

Сімко Руслан Теодорович
Сімко Алла Володимирівна

РОЗВИТОК ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Навчально-методичний посібник

Кам'янець-Подільський

2025

УДК 159.943-056.243(075.8)

ББК 88+74.3я73

Рецензенти:

Опалюк Тетяна Леонідівна – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи.

Онуфрієва Ліана Анатоліївна – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та практичної психології.

Бєлова Олена Борисівна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри логопедії та спеціальних методик.

*Рекомендовано до друку Вченою радою факультету спеціальної освіти, психології і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка
(Протокол № 4 від 27 березня 2025 року)*

Розвиток психомоторики дітей з порушеннями мовлення:
навчально-методичний посібник / Укладачі Алла Володимирівна Сімко, Руслан Теодорович Сімко. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2025. 182 с.

У навчально-методичному посібнику висвітлені теоретико-методологічні та емпіричні засади психомоторного розвитку дітей з порушеннями мовлення, представлені відомості про психомоторику, як особливий вид діяльності та психофізіологічну природу довільних рухів. Запропоновано діагностичні та методичні матеріали для дослідження психомоторики дітей раннього та дошкільного віку її корекції та розвитку.

Матеріали посібника можуть бути використані науковцями, викладачами, студентами закладів вищої освіти, вчителями закладів спеціальної освіти, вихователями спеціальних закладів дошкільної освіти, батьками, які виховують дітей з порушеннями психомоторного розвитку, усіх, хто цікавиться проблемами психомоторики дитини.

УДК 159.943-056.243(075.8)

© Сімко Р.Т., Сімко А.В. укладачі, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
-------------------	----------

РОЗДІЛ 1. ПСИХОМОТОРИКА ТА ЇЇ РОЛЬ У ПСИХІЧНОМУ Й МОВЛЕННЄВОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ.....

1.1. Загальні уявлення про психомоторику як особливий вид діяльності та її структурні компоненти.....	7
1.2. Психофізіологічна природа психомоторики.....	12
1.3. Розвиток психомоторики дітей у типовому онтогенезі.....	18
1.4. Вплив рухової активності на психічний і мовленнєвий розвиток дитини.....	26

РОЗДІЛ 2. ПСИХОМОТОРИКА ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ.....

2.1 Психомоторика дітей грудного та раннього віку з пренатальним ураженням нервової системи.....	34
2.2. Особливості психомоторики дітей з порушеннями мовлення.....	41
2.2.1. Психомоторика дітей з дислалією	42
2.2.2. Психомоторика дітей з ринолалією	45
2.2.3. Психомоторика дітей з дизартрією	50
2.2.4. Психомоторика дітей з алалією	73
2.2.5. Психомоторика дітей з заїканням	78
2.3 Особливості психомоторики дітей з раннім дитячим аутизмом.....	85

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ РАНЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....

3.1 Підходи і методи вивчення психомоторики дітей з обмеженими можливостями здоров'я.....	100
3.2 Проблема вивчення психомоторного розвитку дітей раннього віку.....	106
3.3 Технологія обстеження моторних функцій дітей раннього віку (структура, організація, зміст і оцінка результатів).....	108
3.4 Методики обстеження психомоторики дітей дошкільного віку.....	122

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.....

СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ ТА ВИМОГИ.....	152
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	161
ДОДАТКИ.....	163

ВСТУП

Клінічні та психолого-педагогічні дослідження останніх років свідчать про тенденцію збільшення кількості дітей різного віку з різними проблемами здоров'я. За медичною статистикою, такі діти складають близько 85% від загальної кількості новонароджених.

Причини, що призводять до проблем у розвитку дитини, різноманітні: несприятлива спадковість, шкідливі фактори внутрішньоутробного розвитку, перинатальна патологія, ранні післяпологові ушкодження центральної нервової системи дитини та інші.

Дошкільники з незначними відхиленнями у розвитку та слабкими (стертими) проявами неврологічної симптоматики здебільшого відвідують заклади дошкільної освіти або виховуються вдома. Як правило, такі діти не отримують спеціальної психолого-педагогічної допомоги і з початком навчання у загальноосвітній школі часто стають учнями, які не встигають за програмою. Саме з цих дітей формуються спеціалізовані класи (корекції, компенсації, вирівнювання), що відкриваються в загальноосвітніх школах для надання адекватної психологічної та корекційно-педагогічної допомоги під час їхнього навчання.

Для більшості дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ) і навіть для тих, хто має незначні відхилення в психофізичному розвитку, характерні проблеми з руховими функціями (психомоторикою). Труднощі або явні відхилення в психомоторному розвитку, які виявляються у дітей вже в ранньому віці, є прогностичним показником можливих проблем у психічному та мовленнєвому розвитку дитини. Без своєчасної корекційної допомоги недоліки рухових функцій можуть проявлятися у всіх компонентах моторики: загальній (грубій), дрібних рухах рук і пальців, а також у лицьовій та мовленнєвій моториці.

Недостатність грубої моторики виявляється у дітей у вигляді поганої координації складних рухів, їхньої недостатньої точності в побутових діях і трудових операціях, а також у труднощах виконання гімнастичних вправ. Недосконалість дрібної ручної (пальцевої) моторики проявляється в труднощах самообслуговування (застібання і розстібання, зав'язування і розв'язування тощо), використанні столових приладів, письмових інструментів, різних інструментів і маніпуляцій з дрібними предметами, іграшками та інших діях, що потребують тонких диференційованих рухів пальців. Недоліки лицьової і артикуляційної

моторики зумовлюють бідність і невиразність міміки, труднощі, а іноді й неможливість оволодіння вимовою складних за артикуляцією звуків.

Значущість рухової функціональної системи та роль рухової активності в нервово-психічному й мовленнєвому розвитку дитини піднімають проблему своєчасного виявлення та подолання психомоторних розладів у дітей з ОМЗ (особливо в грудному та ранньому онтогенезі) на рівень однієї з найактуальніших проблем раннього та дошкільного дитинства.

Актуальність окресленої проблеми та необхідність привернення уваги майбутніх фахівців у галузі спеціальної та загальної дошкільної освіти в межах їхньої професійної підготовки на відповідних факультетах закладів вищої освіти стали основою для створення цього посібника.

Матеріали посібника можуть використовуватися в освітньому процесі для професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації, представляють інтерес для методистів, вихователів, психологів дошкільних закладів різного профілю, а також будуть корисними батькам дітей та всім, хто стикається з проблемами рухових розладів та їх корекції у дітей раннього та дошкільного віку.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОМОТОРИКА ТА ЇЇ РОЛЬ У ПСИХІЧНОМУ ТА МОВНОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

1.1. Загальні уявлення про психомоторику як особливий вид діяльності та її структурні компоненти

Сукупність рухових можливостей людини, що виявляються у вигляді різних рухових умінь і навичок у різних видах діяльності, визначається як моторика. Вона включає як довільні, так і мимовільні рухи.

Під психомоторикою розуміються лише ті рухові акти, які виконуються під контролем свідомості, тобто тільки довільні рухи. Усі різноманітні рухові прояви людини в повсякденному житті характеризують її моторну поведінку і моторний вигляд.

У широкому сенсі слова вітчизняна психологія розглядає поведінку як «притаманне живим істотам взаємодія з навколишнім середовищем, що опосередковується їхньою зовнішньою (руховою) та внутрішньою (психічною) активністю». Стосовно людини поведінка тлумачиться як «діяльність, яка має природні передумови, але в основі своїй соціально обумовлена, опосередкована мовою та іншими знаково-смысловими системами», що виявляється не лише в основних видах діяльності, але й у всьому різноманітті проявів у повсякденному житті та професійній діяльності людини.

Різні види людської діяльності, як і поведінка в цілому, опосередковуються одночасно зовнішньою руховою активністю (психомоторними актами) та мовою (зовнішньою чи внутрішньою), які, по суті, виступають як основні механізми розвитку.

Способом здійснення, засобом вираження психомоторної дії є рухи, особливо так звані довільні. С. Рубінштейн (1989) підкреслював, що рух людини поза дією може бути предметом вивчення лише фізіології рухового апарату. За межами фізіологічного аспекту вивчення рухів людини, на його думку, має бути вивченням рухової, моторної сторони дії та діяльності як системи дій, тобто вивчення психомоторики, психомоторної діяльності. У зв'язку з цим «вивчення рухової сфери неминуче має бути предметом психофізіологічного, а не тільки фізіологічного дослідження».

Розрізняють рухи мимовільні та довільні. Обґрунтування принципу такого поділу та поглиблений аналіз довільних рухів вперше були зроблені І. Сеченовим (1935). Ці уявлення і сьогодні залишаються

загальноприйнятими в вітчизняній психології довільних рухів. Мимовільні рухи – це імпульсивні або рефлекторні рухові акти, що здійснюються без контролю свідомості. Розрізняють власне мимовільні рухи (безумовно- і умовно-рефлекторні акти; навички, сформовані шляхом проб і помилок; вроджені та клінічні автоматизми тощо) і постдовільні рухи (утворені як довільні, але доведені до автоматизму, внаслідок чого вийшли з-під контролю свідомості і стали мимовільними).

Довільні рухи – це рухові акти, свідомо регульовані людиною на основі потреби в досягненні мети, опосередкованої вербально або в плані уявлення про неї. Довільні рухи формуються в процесі навчання та набуття в життєвому досвіді численних рухових умінь і навичок (жестикуляція, письмо, малювання тощо). О. Запорожець (1960), О. Лурія (1957; 1962) розуміють під довільними рухами ті, що здійснюються за словесною інструкцією і мають бути певним чином осмислені, «перекодовані» людиною (дитиною), на основі чого він дає вже собі команду виконати те чи інше.

С. Рубінштейн (1989) виділяє в діяльності як процесі такі різнорівневі компоненти: рух-дія-операція-вчинок, – в їх взаємозв'язках з цілями, мотивами та умовами діяльності. Послідовність компонентів діяльності у схемі О. Леонтьєва (1975) представлена наступним чином: діяльність-дія-операції. Обидві схеми діяльності, на наш погляд, в цілому не розходяться в логіці взаємозв'язку представлених у них компонентів, які широко використовуються в сучасній вітчизняній психології для аналізу різних видів людської діяльності.

К. Платонов (1977), спираючись на принцип діяльнісного підходу (його структурно-функціональний план) і використовуючи схеми діяльності С. Рубінштейна та О. Леонтьєва, вибудовує систему структурних компонентів діяльності стосовно психомоторної сфери (рух-психомоторна дія-психомоторна діяльність) з відповідною термінологічною модифікацією.

Центральним компонентом діяльності, за уявленнями С. Рубінштейна, є дія. Визначаючи категорію людської дії, він виходить з його філогенетичного походження як акта трудової діяльності, тобто діяльності, спрямованої на виробництво конкретного продукту, внаслідок чого дія людини, на його думку, завжди реалізується в конкретному результаті. Цей результат, підкреслює С. Рубінштейн, може бути досягнутий тільки за наявності усвідомленої мети діяльності та умов, що сприяють її здійсненню. «Співвідношення мети з умовами

визначає завдання, яке має бути вирішене дією. Цілеспрямована людська дія є по суті своєю розв'язкою задачі».

С. Рубінштейн розрізняє рефлекторні, інстинктивні, імпульсивні та вольові дії. Поняття «дія», що визначає структурний компонент діяльності та предмет наукового дослідження, використовується при вивченні перцептивних, мнемічних, розумових, у тому числі психомоторних дій.

Способом здійснення, засобом вираження психомоторного дії є рухи, особливо так звані довільні. С. Рубінштейн підкреслював, що рух людини поза дією може бути предметом вивчення лише фізіології рухового апарату. За межами фізіологічного аспекту вивчення рухів людини, на його думку, має бути вивченням рухової, моторної сторони дії та діяльності як системи дій, тобто вивченням психомоторики, психомоторної діяльності. У цьому «вивчення рухової сфери неминуче має бути предметом психофізіологічного, а чи не лише фізіологічного дослідження».

Розрізняють рухи мимовільні та довільні. Обґрунтування принципу такого поділу і поглиблений аналіз довільних рухів вперше були зроблені І. Сеченовим (1935). Ці уявлення і сьогодні залишаються загальноприйнятими у вітчизняній психології довільних рухів.

Мимовільні рухи – це імпульсивні або рефлекторні рухові акти, які здійснюються без контролю свідомості. Розрізняють власне мимовільні рухи (безумовно- і умовно-рефлекторні акти; навички, сформовані шляхом проб і помилок; вроджені та клінічні автоматизми та ін.) і постдовільні рухи (утворені як довільні, але доведені до автоматизму, внаслідок чого вийшли з-під контролю свідомості і стали мимовільними).

Довільні рухи – це рухові акти, свідомо регульовані людиною на основі потреби в досягненні мети, опосередкованої вербально або в плані уявлення про неї. Довільні рухи формуються в процесі навчання і набуття в життєвому досвіді численних рухових умінь і навичок (жестикуляція, лист, малювання та ін). О. Запорожець (1960], О. Лурія (1957) розуміють під довільними рухами ті, які здійснюються за словесною інструкцією і повинні бути певним чином осмислені, «перекодовані» людиною (дитиною), на підставі чого він дає вже собі команду зробити ту чи іншу дію. «Мовленнєве планування та організація рухового акта є специфічною особливістю власне довільних рухів і дій та складної розгорнутої довільної діяльності». Відомий вітчизняний фізіолог М. Кольцова (1958) відносить до довільних рухів ті, спонукальної силою яких є прийняті людиною рішення.

У кожному довільному руховому акті розрізняють смислову структуру і руховий склад (М. Бернштейн, 1990; Рубінштейн, 1989; А. Шинкарук, 2005). Смислова структура цілком впливає із істоти рухової задачі та визначає провідний рівень побудови. Руховий склад визначається не лише завданням, а й тим, що представляє особливий інтерес у випадках порушень рухових функцій, її зіткненням з руховими можливостями індивіда, улаштуванням кінематичних ланцюгів цього індивіда, наявністю тієї чи іншої зброї, вмістом накопиченого психомоторного досвіду і т. п.

М. Бернштейном (1990) визначено етапи виконання довільного руху. На першому етапі здійснюється сприйняття та оцінка ситуації самого індивіда, включеного до цієї ситуації. На другому етапі індивід висуває рухову задачу, визначає, на що йому потрібно перетворити ситуацію, тобто створює образ того, що має бути. З'ясування індивідом образу майбутнього руху є основою програмування рішення задачі. Модель майбутнього має імовірнісний характер, тобто мозок може лише намітити для подальшого руху таблицю ймовірностей можливих результатів. У той же час рухова задача формує з категоричністю єдиний результат з поточної ситуації, яка б не була його апріорна ймовірність. Отже, по ходу виконання руху центральна нервова система повинна здійснювати ряд безперервних корекцій для того, щоб виявлене рухове завдання і модель майбутнього руху зіпали. На третьому етапі відбувається програмування вирішення завдання, тобто індивід намічає мету і зміст руху і ті засоби, за допомогою яких він вирішить рухову задачу. На четвертому етапі здійснюється фактичне виконання руху: людина долає всі надлишкові ступеня своїх рухових органів, перетворює їх на керовані системи і виконує потрібний цілеспрямований рух.

Серед численного розмаїття людських рухів С. Рубінштейн виділяє кілька основних їх видів, підкреслюючи, що палітра цих рухів переконує в тому, що «моторика нерозривно сплетена з усім психічним життям людини, тисячею ниток з нею пов'язана».

До основних видів рухів С. Рубінштейн відносить такі:

- 1) руху пози – руху м'язового апарату, що забезпечують підтримання та зміна пози тіла шляхом тонічної напруженості м'язів;
- 2) локомоції – рухи, пов'язані з пересуванням тіла в просторі, особливості яких виражаються в ході, поставі тощо;
- 3) міміка та пантоміміка – виразні рухи м'язів обличчя, рук, всього тіла як безпосередній прояв емоцій;
- 4) семантичні рухи – рухи, що переростають безпосередні виразні рухи і виступають як носії певного значення, часто зустрічаються в житті

(ствердний або негативний жест головою, уклін, рукостискання, аплодування тощо);

5) мова як моторна функція в її динамічному аспекті, її ритміці, інтонації, наголосах, посиленні та інші, що відображають думки і почуття того, хто говорить і впливає на слухача;

6) робочі рухи – різні рухи у різних видах трудових операцій та виробничої діяльності, включаючи і тонкі рухи пальців рук музиканта, друкарки тощо. буд., і навіть руху пишучої руки. Від точності, швидкості, координованості робочих рухів, їх спритності як прояву високого рівня координації залежить ефективність виконуваної людиною роботи.

Рухи у своїх проявах мають низку якостей, властивостей, якими визначаються їх просторово-часові та інші параметри, що виступають як їх зовнішні характеристики.

С. Рубінштейн, дотримуючись класифікації психомоторних функцій А. Толчинського, розглядає такі основні властивості рухів:

- 1) швидкість (швидкість проходження траєкторії);
- 2) сила;
- 3) темп (кількість рухів за певний проміжок часу, що залежить не тільки від швидкості, а й від інтервалів між рухами);
- 4) ритм (тимчасовий, просторовий та силовий);
- 5) координованість;
- 6) точність та влучність;
- 7) пластичність і спритність.

Оскільки руху, як було зазначено, служать висловлювання дій, якими своєю чергою визначається рухова поведінка, то властивості рухів «можуть бути... зрозумілі, лише з цих дій» і, як можна ще додати, із зовнішньої психомоторної поведінки людини в цілому.

Різні за видом (в основному вольові) психомоторні дії, проявляючись в різних ситуаціях повсякденного життя людини і в різних видах його діяльності через конкретні рухи, виступають у множинних взаємозв'язках і взаємопереходах, характеризуючи тим самим зовнішній поведінковий образ людини, її індивідуальний руховий почерк у різних видах діяльності, у тому числі й психомоторній.

Контрольні питання та завдання

1. Дайте визначення термінам «поведінка», «активність», «моторика», «психомоторика», «психомоторна діяльність».

2. Який ступінь включеності рухів у різну діяльність людини? Проілюструйте відповіді власними прикладами.

3. Що являє собою структуру діяльності, як вона представлена у відповідних схемах С. Рубінштейна та О. Леонтьєва? Виходячи з основних теоретичних положень С. Рубінштейна, охарактеризуйте структурні компоненти діяльності в їх взаємозв'язках з мотивами, цілями, умовами діяльності та вирішуванням завданням.

4. Як обґрунтована і здійснена модифікація класичної схеми діяльності К. Платоновим стосовно психомоторики?

5. Дайте визначення та характеристику дії як центральному компоненту психомоторної діяльності. Назвіть та охарактеризуйте основні види дій (за С. Рубінштейном).

6. Розкрийте зміст поняття «рух». У чому різниця підходів у вивченні рухів у фізіології та психології? Яке місце рухів у структурі психомоторної діяльності?

7. Дайте визначення термінам «мимовільні рухи», «довільні рухи», «повільні рухи».

8. Що розуміє М. Бернштейн під смисловою структурою, руховим складом і руховим завданням стосовно довільних рухів?

9. Охарактеризуйте етапи виконання довільного руху, представлені М. Бернштейном.

10. Назвіть та охарактеризуйте основні види та властивості рухів (за С. Рубінштейном).

1.2 Психофізіологічна природа психомоторики

Уявлення про психомоторику як складної функціональної системи формувалися протягом більш ніж столітнього періоду під впливом досягнень наукової думки у відповідних галузях знань у міру їхнього історичного розвитку.

Сучасні уявлення про психофізіологічну природу психомоторики (під якою сьогодні розуміється сукупність виконуваних під контролем свідомості рухових дій) виходять з концептуальних теоретико-методологічних позицій вітчизняної фізіології та психології та базуються на основних положеннях наукових праць з різних галузей відповідних галузей знань, і, насамперед, з нейро-, пато- і психофізіології, з експериментальної та клінічної психології та суміжних з ними дисциплін.

Природничо-наукову психофізіологічну основу сьогоденних уявлень про психомоторику складають:

- вчення І. Сеченова та І. Павлова про закономірності формування умовно-рефлекторних зв'язків у корі головного мозку;

- вчення П. Анохіна про функціональні системи;
- вчення Л. Виготського та О. Лурії про динамічну локалізацію вищих психічних функцій;
- вчення І. Павлова про дві сигнальні системи;
- загальна теорія побудови рухів М. Бернштейна та інші наукові концепції.

Вирішальну роль розумінні природи довільних рухів зіграло вчення І. Сеченова та І. Павлова про умовні рефлекси. Учень І. Павлова, М. Красногорський поширив рефлекторну теорію на область мимовільних рухів, довівши, що основою є рухові умовні рефлекси. Вчення І. Павлова про руховий аналізатор, про основні його кіркові ядра і розсіяні елементи, про взаємини кори та підкірки лежить в основі концепції про локалізації рухових функцій у корі головного мозку. Відповідно до теорії І. Павлова та експериментальним дослідженням М. Красногорського, рухова область кори приймає як рухові, так і чутливі імпульси.

І. Сеченов першим висловив думку про те, що в мозку відбувається аналіз пропріоцептивних імпульсів (тобто імпульсів, що йдуть від м'язово-суглобового апарату), чим припустив наявність рухового аналізатора, і вказав, що «м'язове почуття» як посилює всі інші відчуття, а й об'єднує їх.

Величезна роль рухової області в цілісній роботі мозку була показана В. Бехтеревим (1928). На матеріалі клінічних спостережень та експериментальних досліджень він зробив висновок про те, що рухова зона кори головного мозку поєднує в собі моторні та сенсорні функції і встановив важливу роль зворотної аферентації у здійсненні рухових актів. Е. Асратян та П. Анохін розкрили істотну роль зворотної аферентації в умовно-рефлекторній діяльності, розробили поняття «рефлекторного кільця», що мало значення для розуміння механізму довільних рухів.

Як відомо, розрізняють рухи мимовільні, що здійснюються без контролю свідомості, і довільні, свідомо регульовані людиною. Обґрунтування принципу такого поділу і поглиблений аналіз довільних рухів вперше були зроблені І. Сеченовим. Ці уявлення і сьогодні є загальноприйнятими у вітчизняній фізіології та психології довільних рухів.

Вже перших спробах зрозуміти особливості довільних рухів людини вченими підкреслювалася велика роль слова (другої сигнальної системи). Формування рухів у людини відбувається за активної участі мови, під впливом її абстрагуючої та узагальнюючої функції.

«Міжвільне можна зробити довільним, але досягається це тепер за допомогою другої сигнальної системи», – підкреслював І. Павлов.

Вчення І. Павлова про дві сигнальні системи дозволило пояснити властиві тільки людині види рухів, що здійснюються в результаті словесних спонукань, за словесною інструкцією. Роль слова у здійсненні довільних рухів людини надалі піддається аналізу в роботах Л. Виготського, С. Рубінштейна, О. Леонтьєва та інших дослідників. Доведено, що рухи можуть бути компонентом інших видів діяльності і залежати від умов і характеру її здійснення.

Л. Виготський (1960) зазначав, що вищі форми регуляції рухів народжуються у соціальному спілкуванні людей. Індивідуальний розвиток довільних рухів починається з того, що дитина навчається підпорядковувати свої рухи словесно сформульованим вимогам дорослих. Потім слово стає для дитини засобом організації власної рухової поведінки – спершу за допомогою гучної мови, потім внутрішньої. За І. Павловим, друга сигнальна система стає зовнішнім регулятором людської поведінки.

О. Запорожець та О. Лурія встановили, що діти молодшого дошкільного віку потребують словесної інструкції щодо кожного окремого руху, а діти старшого дошкільного віку можуть провести ряд рухів за попередньою словесною інструкцією, тобто здатні сформувати програму моторних дій екстрено. О. Лурія відзначає, що при формуванні довільних рухів у дитини «...на перших етапах мовленнєвий наказ дорослого може лише пускати в хід окремі рухи, але не може ще ні затримати їх, ні спрямовувати і коригувати тривале протікання рухів. Лише на наступних етапах мова дорослого, та і мова самої дитини, спочатку зовнішня, а потім і внутрішня, виявляється в змозі формувати намір, план рухового акту, здійснювати корекцію рухів, зіставлення результату руху з його задумом». Таким чином, формування довільних рухів дитини відбувається за безпосередньої допомоги регулюючої функції мови.

Дослідження М. Бернштейна показали, що руховий акт визначається «руховим завданням», що формується на різних рівнях регуляції моторики.

Оскільки людина здійснює рухи, що відрізняються за рівнем довільності, за участю в руховому акті промови, то й рівень управління цими рухами, за визначенням М. Бернштейна, буде різним.

Ґрунтуючись на цьому положенні, М. Бернштейн розробив теорію рівневої організації рухів, в якій представив п'ять рівнів, позначивши їх

першими літерами латинського алфавіту з урахуванням морфофункціональної характеристики кожного рівня.

А – субкортикальний рівень палеокінетичних регуляцій (руброспінальний). Забезпечує несвідоме регулювання тону мускулатури тіла, статичну витривалість і координацію (катання долонею кульки, хапання предмета, прийняття та утримання пози).

Руброспінальний рівень регуляції рухів починає функціонувати з перших тижнів життя дитини. Так, коли новонароджений затискає в руці вкладений предмет, можна говорити про діяльність руброспінального рівня організації рухів. Як правило, рухи цього рівня фонові, а не самостійні.

В – субкортикальний рівень синергій, синкінезій та штампів (таламо-палідарний). Забезпечує координацію, внутрішнє ув'язування цілісного руху, узгодження його складових частин, а також виразні рухи, міміку, пантоміміку, пластику (одягання, вміння боротися).

Таламо-палідарний рівень починає функціонувати з 4-5 місяців, коли дитина починає намагатися схопити побачений предмет.

С – кортикальний рівень просторового поля (пірамідно-стріарний). Забезпечує узгодження рухового акта із зовнішнім простором при провідній ролі зорової афферентації, рухи цільового характеру, що мають початок і кінець.

Підрівень С1 – стріарний; здійснює оцінку напряму рухів та дозування сили по ходу руху (шнурування, зачісування, обведення фігури на папері). Підрівень С2 – пірамідний; забезпечує максимальну цільову точність (закочування кульок у лунку, втягування нитки в голку, малювання кола).

Д – кортикальний рівень процесів (тім'яно-премоторний). Забезпечує уявлення та смисловий бік дії з предметом. Контингент рухів – самообслуговування у сенсі, всі предметні, трудові і виробничі дії, спортивні гри. Усвідомлення правої та лівої сторін тіла, просторові та тимчасові орієнтування

Е – найвищий кортикальний рівень символічних координацій та психологічної організації рухів. Здійснює розуміння чужої та власної мови, зміст розв'язуваної задачі, письмове та усне вираження своїх думок; музичне, хореографічне виконання, імпровізація рухів. Дії цього рівня ґрунтуються на образному мисленні, представляють психологічну організацію рухів.

У руховому акті М. Бернштейн розрізняє смислову структуру і руховий склад. «Смислова структура рухового акта визначається змістом завдання, що виникло і, у свою чергу, сама визначає той провідний

рівень побудови, який адекватний задачі і може забезпечити її вирішення».

Руховий склад визначається не тільки одним завданням, а, що становить особливий інтерес у випадках несформованості рухових функцій, її зіткненням з руховими можливостями індивіда, улаштуванням кінематичних ланцюгів, вмістом накопиченого психомоторного досвіду і т.п.

Психофізіологічна структура руху складна. Після складання проекту руху настають процеси вироблення та подальшого вилучення (екфорії) з довгострокової пам'яті формул рухів (енграм). Далі рух виконується, але при здійсненні навіть досконалого координованого руху завжди присутня попередня корекція.

М. Бернштейном визначено *етапи «виникнення і реалізації будь-якої дії з класу так званих довільних рухів»*. На *першому етапі* має бути «сприйнята і потрібною мірою розцінена ситуація, тобто обстановка і сам індивід, включений у неї». На *другому етапі* індивід виявляє рухове завдання, тобто визначає, на що йому потрібно перетворити цю ситуацію. На *третьому етапі* відбувається «програмування розв'язання визначеної задачі», тобто окреслюються мета і зміст руху, а також засоби, за допомогою яких людина розв'яже рухове завдання. На *четвертому етапі* здійснюється фактичне виконання руху. Це можливо в тому разі, якщо індивід опанував координацію рухів.

М. Бернштейн визначає *координацію рухів як «подолання надлишкових ступенів свободи рухомого органу»*, тобто «перетворення останнього на керовану систему». Координація рухів розвивається поступово на основі досвіду і вправ, оскільки це складний сенсомоторний акт, що починається з еферентного потоку і закінчується адекватною центральною відповіддю.

Вирішальну роль у здійсненні управління рухом відіграє аферентація у вигляді потоку нервових імпульсів, що надходять від екстеро- та інтерорецепторів у центральну нервову систему. Для правильного виконання руху потрібна узгоджена робота систем кінетичної, кінестетичної та зорово-просторової аферентації.

Роль окремих ділянок кори в здійсненні рухових актів показана в працях О. Лурії. Нижньотім'яні та тім'яно-потиличні відділи кори головного мозку здійснюють просторову організацію рухів. Прецентрально-тім'яні відділи кори забезпечують кінетику (часову і серійну організацію) рухів; постцентрально-тім'яні, чутливі зони – кінестетичну, пропріоцептивну аферентацію. Лобові відділи кори головного мозку забезпечують словесну регуляцію рухів, їхню цілісність.

На думку М. Кольцової, «особливості рухового аналізатора, які полягають у тому, що він має надзвичайно багаті зв'язки з усіма структурами центральної нервової системи (проекційними, асоціативними тощо) та бере участь у їхній діяльності, дають привід припускати особливе значення рухового аналізатора в розвитку діяльності мозку».

Сучасні дослідження морфологічних і функціональних особливостей рухового аналізатора свідчать про те, що він є апаратом міжаналізаторного синтезу, що забезпечує цілісну роботу мозку.

Уявлення про психофізіологічну природу довільних рухів, про механізми формування рухових умінь і навичок у нормальних умовах мають велике значення для розуміння сутності психомоторних розладів у випадках патології. Ці знання дають змогу виявити характер рухового порушення, дати йому оцінку, визначити порушені рівні організації та етапи виконання рухів, окреслити адекватні шляхи й засоби корекційного впливу щодо поліпшення моторних функцій.

Контрольні запитання та завдання

1. Які вчення вітчизняних авторів лежать в основі сучасних уявлень про психомоторику?
2. Розкрийте значення рефлексорної теорії І. Сеченова та І. Павлова в розвитку уявлень про природу довільних рухів.
3. У чому сутність внеску В. Бехтерева в розширення уявлень про природу довільних рухів?
4. Яка роль слова в організації довільних рухів (на думку І. Павлова, Л. Виготського та інших учених)?
5. Яким чином, за дослідженнями О. Запорожця та О. Лурії, слово (мовленнєва інструкція) регулює формування та організацію виконання рухів дошкільнят?
6. У чому сутність розробленої М. Бернштейном теорії рівневої організації рухів? Назвіть і коротко охарактеризуйте представлені в цій теорії рівні керування рухами.
7. Які компоненти представлені М. Бернштейном у руховому акті?
8. Що таке координація рухів, як вона визначається М. Бернштейном? Назвіть і охарактеризуйте різні види рухових координацій.
9. Як роль різних ділянок кори мозку в здійсненні рухових актів показана в роботах О. Лурії, М. Кольцової та інших авторів?
10. Яку роль відіграє руховий аналізатор у загальній роботі мозку?

1.3 Розвиток психомоторики дітей у типовому онтогенезі

У вітчизняній психології під онтогенезом розуміють «формування основних структур психіки індивіда протягом його дитинства». Згідно з прийнятою періодизацією, дитинство охоплює:

- *дитинство (від народження до року, зокрема період новонародженості – перший місяць життя);*
- *раннє дитинство (від 1 року до 3 років);*
- *дошкільний вік (від 3 до 6-7 років);*
- *молодший шкільний вік (від 6-7 до 10-11 років).*

Кожен із зазначених вікових періодів характеризується взаємодією рухової активності, психічного та мовленнєвого розвитку, що переходить від одного якісного стану до іншого – більш високого.

За даними Є. Ільїна (2003), діти народжуються з низкою *готових (вроджених) рухових рефлексів*, які забезпечують їм адаптацію до нового для них середовища проживання. До таких рефлексів належать такі:

- *рефлекс «пошуку грудей»:* якщо погладити дитину по щоці біля куточка рота, вона поверне голову в бік руки, що погладжує її;
- *смоктальний рефлекс:* рухи губами для схоплювання соска грудей матері;
- *рефлекс крокування:* якщо дитину тримати вертикально так, щоб її ступні торкалися твердої поверхні, і пересувати її над нею, то вона робить ногами рухи, схожі на ходьбу;
- *хапальний рефлекс:* дитина міцно схоплює будь-який предмет, що торкнувся її долоні; при цьому вона може триматися у висячому положенні цілу хвилину;
- *шийно-тонічний рефлекс:* під час повороту голови дитини, що лежить на спині, убік вона приймає позу, схожу на позу фехтувальника;
- *рефлекс Моро:* якщо голові дитини надати деякого прискорення, наприклад, злегка підштовхнути подушку під її головою, вона швидко розводить руки в боки та розчепірює пальці, начебто, падаючи, хоче за щось вхопитися.

Існують й інші вроджені рухові рефлекси. Повний їхній опис і характер прояву при ураженнях ЦНС наведено в розділі 2.1 цього посібника.

До 4 місяців деякі з перерахованих безумовних рефлексів зникають (наприклад, рефлекс крокування) або перетворюються на умовні рефлекси. Наприклад, смоктальні рухи з'являються у немовляти щоразу, як йому надають позу годування, незалежно від того, хто його тримає на

руках – мати чи батько. Раніше ж ці смоктальні рухи з'являлися лише під час дотику грудей матері до губ немовляти. Водночас, якщо дитину тримають у вертикальному положенні, вона не починає смоктати й тоді, коли її підносять до материнських грудей.

У дитячому віці рухова активність дитини, її моторний розвиток цілком визначаються тісним емоційним спілкуванням матері та дитини. У процесі цієї взаємодії разом із формуванням моторних функцій закладаються основи майбутнього психічного та мовленнєвого розвитку дитини.

У моторному розвитку дитини першого року життя виділяють кілька періодів. У перший період – період новонародженості (0-1 міс.) – у випадках успішного розвитку у дитини спостерігається гучний крик, помірно флексорний (згинальний) тонус м'язів і на подразнення слизової носа вона дає кашель або чхання. У менш благополучних випадках – крик слабкий, знижений флексорний тонус м'язів і гримаса на обличчі при подразненні слизової носа. У важких випадках у новонародженого крик може бути відсутнім, відзначається різке зниження м'язового тону (гіпотонія) і відсутня реакція на подразнення слизової носа.

Рухові реакції в перший місяць життя здорової дитини пов'язані із загальною згинальною гіпертонією м'язів і проявляються під час неспання. Під час годування дитини спостерігаються захоплення грудей матері, у смоктальних рухах активно беруть участь м'язи губ, язика, м'якого піднебіння, обличчя; у відповідь на сильні слухові та зорові подразнення виникають повороти голови у бік їхнього джерела. Якщо під час сну розбудити дитину, вона починає кричати, при цьому голос звучить голосно, чисто, на високих і середніх тонах з характерним коротким вдихом і подовженим видихом; на обличчі виражена емоційна реакція невдоволення.

На 3-4-му тижні після народження під час неспання у дитини у відповідь на ласкавий голос, мелодійне мовлення, посмішку може виникати так звана ротова увага: дитина «завмирає», її губи злегка витягаються вперед, нібито «слухає» губами. До кінця першого місяця при зверненні дорослого до дитини в неї з'являється посмішка.

У другому періоді (1-3 міс.) для розвитку моторики дитини характерне зменшення наявної згинальної гіпертонії, наростання обсягу рухів, збільшення тону м'язів-розгиначів, що зумовлює активність рухів. Починається швидкий розвиток м'язів, проте відбувається він нерівномірно. Першими досягають функціональної зрілості м'язи ший. Дитина починає добре тримати голову, утримує вкладену в руку іграшку, тягне її до рота. Вона простягає руки до іграшки, що висить перед нею,

зачіпає її, але ще не захоплює. Слідом за м'язами шийї досягають свого розвитку м'язи тулуба і кінцівок. Рухи рук під контролем зору забезпечують формування зорово-моторної координації. До трьох місяців дитина фіксує погляд на іграшці, що висить, на обличчі дорослого, стежить очима за рухомим у горизонтальній площині предметом, повертає голову до джерела звуку. Розвиток рухів характеризується здатністю утримувати голову в горизонтальному і вертикальному положенні.

У цей період (до трьох місяців) починає розвиватися мовленнєва та мімічна моторика дитини: вона видає поодинокі голосні звуки, посміхається і сміється під час спілкування з дорослим. До цих проявів поступово приєднуються активні й безладні рухи руками та ногами, виникає так званий «комплекс пожвавлення», що визначає нібито межу між періодом немовляти та дитинством. Своєчасна поява і хороша виразність комплексу пожвавлення свідчать про нормальний психічний і моторний розвиток дитини.

Третій період (3-6 міс.) характеризується нормалізацією м'язового тону й активним розвитком рухів рук. Реакції, що входять до комплексу пожвавлення, дедалі більше диференціюються. Дитина починає повертатися зі спини на бік, а до кінця шостого місяця перевертається на живіт і намагається сісти; добре тримає голову і сидить з підтримкою.

У 3 місяці в положенні на животі дитина спирається на передпліччя та піднімає верхню частину тулуба. У такому положенні вона випрямляє тулуб, іноді спирається на пальці стоп.

У 4 місяці починає формуватися дрібна моторика рук: дитина обмацує пелюшку, довго перебирає краї ковдри пальцями, з'являється захоплення іграшки, яка знаходиться на відстані витягнутих рук. Особливо важливо те, що у віці 4-5 місяців рука дитини починає відігравати роль маніпулятивного органу. Дитина може обхопити одну руку іншою, схопити рукою ногу, роздивлятися її або обстежувати ротом. Така взаємодія зі своїм тілом дає дитині інформацію для побудови схеми тіла. Поступово реакція мимовільного захоплення згасає і розвивається довільне захоплення. Дитина починає тягнутися до предметів, хапає їх, махає ними, стукає, кидає. Спочатку під час захоплення відбувається багато зайвих рухів руками, ногами, відкривається рот. Пізніше в дитини з'являється захоплення предмета однією рукою з протиставленням великого пальця іншим.

Удосконалюється і закріплюється зорово-моторна координація, тобто здійснення рухових дій під контролем зору, яка, є «потужним

стимулом психічного розвитку». Зорово-моторна координація стає вузловою функцією з 5-го місяця життя дитини. Це проявляється в тому, що дитина тягнеться до видимого і близько розташованого предмета, контролюючи рух руки поглядом. У цей же час формуються зорово-тактильно-моторні зв'язки, що проявляється в тенденції тягнути до рота іграшку, яка перебуває в руці. Розвиток триланкового зв'язку (зорово-моторно-тактильного) слугує основою для формування надалі маніпулятивної та ігрової діяльності (Рубінштейн, 1986). До шести місяців дитина, яка лежить на спині, швидко і точно простягає руки до іграшки, що потрапила в поле її зору.

Продовжує розвиватися мовленнєва та мімічна моторика дитини: гуління стає активним і тривалим, з'являється лепетання, збільшується кількість вимовлених голосних звуків, виникає приголосний звук [м], варіюється тон голосу. Під час спілкування з дорослим дитина активно тягне до нього руки й усміхається, з'являються елементи спілкування за допомогою жестів.

Інтенсивно продовжує проявлятися комплекс пожвавлення. Ігри стають тривалішими: дитина активно маніпулює іграшками, кидає їх на підлогу, шукає іграшку, що впала, тощо.

У четвертому віковому періоді (6-9 міс.) у розвитку рухових функцій дитини спостерігається значне просування. Дитина повертається зі спини на живіт і з живота на спину. У положенні на животі добре спирається на витягнуті руки і повністю розгинає стегна і гомілки. Розвивається здатність повністю випрямляти тулуб. З'являється реакція рівноваги.

Активно розвивається функція сидіння. У положенні на спині піднімає голову і повертає її в сторони. Сідає з положення лежачи на боці, з опорою на руку. Спочатку сидить нестійко, але в міру розвитку реакції рівноваги починає сидіти все більш стійко. З 7 місяців сидить прямо із зігнутими в стегнах ногами. Сидіти дитина починає тим раніше, чим швидше опановує вміння повертатися зі спини на живіт.

Поява повзаючих рухів у дитини стає можливою завдяки формуванню в неї передумов для їхнього виникнення: уміння повертатися зі спини на живіт, спиратися на передпліччя, утримувати голову в потрібному положенні, дивитися вперед. Спочатку в повзанні беруть участь лише руки, за їхньою допомогою дитина підтягується вперед, а витягнуті ноги участі в русі не беруть. Повзання на животі з'являється у віці 7-8 місяців, пізніше виникає повзання на карачках.

Завдяки появі в дитини реакції рівноваги та здатності повністю випрямляти тулуб стає більш вираженою реакція стояння. Попередньо

виникають спроби опори на ноги. У 8 місяців дитина стоїть за підтримки за обидві руки на випрямлених ногах, а в 7-9 місяців може стояти біля бар'єра.

Продовжує вдосконалюватися дрібна моторика кистей і пальців рук: з'являється вміння розтискати кисть і класти предмет, захоплювати двома пальцями дрібні предмети, розвивається активне маніпулювання предметами. Усе це сприяє формуванню предметної діяльності. Грати з іграшками дитина воліє сидячи, повертаючи корпус, здійснюючи вільні кругові рухи руками (А. Сімко, 2014).

Спостерігається помітне просування в розвитку мовленнєвої та мімічної моторики дитини. Активно розвивається белькотіння, в якому з'являються інтонації задоволення і незадоволення. У белькотінні ясно вимовляються склади «ма», «ба», «да». Дитина починає повторювати звуки і склади, які вимовляють оточуючі, копіюючи їхню інтонацію, тобто в неї з'являється відбитий лепет. Власний лепет і жести оточуючих, які дитина починає розуміти і які вона починає наслідувати (змахування рукою, кивання головою тощо), стають для неї засобом спілкування.

У п'ятому періоді (9-12 міс.) відбувається вдосконалення повзання на карачках. Під час повзання тулуб утримується в горизонтальному положенні, голова піднята високо. З такого положення дитина намагається діставати предмети. Вона вчиться виконувати дії за показом і словесною інструкцією дорослого. Дії стають більш різноманітними і носять цілеспрямований характер, координуються рухи рук.

До кінця першого року життя дитина опановує вміння самостійно приймати вертикальну позу: з положення лежачи на животі, спираючись на руку, сідає і, сильно відштовхнувшись руками від підлоги, встає. Поступово дитина навчається ходити спочатку з підтримкою дорослих, а потім самостійно без сторонньої допомоги, спочатку широко розставляючи ноги для збереження рівноваги. Від перших спроб ходіння без підтримки до гарної самостійної ходьби проходить один-два місяці. Цілком комплекс динамічних хвиль ходьби заповнюється тільки до п'яти років (Кольцова, 1973).

Таким чином, до кінця першого року життя за нормального онтогенезу в дитини активно розвивається маніпулятивна, предметна діяльність, зароджуються елементи ігрової діяльності. Проявляється інтерес до ігор з іграшками, що звучать. Дитина здатна нагинатися, під час гри ставати на коліна, дотримуючись однією рукою, переходити від предмета до предмета. Комплекс поживавлення в цьому віці за нормального психічного розвитку закономірно згасає. П'є з чашки,

намагається маніпулювати ложкою. Триває інтенсивний розвиток наслідування жестів і дій з предметами дорослих.

Удосконалення мовленнєвої моторики виявляється в голосових і мовленнєвих проявах дитини. Вона повторює за дорослими склади і слова у вигляді лепету, відтворює різні тони, мелодико-інтонаційні конструкції знайомих фраз. Голосом виражає свої потреби та емоції: задоволення чи незадоволення. До кінця першого року життя дитина вимовляє до десятка лепетних слів, вимовляє слова «ма-ма», «та-та-та», «ба-ба», «да-да» та ін.

Другий рік життя характеризується подальшим активним вдосконаленням моторних функцій дитини. У неї розвивається рівновага, хода набуває стійкого характеру, тобто поліпшуються такі властивості рухів як статична та динамічна координація. Дитина стає все більш рухливою. До кінця другого року життя вона починає ходити вгору і вниз по сходах приставним кроком, спочатку з підтримкою, а потім і самотійно, може залазити на великий стілець, бити по м'ячу рукою і ногою. Отримавши можливість самотійно пересуватися, дитина освоює далекий простір, самотійно входить у контакт із предметами, раніше їй недоступними.

