з п'яти вправ:

«*Релаксація*» - послідовне розслаблення м'язів ніг, рук, тулуба, шиї, голови. Особливу увагу приділяють релаксації кистям рук, спини, обличчя, збиткова напруга котрих є у даного контингенту.

«*Тепло*» - викликається у ногах, руках, сонячному сплетенні, шиї, голові. Пацієнти з синдромом Скуміна потерпають від відчуття холоду в периферичних ділянках тіла. Усування неприємних відчуттів крім безпосереднього позитивного ефекту, сприяє активації особистості у боротьбі з хворобою.

«*Паріння, невагомість*» - використовуються формули які викликають відчуття паріння, невагомості, «розчинення» тіла. Після оволодіння цією вправою зменшуються біль, розбитість, важкість, характерні для таких хворих, поліпшується їх самопочуття, настрій.

«*Цільове самонавіювання*» - формули його визначаються конкретними лікувальними завданнями. Вони направлені на вироблення адекватного відношення до стану свого здоров'я,



нормалізування сну, корекцію характерологічних відхилів, подолання страхів, тривоги, мобілізацію ресурсів особистості.

«Активаци́я» - проводиться за допомогою формул та уявлень, сприяючи виходу зі стану занурення. Підкреслюється, що організм зарядився енергією, силою і це сприяє відновленню здоров'я, подальшому покращанню стану.

Колективна психотерапія завжди є комбінацією психотерапевтичних і лікувально-педагогічних методів. Психотерапія завжди містить елементи виховання, а лікувальна педагогіка супроводиться психотерапевтичною дією.

**Фізіотерапія** (від грец. *physis* — природа + «*therapeia*» — лікування) — складова фізичної реабілітації, область медицини, що вивчає фізіологічну дію природних (вода, повітря, сонячне тепло і світло) і штучних (електричний струм, магнітне поле та інші) фізичних факторів, а також розробляє методи їхнього лікувального профілактичного застосування. Не дивлячись на співзвучність назви (*physical therapy*), являється аналогом апаратної електротерапії в англomовних країнах. Аналогом (синонімом) назви *physical therapy* (*physiotherapy*) є фізична реабілітація.

До методів фізіотерапії відносяться:

- бальнеотерапія (лікування мінеральними водами, грязелікування),
- кліматерапія (печерне лікування, вплив гірського повітря),
- гідро- та термотерапія (водолікування, термічне лікування),
- інгаляція (лікування через дихальні шляхи),
- механотерапія (лікувальна гімнастика і всі види масажу),
- електро і фототерапія (лікування електричними променями и світлом).
-

## ***Масаж в логопедичній роботі з молодшими школярами***

Логопедичний масаж є частиною комплексу лікувально-оздоровчих і корекційно-розвиваючих заходів, які здійснюються логопедом за участю інших фахівців служби супроводу розвитку дитини. У роботі з дітьми, що мають мовленнєву патологію, використовують масажі рефлексогенних зон (кистей, стоп, аурикул, волосистій частині голови), сегментарно-рефлекторний і точковий.

У масажний комплекс входять:

1. Розвиток ручного праксису.
2. Розвиток тактильних (дотикових) відчуттів.
3. Релаксація.
4. Власне масаж.
5. Диференційована гімнастика артикуляції.

Масаж-один з методів фізичної і енергетичної дії на тіло людини-може заспокоїти, зняти біль, допомогти перемогти хворобу і навіть сприяти розумовому, мовленнєвому і фізичному розвитку дітей.

*Показання до проведення логопедичного масажу.*

Довгі роки практичної роботи показали, що використання різних видів масажу в комплексній корекційній роботі по подоланню мовленнєвих порушень (зокрема дизартрії, функціональної і органічної дислалії, алалії, , і афазії,) значно підвищує її ефективність. Мета логопедів-максимально розвинути методика масажу, направлену на коррекцію мовленнєвих порушень, полягаючи в загальнозмцнючій дії на немовленнєві і мовленнєві функціональні системи дитини.