Завдяки подальшому розвитку ручної моторики до кінця другого року життя дитина точно захоплює і кидає предмети, гортає сторінки книжки, будує з трьох кубиків нескладні споруди, збирає та розбирає матрешку з двома вкладишами, активно грає різними іграшками. Розвивається гра за наслідуванням. Дитина починає оволодівати навичками самообслуговування: самотійно, без допомоги дорослого, одягає взуття, шапку; акуратно їсть рідку їжу ложкою, тримаючи її в кулаці тощо. Починають формуватися уявлення про схему тіла.

Рівень розвитку мовленнєвої та мімічної моторики до кінця другого року життя дає змогу дитині вимовляти до 200 слів різної складової структури. У дво-, три- і чотирискладових словах часто опускається другий передвдарний склад. Широко вживаються сполучення приголосних: на початку слів [пл', бл', кл', тл'] та ін., у середині слів [л'к, с'к, нт, кт] та ін. Починає вживати в мовленні дво- і три-слівні фрази. Мовлення набуває емоційної виразності та супроводжується відповідною мімікою і жестами.

На третьому році життя дитини її рухові функції продовжують удосконалюватися. Відбувається подальший розвиток реакцій рівноваги під час ходьби та стояння. Дитина вже може підніматися і спускатися сходами, роблячи поперемінні кроки то правою, то лівою ногою; залазить на гімнастичну стінку заввишки 1,5 м і злазить із неї

приставним або чергувальним кроком. Може ходити з предметом в одній руці, кидати і ловити великий м'яч на відстані 70-100 см, зберігаючи при цьому рівновагу.

Удосконалюється дрібна моторика кистей і пальців рук дитини і, відповідно, її маніпулятивна та предметна діяльність: ліпить із пластиліну прості фігурки; змальовує коло, горизонтальну лінію, зображує за допомогою олівця або фарб прості предмети. Починає самотійно їсти, використовуючи ложку та виделку. Одягається самотійно, може застібати гудзики, зав'язувати шнурки з невеликою допомогою дорослого. Формуються уявлення про схему тіла.

Зростають можливості мовленнєвої та мімічної моторики дитини, що дає їй змогу інтонаційно виражати в мовленні різні емоційні стани, супроводжуючи її відповідною різноманітною мімікою та жестами. Засвоєно і правильно вимовляється багато приголосних звуків, за винятком шиплячих і сонорних [р, л]. Складова структура порушується здебільшого в малознайомих словах; збіги двох-трьох приголосних, наявних у вимові, вживаються на початку і в середині слів у багатьох випадках правильно. Загалом дитина активно користується розгорнутою фразою і спілкується з оточуючими за допомогою мовлення.

У дошкільному віці моторний розвиток дітей 3-7 років пов'язаний із дозріванням мозку і всіх його структур, які беруть участь у регуляції рухів, удосконаленням зв'язків між рухомою зоною та іншими зонами кори, зміною структури і функціональних можливостей опорно-рухового апарату. Удосконалюється і стає стійкішою структура локомоцій і переміщень рук під час ігрових і побутових ситуацій.

Діти 3-7 років із нормальним розвитком вирізняються рухливістю, граціозністю та руховим багатством, яке проявляється у виразній, образотворчій і побутовій моториці. Рухи стають більш координованими, на тлі ігрової діяльності відбувається ускладнення рухової поведінки і різновидів рухів. Однак діти цього віку зазнають труднощів при виконанні точних рухів. Тільки до семи років з'являється можливість упевнено виконувати координаторні проби.

Період 4-7 років є етапом активного освоєння і вдосконалення нових інструментальних рухів, у тому числі і дій олівцем і ручкою. У 6 років діти добре копіюють найпростіші геометричні фігури, дотримуючись їхнього розміру, пропорцій. До кінця дошкільного віку їм доступні будь-які графічні рухи, будь-які штрихи та лінії. У 6-7 років починається освоєння однієї з найскладніших рухових навичок - письма. Труднощі оволодіння цією навичкою пов'язані з несформованістю

дрібних м'язів кисті й пальців, незавершеністю закріплення кісток зап'ястя і фаланг пальців.

У молодшому шкільному віці між 7 і 10 роками у дітей вдосконалюється координація рухів і швидше виробляються і закріплюються рухові динамічні стереотипи. Дітям цього віку властива «велика рухливість коркових процесів і значна лабільність нервово-м'язового апарату». До 11 років дещо зменшується багатство рухів, але вдосконалюються дрібні точні рухи.

Таким чином, сутність розвитку моторики в нормальному онтогенезі полягає як у біологічно обумовленому дозріванні мозкових субстратів, що забезпечують рухові функції, так і в накопиченні на їхній основі та за їхньою допомогою індивідуального моторного досвіду дитини, у формуванні в неї численних і різноманітних рухових навичок.

Контрольні запитання та завдання

1. Назвіть періоди дитинства (згідно з прийнятою у вітчизняній психології періодизацією).

2. Назвіть та охарактеризуйте основні вроджені рухові рефлекси перших місяців життя дитини.

3. Схарактеризуйте розвиток моторики дитини перших двох періодів дитячого віку.

4. Як розвиваються моторні функції дитини в третій період першого року її життя?

5. Які особливості розвитку моторики дитини в четвертий період першого року її життя?

6. Розкрийте характер розвитку моторних функцій дитини в п'ятий період першого року її життя.

7. Охарактеризуйте стан моторики дитини до кінця першого року її життя.

8. Як розвивається моторика дитини на другому році життя?

9. Що характеризує моторику дитини третього року життя?

10. Як загалом розвивається і якого рівня досягає моторика дитини раннього віку?

11. Розкрийте характер розвитку моторних функцій дитини в дошкільному віці.

12. Як удосконалюється моторика дітей у період молодшого шкільного віку?

13. Які основні чинники визначають успішність розвитку моторики в дитячому віці?

1.4 Вплив рухової активності на психічний і мовленнєвий розвиток дитини

Різні види людської діяльності, як і поведінка загалом, опосередковуються одночасно зовнішньою руховою активністю (психомоторними актами) та мовою (зовнішнім або внутрішнім мовленням як фактором психічної активності), які, власне кажучи, і виступають як умови та засоби реалізації тієї чи іншої діяльності.

Між руховою і мовленнєвою функціональними системами існують тісні взаємовідносини, що складаються певним чином уже в ранньому онтогенезі та поступово перетворюються в процесі їхнього спільного розвитку на складну міжфункціональну єдність.

Недоліки психомоторики та порушення мовлення негативно позначаються на загальній активності дитини, на характері її спілкування та рухової поведінки, на можливості здійснення діяльності, яка потребує певного рівня розвитку моторних і мовленнєво-мисленнєвих дій, зрештою, на становленні свідомості та формуванні особистості. Зниження рухової активності та психомоторна недостатність (у разі їхнього виникнення в ранньому віці) впливають на нормальний перебіг онтогенезу, на психічний і мовленнєвий розвиток дитини, надалі спотворюють процес формування свідомості та становлення особистості з руховими порушеннями.

Перші поведінкові реакції дитини в ранньому онтогенезі, як і її подальший психофізичний розвиток у дошкільному віці, багато в чому визначаються своєчасним становленням рухової та мовленнєвої функціональних систем, взаємообумовленість яких характеризується певними закономірностями розвитку на різних вікових етапах нормального онтогенезу. Зовнішнє вираження активного розвитку цих двох систем постає у вигляді рухових і мовленнєвих реакцій дитини, які послідовно ускладнюються, мають спочатку мимовільний характер, а потім поступово набувають (завдяки спілкуванню з дорослими та заняттям різною предметною діяльністю) дедалі більшої мимовільності внаслідок їхньої соціальної зумовленості. Таке традиційне розуміння онтогенезу припускає, що саме через рух і слово дитина пізнає навколишній світ, взаємодіє з ним за допомогою видів діяльності, що змінюються, у процесі чого і формується свідомість, відбувається становлення особистості.

Аналіз літературних даних і результати власних досліджень із проблеми взаємозв'язку розвитку рухової та мовленнєвої функціональних систем дають змогу простежити вплив рухової

активності на психічний і мовленнєвий розвиток дитини за нормального та порушеного онтогенезу.

Становлення предметного світу дитини як першого рівня її розвитку відбувається, на думку В. Ключка, до трьох років. Для становлення предметного світу і предметної свідомості дитини, як вказує авторка, мають збігтися щонайменше чотири чинники: «1. Власні рухи дитини, за допомогою яких відбувається освоєння життєвого простору і приходить відчуття того, що навколо є "щось"...» «2. нормальні органи чуття, канали зв'язку із зовнішнім світом», що забезпечують надходження інформації від цього "щось". Перше і друге разом можуть означати сенсорно-моторний рівень свідомості. 3. Дорослий, який вказує своїм жестом на щось певне з усього об'єму «щось». 4. Культура, з якої дорослий обирає слово, і разом із жестом «локалізує сукупність відчуттів у предмет, що позначається словом...». Наявність зазначених чинників, що виступають передумовами, забезпечує в нормальному онтогенезі зародження предметного життєвого простору, коли в дитини з «невизначеного і дифузного "щось" виникає певне і цілком предметне «щось»».

Наведені положення показують, що рух і мовлення виступають найважливішими факторами серед інших, забезпечуючи оволодіння дитиною предметним світом, формування «сенсорно-моторного рівня свідомості» як початкового етапу становлення особистості.

З наведених висловлювань логічно випливає, що в разі наявності у дитини дефектів у розвитку моторики, мовлення, зору або слуху, тобто за дефіциту будь-якого з перелічених вище чинників, механізм оволодіння предметним світом буде відмінним від норми, тобто порушеним. Внаслідок цього спотворюється і процес формування предметної свідомості. У випадках недостатності або відсутності контактів дитини з дорослим, через якого здійснюється її вихід у культуру, оволодіння предметним світом для дитини стає неможливим навіть за наявності всіх інших умов. Зазначені явища якраз мають місце у дітей з обмеженими можливостями здоров'я, тобто при порушеному онтогенезі, а також у випадках соціальної депривації тощо.

Із психофізіологічного погляду взаємовідносини рухової та мовленнєвої функціональних систем під час їхнього становлення в дошкільному онтогенезі мають складний опосередкований характер. Цей взаємозв'язок можна розглядати ніби у двох напрямках, у двох планах, беручи ту чи іншу із зазначених систем за відправну (вихідну) під час аналізу їхнього взаємозв'язку, взаємозумовленості в процесі спільного розвитку.

Візьмемо спочатку за вихідну нашого розгляду мовленнєву функціональну систему в її взаємовідносинах із руховою сферою, а потім звернемося до аналогічного аналізу, прийнявши за відправну рухову систему.

Вплив рухової активності на психічний і мовленнєвий розвиток дитини характеризується переходом від одного якісного стану до іншого, вищого, що зумовлено віковим розвитком функціональних можливостей центральної нервової системи.

Оволодіння дитиною в онтогенезі вимовною стороною мовлення, як власне і процесом продукування мовлення загалом у його зовнішній руховій складовій (фонація, артикулювання, дикція), від самого початку визначається моторними можливостями органів мовленнєвого апарату (мовленнєво-рухового аналізатора). Це передбачає нормальну будову й оптимальне функціонування як периферичного, так і центрального відділів мовленнєвого апарату, що забезпечувало б органам мовлення виконання тонких диференційованих рухів на етапі оволодіння дитиною первинних вимовних навичок, а також у наступні періоди мовленнєвого розвитку. У цьому процесі велику роль відіграють також сенсорні системи («нормальні органи чуття») – зокрема, мовленнєвий слух і фонематичні процеси (мовленнєво-слуховий аналізатор), що забезпечують механізм оволодіння мовою, в основі якого лежить наслідування. У разі органічних або функціональних порушень у центральному або периферичному відділах мовленнєвого апарату (мовленнєво-рухового аналізатора) виникають різноманітні труднощі, зокрема й моторного характеру. Недоліки мовленнєвої моторики перешкоджають нормальному розвитку вимовної сторони мовлення дитини та призводять до різних її розладів.

Яскравим прикладом залежності становлення мовленнєвої функціональної системи від стану рухової сфери можуть слугувати явища парезів і паралічів у м'язах мовленнєвого апарату в разі різних форм дитячого церебрального паралічу, коли різка обмеженість артикуляційних рухів значно утрудняє або зовсім унеможливорює опанування дитиною вимовною стороною мовлення. У цих випадках онтогенез дитини з мовленнєвою патологією за дитячого церебрального паралічу набуває відомого характеру за типом дефіцитарного дизонтогенезу з наявністю порушень мовлення різного виду. При цьому формування предметного світу і предметної свідомості, як слід розуміти, виявляється затриманим навіть за наявності всіх інших чинників, що забезпечують виникнення зазначених феноменів.

Розвиток моторної сторони мовлення залежить не тільки від функціональних можливостей м'яко-артикуляційних м'язів, які безпосередньо беруть участь у реалізації мовленнєвих актів. Становлення мовлення дитини опосередковано пов'язане також зі станом її загальної моторики, тобто руховою активністю в цілому. Підкреслимо тут ще раз наведену вище вказівку В. Ключко на те, що власні рухи дитини виступають однією з умов становлення її предметного світу і предметної свідомості.

Вплив рухової активності на функціональний стан мозку і, зокрема, на розвиток сенсорної (імпресивної) і моторної сторін мовлення, доведено в експериментальних дослідженнях, проведених М. Кольцовою (1973) і співробітниками очолюваної нею лабораторії. Так, наприклад, було виявлено, що для оволодіння дитиною узагальнювальним значенням слова має значення не тільки кількість, а й характер вироблених на нього умовних зв'язків: «Що більше рухових реакцій виробляється на слово, то успішніше йде розвиток узагальнювальної функції слова».

Серед інших рухових функцій рухи пальців руки мають особливе значення, оскільки мають величезний стимулюючий вплив на дозрівання центральної нервової системи.

«Розвиток дедалі тонших і точніших рухів пальців рук... – як зазначає М. Кольцова, – відображає не тільки вдосконалення рухової функції руки як такої, а водночас і ускладнення аналітико-синтетичної діяльності мозку дитини». Вона вказує також на значення тренування пальців рук, яке є потужним засобом підвищення працездатності кори головного мозку.

Дослідженнями виявлено повну кореляцію рухів пальців рук і моторної сторони мовлення дитини. Рухи пальців рук стимулюють дозрівання центральної нервової системи, одним із проявів якого є прискорення розвитку мовлення дитини. На думку М. Кольцової, у даному випадку має місце щось більше, ніж проста кореляція функцій. Дослідник оцінює роль рухів пальців щодо мовленнєвої функції як специфічну і вважає, що «є всі підстави розглядати кисть руки як орган мови - такий самий, як артикуляційний апарат. З цієї точки зору проекція кисті руки є ще одна мовленнєва зона мозку». У зв'язку з цим М. Кольцова вважає, що рівень розвитку мовлення дошкільника перебуває в прямій залежності від ступеня сформованості тонких рухів пальців рук. Вона зазначає, що якщо розвиток рухів пальців відповідає віку дитини, то й мовленнєвий розвиток її буде в межах норми, якщо ж розвиток рухів пальців відстає – затримується й розвиток мовлення. Як

свідчать спостереження дослідників, початок розвитку словесного мовлення дитини пов'язаний із досягненням достатньої тонкості рухів пальців її рук. Розвиток пальцевої моторики ніби готує ґрунт, сприяє формуванню функціональної готовності мовленнєворухового аналізатора, особливо його кіркового відділу, для наступного розвитку вимовного боку мови.

Зв'язок між рухами руки та мовленням показано в роботах різних авторів. Так, В. Бехтерєв зазначав, що рухи руки завжди були пов'язані з мовленням і сприяли його розвитку. І. Павлов висловлював припущення про те, що розвиток функції обох рук забезпечує розвиток центрів мовлення в обох півкулях, дає перевагу в інтелектуальному розвитку, оскільки мовлення найтісніше пов'язане з мисленням.

Розвиток мовлення в онтогенезі пов'язаний із мозковою диференціацією моторики – розвитком мовленнєво-рухового аналізатора. Перші голосові реакції створюють умови для мовленнєвого дихання, фонації та артикуляції, необхідні під час оволодіння дитиною звуковою стороною мовлення. З формуванням статичних функцій, міміки збігається початок лепетного мовлення. З оволодінням ходьбою і маніпулятивною діяльністю рук, з виділенням провідної руки починають формуватися слова і фрази.

Доведено, що стан рухів у дошкільному віці впливає на формування мовлення, відзначено спільність розвитку мовленнєво-рухової та загально-моторної сфери.

Таким чином, між мовленнєвою функціональною системою, її руховим компонентом і загальною руховою системою організму є тісний функціональний зв'язок, про що свідчать дані багатьох дослідників (Бехтерєв, 1928; Павлов, 1955; Кольцова, 1973; Виготський, 1960; Лурія, 1962; Вайзман, 1976; Волкова, 1985).

Звернемося далі до розгляду взаємовідносин між мовленнєвою і руховою функціональними системами, беручи за вихідну рухову сферу.

Як відомо, сутність розвитку моторики в нормальному онтогенезі полягає не тільки в біологічно обумовленому дозріванні відповідних морфологічних субстратів мозку, а й у накопиченні дитиною на цій основі індивідуального рухового досвіду, який вона набуває винятково в процесі рухової активності та мовленнєвого спілкування з оточуючими людьми. Формування рухів, рухових навичок дитини відбувається за активної участі мови, під впливом абстрагуючої та узагальнюючої функції другої сигнальної системи.

На ранніх етапах розвитку дитини оволодіння рухами здійснюється за безпосереднього словесного опосередкування

(промовляння) дорослим виконуваних і засвоюваних дитиною рухів. Словом позначається як освоюваний рух, так і його параметри, властивості тощо, завдяки чому забезпечується формування в дитини необхідних рухових навичок і одночасно поступове оволодіння відповідним словником.

Ігрова діяльність, що формується в дошкільному віці, значно сприяє розвитку мовлення, яке дедалі більшою мірою стає засобом регуляції довільних рухів і поведінки дитини загалом.

Зі вступом дитини до школи значно розвивається її усне та писемне мовлення, забезпечуючи подальше вдосконалення довільної рухової системи, що загалом справляє позитивний вплив на психічний розвиток школяра.

На роль слова у здійсненні довільних рухів вказують багато авторів (Л. Виготський, О. Леонтьєв, О. Лурія, С. Рубінштейн та ін.). Л. Виготський зазначає, що вищі форми регуляції рухів народжуються в соціальному спілкуванні людей. Індивідуальний розвиток довільних рухів, на його думку, починається з того, що дитина навчається підпорядковувати свої рухи словесно сформульованим вимогам дорослих, а потім слово стає для дитини засобом організації власної рухової поведінки – спочатку за допомогою гучного мовлення, а потім – внутрішнього.

За свідченням О. Лурії, «...на перших етапах мовленнєвий наказ дорослого може лише пускати в хід окремі рухи, але не може ще ні затримати їх, ні спрямовувати та коригувати тривале протікання рухів. Лише на наступних етапах мовлення дорослого, а потім і мовлення самої дитини, спочатку зовнішнє, а потім і внутрішнє, виявляється в змозі формувати намір, план рухового акту, здійснювати корекцію рухів, зіставлення результату руху з його задумом».

І. Павлов, розглядаючи мовлення як насамперед кінестетичні подразнення, що йдуть у кору від мовних органів і являють собою другі сигнали, сигнали сигналів, також вказував на те, що друга сигнальна система є зовнішнім регулятором людської поведінки. М.Бернштейн відніс мовлення до вищого рівня організації рухів – кортикального мовленнєво-рухового рівня символічних координат і психологічної організації рухів. З аналізу літератури з цього питання можна зробити висновки про те, що рухова активність, рухова система загалом справляють значний вплив на весь організм, але особливо великий вплив пропріоцептивної аферентації на діяльність мозку, на його функціональний стан.

Такий вплив виступає ніби у двох формах. Перша, специфічна, виражається в прямій участі рухового аналізатора в умовно-рефлекторній діяльності як компонента подразнення будь-якої модальності, як чинника підкріплення, зрештою, як компонента ефекторної ланки рефлекторного акту. Друга, неспецифічна, форма впливу на мозок полягає в тому, що пропріоцептивні імпульси спричиняють більш-менш виражене підвищення тону кори, що створює сприятливі умови для вироблення нових тимчасових зв'язків і функціонування вже наявних. Зазначений фізіологічний механізм, формуючи між руховою і мовленнєвою системою тісні функціональні зв'язки, забезпечує успішний розвиток цих систем у процесі їхньої взаємодії: рухова активність благотворно впливає на мовленнєвий і психічний розвиток дитини.

Контрольні запитання та завдання

1. У чому проявляється функціональна схожість моторики та мовлення? Обґрунтуйте відповідь прикладами.
2. Яка роль моторного та мовленнєвого розвитку дитини в ранньому онтогенезі?
3. На якій підставі можна говорити про рухову та мовленнєву функціональні системи як складну міжфункціональну єдність?
4. Які чинники, на думку В. Ключка, визначають успішність оволодіння дитиною предметним світом? Яка роль серед них відводиться руху та мовленню?
5. Якими чинниками від початку визначається успішність оволодіння дитиною мовленням у ранньому віці?
6. Який вплив стану моторного розвитку дитини в цілому на становлення її мовлення в онтогенезі?
7. Як аргументує М. Кольцова роль рухів пальців рук у мовленнєвому розвитку дитини?
8. Який, на думку М. Кольцової, механізм впливу рухової активності на психічний і мовленнєвий розвиток дитини? Покажіть на прикладах, наведених у її роботі (1973).
9. Розкрийте зв'язок розвитку мовлення та моторики, спираючись на висловлювання різних авторів.
10. Яким чином розвиток моторики в ранньому віці дитини пов'язаний із мовленням?
11. Яку роль відіграє мовлення дорослого, а потім і самої дитини в розвитку її моторики з точки зору різних авторів?

12. Який механізм впливу рухової активності (рухового аналізатора) на розвиток мозку і, зокрема, мовленнєвих і психічних функцій? Розкрийте дві форми такого впливу.

13. На основі змісту цього розділу та використання додаткової літератури підготуйте повідомлення на тему «Взаємозв'язок у розвитку мовлення та моторики в дітей дошкільного віку».

РОЗДІЛ 2

ПСИХОМОТОРИКА ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

2.1 Психомоторика дітей грудного та раннього віку з пренатальним ураженням нервової системи

Діагноз «пренатальне ураження центральної нервової системи» (ПУЦНС) об'єднує велику групу різних за причиною і походженням уражень головного і спинного мозку, що виникають під час вагітності, пологів і в перші дні життя дитини.

Серед причин, що призводять до порушень у роботі ЦНС новонародженого, зазвичай виділяють чотири групи пренатальних уражень ЦНС:

- гіпоксичні ураження ЦНС, за яких основним шкідливим фактором є гіпоксія (нестача кисню);
- травматичні ураження, що виникають унаслідок механічного ушкодження тканин головного та спинного мозку під час пологів, у перші хвилини та години життя дитини;
- дисметаболічні та токсико-метаболічні ураження, основним шкідливим чинником яких є порушення обміну речовин в організмі дитини, а також ушкодження в результаті вживання вагітною токсичних речовин (ліків, алкоголю, наркотиків), куріння;
- ураження ЦНС при інфекційних захворюваннях пренатального періоду, коли основний ушкоджувальний вплив чинить інфекційний агент (віруси, бактерії та інші хвороботворні мікроорганізми).

Незважаючи на різноманіття причин, що призводять до пренатального ураження нервової системи новонародженого, у перебігу захворювання виділяють три періоди:

- гострий - 1-й місяць життя;
- відновлювальний, який підрозділяють на ранній (із 2-го до 3-го місяця життя) і пізній (із 4 місяців до 1 року в доношених, до двох років - у недоношених);
- результат захворювання.

У кожному періоді перинатальні ушкодження мають різні клінічні прояви, які об'єднуються у вигляді різних синдромів. Нерідко в однієї дитини спостерігається поєднання кількох синдромів. Вираженість кожного синдрому та їх поєднання визначають тяжкість ушкодження нервової системи.

Перш ніж описувати синдроми кожного із зазначених періодів перебігу захворювання за пренатального ураження ЦНС, зупинимося на розгляді вроджених рухових рефлексів і характері їхнього прояву у випадках пренатального ураження нервової системи як показника зриву природного перебігу фізіологічного розвитку в дитини перших місяців життя.

У новонародженого в нормальному онтогенезі найшвидше формуються функціональні системи, що включають вертикальні зв'язки між корою і периферичними органами, які забезпечують життєво важливі навички – смоктання, захисні реакції, елементарні рухи. Особливе значення в періоді новонародженості мають так звані основні безумовні рефлекси.

Основні безумовні рефлекси новонародженої та немовляти поділяються на дві групи: сегментарні рухові автоматизми, що забезпечуються сегментами стовбура головного мозку (оральні автоматизми) і спинного мозку (спінальні автоматизми). У випадках пренатального ураження ЦНС нормові терміни появи безумовних рефлексів і характер їхнього прояву порушуються різною мірою. Розглянемо ці порушення.

До оральних сегментарних автоматизмів належать такі:

1. Смоктальний рефлекс (при введенні вказівного пальця в рот дитини на 3-4 см вона робить ритмічні смоктальні рухи). Рефлекс відсутній у разі парезу лицьових нервів, глибокої розумової відсталості, у важких соматичних станах.

2. Пошуковий рефлекс (рефлекс Куссмауля). Пошуковий рефлекс спостерігається до 3-4 місяців, потім згасає. Асиметрія рефлексу – односторонній парез лицьового нерва. Рефлекс відсутній – двосторонній парез лицьового нерва, ураження ЦНС.

3. Хоботковий рефлекс (швидкий легкий удар пальцем по губах дитини викликає в неї витягування губ уперед). Цей рефлекс у нормі зберігається до 2-3 місяців.

4. Долонно-ротний рефлекс (рефлекс Бабкіна). Рефлекс яскраво виражений у новонароджених у нормі. Млявість рефлексу, швидке виснаження або його відсутність свідчать про ураження ЦНС. Рефлекс може бути відсутнім на стороні ураження в разі периферичного парезу руки. У нормі рефлекс після 2 місяців згасає і до 3 місяців зникає.

До спінальних рухових автоматизмів належать такі:

1. *Захисний рефлекс новонародженого.* Цей рефлекс виражений із перших годин життя. У дітей з ураженням центральної нервової системи

захисний рефлекс може бути відсутнім, і, якщо не повернути пасивно голову дитини в бік, вона може задихнутися.

2. Рефлекс опори й автоматична хода новонароджених (рефлекс крокування).

У новонародженого немає готовності до стояння, але він здатний до опорної реакції. Реакція опори й автоматична хода фізично логічні до 1-1,5 місяців, потім вони пригнічуються. Тільки до кінця 1 року життя з'являється здатність самотійно стояти і ходити, яка розглядається як умовний рефлекс і для свого здійснення вимагає нормальної функції кори великих півкуль. У новонароджених із внутрішньочерепною травмою, які народилися в асфіксії, у перші тижні життя реакція опори й автоматична хода часто пригнічені або відсутні.

У випадку спадкових нервово-м'язових захворювань реакція опори й автоматична хода відсутні через різку м'язову гіпотонію. У дітей з ураженням центральної нервової системи автоматична хода затримується надовго.

3. Рефлекс повзання (Бауера) і спонтанне повзання. Повзаючі рухи у новонароджених у нормі стають вираженими на 3-4-й день життя. Рефлекс фізіологічний до 4 місяців життя, потім він згасає. Самостійне повзання є попередником майбутніх локомоторних актів. Рефлекс пригнічений або відсутній у дітей, які народилися в асфіксії, а також у разі внутрішньочерепних крововиливів, травм спинного мозку. Рефлекс має асиметричну природу (принцип реципрокної координації рухів). При захворюваннях центральної нервової системи повзаючі рухи зберігаються до 6-12 місяців, як і інші безумовні рефлекси.

4. Хапальний рефлекс. З'являється у новонародженого при натисканні на його долоні. Іноді новонароджений так сильно обхоплює пальці, що його можна підняти догори (рефлекс Робінзона). Цей рефлекс є філогенетично давнім. При парезах рук рефлекс ослаблений або відсутній, у загальмованих дітей реакція ослаблена, у збудливих – посилена. Рефлекс фізіологічний до 3-4 місяців, надалі на базі хапального рефлексу поступово формується довільне захоплення предмета. Наявність рефлексу після 4-5 місяців свідчить про ураження нервової системи.

Такий самий хапальний рефлекс може бути викликаний і з нижніх кінцівок. Натискання великим пальцем на подушечку стопи дитини викликає в неї підшовне згинання пальців ніг. Якщо ж пальцем нанести штрихове подразнення на підшву стопи, то відбувається тильне згинання стопи і віялоподібна розбіжність пальців (фізіологічний

рефлекс Бабинського). У разі ураження нервової системи цей рефлекс також може бути порушений.

5. *Рефлекс Галанта*. Цей рефлекс добре викликається з 5-6-го дня життя дитини. У дітей з ураженням нервової системи він може бути ослаблений або зовсім відсутній протягом 1-го місяця життя. У разі ураження спинного мозку рефлекс відсутній тривало. Рефлекс фізіологічний до 3-4-го місяця життя. У разі ураження нервової системи цю реакцію можна спостерігати в другій половині року життя дитини й пізніше.

6. *Рефлекс Переса*. Рефлекс фізіологічний до 3-4-го місяця життя дитини. У дітей з ураженням центральної нервової системи спостерігається пригнічення рефлексу в період новонародженості та затримка його зворотного розвитку.

7. *Рефлекс Моро*. Викликається різними прийомами: ударом по поверхні, на якій лежить дитина, на відстані 15 см від її голови, підняттям розігнутих ніг і таза над постіллю, раптовим пасивним розгинанням нижніх кінцівок. Новонароджений відводить руки в сторони і відкриває кулачки

- I фаза рефлексу Моро. Через кілька секунд руки повертаються у вихідне положення

- II фаза рефлексу Моро. Рефлекс виражений відразу після народження, його можна спостерігати під час маніпуляцій акушера. У дітей із внутрішньочерепною травмою рефлекс у перші дні життя може бути відсутнім. За геміпарезів, а також за акушерського парезу руки спостерігається асиметрія рефлексу Моро.

За різко вираженої гіпертонії є неповний рефлекс Моро: новонароджений тільки злегка відводить руки. У кожному випадку проявляється різний поріг рефлексу Моро – низький або високий. У немовлят з ураженням центральної нервової системи рефлекс Моро затримується надовго, має низький поріг, часто виникає спонтанно під час занепокоєння, різних маніпуляцій. У здорових дітей рефлекс добре виражений до 4-5-го місяця, потім починає згасати; після 5-го місяця спостерігаються лише окремі його компоненти.

Таким чином, у нормальному онтогенезі наявність у дитини безумовних рефлексів забезпечує немовляті пристосування та виживання, а поступове їхнє згасання, прихід їм на зміну умовних рефлексів є необхідною умовою формування продуктивних рухів і поз, що відбиває процес нормального психофізіологічного розвитку. У випадках перинатального ураження ЦНС цей процес спотворюється.

Далі, як було зазначено, перейдемо до розгляду синдромів перебігу захворювання стосовно кожного з названих вище періодів.

До синдромів гострого періоду належать: синдром пригнічення ЦНС, коматозний синдром, синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, судомний синдром, гіпертензійно-гідроцефальний синдром.

За легких ушкоджень ЦНС у новонароджених найчастіше відмічають синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, що проявляється здриганням, підвищенням (гіпертонією) або зниженням (гіпотонією) м'язового тону, посиленням рефлексів, тремором (тремтінням) підборіддя і кінцівок, неспокійним поверхневим сном, частим безпричинним плачем.

При ураженні ЦНС середнього ступеня тяжкості в перші дні життя діти частіше мають пригнічення ЦНС у вигляді зниження рухомої активності та зниження м'язового тону, ослаблення рефлексів новонароджених, у тому числі рефлексів смоктання та ковтання. До кінця 1-го місяця життя пригнічення ЦНС поступово зникає, а в деяких дітей змінюється підвищеним збудженням. Рідше може відзначатися судомний синдром, за якого спостерігаються нападоподібні посмикування кінцівок і голови, епізоди здригань та інші прояви судом.

До синдромів відновлювального періоду належать: синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, епілептичний синдром, гіпертензійно-гідроцефальний синдром, синдром вегето-вісцеральних дисфункцій, синдром рухових порушень, синдром затримки психомоторного розвитку. Порушення тону м'язів, що тривалий час зберігаються, нерідко призводять до появи в дітей затримки психомоторного розвитку. Порушення м'язового тону і наявність патологічної рухової активності – гіперкінези (мимовільні рухи, викликані скороченням м'язів обличчя, тулуба, кінцівок, рідше – гортані, м'якого піднебіння, язика, зовнішніх м'язів очей) перешкоджають здійсненню цілеспрямованих рухів, формування в малюка нормальних рухових функцій. За затримки моторного розвитку дитина пізніше починає тримати голову, сидіти, повзати, ходити.

Період результату захворювання характеризується тим, що до однорічного віку у більшості дітей симптоми перинатальних уражень ЦНС поступово зникають або зберігаються їх незначні прояви.

Наслідки ураження мозку в дітей дитячого та раннього віку проявляються такими ознаками (С. Бенілова, Ю. Лисичкіна):

1) наявністю розладів, пов'язаних із прийомом їжі (смоктанням, ковтанням, жуванням);

2) порушеннями загальної, дрібної та артикуляційної моторики; стійкими оральними синкінезіями;

3) обмеженістю гуління, відсутністю або недостатнім розвитком лепету, наслідування звуків, слів;

4) мимовільним видаванням звуків під час вдиху і видиху;

5) порушенням регуляції гучності голосу;

6) відсутністю супроводу гри звуками, словами;

7) порушеннями імпресивного та експресивного мовлення, затримкою мовленнєвого розвитку (фраза формується до 3-4 років, словниковий запас бідний, складова структура слів порушена, труднощі звуковимови і фонетико-фонематичного аналізу);

8) невропатичними розладами (збудливість, порушення сну, перепади настрою, рухова розгальмованість), моторними порушеннями (недорозвинення загальної, ручної, артикуляційної моторики).

На тлі лікування стан малюків поступово поліпшується, проте багато симптомів ураження ЦНС (порушення тону м'язів, рефлексів, швидка стомлюваність, занепокоєння, дисфункції в роботі легень, серця, шлунково-кишкового тракту) можуть зберігатися.

Частими наслідками пренатальних уражень ЦНС у ранньому віці можуть бути:

- затримка психічного, моторного або мовленнєвого розвитку;

- цереброастенічний синдром, який проявляється перепадами настрою, руховим занепокоєнням, тривожним неспокійним сном, метеозалежністю;

- синдром гіперактивності з дефіцитом уваги (СГДУ) – порушення ЦНС, яке проявляється агресивністю, імпульсивністю, труднощами концентрації та підтримки уваги, порушеннями пам'яті та навчання.

Найбільш несприятливими наслідками є епілепсія, гіпотроцефалія, дитячий церебральний параліч, що свідчать про тяжкі пренатальні ушкодження ЦНС.

Під час постановки діагнозу у випадках ПУЦНС лікар фіксує передбачувані причини ушкодження ЦНС, ступінь тяжкості, синдроми та період перебігу хвороби.

Таким чином, для дітей із ПУЦНС у перший рік життя характерне сильне відставання в розвитку рухових функцій. Спотворений розвиток і згасання рефлексів новонароджених, затримка становлення випрямляючих рефлексів, порушення тону призводять до значної затримки формування основних рухових навичок: утримання голови, перевероти, сидіння, повзання, уміння стояти і ходити. Обмеження в рухах уже у віці чотирьох-п'яти місяців призводить до відставання в

розвитку орієнтувально-пізнавальної діяльності дитини та її голосової активності. Надалі відставання наростає і поєднується з недостатністю зорово-моторної координації та маніпулятивної діяльності. Обмеження власної рухової активності дитини збіднює також її можливості чуттєвого сприйняття і пізнання навколишнього світу, маніпулятивно-дослідницьких дій з іграшками, що звужує її контакти з оточуючими.

Літературні дані та дослідження моторики в дітей перших двох років життя з перинатальною патологією центральної нервової системи (ППЦНС) різного генезу, які ми проводили під нашим керівництвом, свідчать, що на кожному віковому етапі в цих дітей спостерігається відставання в нервово-психічному розвитку та всіх компонентах моторики (загальній, ручній, мовленнєвій і мімічній).

На першому році життя недостатність моторних функцій проявляється у вигляді затримки розвитку статичних і динамічних координацій, пізнішої, порівняно з нормою, появи комплексу пожвавлення, рухів пози, локомоторних рухів (повзання, стрибків, ходи), порушень розвитку ручного праксису та мовленнєвої моторики, невербальних засобів спілкування (жестів та міміки), гудіння та белькотіння. На другому році життя внаслідок зазначених недоліків моторики в дітей затримується своєчасний розвиток маніпулятивно-предметної діяльності, семантичних рухів, експресивної сторони мови.

Контрольні запитання та завдання

1. Поясніть сутність діагнозу «перинатальне ураження ЦНС».
2. Які причини спричиняють перинатальне ураження ЦНС?
3. Назвіть і охарактеризуйте оральні сегментарні автоматизми дітей дитячого віку за нормального та порушеного онтогенезу.
4. Перелічіть і охарактеризуйте спінальні рухові автоматизми новонароджених і дітей дитячого віку за нормального та порушеного онтогенезу.
5. Назвіть періоди перебігу захворювання при перинатальному ураженні центральної нервової системи.
6. Охарактеризуйте синдроми гострого періоду в перебігу захворювання при перинатальному ураженні ЦНС.
7. Опишіть синдроми відновного періоду в перебігу захворювання при перинатальному ураженні ЦНС.
8. Якими проявами характеризується результат захворювання при перинатальному ураженні ЦНС?

9. Які наслідки спостерігаються в розвитку дитини після перенесеного захворювання, пов'язаного з перинатальним ураженням нервової системи?

10. Дайте загальну характеристику відхилень у моторному розвитку дитини в дитячому та ранньому віці за перинатального ураження ЦНС.

2.2. Особливості психомоторики дітей з порушеннями мовлення

Взаємозв'язок у розвитку рухової та мовленнєвої функціональних систем, що не проявляється в нормальному онтогенезі без спеціального вивчення, виявляється і стає очевидним у випадках патології, тобто за наявності в дитини мовленнєвих або моторних порушень.

Найпослідовніше взаємозв'язок між руховою та мовленнєвою функціональними системами простежується в структурі дефекту дітей із порушеннями мовлення, коли виявляються порушення одночасно в обох функціональних системах (первинно – у мовленнєвій, вторинно – у руховій).

Недоліки моторної сфери в різних її компонентах (загальна моторика, дрібна моторика рук, артикуляційна і мімічна моторика) проявляються за різних порушень мовлення різною мірою залежно від клініки мовленнєвого порушення.

В літературі здебільшого подано опис порушень мовленнєвої моторики за різних порушень вимовної сторони мовлення: за різних форм дислалії, ринолалії та особливо дизартрії – мовленнєвого порушення, яке входить до симптомокомплексу загальних рухових розладів за різних форм дитячого церебрального паралічу (ДЦП).

Наявність рухових розладів у структурі названих порушень мовлення відзначається в роботах зарубіжних і вітчизняних авторів (М. Зеєман, К. Беккер, М. Совак; Г. Волкова, А. Іполітова, Г. Чіркїна та ін.). Однак у більшості цих робіт моторна недостатність, яка не є предметом спеціального дослідження й аналізу, представлена фрагментарно в контексті розгляду етіопатогенетичної природи мовленнєвих порушень, які вивчають, і які відносяться до вимовної сторони мови. До того ж опис рухових порушень у роботах зазначених авторів обмежується здебільшого порушеннями мовленнєвої моторики і майже не стосується рухової системи загалом. Виняток становить лише опис моторних розладів за мовленнєвої патології.

Ще меншою мірою представлені в літературі дані про психомоторні порушення дітей із системними (поліморфними) розладами усного мовлення, за яких, як відомо, страждає структурно-семантичне (внутрішнє) оформлення висловлювання, тобто «не працює» механізм внутрішнього породження мовлення.

Спираючись на літературні дані, спробуємо описати особливості психомоторної недостатності при різних видах і формах мовленнєвих розладів, представлених номенклатурою клініко-педагогічної класифікації порушень мовлення, однією з класифікацій мовленнєвих порушень, наявних у наш час у обігу сучасної логопедії.

2.2.1 Психомоторика дітей із дислалією

Найчастішим мовленнєвим розладом у дітей є порушення звуковимови за нормального слуху та збереженої іннервації мовленнєвого апарату (дислалія), в основі якого, зазвичай, лежать недосконалості моторно-кінестетичного та мовленнєвого апарату (дислалія). слухового аналізаторів, що не дають змоги дитині опанувати координацію мовленнєвих рухів.

Оволодіння дитиною звуковимовою в дошкільному віці забезпечується нормальною роботою мовленнєво-рухового та мовленнєво-слухового аналізаторів і функціональною взаємодією між ними, що утворюється в ранньому онтогенезі. Саме завдяки формуванню в дитини рухових навичок правильного укладу органів артикуляції для вимови того чи іншого звуку і системи рухів органів мови відбувається оволодіння нею вимовною стороною мови, що включає і власне звуковимову, і просодичні компоненти мови. Інакше кажучи, у процесі онтогенезу в дитини формується особливий за своїми функціями вид рухів – мовленнєві рухи, які виступають як засіб для виробництва мовлення в його зовнішньому рухово-динамічному аспекті. І в цьому процесі величезну роль відіграють кінестетичні відчуття (відчуття від положення і руху органів мови), які, за визначенням І. Павлова, є базальним компонентом мови.

«Спочатку, – пише М. Жинкін, – центральне управління рухового аналізатора не здатне подати такий правильний імпульс на органи мовлення, що викликав би артикуляцію та звук, який відповідає нормам контролюючого слуху. Перші спроби управління мовленнєвими органами будуть неточними, грубими, недиференційованими. Слуховий контроль буде їх відхиляти, але управління мовленнєвими органами ніколи не налагодиться, якщо самі вони не будуть повідомляти в

керівний центр, що ними робиться, коли відтворюється помилковий звук, який не приймається слухом. Такий зворотний посил імпульсів від мовних органів і відбувається. На основі їх центральне управління може перебудувати помилковий посил на більш точний і прийнятний слуховим контролем».

Взаємодія мовленнєво-рухового та мовленнєво-слухового аналізів у процесі нормального онтогенезу забезпечує формування артикуляторної бази, яка визначається М. Жинкіним як «комплекс умінь, які приводять органи артикуляції в позиції, за яких для даної мови виробляється нормативний звук». У разі успішного становлення артикуляторної бази дитина вже до 5-5,5 років опановує фонетичну систему рідної мови. Порушення закономірностей і термінів оволодіння звуковимовою вимовою, що проявляються у вигляді пропусків, заміन, змішання або спотворень звуків, визначаються як дислалія.

Виокремлюють дві основні форми дислалії залежно від локалізації порушення та причин, що зумовлюють дефект звуковимови: функціональну дислалію (моторну та сенсорну), за якої немає органічних порушень у будові артикуляційного апарату, та механічну (органічну), зумовлену відхиленнями в будові периферичного мовленнєвого апарату. За кожної із зазначених форм дислалії можуть спостерігатися порушення рухової сфери, переважно в артикуляційній моториці.

Так, за моторної функціональної дислалії (з позицій сучасної логопедії вона охоплює артикуляторно-фонематичну та артикуляторно-фонетичну форми дислалії). У випадках артикуляторно-фонематичної дислалії порушення звуковимови зумовлені несформованістю операцій добору фонем за їхніми артикуляційними параметрами в моторній ланці мовленнєвого виробництва. Виділяють два варіанти таких порушень. Перший, коли артикуляторна база в дитини не повністю сформована і замість потрібного звуку відбирається звук, близький до нього за артикуляційними ознаками, тобто простіший за артикуляцією.

У цьому випадку відбувається заміна несформованої артикуляції звуку простішою артикуляцією іншого звуку. Другий варіант, коли артикуляційна база сформована і доступні всі артикуляційні позиції для продукування звуків, однак під час добору звуків ухвалюють неправильне рішення, що призводить до змішування звуків. У цьому разі заміни та змішування відбуваються на основі артикуляційної близькості звуків: одна артикуляція замінюється іншою.