*Точковий масаж*

Масаж біологічно активних точок (описано біля 700 БАТ, найчастіше використовується біля 150) стимулює і заспокоює нервову систему, посилює кровообіг, регулює роботу залоз внутрішньої секреції, зменшує біль, понижує нервову і м'язову

напруження.

Використовується в комплексній логопедичній допомозі при **дизартріях** (при порушеннях інервації органів артикуляції);

**Дизграфія** ( моторна д.)- трудність рухів руки під час письма, координація рухів рук і очей, відсутність плавного переключення. Крім цього використовується зондовий масаж органів артикуляції.

При **заїканні** точковий масаж може бути хорошим доповненням до логопедичних занять та медикаментозного лікування назначеного лікарем.

Якщо у дитини порушена не тільки артикуляція але і дихання (при дизартрії, заїканні ринолалії) рекомендована дія на точки які відповідають за акт дихання в процесі мовлення.

*Масаж біологічно активних точок голови та обличчя за методикою Норбекова для дітей з заїканням.*

Точки впливу:

- точка між бровами;
- дві точки поряд з крилами носа;
- точка в центрі під нижньою губою;
- точки у скроневих западинах;
- парні точки попереду козелків вух;
- парні точки на потиличних западинах;
- точки на шийному відділі хребта по смузі росту

волосся.

При масажі означених точок очі повинні бути заплющені, дихання -спокійне, глибоке, внутрішня радість, що ви працюєте над виправленням заїкання. Порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. .

Масаж проводиться з допомогою трьох пальців: вказівного, середнього, безіменного або з допомогою одного пальця ~ великого у вертикальному напрямку засобом натискання; сила впливу середня; 25-30 натискань на 1 точку. На поверхні вушних раковин розташовано більш як 170

біологічно активних точок, тому, масажуючи їх, ми впливаємо на весь організм. При виконанні кожної дії рахуємо до п'яти.

- Беремо вушну раковину в кулак (великий палець за вухом) і починаємо масажувати, тягнемо вухо вниз і назад.
- Те саме положення, але тягнемо вухо вгору і вбік.
- Те саме положення, тягнемо вухо вбік і назад.
- Масажуємо вухо круговими рухами долоньями за годинниковою стрілкою.
- Масажуємо вухо круговими рухами проти годинникової стрілки.

Масаж біологічно активних точок використовується, як при корекції заїкання, так і при корекції дизартрії.

*Умови проведення логопедичного масажу.*

Масаж можна починати проводити з двох місячного віку що буде перешкоджати розвитку в його організмі порушень, у тому числі й мовленнєвих. Масаж волосистої частини голови виконують тільки з півтора року. У період пубертатного (статевого дозрівання) масаж не рекомендується виконувати, тому що може статися спалах статевої функції. Масаж проводиться чистими руками логопеда на чистій шкірі дитини. Температура в приміщенні повинна бути не нижче 22 градусів (при більш низькій температурі м'язи дитини не розслабляться, і, природно, максимального ефекту від впливу не буде. Сеанс масажу - це процедура, яка виконується один раз на день. Рекомендується проводити в ранкові години, щоб уникнути перезбудження. Курс масажу - це кількість сеансів, що проводяться протягом певної кількості днів. Логопедичний масаж проводять курсами, що містять від 10 до 20 сеансів, оптимально 10 - 12 або 15. Тривалість сеансу і самого курсу масажу залежить від тяжкості мовленнєвої патології: чим легше порушення, тим коротше курс масажу і менше їх потрібно для найбільш повної корекції. Проекції зон і точок на кистях, стопах, вушних раковинах, носі, мові, волосистої частини голови, згідно зональної терапії, взаємопов'язані з внутрішніми