У випадках артикуляторно-фонетичної дислалії порушення звуковимови зумовлені неправильно сформованими артикуляційними

укладами, унаслідок чого звук вимовляється спотворено (міжзубна вимова передньоязикових, горлова вимова звука «р» та ін.). Дитина під час освоєння вимовних умінь повинна оволодіти відповідними новими комплексами рухів і здійснювати пошук правильного укладу для вимовлення потрібного звуку. У процесі такого пошуку в дитини може скластися артикуляція, акустичний ефект який близький до необхідного звуку (наприклад, горловий «р»). Ця неправильна артикуляція і вироблений нею спотворений звук закріплюються. Внаслідок інертності артикуляторних навичок у цьому випадку самокорекція надалі не виникає, тому потрібна своєчасна корекція неправильного артикуляційного укладу, що склався, для виправлення спотвореного вимовного звуку.

Поданий опис показує, що порушення звуковимови за моторної функціональної дислалії зумовлені недостатністю артикуляційної моторики, недосконалістю моторно-кінестетичного аналізатора, що спричиняє в дитини труднощі в оволодінні необхідною координацією мовленнєвих рухів. Дискоординація артикуляційних рухів, що виявляється за недостатньої точності та чіткості рухів язика, губ, нижньої щелепи, м'якого піднебіння, що не дає змоги дитині формувати точні артикуляційні уклади і, відповідно, правильно вимовляти відповідні звуки.

У дітей із функціональною моторною дислалією в більшості випадків спостерігається також недостатність ручної моторики, недосконалість дрібних довільних рухів кистей і пальців рук. Це зумовлено, як було показано вище, морфофункціональною взаємодією проєкційних зон руки та мовленнєвого апарату в корі головного мозку. Загальна моторика у дітей з цією формою дислалії в більшості випадків не страждає і відповідає нормативам рухового розвитку дітей відповідного віку.

За функціональної сенсорної дислалії (за сучасною логопедичною класифікацією – акустико-фонематична форма дислалії) порушень моторики у всіх її компонентах загалом не виявляється. Можна лише говорити про вторинну недостатність артикуляційної моторики, зумовлену специфікою механізму оволодіння звуковимовою, що є складним процесом функціональної взаємодії мовленнєво-рухового та мовленнєво-слухового аналізаторів. У цьому процесі на основі сприйняття звуків.

Для того щоб дитина могла вимовляти та розрізняти звуки в мовленнєвому потоці, в неї формується фонематичний слух, що забезпечує їй здійснення пошуку необхідного артикуляційного укладу

для відтворення нормованого звуку, відповідного до сприйманої фонемі. Оскільки в основі порушень звуковимови за означеної форми дислалії лежить недостатня сформованість фонематичного слуху, і дитині у зв'язку з цим важко розрізняти акустично близькі звуки, то і пошук необхідної для їхньої вимови артикуляції виявляється утрудненим. Унаслідок цього в дитини формується неправильна артикуляція звуків, які нечітко сприймаються, тобто проявляється вторинна недостатність артикуляційної моторики, яка і спостерігається за функціональної сенсорної дислалії.

За механічної (органічної) дислалії порушення звуковимови зумовлені анатомічними дефектами органів периферичного відділу мовленнєвого апарату (зубощелепної системи, язика, твердого піднебіння, губ), що можуть спостерігатися в будь-якому віці, а не тільки в дітей. Залежно від характеру порушення того чи іншого органу страждатимуть тією чи іншою мірою артикуляційні рухи, пов'язані з цим органом, і, відповідно, порушуватимуться звуки, у виробництві яких бере участь цей орган. У таких випадках у дитини спостерігатиметься відповідна, пов'язана з порушенням органом, недостатність мовленнєво-рухових актів, артикуляційних і мімічних рухів і, як наслідок, труднощі в опануванні певних звуків. Загальна та ручна моторика дітей з даною формою дислалії здебільшого відповідає віковим нормам.

Контрольні запитання та завдання

1. Що лежить в основі формування артикуляторної бази, що забезпечує оволодіння в онтогенезі фонетичною системою рідної мови?
2. Яким чином проявляється недостатність артикуляційної моторики за моторної функціональної дислалії, як це впливає на оволодіння дитиною звуковимовою?
3. Чим зумовлена недостатність артикуляційної моторики за механічної (органічної) дислалії, як це позначається на звуковимові?
4. Дайте загальну характеристику стану загальної, ручної та артикуляційної моторики за різних форм дислалії.

2.2.2. Психомоторика дітей із ринолалією

Під ринолалією розуміють порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовного апарату. У зв'язку з особливими умовами артикуляції у дітей із ринолалією вимова звуків і фонація істотно відрізняються від норми. В основі розладу фонації та звуковимови за ринолалії лежить порушення

піднебінно-глоткового змикання, залежно від причин і характеру якого виділяють відкриту, закриту та змішану ринолалію.

В контексті цього питання найбільший інтерес становлять особливості моторики дітей з органічною відкритою ринолалією, зумовленою вродженими ущелинами м'якого та/або твердого піднебіння. У разі ущелин піднебіння дихальний і голосовий відділи периферичного мовленнєвого апарату не мають жодних анатомічних порушень, а верхній його відділ (артикуляційний) грубо порушений у своїй будові, через що порушується можливість перекриття між ротовою і носовою порожнинами.

Цей вроджений дефект чинить значний негативний вплив не тільки на розвиток у дитини моторики, насамперед мовленнєвої, а й на її загальний фізичний стан. Це пов'язано з тим, що в дітей із вродженими ущелинами піднебіння з перших днів життя є серйозні функціональні розлади смоктання, ковтання, дихання та інші порушення, які знижують здатність їхнього організму протистояти різним захворюванням, унаслідок чого ці діти потребують неодноразових хірургічних операцій, систематичного лікарського нагляду та лікування.

Окреслені умови життя в дитячому та ранньому віці дітей із грубими анатомічними дефектами в будові артикуляційного відділу мовленнєвого апарату призводять до фізичного недорозвинення, загальної ослабленості їхнього організму, зниження м'язового тону тощо. Це своєю чергою спричиняє моторну недостатність і психічні особливості в загальній картині розвитку дітей з органічною вродженою ринолалією. Зупинимось на особливостях рухової сфери цих дітей стосовно різних її компонентів.

Вроджена ущелина піднебіння ставить дитину в несприятливі умови, перш за все, для її фізичного розвитку.

Чим глибший анатомічний дефект лицьового черепа, тим більші порушення зазнає організм дитини у своєму розвитку. Відставання у фізичному розвитку дитини з вродженою піднебінною патологією відзначається від самого народження. Такі діти (порівняно з нормою розвитку) пізніше починають тримати голову, сидіти, стояти, ходити; у них пізніше з'являються молочні зуби, відмічають дефіцит маси тіла і зросту та інші відхилення. Це пов'язано з тим, що в дітей з вродженою ущелиною піднебіння порушується здійснення найважливіших життєво необхідних функцій: дихання і харчування.

Діти з уродженою ущелиною піднебіння і губи не можуть здійснювати повноцінні смоктальні рухи. При спробах грудного вигодовування такої дитини молоко потрапляє в дихальні шляхи, і вона

захлинається. Навіть за краплинного вигодовування з ложечки або з піпетки дитина поперхується, у неї з'являються кашель, відрижка, блювота. Під час годування їжа потрапляє до носової порожнини, евстахієвих труб, носоглотки та дихальних шляхів, спричиняючи подразнення та запальні процеси слизових оболонок.

Під час годування дитини з ріжка вона стискає соску не губами, а коренем язика і фрагментами піднебінного склепіння. За такого смоктання разом із рухами кореневої частини язика активізуються лицьові м'язи. Цей м'язовий взаємозв'язок міцно закріплюється і надалі негативно позначається на якості белькотіння і на формуванні вимови. У зв'язку з неможливістю здійснювати повноцінні смоктальні рухи в цих дітей пригнічується вроджений смоктальний рефлекс. Випадання губних рухів під час смоктання послаблює розвиток усієї лицьової мускулатури. Навіть після операції губи (хейлопластики) м'язовий розвиток лицьової мускулатури протікає своєрідно у зв'язку з тим, що рухи м'язів верхньої губи відсутні або значно ускладнені. У результаті цього міміка дитини збіднюється, а м'язи обличчя включаються в артикуляцію.

Уроджена ущелина піднебіння порушує моторний розвиток дитини з дитячого віку і значною мірою впливає на оволодіння мовленням. Найзагальніші прояви мовленнєвої недостатності для всіх дітей із вродженою ущелиною піднебіння виявляються в оволодінні фонетикою, яка формується в аномальних анатомо-фізіологічних умовах. Характерною особливістю цих дітей є зміни оральної чутливості в ротовій порожнині, а також значні відхилення в стереогнозі порівняно з нормою розвитку. Причина цього криється в дисфункції сенсомоторних провідних шляхів, зумовлених неповноцінними умовами вигодовування в грудному віці (Едвардс, 1973).

Наявність вродженої піднебінної ущелини порушує весь складний комплекс узгоджених рефлексорних рухів, що беруть участь в основних механізмах звучної мови (диханні, голосоутворенні і артикуляції). Патологічні особливості будови та діяльності мовленнєвого апарату дітей із вродженими піднебінними ущелинами зумовлюють у них різноманітні відхилення в розвитку не тільки артикуляції звуків, а й інших структурних компонентів мовлення та його просодичних елементів. Дослідники зазначають, що в цих дітей спостерігаються порушення звукового боку мовлення, безпосередньо пов'язані з анатомічним дефектом, і порушення, пов'язані з дефектами моторного управління: порушення ритміко-складової структури мовлення та збігу приголосних.

У дітей, які мають морфологічні ураження мовленнєвого апарату, порушення між слуховим і мовленнєво-руховим апаратами, що виникає, призводить до первинних дефектів артикуляції. Артикуляційно-моторна недостатність зумовлює особливості розвитку мовлення цих дітей: у долінгвістичному періоді – недостатньо активна активність белькотіння, у мовленнєвому періоді – пізніший початок активного мовлення, великий часовий інтервал між появою перших слів та фразовим мовленням. Науковці, досліджуючи порушення мовлення за ринолалії, зазначають: «...факти пізнього розвитку мовлення дітей, вираженої депривації за рахунок значного обмеження мовленнєво-вимовної діяльності показують, що засвоєння мови у дошкільному віці відбувається переважно рецептивним шляхом, без достатнього артикуляторного досвіду».

У наслідок недостатності роботи артикуляційного апарату в дітей із вродженими піднебінними ущелинами формуються компенсуючі зміни укладу органів артикуляції під час вироблення звуків. У цих випадках спостерігаються: високий підйом кореня язика зі зрушенням його в задню зону ротової порожнини; недостатня участь губ під час вимовляння лабіалізованих голосних, губно-губних і губно-зубних приголосних; надмірна участь в артикуляції кореня язика та гортані; напруження мимічної мускулатури (S. Fletcher). Що значніша деформація губи (після хейлопластики залишаються рубці, що обмежують рухливість м'язів), то більше залучаються до артикуляції лицьові та мимічні м'язи, що виробляє в дитини стійкий стереотип напруженості мовлення.

Особливо різко обмежені рухи найактивнішого органа артикуляції – язика, що бере участь в утворенні всіх звуків мови. За стабільного положення кореня язика кінчик його відтягується в середину ротової порожнини. Рух усього язика загальмовується, відносно рухливим залишається лише його кінчик. Але й кінчик язика розвинений погано, часто паретичний і не бере участі в артикуляції. Доступними виявляються тільки найелементарніші рухи, які мало диференційовані. За такого стану язика дитині-ринолаліку не вдається здійснювати потрібні для артикуляції мовних звуків рухи. Характерним є невміння утримувати артикуляційну позицію, зниження амплітуди артикуляційних рухів. Бокові рухи язика відрізняються малою точністю, спроби утримання язика по середній лінії не вдаються. Прагнучи в таких випадках знайти способи компенсації, діти під час мовлення іноді сильно втягують крила носа, в артикуляцію при цьому залучаються м'язи обличчя. В результаті цього мова дітей-ринолаліків справляє

неприємне враження як на слух (через невиразність і назальність, тобто носовий відтінок у звучанні), так і в зовнішньому оформленні (через зайві рухи крил носа і лицевих м'язів).

У дітей з вродженим незрощенням піднебіння і до хірургічної операції піднебіння (уранопластики), і після неї спостерігається порушення роботи м'язів, що забезпечують рух м'якого піднебіння. Функція всіх м'язів, що здійснюють підняття м'якого піднебіння та утворюють поділ носової та ротової порожнин, значною мірою обмежена не тільки при мовленні, але й при актах жування та ковтання. М'яке піднебіння або пасивне, або малорухливе і не виконує своєї функції, що пов'язано з наявністю післяопераційних рубців.

Крім компенсаторних рухових засобів, згаданих вище, у дітей з вродженим незрощенням піднебіння спостерігаються також явища додаткової артикуляції в порожнині гортані (глоталізація), що надає звукам своєрідний «клацаючий» звук, і додаткової напруги стінок глотки (фарингалізація).

Своєрідність артикуляційної та мимічної моторики дітей з органічною відкритою ринолалією посилюється порушеннями у кістково-м'язовому апараті лицевого черепа. До цих порушень відносяться: звуження верхньої щелепи, протрузія (виступ) міжщелепної кістки в сагітальному напрямку, недорозвинення альвеолярних відростків, зміна твердого піднебіння, деформація верхніх і нижніх різців, зміна співвідношення базису щелеп.

Таким чином, мовленнєва і мимічна моторика дітей з органічною відкритою ринолалією, обумовленою вродженими незрощеннями піднебіння, характеризується своєрідним комплексом симптомів:

- по-перше, це порушення харчування, що веде до загальної фізичної ослабленості організму і позначається на стані всієї моторики;
- по-друге, зміна становища та активності язика;
- по-третє, порушення роботи м'язів, що здійснюють рух м'якого піднебіння;
- по-четверте, зміна взаємодії м'язів всього периферичного відділу мовленнєвого аналізатора.

В загальному рухи м'язів мовленнєвого апарату у ринолаліків з уродженими порушеннями піднебіння з раннього віку відрізняються деякою млявістю, загальмованістю, незручністю, що характеризує і їх артикуляцію. У лицьовій моториці цих дітей спостерігаються амімічність, обмеженість та невиразність мимічних рухів, явища синкінезії у м'язах обличчя. Порушення взаємозв'язку артикуляційних і мимічних м'язів виражається в зайвих рухах лицьових м'язів при

артикуляції, наявності синкінезій, а в деяких випадках тікоподібних і хореїчних рухах м'язів обличчя.

Відомості про стан загальної та ручної моторики дітей з органічною відкритою ринолалією вкрай обмежені. Фізичне недорозвинення дітей з вродженим незрощенням піднебіння обумовлює недостатність загальної і ручної довільної моторики, що виявляється у порушеннях координації, плавності рухів; відзначається також несформованість почуття ритму і темпу, що відображається на характері багатьох рухів. М'язи пальців і кистей рук слабкі, швидко втомлюються, внаслідок чого їх рухи некоординовані. Спостерігаються явища атрофії всіх м'язів тіла, їх слабкість, у результаті чого в дитини затримується з раннього віку розвиток рухів пози, а потім і основних локомоторних рухів.

Контрольні питання та завдання

1. Який загалом вплив уроджених незрощень піднебіння на розвиток дитини з органічною відкритою ринолалією?
2. У чому проявляється недостатність артикуляційної моторики дітей із вродженим незрощенням піднебіння, як це впливає на формування у них фонетичного боку мовлення?
3. Охарактеризуйте особливості артикуляційної та мімічної моторики дітей раннього віку з вродженим незрощенням піднебіння.
4. Який стан загальної та ручної моторики дітей з органічною відкритою ринолалією?

2.2.3 Психомоторика дітей із дизартрією

Дизартрія – порушення фонетичного боку мовлення, обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату. Провідним порушенням при дизартрії є порушення звуковимови і просодичної сторони мовлення.

Дизартрія пов'язана з органічним ураженням центральної та периферичної нервової системи і найбільш часто спостерігається при дитячому церебральному паралічі (ДЦП), який являє собою захворювання, що проявляється руховими розладами на кшталт паралічів і парезів. ДЦП входить до групи рухових порушень, об'єднаних поняттям «порушення опорно-рухового апарату». Порушення функцій опорно-рухового апарату, як і порушення мовлення, відносяться до дефіцитного типу психічного дизонтогенезу (за класифікацією В. Лебединського).

Залежно від рівня ураження рухових систем головного мозку розрізняють п'ять форм ДЦП (класифікація К. Семенової), що виникають в результаті ураження мозку в перинатальному періоді, рідше на першому році життя: спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична, атонічно-астатична та геміпаретична.

Дизартрія може спостерігатися також у дітей з нормальним психофізичним розвитком, з олігофренією, із затримкою психічного розвитку (ЗПР), з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД).

Залежно від рівня локалізації ураження рухового апарату мовлення розрізняють п'ять форм дизартрії:

- бульбарну;
- псевдобульбарну;
- екстрапірамідну (підкіркову);
- мозочкову;
- кіркову.

Між ступенем тяжкості і характером ураження рухової сфери при ДЦП, що представляє первинну патологію, і частотою і тяжкістю дизартрії відзначається кореляційний взаємозв'язок. При найбільш важких формах ДЦП, коли пошкоджуються верхні та нижні кінцівки і дитина виявляється практично знерухомленою (подвійна геміплегія), дизартрія (анартрія) спостерігається у всіх дітей. При менш виражених проявах дизартрії, характерних для ММД і названих легкою (стертою) її формою, у дітей можуть спостерігатися досить слабкі прояви рухових розладів.

Спочатку розглянемо особливості моторики дітей з дизартрією, що спостерігається при ДЦП, а потім – з легкою (стертою) формою дизартрії при ММД.

У дітей з дизартрією, обумовленою ДЦП, порушення всіх компонентів рухової сфери (загальна, ручна, артикуляційна і мімічна моторика), відповідно, володітимуть специфікою рухових розладів дитини з ДЦП. Іншими словами, особливості порушень моторики дітей з ДЦП будуть властиві і дітям з дизартрією, обумовленою тією чи іншою формою ДЦП.

Природно, що в залежності від характеру та локалізації мозкового ураження і, відповідно, при різних формах ДЦП в порушеннях рухової сфери виявлятиметься певна варіативність. Опис різних рухових розладів при різних формах ДЦП широко представлений у спеціальній літературі. Тим не менш, у клінічній картині ДЦП відзначається ряд загальних проявів у порушеному розвитку моторних функцій у дітей в

ранньому та дошкільному віці, на описі яких у найзагальніших рисах зупинимося нижче.

Специфіка рухового розвитку дитини з ДЦП проявляється, перш за все, у наявності примітивних вроджених рефлекторних форм рухової активності, не характерних для даного віку дитини.

При нормальному розвитку вроджені безумовні рухові рефлекси, виявляючись не різко в перші місяці життя, вже до трьох місяців практично згасають, що створює сприятливу основу для розвитку довільних рухів. У дітей з ДЦП вроджені безумовні рухові рефлекси не згасають, патологічні рефлекси посилюються протягом першого року життя і в наступні роки залишаються стійкими, що ускладнює та затримує формування довільних рухових актів.

Позначена специфіка рухових реакцій дітей з ДЦП у ранньому віці породжує іншу особливість у їхньому руховому розвитку – затримку формування основних моторних функцій.

Для дітей із ДЦП характерне значне відставання у розвитку рухових функцій. Наприклад, якщо здорова дитина до трьох місяців вже впевнено утримує голову у вертикальному положенні, то діти з ДЦП опановують цей рух у середньому до 3-5 років. Істотно затримуються і такі рухи, як повороти зі спини на бік, на живіт, з живота на спину та інші.

Поза сидіння, яка в нормі формується до 7-9 місяців, у дітей із ДЦП виявляється освоєною лише до 3-4 років. Повзання як складний моторний акт, що вимагає хорошої координації рук та ніг, формується у дітей з ДЦП також зі значною затримкою. Вертикальне статичне положення (поза прямостояння), що розвивається в нормі до 9-10 місяців, стає доступною для дітей з ДЦП лише в дошкільному віці, і особливо з великою працею це досягається дітьми з атонічно-астатичної формою ДЦП.

Ходьба, як новий етап у моторному розвитку, що розширює пізнавальні можливості дитини, формується в нормі з 1 року, тоді як лише у половини дошкільнят з ДЦП можливість ходьби з'являється до 4 років. Інші діти опановують ходьбу в наступні роки або не опановують її зовсім.

Особливо затримується у дітей з ДЦП в порівнянні з віковими нормативами формування складних моторних актів, тонких і диференційованих рухів, необхідних для самообслуговування, здійснення маніпулятивної, предметно-ігрової, образотворчої, навчальної та трудової діяльності. У зв'язку з наявністю значної рухової недостатності у дітей з ДЦП поступово з віком дедалі більше

проявляється невідповідність між їх руховими можливостями і дедалі зростаючими вимогами, що висувуються до них навколишніми умовами життя.

Слід підкреслити, що ДЦП – це не просте відставання в моторному розвитку або випадання окремих рухових функцій (як зазвичай буває у дорослих при ураженні рухових систем головного мозку), а серйозне захворювання, що характеризується неправильним ходом моторного розвитку. Це в більшості випадків порушує послідовний хід і динаміку психічного і мовленнєвого розвитку дитини, призводячи до своєрідної аномалії розвитку в цілому.

Як вже було зазначено вище, кожна форма ДЦП характеризується своєрідністю і специфічним поєднанням порушених рухових компонентів, що пов'язано з рівнем локалізації ураження головного мозку. Водночас виділяються загальні для всіх форм ДЦП порушені ланки моторики, які й складають структуру рухового порушення при ДЦП. До таких порушених ланок відносяться наступні:

- паралічі та парези;
- порушення м'язового тону;
- підвищення сухожильних та періостальних рефлексів;
- синкінезії та насильницькі рухи;
- недостатність ланцюгових випрямних рефлексів;
- несформованість рівноваги та координації рухів;
- порушення відчуття рухів (кінестезій);
- наявність захисних, патологічних рефлексів та позотонічних рефлексів.

Охарактеризуємо коротко кожен з зазначених порушених ланок у структурі рухового порушення при ДЦП.

Основним порушенням у структурі порушення при ДЦП є паралічі та парези. Під паралічем розуміється повна неможливість виконувати довільні рухи. Парез – частковий параліч, слабка його форма, що виражається в обмеженні можливості виконувати довільні рухи. Центральні паралічі і парези обумовлені ураженням моторних зон і рухових провідних шляхів головного мозку. Від тяжкості ураження мозку і залежатиме повна (параліч) або часткова (парез) відсутність тих чи інших рухів переважно в кінцівках. Ці порушення є перешкодою для дитини з ДЦП для своєчасного та повноцінного розвитку основних моторних функцій, ускладнюють формування навичок самообслуговування, предметної, ігрової, навчальної та інших видів діяльності. Для центрального (спастичного) паралічу характерні такі симптоми: порушення м'язового тону (м'язова гіпертонія),

підвищення сухожильних і періостальних рефлексів (гіперрефлексія), наявність захисних і патологічних рефлексів, синкінезій та інших порушень. Перейдемо до їхньої характеристики.

Для виконання будь-якого рухового акта необхідний нормальний тонус м'язів та його регуляція, що забезпечується роботою різноманітних ланок нервової системи. При ДЦП спостерігається підвищення м'язового тону (спастичність, м'язова гіпертонія). Підвищення м'язового тону особливо відзначається в м'язах-згиначах кінцівок, у м'язах стегон, у підшовних згиначах стоп та деяких інших м'язах. Це призводить до специфічної пози дітей із ДЦП: ноги стиснуті, зігнуті в колінних суглобах з опорою на пальці, руки притиснуті до тулуба, зігнуті у ліктьових суглобах, пальці стиснуті у кулаки. При гіперкінетичній формі ДЦП спостерігається мінливий м'язовий тонус, тобто м'язова дистонія. У цих випадках при спокої м'язи здаються розслабленими і гіперкінези не виникають або слабшають, а при спробі виконати довільний рух тонус м'язів різко зростає і гіперкінези посилюються. При атетодних гіперкінезах дистонія проявляється в зміні м'язового тону, що чергується, внаслідок чого виникають червоподібні рухи через спазм м'язів, що безперервно міняє своє місцезнаходження. При атонічно-астатичній формі ДЦП спостерігається м'язова гіпотонія, що проявляється у слабкості, в'ялості та млявості м'язів.

Властивим симптомом ДЦП є підвищення сухожильних і періостальних (надкістячних) рефлексів (гіперрефлексія), що обумовлено ураженням пірамідних шляхів. При цьому симптомі ахіллів, колінний та інші сухожильні рефлекси, а також періостальні рефлекси підвищені. Надмірне підвищення сухожильних рефлексів проявляється клонусом - ритмічними скороченнями будь-якого м'яза при його різкому розтягуванні, що довго не припиняються. Найбільш частими є клонуси стопи та колінної чашки.

Синкінезії – додаткові мимовільні рухи, що супроводжують довільні. Розрізняють фізіологічні синкінезії, наприклад рухи рук при ходьбі, і патологічні, виникаючі при ураженні пірамідної системи, які ускладнюють формування та виконання довільних рухів. У дітей з ДЦП найчастіше спостерігаються глобальні синкінезії, коли виконання будь-якого довільного руху дитиною супроводжується мимовільними рухами в інших частинах тіла. Наприклад, якщо дитині запропонувати виконати рухи здоровою рукою (стиснути в кулак, підняти вгору, взяти іграшку, зловити м'яч та ін), то на паралізованій стороні спостерігається ряд мимовільних рухів (патологічних синкінезій): уражена рука згинається

в лікті, наближається до тулуба, відбувається пронація передпліччя, згинання кисті та ін.

При ДЦП спостерігається недостатній розвиток ланцюгових випрямляючих рефлексів, внаслідок чого дитині важко утримувати в потрібному положенні голову та тулуб. А це, у свою чергу, ускладнює оволодіння навичками самообслуговування, предметними діями, трудовими та навчальними операціями.

Для ДЦП характерна несформованість реакцій рівноваги та координації рухів. У нормі рівновага тіла, як стійке його положення в просторі, проявляється у вигляді статичної рівноваги тіла (при стоянні) і динамічної рівноваги (при русі), яка тісно пов'язана з координацією рухів. Координація забезпечується різними рівнями: спинним мозком, стовбуром мозку, мозочком, корою великих півкуль, куди надходить інформація від зорового аналізатора, рецепторів, закладених у м'язах, зв'язках та сухожиллях та вестибулярного апарату. При ДЦП формування реакцій рівноваги та координації рухів порушені. Це відбувається, по-перше, через затримку дозрівання або ураження відповідних мозкових систем, по-друге, через важкі рухові порушення, що обмежують накопичення моторного досвіду і спотворюють виконання рухів. Порушення рівноваги і координації рухів проявляється в патологічній ході дитини при різних формах ДЦП, але особливо яскраво при атонічно-астатичній його формі, коли мають місце ураження мозочка і мозочкова атаксія.

Важливу роль у розвитку рухів відіграють кінестезії (відчуття рухів), які забезпечуються рецепторами, що знаходяться в м'язах, зв'язках і сухожиллях (пропріоцептивна чутливість). Завдяки цим рецепторам в ЦНС передається інформація про положення тіла в просторі та про рухи, які здійснюються. При всіх формах ДЦП кінестетична чутливість порушується, що призводить до труднощів у визначенні положення тіла у просторі, до труднощів у збереженні рівноваги та утримання пози, до порушень координації рухів. Через недостатність кінестетичних відчуттів у багатьох дітей із ДЦП спотворюється сприйняття напрямку рухів. Наприклад, рух руки вперед відчувається ними як рух убік. Спотворення уявлень про власні рухи веде до неадекватності взаємодії дитини з навколишніми предметами, до порушень у формуванні різних видів діяльності, навичок самообслуговування, мовлення (ускладнюються відчуття артикуляційних рухів). Найбільш яскраво порушення відчуття рухів виражені при гіперкінетичній і атонічно-астатичній формах ДЦП.

При ДЦП спостерігаються насильницькі рухи, які найбільш яскраво виявляються при гіперкінетичній його формі і виражаються в різних гіперкінезах: хореїформних, атетоїдних, хореоатетоїдних та інших. До гіперкінезів відносять і тремор, який характерний для атонічно-астатичної форми ДЦП. Насильницькі рухи суттєво ускладнюють дітям з ДЦП виконання довільних рухів та своєчасне формування предметної, ігрової, навчальної та інших видів діяльності, негативно позначаються на виробництві усного та письмового мовлення.

Для ДЦП характерні також симптоми, пов'язані з ураженням пірамідної системи, до яких належать захисні та патологічні рефлекс.

Захисні рефлекс – це мимовільні рухи, що виражаються в згинанні або розгинанні паралізованої кінцівки при її подразненні.

Патологічними називаються рефлекс, пов'язані зі зниженням гальмівного впливу ураженого головного мозку і які не виявляються у здорової дорослої людини. Патологічні рефлекс поділяють на згинальні і розгинальні (для кінцівок). Діти до року ці рефлекс є ознаками патології.

Позотонічні рефлекс є вродженими, безумовно рефлексорними руховими автоматизмами, які за нормального розвитку дитини згасають до трьох місяців життя, чим створюються оптимальні умови для розвитку довільних рухів. При ДЦП у зв'язку з ураженням ЦНС позотонічні рефлекс зберігаються у дітей з церебральним паралічем протягом дошкільного віку і в наступні роки їх вплив залишається стійким.

До позотонічних рефлексів відносяться: лабіринтний тонічний рефлекс, асиметричний тонічний шийний рефлекс, симетричний тонічний шийний рефлекс.

Лабіринтний тонічний рефлекс проявляється за зміни положення голови. У положенні дитини на спині наростає тон м'язів-розгиначів. Голова при цьому закинута назад, ноги і руки напружені і розімкнені, кисті рук стиснуті в кулаки. При вираженій мірі тонусу спостерігається різке розгинання тіла, вигнутого у вигляді дуги, коли дитина торкається опори лише потилицею і п'ятами, що нагадує (стовбурову) позу. Дитина не може підняти голову, витягнути руки і взяти предмет, піднести руки до обличчя і т. д. При лабіринтному тонічному рефлексі спостерігається підвищення тонусу м'язів язика, що ускладнює жування, артикуляцію, сприяє слинотечі і в цілому негативно впливає на розвиток мовлення. У положенні дитини на животі проявляється підвищення тонусу м'язів-згиначів, шия і спина при цьому згинаються. Плечі витягуються вперед і вниз, руки зігнуті під тулубом, а кисті рук стиснуті в кулаки, стегна та

гомівки зведені та зігнуті, таз піднятий. Описані пози гальмують розвиток довільних рухів дитини, перешкоджають формуванню у нього моторних навичок, навичок самообслуговування, різних видів діяльності. Таким чином, загалом, лабіринтний тонічний рефлекс негативно впливає на розвиток довільної моторики, затримує формування основних рухових функцій, патогенно впливає на оволодіння зорово-руховими координаціями, предметною, ігровою, навчальною та мовленнєвою діяльністю.

Асиметричний тонічний шийний рефлекс проявляється у зміні положення кінцівок дитини при повороті голови убік: в сторону тіла, до якої повернуто обличчя дитини, підвищується тонус у м'язах-розгиначах руки і ноги. Іншими словами, поворот голови вбік викликає зміну в положенні кінцівок дитини, і він приймає позу «фехтувальника», яка негативно позначається на формуванні у дитини зорово-моторних координацій і предметної діяльності. При повороті голови в бік предмета рука дитини на стороні повороту мимоволі розгинається, і вона не може взяти предмет, що знаходиться в полі зору. Якщо ж дитина зусиллям змогла зігнути руку, то голова автоматично відвертається в інший бік, і предмет зникає з поля зору. Даний рефлекс негативно впливає на оволодіння дитиною руховими навичками в предметній, навчальній та трудовій діяльності.

Симетричний тонічний шийний рефлекс проявляється в посиленні розгинального тонусу в руках і згинального в ногах при піднятті голови, а при нахилі голови вперед посилюється тонус м'язів-згиначів рук та м'язів-розгиначів ніг. Цей рефлекс лежить в основі формування патологічної схеми ходьби: порушується узгоджена робота рук і ніг при ходьбі.

Позначені позотонічні рефлекси можуть поєднуватися в однієї і тієї ж дитини, особливо різко впливаючи в розвиток у неї моторних функцій.

Таким чином, можна зробити висновок, що загальна моторика дітей з дизартрією при ДЦП з раннього віку розвивається в патологічних умовах і з великим запізненням. Значно затримується формування рухових функцій, особливо таких, як розвиток можливості самостійно сідати, повзати з поперемінним одночасним виносом вперед руки і протилежної ноги і з легким поворотом голови і очей у бік вперед винесеної руки, ходити, захоплювати предмети кінчиками пальців і маніпулювати з ними. Загальна моторика, що розвивається, характеризується сповільненими, незграбними, скутими, недиференційованими, нескоординованими рухами. Може відзначатися обмеження обсягу рухів верхніх і нижніх кінцівок, переважно з одного

боку. Спостерігаються синкінезії, порушення м'язового тону. Найбільш яскраво недостатність загальної моторики у дошкільнят з дизартрією проявляється при виконанні складних рухових актів, що вимагають чіткого управління рухами, точної роботи різних м'язових груп, правильної просторово-часової організації рухів.

Загальна моторна недостатність дітей із дизартрією з раннього віку різко обмежує їх можливості у самообслуговуванні, у формуванні навичок предметної, ігрової та інших видів діяльності. Ці діти значно відстають від своїх однолітків по спритності та точності ручних рухів, що проявляється переважно у порушенні їх точності, швидкості та координації, у них із затримкою розвивається готовність руки до письма, тому не проявляється інтерес до малювання та інших видів ручної діяльності, у шкільному віці відзначається поганий почерк.

Часте поєднання дизартрії з руховими порушеннями при ДЦП обумовлено анатомічним та функціональним взаємозв'язком у розташуванні та розвитку рухових і мовних зон, підкіркових утворень і провідних шляхів, що забезпечують моторні функції. Дизартрія виникає при поєднанні ураження мозкових утворень, що викликало ДЦП, з ураженнями різних структур мозку, необхідних для управління руховими механізмами мови. Ураження цих структур мозку визначає картину порушень мовленнєвої та мимічної моторики при дизартрії.

До таких структур належать такі мозкові утворення:

- периферичні рухові нерви, що йдуть до м'язів мовленнєвого апарату;
- ядра цих периферичних рухових нервів, що розташовані у стовбурі головного мозку;
- ядра, що розташовані в підкіркових відділах мозку і які здійснюють елементарні емоційні безумовно-рефлекторні мовленнєві реакції.

Ураження зазначених мозкових структур дає картину периферичного паралічу (парезу). У цьому випадку нервові імпульси до мовленнєвих м'язів не надходять, обмінні процеси в них порушуються, м'язи стають млявими, в'ялими, спостерігається їх атрофія, атонія та арефлексія.

Рухові механізми мовлення забезпечуються також більш високо розташованими мозковими утвореннями, до яких належать такі:

- Підкірково-мозочкові ядра та провідні шляхи, які забезпечують регуляцію м'язового тону та послідовність м'язових скорочень мовленнєвої мускулатури, координованість у роботі артикуляційного, дихального та голосового апаратів, а також емоційну виразність

мовлення. При поразці цих мозкових структур спостерігаються симптоми центрального паралічу (парезу). До них відносяться: порушення м'язового тону, посилення окремих безумовних рефлексів, а також виражені порушення просодичних компонентів мовлення – її темпу, плавності, гучності, емоційної виразності та тембру.

- Провідні системи, які забезпечують проведення імпульсів від кори мозку до структур нижчих функціональних рівнів рухового апарату мовлення – ядр черепно-мозкових нервів, які знаходяться у стовбурі мозку. При ураженні цих мозкових структур спостерігаються симптоми центрального паралічу (парезу) мовленнєвої мускулатури: підвищення тону в м'язах мовленнєвого апарату, посилення безумовних рефлексів і поява рефлексів орального автоматизму з виборчим характером артикуляційних порушень.

- Кіркові відділи головного мозку, які забезпечують диференційовану іннервацію мовленнєвої мускулатури та формування мовленнєвого праксису. При ураженні цих структур виникають різні центральні моторні розлади мовлення.

Ураження зазначених мозкових структур викликає порушення як власне рухової ланки мовленнєвої системи, так і кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів. На велику роль кінестетичних відчуттів у розвитку мовлення вказував М. Жинкін. Він зазначав, що «...кінестезії є ніщо інше, як зворотний зв'язок, через яку центральне управління дізнається, що з тих наказів, які надіслані виконано... Відсутність зворотного зв'язку припинило б будь-яку можливість накопичення досвіду управління рухами мовленнєвих органів. Людина не змогла б навчитися мовлення. Посилення зворотного зв'язку (кінестезій) прискорює і полегшує засвоєння мовлення».

При дизартрії спостерігається порушення кінестетичних відчуттів і дитина не сприймає стан напруженості або розслабленості м'язів мовленнєвого апарату, насильницькі мимовільні рухи або неправильні артикуляційні уклади. Порушення зворотної кінестетичної аферентації у дітей з дизартрією може затримувати і порушувати формування кіркових мозкових структур: премоторно-лобової та тім'яно-скроневої областей кори і уповільнювати процес інтеграції в роботі різноманітних функціональних систем, що мають безпосереднє відношення до мовленнєвої функції.

Перейдемо до безпосередньої характеристики мовленнєвої та лицевої моторики дітей з дизартрією.

Особливості мовленнєвої моторики дошкільнят з дизартрією обумовлені порушенням функціонування зазначених вище мозкових структур, що беруть участь у артикуляції.

Недоліки артикуляційної моторики характерні для всіх форм дизартрії і пов'язані, перш за все, з порушеннями м'язового тону, характер яких залежить від локалізації ураження мозку. Виділяють наступні форми порушень м'язового тону: спастичність м'язів артикуляції (гіпертонія – постійно підвищений тонус у мускулатурі язика, губ, в лицьових і шийних м'язах); гіпотонія (знижений тонус в артикуляційних та лицьових м'язах); дистонія (змінний характер м'язового тону: у спокої – низький м'язовий тонус в апараті артикуляції, при спробі мовлення тонус різко наростає).

При вираженому підвищенні м'язового тону язика він напружений, відтягнутий назад, спинка вигнута, кінчик язика не виражений. Напружена і піднята до твердого піднебіння спинка язика при спастичності його м'язів характеризує особливість артикуляції (палаталізацію) приголосних звуків, що проявляється в їх пом'якшенні, що в свою чергу може призводити до фонематичного недорозвитку. Через спастичність підборідно-язикового, щелепно-під'язичного та двочеревного м'язів, а також м'язів, що прикріплюються до під'язикової кістки, спостерігається неможливість або обмеження обсягу рухів язика вперед.

Підвищення тону в круговому м'язі рота призводить до спастичного напруження губ, їх щільного змикання і обмеження активних рухів. Підвищення тону в м'язах обличчя та шиї ще більше обмежує довільні рухи в апараті артикуляції.

При порушенні м'язового тону за типом гіпотонії язик тонкий, розпластаний в порожнині рота, губи мляві, відсутня можливість їх повного змикання, внаслідок чого рот зазвичай напіввідкритий, виражена гіперсалівація (збільшене виділення слини). Характерною особливістю артикуляції при гіпотонії є недостатній підйом піднебінної завіси вгору і притискання її до задньої стінки глотки, що призводить до назалізації (носового звучання мови), так як струмінь повітря виходить через ніс, а ротовий видих ослаблений. Через гіпотонію язика і губ особливо порушується вимова губно-губних і передньоязикових вибухових приголосних звуків.

При дистонії внаслідок мінливого характеру м'язового тону в артикуляційній моториці, його динамічності та мінливості спостерігається мінливість спотворень, замін і пропусків звуків.

Обмеження рухливості м'язів мовленнєвого апарату при дизартрії внаслідок паралічів і парезів, що посилюється недоліками м'язового тону, зумовлює порушення артикуляційної моторики дітей з дизартрією. Недостатня рухливість артикуляційних м'язів призводить до різних порушень звуковимови.

При ураженні м'язів губ страждає вимова як голосних (особливо лабіалізованих), так і приголосних (особливо губно-губних) звуків. Дитина не може виконати губами цілий ряд рухів: витягнути їх вперед, округлити, розтягнути в посмішці, підняти верхню губу, опустити нижню та інші. Обмеження рухливості губ порушує артикуляцію в цілому, так як ці рухи, змінюючи розмір і форму преддверия рота, впливають на характер резонування ротової порожнини.

Особливо страждає рухливість язика через порушення іннервації різних м'язів, що утворюють його тіло. Відзначається загальне обмеження рухів язика, недостатнє піднесення кінчика язика вгору в порожнині рота. Зазвичай це пов'язано з порушенням іннервації шило-язикового та деяких інших м'язів. У таких випадках страждає артикуляція більшості звуків.

Обмеження рухів язика вниз пов'язане з порушенням іннервації ключично-під'язикового, щитовидно-під'язикового, щелепно-під'язикового, підборідно-язикового і двочеревного м'язів. У цих випадках порушується артикуляція свистячих і шиплячих звуків, голосних переднього ряду та деяких інших.

Обмеження рухів язика назад залежить від порушень іннервації під'язиково-глоткового, лопатково-під'язикового, шило-під'язикового, двочеревного (заднє черевце) та деяких інших м'язів. При цьому порушується артикуляція задньоязикових звуків та голосних середнього та нижнього підйому.

При парезах м'язів язика, порушеннях їх м'язового тону стає неможливим зміна конфігурації язика (подовження, скорочення, висування, відтягування назад), що позначається на артикуляції багатьох звуків.

Порушення артикуляційної моторики обтяжуються обмеженою рухливістю м'язів піднебіння при парезах піднебінно-глоткових і піднебінно-язикових м'язів, що забезпечують його рухи вгору-вниз. Це пов'язано з порушенням іннервації м'язів піднебіння, яка здійснюється гілочками трійчастого, лицьового і блукаючого нервів.

Парези лицевих м'язів, які часто спостерігаються при дизартрії, також впливають на артикуляцію. Парези скроневих м'язів, жувальної мускулатури обмежують рухи нижньої щелепи, що впливає на

модуляцію і тембр голосу. Ці порушення погіршуються при неправильному положенні язика в порожнині рота, недостатній рухомості піднебінної завіси, порушеннях тону м'язів дна порожнини рота, язика, губ, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки.

Характерною рисою артикуляційної моторики при дизартрії є порушення якості рухів органів артикуляції, дискоординаційні розлади, що проявляється у порушенні точності та пропорційності артикуляційних рухів. Особливо страждає виконання тонких диференційованих довільних рухів, які виконуються неточно, невідповідно, часто з гіперметрією (надмірною амплітудою). Ці порушення зазвичай поєднуються з труднощами в переключенні з одного руху на інший, у збереженні певних артикуляційних поз і з появою насильницьких рухів у вигляді тремору кінчика язика. Дискоординаційні розлади виявляються переважно не лише на рівні ізольованого артикуляційного руху, а й під час виконання автоматизованих рядів, що здійснюється під час вимови складів, слів, фраз. Це пов'язано із запізненням включення чергового артикуляційного руху, в результаті чого мовлення стає уповільненим і скандованим.

Порушення артикуляційної моторики при дизартрії пов'язані також з патологією реципрокної іннервації, що забезпечує м'язам-агоністам і м'язам-антагоністам можливість виконання протилежних рухів, тобто здійснення реципрокної координації. У багатьох м'язах язика поряд з волокнами, що виконують основний рух, є волокна-антагоністи, спільна робота яких забезпечує точність і диференційованість рухів, необхідних для правильної артикуляції. Так, наприклад, для висовування язика з ротової порожнини і піднімання його кінчика вгору повинні бути скорочені нижні пучки підборідно-язикового м'яза, але розслаблені його ж волокна, що тягнуть язик назад і вниз. Якщо цього не відбувається, то порушується виконання цього руху і артикуляція низки передньоязикових звуків. І навпаки, при русі язика назад і донизу нижні пучки підборідно-язикового м'яза повинні бути розслаблені, а волокна, що тягнуть язик назад і вниз, скорочені. Так реципрокна іннервація повинна забезпечувати в нормі реципрокну координацію рухів язика, що чергуються, з порожнини рота і назад донизу. Середні пучки зазначеного м'яза є антагоністами волокон верхнього поздовжнього м'яза, що вигинає спинку язика.

У русі язика вниз під'язично-язиковий м'яз є антагоністом шило-язикового м'яза, але в русі язика назад обидва м'язи працюють спільно як агоністи. Бічні рухи язика в одну сторону можуть відбуватись тільки при розслабленні парних м'язів другої сторони. Для симетричних рухів

язика по середній лінії у всіх напрямках (вперед-назад, вверх-вниз) м'язи правої сторони повинні працювати як агоністи, інакше язик буде відхилятися вбік.

Зміна конфігурації язика, наприклад його звуження, можливе лише за рахунок скорочення волокон поперечних м'язів язика при одночасному розслабленні волокон вертикальних м'язів і пучків під'язиково-язикових і шило-язикових м'язів, що забезпечують ущільнення і розширення язика. При порушенні іннервації зазначених м'язів звуження язика стає неможливим.

Порушення артикуляційної та лицьової моторики при дизартрії характеризуються також наявністю насильницьких рухів та оральних синкінезій. Відзначаються посмикування язика, губ, інколи в поєднанні з гримасами обличчя, дрібний тремор язика, у важких випадках – мимовільне відкривання рота, викидання язика вперед, насильницька посмішка та інше. Насильницькі рухи спостерігаються в і в спокої, і в статичних артикуляційних позиціях, посилюючись при довільних рухах чи спробах до них. Ці насильницькі рухи відрізняються від синкінезій (мимовільних супутніх рухів), які виникають тільки при довільних рухах. Наприклад, при русі язика вгору часто скорочуються м'язи, що піднімають нижню щелепу, а іноді напруга виникає у всій шийній мускулатурі, і дитина виконує цей рух з одночасним закиданням голови. Синкінезії можуть спостерігатися не тільки в мовленнєвій мускулатурі, але і в скелетній, в тих її відділах, які анатомічно і функціонально тісно пов'язані з мовленнєвою функцією. При русі язика в дітей із дизартрією нерідко виникають супутні рухи пальців правої руки.

Характерною ознакою недоліків артикуляційної моторики при дизартрії є порушення пропріоцептивної аферентної імпульсації від м'язів артикуляційного апарату, у зв'язку з чим не формуються кінестетичні відчуття, роль яких у оволодінні мовленням була відзначена вище. У цих випадках діти слабо відчують положення язика, губ, напрямки рухів органів артикуляції. Вони не можуть за наслідуванням відтворювати і зберігати артикуляційні уклади, що затримує формування мовленнєвого праксису.

При дизартрії можуть спостерігатися збережені рефлекси орального автоматизму, які в нормі характерні для дітей раннього віку: смоктальний, хоботковий, пошуковий, долонно-головний та інші. Наявність цих рефлексів ускладнює для дітей з дизартрією виконання довільних ротових рухів.

Сукупність зазначених порушень артикуляційної моторики становить перший важливий синдром дизартрії – синдром

артикуляційних розладів, який варіюється в залежності від локалізації та тяжкості ураження мозку і має свою специфіку при різних формах дизартрії.

Інший важливий синдром дизартрії пов'язаний з несформованістю дихальних рухів – синдром порушень мовленнєвого дихання. Цей синдром обумовлений порушенням іннервації дихальної мускулатури. При цьому ритм дихання (чергування вдиху і видиху) не регулюється за змістом мовленням, тобто в процесі мовлення після вимовлення окремих складів або слів дитина робить поверхневі судомні вдихи, а активний видих вкорочений і здійснюється зазвичай через ніс, незважаючи на постійно напіввідкритий рот. Неузгодженість у роботі вдихальних і видихальних м'язів призводить до того, що дитина починає говорити на вдиху. Це порушує довільний контроль дитини над дихальними рухами, а також координацію між диханням, фонацією та артикуляцією.

Ще одним синдромом, пов'язаним з руховими розладами при дизартрії, є синдром порушення голосу і мелодико-інтонаційні розлади. Ці порушення обумовлені парезами не тільки язика, губ і м'якого піднебіння, але також голосових складок і м'язів гортані, що призводить до порушень їх тонусу та обмеження рухливості. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату може повністю виключити можливість вібрації голосових складок, що порушуватиме як сам процес фонації, так і утворення відповідних звуків. Коливальні рухи голосових складок порушуються також при слабкості та паретичності м'язів голосового апарату, що значно впливає на силу голосу.

Порушення рухових функцій голосового апарату при дизартрії призводить до різних розладів голосу, специфічних для різних її форм. Найчастішими порушеннями голосу виступають такі: недостатня сила голосу, зміни його тембру, слабка виразність чи відсутність голосових модуляцій.

Таким чином, у дітей з дизартрією при ДЦП спостерігаються розлади рухових функцій у різних відділах периферичного мовленнєвого апарату (артикуляційному, дихальному, голосовому), які, виявляючись специфічним чином при різних її формах, визначають характер основної симптоматики дизартрії - порушення звуковимови та просодичного боку мовлення. При цьому для таких дітей поряд з недоліками мовленнєвої та лицьової моторики характерні порушення загальних рухів і особливо тонкої диференційованої моторики пальців рук, які зумовлені клінікою ДЦП.

Перейдемо далі до розгляду особливостей моторики дітей зі стертою формою дизартрії, яку Л. Лопатіна визначає як мовленнєву

патологію, яка проявляється в порушеннях фонетичного компоненту мовленнєвої функціональної системи і виникає внаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку. В результаті мінімальних мозкових уражень прояв і специфіка рухових розладів при стертій дизартрії будуть спостерігатися меншою мірою, ніж при дизартрії. Тим не менш, у синдромі порушень у дітей зі стертою дизартрією поряд з мовленнєвою симптоматикою відзначаються і немовленнєві симптоми (зокрема, порушення психомоторики, порушення у розвитку низки настановчих рефлексів).

При стертій дизартрії рухова сфера порушується системно, тобто недостатність спостерігається у всіх компонентах моторики: загальної, дрібної, мімічної і артикуляційної. Ці порушення виявляються ще ранньому періоді розвитку. У дітей відзначаються рухове занепокоєння, порушення сну, частий і безпричинний плач. Годування цих дітей носить ряд особливостей у вигляді труднощів в утриманні соска, швидкої стомлюваності при ссанні, ранньої відмови від грудей, частих і рясних зригувань. Надалі діти погано привчаються до прикорму, неохоче куштують нову їжу. При годуванні така дитина довго сидить з набитим ротом, погано пережовує і неохоче ковтає їжу, звідси і часті поперхування під час їжі.

Дані досліджень Л. В. Лопатіної показують, що в частини дітей зі стертою дизартрією відмічається уповільнення темпу раннього психомоторного розвитку. Ці діти не можуть утримувати голову у вертикальному положенні до 5-7-місячного віку, стійко сидіти без опори до 8-9 місяців, а інколи й до року, опановують ходьбу лише у віці 2 років. У частини дітей зі стертою дизартрією навіть за своєчасного початку ходьби відмічалися її особливості: або надмірно довго спостерігалися явища пропульсії (ходьба «ривками»), що перемежовувалася з бігом, або дитина, яка оволоділа вже навичками ходьби, віддавала перевагу повзанню, або була надмірно обережною та ходила дуже повільно, або навантажувала під час ходьби тільки передні відділи стопи, тривалий час продовжуючи ходити на носках.

Дослідження Г. Гуровець та С. Маєвської свідчать про відставання моторних функцій у дітей зі стертою дизартрією щодо складних локомоцій. У старшому віці в цих дітей моторна незграбність проявляється у швидко наступаючому втомлюванні під час ходьби, у невмінні бігати, стрибати на одній і двох ногах, тримати ложку в руці, виконувати дії з м'ячем і т. п. Моторну незграбність, швидку рухову стомлюваність автори пояснюють наявністю легкого двостороннього або одностороннього геміпарезу обох кінцівок. Характеризуючи рухову

сферу дітей зі стертою дизартрією, Р. Мартинова вказує на наявність у них активних рухів у повному обсязі, зазначаючи при цьому, що вони є сповільненими, незграбними, недиференційованими.

Прояви загальної моторної недостатності в дітей зі стертою дизартрією варіативні та якісно неоднорідні. В одних дітей спостерігаються рухова незграбність, малорухливість, скутість, сповільненість усіх рухів, іноді – обмеження обсягу рухів однієї половини тіла. В інших – явища рухової гіперактивності, занепокоєння, швидкий темп рухів, велика кількість зайвих рухів під час виконання довільних і мимовільних рухових актів.

Незграбність в освоєнні рухів, порушення координації та гармонійності рухових компонентів можуть виступати як результат недостатності пірамідної та екстрапірамідної систем.

Загальна моторна сфера дітей зі стертою дизартрією характеризується незграбними, скутими, недиференційованими рухами. Може зустрічатися невелике обмеження об'єму рухів верхніх і нижніх кінцівок, при функціональному навантаженні можливі співдружні рухи (синкінезії), порушення м'язового тону. Часто за вираженої загальної рухливості рухи дитини зі стертою формою дизартрії залишаються незграбними і непродуктивними. Для таких дітей характерні також труднощі під час виконання фізичних вправ і танцювальних рухів. Їм нелегко навчитися співвідносити свої рухи з початком і кінцем музичної фрази, змінювати характер рухів відповідно до ритму музики.

Дослідження психомоторики дітей зі стертою формою дизартрії, проведені Л. Лопатиною на основі тестових завдань М. Озерецького, виявили такі її особливості:

1. Порушення статичної координації, які проявляються у значних труднощах (а іноді й неможливості) для дитини зберегти рівновагу, у треморі кінцівок. Під час утримання пози діти часто погойдуються, намагаючись утримати рівновагу, опускають підняту ногу, торкаючись нею підлоги, піднімаються на носки.

2. Порушення динамічної координації рухів під час виконання різних рухових завдань. Так, наприклад, у третині випадків кидок м'яча в ціль діти виконують не «з розгорнутого плеча», без замаху, а знизу, друга рука при цьому в напрузі і приведена до тіла. А перестрибування дітей через натягнуту мотузку з місця не завжди виконується з першої спроби, під час другої або третьої спроби відзначається зачіпання мотузки ногами, приземлення на п'яти, у поодиноких випадках – падіння або торкання руками підлоги після стрибка. Виконання всіх завдань на динамічну координацію рухів характеризується недостатньо

узгодженою роботою різних м'язових груп, «поштовхоподібністю» і незграбністю.

3. Під час виконання рухів спостерігається сповільнення їхнього темпу або, навпаки, прискорення; відзначаються труднощі переходу від одного рухового елемента до іншого.

4. Виражені труднощі у виконанні рухів одночасно двома кінцівками або різночасне їх виконання.

5. За функціональних навантажень у рухах на загальну моторику можливі синкінезії в інших компонентах моторики: рухи губ, висовування язика, нахили голови тощо.

Дослідження Л. Лопатіної показали також, що в дітей зі стертою дизартрією відмічаються відхилення від нормативів розвитку психомоторики за всіма рівнями, виділеними

М. Бернштейном у розробленій ним концепції рівневої організації рухів. Виявляються порушення функції статичної рівноваги (рівень А), динамічної координації рухів (рівень В), порушення темпу і спритності рухів (рівень В і С), зниження рухової пам'яті (рівень D).

Руброспінальний рівень організації рухів (А) забезпечує несвідому, мимовільну регуляцію тону м'язів тіла за допомогою пропріоцепції, а в царині довільної моторики – рухів, пов'язаних із прийняттям та утриманням пози. Унаслідок недостатності цього рівня в дітей зі стертою дизартрією виникають складнощі утримання статичних поз.

Таламо-палідарний рівень (В) забезпечує автоматичність рухів. Недостатність роботи цього рівня призводить до підвищеної скутості під час виконання дітьми зі стертою дизартрією завдань на дослідження динамічної організації рухового акту, що свідчить про наявність у них гіподинамічних розладів.

Діяльність пірамідно-стріарного рівня просторового поля (С) забезпечує цільовий характер рухів відносно зовнішнього простору. Недостатність цього рівня проявляється у дітей зі стертою дизартрією труднощами узгодження рухового акту із зовнішнім простором у вигляді розладів своєчасності, точності, координації виконуваних рухів. Відзначається недостатність роботи як нижнього підрівня просторового поля (С1), що виявляється в порушенні спрямування рухів, так і верхнього підрівня (С2), що виражається в порушеннях цільової точності та координації рухів.

Поряд із недостатністю діяльності рівнів (А), (В), (С) у дітей зі стертою дизартрією відзначають також і недостатність роботи нижчого кортикального тім'яно-премоторного рівня організації рухів (D). У цих

випадках спостерігається диспраксія, що виявляється в розладі чіткості та плавності серійної організації рухів.

На основі аналізу стану психомоторики дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією з позицій рівневої теорії організації рухів Л. Лопатіна доходить такого висновку. З огляду на те, що практично жоден рух не забезпечується одним провідним рівнем, визнаючи складний характер відносин між рівнями, відсутність чітких меж їхньої дії та різний характер провідних аферентацій під час виконання зовні подібних рухових актів, можна говорити про те, що особливості психомоторики дітей зі стертою дизартрією зумовлені не стільки недостатністю роботи окремих рівнів організації рухів, скільки несформованістю їхньої узгодженої діяльності.

Для дітей зі стертою дизартрією характерна також недостатність ручної моторики. За дослідженнями Л. Лопатіної, порушення ручної моторики в дошкільників проявляються здебільшого в недостатній точності, зниженні швидкості виконання й перемикання з однієї пози на іншу, уповільненому включенні в рух, недостатній координованості рухів. У більшості випадків виявляється утрудненим або неможливим швидко і плавно відтворення запропонованих пальцевих рухів. При цьому відзначаються додаткові рухи, персеверації, перестановки, порушення оптико-просторової координації рухових актів. Найбільш порушеною є можливість одночасного виконання рухів двома руками, що, на думку автора, свідчить про певну дисфункцію премоторних систем, які забезпечують насамперед кінетичну організацію рухів. Порушення кінетичної основи складних рухових актів ускладнює формування довільної моторики, особливо тонких диференційованих рухів.

Порушення тонких диференційованих рухів руками проявляється під час виконання тестів пальцевої гімнастики. Дітям важко або просто не можуть без сторонньої допомоги виконувати рух за наслідуванням, наприклад «замок» – скласти кисті разом, переплітаючи пальці; «колечка» – по черзі з'єднати з великим пальцем вказівний, середній, безіменний і мізинець та інші вправи пальцевої гімнастики.

У зв'язку з недостатністю тонкої ручної моторики діти зі стертою дизартрією пізно і насилу оволодівають навичками самообслуговування: не можуть або не хочуть застібати гудзики, шнурувати черевики, закручувати рукави тощо. На заняттях з образотворчої діяльності вони погано тримають олівець, пензлик, не можуть правильно користуватися ножицями, не регулюють силу натиску на олівець, пензлик, руки бувають напружені. Особливо помітна моторна незграбність рук на

заняттях з аплікації та з пластиліном, при цьому простежуються труднощі просторового розташування елементів.

Під час роботи з папером (орігамі) діти зазнають великих труднощів і не можуть виконувати найпростіші рухи, оскільки потрібне і просторове орієнтування, і тонкі диференційовані рухи рук. Багато дітей до п'яти-шести років не цікавляться іграми з конструктором, не вміють грати з дрібними іграшками, не збирають пазли. У таких дітей у першому класі відзначаються труднощі в оволодінні графічними навичками: поганий почерк, повільний темп письма, специфічні помилки на письмі.

Рухова недостатність у дітей зі стертою дизартрією особливо проявляється в артикуляційній та лицьовій моториці. Р. Мартинова за ретельного обстеження із застосуванням функціональних навантажень виявила в цих дітей симптоми органічного ураження центральної нервової системи у формі стертих парезів, зміни тону м'язів, гіперкінезів у мимічній та артикуляційній мускулатурі, і артикуляційній мускулатурі, патологічних рефлексів. Характеризуючи артикуляційну моторику дітей зі стертою дизартрією загалом, зазначено, що за такого мовленнєвого порушення спостерігається недостатня рухливість окремих м'язових груп мовленнєвого апарату (губ, м'якого піднебіння, язика), загальна слабкість усього периферичного мовленнєвого апарату.

Дані дослідження артикуляційної моторики в дітей зі стертою дизартрією, показують, що в усіх дітей наявні порушення функції м'язів, що іннервуються такими черепно-мозковими нервами: нижньою гілкою трійчастого (нижньо-щелепного нерву), лицьовим, під'язиковим і язико-глотковим.

Під час дослідження функції трійчастого нерву (V пара) виявилось, що більшість дітей не в змозі відтворити рухи для щелеп у повному обсязі. Виконувані ними рухи характеризувалися неточністю, приблизністю, виконувалися з наявністю синкінезій, що виражаються в додаткових рухах губ і язика. Частина дітей не могла виконати рухів нижньою щелепою з боку в бік, замінювала їх активними рухами губ або язика в ротовій порожнині. Лише в незначній кількості дітей відзначалося порушення тільки обсягу заданого руху.

Дослідження функції лицьового нерва (VII пара) показало, що в усіх дітей були наявні рухи м'язів артикуляторної мускулатури, іннервованих цим нервом. Однак для частини дітей характерне виконання рухів не в повному обсязі, неточно, зі зниженим м'язовим тонусом, за наявності синкінезій. У всіх випадках відзначалися труднощі

утримання артикуляторної пози. Порушення функції лицьового нерва проявлялося в неможливості або труднощах виконання мімічних рухів.

Як зазначає Р. Мартинова, основне порушення з боку черепно-мозкових нервів пов'язане з ураженням під'язикових нервів (XII пари), що проявляється у вигляді певного обмеження руху язика в бік, гіперкінезів. Повторні рухи язика вгору, вперед і в боки спричиняють швидке стомлення, що виражається в уповільненні темпу рухів, а іноді й легкого посиніння кінчика язика, що зумовлено па-ретичністю язикових м'язів. Дослідження функції під'язикового нерву виявило, що не всі діти можуть виконувати рухи м'язами, які іннервуються цим нервом. Значні труднощі викликали такі рухи, як висовування язика й утримання його в спокійному стані, піднімання й опускання кінчика язика, утримання язика в широкому й вузькому стані. Виконання цих рухів характеризувалося порушенням обсягу виконуваних рухів, занепокоєнням язика, тремором кінчика язика, зниженим м'язовим тонусом, наявністю синкінезій, труднощами утримання заданої пози.

Дослідження функції язико-глоткового нерву (IX пара) засвідчило, що в більшості випадків для дітей зі стертою дизартрією характерне недостатнє підняття м'якого піднебіння, у низці випадків із відхиленням маленького язичка вбік. Завдання, пов'язані з перемиканням руху, виконувалися насилу, за тривалих пошуків артикуляції, в неповному обсязі, повільному темпі, з появою супутніх рухів у мімічній мускулатурі, з порушенням легкості, плавності, з виникненням персеверацій і перестановок. Значною мірою порушеною виявилася можливість одночасного виконання рухів. У більшості випадків відбувалися швидкі, безладні рухи язиком, іноді рухи язика замінювалися рухами голови вперед. Серед рухів, що відображають стан статичної координації, найскладнішими для виконання були довільні рухи язика, динамічної координації – відтворення одночасних рухів.

Дослідження дітей зі стертою дизартрією виявило також порушення іннервації мімічної мускулатури: наявність згладженості носогубних складок, асиметричність губ, складнощі з підняттям брів, притисненням очей. Характерними симптомами для цих дітей є такі: труднощі перемикання з одного руху на інший, знижений обсяг рухів губ і язика. Рухи губ мають приблизний характер, спостерігаються труднощі в розтягуванні губ у посмішку. У рухах язика відзначається виборча слабкість деяких його м'язів, неточність рухів, труднощі в розпластикуванні язика, підйоми й утримання язика нагорі, тремор кінчика язика, швидка стомлюваність, підвищена салівація, наявність

гіперкінезів м'язів обличчя та язикової мускулатури, в деяких випадках – девіація.

Зазначені порушення функцій черепно-мозкових нервів за стертої форми дизартрії, як зазначає Р. Мартинова, здебільшого мають стійкий характер, адже вони зумовлені органічним ураженням центральної нервової системи, що виявляють під час ретельного дослідження.

Загалом для артикуляційного апарату дітей зі стертою дизартрією характерні такі особливості: паретичність або спастичність м'язів, гіперкінези, девіація, гіперсаливація.

Паретичність артикуляторних м'язів проявляється в такому:

- млявість губ, що залишається і під час мовлення, кути рота опущені;

- язик у положенні на дні рота тонкий, млявий, кінчик малоактивний;

- при навантаженнях м'язова слабкість збільшується.

Спастичність артикуляційних м'язів проявляється в такому:

- обличчя амімічне, м'язи обличчя напружені, на дотик тверді;

- губи в напівпосмішці з притиснутою до ясен верхньою губою;

- утруднений рух губ у трубочку;

- язик часто змінений за формою (товстий, без вираженого кінчика, малорухомий).

Гіперкінези проявляються у вигляді тремтіння язика і голосових складок, яке виникає під час навантажень. Наприклад, утримання широкого язика на нижній губі в спокійному стані під лічбу до 5-10 не вдається, з'являється тремтіння та легке посиніння кінчика язика, в деяких випадках язиком прокочуються хвилі в поздовжньому та поперечному напрямках. У цьому випадку дитина не може утримати язик поза порожниною рота. Гіперкінези часто поєднуються з підвищенням тонуусу всіх м'язів артикуляційного апарату.

Девіація проявляється у відхиленні язика від середньої лінії при утриманні пози або перемиканні з одного руху на інший.

Гіперсаливація у вигляді підвищеного слиновиділення проявляється здебільшого під час мовлення: діти не справляються з ним, не ковтають слину.

Крім того, за стертої дизартрії спостерігаються порушення просодії та мовленнєвого дихання, зумовлені також недостатністю відповідних м'язів. Інтонаційно-виразна сторона мовлення в дітей зі стертою дизартрією різко знижена. Страждають якості голосу, його висотні та силові модуляції, ослаблений мовленнєвий видих. Порушується тембр голосу, з'являється носовий відтінок. Темп

мовлення частіше прискорений. Під час читання віршів мовлення дитини монотонне, поступово стає менш розбірливим, голос згасає і мовлення робиться тихим. У деяких дітей мовленнєвий видих укорочений, і вони говорять на вдиху, мовлення при цьому стає заглушливим.

Таким чином, можна зробити висновок, що в дошкільників зі стертою дизартрією відзначають суттєві відхилення як в артикуляційній, так і в загальній і тонкій ручній моториці.

Реалізація рухової мовленнєвої програми за стертої дизартрії порушується за рахунок несформованості операцій зовнішнього оформлення мовленнєвого висловлювання: голосових, темпоритмічних, артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень. Рухи мимічної та артикуляційної мускулатури характеризуються швидким виснаженням, низькою якістю, не мають достатньої точності, плавності, повного обсягу. Виконання дітьми рухових артикуляційних завдань показує, що більшість рухів їм доступна, але якість цих рухів страждає. Спостерігається змазаність, нечіткість рухів, слабка напруга м'язів, аритмічність, обмеження амплітуди рухів, швидка стомлюваність м'язів тощо. Особливо часто порушуються диференційовані рухи кінчика, спинки язика і губ. Усе це призводить у процесі мовлення до порушення звуковимови та погіршення загалом її просодичної сторони.

Особливості загальної моторики за стертої дизартрії проявляються в обмеженні об'єму рухів, їх незграбності, сповільненості. Недоліки тонкої моторики рук виражаються в порушенні точності, швидкості, одночасності (синхронності) і координованості рухів. Найяскравіше моторна недостатність у разі стертої дизартрії проявляється під час виконання складних рухових актів, які потребують чіткого керування рухами, точної роботи різних м'язових груп, правильної просторово-часової організації рухів.

Контрольні питання та завдання

1. Що являє собою дитячий церебральний параліч (ДЦП)? Назвіть п'ять форм ДЦП за класифікацією К. Семенової, дайте їхню коротку характеристику.

2. Що являє собою дизартрія як мовне порушення? Назвіть п'ять її форм за неврологічною класифікацією. Обґрунтуйте наявність порушень моторики в дітей із дизартрією, зумовленою ДЦП.

3. Кожна форма ДЦП характеризується своєрідністю рухових порушень. Проте, у клінічній у картині ДЦП у дітей раннього і дошкільного віку відзначається низка загальних проявів у розвитку

моторних функцій. Охарактеризуйте загальну специфіку рухового розвитку дитини з ДЦП у співвідношенні з нормою аспекті.

4. Структуру рухового дефекту за ДЦП складають загальні для всіх його форм порушені ланки моторики. Назвіть і коротко охарактеризуйте ці порушені ланки.

5. Опишіть захисні та позотонічні рефлекс, характерні для ДЦП.

6. Дайте загальну характеристику порушень загальної моторики дітей із ДЦП.

7. Назвіть мозкові утворення, ураження яких у поєднанні з ураженнями мозкових структур за ДЦП спричиняють порушення мовленнєвої та мімічної моторики.

8. Розкрийте характер і механізми периферичного та центрально-трального паралічу.

9. Назвіть форми порушень м'язового тону та розкрийте характер їхнього впливу на артикуляційну моторику дітей із дизартрією.

10. Як страждає рухливість губ і язика в дітей із дизартрією за парезів відповідних м'язів?

11. Охарактеризуйте перший важливий синдром дизартрії - синдром артикуляційних розладів.

12. Опишіть синдром порушення мовленнєвого дихання, синдром порушення голосу та мелодико-інтонаційні розлади, що спостерігаються за дизартрії.

13. Які особливості раннього психомоторного розвитку дітей зі стертою дизартрією?

14. Що характерно для загальної моторики дітей зі стертою дизартрією?

15. Охарактеризуйте особливості психомоторики дітей зі стертою дизартрією за даними досліджень Л. Лопатіної.

16. Опишіть стан ручної моторики дітей зі стертою дизартрією.

17. Охарактеризуйте особливості артикуляційної та мімічної моторики дітей зі стертою дизартрією за даними різних авторів.

2.2.4 Психомоторика дітей з алалією

Під алалією, яка є найскладнішим мовленнєвим порушенням, розуміють відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок

органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку дитини.

У структуру цього виду мовленнєвого дефекту, крім власне вербальної симптоматики (порушень різних компонентів і функцій мови, специфічних для кожної з форм алалії), входить і невербальний симптомокомплекс, який містить у собі розлади психічних функцій і психомоторну недостатність. Остання виступає не у формі елементарних рухових порушень на кшталт паралічів і парезів, як за дизартрії, а у вигляді розладів довільних рухових дій, відомих у неврологічній клініці під загальною назвою «апраксія», уявлення про яку історично формувалися в рамках відповідного вчення про апраксії.

Системний підхід до розуміння й аналізу алалії як системного порушення мовлення, що виступає у вигляді недорозвинення мовленнєвої функціональної системи, має поширюватися, як здається, і на недоліки психомоторики за алалії, які є також системними порушеннями (і теж у вигляді недорозвинення), включеними в структуру дефекту за алалічного синдрому. У результаті дослідження патофізіологічних механізмів моторної алалії встановлено, що за цього мовленнєвого порушення страждають руховий і мовленнєво-руховий аналізатори.

Психомоторна недостатність за моторної алалії, як свідчать літературні дані та наші власні дослідження, охоплює всі компоненти рухової сфери: загальну (грубу) моторику, тонкі рухи кистей і пальців рук, артикуляційну та мімічну моторику, тобто рухову систему загалом. Взаємообумовлена недостатність (недорозвинення) двох функціональних систем (мовленнєвої та рухової) за алалічного синдрому виявляється вже в ранньому онтогенезі дитини в період інтенсивного розвитку мовленнєвих і моторних функцій (М. Кольцова, О. Мастюкова та ін.).

Традиційно виокремлюють дві основні форми алалії: моторну (експресивну) і сенсорну (імпресивну), які виникають у разі ураження відповідних кіркових відділів мовленнєвих зон. Характеризуючи алалію в цілому з позицій нейроонтогенезу,

О. Мастюкова підкреслює, що в разі ураження мозку в пренатальному або ранньому постнатальному періоді, коли мозок перебуває ще на стадії формування, важко точно визначити локалізацію дефекту, тому що ураження частіше має більш розповсюджений, дифузійний характер, що в такому разі зазначають як ММД (мінімальна мозкова дисфункція). Проте заведено вважати, що причиною моторної алалії, яка характеризується недорозвиненням експресивної сторони

мовлення, є ураження коркового кінця мовленнєво-рухового аналізатора (центр Брока) та його провідних шляхів, що приводить до розладу або недорозвинення аналітико-синтетичної діяльності цього аналізатора, вираженого, зокрема, заміною тонких та складних артикуляторних диференційованих грубішими та простішими.

Причиною сенсорної алалії, яка характеризується недорозвиненням імпресивного мовлення, коли спостерігається розрив між змістом і звуковою оболонкою слів, є ураження коркового кінця слухомовленнєвого аналізатора (центр Верніке) і його провідних шляхів.

При кожній із зазначених форм алалії є різного ступеня вираженості порушення великої, тонкої та артикуляційної моторики. Перейдемо до безпосереднього аналізу особливостей психомоторики дітей з позначеними формами алалії.

Розглядаючи порушення загальної та дрібної моторики за моторної алалії, Н. Трауготт зазначає наявність неврологічної симптоматики різного ступеня вираженості: від стертих проявів мозкових дисфункцій і поодиноких ушкоджень центральної нервової системи до виражених неврологічних розладів (парези), особливо пірамідної та екстрапірамідної систем.

Залежно від зони локалізації ураження в корковому відділі рухового аналізатора деякі дослідники розрізняють два види моторної алалії: еферентну моторну та аферентну моторну. У разі ураження нижніх відділів передньої центральної звивини домінантної (за мовленням) півкулі мозку (премоторна зона кори рухового аналізатора) виникає еферентна моторна алалія, за якої порушується потік імпульсів із центру до робочого органа на виконання рухів, унаслідок чого спостерігається кінетична оральна апраксія. У разі ураження остцентральної нижньотім'яних відділів домінантної (щодо мовлення) півкулі мозку (сенсорна зона кори рухового аналізатора) виникає так звана аферентна моторна алалія, за якої утруднено потік імпульсів із периферії від органів артикуляції до кіркових зон їхньої проєкції, унаслідок чого порушується аферентна (кінестетична) основа рухів, що проявляється у вигляді кінестетичної оральної апраксії. Характеристика рухової недостатності, що спостерігається за моторної алалії, зазвичай дається в узагальненому вигляді без конкретизації стосовно аферентної або еферентної моторної алалії. Тим не менш, у літературі виявляються і деякі конкретні дані про стан моторики щодо кожного із зазначених видів моторної алалії.

Так, зазначається, що в дітей з еферентною моторною алалією спостерігаються скутість, незграбність моторики, порушення загальних

рухів, координації, перемикання з одного руху на інший, недоліки тонкої мимовільної моторики рук, пальців, орального праксису внаслідок кінетичної апраксії. У дітей з аферентною моторною алалією недорозвинення артикуляторного праксису поєднується (внаслідок кінестетичної апраксії) з недорозвиненням усього праксису, особливо ручного, ускладнене виконання дрібних диференційованих рухів. Є вказівки на наявність у цих дітей порушення оптико-просторового праксису: не орієнтуються в схемі тіла, не можуть або утрудняються організувати рух і серію рухів у просторі. На думку О. Соботоботович, у дітей з моторною алалією є збережені елементарні моторні функції (якщо, звісно, як вона зазначає, алалія виявляється не на тлі церебрального паралічу): у них не порушується тонус м'язів, відсутнє обмеження об'єму рухів (паралічі та парези). Разом водночас низка дослідників вказують на своєрідні особливості кортикальної діяльності (праксису) в дітей із моторною алалією: труднощі утворення складних рухових навичок (предметних і знаряддя дій), недостатню точність, узгодженість, темп рухів; труднощі одночасного виконання низки рухів, утворення й закріплення складних рухових степенів, що складаються з низки рухів.

Науковці зазначають, що діти з моторною алалією ніяково рухаються, частіше, ніж звичайно, спотикаються й падають, не можуть пройти по колоді, ритмічно рухатися під музику.

Особливо утруднена у дітей з моторною алалією дрібна моторика пальців рук. Недостатність тонкої моторики відзначається насамперед у дошкільнят, проявляючись у несформованості навичок самообслуговування (не вміють самостійно одягатися й роздягатися, застібати й розстібати гудзики, зав'язувати й розв'язувати шнурки тощо). У школярів недоліки тонкої моторики проявляються в труднощах під час оволодіння руховими навичками письма, іншими навчальними вміннями, пов'язаними з тонкою координованою роботою пальців рук.

У дитини з моторною алалією не формуються тонкі рухові координації мовленнєвого апарату. Порушення аналітико-синтетичної діяльності мовленнєво-рухового аналізатора має різний характер залежно від локалізації ураження, про що вже йшлося вище. Так, за еферентної моторної алалії спостерігається оральна апраксія кінетичного типу. При цьому ізольовані рухи артикуляційної мускулатури незграбні, сповільнені; утруднені перемикання з однієї артикуляційної пози на іншу, у швидкому темпі рухи неможливі. За аферентної моторної алалії спостерігається кінестетична оральна

апраксія, що виявляється у труднощах формування і закріплення артикуляційних укладів, у виробленні рухових схем, тощо.

У дітей із моторною алалією з раннього віку відзначається фізична недостатність, соматична ослабленість. Майже всі діти з моторною (експресивною) алалією, за даними В. Ковшикова, показують відставання в розвитку моторних функцій (пізніше за нормативні строки починають перевертатися, сидіти, стояти, виявляють загальну моторну незграбність).

Виявляється загальна моторна недостатність дітей із моторною алалією: незграбність, дискоординація рухів, їхня сповільненість або розгальмування. Відзначається зниження моторної активності, недостатня ритмічність, порушення динамічної та статичної рівноваги (не можуть стояти й стрибати на одній нозі, ходити на носках і на п'ятах, кидати й ловити м'яч, ходити по колоді тощо). Одні діти розгальмовані, імпульсивні, хаотичні у моторній діяльності, гіперактивні. Інші, навпаки, мляві, загальмовані, інертні, аспонтанні.

Недоліки моторики у більшості алаліків відзначає Н.Трауготт: «...можна говорити, – пише вона, – про відому мішкуватість, недостатню координацію рухів, іноді в уповільненому темпі... У зв'язку з порушеннями моторики багато алаліків насилу здобувають прості побутові навички і вже в шкільному віці погано володіють ножем і виделкою, ножицями, олівцем тощо, а іноді навіть не вміють самотійно одягнутися. У деяких випадках у моториці відображені особливості особистості: сором'язливість, скутість і нерішучість».

На думку О. Соботович, у дітей з моторною алалією є збережені елементарні моторні функції (якщо, звісно, як вона зазначає, алалія виявляється не на тлі церебрального паралічу): у них не порушується тонус м'язів, відсутнє обмеження об'єму рухів (паралічі та парези). Разом водночас низка дослідників вказують на своєрідні особливості кортикальної діяльності (праксису) в дітей із моторною алалією: труднощі утворення складних рухових навичок (предметних і знаряддях дій), недостатню точність, узгодженість, темп рухів; труднощі одночасного виконання низки рухів, утворення й закріплення складних рухових степенів, що складаються з низки рухів.

Відомості про особливості психомоторики в дітей із сенсорною алалією, зумовленою патологією кіркового кінця мовленнєво-слухового аналізатора, вельми обмежені. Пояснюється це тим, що ця форма алалії виникає за ураження скроневої ділянки лівої півкулі і проявляється в основному порушеннями акустико-гностичної сторони мови, а моторні функції залишаються збереженими. Є лише окремі зауваження про те,

що в дітей із сенсорною алалією спостерігаються порушення рухової сфери у вигляді загального рухового занепокоєння, моторної незручності, труднощів поведінки: непосидючості, підвищеної збудливості та інше.

Контрольні питання та завдання

1. У чому полягає відмінність уявлень різних авторів про порушення психомоторики при алалії?
2. Яка природа психомоторних порушень при моторній алалії?
3. Якими видами порушень проявляється недостатність психомоторики дітей з моторною алалією?
4. Чи однаковий, на ваш погляд, патогенез апраксії за моторної алалії та моторних форм афазії?
5. Перелічіть і охарактеризуйте види апраксії (за класифікацією О.Лурії).
6. Виділяють еферентну й аферентну моторну алалію. У чому їхня відмінність та особливості порушення моторних механізмів кожної з них?
7. Опишіть характер недоліків загальної моторики дітей із моторною алалією за даними різних авторів.
8. Розкрийте особливості тонкої ручної та артикуляційної моторики дітей із моторною алалією. Як порушення мовленнєвої моторики впливають на оволодіння дітьми вимовним боком мовлення?
9. Які особливості психомоторики дітей із сенсорною алалією?

2.2.5 Психомоторика дітей із заїканням

Заїкання — порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату. За заїкання умовно виокремлюють дві групи симптомів: фізіологічні, які вважають первинними, і психологічні, що належать до вторинних. До фізіологічних симптомів, які безпосередньо характеризують стан психомоторики, належать мовленнєві судоми, порушення ЦНС і фізичного здоров'я, недоліки загальної та мовленнєвої моторики.

Основним зовнішнім симптомом заїкання є судоми, що виникають у м'язах мовленнєвого апарату в процесі мовлення і характеризують порушення мовленнєвої моторики. Тривалість судом у середніх значеннях коливається від 0,2 секунди до 12,6 секунди, у важких випадках можуть тривати до півтори хвилини. Судоми розрізняються за

формою (тонічні, клонічні та змішані), за локалізацією (дихальні, голосові, артикуляційні та змішані) і за частотою прояву.

За тонічних судом спостерігається коротке поштовхоподібне або тривале спазматичне скорочення м'язів – тонус. За клонічних судом спостерігається ритмічне, з менш вираженою напругою повторення одних і тих самих судомних рухів м'язів – клонус. За змішаних судом спостерігаються одночасно обидва види зазначених судом. Судомами зазвичай уражаються всі відділи периферичного мовленнєвого апарату (дихальний, голосовий і артикуляційний), тому що він керується центральною нервовою системою, яка цілісною, що працює цілісним чином, а отже, працює в процесі виробництва мовлення як нерозчленоване нервово-м'язове ціле. Залежно від локалізації в тих чи інших органах мовлення розрізняють дихальні, голосові, артикуляційні та змішані судом, які вперше найповніше описав І. Сікорський.

Дихальні судом порушують мовленнєве дихання при заїканні і можуть виникати в різних м'язах дихального апарату:

- на вдиху (судомний вдих) – вдихальна (інспіраторна) судом, що характеризується рвучкими вдихами, які виникають раптово, частіше перед початком слова, рідше в середині слова, порушуючи безперервне проходження один за одним звуків у мовленнєвому потоці;

- на видиху (судомний видих) – видихальна (експіраторна) судом, що з'являється зазвичай не на початку, а в процесі мовлення, порушуючи його плавну течію, спричинена здебільшого раптовим і сильним скороченням черевних м'язів, людина при цьому дещо нахиляється вперед, а повітря з великою напругою, швидкістю й шумом виходить із грудей назовні;

- одночасно на вдиху і видиху (судомний вдих і видих) – ритмічна дихальна (респіраторна) судом, що характеризується частим і швидким чергуванням вдихання і видихання, за якого або зовсім не буває жодного звуку, або чується неясний, протяжний, невизначений звук.

У м'язах голосового апарату можуть виникати такі види судом:

- змикальна судом, за якої судорожно зімкнуті голосові складки не можуть розімкнутися, голос і вимовляння звуків перериваються; пауза може виникати в будь-якому місці мовленнєвого потоку (між складами, усередині складу, «навіть серед вимовляння окремих звуків», як зазначає І. Сікорський і тривати протягом усього часу тонічної судом, від кількох секунд до півхвилини, або утворюється клонічна судом;

- розмикальна судом (за І. Сікорським – «тремтячий або поштовхоподібний гортанний спазм»), коли голосова щілина залишається відкритою, фонація не виникає і мовленнєвий потік раптово

переривається, можливе лише пошепки мовлення або тремтячі звуки, або «легке судомне покашлювання»;

- вокальна судома, яка проявляється у двох видах:

1) перший вид характеризується протягуванням голосних у словах і спостерігається тільки в дітей; уперше описана І. Сікорським;

2) другий вид характеризується тим, що, незважаючи на значне напруження того, хто заїкається, для вимовлення звуків, «голос, тим не менш, виходить позбавленим звучності, глухим, таким, що доходить до беззвучності, подібно до шепітного голосу».

В артикуляційному апараті залежно від м'язів, у яких виникають судомні явища, можуть спостерігатися такі судорожні: губні, язичкові, м'якого піднебіння. І. Сікорський поділяє артикуляційні судоми на такі групи:

1) лицьові;

2) язикові;

3) судоми в ділянці жувальної мускулатури;

4) піднебінно-глоткові судоми.

Серед губних судом (за І. Сікорським – лицьові) виділяються:

- змикальна судома губ, найчастіше спостережувана за заїкання, за якої круговий м'яз рота щільно змикається і зморщується, а іноді губи витягуються в трубочку;

- верхньогубна судома, яка зустрічається досить рідко і являє собою спазм м'яза, що піднімає верхню губу; частіше буває тонічною, рідше клонічною, при цьому страждають усі губні звуки;

- нижньогубна судома, аналогічна верхньогубній, що вражає один або обидва м'язи і опускає кут рота або всі м'язи нижньої губи;

- кутова судома рота, що різко відтягує кут рота з підведенням його і поширюється на м'язи повік, чола і носа; може спостерігатися на одній і на обох сторонах обличчя, частіше буває клонічною;

- судомне розкриття рота, що проявляється у двох видах: широко розкритим ротом з опущенням нижньої щелепи або оголенням тільки зубів за зімкнених щелеп; частіше має тонічний характер і впродовж кількох секунд тримає рот у відкритому стані;

- складна лицьова судома, що поширюється зазвичай на більшу частину обличчя із залученням до судомного стану кругового м'яза рота, що змикає губи, іноді з приєднанням верхньо-губного і нижньогубного м'язів.

Язикові судоми І. Сікорський поділяє на такі:

- судомний підйом верхівки язика є найчастішою судомою за заїкання, за якої кінчик язика з силою впирається в тверде піднебіння

через скорочення підборіддя-язикового м'яза та поперечних пучків м'язів язика, внаслідок чого вироблення звуків переривається, в мові виникає пауза, що відповідає за часом тривалості судоми;

- судомний підйом кореня язика належить до числа судом, що достатньо часто трапляються при заїканні і проявляються в раптовому й сильному підніманні кореня язика в напрямку до заду й догори зі щільним замиканням язиково-глоткового затвора на весь час судоми, за якої здебільшого страждає вимова задніх язичкових приголосних звуків;

- судома язика, що виганяє, є рідкісною судомою, яка полягає в тому, що язик витягується вперед і заціпеніє, здебільшого виходячи за край зубів або назовні на більшу або меншу відстань; може проявлятися у вигляді тонічної напруги або клонічних посмикувань, під час яких язик то виходить із порожнини рота, то повертається в неї;

- під'язикова судома, яку описує І. Сікорський, локалізується в м'язах під'язикової кістки: «в 1) підборіддях – під'язиковій, 2) шилопід'язиковій, 3) грудинно-під'язиковій та 4) лопатково-під'язиковій» і здебільшого виникає спільно з іншими язиковими судомами, при цьому спостерігається сильний нахил голови з торканням грудини підборіддям і низьке звучання голосу.

Судома піднебінного заслону, як вказує І. Сікорський, може виникати двох видів: «1) відбувається то короткочасне, то ритмічно-повторне зімкнення носоглоткового затвора, або ж 2) з'являється розкриття його».

Як було вже зазначено, до фізіологічних симптомів заїкання, окрім мовленнєвих судом, які й характеризують недоліки мовленнєвої моторики, належать також порушення загальної, артикуляційної та мімічної моторики. Порушення мовленнєвої моторики проявляються у вигляді насильницьких рухів (окрім описаних вище мовленнєвих судом, можуть спостерігатися тіки, міоклонуси в м'язах обличчя та шиї) і довільних рухів типу рухових вигинів.

До вигинів належать різні допоміжні рухи, до яких вдаються ті, хто заїкається, щоб замаскувати або полегшити своє мовлення.

Прояви загальної моторної недостатності у дітей, що заїкаються, варіативні та якісно неоднорідні. З одного боку, вони характеризуються мозаїчним підвищенням м'язового тону, що призводить до певної рухової, а з іншого боку, загальною руховою розгальмованістю.

В одних дітей, що заїкаються, спостерігається рухова незграбність, малорухливість, скутість, сповільненість усіх рухів, іноді з обмеженням їхнього обсягу. Так, наприклад, спостерігаємо у дітей із заїканням загальне моторне напруження, скутість рухів, рухове занепокоєння,

дискоординацію або млявість рухів. Також бачимо те, що дошкільнята, які заїкаються, в іграх, під час ходіння та бігу напружено згинають руки в ліктьових суглобах, з зусиллям притискають їх до тулуба, бігають на прямих ногах, майже не згинаючи їх у колінах. Скутість м'язів шиї та плечей виявляється в поворотах дітей усім тулубом.