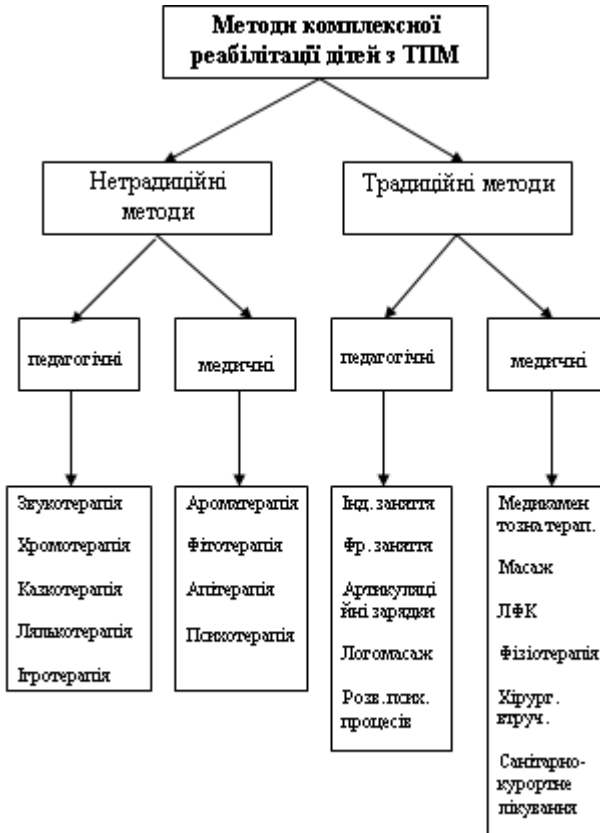
органами за допомогою їх загальної проекції на рівні коркових зон. Кисті, стопи, вушні раковини і так далі є зменшене відображення всього тіла людини.

*Протипоказання до проведення логопедичного масажу.*

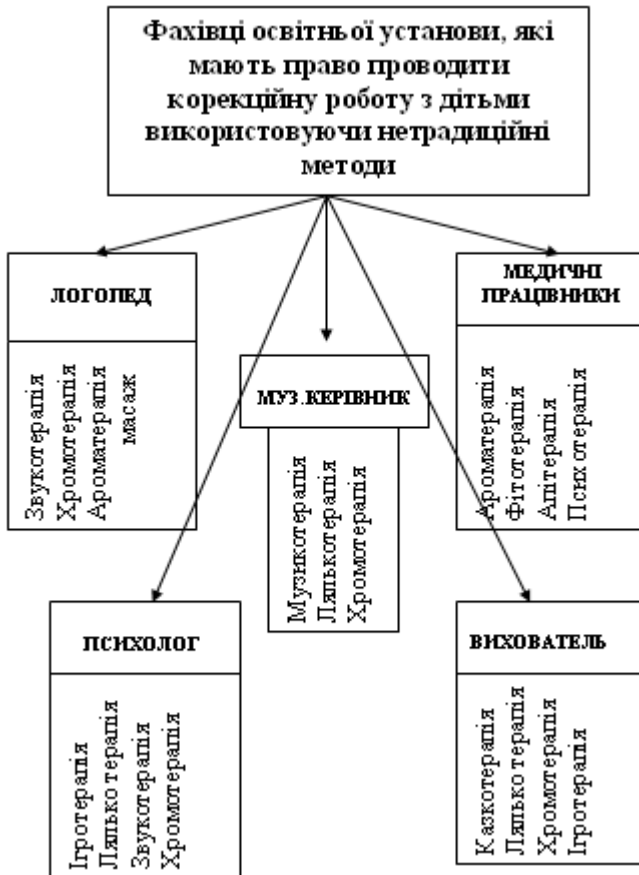
• Гнійничкові і грибкові захворювання шкіри у логопеда або дитини

- гематоми на масажованих ділянці тіла
- активна форма туберкульозу
- хвороби крові і капілярів
- тромбоз судин
- гостра кропив'янка, набряк Квінке в анамнезі
- онкологічні захворювання
- інфекційні рани
- фурункульоз
- ГРЗ
- гіперчутливість
- епілепсія

• якщо дитина недавно переніс ангіну, масаж протипоказаний після повного одужання ще впродовж 10 днів.