В інших дітей, що заїкаються, відзначаються явища рухової гіперактивності, занепокоєння, швидкий темп рухів, велика кількість зайвих рухів під час виконання довільних і мимовільних рухових актів. Рухова розгальмованість, проявляється в тому, що дошкільнята, які заїкаються, легко збуджуються, метушаться під час ігор, підстрибують, присідають, змахують руками, висловлюючи в такий спосіб своє збудження. Рухи поривчасті, недостатньо цілеспрямовані, некоординовані. Тонкі довільні рухи формуються із затримкою, амплітуда рухів характеризується великими розмахами.

Додаткові зайві рухи в дітей, що заїкаються, дослідники визначають як вторинні супутні рухи.

При спостереженні за дітьми ми бачимо, що супутні рухи часто виникають тому, що під час здійснення, особою, що заїкається будь-якого руху під час мовлення, їй здається, що стає легше говорити або за допомогою цього руху вдається перервати тривалу мовленнєву судому. Зазначено, що саме в дошкільньому віці дітям, які заїкаються, притаманна велика кількість супутніх рухів (у 60 % випадків). Вони виникають внаслідок поширення (іррадіації) судом із мовленнєвого відділу на інші м'язи тіла; насамперед на м'язи обличчя, шиї, передпліччя; і далі на м'язи тулуба, спини, верхніх і нижніх кінцівок. Діти погойдують тулубом, рукою, посмикують плечем, притупують ногою, часто кліпають або заплющують очі в момент судоми, нахиляють уперед із зусиллям голову та інше.

Науковці також зазначають, що мовлення тих, хто заїкається, як правило, супроводжується супутніми рухами, що проявляються по-різному: від роздмухування крил носа та примружування очей до складних рухів усім тулубом. Так, автори вказують, що в тих, хто заїкається в процесі мовлення, можуть спостерігатися кивальні рухи головою, розгойдування тулубом, притупування, стискання пальців у кулаки тощо. Ці супутні рухи не носять характеру емоційно-виразної жестикуляції, що супроводжує мовлення у тих, хто не заїкається. Часто ці рухи є насильницькими, але можуть мати і маскувальний характер. У деяких випадках спритні рухи бувають настільки складні, що нагадують рухові ритуали. Так, наприклад, перед тим, як почати промову, той, хто заїкається, заплющує очі на кілька секунд, одночасно чухаючи ніс

правою рукою, потім переступає з ноги на ногу і тільки після цього починає говорити.

Водночас Н. Самойленко звертає увагу на те, що розвиток моторики в дітей, які заїкаються, може йти попереду мовленнєвого розвитку (наявність особливої моторної обдарованості). Автор розділила дошкільнят із заїканням залежно від стану їхньої моторики на чотири групи. До першої групи були віднесені діти з порушенням темпу й ритму рухів, м'язового тонусу, орієнтувань, без істотних відхилень з боку загальної рухової активності та уваги. Недоліки моторики за відповідних занять швидко зникають.

До другої групи увійшли діти з відставанням у спритності, швидкості й точності рухів, з уповільненим темпом рухів і ослабленою увагою. Засвоєння рухових завдань потребує тривалого опрацювання. Робота над розгальмовуванням м'язового напруження і поліпшенням координації рухів не дає суттєвих результатів. Можуть спостерігатися випадки незначної моторної відсталості.

Третю групу склали діти із сильною м'язовою загальмованістю при підвищеному тонусу м'язів-розгиначів, із витягнутим палицеподібним положенням рук, розтиснутими або стиснутими в кулаки пальцями, відсутністю згинання під час рухів рук та мінімального згинання ніг під час ходіння; із наявністю дискоординації рухів рук і ніг під час ходіння, скутості м'язів шиї та плечей. З цими дітьми потрібна велика робота з нормалізації моторики, терміни якої досить тривалі.

Четверта група дітей представляла моторно збудливих, з підвищеною руховою активністю, великою кількістю безглузвих рухів, що виконуються у швидкому темпі, з явищем гіпертонусу м'язових груп у стані спокою; з труднощами у виконанні вправ на розслаблення та перебуванні в спокійному положенні. Спостерігається підвищений емоційний стан в ігрових ситуаціях. Біг і стрибки сильно збуджують їх.

Виходячи з клінічних критеріїв, розмежовують невротичну і неврозоподібну форми заїкання багато науковців, розкриваючи стан психомоторних функцій дітей, що заїкаються, вказують на їхні особливості за різних форм заїкання.

Так, у дітей з невротичною формою заїкання ранній психофізичний розвиток, як правило, відбувається відповідно до вікової норми. Моторні функції в онтогенезі (сидіння, стояння, ходьба) формуються своєчасно. Обстеження дітей показує нормальний розвиток загальної моторики. Загальні рухи, як у дітей, так і в дорослих, досить граціозні й пластичні. Вони добре переключаються з одного руху на інший, почуття ритму розвинене достатньо, легко вступають у ритм музики і переходять з

одного ритму на інший. Для правильного виконання більшості рухових завдань буває достатньо словесної інструкції, помилки можуть виправляти самостійно. Рухи рук і ніг добре координовані. Дрібна моторика рук розвинена відповідно до віку. Жести, міміка та пантоміміка емоційно забарвлені. Водночас, порівняно з нормою, для тих, хто заїкається, цієї групи характерне недоведення елементів руху до кінця, деяка їхня млявість, підвищена рухова стомлюваність, у частини тих, хто заїкається, відмічається незначний тремор пальців рук.

За неврозоподібної форми заїкання фізичний розвиток дітей проходить у межах низької вікової норми або із затримкою. Вони відрізняються від здорових дітей поганою координацією рухів, моторною незграбністю. З віком заїкання «обростає» рясними супутніми рухами. Обстеження моторики виявляє в дітей недостатність моторних функцій, виражену в різному ступені: від недоліків координації та рухливості органів артикуляції до порушення статичної та динамічної координації рухів рук і ніг. М'язовий тонус нестійкий, рухи напружені й невідповідні. Є виражені порушення в мімічній, артикуляційній і тонкій моториці рук, особливо страждає динамічний праксис. Ті, хто заїкається, насилу запам'ятовують послідовність рухів, насилу перемикаються з однієї серії рухів на іншу, насилу утримують у пам'яті та відтворюють заданий темп і ритм рухів, рухові помилки не виправляють самостійно. Словесна інструкція з рухових завдань є недостатньою, під час навчання необхідні наочні зразки рухів. Мовлення тих, хто заїкається з неврозоподібною формою заїкання, зазвичай супроводжується різноманітними рухами пальців рук, притупуванням, кивальними рухами голови, погойдуванням тулуба та іншими співдружними рухами, що нагадують гіперкінези, тобто насильницькі скорочення м'язів, які не мають маскувального або емоційно-виразного характеру. Під час логопедичного обстеження виявляється, що всі рухи органів артикуляції характеризуються певною обмеженістю, спостерігається недостатня рухливість язика і губ, погана координація артикуляторних рухів, утрудненість пошуку артикуляторних поз. Нерідко є порушення тону м'язів язика, його «неспокій», недиференційованість кінчика язика.

Таким чином, дані літератури показують, що у дошкільників, які заїкаються, більшою мірою за неврозоподібної форми заїкання, відзначаються відхилення в розвитку психомоторних функцій, виражені різною мірою: від незначних порушень рівноваги до істотних вад статичної та динамічної координації рухів і ніг.

Водночас у дослідженнях, присвячених етіопатогенезу заїкання наголошено, що моторні відхилення в тих, хто заїкається, часто

перебувають у прямій залежності від їхніх психічних особливостей: нестійкості уваги, труднощів перемикання з одного виду діяльності на інший, підвищеної збудливості або загальмованості тощо.

Контрольні запитання та завдання

1. При заїканні спостерігаються дві групи симптомів: фізіологічні, що є первинними, і соціально-психологічні, що належать до вторинних. Перелічіть і охарактеризуйте фізіологічні симптоми заїкання.

2. Дайте характеристику вторинній симптоматиці заїкання.

3. Які симптоми заїкання пов'язані з руховими порушеннями? Обґрунтуйте відповідь прикладами.

4. Охарактеризуйте судоми як основний зовнішній симптом заїкання залежно від їхньої локалізації (класифікація І. Сікорського).

5. Опишіть прояви загальної моторної недостатності в дітей, які заїкаються.

6. Що являють собою і як проявляються супутні рухи, що виникають у тих, хто заїкається?

7. На які групи за станом моторики розділив І. Самойленко дошкільників, що заїкаються? Охарактеризуйте моторику цих груп дітей.

8. Яка відмінність відхилень у розвитку психомоторних функцій у дітей з невротичною та неврозоподібною формами заїкання, і з чим вона пов'язана?

9. Від чого, на думку низки дослідників, залежить прояв моторних відхилень у тих, хто заїкається? Що дають ці знання для організації корекційної роботи з дітьми, які заїкаються, з подолання недоліків у розвитку психомоторних функцій?

2.3 Особливості психомоторики дітей з раннім дитячим аутизмом

До складу дітей з обмеженими можливостями здоров'я входить також категорія дітей, порушення розвитку яких позначається терміном «аутизм» (від грец. *autos* – сам). Цим терміном у широкому сенсі позначають крайню форму психологічного відчуження, що є ознакою психічного порушення і виражається в зануренні індивіда у світ особистих переживань з ослабленням і втратою контакту з дійсністю, втратою інтересу до реальності.

У запропонованій В. Лебединським класифікації психічного дизонтогенезу одним із його варіантів є «спотворений розвиток»,

найхарактернішою моделлю якого, як вказує В. Лебединський, є дизонтогенез при синдромі раннього дитячого аутизму (РДА).

Ознаки аутизму, як зазначають К. Гілберт та Т. Пітерс, можуть проявлятися вже на першому році життя дитини у вигляді порушення розвитку гуління. У дошкільному віці ці ознаки виражаються у відставанні в розвитку мовлення. В одних дітей при уявній здатності говорити й опановувати деякі навички мови виявляється нездатність розуміти значення слів, що призводить до значних труднощів в оволодінні усним мовленням аж до його відсутності. Інші діти протягом усього дошкільного дитинства механічно повторюють те, що чують від інших людей (ехолалія).

У шкільному віці, починаючи з 7-12 років, у дітей з аутизмом спостерігаються значні відмінності в розвитку. За наявності ехолалії протягом багатьох років ці діти опановують розмовну мову, яка «має зазвичай різні якісні рівні. Воно здається формальним, механічним і вимовляється монотонно, незвичним голосом і тоном». У підлітковий період невелика кількість людей добре розвивається, особливо в мовленнєвій діяльності, дехто опускається на нижчий рівень розвитку або втрачає навички мовлення та інтерес до використання мови, а в частини з них знову з'являється ехолалія. Дорослі з аутизмом розрізняються в основному за ступенем соціального порушення (К. Гілберт, Т. Пітерс).

Нині аутизм розглядається як своєрідне порушення психічного розвитку, а не як психічне захворювання. Відповідно до цього переглянуто й міжнародні класифікаційні системи.

Розгляду означеного в заголовку питання передую викладення коротких відомостей про аутизм як особливе порушення психічного розвитку для формування загальних уявлень про цей феномен. Це допоможе, на наш погляд, не тільки зрозуміти сутність генезу моторних порушень у дітей з аутизмом, але й, що особливо важливо, знаходити адекватні засоби для нормалізації в них моторних функцій у загальній системі корекційного впливу.

Клінічний синдром «ранній дитячий аутизм» уперше був описаний і названий доктором Л. Каннером у 1943 році, який згодом отримав його ім'я – «синдром Каннера», що носить також назву «класичний аутизм». У клініко-психологічній структурі РДА Л. Каннер виокремив типову для цього стану основну тріаду симптомів:

перше – аутизм з аутистичними переживаннями;

друге – одноманітна поведінка з елементами одержимості та особливостями рухових розладів;

третє – своєрідні порушення мовлення.

За наявними світовими діагностичними системами для постановки діагнозу «аутизм» «повинні бути присутніми три основні порушення: нестача соціальної взаємодії, нестача взаємної комунікації (вербальної та невербальної) і недорозвинення уяви, що проявляється в обмеженому спектрі поведінки». Так, до МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб) включено такі критерії дитячого аутизму:

1) якісні порушення в соціальній взаємодії з наявністю щонайменше двох із п'яти представлених показників;

2) якісні порушення в комунікації за наявності принаймні одного з чотирьох представлених показників;

3) обмежені, повторювані або стереотипні види поведінки, інтересів або діяльності за наявності, щонайменше, одного з чотирьох перелічених показників. Поряд із широко використовуваним терміном «ранній дитячий аутизм» (РДА) останніми роками знаходить застосування і термін «розлади аутистичного спектру» (РАС), який, включно з класичним аутизмом, об'єднує весь спектр аутистичних розладів і може бути представлений такою класифікацією:

- класичний аутизм або синдром Каннера;
- синдром Аспергера;
- дитячий первазивний (дезінтегративний) розлад;
- інші, схожі на аутизм захворювання;
- аутичні стани (Гилберт, Питерс, 2003, с. 56).

За всієї схожості проявів представлених у цій класифікації аутистичних розладів їхня етіопатогенетична природа різна. У більшості наукових робіт найбільш вживаними залишаються терміни «ранній дитячий аутизм» і «дитячий аутизм».

Успішність подолання будь-якого порушення розвитку визначається насамперед системними уявленнями про нього та систематикою однорідних порушень. Перші клінічні класифікації аутизму були важливими для розроблення адекватних підходів до надання медикаментозної допомоги дітям із розладами аутистичного спектру.

Для розв'язання психолого-педагогічних завдань, вибудовування стратегії й тактики корекційної роботи з аутичними дітьми був потрібен інший підхід до систематизації дитячого аутизму та «психологічної диференціації таких дітей відповідно до глибини їхнього аутизму та міри спотворення психічного розвитку». Такий підхід, що ліг в основу розроблення клініко-педагогічної класифікації аутизму, базується на тому, що «на перший план у поведінці дітей з аутизмом виступають

яскраві прояви патологічних форм компенсаторного захисту. Сам аутизм може проявлятися в різних формах: 1) як повна відчуженість від того, що відбувається; 2) як активне відкидання; 3) як захопленість аутистичними інтересами і, зрештою, просто 4) як надзвичайна складність організації спілкування і взаємодії». Беручи до уваги характер і ступінь взаємодії із зовнішнім середовищем і тип самого аутизму, О. Нікольською (1985-1987) виокремлено чотири групи дітей із РДА.

Виходячи із суті питання, що розглядається, наведемо коротку характеристику цих чотирьох груп дітей з РДА, вибірково фіксуючи увагу на їхніх моторних і мовленнєвих проявах. Загальну характеристику особливостей психомоторики цих дітей розкриємо в подальшому викладі.

Діти І групи з аутистичною відчуженістю від оточення характеризуються найглибшою агресивною патологією, найважчими порушеннями психічного тону та довільної діяльності. Їхня поведінка має польовий характер і проявляється в постійній міграції від одного предмета до іншого. Найбільш тяжкі прояви аутизму: діти не мають потреби в контактах, не здійснюють навіть найелементарнішого спілкування з оточуючими, не оволодівають навичками соціальної поведінки. Вони не лише бездіяльні, а й цілковито безпорадні, майже або зовсім не володіють навичками самообслуговування. Діти цієї групи мають найгірший прогноз розвитку, потребують постійного догляду та нагляду. В умовах інтенсивної психолого-педагогічної корекції в них можуть бути сформовані елементарні навички самообслуговування; вони можуть опанувати письмо, елементарний рахунок і навіть читання про себе, але їхня соціальна адаптація ускладнена навіть у домашніх умовах.

Діти ІІ групи з аутистичним відчуженням оточуючого характеризуються певною можливістю активної боротьби з тривогою і численними страхами за рахунок, аутостимуляції позитивних відчуттів за допомогою численних стереотипів: рухових (стрибки, змахи рук, перебіжки тощо), сенсорних (самоподразнення зору, слуху, дотику) і т. д.

Зовнішній малюнок їхньої поведінки – легкість, стереотипність, імпульсивність численних рухів, химерні гримаси

Спонтанно у них виробляються лише найпростіші стереотипні реакції на навколишнє, стереотипні побутові навички, односкладові мовні команди.

Прогноз на майбутнє для дітей цієї групи кращий. За адекватної тривалої корекції вони можуть бути підготовлені до навчання в школі (частіше – у масовій, рідше – у допоміжній).

Діти III групи з аутистичними заміщеннями навколишнього світу характеризуються більшою довільністю в протистоянні своїй афективній патології, насамперед страхам. Зовнішній малюнок їхньої поведінки ближчий до психопатоподібної. Характерні розгорнуте мовлення, вищий рівень когнітивного розвитку. Ці діти за активної медико-психолого-педагогічної корекції можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі.

Діти IV групи характеризуються гальмуванням. У них менш глибокий аутистичний бар'єр, менше патології афективної та сенсорної сфер. У їхньому статусі на першому плані – неврозоподібні порушення.

Значна частина захисних утворень має не гіперкомпенсаторний, а адекватний, компенсаторний характер, у разі поганого контакту з однолітками вони активно шукають захисту в близьких; зберігають стабільність середовища завдяки активному засвоєнню поведінкових штампів, що формують зразки правильної соціальної поведінки.

Їхній психічний дизонтогенез наближається, скоріше, до своєрідної затримки розвитку з доволі спонтанним, значно менш шаблонним мовленням. Діти цієї групи часто виявляють часткову обдарованість.

Ці діти можуть бути підготовлені до навчання в масовій школі, а в невеликій частині випадків - навчатися в ній і без попередньої спеціальної підготовки.

У структурі клініко-психологічних проявів у дітей з аутизмом дослідники відзначають наявність характерних особливостей моторики, які відображають, як здається, скоріше зовнішні поведінкові прояви дитини, а не власне рухові порушення. Проте, з одного боку, наявність специфічних проявів психомоторики у дітей з аутизмом, з іншого – уявлення про необхідність комплексного корекційно-педагогічного супроводу таких дітей, які активно формуються останнім часом, зумовили включення цього матеріалу в цей розділ посібника. Обґрунтування такого підходу підкріплюється також тим фактом, що питання корекції та адаптації дітей із розладами аутистичного спектру останніми роками знаходять своє відображення в галузі фізичного виховання та фізичної культури, тобто безпосередньо входять у сферу психомоторної діяльності.

Дається теоретичне обґрунтування адаптивної фізичної культури як технології реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. Розробляються питання організації роботи з фізичного виховання цих дітей, з'являються програми, розробки систем занять, спрямованих на психомоторний розвиток дітей із розладами аутистичного спектру.

Водночас у діагностичній карті дослідження дитини перших двох років життя при припущенні в неї раннього дитячого аутизму серед низки неврологічних сфер обстеження дитини наявні також «Моторика» та «Мовлення». Це свідчить про можливі порушення позначених сфер уже в дитячому та ранньому віці в дітей групи ризику за РДА, що ще раз підтверджує обґрунтованість розгляду цього питання в цьому посібнику. І у зв'язку з цим, як здається, може бути зроблена спроба осмислити можливості використання корекційно-розвивальної роботи над руховою сферою як умов і засобів організації поведінки дитини з РДА для нормалізації всього комплексу її поведінкових проявів.

Спеціальних досліджень, спрямованих безпосередньо на вивчення моторної сфери дітей із РДА, у науковій літературі не виявлено. Лише в рамках деяких досліджень трапляються окремі фрагментарні відомості про рухові порушення дітей з аутизмом, які і є предметом розгляду в даному викладі.

Сучасні уявлення про синдром дитячого аутизму зводяться до розуміння того, що мова має йти «не про порушення окремої функції, а про патологічну зміну всього стилю взаємодії зі світом, труднощі в організації активної пристосувальної поведінки, у використанні знань і умінь для взаємодії із середовищем і людьми».

На думку науковців, «... це пов'язано з порушенням розвитку системи афективної організації свідомості та поведінки, її основних механізмів - переживань і сенсів, що визначають погляд людини на світ і способи взаємодії з ним».

«Біологічна недостатність створює особливі патологічні умови, в яких живе, розвивається і до яких вимушено пристосовується аутична дитина. Від дня народження проявляється типове поєднання двох патогенних чинників:

- порушення можливості активно взаємодіяти із середовищем;
- зниження межі афективного дискомфорту в контактах зі світом».

«Обидва зазначені чинники діють в одному напрямку, перешкоджаючи розвитку активної взаємодії із середовищем і створюючи передумови для посилення самозахисту».

З позначених позицій зазначені автори розглядають джерела «власне аутизму» та стереотипності в поведінці дитини; виникнення в неї патологічних форм компенсаторної аутостимуляції, активного негативізму, страхів і навіть самоагресії, а також особливостей розвитку сприйняття, мислення, мовлення та моторики.

Наводимо далі дослівний опис особливостей розвитку в дітей із РДА моторики та мовлення, представлений вищеназваними авторами. У

розвитку моторики затримується формування навичок побутової адаптації, освоєння звичайних необхідних для життя дій з предметами. Натомість активно поповнюється арсенал стереотипних рухів, таких маніпуляцій із предметами, що дають змогу отримувати необхідні стимулювальні враження, пов'язані зі зіткненням, зміною положення тіла в просторі, відчуттям своїх м'язових зв'язок, суглобів тощо. Це можуть бути махи руками, застигання в певних дивних позах, вибіркове напруження окремих м'язів і суглобів, біг по колу або від стіни до стіни, стрибки, кружляння, розгойдування, піднімання по меблях, перестрибування зі стільця на стілець, балансування; стереотипні дії з об'єктами: дитина може невтомно трусити мотузочкою, стукати палицею, рвати папір, розшаровувати на нитки шматочок тканини, пересувати й крутити предмети та інші вправи.

Така дитина максимально незграбна в будь-якій здійсненій «для користі» предметній дії і у великих рухах усього тіла, і в тонкій ручній моториці. Вона не може наслідувати, схоплюючи потрібну позу, погано керує розподілом м'язового тону: тіло, рука, пальці можуть бути надто м'які або надто напружені, рухи слабо координуються, не засвоюється їхня тимчасова послідовність. Водночас вона може несподіваним чином проявити виняткову спритність у своїх дивних діях: переноситися, як акробат, з підвіконня на стілець, утримувати рівновагу на спинці дивана, під час бігу крутити на пальці витягнутої руки тарілку, викладати орнамент із дрібних предметів або сірників.

Мовленнєвий розвиток дитини з аутизмом відображає подібну тенденцію. При загальному порушенні розвитку цілеспрямованого комунікативного мовлення можливе захоплення окремими мовленнєвими формами, постійна гра звуками, складами і словами, римування, спів, перекручування слів, декламація віршів, тощо.

Дитина часто взагалі не може напряду звернутися до іншої людини, навіть просто покликати маму, попросити її про щось, висловити свої потреби, але, навпаки, здатна неухважно повторювати: «місяць, місяць, визирни з-за хмар», або «яка ціна цибульки», суто вимовляти цікаві за звучанням слова: «охра», «сублімація» тощо. Використовуючи для справи лише мізерний набір мовленнєвих шаблонів, вона може водночас виявляти гостру чутливість до мовленнєвих форм, слів як таких, засинати й прокидатися зі словником у руках. Для дітей з аутизмом зазвичай пристрась до рим, віршів, читання їх напам'ять «кілометрами». Музичний слух і гарне відчуття мовленнєвої форми, увага до високої поезії – це те, що вражає всіх, хто близько стикається з ними по життю.

Таким чином, те, що в нормі є основою організації мовленнєвої взаємодії, стає об'єктом особливої уваги, джерелом аутостимуляції – і знову ми не бачимо активної творчості, вільної гри з мовленнєвими формами. Так само, як моторні, розвиваються і мовленнєві стереотипії (одноманітні дії), що дозволяють знову і знову відтворювати одні й ті самі необхідні дитині враження.

Незважаючи на відмінність етіології (спадкові та екзогенно-органічні причини), клініко-психологічна структура стійких форм раннього дитячого аутизму, як зазначає В. Лебединський, має загальні прояви, виражені більшою чи меншою мірою. Основним, стрижневим утворенням, що визначає цю структуру, виходячи з назви синдрому, є власне сам аутизм. «Він проявляється у відсутності або значному зниженні контактів з оточуючими, «зануренні в себе», у свій внутрішній світ, наповненість і характер змісту якого залежать від рівня інтелектуального розвитку, віку дитини, особливостей перебігу захворювання. Слабкість або відсутність контактів спостерігається по відношенню як до близьких, так і до однолітків. Усі його прояви зовні, навіть гра, скупі, а у важких випадках обмежуються бідним набором стереотипних рухів та міміки.

В. Лебединський вказує на низку характерних рис прояву аутизму: «відсутність емоційного резонансу на навколишнє оточення, часті холодність і байдужість навіть до близьких, які часто поєднуються з підвищеною вразливістю, боязкістю, чутливістю до різкого тону, гучного голосу, щонайменшого зауваження на свою адресу».

«Характерна болісна гіперестезія до звичайних сенсорних подразників: тактильних, температурних, світла, звуків. Звичайні фарби дійсності для такої дитини надмірні, неприємні, травмуючі. Дитина, як у шкаралупу, «йде» у свій внутрішній світ від надмірних подразників.

Болісна гіперестезія і пов'язаний з нею емоційний дискомфорт сприяють виникненню почуття невпевненості і стають сприятливим ґрунтом для виникнення страхів», які посідають одне з провідних місць у формуванні аутистичної поведінки цих дітей.

«Аутистичні страхи спотворюють, деформують предметність сприйняття навколишнього світу. Стійкі страхи сприяють емоційно негативно забарвленому поданню про навколишній світ, перешкоджають формуванню його стійкості й тим самим вдруже посилюють страх перед ним».

Для інтелектуальної діяльності дітей з аутизмом загалом типові порушення цілеспрямованості, труднощі в концентрації уваги, очевидна

перенасиченість. Є певна химерність мислення, схильність до символіки.

Найхарактернішою є аутистична спрямованість усієї інтелектуальної діяльності. Ігри, фантазії, інтереси та інтелектуальна діяльність загалом далекі від реальної ситуації. Зміст їх монотонний, поведінка одноманітна. Діти роками грають в одну й ту саму гру, малюють одні й ті самі малюнки, вчиняють одні й ті самі стереотипні дії. І у віці 8-10 років ігри часто мають маніпулятивний характер. При цьому характерна перевага маніпуляцій з неігровими предметами: паличками, папірцями тощо.

Аутистичні фантазії також мають байку, відірвану від реальності, нерідко химерно-казкову. Іноді є сюжет перевтілення у тварин.

Аутизм чітко проявляється і в мовленні цих дітей. Нерідко за потенційно великого словникового запасу і здатності до складних зворотів діти не користуються мовою для спілкування. В одних випадках це може бути повний або майже повний мутизм, в інших – аутичне мовлення, звернене в простір, до самого себе, ехолоалії під час відповідей на запитання. Тембр і модуляції голосу неприродні, часто химерні та співучі.

Для дітей з аутизмом характерна також недостатність рухових функцій: погана моторика, незграбність довільних рухів, особливі труднощі в оволодінні елементарними навичками самообслуговування, їжі тощо.

Нейропсихологічне обстеження цих дітей показало порушення рухів за типом моторної апраксії з відсутністю плавності, поштовхоподібністю, машиноподібністю рухів, їхньою незграбністю, незграбністю при виконанні найпростіших дій, відсутністю гнучкості. У цих явищах проглядається прямий зв'язок між кірковими і підкірковими порушеннями, їхніми тонічними і синергічними основами.

В інших, більш тяжких випадках, спостерігається порушення організації програми руху й осмислення предмета як знаряддя або об'єкта цілеспрямованої діяльності. Поєднання відносної збереженості окремих операцій із більш вираженим порушенням їхньої тимчасово-просторової розгортки, можливо, вказує не тільки на ефекторний, а й на аферентний характер порушень, певний зв'язок апраксихних і гностичних розладів.

Простежується також прямий зв'язок між характером первинних рухових розладів, пов'язаних із порушенням тонічної регуляції, і характером мовленнєвих розладів. Діапазон цих розладів доволі широкий і охоплює дизартричні явища, порушення темпу, ритмічної

організації мовлення (його скандованість, поштовхоподібність), а у тяжких випадках порушення, що нагадують явища алалії.

Описані особливості зовнішньої картини поведінки дитини з раннім дитячим аутизмом простежуються у динаміці розвитку дитини з аутизмом із раннього віку і, власне, формують специфічну аномалію її розвитку.

Ще до 1,5 років виявляється слабкість психічного тону: загальна млявість, недостатність інстинктивної сфери (поганий апетит, слабкість інстинкту самозбереження, реакцій на дискомфорт, мокрі пелюшки, холод тощо). Ходьба довго залишається невпевненою, страждає розвиток цілеспрямованих дій. Але водночас спостерігається велика кількість стереотипних рухів, ритмічних розрядів, імпульсивних дій. Ледь навчившись ходити, така дитина часто імпульсивно біжить, не помічаючи краю, небезпеки.

На відміну від моторики в розвитку мовлення нерідко спостерігається випередження, але часто вже від самого початку мовлення вирізняється аутичністю, наявністю «автономності», переважанням неологізмів. Маленька дитина, ледь навчившись говорити, може одержимо повторювати окремі слова, читати вірші, афективно розставляючи інтонаційні акценти.

Уже з раннього дитинства відзначається сенсорна й емоційна гіперестезія: навіть у дитячому віці діти негативно реагують на яскраві іграшки, страждають від гучних звуків, дотиків до одягу. До 2,5-3 років часто нарастають стереотипні рухові розряди, з'являються одноманітні аутистичні ігри.

У 3-5 років аутична дитина може бути ще не привчена до охайності, до елементарних навичок самообслуговування. Такі діти можуть бути надзвичайно вибагливі в їжі й водночас брати до рота неїстівне.

З віком чіткішим стає характер мовленнєвих розладів. Порушення комунікативної сторони мовлення з тривалим збереженням у мовленнєвому розвитку звуконаслідувальних, самостійних слів, що співіснують із загальноновживаними словами, робить мовлення дитини з аутизмом химерним і нерідко важкодоступним для розуміння. Неспрямована вербальна активність нерідко переривається мутизмом.

Навіть за потенційно збереженого інтелекту в цих дітей із віком у більшості випадків дедалі більше виступають не цілеспрямованість поведінки, її слабкий зв'язок із ситуацією, суперечливість усього психічного життя.

Було встановлено п'ятнадцять критеріїв ранньої діагностики, що ґрунтуються на специфічних проявах цих дітей у різні вікові періоди.

Охарактеризуємо деякі з цих проявів, що відносяться до розглянутого нами питання, тобто до психомоторних функцій.

По-перше, безпосередньо сам аутизм, який, характеризується дев'ятьма специфічними симптомами, деякі з них у контексті розгляду нашого питання становлять певний інтерес.

Порушення зорового контакту, що проявляються у вигляді відсутності погляду на обличчя людини, активного уникнення погляду в очі, погляду «повз», «крізь», нерухомого, застиглого, переляканого.

Порушення комплексу поживавлення, яке характеризується відстороненістю, слабкістю реакції на світло, звук, брязкальце. Крім того, сюди зараховується: випадання рухового, голосового компонентів; слабкість, рідкість посмішки, її спрямованість не на обличчя, а на його частину (наприклад, бороду, вуса), окуляри, деталі одягу; переважне виникнення на локальне світло, вестибулярне відчуття, відсутність заразливості від посмішки, сміху дорослого.

Змінене ставлення до словесного звернення, що виступає як відсутність відгуку на ім'я, інше звернення (псевдоглухота); слабкість, вибірковість реакції; відсутність жестів затвердження, заперечення, привітання, прощання.

По-друге, стереотипи: рухові, сенсорні, мовні, поведінкові, потяг до ритму.

Рухові стереотипи являють собою розгойдування у візку, манежі, одноманітні повороти голови, ритмічні згинання пальців, наполегливе, з характером одержимості розгойдування на іграшковій конячці, гойдалці; манежні рухи; розмахуючі рухи рухи кистю, передпліччям; розряди стрибків з явищами химерного малюнка рухових стереотипів.

Сенсорні стереотипи пов'язані з різними видами відчуттів: розгойдуванням скрипучих стулків дверей; тактильні – розшаруванням тканин; пересипанням крупи, маніпуляцією з водою; пропріоцептивні – довільним напруженням кінцівок, тіла, затисканням вух, ударами головою об борт візка, спинку ліжечка.

Мовні стереотипи найбільш типові у вигляді ехолалій; також відзначається схильність до слів і фраз-цитат; стереотипних маніпуляцій зі звуками, словами, фразами, стереотипного рахунку.

Поведінкові стереотипи виступають як «ритуальність у дотриманні режиму, виборі їжі, одягу, маршруту прогулянок, сюжету гри».

Потяг до ритму проявляється у прагненні до розгойдування, вертіння, трясіння предметів під ритмічну музику; скандування віршів; викладання орнаментів із різноманітних рядів іграшок, дрібних

предметів; одержимості перегортанням сторінок книжки; нестримного прагнення до гойдалок

По-третє, особливості мовлення.

Порушення імпресивного мовлення виражаються у слабкості або відсутності реакції на мовлення, наданні переваги тихому, шепітному мовленню, «нерозумінні» словесних інструкцій.

Порушення експресивного мовлення являють собою різноманіття проявів: відсутність або запізнення фаз гуління, белькотіння, їх неінтонованість; запізнення або випередження появи перших слів, їхній ехолалічний характер, незверненість до людини, незвичність, маловживаність; «плаваючі» слова». Може спостерігатися запізнення або випередження появи фраз; їхня незверненість до людини; переважання фраз ехолалічних, коментувальних, аутокоманд, ехолалій-цитат, ехолалій-звернень; ехолалій-формул, відставлених ехолалій. Спостерігається також схильність до декламації, римування, інтонаційної акцентуації ритму.

По-четверте, особливості моторики. Вони проявляються насамперед у загальному моторному вигляді дитини з аутизмом у вигляді рухової загальмованості, млявості, або, навпаки, розгальмованості, збудливості з рвучкістю, маріонетковістю рухів.

У дітей із польовою поведінкою спостерігається граціозність, плавність і спритність рухів.

Динаміка розвитку моторних функцій характеризується затримкою формування навичок жування, сидіння, повзання, вставання, «несприйняттям» допомоги дорослого під час формування цих навичок; тривалим інтервалом між здатністю стояти та початком ходіння, «раптовістю» переходу до ходіння, часто одночасного переходу до бігу. Водночас відзначається імпульсивність бігу, його химерний ритм (переміщення із застиганням), поза (з розставленими руками, навшпиньки). Спостерігається некоординованість, «дерев'янистість» ходи (на ногах, що не гнуться, на кшталт «заводної іграшки»), слабкість імітацій рухів дорослого. Чітко виступає дефіцитарність навіть елементарної дрібної моторики.

Міміку (за фотографіями раннього віку) відрізняють «бідність мімічних комплексів (усмішки, переляку, плачу), напруженість погляду, неадекватні гримаси».

Наведені в контексті розглядуваного питання вибіркові відомості про клініко-психологічну структуру симптоматики за аутизму були спрямовані на формування уявлень про особливості прояву психомоторики та мовлення в дітей із РДА. На основі цих уявлень, як

слід розуміти, має визначатися сутність корекційно-педагогічної роботи, під якою традиційно розуміють подолання або послаблення патологічної симптоматики. Логічно постає питання про необхідні умови, методи і засоби спрямованого корекційного впливу.

Для розв'язання або, принаймні, осмислення й розуміння суті цієї проблеми видається необхідним викладення додаткових і вкрай важливих відомостей у контексті розглянутого питання.

Визначення заходів корекційного впливу зазвичай виходить із принципу етіопатогенетичного підходу, тобто з урахуванням причин і патогенезу порушення (механізму симптомоутворення).

Данні досліджень дитячих психологів та етологів, а також аналіз проявів порушень в сенсорній сфері у аутичних дітей дозволили визначити два етапи становлення аутистичного синдрому.

1. На базальному рівні виникає комплекс симптомів, викликаних патологією в сенсорній сфері. Момент непереносимості болючості вказує на зацікавленість в процесі протопатичної чутливості з її яскраво вираженим афективним компонентом.

Порушення афективної складової спостерігається також і в моторній сфері, прослідковується прямий зв'язок між важкістю моторних порушень (тонічних) і афективним станом аутичної дитини.

В результаті порушення афективного процесу виникає фіксація більш ранніх форм орієнтування. Таким чином, затримується закономірний процес перебудов, своєчасно не відбуваються зміни у співвідношенні контактних і дистантних аналізаторів на користь останніх, своєчасно не складаються нові координації всередині сенсомоторної сфери. Нестійкість розвитку породжує тенденцію до регресу, зациклюванню, руховим стереотипам.

2. В результаті порушень в сенсорній і моторних сферах порушується нормальне функціонування етіологічних механізмів, забезпечуючи в нормі первинну адаптацію до навколишнього. Одні з цих механізмів взагалі не реалізуються (знаходяться в латентному стані), інші вмикаються з запізненням, треті функціонують в викривленому вигляді.

В зв'язку з станом перманентної дезадаптації на перший план висуваються захисні форми поведінки (в основному пасивні), прагнення до мінімізації контактів з оточуючими, самоізоляції.

Як видно з опису представлених етапів становлення аутистичного синдрому, на кожному з них виявляються порушення сенсорних і моторних функцій. Це призводить до несформованості сенсомоторики в цілому, що не дозволяє аутичній дитині оволодіти предметним світом,

ускладнює вербалізацію його складових і, як результат, породжує компенсаторні форми поведінки і обмеження взаємодії з оточуючими.

В цьому зв'язку, по-перше, звертає на себе увагу значимість моторики, і, зокрема, предметних дій аутичної дитини, формування яких неможливе без сенсорних орієнтувань, по-друге, необхідність включеності в цей процес вербального компоненту, опосередковує предметні дії і навколишню дійсність в цілому. З сказаного може буде зроблена спроба осмислити можливості використання корекційно-розвиткової роботи над руховою сферою дитини з РДА, використовуючи її в якості умов і засобів організації поведінки аутичної дитини для нормалізації всього комплексу її поведінкових проявів.

Контрольні запитання і завдання

1. Розкрийте в співставленому плані значення термінів «аутизм» і «порушення аутистичного спектру».
2. Для якого віку характерні прояви аутизму?
3. До якого варіанту дизонтогенезу відносить В.Лебединський ранній дитячий аутизм (РДА)?
4. Яку тріаду симптомів виділив Л. Каннер в клініко-психологічній структурі РДА?
5. Які критерії дитячого аутизму включені в МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб)? Чи є аутизм захворюванням, на ваш погляд? Обґрунтуйте свою точку зору.
6. Що покладено в основу клініко-педагогічної класифікації аутизму, розробленої О. Нікольською з співавторами, і які форми аутизму представлені в цій класифікації?
7. Охарактеризуйте групи дітей з РДА, виділені О. Нікольською на основі клініко-педагогічної класифікації аутизму.
8. Підготуйте коротку доповідь на тему «Особливості психічного розвитку аутичної дитини», використовуючи матеріал, запропонований в попередньому завданні.
9. Використовуючи матеріал, запропонований в попередньому завданні, охарактеризуйте особливості мовленнєвого і психомоторного розвитку аутичної дитини. Спробуйте обґрунтувати характер цих проявів через призму сучасних уявлень про сутність синдрому дитячого аутизму.
10. Охарактеризуйте особливості клініко-психологічної структури ранніх проявів РДА.
11. Розкрийте особливості моторики і мови дітей з РДА.

12. Як представлена ієрархічна структура дефекту при РДА, в основі якої лежить відоме положення Л. Виготського про первинні і вторинні порушення психічного розвитку?

13. Розкрийте положення про те, що аутистичний дизонтогенез вже з самих початкових його проявів формується по типу спотворення розвитку всіх психічних функцій, приводячи приклади «поєднання в їх патологічній структурі ознак недорозвинення і акселерації»

14. Розкрийте зміст етапів становлення аутистичного синдрому.

15. Як характеризуються прояви моторних порушень на кожному з етапів становлення аутистичного синдрому?

16. Використовуючи данні різних авторів, підготуйте доповідь на тему «Особливості психомоторики дітей з РДА».

17. Якою, на ваш погляд, по організації, напрямкам і змістові має бути корекційна робота по нормалізації моторних функцій у аутичної дитини (з урахуванням складності клініко-психологічної структури проявів РДА)?

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ РАННЬОГО І ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Підходи і методи вивчення психомоторики дітей з обмеженими можливостями здоров'я

В даний час існує декілька підходів до вивчення психомоторики: метричний, психолого-педагогічний, нейропсихологічний і клінічний.

Метричний підхід до вивчення моторики дітей і підлітків найбільш повно представлений у методиці М. Озерецького, який у серії своїх робіт (1923-1929) запропонував різні варіанти мотометричної шкали. В спільній монографії з М. Гуревичем (Гуревич, Озерецький, 1930) шкала була приведена в остаточному вигляді і призначалася для дослідження психомоторики дітей від 4 до 16 років. Шкала містить 13 вікових рядів тестів, які поступово ускладнюються, кожен з яких складається з шести тестових завдань, які дозволяють дослідити різні компоненти психомоторики: статичну і динамічну координацію рухів тіла і рук, швидкість і одночасність рухів, чіткість їх виконання і наявність синкінезій. Всього в шкалі представлено 78 тестових завдань різної рухової структури і складності.

Методика М. Озерецького має ряд зарубіжних модифікацій. Найбільш відомими і широко використовуваними з них є американська модифікація В. Слоуена і німецька – Г. Гельнітца.

Метричний метод широко використовується при вивченні психомоторики дітей з відхиленнями в розвитку. При цьому для різних категорій дітей використовуються різні модифікації рухових тестів. Так, наприклад, М. Вайзман (Вайзман, 1976) для вивчення психомоторики розумово відсталих дітей запропонував використовувати рівневу теорію побудування рухів М. Бернштейна. Ним була складена схема обстеження моторики, яка складається з 12 тестів, кожен з яких направлений на вивчення участі того чи іншого церебрального рівня керування рухами в даному руховому акті. За результатами цих тестів можна судити одночасно про компоненти і рівень організації рухів, а також про рухові якості. При інтерпретації даних застосовується рівнева теорія побудування рухів, в аспекті якої аналізується аферентна (чуттєва) основа будь-якого рухового акту. Дана методика дозволяє виявити якісні порушення психомоторики дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Психолого-педагогічний підхід до вивчення рухової сфери дітей припускає використання основних і додаткових методів дослідження для більш повної і адекватної оцінки розвитку психічних функцій дитини, у тому числі і моторних. Одним з основних методів психолого-педагогічного підходу при вивченні дітей з відхиленнями в розвитку є метод спостереження.

Розглядаючи процес розвитку рухів у дітей, низка авторів підкреслюють необхідність спостереження за розвитком рухових функцій дитини з перших місяців життя. При наявності у дитини на першому році життя вираженого відставання в розвитку рухових навичок, особливо при поєднанні його з підвищенням м'язового тону, появою насильницьких рухів, автори радять батькам обов'язково показати дитину дитячому невропатологу. Вони підкреслюють необхідність бути особливо уважними, коли при нормальному розвитку рухових навичок дитини до віку 9-12 місяців починають проявлятися рухові порушення в вигляді низького м'язового тону, порушень координації рухів з поступовою втратою рухової активності, так як подібні стани характерні для багатьох захворювань нервової системи. Автори також відмічають, що у багатьох дітей з відхиленнями в розвитку значно затриманий розвиток спільного функціонування рук і очей (зорово-моторної координації) і рухової активності рук.

Спостереження при безпосередньому вивченні дитини під час психолого-педагогічного обстеження повинне починатися з першого знайомства з дитиною і продовжуватися протягом всього часу обстеження. Це спостереження повинне проводитися цілеспрямовано, і його матеріали необхідно фіксувати.

Багато про дитину може сказати її зовнішній вигляд: її постава, хода, координація рухів, погляд, міміка і т. д. При багатьох порушеннях розвитку зовнішній вигляд дитини часто несприятливий. Як відхилення від нормального зовнішнього вигляду можуть спостерігатися: невиразне, маскоподібне лице; асиметрія і диспластичність; відсутність фіксації погляду (блукаючий погляд); слюновиділення; косоокість; неправильна форма голови чи її нестандартна величина; порушення координації і точності рухів. Ці відхилення від нормального зовнішнього вигляду можуть вказувати на наявність порушень в розвитку дитини.

При обстеженні дітей дошкільного і молодшого шкільного віку велике значення має спостереження за грою дитини. Науковці відмічають необхідність спостереження в процесі гри за координацією

рухів в вироблених дитиною маніпуляціях, за станом моторики. Можна виявити особливості як дрібної, так і загальної моторики.