**3.3 Психолого-педагогічні умови корекції порушень мовлення у спеціальних закладах освіти.** Гармонізуюча методика корекційної роботи з дітьми, що мають як мовленнєву патологію, так і різні порушення психічних функцій, використовується вже більше двадцяти років, постійно удосконалюючись і розвиваючись. Нетрадиційні методи досить ефективні використовуються у роботі відповідними спеціалістами, слід відмітити, що не кожен спеціаліст має право використовувати вище перераховані методи. їх можна чітко розмежувати:



- ароматотерапія — логопед, психолог, вихователь, медичний психолог, психіатр;
- хромотерапія — логопед, психолог, вчитель, вихователь, муз. керівник;
- музикотерапія — логопед, психолог, вихователь, вчитель, муз. керівникові;
- лялькотерапія — вихователеві; психолог, логопед;
- казкотерапія — вихователь, логопед, психолог;
- апітерапія — медичний працівник;

- фітотерапія — медичний працівник;
- фізіотерапія — медичний працівник;
- лікувальна фізкультура — медичному працівникові, інструктор ЛФК;
-



## СЛОВНИК

**1. Гіпоксія**, або Кисневе голодування — патологічний стан, під час якого тканини і органи недостатньо насичуються киснем або кисню достатньо, але він не засвоюється тканинами. Внаслідок цього в життєво важливих органах розвиваються необоротні зміни. Найбільш чутливі до кисневої недостатності центральна нервова система, м'язи серця, тканини нирок, печінки.

**2. Нереспіраторний (метаболічний) ацидоз та нереспіраторний (метаболічний) ацидоз** - це найчастіша і найбільш важка форма порушення кислотно-основного стану. В основі нереспіраторного (метаболічного) ацидозу лежить накопичення в крові так званих нелетких кислот (молочної кислоти, оксимасляної, ацетоно-оцетної тощо) або втрата організмом буферних основ.

**3. Гіперкаліємія** - це патологічний стан внаслідок зростання вмісту калію в позаклітинній рідині і плазмі крові.

**4. Гіпонатріємія** - це стан, при якому концентрація іонів натрію в плазмі крові падає нижче 135 ммоль / л (в нормі - 150 ммоль / л). Гіпонатріємія викликається широким спектром патологій.

**5. Гіпокаліємія** (др.-греч. Нуρο + калій + др.-греч. Наіта кров) зниження концентрація іонів калію в крові.

**6. Перинатальний період** - період, який починається з 22-го повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу - термін гестації, якому в нормі відповідає маса плода 500 г) і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження).

**7. Ішемія** (лат. ischaemia, грец. Ίσχαμία, від Ίσχω - затримую, зупиняю і αίμα - кров) - місцеве недокрів'я, частіше обумовлене судинним фактором (звуженням або повної obturaцією просвіту

артерії), що приводить до тимчасової дисфункції або стійкого пошкодження тканини або органу. Наслідки ішемії залежать від ступеня і швидкості зниження параметрів кровотоку, тривалості ішемії, чутливості тканин до гіпоксії, загального стану організму. Найбільш чутливими до ішемії є органи центральної нервової системи і міокард.

**8. Перинатальна патологія** (греч. *per* навколо + латів. *natus* народження) — патологічні стани і захворювання плоду і новонародженого, які виникають в перинатальному періоді. У нашій країні перинатальний період обчислюється з 28-го тижня вагітності (коли маса плоду досягає 1000 г і більше, ріст 35 см і більше), включає період пологів і закінчується через 168 годин після народження.

**9. Нейровізуалізація** - загальна назва декількох методів, що дозволяють візуалізувати структуру, функції і біохімічні характеристики мозку.

**10. Анамне́з** (грец. *Αναμνησις* — спомин) — сукупність відомостей про хворого, одержаних лікарем від нього самого або від осіб, які його оточують.

**11. Психомоторний розвиток** дитини відображає становлення різних відділів нервової системи дитини у певні періоди життя.

**12. Постнатальний** (період життя після народження)

**13. Ранній неонатальний період** - період, що триває з моменту перев'язки пуповини до закінчення 7-ї доби (168 годин)

**14. Пізній неонатальний період** -період, що триває з 7 до 28 доби життя.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: [учеб. для студ. сред. и высш.пед. учеб. Заведений] / [Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская]. – М.: Академия, 2001. – 248 с.
2. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології : [навчальний посібник]. – К. : Академвидав, 2004. – 352 с.
3. Бадалян Л.О. Невропатологія. - Москва, «Академія», 2000. - 382 с.
1. Баттервортдж., Харрис М. Принципи психології розвитку. Пер. с англ. - Москва, «Когито-центр», 2000 . - 350 с.
2. Бауэр Т. Психічний розвиток дитини. - Москва, "Прогрес", 1979. - 319с.
3. Бернштейн Н.А. Нариси по фізіології рухів і фізичної активності. М., Медицина, 1996.
4. Буянов М.М. Беседы о детской психиатрии: Кн.. для учителя. -.С.199
5. Виготський Л.С. Лекції по психології. - С-Пб., з "Союз", 1999. - 142с.
6. Виготський Л.С. Проблеми дефектології. - М., Освіта, 1995. - 126с.
7. Вікулов А.Д., Бутін І.М. Розвиток фізичних здібностей дітей. Ярославль, ТОО «Грінго», 1996.
8. Володин Н.Н., Шкловский В.М.Рання діагностика мовленнєвих порушень та їх корекція. - Методичні рекомендації. - М 2005.
9. Кольцова М.М. Рухова активність і розвиток функції мозку дитяти. – М.,1973.
10. Кольцова М.М., Рузіна М.С. Дитина вчиться говорити. Пальчиковий игротренинг. – СПб.: «Сага», 2002.
11. Корнев А.Н. Порушення читання і листа у дітей. - СПб.: МІМ, 1997.
12. Когнітивна психологія. /Під ред. В.Н.Дружиніна,

Д.В.Ушакова. - М., ПЕР СЭ, 2002.- 480с.

13. Коррекционная работа в дошкольных учреждениях: Учеб.-метод, пособие / М.В.Смолянко, Р.М.Лукина, Е.В.Вагуро, Н.М.Григорьева. — Мн.: Маст. літ., 2000. — 205 с.

14. Корнев А.Н. Дислексия и дисграфия в дітей. - С-Пб., з "Гіппократ", 1995. - 222с.

15. Лэндрет Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений ; [пер. с англ. / Предисл. А. Я. Варга]– М. : Международная педагогическая академия, 1994. – 368 с.

16. Логопедія. Під ред.Волковій Л.С., Шаховской С.Н. 3-і видання. - Москва, «Владос», 1999. - 678 с.

17. Лопухина І.С. Логопедія – мова, ритм, рух. СПб., Дельта, 2001.

18. Лурия А.Р. Вищі коркові функції людини. - М., Медицина, 1969. - 160с.

19. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. – М.: Гуманит. Узд. Центр ВЛАДОС, 1997. – 304 с.

20. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция.—М.: Просвещение, 1992.

21. . Парамонова Л.Г. Як підготувати дитяти до школи. СПб., Дельта, 2003.

22. Поваляева М.А. Справочник логопеда - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. - 448 с.

23. Поваляева М. А. Нетрадиционные методы в коррекционной педагогике. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

24. Поваляева М. А., Беденко Г. В., и др. Педагогическая диагностика и коррекция речи. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

25. Поваляева М. А., Караханян Л. Р. Поиск нетрадиционных методов в коррекционной педагогике. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

26. Поваляева М. А. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика речевых нарушений у детей. Ч. 1: Педагогика. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

27. Поваляева М. А. Фитотерапия и ароматотерапия в коррекционной педагогике: Сборник научных работ аспирантов и молодых преподавателей. Ч. 4: Педагогика и психология. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

28. Поваляева М. А., Караханян Л. Р. Музыкально-хроматерапия в коррекционной педагогике. Сборник научных работ аспирантов и молодых преподавателей. Ч. 4: Педагогика и психология. Ростов-н/Д: Изд-во РГПУ, 1997.

29. Шкловский В.М. Заікуватість. - Москва, ІСЕ, 1994. - 248 с