У дітей з органічними ураженнями нервової системи відзначається відставання у розвитку маніпулятивної діяльності. Рухи рук погано координовані, неточні; дитина незручно, всією кистю руки намагається захопити предмет, вся напружується. При деяких видах психічної патології дитина може не проявляти інтересу до іграшок, воліє «грати» з своїми руками, виробляючи монотонні одноманітні рухи ними в полі свого зору.

Відмічається необхідність спостереження за вільною грою і діяльністю дитини. Особливо, що при цьому важливо звертати увагу на особливості поведінки дитини, розвиток її моторики і мови, на стійкість ходи, специфіку маніпулятивної діяльності рук, на наявність насильницьких рухів.

При вивченні моторики дітей з обмеженими можливостями здоров'я дошкільного віку важливо використовувати і додаткові методи: збір анамнестичних даних, вивчення документації на дитину, бесіда з батьками, вивчення продуктів діяльності дитини і інше.

О. Мастюкова вказує на необхідність ретельного вивчення анамнезу дитини. Автор зазначає, що безпосередній процедурі діагностики має передувати знайомство педагога з даними анамнезу відносно розвитку дитини починаючи з перших місяців життя. Різні несприятливі впливи, як і в внутрішньоутробному періоді розвитку, так і під час родів (травма, асфіксія), а також в перші роки життя дитини можуть привести до відхилень в психічному розвитку. Тому, при оцінці анамнезу, як підкреслює автор, важливо звернути увагу на спадкову патологію в сім'ї, відмітити можливість несприятливого впливу на розвиток дитини різних шкідливих факторів в період внутрішньоутробного розвитку чи після народження. Варто також уважно ознайомитися з даними медичного обстеження. Всі ці відомості можуть внести вклад не тільки при кваліфікації структури порушень, але й при визначенні шляхів педагогічної корекції.

На необхідність вивчення раннього психомоторного розвитку і становлення навичок самообслуговування у дитини вказують багато авторів (Н. Гаврилова, Ю. Галецька, А. Сімко, А. Шинкарьок та інші).

Вивчення розвитку моторики і навичок самообслуговування, як зазначає А. Шинкарьок, орієнтовано на діагностику і використання отриманих даних в обґрунтуванні корекційно-педагогічного впливу. Характеристика рівня сформованості навичок самообслуговування є одним з важливих показників загального психічного і моторного

розвитку дитини, а також грає велику роль при визначенні можливості зарахування дитини в спеціальний навчальний заклад.

Найбільш повну інформацію про ранній психомоторний розвиток і становлення навичок самообслуговування у дитини можна почерпнути з бесіди з батьками, педагогами і іншими обличчями, які беруть участь в вихованні дитини. При бесіді з батьками важливо з'ясувати, в якому віці дитина навчилася сама роздягатися і одягатися, мити руки, прибирати свої іграшки, користуватися столовими приладами, і т. д., як швидко і вміло вона це робить. Особливо показовим фактором є активність дитини в досягненні результатів самообслуговування (чи просить дитина допомогти їй, коли сама не може впоратися; чи приймає участь в окремих доступних їй операціях; чи наполеглива, чи швидко припиняє спроби до дії і т. д.). Батьки часто повідомляють про те, що навички самообслуговування сформувалися при значній допомозі дорослих. Співставляючи ці відомості з результатами подальшого обстеження, можна скласти уявлення про темпи формування і переносу цих навичок у дитини і про вплив труднощів моторного характеру на її розвиток.

З бесіди з батьками також можна дізнатися про ранній розвиток дитини. При цьому оцінка рівня психомоторного розвитку дитини в ранньому і дошкільному віці має бути диференційованою, враховуючою особливості розвитку загальної моторики, дрібної моторики рук, зорово-моторної координації, сприймання, мови, а також соціально-емоційного розвитку. Бесіда з батьками може бути достатньо інформативною, якщо вона знаходить підтвердження в документах чи при обстеженні дитини.

Вивчення документації є невід'ємною ланкою в оцінці моторного розвитку дитини. Необхідний, перш за все, аналіз медичної документації (медична карта чи виписка з неї, висновки вузьких спеціалістів, результати лабораторних і апаратурних досліджень та ін.). Такий аналіз дозволяє отримати цінні данні про дитину: вказівку на причини ураження, клінічний діагноз і час його встановлення, особливості психомоторного розвитку на першому році життя, зміни в діагностиці в процесі розвитку дитини, час і місце лікування, найбільш ефективні види лікування та інше.

При вивченні педагогічної документації (характеристик, висновків за результатами психологічного обстеження, мовленнєвих карт та ін.) необхідно звертати увагу на особливості розвитку загальної, дрібної і артикуляційної моторики дитини в різні вікові періоди; аналізувати динаміку психомоторного розвитку дитини; оцінювати

вплив моторного розвитку дитини на її психічний і мовленнєвий розвиток.

Серед методів вивчення продуктів діяльності дитини зазначається про важливість методу вивчення малюнків дітей при проведенні психолого-педагогічного обстеження, так як малюнок є важливим диференційно-діагностичним показником при вивченні дітей. Аналіз малюнків дітей і характеру малюнку може дати уявлення про розвиток графомоторних навичок дитини, її просторової орієнтації, розвитку зорово-моторної координації, сформованості тонких рухів кисті і пальців рук та ін.

Нейропсихологічний підхід направлений на виявлення нейропсихологічних синдромів відхилення від розвитку (синдромів несформованості і дефіцитарності), які виникають при функціональній недостатності тих чи інших мозкових утворів, в тому числі забезпечуючих рух. Методи нейропсихологічного обстеження рухових і психічних функцій широко використовуються при пошкодженнях мозку, забезпечуючи встановлення локалізації ураження і уточнення симптоматики порушення.

Нейропсихологічний підхід найбільш повно відображений в широко використовуваній схемі нейропсихологічного дослідження О. Лурії, в якій представлений цілий розділ по вивченню рухів і дій. В методиці О. Лурії рухи і дії вивчаються за допомогою різних проб, пов'язаних в основному з рухами рук. О. Лурія підкреслював виняткову важливість для діяльності людини рухів рук, маючих особливо тонку кіркову організацію. Чим більше функціональне значення має орган, тим більш багаті його зв'язки і більша його участь в системі довільних рухів, тим більшу площу займає його проекція в корі головного мозку. Проекція пальців рук займає приблизно третю частину всієї кіркової зони моторної проекції. Велике місце в кіркових проекціях займають і органи мовленнєвого апарату в порівнянні з тілом в цілому.

Нейропсихологічна методика О. Лурії, розроблена для дорослих, була модифікована багатьма авторами для вивчення дітей і підлітків (як тих, які нормально розвиваються, так і маючих відхилення в розвитку).

Прикладом такої модифікаційної методики може слугувати методика І. Марковської, призначена для вивчення дітей з затримкою психічного розвитку. При негрубій ступені церебральної недостатності мова йде не про структуру дефекту, як при олігофренії, а про дефіцитарність окремих «передумов» інтелекту: уваги, сприймання, пам'яті, мови та ін. Тому І.Марковська вважає даний метод найбільш адекватним для дослідження пізнавальної діяльності дітей із ЗПР

церебрально-органічного генезу, так як, на її думку, він дозволяє аналізувати стан гнозису, праксису, мови, мнестико-інтелектуальних, а також вищих регуляторних функцій, забезпечуючи довільні форми психічної діяльності. На відміну від нейропсихологічних методик, які застосовують в клініці локальних уражень мозку у дорослих, в методиці І. Марковської, яка передбачує кількісно-якісний аналіз, враховуються інфантильні особливості дітей із ЗПР.

Клінічний підхід до вивчення моторики припускає всебічне медичне вивчення дитини, оскільки багато відхилень в розвитку рухової сфери дітей пов'язані з наявністю у них певних соматичних, неврологічних і психічних захворювань, зумовлюючих відхилення в розвитку.

Клінічний метод дослідження передбачає комплексний підхід, що включає оцінку етіології, патогенезу, структури первинного дефекту і ускладнюючих його порушень, аналіз взаємозв'язку психопатологічних і неврологічних порушень.

Медична діагностика відхилень розвитку у дітей раннього і дошкільного віку включає загальний огляд, аналіз анамнестичних даних, оцінку соматичного, неврологічного і психічного станів. Клінічна діагностика ґрунтується на знанні основних закономірностей вікового розвитку нервово-психічних функцій. Діагностичний процес поділяється на декілька етапів. Вагоме значення для клінічної діагностики має нейрофізіологічний, біохімічний, генетичний та інші методи обстеження.

Таким чином, при вивченні психомоторики дітей можуть бути використані різні підходи. Поєднання якісно-кількісної оцінки психолого-педагогічних даних про стан моторних функцій дитини, динамічного спостереження і комплексного клінічного дослідження дозволяє найбільш точно і повно оцінити загальний психічний розвиток дитини, стан її психомоторики, дати прогноз подальшого розвитку і визначити найбільш оптимальні шляхи і засоби корекційної психолого-педагогічної допомоги.

Контрольні запитання і завдання

1. Назвіть існуючі на сьогодні підходи до дослідження психомоторики. В чому їх принципова різниця?
2. В чому полягає сутнісна відмінність різних підходів до вивчення психомоторики?
3. Наведіть приклади авторських методик стосовно до різних підходів до дослідження психомоторики і коротко охарактеризуйте їх.

4. Назвіть підходи до дослідження психомоторики, які, на ваш погляд, більшою мірою відповідають корекційно-педагогічним задачам. Обґрунтуйте свій вибір.

5. З якою метою проводиться і на що направлене обстеження психомоторики за допомогою методів психолого-педагогічного підходу?

3.2 Проблема вивчення психомоторного розвитку дітей раннього віку

Діагностика рухових порушень у дітей раннього віку має особливе значення. По-перше, тому, що дозрівання мозку і, відповідно, успішний розвиток дитини після народження обумовлені тісною взаємодією різних аналізаторних систем і, передусім, рухової функціональної системи, компенсація яких в випадку порушень в перші три роки життя дитини відбувається набагато успішніше, ніж в більш пізні терміни. По-друге, в зв'язку з значним збільшенням народження дітей з перинатальною енцефалопатією (до 60-70% від загальної кількості народжуваних).

Важливу складову в вирішенні проблеми, яку розглядаємо представляє діагностика рухових порушень в немовлячому і ранньому віці, яка не тільки забезпечувала б виявлення рівня психомоторного розвитку і характеру недостатності рухових функцій, але й сприяла б визначенню шляхів і засобів комплексного медико-психолого-педагогічного впливу для успішного розвитку дітей цього віку.

Найбільш відомими в західній психодіагностиці методами виявлення сповільненого і порушеного розвитку дітей раннього віку є стандартизовані шкали Р. Cattell (1947); W. K. Frankenburg, J. B. Dodds (1973); T. H. Hellbrugge et al. (1985) та ін. Існує також група методик для швидкої оцінки психомоторного розвитку немовлят, так названі «скрінг-методики» W. K. Frankenburg, J. B. Dodds та інші.

Добре відома методика Н. Бейлі (1993) «Шкали розвитку немовлят і дітей раннього віку», призначена для оцінки поточного розвитку і виявлення різних порушень дитини в віці від 1 місяця до 2,5 років. Одна з трьох шкал методики призначена як раз для діагностики моторних здібностей, за допомогою якої вимірюються прості і складні рухи («макромоторні здібності»), груба і дрібна моторика рук («вміння рухати руками і пальцями»). Ця методика зручна для проведення лонгітюдних досліджень. Вона дозволяє порівнювати отримані дані як з власними результатами дитини в різному віці, так і з результатами однолітків. Н. Бейлі вказує, що шкали її методики призначені для оцінки

поточного рівня розвитку, а не для передбачення наступного розвитку здібностей, на розвиток яких в ранньому віці має вплив велика кількість різних факторів. І тому передбачення на тривалий період часу є малоцінними.

В вітчизняній психодіагностиці застосовуються різні підходи до оцінки розвитку дітей раннього віку. У рамках психологічного підходу, в основі якого лежить цілісне вивчення розвитку дитини, відомі такі методики як «Діагностика психічного розвитку немовляти» і «Діагностика порушення психічного розвитку дітей від народження до 3 років», які включають в себе і діагностику психомоторики.

Більшість існуючих на сьогоднішній день методик ранньої діагностики не орієнтують спеціалістів на визначення шляхів корекційного впливу, а направлені лише на виявлення недоліків розвитку дитини.

В проведених дослідженнях застосовується розроблена комбінована і модифікована «Методика обстеження моторики дітей раннього віку» (В.Дудьєв, 2013). Данна методика дозволяє зробити оцінку рухової сфери дитини на основі представлених шкал по трьом блокам (груба моторика, тонка моторика рук, мовна і мімічна моторика) в віковому діапазоні від народження до 3 років (до одного року трьох місяців помісячно, а далі – з інтервалом в три і шість місяців). Методика, крім того, дає можливість визначити коефіцієнт моторного розвитку дитини, скласти висновок про стан її моторної сфери і намітити необхідні заходи для її корекції. В основу розробленої нами методики покладені загальні концептуальні підходи ряду медичних і психологічних діагностик розвитку дітей раннього віку. Апробація даної методики протягом кількох років в відповідних закладах охорони здоров'я на значній вибірці дітей показала її спроможність, простоту в використанні і високу ефективність.

Контрольні запитання і завдання

1. В чому проблема і специфіка обстеження моторних функцій дітей раннього віку?

2. Назвіть авторів відомих вітчизняних методик діагностики психічного розвитку дітей раннього віку, в яких представлено дослідження психомоторних функцій.

3. Охарактеризуйте коротко існуючі зарубіжні і вітчизняні методики розвитку дітей раннього віку.

3.3 Технологія обстеження моторних функцій дітей раннього віку (структура, організація, зміст і оцінка результатів)

Пропонована методика призначена для обстеження моторного розвитку дітей раннього віку (від народження до трьох років), виявлення і оцінки рівня сформованості рухових функцій по віковим періодам, складання висновку про стан моторної сфери і необхідних рекомендацій з її корекції.

Виходячи з задач психолого-педагогічного вивчення рухової сфери дітей, шкала моторного розвитку в пропонованій методиці представлена трьома блоками в відповідності з видами моторики: загальна (груба) моторика, дрібна (тонка) моторика рук і мовленнєва (артикуляційно-мімічна) моторика.

Виділення в окремий блок артикуляційно-мімічної моторики (рух м'язів артикуляційного апарату під час мовлення і рух лицьових м'язів для вираження емоцій – міміка) виконано нами в зв'язку з її вагомністю в розвитку рухового (моторного) компоненту мови і рухового вираження емоційних станів. Оскільки артикуляційно-мімічна моторика по суті своїй є дрібною (тонкою), то для виключення змішування її з загальноприйнятим терміном «дрібна моторика» останній в контексті справжньої роботи уточнений як «дрібна (тонка) моторика рук».

Віковий діапазон досліджуваних по даній методиці дітей від народження до трьох років розбитий на періоди, які характеризується певними закономірностями психомоторного розвитку: від народження до 1 року 3 місяців кожен період рівний одному місяцю, від 1 року 3 місяців до 2 років – 3 місяців, від 2 років до 3 років – 6 місяців.

По кожному віковому періоді запропоновано певна кількість завдань для спостереження за дитиною, які згруповані за названими вище трьома компонентами моторики: загальна моторика, дрібна моторика рук, мовленнєва (артикуляційна) і мімічна моторика.

За характером виконання дитиною представлених для спостереження завдань (див. додаток 4) можна судити про рівень розвитку у нього кожного компоненту моторики і про стан рухової сфери в цілому. Рівень розвитку моторики дитини може бути оцінений якісно і кількісно. Методика дозволяє вирахувати «коефіцієнт моторного розвитку» (КМР) по 100-бальній шкалі, достатньо точно і швидко виявити недоліки в руховому розвитку дитини і диференціювати дітей з відхиленням в стані моторики від їх однолітків, які нормально розвиваються в руховому відношенні.

Обстеження психомоторики як частина психолого-педагогічного дослідження, хоч і відрізняється від інших видів досліджень, наприклад, медичних, проте структура і схема його проведення багато в чому співпадають і включають в себе традиційні три розділи.

А. Збір і вивчення анамнестичних даних.

Б. Безпосереднє обстеження психомоторики і умови його проведення.

В. Аналіз і оцінка результатів обстеження, складення висновку про стан психомоторики.

Розглянемо далі зміст кожного з означених розділів. Підготуйте доповідь, яка розкриє зміст цієї методики.

А. Збір і вивчення анамнестичних даних

Для вивчення психомоторики, виявлення причин відхилень у її розвитку, визначення та оцінки цих відхилень насамперед важливо з'ясувати умови життя і характер розвитку дитини. Із цією метою проводять збір і вивчення анамнезу (анамнестичних даних), тобто відомостей про умови життя дитини до виникнення в неї відхилень у розвитку чого-небудь. Анамнестичні дані містять такі відомості:

- паспортні дані;
- причини звернення (скарги), попередні обстеження, отримана допомога та її результати;
- дані про спадковість (особливості рухової сфери батьків, інших членів сім'ї та родичів, їхні захворювання);
- соціальне оточення (склад сім'ї, соціально-побутові умови, спосіб життя, характер виховання);
- розвиток дитини в дитинстві та ранньому віці (перебіг вагітності та пологів у матері, вага і зріст при народженні, характер вигодовування, фізичний розвиток, перенесені захворювання, загальна характеристика поведінки);
- особливості розвитку рухових і локомоторних функцій (у якому віці почала тримати голову, сидіти, стояти, повзати, стрибати, ходити тощо).

Усі зазначені відомості можуть бути отримані в процесі вивчення медичної та іншої документації, з бесід із батьками дитини.

Виходячи із завдань дослідження, особливу увагу під час збирання анамнестичних відомостей слід приділяти вивченню розвитку моторики і навичок самообслуговування в онтогенезі.

Скарги на відставання в моторному розвитку (особливо в дітей до 3-річного віку) бувають досить частими. Під час бесіди з батьками важливо з'ясувати, у якому віці дитина почала тримати голову, сидіти,

стояти, повзати, ходити; чи навчилася сама одягатися та роздягатися, чи вміє розстібати й застібати гудзики, зав'язувати й розв'язувати шнурки, мити руки, чистити зуби, прибирати свої іграшки. Чи самотійно їсть дитина, чи може користуватися столовими приборами, якою рукою вона це робить тощо. Спритна дитина чи незграбна, як швидко й уміло виконує дії з іграшками та предметами. Особливо показовим фактором є активність дитини в досягненні результатів самообслуговування (чи просить дитина допомогти їй, коли сама не справляється, чи бере участь в окремих доступних їй операціях, чи наполеглива, чи швидко припиняє спроби виконання дій). Зразкові запитання для бесіди з батьками дитини під час збирання анамнестичних відомостей подано в додатку 1.

Недостатня сформованість у дитини навичок самообслуговування є показником відхилень у її психомоторному розвитку, що спостерігається у всіх категорій дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

У дітей із психофізичними вадами адекватне ставлення до труднощів виявляється в тому, що вони звертаються по допомогу (простягають ногу, яку їм хочуть взути, готуються до того, щоб їм допомогли вдягнути рукава одягу, зашнурувати взуття, застебнути гудзики тощо). У деяких дітей спостерігаються невмілі рухи під час умивання, витирання рук рушником тощо. Багато дітей з обмеженими можливостями здоров'я старше трьох років після вмивання витирають тільки долоні, ігноруючи тильну сторону рук і окремі частини обличчя. А деякі аутичні діти віком 2-3,5 років особливо довго й ретельно вимиваються, витирають руки.

Відомості про нормативні терміни і характер розвитку навичок самообслуговування в дитини, самотійного користування посудом, особливо ложкою під час їжі, а також про правильність жування і ковтання їжі можуть слугувати орієнтиром у своєчасному опануванні дитиною зазначеними руховими навичками та у разі виявлення відставання в їхньому розвитку. Наприклад, відомо, що в багатьох дітей, які відстають у своєму розвитку, формується стійка звичка упускати їжу, ложку, склянку або чашку у віці, старшому за 20-24 місяці (за даними Е. Кейссеран); затримка у формуванні у дітей навичок приймання напівтвердої та твердої їжі часто є симптоматичним показником відхилень у їхньому руховому розвитку.

Нерідко батьки повідомляють про те, що навички самообслуговування їхніх дітей сформувалися за значної допомоги дорослих. Зіставляючи ці відомості з результатами подальшого безпосереднього обстеження моторики дитини, можна скласти уявлення

про можливі темпи розвитку її рухових функцій і прогнозувати вплив труднощів моторного характеру на подальше формування рухових навичок і загальний розвиток дитини.

Під час дослідження рухових функцій вивчають і мовленнєву моторику, тобто «мовлення як моторну функцію в її динамічному аспекті», яку С. Рубінштейн у цьому сенсі зараховує до основних видів рухів. Тому під час збирання анамнестичних відомостей слід знайомитися і з мовленнєвим анамнезом. Оскільки розвиток в онтогенезі активного (експресивного) мовлення, тобто безпосереднього говоріння і його моторного вираження (артикулювання) від самого початку визначається мовленнєвою увагою дитини, її сприйняттям і розумінням мови оточуючих, тобто розвитком сенсорного (імпресивного) мовлення, то під час збирання мовленнєвого анамнезу спочатку необхідно з'ясувати основні моменти в розвитку імпресивного боку мовлення. Ці відомості в зіставленні з нормальним онтогенезом імпресивного боку мовлення дадуть змогу правильно оцінити стан моторного боку мовлення й артикуляційної моторики.

Б. Безпосереднє обстеження психомоторики та умов його проведення

Збір і вивчення анамнестичних відомостей про розвиток дитини дають змогу зорієнтуватися в характері й особливостях обстеження рухових функцій, що має відбутися, і приступити до наступного розділу дослідження – безпосереднього обстеження психомоторики.

Під час дослідження рухової сфери дітей дитячого та раннього віку можуть застосовуватися два методи: 1) спостереження за діяльністю і поведінкою дитини в природних або організованих умовах і 2) експериментальне дослідження за допомогою пред'явлення дитині для виконання набору певних рухових завдань.

Спостереження за дитиною починається з першого моменту знайомства з нею. Багато що про психомоторний розвиток дитини вже може сказати її зовнішній вигляд (погляд, міміка, постава, хода, спритність виконуваних рухів тощо). Як відхилення від нормального зовнішнього вигляду дитини можуть виступати: невиразне, маскоподібне, амімічне обличчя; наявність асиметрії та диспластичності; відсутність фіксації погляду (блукаючий погляд), косоокість; ущелини губи, піднебіння, висунутий язик, слинотеча; неправильна форма або нестандартна величина голови; порушення постави, точності та правильної координації рухів під час ходьби, маніпулювання предметами, виконання дій із самообслуговування.

Відхилення від нормального зовнішнього вигляду дитини можуть свідчити про можливу наявність у неї недоліків у моторному і психічному розвитку. У деяких випадках присутність будь-якого одного з названих вище відхилень у зовнішньому вигляді дитини не знижує загального сприятливого враження про неї, однак це відхилення має бути зафіксовано для ґрунтовного додаткового обстеження.

Предметом подальших спостережень за дитиною є її рухові дії та поведінка загалом у природних умовах: коли малюк не спить, вживає їжу, грається іграшками, маніпулює предметами; коли одягається, роздягається, виконує різноманітні дії із самообслуговування; коли йому надають можливість самостійно вибрати іграшки або предмети і виконувати з ними дії, тощо.

Під час спостереження фіксуються наявність і характер емоційної реакції дитини на іграшки, прояв інтересу до них, адекватність і цілеспрямованість дій з іграшками та предметами. Звертається увага на характер координації рухів дитини під час занять з іграшками та предметами, на рівень ручної спритності (уміння), переважання правої або лівої руки тощо.

Спостереження за поведінкою дитини, її ігровою і предметною діяльністю необхідно зіставляти з даними про її моторний розвиток, отриманими під час збирання та вивчення анамнезу. Це допоможе зрозуміти й оцінити деякі особливості рухових проявів дитини в ситуаціях її спонтанної моторної діяльності під час виконання діагностичних завдань. Дані спостережень про стан психомоторики дитини будуть уточнені та розширені при безпосередньому її обстеженні в процесі експериментального дослідження.

В процесі спостереження за руховими реакціями дитини та під час безпосереднього обстеження її психомоторики використовуються різні предмети, посібники, малий спортивний інвентар та ін.

Для експериментального дослідження стану рухових функцій дитини за пропонованою методикою використовують спеціальні моторні проби (завдання), спрямовані на вивчення й оцінку різних компонентів психомоторики, різних рухових функцій і властивостей рухів.

Дослідження психомоторики за цією методикою починається зі встановлення точного хронологічного (паспортного) віку (ХВ) обстежуваної дитини, після чого дитині починають пропонувати діагностичні завдання того вікового періоду, який відповідає її ХВ. Якщо ХВ обстежуваної дитини виявляється між двома віковими періодами, представленими в періодизації за цією методикою, то за

вихідну групу завдань для початку обстеження необхідно брати завдання найближчого молодшого вікового періоду. Наприклад, якщо на момент обстеження дитина має вік 1 рік 8 місяців (а цей віковий період за методикою не представлений), то починати обстеження слід із пред'явлення групи завдань, призначених для дітей 1 року 6 місяців.

Після пред'явлення обстежуваній дитині всіх завдань, прийнятих за вихідні для даного вікового періоду, та оцінювання їхнього виконання (оцінювання альтернативне: «+» - виконав, «-» - не виконав) залежно від отриманих результатів слід переходити до пред'явлення завдань для старшого вікового періоду або до завдань для молодшого вікового періоду. При цьому можливі три варіанти продовження обстеження.

Варіант 1. Якщо всі завдання вихідного вікового періоду обстежуваною дитиною виконані (наприклад, для дітей одного року), то необхідно перейти до пред'явлення завдань наступного, більш старшого вікового періоду (1 рік 1 місяць). Якщо із завдань, призначених для більш старшого вікового періоду року (1 рік 1 місяць), жодне завдання не виконано, обстеження необхідно припинити і приступити до обробки отриманих результатів.

Якщо під час пред'явлення завдань із цього старшого вікового періоду (1 рік 1 місяць) хоча б одне завдання дитиною виконано, слід переходити до завдань наступного за віком періоду (1 рік 2 місяці). У такий спосіб необхідно продовжувати доти, доки із завдань якогось-небудь більш старшого вікового періоду жодне завдання не буде виконано. Після цього можна починати обробку отриманих під час обстеження результатів.

Варіант 2. Якщо під час виконання дитиною завдань з початкового вікового періоду (1 рік 1 місяць) виявиться, що жодне завдання з цього періоду вона не виконала, то в цьому разі необхідно пред'явити дитині всі завдання молодшого вікового періоду (1 рік). Якщо всі завдання для цього вікового періоду (1 рік) дитина виконала, то обстеження слід припинити і переходити до обробки отриманих результатів.

Якщо хоча б одне завдання для молодшого вікового періоду (1 рік) дитиною не виконано, потрібно переходити до завдань наступного молодшого вікового періоду (11 місяців). Подібним чином слід продовжувати доти, доки всі завдання якогось молодшого вікового періоду випробуванням буде виконано. Після цього можна приступати до обробки результатів обстеження.

Варіант 3. Найчастіше трапляються випадки, коли під час пред'явлення дитині завдань «її» вихідного вікового періоду частину завдань вона виконує, а решту не виконує. У таких ситуаціях

випробовуваному спочатку пред'являються завдання для молодших вікових періодів, «спускаючись» до того періоду, з усіма завданнями з якого дитина успішно впорається. Потім їй пред'являються завдання для старших вікових періодів стосовно вихідного, «піднімаючись» до того періоду, жодного завдання з якого випробуваний не виконує. Потім проводять обробку отриманих під час обстеження результатів.

Таким чином, загальне правило порядку пред'явлення випробовуваному завдань полягає в тому, що в кожному конкретному випадку дитині потрібно пропонувати завдання всіх тих вікових періодів, які знаходяться між періодом, усі завдання з якого він виконав, і періодом, жодне завдання з якого йому не доступне.

Ефективність використання цієї методики та отримання за її допомогою найбільш об'єктивних даних дослідження психомоторики дитини можуть бути досяжні лише за дотримання таких умов.

1. Задовільний соматичний стан дитини в період проведення обстеження (відсутність будь-яких болів, підвищеної температури тощо).

2. Наявність у дитини позитивного емоційного настрою. Якщо дитина негативно реагує на процедуру обстеження, не може освоїтися в незнайомій обстановці (проявляє знервованість, лякається дослідника, плаче тощо), проводити обстеження не рекомендується до зняття в дитини негативних емоцій шляхом зміни обстановки, характеру пред'явлення тестових завдань, перенесення часу (можливо, і місця) обстеження тощо.

3. Достатній рівень контакту між обстежуваною дитиною і дослідником. Потрібно враховувати, що ситуація обстеження є для дитини незвичною, тому встановлення контакту з нею може бути складним через будь-які властивості характеру дитини (сором'язливість, замкнутість тощо), особливості її психічного або соматичного стану тощо. Труднощі контакту можуть бути пов'язані і з відхиленнями в психофізичному розвитку дитини, що характерно для всіх дітей з обмеженими можливостями здоров'я (з порушенням мовлення, слуху, зору, зниженням інтелекту тощо).

У разі утруднення контакту з дитиною важливо створювати такі ситуації, щоб вона виявила інтерес до спілкування або будь-якої діяльності, пропонованої їй дослідником. До початку обстеження можна запропонувати дитині різні форми взаємодії (бесіду на яку-небудь тему, гру, конструювання, розглядання картинок, ілюстрацій у дитячих книжках тощо). Підтримка мовленнєвого контакту з дитиною з боку дослідника бажана протягом усього обстеження.

4. Багато видів моторних реакцій дитини, її рухова поведінка загалом, особливо в грудному та дитячому віці, можна спостерігати й оцінювати в процесі спонтанної дитячої поведінки в різних ситуаціях повсякденного життя: в ігровій діяльності, у діях із предметами та іграшками тощо. Наприклад, якщо дитині запропонувати той чи інший предмет (іграшку), передбачений тестовим завданням, можна буде вести спостереження за її самостійними діями з цим предметом (іграшкою).

5. Дітям віком до 6 місяців завдання пропонуються при положенні дитини лежачи на спині. Діти віком 6 місяців і старші мають виконувати завдання в положенні сидячи. Якщо дитина не може або не може сидіти самостійно, її потрібно підтримувати, але таким чином, щоб руки дитини були вільні для виконання завдань.

6. Оцінка виконання дитиною того чи іншого завдання має проводитися за результатами безпосереднього обстеження випробовуваного, а не зі слів дорослих (батьків, педагогів та ін.), оскільки в силу статусу цих людей їхні дані можуть бути необ'єктивними. Підміна результатів обстеження чисеюсь думкою призведе до суб'єктивної та неадекватної оцінки психомоторного розвитку досліджуваної дитини.

7. Не допускаються зміни стандартизованих у методиці завдань, що відповідають віковим нормам за представленими періодами. Заміна представлених у методиці завдань іншими завданнями або їх переміщення з одного вікового періоду в інший розглядається як спотворення сутності цієї методики, тому що в цьому разі оцінка психомоторики досліджуваного, за запропонованим у методиці способом, не може претендувати на об'єктивність. Крім того, результати обстеження не можна буде порівняти з нормативами моторного розвитку за віковими періодами, представленими в цій методиці.

8. Ця методика призначена для дослідження дітей до 3 років. Обстеження дітей, старших за цей вік, припустиме лише у випадках наявності в них очевидного значного відставання (затримки) моторного розвитку порівняно з нормою, з метою встановлення моторного віку дитини та визначення зони найближчого розвитку її рухових функцій і конкретних заходів корекційного впливу.

9. Нормативні дані моторного розвитку за віковими періодами, представлені в методиці, отримані під час вивчення значної кількості практично здорових дітей у великих містах. Тому коректне зіставлення отриманих під час обстеження психомоторики даних із представленими в методиці віковими нормативами моторного розвитку може бути

припустимим лише стосовно дітей, які виховуються і розвиваються в аналогічних соціально-культурних умовах.

10. За результатами обстеження за допомогою цієї методики не можуть бути зроблені інші висновки, крім висновку про стан (рівень, ступінь) психомоторного розвитку дитини.

В. Аналіз та оцінка результатів обстеження, складання висновку про стан психомоторики

Після завершення обстеження психомоторики та визначення діапазону періодів, з яких в одному віковому періоді випробовуваний успішно впорався з усіма завданнями, а в іншому – не виконав жодного завдання, можна братися за аналіз та оцінювання результатів дослідження, і складання висновку про стан психомоторного розвитку обстеженої дитини.

Аналіз та оцінка результатів обстеження психомоторики можливі двома способами.

Один із них – традиційний – дає приблизну оцінку отриманих даних: «добре/погано» або «достатньо/недостатньо». Крім того, можна провести якісний аналіз отриманих даних, тобто зазначити, які завдання випробовуваний виконував краще, а які гірше, надавши в такий спосіб характеристику різних компонентів моторики (загальної, дрібної ручної, артикуляційно-мімічної) та їхніх властивостей, а також того чи іншого конкретного руху всередині кожного із зазначених компонентів моторики. Однак, за такого підходу, правомірність якого не викликає сумнівів, на оцінку стану психомоторики впливатиме особиста думка експериментатора, пов'язана з наявним у нього дослідницьким досвідом, унаслідок чого оцінка і висновок можуть мати певною мірою суб'єктивний характер.

Другий спосіб оцінки отриманих під час обстеження результатів – обчислення рівня психомоторного розвитку випробовуваного.

У цьому разі кількісна оцінка отриманих даних виступає як доповнення до якісного аналізу психомоторики, як форма вираження якості моторного розвитку обстеженої дитини.

За результатами дослідження психомоторики дитини за допомогою цієї методики можливе визначення моторного віку (МВ) і рівня (ступеня) психомоторного розвитку обстеженого шляхом обчислення коефіцієнта моторного розвитку (КМР). В основі розрахунку КМР лежить процентне відношення МВ дитини до її хронологічного віку (ХВ) на момент обстеження.

МВ дитини, як і психічний вік загалом, не завжди збігається з ХВ і являє собою такий рівень розвитку моторики, який відповідає

моторному розвитку більшості здорових дітей певного хронологічного віку. Наприклад, за результатами обстеження обчислено, що МВ випробовуваного 2 років дорівнює 1 року 6 місяцям, це означає, що за своїм моторним розвитком дитина відстає від свого ХВ і відповідає більшості здорових дітей, ХВ яких дорівнює 1 року 6 місяцям.

Розрахунок МВ у цій методиці ґрунтується на результатах вікової валідизації кожного завдання. Обґрунтованість віднесення того чи іншого завдання до певного вікового періоду доведена експериментально. Отже, якщо в моторному відношенні дитина розвивається нормально, то під час її переходу з одного вікового періоду в інший вона має успішно справлятися з усіма групами рухових завдань, які властиві цьому віковому періоду. Інакше кажучи, «вікова ціна» всіх завдань будь-якого періоду дорівнює часовому інтервалу між цим і молодшим періодом. Наприклад, «вікова ціна» всіх десяти завдань вікового періоду 1 рік 3 місяці дорівнює одному місяцю, тобто часовому інтервалу між цим періодом (1 рік 3 місяці) і молодшим періодом (1 рік 2 місяці). Звідси можна підрахувати «ціну» одного завдання цього вікового періоду: 1 місяць (30 днів) ділимо на 10 завдань періоду й отримуємо 3 дні. Такий розрахунок – не просте механічне ділення місяців (днів) вікових періодів на кількість завдань, а він ґрунтується на результатах вікової валідизації кожного завдання.

Оскільки інтервали між віковими періодами дорівнюють або 1 місяцю, або 3 і 6 місяцям, а кількість завдань у кожному віковому періоді дорівнює десяти, то «ціна» одного завдання диференційована залежно від вікового періоду. Для вікового періоду в 1 місяць «вікова ціна» одного завдання дорівнює 3 дням; для вікового періоду в 3 місяці – 9 дням (90 днів ділимо на 10 завдань); для вікового періоду в 6 місяців – 18 дням (180 днів ділимо на 10 завдань).

Різні за змістом завдання кожного вікового періоду охоплюють різні компоненти рухової сфери дитини (загальну моторику, дрібну моторику рук, мовленнєву та мімічну моторику), що дає змогу виявити не тільки рівень сформованості моторики загалом, а й кожного її виду. За необхідності оцінювання стану моторного розвитку загалом, що буває необхідним для організації корекційно-розвивальних занять із нормалізації моторики, використовують показник загального моторного розвитку, який містить у собі результати виконання всіх завдань різних видів моторики. Таким чином, для розрахунку рівня моторного розвитку (РМР) дитини необхідне врахування оцінок усіх завдань, які виконані випробовуваним.

Розрахунок МВ дитини проводять після пред'явлення їй усіх завдань, порядок і перелік виконання яких визначаються одним з описаних вище варіантів (1, 2 або 3). МВ випробовуваного вираховується шляхом додавання до вихідного віку (віковий період, всі завдання якого дитиною були успішно виконані) «вікової ціни» всіх виконаних завдань з інших вікових періодів. Сума цих показників і буде складати МВ випробовуваного. Наприклад, після дослідження дитини, ХВ якої на момент обстеження дорівнював 1 року 6 місяцям, отримано такі результати. Із вікового періоду 1 рік 6 місяців не виконано жодного завдання, із завдань молодших вікових періодів виконано: із періоду 1 рік 3 місяці – 3 завдання; 1 рік 2 місяці – 5; 1 рік 1 місяць – 8; 1 рік – усі 10 завдань.

Дані дослідження показують, що для визначення МВ випробовуваного за вихідний вік слід прийняти 1 рік, оскільки з цього вікового періоду обстежувана дитина виконала всі запропоновані завдання. Шляхом підрахунку описаним вище способом визначається «ціна» виконаних завдань кожного із задіяних під час обстеження вікових періодів ($3 \text{ дні} \times 3 = 9 \text{ днів}$; $3 \text{ дні} \times 5 = 15 \text{ днів}$ і $3 \text{ дні} \times 8 = 24 \text{ дні}$). Складанням отриманих показників обчислюється МВ обстеженої дитини: $1 \text{ рік} + 48 \text{ днів} = 1 \text{ рік } 1 \text{ місяць } 18 \text{ днів}$. Отже, МВ випробовуваного (1 рік 1 місяць 18 днів) є нижчим за його ХВ (1 рік 6 місяців), що свідчить про відставання цієї дитини в моторному розвитку від свого паспортного віку майже на півроку.

Виявлені під час обстеження відхилення моторного розвитку можуть бути незначними або істотними, тобто перебувати в межах вікової норми, характерної для більшості дітей даного віку, або виходити за її межі. Можуть траплятися випадки, коли МВ дитини випереджає її ХВ.

Для визначення ступеня відхилення моторного розвитку в кожному конкретному випадку необхідно зіставити отримані в обстеженні результати з нормативними показниками, тобто з рівнем розвитку моторики більшості здорових дітей. Оскільки нормативні показники (їхні діапазони) подано у вигляді коефіцієнта моторного розвитку (КМР), то необхідно, використовуючи отриманий у кожному конкретному випадку показник МВ, обчислити відповідний показник КМР.

Коефіцієнт моторного розвитку, що виступає як відсоткове співвідношення МВ випробовуваного до його ХВ ($\text{КМВ} = \text{МВ} : \text{ХВ} \times 100 \%$), дає змогу порівняти між собою рівень моторного розвитку дітей одного або різних вікових груп у нормі та за патології, оскільки КМР

хронологічний вік нівелюється. Слід зауважити, що при обчисленні КМР за наведеною формулою показники МВ і ХВ мають бути приведені у співвідносні одиниці: якщо можливо, то в місяці, але, як показує практика, зазвичай у дні. Наприклад, на основі наведеного вище зразка обчисленого МВ визначаємо КМР. Він дорівнюватиме числу, що визначається діленням кількості днів МВ [1 рік 1 місяць 18 днів, виходить $(365 + 30 + 18) = 413$ днів] на кількість днів ХВ [1 рік 6 місяців, що дає $(365 + 180) = 545$ днів], і становитиме приблизно 75,8 %. Цей показник відповідно до нижче наведених рекомендацій зі складання висновку свідчить про те, що «психомоторний розвиток цієї дитини значно відстає від рівня моторики більшості дітей такого ж віку».

Порівняльний аналіз КМР обстеженої дитини з нормативним показником, який умовно приймають за 100 %, дає змогу зробити висновок про рівень моторного розвитку обстежуваної дитини порівняно з моторикою більшості дітей, що нормально розвиваються.

Складання висновку про статус моторики дитини за результатами обстеження є завершальним етапом вивчення рухової сфери. Слід ще раз зауважити, що обстеження психомоторики є частиною комплексного медико-психолого-педагогічного дослідження дитини різними фахівцями з метою виявлення можливих відхилень у її розвитку, визначення та обґрунтування шляхів психолого-педагогічної корекції, зокрема й психомоторного розвитку.

Висновок будується на основі порівняльного аналізу отриманих в обстеженні результатів із нормативними показниками. У процесі вивчення анамнестичних відомостей, спостережень за виконанням випробовувань завдань за серіями проб під час безпосереднього обстеження, а потім і за порівняльного аналізу важливо не тільки виявити характер (симптоматику) психомоторної недостатності, а й спробувати встановити психофізичні чинники (причини), що викликали рухові порушення, а також визначити їхні механізми та ступінь вираженості.

Висновок у кожному випадку має відповідати на конкретні питання і розкривати всі сторони досліджуваного предмета, тобто психомоторики.

Умовна схема висновку може складатися з трьох-чотирьох частин: 1 – постановка питання дослідження; 2 – описова характеристика дослідження; 3 – резюме найважливіших даних для формулювання діагнозу.

Перша частина висновку базується на аналізі скарг батьків або формулює конкретне питання дослідження.

Друга частина висновку розкриває анамнестичні відомості, дані спостереження за зовнішнім виглядом дитини, її ігровою і предметною діяльністю, результати безпосереднього обстеження. У цій частині висновку мають бути відображені відповіді на такі запитання:

1. Яке співвідношення моторного і хронологічного віку досліджуваної дитини?

2. Чи відповідає рівень психомоторного розвитку обстеженої дитини віковим нормам?

3. Які особливості відхилень у руховій сфері обстеженої дитини (загальна моторика, дрібна моторика рук, артикуляційна та мімічна моторика)?

4. Який вплив відхилень рухових функцій на психофізичний розвиток досліджуваної дитини?

Очевидно, що МВ дитини в нормі має відповідати її ХВ, але може бути більшою або меншою. За відповідності МВ дитини її ХВ КМР має дорівнювати 100, що свідчатиме про нормальний розвиток рухової сфери цього досліджуваного. Однак число «100» не є єдиним показником норми, оскільки показник у нормально розвинених дітей, виражений кількісно, має певний розкид (діапазон) значень.

Нормативний діапазон КМР для більшості здорових дітей, отриманий у процесі стандартизації завдань, лежить у межах 91-110. Це означає, що в обстеженої дитини, КМР якої буде в межах 91-110, у висновку має бути зазначено таке: «Моторний розвиток дитини перебуває на рівні, що відповідає більшості здорових дітей даного віку».

Ступінь відставання або випередження моторного розвитку випробовуваного встановлюється шляхом зіставлення отриманого КМР з нормативними діапазонами.

Перевищення МВ випробовуваного його ХВ, коли показник КМР більший за 110, свідчить про випереджальний розвиток моторики.

У висновку на таку дитину слід зазначити: «За психомоторним розвитком дана дитина перебуває вище рівня більшості дітей свого віку». Зниження МВ порівняно з ХВ, коли показник КМР менше 91, свідчить про відставання моторного розвитку досліджуваної дитини. Ба більше, відставання в розвитку рухових функцій може бути різною мірою: за показників КМР від 87 до 90 – незначне відставання; за КМР від 83 до 86 – відставання середнього ступеня; а за показника КМР менше 83 можна говорити про значне відставання дитини в розвитку моторних функцій. У цьому разі у висновку вказується таке: «Психомоторний розвиток цієї дитини відстає (відповідно до

показників: незначною, середньою або значною мірою) від рівня моторики більшості дітей такого ж віку».

Наведені приклади з висновків являють собою загальний висновок про рівень психомоторного розвитку дитини. Для встановлення остаточного (клінічного) діагнозу необхідне врахування ще низки інших додаткових чинників, які цією методикою не передбачаються.

Проводячи аналогію з клінічною практикою, можна говорити про виявлення цією методикою тільки одного симптому – «порушення психомоторного розвитку» - серед можливих інших. Як відомо, структура дефекту розвитку містить у собі первинне (провідне) порушення і вторинні відхилення. Порушення психомоторики в структурі дефекту в різних категорій дітей з обмеженими можливостями здоров'я може бути провідним (первинне порушення моторики), як це відбувається в разі дитячого церебрального паралічу (ДЦП), або супутнім основному (первинному) порушенню (вторинне порушення моторики), що спостерігається в дітей із порушенням слуху, зору, мовлення та з іншими відхиленнями розвитку.

Третя частина висновку має містити дані, що мають діагностичне значення.

У висновку, складеному за результатами обстеження за допомогою цієї діагностичної методики, мова має йти лише про відповідності або невідповідності рівня психомоторного розвитку досліджуваної дитини більшості здорових дітей такого ж віку. Інші висновки, що виходять за межі «компетенції» цієї методики, не можуть бути зроблені.

Висновок про низький рівень психомоторного розвитку, особливо дитини раннього віку, може стати важливим показником необхідності комплексного медико-психолого-педагогічного дослідження різних сторін її психофізичного розвитку з метою виявлення інших можливих відхилень, виявлення первинного порушення в структурі дефекту та визначення необхідних заходів корекційної психолого-педагогічної допомоги.

Контрольні запитання та завдання

1. Дайте загальну характеристику технології обстеження моторних функцій дітей раннього віку, представленої в цьому посібнику.
2. Що вивчають і оцінюють під час дослідження рухових функцій дитини першого року життя?

3. Яка загальна схема обстеження психомоторики дітей раннього віку? Опишіть коротко зміст кожного розділу (етапу) обстеження психомоторики.

4. На що спрямовані запитання в процесі збору та вивчення анамнестичних відомостей під час обстеження психомоторики дитини?

5. Яка структура та зміст протоколу обстеження психомоторики дитини?

6. Розкрийте організацію та зміст процедури обстеження дитини раннього віку.

7. Як здійснюється оцінка стану моторної сфери дитини за результатами обстеження? Опишіть варіанти оцінки.

8. Яким чином визначається коефіцієнт моторного розвитку (КМР) обстеженої дитини?

9. Що має бути відображено у висновках висновку про стан моторики обстеженої дитини?

3.4 Методики обстеження психомоторики дітей дошкільного віку

Обстеження психомоторики дітей дошкільного віку (залежно від завдань, що стоять перед ним) може носити самостійний характер, але найчастіше таке обстеження є частиною загального психолого-педагогічного дослідження, спрямованого на вивчення рівня розвитку мовлення, стану психічних процесів, особливостей особистісних і поведінкових проявів.

Як під час автономного обстеження рухової сфери, так і як складова частина психолого-педагогічного дослідження, вивчення психомоторики спрямоване на виявлення відповідності її розвитку віковим нормам і наявності відхилень як у континенті необхідних для даного віку рухів, так і в якості їх виконання.

Недоліки в розвитку рухової сфери дітей ускладнюють корекцію і компенсацію основного дефекту, ускладнюють адаптацію дитини в навколишньому середовищі, що зумовлює необхідність діагностики та корекції порушених рухових функцій. Обстеження психомоторики дає змогу визначити адекватні заходи допомоги щодо вдосконалення моторних функцій дитини у загальній системі корекційно-педагогічного впливу.

Рухові порушення в структурі дефекту дітей можуть проявлятися по-різному і виступати в різній ролі. З цього погляду можна виокремити чотири їхні варіанти.

1. Рухові порушення можуть виступати як основний дефект (у дітей із ДЦП).

2. Рухові порушення можуть виступати як провідні в структурі складного дефекту в разі поєднання різних видів патології (наприклад, поєднання олігофренії та порушення слуху тощо).

3. Рухові порушення можуть бути вторинними по відношенню до основного дефекту (наприклад, порушення моторики у сліпих та слабозорих дітей), проявляючись у цих випадках у вигляді несформованості зорово-моторної координації, недостатньої рухової активності та швидкості рухів тощо.

4. Рухові порушення можуть бути складовою частиною провідного дефекту і визначатися тими ж механізмами, що й основний дефект.

Так, за неускладненої форми олігофренії недостатність тонких диференційованих рухів пальців рук, кінетичного та кінестетичного ручного праксису, складних координаторних схем визначається тими самими механізмами, що й інтелектуальний дефект, а саме – недорозвиненням аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку, конкретно – кіркових зон рухово-координаторно-кінестетичного аналізатора. До цього ж варіанта можна віднести і порушення моторики за деяких форм заїкання органічного характеру, в основі якого лежить недостатність мозочково-екстрапірамідно-премоторних систем, а також порушення моторики рук за різної мовленнєвої патології кіркового генезу та своєрідної моторної недостатності в дітей із мінімальною мозковою дисфункцією.

Специфіка моторного онтогенезу і прояви рухових порушень у дітей різної модальності ставлять перед необхідністю проведення ретельного обстеження моторних функцій для успішної їхньої корекції в кожному конкретному випадку.

Розглянемо деякі методики різних підходів до обстеження психомоторики дітей дошкільного віку, представлені в літературі різними авторами.

Мотометричний підхід. Мотометрична шкала Озерецкого-Гельнітца для дослідження моторної обдарованості в дітей і підлітків.

Однією з найвідоміших і найуживаніших методик мотометричного підходу до вивчення моторної сфери дітей є мотометрична шкала Озерецкого-Гельнітца для дослідження моторної обдарованості в дітей і підлітків. За допомогою тестових завдань цієї шкали вивчають такі компоненти психомоторики: статична й динамічна координація рухів

тіла та рук, швидкість і одночасність рухів, чіткість їх виконання та наявність синкінезій.

Наводимо перелік тестових завдань для обстеження загальної довільної моторики дітей дошкільного віку, витягнутих із зазначеної шкали Озерецького-Гельнітца, стосовно різних вікових груп.

Для дітей 4 років

1. Стояння протягом 15 секунд із заплющеними очима; руки витягнуті по швах, ноги поставлено так, щоб носок лівої ноги тісно прилягав до п'яти правої; стопи мають бути розташовані по прямій лінії.

Сходження з місця і балансування враховується як мінус. У разі невдачі допускається повторення тесту.

2. Торкнутися, заплющивши очі, вказівним пальцем правої та лівої руки (по черзі) кінчика носа.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний торкнувся не кінчика носа, а якого-небудь іншого місця і тільки вже потім кінчика носа. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше трьох разів кожною рукою окремо. Із трьох проб дві мають бути позитивними.

3. Підстрибування. Одночасно відокремлюються від землі обидві ноги, злегка зігнуті в колінних суглобах. Висота, на яку підстрибує випробовуваний, не враховується.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний не вміє відразу відокремити від землі обидві ноги, стає під час підстрибування на п'яти, а не на шкарпетки, і протягом п'яти секунд робить менш як 7-8 підстрибувань. У разі невдачі допускається повторення тесту.

4. Укладання монет у коробку. 20 монет розкладають у два ряди на відстані двох сантиметрів одна від одної на столику перед випробовуваним. Перед ним стоїть маленька коробка, протягом 15 секунд у неї мають бути покладені щонайменше 10 монет. Жодного порядку в їхньому розміщенні не потрібно, забороняється тільки закидання. Дві спроби.

Лівші виконують завдання лівою рукою.

5. Випробовуваному пропонується протягом 10 секунд вказівними пальцями горизонтально витягнутих рук описувати в повітрі кола, розмір яких довільний, але має бути однаковим для обох рук. Правою рукою кола описуються за напрямком годинникової стрілки, лівою рукою - у зворотному напрямку.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний обертав руками одночасно в один бік, описував кола неправильної форми або описував одне коло менше за інше. У разі невдачі тест повторюється, але не більше трьох разів.

6. Експериментатор подає випробовуваному руку і просить міцно потиснути її спочатку правою, а потім лівою рукою, потім обома руками. Під час рукостискання стежать за тим, щоб випробовуваний не залучав до участі інші групи м'язів, не стискав у кулак іншу руку, не перекошував обличчя, не зморщував лоба, не розкривав рота, щільно не стискав губи тощо. За наявності зайвих рухів тест вважається невиконаним.

Для дітей 5 років

1. Стояння протягом 10 секунд на пальцях ніг («навшпиньках») з відкритими очима. Піддослідний підводиться на пальці ніг, стає навшпиньки, руки витягнуті по швах, ноги щільно стиснуті, п'яти і носки зімкнуті.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний зійшов із початкової позиції або доторкнувся п'ятами до підлоги. Хитання, балансування під час піднімання й опускання на пальцях ніг за мінус не приймаються, але обов'язково мають бути обумовлені в протоколі. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше трьох разів.

2. Досліджуваному дають квадратний аркуш (розміром 5×5 см) папіросного паперу і пропонують якнайшвидше за допомогою пальців правої руки скачати кульку, допомагати під час роботи іншою рукою не дозволяється. Завдання проробляється при положенні руки у висячому положенні. Після 25 секунд перерви пропонують скачати кульку іншою рукою. Тест обмежується 15 секундами для правої руки, 20 секундами – для лівої (для шульгів цифри зворотні).

Тест вважається невиконаним, якщо буде витрачено більше зазначеного часу і якщо кульки не будуть достатньо компактно згорнуті.

Тест розцінюють плюсом, якщо завдання виконано для обох рук; у разі виконання завдання для однієї руки ставлять 1/2 плюса; у протоколі вказують, для якої руки виконано завдання. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше двох разів для кожної руки.

3. Стрибання з відкритими очима поперемінно на правій і лівій ногах на відстані в 5 м.

Обстежуваний згинає під прямим кутом ногу в колінному суглобі, руки на стегнах. За звуковим сигналом він починає стрибати і, дострибнувши до заздалегідь зазначеного місця, опускає ногу; після перерви у 30 секунд стрибає на іншій нозі. Швидкість не враховується.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний більше, ніж на 50 см відхиляється від прямої лінії, торкнувся підлоги підігнутою ногою або розмахував руками.

Тест розцінюють плюсом, якщо завдання виконано для обох кінцівок; у разі виконання завдання для однієї ноги ставлять 1/2 плюса, у протоколі вказують, для якої ноги виконано завдання. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше двох разів для кожної ноги.

4. Намотування нитки на катушку. Обстежуваний лівою рукою тримає за один кінець катушку, з якої відмотано нитку до 0,2 м, вказівним і великим пальцями правої руки він бере нитку і за звуковим сигналом, роблячи рукою кругові обертальні рухи, починає з найбільшою швидкістю намотувати нитку на катушку. Для випробування лівої руки кінець катушки утримується правою рукою. Стежачи під час випробування за тим, щоб рука, в якій затиснута катушка, залишалася нерухомою і не робила кругових обертальних рухів, за наявності яких переривають випробування, щоб повторити його знову, але не більш як тричі для кожної руки. (Стосовно дітей з інтелектуальними порушеннями експериментатору дозволяється підтримувати руку обстежуваного, в якій затиснута катушка).

Тест обмежується часом і вважається невиконаним, якщо випробовуваний витратив на завдання понад 20 секунд для правої руки і понад 25 секунд – для лівої. (Для шульги цифри зворотні.)

Тест оцінюють плюсом, якщо завдання виконано для обох рук; у разі виконання завдання для однієї руки ставлять 1/2 плюса; у протоколі вказують, для якої руки виконано завдання.

5. Обстежуваний сідає за стіл, навпроти (на відстані, зручній для того, щоб легко можна було дістати напівзігнутою в лікті рукою) кладеться розкрита сірникова коробка. Праворуч і ліворуч з боків коробки (на відстані, що дорівнює довжині сірника) розташовано тісно в ряд (вертикально) по 10 сірників з кожного боку. Обстежуваному пропонується за звуковим сигналом почати складання сірників у коробку, для чого він повинен великим і вказівним пальцями обох рук одночасно брати з кожного боку по сірнику і одночасно ж класти їх у коробку. Першими беруться сірники, найближчі до стінок коробки. Протягом двадцяти секунд з кожного боку має бути покладено не менше ніж по 5 сірників; якщо покладено меншу, хоча й однакову з обох боків, кількість сірників, рекомендується повторення тесту; вторинне аналогічне виконання завдання розцінюється мінусом.

6. Досліджуваному пропонують оскалити зуби. Стежать за тим, щоб не було зайвих рухів (зморщування крил носа, чола, піднімання брів тощо), за наявності яких тест вважається невиконаним.

Для дітей 6 років

1. Стояння на одній нозі з відкритими очима протягом десяти секунд (поперемінно на правій і на лівій нозі). Ліва нога має бути зігнута під прямим кутом у колінному суглобі; ліве стегно – паралельно правому, злегка відведене, руки витягнуті по швах. У разі спонтанного опускання піднятої ноги слід запропонувати випробуваному негайно вирівняти ногу до прямого кута. Після 30 секунд перерви те саме випробування проробляється на іншій нозі.

Тест вважається невиконаним, якщо обстежуваний після триразового невиконання все ж опустив підняту ногу; тест також вважається невиконаним, якщо обстежуваний хоча б раз торкнувся землі підігнутою ногою, зійшов із місця, підстрибував, підіймався на пальцях ноги, балансував. Плюс ставлять за виконання завдання на обох кінцівках; у разі нестійкості на одній нозі ставлять 1/2 плюса; у протоколі зазначають, яка нога стійкіша. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше двох разів для кожної ноги.

2. Кидання в ціль гумового м'яча діаметром 8 см. На висоті грудей обстежуваного на стіну прикріплюється дошка-ціль розміром 20×25 см. М'яч кидається з відстані 1,5 м. Із п'яти кидків кожною рукою має бути три влучання правою, два влучання лівою рукою. М'яч бажано не кидати знизу. Вирішальним, однак, є влучання. Повторні спроби не дозволяються.

3. Стрибання з місця (розбіг не допускається) через мотузку, протягнуту на висоті 20 см від підлоги.

Під час стрибка необхідно згинати обидві ноги в колінних суглобах і одночасно відривати їх від землі (перестрибування, а не переступання). Із трьох проб обстежуваний повинен двічі перестрибнути, не зачепивши мотузки, але якщо при цьому впав або торкнувся руками підлоги, тест вважається невиконаним. У протоколі зазначається, чи став випробовуваний на носки або на п'яти.

Щоб уникнути забоїв, фіксують тільки один кінець мотузки, інший кінець укріплюють невеликою вагою, щоб у разі зачіпання мотузка вільно падала.

4. Малювання вертикальних ліній. Перед обстежуваним лежить папір у лінійку. За сигналом з найбільшою можливою швидкістю олівцем проводяться вертикальні штрихи, що з'єднують між собою дві горизонтальні лінійки паперу. За 10 секунд права рука має нанести принаймні 12, а ліва – принаймні 10 ліній. Не рахуються лінії, які на 3 мм виходять за лінії зошита або не досягають до них. Дозволено дві спроби.

5. На ходу розмотувати катушку. Обстежуваний іде в будь-якому темпі: тримаючи в руках катушку з нитками, розмотує з неї нитку і намотує її на вказівний палець правої руки. Час на виконання – 15 секунд. Потім те ж саме - лівою рукою.

Як мінус вважається зміна темпу ходьби, зупинки, передчасне припинення розмотування і намотування. Для кожної руки дозволяється по дві спроби.

6. Обстежуваному пропонують, узявши в руки перкусійний молоток, кілька разів сильно вдарити ним по столу; завдання спочатку виконують правою, потім - для лівої руки. Стежать за тим, щоб не було зайвих рухів (вискалювання зубів, зморщування чола, стискання губ тощо), за наявності яких тест вважається невиконаним.

У разі часткового виконання (для однієї руки) тест загалом оцінюється мінусом. У разі невдачі тест повторюється не більше двох разів для кожної руки.

Для дітей 7 років

1. Стояння з відкритими очима. Обстежуваний стає на носки (п'яти і носки зсунуті разом) і згинає, закинувши руки за спину, тулуб вперед під прямим кутом. Таку позицію він має утримувати протягом 10 секунд. Підгинати ноги в колінах не дозволяється.

Тест вважається невиконаним, якщо обстежуваний більше двох разів підігнув ноги в колінах, зійшов з місця, торкнувся підлоги.

2. Перед обстежуваним, який сидить за столом, ставлять лабіринт (рис. 1), у праву руку випробовуваний бере олівець і за звуковим сигналом починає вести олівцем безперервну лінію, поки не дійде до виходу з лабіринту. Після цього, не чекаючи інших слів команди, переходить до другого лабіринту і проробляє те саме. Перевертати папір, на якому намальовані лабіринти, не дозволяється і, щоб уникнути цього, рекомендується прикріплювати малюнок кнопками до столу. Після перерви в 30 секунд те саме (на іншому аналогічному малюнку) проробляється лівою рукою. Тест обмежується часом: для правої руки – 1 хвилину 30 секунд; для лівої руки – 2 хвилини 30 секунд.

Тест вважається невиконаним, коли проведена лінія виходить більше двох раз (при виконанні правою рукою) і більше трьох разів (для лівої руки) за зазначені в лабіринті межі. Чи буде для правої руки цей вихід за межі двічі у верхньому або нижньому лабіринті, а для лівої – вихід тричі в одному або різних лабіринтах – для оцінювання результатів виконання тесту не має значення, аби загальна кількість виходів в обох лабіринтах не перевищувала для правої руки - двох, для лівої – трьох разів. Якщо на виконання завдання витрачено часу більше

зазначеного, тест оцінюється як невиконаний. Тест оцінюють плюсом, якщо завдання виконано для обох рук; у разі виконання завдання для однієї руки ставлять 1/2 плюса; у протоколі вказують, для якої руки виконано завдання. У разі невдачі допускається повторення тесту, але не більше двох разів для кожної руки. Для шульгів цифри зворотні.

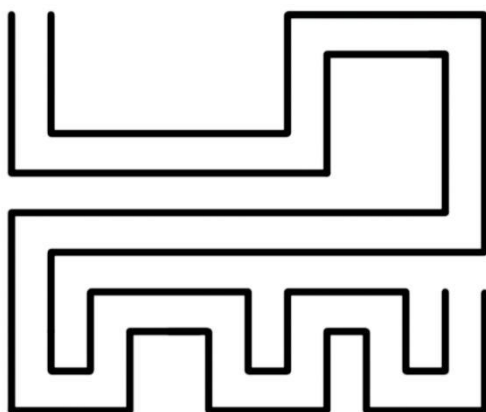


Рис. 1. Лабіринт 1 для обстеження руху руки

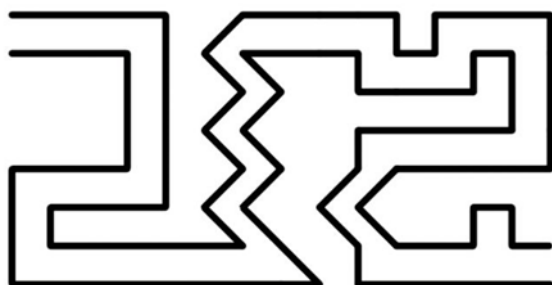


Рис. 2. Лабіринт 2 для обстеження руху руки

3. Пройти з відкритими очима по прямій лінії відстанню у 2 м. Обстежуваний має стати в таку позицію: ліва нога вперед, носок правої тісно дотикається до п'яти лівої ноги, руки витягнуті по швах. За звуковим сигналом обстежуваний має йти прямою лінією до вказаного йому місця, поперемінно ставлячи носок однієї ноги до п'яти іншої. Тест часом не обмежений.

Тест вважається невиконаним, якщо випробовуваний зійшов із прямої лінії, балансував, не торкався носком до п'яти. У разі невдачі – повторення тесту не більше трьох разів.

4. Роздача карт. У ліву руку беруться 36 карт, які з максимальною швидкістю викладаються правою рукою в чотири однакові купки. Відстань між купками – довжина однієї карти. Лівий великий палець може готувати карти до здачі. Не дозволяється здавати по кілька карт. Потім – повторення тесту лівою рукою. Як мінус вважається, якщо права рука витрачає понад 40 секунд, а ліва - понад 45 секунд. Приведення до

ладу недбало зданих купок зараховується в загальний час. Дві спроби для кожної руки.

5. Обстежуваний, сидячи, протягом 15 секунд відбиває поперемінно (у зручному для нього темпі) по одному такту правою та лівою ногами; одночасно з цим вказівним пальцем горизонтально витягнутої правої руки за напрямком годинникової стрілки описує в повітрі кола.

Тест вважається невиконаним, якщо обстежуваний збився з такту або виконував дії неодноразово, або замість кола описував іншу форму. Допускаються повторення тесту, але не більше трьох разів.

6. Обстежуваному пропонують підняти брови догори. Стежать за тим, щоб не було зайвих рухів (закидання голови, зморщування крил носа, скошування очей, відкривання рота тощо), за наявності яких тест вважається невиконаним.

Наведені тестові завдання з мотометричної шкали Озерецького-Гельнітца вибірково включаються різними авторами до своїх методичних розробок з обстеження психомоторики в дітей. Однак у цих методиках не наводиться порядок оцінювання результатів виконання дітьми рухових завдань, за винятком показників «виконав» - «+», «не виконав» - «-», що не дає повного уявлення про стан моторики обстежуваної дитини та віковий рівень її моторного розвитку.

Заповнюючи зазначену прогалину, наводимо порядок проведення обстеження моторики та оцінку його результатів за М. Озерецьким.

Обстеження має починатися з тестових завдань, що відповідають віку дитини. При цьому перші місяці до шести, що перевищують цілу кількість років, не враховуються, а з повних шести місяців до віку додається один рік (наприклад, 8 років 4 місяці = 8 рокам, а 8 років 6 місяців = 9 рокам).

Результат виконання кожного завдання оцінюється плюсом (+) або мінусом (-) за винятком завдань на дві кінцівки (у разі виконання тесту однією кінцівкою ставиться 1/2 плюса).

Результати обстеження фіксуються в протоколі такого виду (див. таблицю).

Протокол обстеження моторики (за М. І. Озерецьким)

Тест для віку	№ тестів	Відмітки експериментатора	Результати тесту

У разі невиконання хоча б одного завдання свого віку слід переходити до тестів молодшого віку до тесту того віку, де

обстежуваний дає всі плюси. Після цього переходять до тестових завдань старшого віку, піднімаючись за шкалою доти, доки обстежуваний не дає за всіма завданнями мінус. Якщо за результатами виконання всіх завдань тесту є один випадок 1/2 плюса, тест загалом зараховується. Якщо в одній віковій групі отримано два 1/2 плюса, то, незважаючи на виконання всіх завдань для цього віку, слід переходити до тестів нижчої вікової групи, пропонуючи завдання лише на невиконані компоненти рухів.

Підрахунок результатів обстеження здійснюється таким чином. За основу береться рік за шкалою, за яким обстежуваний дав усі плюси. До цього року додаються сума плюсів, отриманих під час виконання завдань для інших вікових груп. Кожен плюс дорівнює двом місяцям, 1/2 плюса – одному місяцю. Такий підрахунок, вказує М. Озерецький, можливий тільки до 10-річного віку, оскільки на кожному віковому одиницю є свої особливі серії завдань.

Наводимо приклад підрахунку. Обстежуваний у віці 9 років 4 місяці виконав усі тестові завдання для 9 років, 2 завдання для 10 років і одне завдання для 11-12 років.

Моторний вік (МВ) цього обстежуваного дорівнюватиме: 9 років + 4 місяці (два плюси за два завдання для 10 років) + 4 місяці (два плюси за одне завдання для 11-12 років) = 9 років 8 місяців. Отже, у руховому (моторному) розвитку обстежуваний перевищує свій вік на 4 місяці.

За показників МВ дитини, нижчих за свою вікову групу, ступінь відставання визначається так: легкий ступінь – від 1 до 1,5 місяців, середній – від 1,5 до 3 років, глибокий – від 3 до 5 років, нижче 5 років – «моторний ідіотизм».

Психолого-педагогічний підхід.

Методики обстеження психомоторики дітей з позиції цього підходу найширше представлені в літературі. Розглянемо деякі з таких методик.

Методика дослідження психомоторних функцій, представлена в підручнику Г. Волкової «Логопедична ритміка», призначена для дослідження психомоторних функцій за різними компонентами та параметрами рухової сфери в осіб із мовленнєвими порушеннями різного віку.

Наводимо стислий перелік завдань із цієї методики вибірково – тільки стосовно дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, із внесеним нами цифровим позначенням розділів, деяким перегрупованням у них завдань і частковою редакцією.

1. Дослідження довільної загальної та дрібної моторики рук

Дослідження рухової пам'яті, перемикання рухів, самоконтролю під час виконання рухових проб.

Завдання 1. За показом педагога дитині пропонується запам'ятати й повторити рухи для рук: руки вперед, угору, в боки, вниз (школярам – 4 рухи, дошкільнятам – 3).

Завдання 2. Повторювати за педагогом ті самі рухи, що й у завданні 1, але з відставанням на один рух.

Завдання 3. Повторити за педагогом ті самі рухи, що й у завданні 1, за винятком одного, «забороненого» руху.

Відзначити: якість, правильність, послідовність виконання рухів.

Дослідження довільного гальмування рухів.

Завдання. Марширувати і зупинитися раптово за сигналом. Зазначити: чи плавні й точні рухи обох рук; чи одночасно починають рух обидві руки і чи одночасно його закінчують; чи рухи рук неточні за роздільного їхнього руху.

Дослідження статичної координації рухів

Завдання 1. Поставити стопи ніг на одній лінії так, щоб носок однієї ноги впирався в п'яту іншої, руки витягнуті вперед. Час виконання – 5 секунд, по два рази для кожної ноги.

Завдання 2. Стояти із заплющеними очима на правій, а потім - на лівій нозі, руки вперед. Час виконання – 5 секунд.

Зазначити: чи вільно утримується поза, чи з напруженням, чи спостерігається розгойдування, балансування тулубом із підключенням рук, голови; чи відзначається сходження з місця або ривок убік; чи спостерігається торкання підлоги іншою ногою або, можливо, падіння, відкривання очей і відмова від виконання завдання.

Дослідження динамічної координації рухів

Завдання 1. Марширувати, чергуючи крок і плеск у долоні, який необхідно робити в проміжках між кроками.

Зазначити: чи правильно виконуються рухи з першого разу або з другого-третього разу; чи спостерігаються напруга, скутість у рухах рук, ніг; чи порушується чергування кроку і плескання або це не вдається зовсім.

Завдання 2. Виконати поспіль шість плавних присідань на носках, не торкаючись п'ятами підлоги (для дошкільнят – 3 присідання).

Зазначити: чи правильно виконується рух; чи спостерігається напруження або розгойдування, балансування тулубом з підключенням рук; чи відзначається крайнє напруження або постановка ніг на всю ступню.

Дослідження координації рухів

Завдання. Виконати рухи – ноги в сторони, на ширині плечей, руки вгору; ліву ногу виставити вперед на носок, руки на поясі.

Відзначити: чи правильно й точно виконуються рухи відповідно до завдання.

Дослідження переключення рухів

Завдання. Запропонувати підняти руки в боки на рівні плечей, зігнути в ліктях, торкнутися плечей, розігнути руки на пояс, присісти, випрямитися, руки опустити вздовж тулуба. Пройти по колу кроком, підскоками, бігом і знову кроком (характер рухів змінювати за сигналом).

Відзначити: чи правильно виконується рух; чи спостерігається напруга або розгойдування, балансування тулубом з підключенням рук; чи відзначається надмірне напруження, чи відповідає характер рухів і своєчасність їхніх перемикань інструкції.

Дослідження наявності або відсутності руху

Завдання. Запропонувати підняти руки вгору, в сторони, поставити на пояс. Зігнути руку в лікті, стиснути пальці в кулак, розкрити долоню. Повернутися тулубом вліво, вправо, не відриваючи ніг від підлоги.

Відзначити за всіма завданнями розділу: наявність (відсутність) руху; чи виконується завдання з першого, другого, третього разу; не виконується завдання.

Дослідження просторової організації руху

Завдання (за наслідуванням). Повторити за педагогом рухи в ходьбі по колу, у зворотному напрямку, через коло. Почати ходьбу від центру кола праворуч, пройти коло, повернутися в центр зліва. Пройти кабінет (зал) із правого кута через центр по діагоналі, обійти кабінет (зал) навколо і повернутися в правий кут по діагоналі через центр із протилежного кута. Повернутися на місці навколо себе і підскоками пробігти кабінетом (залом), починаючи рух праворуч; те саме - ліворуч.

Виконати ці ж завдання (за словесною інструкцією).

Зазначити: помилки в просторовій координації - незнання сторін тіла, провідної руки, невпевненість виконання.

Дослідження темпу рухів

Завдання. Протягом певного відрізка часу утримувати заданий темп у рухах рук, які показує педагог: руки вперед, догори, в сторони, на пояс, опустити. Потім за завданням педагога пропонується виконувати ці ж рухи подумки, а за сигналом (плескіт) показати, на якому русі випробуваний зупинився.

Зазначити: нормальний темп, уповільнений або прискорений.

Дослідження довільної моторики пальців рук

Завдання (за наслідуванням). Виконати під рахунок такі рухи: стиснути пальці в кулак – розтиснути (5-6 разів); тримаючи долоні на поверхні столу, роз'єднати пальці, з'єднати разом (5-6 разів); скласти пальці в кільце – розкрити долоню (5-6 разів); по черзі з'єднувати всі пальці руки з великим пальцем (спочатку - правої, потім - лівої, потім - одразу обох рук, для дошкільнят провести у вигляді ігрової вправи «Привіт, пальчику»). На обох руках одночасно показати другий і третій, другий і п'ятий пальці (5-6 разів). На обох руках одночасно покласти другі пальці на треті і, навпаки, треті на другі (5-6 разів).

Виконати ці ж завдання (за словесною інструкцією).

Зазначити: чи плавно, чи точно і чи одночасно виконуються проби і чи спостерігаються напруженість, скутість рухів; порушення темпу виконання руху (під рахунок логопеда); невиконання; наявність ліворукості.

2. Дослідження орального праксису

Дослідження обсягу та якості рухів губ

Завдання (за словесною інструкцією або за показом). Витягнути губи вперед (трубочкою). Розтягнути губи в «посмішці» (зуби не відкриваються), утримати позу. Підняти верхню губу, видно верхні зуби. Опустити нижню губу, видно нижні зуби. Одночасно підняти верхню губу й опустити нижню губу.

Зазначити: чи правильно виконуються рухи; який їхній діапазон; наявність супутніх рухів (синкінезій); чи спостерігається надмірне напруження м'язів, виснаженість рухів.

Дослідження об'єму та якості рухів м'язів щік

Завдання (за словесною інструкцією або за показом). Надути ліву щоку, надути праву щоку, надути обидві щоки одночасно.

Відзначити: чи правильно виконуються рухи; чи напружується протилежна щока; вдається чи не вдається ізольоване надування однієї щоки.

Дослідження обсягу та якості рухів язика

Завдання (за наслідуванням). Показати язик «жалом», утримати на три рахунки. Показати язик «лопаткою», утримати на три рахунки. Переводити кінчик язика по черзі з правого кута рота в лівий.

Показати язик, підняти його до верхньої губи («дістати кінчик носа»). Показати язик, покласти його на нижню губу й опустити вниз до підборіддя. Поклацати («поцокати») язиком.

Зазначити: чи правильно виконуються рухи; чи точний діапазон рухів язика; чи спостерігаються в м'язах супутні рухи; як рухається язик:

незграбно, неточно, всією масою, повільно; вдаються чи не вдаються ті чи інші рухи.

3. Дослідження довільної мімічної моторики

Дослідження обсягу та якості рухів м'язів чола

Завдання (за словесною інструкцією). Насупити брови, підняти брови догори, наморщити чоло.

Зазначити: чи правильно виконуються рухи; чи спостерігаються супутні рухи (мружаться очі, сіпаються щоки тощо); чи рухи не вдаються.

Дослідження можливості довільного формування певних мімічних поз

Завдання. Висловити мімікою здивування, сум, жах, радість, сумнів, підозрілість.

Пояснення. Здивування – брови підняті вгору, очі широко відкриті, рот привідкритий, губи злегка витягнуті. Сум – брови злегка зводяться до перенісся, кути брів злегка опускаються, губи стиснуті. Жах – брови піднімаються вгору до межі, очі максимально розкриваються, рот відкритий. Радість – губи розтягнуті в усмішку, очі злегка примружені. Сумнів – брови підняті вгору, губи стиснуті, нижня губа зігнута, кути рота опущені. Підозрілість – губи стиснуті, одне або обидва ока примружені.

Зазначити: чи правильно виконуються мімічні рухи за завданням, чи є відступи і неточності, чи спостерігаються синкінези.

Методика обстеження вмінь дітей, пов'язаних із виконанням фізичних рухів, що представлена в методичному посібнику Ю. Гаркуші «Педагогічне обстеження дошкільнят». Окрім обстеження моторних функцій, посібник містить також систему завдань для перевірки вміння, пов'язаних з розвитком елементарних математичних уявлень, образотворчої діяльності та конструювання в дітей з порушеннями мовлення.

Для перевірки рухових умінь автор пропонує систему завдань, підібраних відповідно до програмних вимог виховання і навчання дітей у дитячому садку. Система завдань, запропонованих у методиці, спрямована на вивчення в дітей 4-7 років основних видів рухів: ходьби, бігу, повзання і лазіння, стрибків, кидання, лову і метання.

Методика включає шість завдань, п'ять з яких спрямовані на вивчення різних рухів, а одне завдання – на виявлення ступеня сформованості в дитини почуття рівноваги як необхідного компонента основних рухів. Зміст кожного завдання диференційовано з

урахуванням програмних вимог залежно від віку дітей. Для виконання деяких завдань необхідна наявність малого спортивного інвентарю.

Інструкція може даватися словесно або бути продемонстрована в діях. У разі труднощів дитини у виконанні рухових завдань її увагу спрямовують на правильне виконання рухів, дають додаткове роз'яснення завдання, показують окремі прийоми та надають інші види допомоги.

Наводимо опис системи завдань для обстеження вмінь дітей дошкільного віку у виконанні фізичних рухів, що запропоновані автором методики у формі гри або рухових вправ.

1. «Роби те, що скажу»

Мета: визначити ступінь сформованості вмінь ходити прямо, зберігаючи заданий напрямок, бігати і стрибати відповідно до інструкції.

Інструкція: «Робіть те, що скажу: ідіть по колу, зупиніться; присядьте; стрибайте, як я; поверніться в інший бік; біжіть повільно; ідіть; зупиніться» тощо.

Хід виконання будівлі. За командою діти стають у коло (боком до центру), послідовно виконують рухи за інструкцією.

Дітям 4 років пропонується виконати стрибки на двох ногах разом із просуванням уперед (відстань 2-3 м). Дошкільнятам 5-6 років, крім того, пропонуються стрибки з поворотом колом, стрибки: ноги разом, ноги нарізно, на одній нозі (правій і лівій). Дітям 7 років пропонується виконати стрибки на двох ногах: на місці (різними способами) по 30 стрибків у чергуванні з ходьбою, з поворотом колом і просуванням уперед на 5-6 м; стрибки через 6-8 набивних м'ячів послідовно через кожний; на одній нозі через лінію, мотузку вперед і назад, праворуч і ліворуч, на місці та з просуванням уперед.

Види допомоги: 1) давати послідовно 1-2 команди; після невеликої перерви наступну частину завдання (1-2 команди) тощо;

2) показ окремих рухів.

2. «Сміливі розвідники»

Мета: визначити ступінь сформованості рухів, пов'язаних із повзанням між предметами.

Інструкція: «Ви сміливі розвідники. Треба проповзти між предметами без шуму» (як предмети використовуються кеглі або великі іграшки).

Хід виконання завдання. Дітям по одному пропонується проповзти між предметами, розставленими по залу.

Види допомоги: 1) звернути увагу дитини на правильне виконання завдання; 2) роз'яснити завдання, показавши маршрут руху між предметами; 3) запропонувати проповзти по прямій.

3. «Вгору по сходах»

Мета: виявити ступінь сформованості вміння лазити по гімнастичній стінці.

Інструкція: «Давайте лазити по гімнастичній стінці: вгору та вниз. Першим вправу буде виконувати М., приготуватися О.».

Хід виконання завдання. Діти сидять на стільцях (лавці) у спортивній залі. Пропонується завдання, для його виконання викликаються діти по одному.

Види допомоги: 1) звернути увагу дітей на правильне виконання завдання дитиною; 2) показ окремих прийомів лазіння.

4. Гра з м'ячем

Мета: вивчити можливості дитини в метанні куль (м'ячів), виконанні вправ із м'ячем.

Інструкція: «Будемо грати з м'ячами. Робіть те, що скажу».

Завдання 1. «Сядьте на підлогу. Котіть м'яч один одному» (попередньо група дітей ділиться на пари, що стоять один проти одного на відстані 2-3 м).

Завдання 2. «Встаньте. Кидайте м'яч один одному».

Завдання 3. «Сядьте на стільці. Завдання будете виконувати по одному. Кожен кидає м'яч донизу об підлогу і ловить його кілька разів, потім кидає вгору і ловить».

Завдання 4. «Будемо метати кулі (м'ячі) правою і лівою рукою. Першим метатиме М. Візьми кулю в праву руку. Кидай. Тепер візьми кулю в ліву руку і кидай».

Хід виконання завдання. Обстежуваним пропонується виконати кілька завдань (1 і 2) з м'ячем у формі гри. Діти, поділені на пари, сідають на підлогу один проти одного на відстані 2-3 м і перекичують м'яч, потім за інструкцією вони встають, кидають і ловлять м'яч у парах. Завдання 3 і 4 виконуються дітьми по одному. Для цього групу саджають на стільці (лавку) вздовж стіни, і кожен із викликаних дітей має кілька разів кинути або відбити м'яч об підлогу, потім - кілька разів підкидати і ловити м'яч. Після завершення цього завдання дітям пропонується метати кулі по черзі правою і лівою рукою.

Завдання 1-4 пропонуються дітям 2 років, завдання 2-4 - дітям 5-7 років. Крім того, дітям 5 років пропонується відбивати м'яч об підлогу на місці, а дітям 6-7 років - на місці та в ходьбі. Дітей 6-7 років просять

кидати м'яч угору, об підлогу і ловити його однією рукою. 7-річним дітям можна запропонувати вести м'яч у різних напрямках.

Види допомоги: 1) використання як приклад правильного виконання завдання одним-двома дітьми; 2) демонстрація словесної інструкції в діях.

5. Спритні стрибунки

Мета: виявити можливості дитини у виконанні стрибків у довжину, висоту, через скакалку.

Інструкція: Варіант 1. «Будемо стрибати в довжину з місця».

Варіант 2. «Будемо виконувати різні стрибки. Спочатку будете стрибати по одному з висоти, потім у довжину і у висоту, через скакалку».

Хід виконання завдання. Дітям пропонується виконати стрибки за інструкцією. Перший варіант інструкції використовується під час обстеження дітей 4-5 років, другий варіант - дітей 6-7 років. Завдання виконуються по одному з обов'язковою страховкою дорослого.

Види допомоги: 1) показ стрибка дорослим або одним із дітей; 2) використання підвідних вправ у разі труднощів у стрибках.

6. По вузькому містку

Мета: з'ясувати можливості дитини зберігати рівновагу на обмеженій площі опори.

Інструкція: «Це вузький місток через річку. Треба пройти по ньому: а) переступаючи через предмети; б) боком приставним кроком із мішечком на голові».

Хід виконання завдання. Діти сидять на стільцях (лаві) біля стіни. Вказуючи на гімнастичну лавку, дітей просять уявити, що це вузький місток. Потім кожному пропонується пройти «містком» і виконати за інструкцією названі завдання. Варіант інструкції: а) для дітей 4-5 років, б) для дітей 6-7 років.

Види допомоги: 1) показ усього завдання (його елементів) з поясненням; 2) включення в завдання елементів змагання.

Аналіз і оцінка результатів обстеження здійснюється на основі спостережень за якістю виконуваних рухових завдань дітьми в процесі їх здійснення.

У процесі спостережень за дітьми насамперед слід оцінити поставу дитини, навички правильної, ритмічної, легкої ходьби, бігу (додаткові відомості можуть дати спостереження за дітьми на фізкультурних та інших заняттях). Аналізу піддаються можливості дітей робити різноманітні стрибки за інструкцією (завдання 1, 5), ступінь освоєння вмінь у метанні, лазінні, у рухах з м'ячами (завдання 2-4).

Особлива увага звертається на сформованість координації рук і ніг, лівого і правого боків тіла при виконанні рухів. Може визначатися провідна рука і нога дитини.

У проведенні обстеження, в аналізі та оцінці результатів і характеру виконання завдань дітьми можуть надати допомогу матеріали, запропоновані автором розглянутої методики. У цих матеріалах подано нормативні вимоги до виконання рухових завдань дітьми дошкільного віку і хід обстеження вмінь дітей у виконанні фізичних рухів.

Методика обстеження моторних функцій у дошкільнят, складена колективом авторів, спрямована на вивчення стану моторних функцій у дошкільнят із дизартрією, але може бути використана і стосовно інших категорій дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Це обстеження містить у собі завдання на вивчення всіх сторін моторної сфери і є найповнішим, оскільки представлені в ньому рухові завдання з різних авторських методик згруповані за блоками стосовно різних компонентів моторики.

I. Обстеження стану загальної моторики

Оцінюється за допомогою таких тестів:

1. Рухи та серії рухів для рук:

- кинути м'яч логопеду і зловити його у зворотному кидку;
- руки вперед, угору, в сторони, на пояс;
- права рука на поясі, ліва - до плеча, ліва рука вгору, права - до плеча тощо;
- тримаючи руки над головою, перекласти з однієї кисті в іншу три стрічки по черзі;
- підняти руку з будь-яким предметом догори, потім, піднявши іншу руку догори, перекласти предмет із руки в руку.

2. Інші рухи:

- стрибати на двох ногах і на кожній;
- вистрибнути двома ногами в обруч, що лежить на підлозі, і вистрибнути з нього;
- котити обруч, рухаючись поруч із ним.

3. Довільне керування рухами:

- зупинитися за сигналом під час ходьби, пробіжки, стрибків;
- змінити вид руху, узгоджуючись із сигналом (ходьба на носочках під тихі удари в бубон, перехід на ходьбу на повній ступні зі збільшенням гучності ударів, при припиненні звучання бубна – зупинка руху).

4. Статична координація:

- стопи ніг поставити на одній лінії так, щоб носок однієї ноги впирався в п'яту іншої, руки витягнуті вперед; стояти з відкритими, потім із закритими очима;

- стояти з відкритими, потім із закритими очима на одній, потім на іншій нозі, руки витягнуті вперед.

5. Динамічна координація:

- марширувати, чергуючи крок і хлопок долонями;
- виконувати поспіль 3-5 присідань, стоячи на пальцях;
- проскакати на обох ногах, потім на одній (від столу до вікна);
- пройти по одній лінії, приставляючи носок до п'яти.

6. Просторова організація рухів:

- ходити по колу, а потім, повернувшись на 180°, йти у зворотному напрямку через коло по діагоналі;

- пройти від центру кола направо, потім рухатися наліво по колу;
- повернутися навколо власної осі через праве плече, через ліве;
- послідовно виконати проби: кулак - ребро - долоня, роблячи це правою рукою, потім лівою, двома руками, на площині та без опори на неї.

7. Темп виконання рухів:

- утримувати заданий темп у рухах рук;
- змінювати темп виконання серії рухів від повільного до швидкого і навпаки (за сигналом);
- виконати графічне завдання: креслити на папері палички в рядок протягом 15 секунд у довільному темпі; протягом наступних 15 секунд – креслити якнайшвидше; протягом наступних 15 секунд – креслити в первинному темпі.

II. Дослідження довільної моторики пальців рук

Завдання виконуються спочатку окремо кожною рукою, потім обома руками одночасно, уточняється провідна рука.

1. Статична координація руху:

- випрямити долоню правої руки, зблизити пальці й утримати кисть у цьому положенні під рахунок до 10-15;
- випрямити долоню, розвести всі пальці в сторони й утримати кисть у цьому положенні під рахунок до 10-15;
- виставити перший і п'ятий пальці й утримати цю позу під рахунок до 15;
- виставити другий і п'ятий пальці й утримати під рахунок до 5-8;
- покласти другі пальці обох рук на треті й утримати це положення під рахунок до 5-8; покласти треті пальці на другі й утримати під рахунок до 5-8.

2. Динамічна координація рухів:

- пальці стиснути в кулак, розтиснути (5-8 разів);
- виконати пробу: кулак - ребро - долоня (5-8 разів);
- покласти долоні на стіл, роз'єднати пальці, з'єднати (5-8 разів);
- одночасно змінювати положення обох рук: одна кисть стиснута в кулак, інша розтиснута (5-8 разів);
- по черзі виставити другий і третій пальці, потім – другий і п'ятий (5-8 разів);
- по черзі з'єднувати всі пальці правої руки з великим пальцем правої руки, всі пальці лівої руки з великим пальцем лівої руки, потім виконувати ці рухи обома руками одночасно;
- по черзі торкатися кожним пальцем столу;
- по черзі перекичувати олівець кожним пальцем, починаючи з другого.

III. Обстеження мимічної моторики (обсягу та якості рухів)

Включає наведені нижче завдання і здійснюється в такому порядку:

1. М'язи чола:

- підняти брови, насупити брови;
- наморщити чоло.

2. М'язи очей:

- легко зімкнути повіки, щільно зімкнути повіки;
- закрити праве око, потім ліве;
- підморгнути.

3. М'язи щік:

- надути ліву, потім – праву щоку;
- надути обидві щоки одночасно;
- перекичувати повітря з однієї щоки в іншу.

4. Міміка лицьових м'язів: зобразити різні емоційні стани: здивування, радість, переляк, сум, невдоволення.

5. Праксис лицьової мускулатури: символічний свист, символічний поцілунок, усмішка, оскал, цокання.

IV. Обстеження моторики артикуляційного апарату

Проходить у такому порядку з використанням наведених нижче завдань.

1. Рухова функція губ:

- зімкнути губи;
- округлити губи, як під час вимовляння звуку о, утримати позу під рахунок до десяти;

- витягнути губи в трубочку, як під час вимовляння звуку у, утримати позу під рахунок до десяти;

- витягнути губи, зімкнути їх «хоботком», утримати позу під рахунок до десяти;

- розтягнути губи в усмішці, утримати їх у такому положенні під рахунок до п'яти;

- максимально розтягнути губи в посмішці, утримати під рахунок до десяти;

- підняти верхню губу, щоб було видно верхні зуби;

- опустити нижню губу, щоб було видно нижні зуби;

- багаторазово вимовляти губні звуки (б-б-б, п-п-п).

2. Рухова функція щелепи:

- широко розкрити рот, як під час вимовляння звуку а, і закрити;

- зробити рух нижньою щелепою вправо, вліво, вперед.

3. Рухові функції язика:

- покласти широкий язик на нижню губу й утримати під рахунок до п'яти;

- покласти широкий язик на верхню губу й утримати під рахунок до п'яти;

- переміщати кінчик язика з правого кута рота в лівий, не торкаючись губ;

- висунути язик (лопаточкою, голочкою);

- наблизити кінчик язика по черзі до верхніх і нижніх зубів із внутрішнього боку (рот відкритий);

- підняти кінчик язика до верхніх зубів, потримати під рахунок до п'яти, опустити до нижніх зубів;

- уперти язик у праву, потім у ліву щоку;

- заплющити очі, витягнути руки вперед, кінчик язика покласти на нижню губу;

- зробити рух язиком вперед-назад при відкритому роті.

4. Рухова функція м'якого піднебіння:

- широко відкрити рот і чітко вимовити звук а (на твердій атаці);

- логопеду провести шпателем або зондом по м'якому піднебінню;

- при затиснутому між зубами язикові надуті щоки і сильно подути так, ніби задувається полум'я свічки.

Рекомендації до аналізу результатів обстеження моторних функцій

Під час аналізу результатів слід звернути увагу на такі моменти:

- доступність для дитини пропонуваного завдання;

- якість виконання руху (збереження обсягу руху, можливість фіксації тієї чи іншої пози, чіткість і точність виконання, інертність, виснаженість, скутість, млявість, розгальмування, недиференційованість рухів);

- особливості перемикання: доступність перемикання з одного руху на інший, плавність перемикання, його швидкість, наявність персеверацій, застрягання на одній позі;

- особливості рухової пам'яті, уваги, самоконтролю;

- кількість спроб під час виконання рухів, можливості навчання;

- темп виконання (нормальний, уповільнений, прискорений); можливості довільної зміни темпу; якість виконання рухів за прискореного темпу;

- помилки в просторовій орієнтації: незнання сторін тіла; невпевнене знання;

- особливості утримання пози (спокійне або напружене, розгойдування з боку в бік, балансування тулубом, руками, головою, сходження з місця або ривки в сторони тощо);

- відповідність рухової реакції сигналу;

- наявність супутніх, насильницьких рухів;

- наявність саливації (в обстеженні артикуляційного апарату).

V. Обстеження ритмічного відчуття

Дитині пропонуються такі завдання: простукати олівцем ритмічний малюнок, заданий за допомогою інструкції, зразка, графічної схеми, з виділенням акценту і без його виділення.

Рекомендація до аналізу результатів обстеження почуття ритму: під час відтворення дитиною ритмічного малюнка треба звернути увагу на дотримання нею заданого темпу, збереження кількості елементів у даному ритмічному малюнку, дотримання пауз усередині ритмічного малюнка.

Нейропсихологічний підхід.

Дослідження психомоторики у дітей із порушенням мовлення з позицій цього підходу може бути представлено нижченаведеною методикою.

Методика обстеження рухових функцій, запропонована А. Семенович у навчальному посібнику «Нейропсихологічна діагностика та корекція в дитячому віці», спрямована на дослідження таких рухових функцій, як кінестетичний праксис, кінетичний праксис, просторовий праксис.

I. Кінестетичний праксис

А. Праксис поз за зоровим зразком

Інструкція: «Роби, як я».

Дитині послідовно пропонується низка різних поз пальців, які вона має відтворити. Пози:

- 1) пальці стиснуті в кулак, вказівний витягнутий;
- 2) пальці як у п. 1, витягнутий мізинець;
- 3) пальці розкриті віялом, великий і вказівний утворюють кільце;
- 4) кільце утворюють великий і середній пальці;
- 5) кільце утворюють великий і безіменний пальці;
- 6) кільце утворюють великий палець і мізинець;
- 7) пальці в кулаці, вказівний і мізинець витягнуті;
- 8) витягнуті та розведені вказівний і середній пальці. По черзі обстежуються обидві руки. Після виконання кожної пози дитина вільно кладе руку на стіл.

Б. Праксис поз за кінестетичним зразком

Інструкція: «Заплющ очі. Ти відчуваєш, як я склав тобі пальці?»

Після інструкції рука дитини «розгладжується» і її просять відтворити задану позу. Зразки поз, умови ті самі, що й у пункті А.

2. Перенесення поз за кінестетичним зразком

Інструкція: «Заплющ очі. Ти відчуваєш, як я склав тобі пальці?

Склади їх точно так само на іншій руці». Зразки поз і умови ті самі.

Перенесення поз здійснюється спочатку з провідної руки (у правшів - з правої на ліву), а потім – навпаки.

3. Оральний кінестетичний праксис Інструкція: «Роби, як я».

Дитині показують такі дії: розтягування губ у посмішці, витягування їх у трубочку, висовування язика прямо вперед, піднімання його до носа, проведення язиком по губах, надування щік, насуплювання, піднімання брів тощо.

Кожен рух відтворюється дитиною.

Варіантом може бути виконання цього тесту за інструкцією, наприклад: «Насупися» або «Дотягнися язиком до носа». Але в цьому разі можуть виникнути помилки вторинного характеру через нерозуміння інструкції тощо.

II. Кінетичний (динамічний) праксис

1. «Кулак - ребро – долоня»

Інструкція: «Роби, як я».

Далі дитина виконує позначену низку рухів; змінюються лише пози, сама рука не змінює місця розташування.

Два рази дитина виконує рухи спільно з дорослим повільно і мовчки, потім їй пропонується виконати рухи самій і у швидшому темпі. Потім зробити те саме, але із зафіксованим язиком і заплющеними

очима. По черзі обстежуються обидві руки. За необхідності можуть бути запропоновані ті самі рухи, але в змінній послідовності, наприклад «ребро – долоня – кулак».

2. Графічна проба «Парканчик».

Перед дитиною малюється без відриву олівця зразок: ПЛПЛ.

Інструкція: «Продовжи візерунок, не відриваючи олівець від паперу».

Умови ті самі, що й у пункті 1.

3. Графічна проба для дітей, які володіють грамотою Інструкція «Напиши: Мішина машина; у Міши шишка».

4. Реципрокна координація рук

Інструкція: «Поклади руки так само на стіл (обидві руки лежать паралельно долонями вниз: одна стиснута в кулак, інша з витягнутими вперед пальцями). Роби, як я».

Кілька разів завдання робиться разом із дитиною, потім їй пропонується виконати самостійно. Умови ті самі, що й у пункті 1.

5. Оральний кінстетичний праксис Інструкція: «Роби, як я».

Дитині демонструють такі дії:

- 1) кілька разів – клацання язиком;
- 2) свист двічі і клацання язиком; насуплювання і посмішка;
- 3) доторкання язиком до лівого, потім – до правого кута рота, потім – надування щок.

Варіантом тесту є виконання аналогічних дій за мовленнєвою інструкцією.

III. Просторовий праксис

Проба Хеда

Експериментатор і дитина сидять один проти одного. Інструкція: «Те, що я буду робити правою рукою, ти будеш робити своєю (доторкнутися) правою рукою, те, що я буду робити лівою рукою, ти будеш робити своєю (доторкнутися) лівою рукою». Пропонується виконання спочатку одноручних (експериментатор постійно змінює руки), потім – дворучних проб.

Проби:

1) права рука, зігнута в лікті, піднята догори праворуч, як під час голосування, долоню із зімкнутими й витягнутими догори пальцями розташовано в сагітальній площині (площина, що ділить тіло поздовжньо на праву й ліву половини);

2) ліва рука, зігнута в лікті, розташована горизонтально на рівні грудей долонею вниз;

3) те саме, але правою рукою і на рівні підборіддя;

- 4) те саме, але на рівні перенісся;
- 5) ліва рука, як у пробі 1, але кінчики пальців на рівні підборіддя;
- 6) те саме, але кінчики пальців на рівні перенісся;
- 7) кисть лівої руки накладено на праве плече;
- 8) те саме, але пальці захоплюють мочку правого вуха;
- 9) ліва рука, як у пробі 5, але зміщена вліво, навпроти вуха, а права рука – горизонтально на рівні грудей долонею вниз, торкається кінчиками пальців середини долоні лівої руки;
- 10) те саме, але зі зміною рук.

Після виконання кожної проби приймається вільна поза. Зазначені проби разом з аналогічним дослідженням психічних функцій за допомогою методів нейропсихологічного обстеження спрямовані на виявлення нейропсихологічних

синдромів відхиленого розвитку (синдромів несформованості та синдромів дефіцитарності), пов'язаних із функціональною недостатністю тих чи інших мозкових утворень.

Більшість представлених у літературі методик обстеження психомоторики дітей спрямована здебільшого на вивчення стану загальної моторики, сформованості вмінь і навичок фізичних рухів, а методичні розробки для вибіркового дослідження інших компонентів рухової сфери показані меншою мірою. Методики системного обстеження всіх компонентів моторної сфери (загальної, ручної, артикуляційної та мімічної моторики) подано поодинокими версіями.

Серед методик, призначених для вибіркового дослідження конкретного компонента психомоторики, широко представлені методичні розробки, спрямовані на виявлення стану артикуляційної моторики, які логічно входять у схему логопедичного обстеження. Є також спеціальні методики для обстеження мімічної моторики. Однією з них є тести Л. Квінта в модифікації Г. Гельнітца. Наведемо тут для прикладу завдання з цієї методики, яка призначена для обстеження довільної мімічної моторики дітей від чотирьох до шести років.

1. Підняти брови («Здивування»).
2. Злегка зімкнути повіки.
3. Примружити очі («Яскраве сонце»).
4. Щільно зімкнути повіки («Стало темно»).
5. Стиснути губи.
6. Надати губам таке положення, яке потрібне для гри на духовому інструменті.
7. Витягнути губи, як для вимовляння звуку «о».
8. Надути щоки.

9. Оскалити зуби («Парканчик»).

10. Витягнути губи, як для свисту.

Завдання пропонуються поспіль тричі. Оцінювання проводять за трибальною системою. Повноцінне, чітке виконання оцінюється 1 балом; часткове, недостатньо чітке – 2 балами; невиконання понад семи завдань – 3 балами.

Дають загальну характеристику міміки зі спостереження за дитиною (жива, млява, напружена, спокійна, відсутність міміки – амімія, кривляння, диференційована і недиференційована міміка).

Тестові завдання з цієї методики активно включаються різними авторами в методики, які вони складають, призначені для системного обстеження моторики дітей.

Контрольні запитання та завдання

1. Як, можуть проявлятися рухові порушення у дітей різної модальності?

2. Яка загальна схема обстеження психомоторики дітей дошкільного віку? Розкрийте зміст кожного етапу обстеження психомоторики.

3. Перелічіть основні властивості рухів, на які необхідно звертати увагу під час обстеження психомоторики дітей дошкільного віку.

4. Які методи використовують під час проведення обстеження рухової сфери дітей за допомогою психолого-педагогічного підходу?

5. В у чому полягає специфіка обстеження моторики за методикою М. Озерецького?

6. Розкрийте структуру методики обстеження психомоторики дітей.

7. У чому полягають принципові відмінності методик обстеження моторної сфери?

8. За якими параметрами, на вашу думку, можна охарактеризувати схожість і відмінність методик обстеження моторної сфери, представлених у цьому розділі?

9. Наведіть приклади завдань для обстеження ручної та мімічної моторики, представленими в цьому розділі. Продемонструйте ці завдання на собі.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Самостійна робота є невід'ємною складовою вивчення навчальної дисципліни. Вона здійснюється за такими напрямками:

- підготовка теоретичних питань до практичних занять;
- виконання практичних завдань до лабораторних занять;
- конспектування першоджерел;
- виконання індивідуальних (професійно-орієнтованих) завдань;
- написання рефератів;
- підготовка до модульної контрольної роботи;
- підготовка до екзамену.

Підготовка теоретичних питань до практичних занять передбачає опрацювання питань теми практичного заняття. Ці питання могли як розглядати під час лекції, так і виноситися на самостійне опрацювання.

Порядок підготовки:

- визначте питання для підготовки (ви маєте розглянути усі питання, зазначені у плані практичного заняття);
- візьміть у бібліотеці університету (читальному залі або на кафедрі) джерела, зазначені у списку основної літератури до заняття. при підборі літератури ви можете користуватися бібліотечними каталогами (алфавітним, предметним або систематичним);
- визначте розділи (теми або параграфи), у яких розкрито питання практичного заняття;
- прочитайте ці розділи;
- складіть план (простий або складний) відповіді на кожне питання;
- визначте основні поняття, які ви повинні засвоїти;
- проаналізуйте, як опрацьований матеріал пов'язаний з іншими питаннями теми;
- для кращого засвоєння та запам'ятовування матеріалу складіть короткий конспект, схеми, таблиці або графіки по прочитаному матеріалу;
- визначте проблеми в опрацьованому матеріалі, які ви недостатньо зрозуміли. з цими питаннями ви можете звернутися на консультації до викладача;
- перевірте, як ви засвоїли опрацьоване питання. ви можете це зробити, відповівши на тестові питання до теми або розв'язавши практичні завдання.

Конспектування першоджерел передбачає поглиблений розгляд окремих питань теми. Для конспектування можуть пропонуватися статті з фахових журналів, розділи монографій або підручників.

Порядок підготовки:

- прочитайте запропоноване першоджерело;
- правильно оформіть бібліографію першоджерела (автор, назва, вихідні дані);
- складіть план (простий або складний);
- для кожного пункту плану виділіть основні положення проблеми, яка висвітлюється у першоджерелі;
- представте прочитаний текст у вигляді тез або анотації, використовуючи, при потребі, схеми, таблиці, графіки тощо;
- для самоперевірки перекажіть статтю, використовуючи власний конспект.

Виконання індивідуальних (професійно-орієнтованих) завдань має на меті вироблення умінь, необхідних для вирішення професійних завдань.

Порядок виконання:

- ознайомтеся з вимогами до індивідуального завдання;
- ознайомтеся зі змістом індивідуального завдання;
- визначте, чи доводилося вам виконувати подібні завдання;
- проаналізуйте теоретичний матеріал, необхідний для виконання індивідуального завдання;
- визначте питання, на які ви не можете дати відповіді самостійно, та зверніться з ними на консультації до викладача;
- конкретизуйте завдання, які ви маєте вирішити в ході виконання індивідуального завдання;
- складіть розгорнутий план виконання завдання;
- підберіть методи виконання завдання;
- виконайте індивідуальне завдання відповідно до плану;
- проаналізуйте, чи всі поставлені завдання ви виконали;
- внесіть, при потребі, корективи до виконаного завдання.
- оформіть завдання відповідно до вимог;
- здайте завдання викладачу у зазначений термін.

Методичні рекомендації до написання реферату.

I. Основні етапи підготовки реферату:

1. Вибір теми із переліку запропонованого кафедрою або викладачем. За бажанням студент може сам запропонувати оригінальну тему в межах програми курсу.
2. Пошук і вивчення літератури, її конспектування або ж виписування окремих положень.
3. Систематизація здобутої інформації.
4. Формулювання мети та завдань роботи, складання плану і у відповідності до нього – виклад тез, наведених у першоджерелах, підбір і запис доказів їх вірності.
5. Узагальнення опрацьованого матеріалу і з'ясування перспектив її подальшого дослідження.

II. Текст реферату 8-12 сторінок, оформляють за такою структурою:

1. Титульна сторінка.
2. Зміст (в якому вказані номери сторінок);
3. Вступ, в якому обґрунтовується актуальність теми, її практичне значення, мета і конкретні завдання роботи;
4. Основна частина – два-три розділи.

Кожний розділ нумерується і має свою назву. В розділах подається огляд та оцінка літератури з обраної проблеми, висловлюються власні міркування щодо неї.

В основній частині обов'язково мають бути посилання на джерела, елементи аналізу та систематизації запропонованих шляхів вирішення певної проблеми;

5. Висновки. В них підсумовується виконана робота згідно з визначеними завданнями.

6. Список використаної літератури. До нього заносяться опрацьовані джерела із дотриманням усіх необхідних вимог.

Технічні вимоги до оформлення реферату.

Текст реферату має бути набраний на комп'ютері з одного боку стандартних аркушів білого паперу (формату А-4 – 210х297 мм):

- розмір шрифту 14 (Times New Roman);
- абзацний відступ 1,25;
- ліве поле сторінки – 30 мм;
- праве – 15 мм;
- верхнє та нижнє – 20 мм;
- інтервал між строками 1,5.

Підготовка до модульної контрольної роботи (МКР) та екзамену має на меті узагальнення та систематизацію знань з дисципліни у цілому.

Порядок виконання:

- ознайомтеся з переліком питань та завдань до МКР та екзамену;
- підберіть підручники, інструктивно-методичні матеріали або іншу довідкову літературу, необхідну для підготовки;
- перегляньте зміст кожного питання, користуючись власними конспектами або підручниками;
- визначте рівень знань з кожного питання;
- визначте питання, які потребують ретельнішої підготовки (опрацювання додаткової літератури, складання конспектів, схем, виконання окремих завдань тощо);
- для самоперевірки перекажіть теоретичні питання або виконайте практичне завдання.

СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ ТА ВИМОГИ

Навчальні досягнення здобувачів вищої освіти з освітнього компоненту **«Розвиток психомоторики дітей з порушенням мовлення»** оцінюються згідно з «Положенням про рейтингову систему оцінювання навчальних досягнень здобувачів вищої освіти Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (зі змінами та доповненнями)».

Модуль включає бали за поточну роботу здобувачів вищої освіти на практичних заняттях, виконання самостійної роботи, модульну контрольну роботу, екзамен. Практичні індивідуальні та групові завдання, які виконує здобувач за визначеною тематикою, перевіряються викладачем. Модульний контроль знань здійснюється після завершення вивчення навчального матеріалу модуля.

Розподіл балів кредитного модуля

Поточний і модульний контроль (60 балів)			Сума
Поточний контроль	Самостійна робота	МКР	100
40 балів	10 балів	50 балів	

Рейтингова оцінка за поточною успішністю (40 балів)

Рейтингова оцінка за поточною успішністю (40 балів) обчислюється шляхом індексування досягнень здобувачів вищої освіти, які впродовж семестру оцінюються за 12-бальною системою.

Критерії оцінювання знань, умінь, навичок здобувачів вищої освіти (за 12-бальною системою)

Рівні навчальних досягнень	Оцінка в балах (за 12-бальною шкалою)	Критерії оцінювання
Високий (творчо-професійний)	12	Здобувач вищої освіти має системні, дієві знання, виявляє неординарні творчі здібності у навчальній діяльності; використовує широкий арсенал засобів для обґрунтування та доведення своєї думки; розв'язує складні проблемні завдання; схильний до системно-наукового аналізу та прогнозу явищ; уміє ставити і розв'язувати проблеми, самостійно здобувати і використовувати інформацію; логічно та творчо викладає матеріал в усній та письмовій формі; розвиває свої здібності й

		нахили; використовує різноманітні джерела інформації; моделює ситуації в нестандартних умовах. При виконанні практичних завдань виявляє високий рівень творчості та самостійності; наявними є готовність і бажання до неперервної самоосвіти. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
	11	Здобувач вищої освіти володіє узагальненими знаннями з навчальної дисципліни, аргументовано використовує їх у нестандартних ситуаціях; вміє знаходити джерела інформації та аналізувати їх, ставити і розв'язувати проблеми, застосовувати вивчений матеріал для власних аргументованих суджень у практичній діяльності; самостійно вивчити матеріал; визначити програму своєї пізнавальної діяльності; оцінювати різноманітні явища, процеси; займає активну життєву позицію. При виконанні навчальних завдань виявляє творчість і самостійність; наявною є готовність до неперервної самоосвіти. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
	10	Здобувач вищої освіти володіє глибокими і міцними знаннями за освітнім компонентом і використовує їх у нестандартних ситуаціях; може визначати тенденції та суперечності різних процесів; робить аргументовані висновки; практично оцінює сучасні тенденції, факти, явища, процеси; самостійно визначає мету власної діяльності; розв'язує творчі завдання; може сприймати іншу позицію як альтернативну; знає суміжні дисципліни; використовує знання, аналізуючи різні явища, процеси. При виконанні навчальних завдань виявляє творчість і самостійність; наявною є готовність до неперервної самоосвіти. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності
Достатній (алгоритмічно дієвий)	9	Здобувач вищої освіти вільно володіє вивченим матеріалом, застосовує знання у дещо змінених ситуаціях, вміє аналізувати і

		систематизувати інформацію, робить аналітичні висновки, використовує загальновідомі докази у власній аргументації; чітко тлумачить поняття, категорії, нормативні документи; формулює закони; може самостійно опрацьовувати матеріал, виконує прості творчі завдання; має сформовані типові навички, готовність до неперервної самоосвіти недостатньо виразна. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
	8	Знання здобувача вищої освіти досить повні, він вільно застосовує вивчений матеріал у стандартних ситуаціях; вміє аналізувати, робити висновки; відповідь повна, логічна, обґрунтована, однак з окремими неточностями; вміє самостійно працювати. При виконанні навчальних завдань виявляються лише елементи творчості і самостійності; готовність до неперервної самоосвіти недостатньо виразна. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
	7	Здобувач вищої освіти правильно і логічно відтворює навчальний матеріал за освітнім компонентом, оперує базовими теоріями і фактами, встановлює причинно-наслідкові зв'язки між ними; вміє наводити приклади на підтвердження певних думок, застосовувати теоретичні знання у стандартних ситуаціях; самостійно користуватися додатковими джерелами; правильно використовувати термінологію; скласти таблиці, схеми. При виконанні навчальних завдань творчість не виявляється; готовність до самоосвіти недостатньо виразна. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
Середній (репродуктивний)	6	Здобувач вищої освіти розуміє основні положення навчального матеріалу, може поверхнево аналізувати події, ситуації, робить певні висновки; відповідь може бути правильною, проте недостатньо осмисленою; самостійно відтворює більшу частину матеріалу; вміє застосовувати знання під час розв'язування розрахункових завдань за

		алгоритмом, користуватися додатковими джерелами. Творчість при виконанні навчальних завдань не виявляється, самостійність недостатня; потреба у безперервній самоосвіті відсутня. Здобувач переважно дотримується принципів академічної доброчесності.
	5	Здобувач вищої освіти знає більше половини навчального матеріалу, розуміє сутність навчальної дисципліни, може дати визначення понять, категорій (однак з окремими помилками); вміє працювати з підручником, самостійно опрацьовувати частину навчального матеріалу; робить прості розрахунки за алгоритмом, але окремі висновки не логічні, не послідовні. Творчість при виконанні завдань не виявляється, самостійність недостатня; потреба у безперервній самоосвіті відсутня. Здобувач переважно дотримується принципів академічної доброчесності.
	4	Здобувач вищої освіти володіє початковими знаннями за освітнім компонентом, знає близько половини навчального матеріалу, здатний відтворити його, провести за зразком розрахунки; орієнтується у поняттях, визначеннях; самостійне опрацювання навчального матеріалу викликає значні труднощі. Творчість при виконанні завдань не виявляється; самооцінка готовності до роботи завищена; потреба у безперервній самоосвіті відсутня. Здобувач переважно дотримується принципів академічної доброчесності.
Початковий (понятійний)	3	Здобувач вищої освіти намагається аналізувати на основі елементарних знань і навичок; виявляє окремі властивості; робить спроби виконання вправ, дій репродуктивного характеру; за допомогою викладача робить прості розрахунки за готовим алгоритмом. Творчість і самостійність при виконанні завдань відсутні; потреба у безперервній

		самоосвіті не виявляється. У роботі здобувача наявні ознаки академічної доброчесності.
	2	Здобувач вищої освіти мало усвідомлює мету навчально-пізнавальної діяльності, робить спробу знайти способи дій, розповісти суть заданого, проте відповідає лише за допомогою викладача на рівні «так» чи «ні»; може самостійно знайти в підручнику відповідь. Творчість при виконанні завдань відсутня; потреба у безперервній самоосвіті не виявляється. У роботі здобувача наявні ознаки академічної доброчесності.
	1	Здобувач вищої освіти володіє навчальним матеріалом за освітнім компонентом на рівні засвоєння окремих термінів, фактів без зв'язку між ними: відповідає на запитання, які потребують відповіді «так» чи «ні». Творчість і самостійність при виконанні завдань відсутні; потреба у безперервній самоосвіті не виявляється. У роботі здобувача наявні ознаки академічної доброчесності.

Пропущені заняття здобувач вищої освіти має обов'язково відпрацювати. За відпрацьовані лекційні заняття оцінки не ставляться, за практичні заняття нараховуються бали середнього (4, 5, 6), достатнього (7, 8, 9) та високого рівня (10, 11, 12).

Здобувач вищої освіти, знання, уміння і навички якого на навчальних заняттях за 12-бальною шкалою оцінено від 1 до 3 балів, вважається таким, що недостатньо підготувався до цих занять і має академічну заборгованість за результатами поточного контролю. Поточну заборгованість, пов'язану з непередготовленістю або недостатньою передготовленістю до навчальних занять, здобувач вищої освіти повинний ліквідувати. За ліквідацію поточної заборгованості нараховуються бали середнього (4, 5, 6), достатнього (7, 8, 9) та високого рівня (10, 11, 12).

Критерії оцінювання самостійної роботи (10 балів)

Самостійна робота оцінюється за наслідками перевірки рівня засвоєння всіх питань, винесених на самостійну роботу. За самостійну роботу здобувач вищої освіти може отримати 10 балів. При отриманні менше 6 балів самостійна робота вважається не виконаною, і здобувач отримує можливість її перескладати.

Рівні навчальних досягнень	Оцінка в балах (за 10-ти бальною шкалою)	Критерії оцінювання
Високий (творчо-професійний)	10	Здобувач вищої освіти виявляє глибокі знання з питань, винесених на самостійне опрацювання, повно викладає самостійно вивчений матеріал, виявляє розуміння предмета висловлювання, розуміє можливість різних тлумачень однієї і тієї ж проблеми, вміє оцінювати аргументи для її доведення, порівнювати, виявляє розуміння матеріалу, може обґрунтовувати свої судження, наводити необхідні приклади, викладає матеріал логічно, послідовно, добирає самостійно інформаційні джерела, володіє вміннями творчо-пошукової діяльності та роботи з Інтернет джерелами, вживає мовні засоби відповідно до норм української літературної мови. Здобувач вищої освіти вчасно виконує завдання самостійної роботи. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності
Достатній (алгоритмічно дієвий)	8–9	Якщо відповідь здобувача відповідає тим самим вимогам, що і для високого рівня, але здобувач допускає 1-2 помилки, які сам виправляє, і 1-2 недоліки в послідовності викладу матеріалу, винесеного на самостійне опрацювання. Здобувач вміє наводити власні приклади на підтвердження нових думок, може застосовувати вивчений матеріал у стандартних та дещо змінених ситуаціях, переважно добирає самостійно інформаційні джерела, володіє вміннями творчо-пошукової діяльності та роботи з Інтернет джерелами. Здобувач вищої освіти вчасно виконує завдання самостійної роботи, дотримується принципів академічної доброчесності.

Середній (репродуктивний)	6–7	Здобувач виявляє знання і розуміння основних положень питань, винесених на самостійне опрацювання, але викладає матеріал неповно, допускає неточності у визначенні понять, потребує допомоги викладача, не вміє досить глибоко і доказово обґрунтовувати свої судження і наводити приклади; у власній аргументації використовує загальновідомі докази; не має сформованих умінь і навичок роботи з отриманою інформацією; володіє вміннями здійснювати первинну обробку навчальної інформації без її подальшого аналізу, викладає матеріал непослідовно і допускає помилки в мовному оформленні викладу. Здобувач вищої освіти виконує завдання самостійної роботи фрагментарно й дещо пізніше визначеного терміну. Переважно дотримується принципів академічної доброчесності.
Початковий (понятійний)	5 і менше	Якщо здобувач виявляє незнання більшої частини вивченого матеріалу, не володіє методичним апаратом, допускає помилки у формулюванні професійних понять, які спотворюють їх зміст, не вміє самостійно побудувати систему вивчення певних тем, хаотично і невпевнено викладає матеріал. У здобувача не сформовано необхідні практичні вміння роботи з навчальною інформацією; він не має елементарних умінь здійснювати первинну обробку й подальший аналіз навчальної інформації; не володіє вміннями вибирати відомі способи дій для виконання завдань, неспроможний виконати стандартні завдання після спрямувальних питань викладача. Здобувач не виконав більшість завдань самостійної роботи, подав роботу пізніше визначеного терміну. У роботі здобувача наявні ознаки академічної недоброчесності.

Критерії оцінювання модульної контрольної роботи (50 балів)

Модульна контрольна робота виконується у письмовій формі. Мета її написання – виявити рівень теоретичних знань, практичних умінь і навичок здобувачів з кредитного модуля.

До її написання допускаються всі здобувачі вищої освіти. Позитивну оцінку за МКР не рекомендується покращувати. Невиконання МКР оцінюється 0 балів. Здобувачі вищої освіти, котрі за результатами виконання МКР отримали рейтинговий бал менший 60% від максимальної кількості балів, виділених на цей вид роботи, а

також ті, хто не з'явився для її виконання або не виконав її завдань, вважаються такими, що мають академічну заборгованість за результатами поточного контролю, ліквідація якої є обов'язковою.

Рівні навчальних досягнень	Оцінка в балах (за 50-ти бальною шкалою)	Критерії оцінювання
Високий (творчо-професійний)	46-50	Здобувач вищої освіти виявляє глибокі фундаментальні знання теорії, володіє тезаурусом, повно викладає вивчений матеріал, виявляє розуміння змісту освітнього компоненту, вміє підбирати аргументи для підтвердження своєї думки, формулює власне бачення проблеми, логічно обґрунтовує висловлені судження, творчо підходить до виконання завдань практичного характеру. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності.
Достатній (алгоритмічно дієвий)	40-45	Відповідь здобувача вищої освіти відповідає тим самим вимогам, що і для оцінки «відмінно», але при цьому він допускає 1-2 помилки чи неточності. Він наводить власні приклади на підтвердження своїх суджень і міркувань, успішно й ефективно виконує завдання практичного характеру. Здобувач дотримується принципів академічної доброчесності
Середній (репродуктивний)	30-39	Здобувач вищої освіти виявляє знання і розуміння основних положень предмета, але викладає матеріал неповно і допускає неточності у визначенні понять; не вміє досить глибоко і доказово обґрунтовувати свої судження і наводити приклади; викладає матеріал непослідовно і не логічно, має труднощі у виконанні завдань практичного характеру. Переважно дотримується принципів академічної доброчесності.
Початковий (понятійний)	29 і менше	Здобувач вищої освіти виявляє незнання більшої частини вивченого матеріалу, допускає помилки у формулюванні понять, які спотворюють їх зміст, не вміє самостійно побудувати систему вивчення певних тем, хаотично і невпевнено викладає матеріал, не здатний виконати завдання практичного характеру. У роботі здобувача наявні ознаки академічної недоброчесності.

Рейтингова оцінка з кредитного модуля (100 балів)

Рейтингова оцінка з кредитного модуля – сумарна підсумкова оцінка за багатобальною шкалою рівня засвоєння здобувачем вищої освіти певного кредитного модуля (навчальної дисципліни) упродовж його вивчення.

Рейтингова оцінка з кредитного модуля може коливатись у межах 60–100 балів.

Вона перераховується за шкалою ECTS (A, B, C, D, E, FX) і національною шкалою (відмінно, добре, задовільно, незадовільно).

**Таблиця відповідності шкал оцінювання навчальних досягнень
здобувачів вищої освіти з кредитного модуля**

Рейтин- гова оцінка з кредит- ного модуля	Оцінка за шкалою ECTS	Рекомендовані системою ECTS статистичні значення (у %)	Екзаменаційна оцінка за національною шкалою
90-100	A (відмінно)	10	відмінно
82-89	B (дуже добре)	25	добре
75-81	C (добре)	30	
67-74	D (задовільно)	25	задовільно
60-66	E (достатньо)	10	
35-59	FX (незадовільно з можливістю повторного складання)		незадовільно
34 і менше	F (незадовільно з обов'язковим проведенням додаткової роботи щодо вивчення навчального матеріалу кредитного модуля)		

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Багрій Я. Т. Дитячий аутизм : монографія. Київ : УкрІНТЕІ, 2009. 200 с.
2. Белова О. Б. Спеціальна методика розвитку мовлення. навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський : Медобори 2006, 2018. 212 с.
3. Гаврилова Н. С. Логопедія : навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський : «Медобори-2006», 2018. 188 с.
4. Гаврилова Н. С. порушення фонетичного боку мовлення у дітей. Монографія. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк-Сервіс», 2011. 200 с.
5. Галецька Ю. В. Особливості використання піктограм в практиці спеціальних дошкільних закладів // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. пр. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. № 23. С. 33–35.
6. Малхазов О. Р. Психологія та психофізіологія управління руховою діяльністю : монографія. Київ : Євролінія, 2002. 320 с.
7. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : науково-методичний посібник. Київ : КНТ, 2008. 256 с.
8. Озеров В.П. Психомоторные способности человека. Дубна : Феникс + , 2002. 320 с.
9. Островська К. О. Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навчальний посібник Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. 110 с.
- 10.Породько М. І. До питання психомоторного розвитку дошкільників із аутистичним спектром порушень. Науковий часопис. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Збірник наукових праць. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2016. Серія 19. Вип. 32. С. 69–73.
- 11.Риндер І. Д. Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутичного спектра. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2012. Вип 3(1). С.134–139.
- 12.Сімко А. В. Корекція психомоторики дітей-олігофренів дошкільного віку. Монографія. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк Сервіс». 2014. 180 с.
- 13.Сімко А. В. Фізична реабілітація дітей з особливостями інтелектуального розвитку : навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друк-Сервіс», 2014. 136 с.

14. Сімко А. В. Особливості створення порівнево збалансованої програми корекції психомоторики молодших школярів з особливими освітніми потребами. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : збірник наукових праць : вип. 16 / за ред. М. К. Шеремет. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О. В., 2020. Т.2. С. 257–267.
15. Роговик Л. С. Психомоторика дитини. Київ : Главник, 2005. 112 с.
16. Роговик Л. С. Весело, без страху. Індивідуальний підхід до навчання рухів через розвиток психомоторики. Дошкільне виховання, 2000. №1. С.26-28.
17. Роговик Л. С. Психомоторика : практикум. Київ : Главник 2005. 72 с.
18. Шинкарюк А. І. Психомоторно-рівнева структура активності та свободи суб'єкта. Кам'янець-Подільський : Оіум, 2005. 448 с.
19. Шинкарюк А. І. Розвиток моторики і психіки : Проблема активності та свободи. Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет, інформаційно видавничий відділ. 2002. 200 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Приблизні запитання для бесіди з батьками під час збору анамнезу та вивченні психомоторного розвитку дитини

I. Запитання для з'ясування особливостей перинатального та постнатального періодів розвитку організму дитини.

1. Як протікала вагітність цією дитиною?
2. Чи спостерігалися у майбутньої матері будь-які захворювання та інші шкідливості в до пологовий період?
3. У які терміни і як проходили пологи?
4. Чи були ускладнення під час пологів (травми, асфіксія тощо)?
5. Чи не виникали будь-які фактори ризику в перші дні життя дитини?
6. Які захворювання перенесла дитина з народження?
7. Де і яку лікувальну допомогу отримувала дитина? Які результати лікування?

II. Запитання для з'ясування особливостей розвитку психомоторики та формування навичок самообслуговування в дитини.

1. Які особливості рухового розвитку спостерігалися в ранньому віці дитини?
2. Коли почала тримати голову, сидіти без підтримки, повзати, стояти?
3. З якого віку почала ходити?
4. Чи відзначалися особливості в оволодінні навичками ходьби?
5. Коли і як навчилася вживати їжу самостійно, чи досі користується допомогою дорослих?
6. Чи добре жує їжу або «давить» її?
7. Як ковтає, чи не поперхується?
8. Чи вміє користуватися столовими приборами, посудом?
9. Якою рукою їсть, тримає ложку, чашку?
10. Коли почала малювати, що і як?
11. Якою рукою тримає олівець (малює)?
12. Якою рукою бере предмети, кидає м'яч тощо?
13. Чи є серед родичів особи, які краще володіють лівою рукою або обома руками рівною мірою?
14. У якому віці навчилася самостійно одягатися і роздягатися?
15. Чи вміє самостійно застібати і розстібати гудзики, зав'язувати і розв'язувати шнурки?

16. Чи вміє правильно вмиватися (мити руки, обличчя), чистити зуби, користуватися рушником?

17. Самостійно сформувалися навички самообслуговування чи за допомогою дорослих?

18. Чи відзначалися особливості в розвитку мовлення?

19. Як часто кричала, плакала у перші місяці життя?

20. Коли з'явилися гуління, лепет?

21. З якого віку почала розуміти мову? (На прохання дорослого відшукувати поглядом предмет, виконувати найпростіші завдання).

22. Коли почала вимовляти перші слова? Які?

23. Скільки слів вимовляла дитина до кінця першого року життя? Які?

24. Які звуки вимовляє добре, а які не зовсім чітко або зовсім не вимовляє?

III. Запитання для з'ясування умов життя та особливостей раннього виховання дитини.

1. Де і з ким виховувалася дитина в ранньому віці?

2. Коли пішла у ясла, дитячий садок?

3. Чи відвідувала спеціалізований дитячий заклад або спеціальну групу в масовому дитячому садку?

4. Чи зверталися з приводу проблем у розвитку та вихованні дитини до будь-яких фахівців (логопеда, психолога тощо)?

5. Чи активно опановувала ігрову та предметну діяльність?

6. Чим цікавиться і любить займатися?

7. Чи відзначаються якісь особливості в поведінці?

8. Яке основне тло емоційного стану?

9. Як часто змінюється настрій?

Додаток 2

Нормативні терміни розвитку побутових навичок і вмінь, навичок самообслуговування та дій з предметами в ранньому віці

4 міс. Погладжує і захоплює іграшки, що висять над ним.

5 міс. Упевнено бере брязкальце, яке тримають у нього над груддю.

6 міс. Вільно бере брязкальце з різних положень і довго з ним грає.

7 міс. Маніпулює іграшкою (стукає, розмахує нею).

8 міс. На прохання дорослого виконує вивчені рухи (наприклад, «ладусі», «до побачення» тощо).

9 міс. Їсть хліб, який тримає в руці, П'є з чашки, яку тримає дорослий. Використовує іграшки відповідно до їх властивостей (м'ячик котить, гумові іграшки стискає і розтискає, кладе в коробку предмети і виймає їх).

11 міс. Оволодіває новими діями з предметами: ставить один кубик на інший, знімає і надягає на стержень кільця.

12 міс. Самостійно п'є з чашки. Вивчені дії з предметами переносить з одного предмета на інший: наприклад, качає не тільки ляльку (вивчене діяння), але й ведмедика.

1 р. 2 міс. Спробує самостійно їсти ложкою густу кашу.

1 р. 4 міс. Оволодіває цілеспрямованими діями з предметами (наприклад, збирає пірамідку з п'яти кілець, двоскладну мотрійку, будує з кубиків паркан, вежу, доріжку тощо).

1 р. 7 міс. Відтворює елементарні сюжетні побудови (наприклад, будує з кубиків стіл, ліжко для ляльки, драбину до дому тощо).

1 р. 10 міс. Перед їдою починає мити руки з милом. Їсть досить акуратно.

1 р. 11 міс. Користується носовою хусткою, серветкою. Частково одягається і роздягається самостійно.

2 р. 1 міс. – 2 р. 2 міс. Гра є послідовним рядом пов'язаних між собою дій (наприклад, «готує» ляльці обід, потім «годує» її і «укладає» спати).

2 р. 5 міс. Повністю одягається сам, хоча, можливо, не вміє застібати гудзики і зав'язувати шнурки.

2 р. 9 міс. Навчається основам образотворчої діяльності: малює (кола, палички), ліпить (кульки, коржики).

2 р. 10 міс. Здатний зосереджуватися на деякий час на якому-небудь занятті.

3 р. Одягається повністю самостійно. Вільно тримає олівець.

3 р. 6 міс. Починає встановлювати колективні взаємини з іншими дітьми для гри.

Додаток 3

Список засобів для обстеження психомоторики дітей раннього та дошкільного віку

1. Іграшка (брязкальце).
2. Іграшка на стрічці.
3. Дитяча пляшечка із соскою.
4. Дзеркало розміром не менше 25×40 см.
5. Кілька маленьких іграшок (щоб дитина могла обхопити рукою).
6. Кілька маленьких кубиків розміром 3×3 см.
7. Кілька маленьких кульок із паперу.
8. Пляшка для вкладання маленьких кульок із паперу.
9. Чашка з пластмаси.
10. Коробочка без кришки.
11. Коробочка зі знімною кришкою.
12. Дві коробочки однакової форми, що вкладаються одна в одну.
13. Малий м'яч (діаметр, що дозволяє обхопити м'яч однією рукою).
14. Невеликий м'яч (діаметр – 15 см).
15. Великий м'яч (діаметр – 20-25 см).
16. Кольорові олівці.
17. Фарби (гуаш або акварель), пензлик.
18. Папір для малювання для малювання.
19. Стрижень із 4-5 кільцями.
20. Мотрійка з 2-3 вкладишами.
21. Книжка з малюнками (для перегортання).
22. Невеликі дерев'яні цеглинки для будівництва споруд.
23. Лялька або ведмедик середнього розміру.
24. Дитячий посуд для годування ляльки.
25. Набір предметів для купання ляльки.
26. Пластилін яскравого кольору.
27. Палиця або мотузка для переступання.
28. Кошики діаметром 40 см і 60 см.
29. Дошки шириною 15 см і 20 см, довжиною 1,5-2 м.
30. Табурет (40×40 см).
31. Лавка висотою 15-20 см.
32. Ящики (50×50) висотою 15-20 см і 30-35 см.
33. Драбина висотою 1,5 м.
34. Гімнастична стінка висотою 1,5 м.

Додаток 4

Вікові нормативи сформованості основних рухів у дошкільнят

За типовою програмою навчання і виховання дошкільників подано вимоги до сформованості основних рухів у дітей. Дитина відповідно до свого віку повинна володіти такими навичками та рухами:

Ходьба

В 3 роки – проста в різних напрямках, із зупинкою, присіданням, з огинанням предметів.

В 4 роки – з високим підніманням коліна; на носках; зі зміною темпу; приставним кроком уперед, у сторони.

В 5 років – на носках (руки за голову); на п'ятах; перекатом із п'яти на носок; у ритм на місці та з просуванням.

В 6 років – гімнастична; на зовнішніх сторонах стопи; приставним кроком із хлопком.

Біг

В 3 роки – підтюпцем без зміни темпу; по колу.

В 4 роки – на швидкість і з довільною зміною темпу; із зупинкою та зміною напрямку.

В 5 років – у ритм на місці та з просуванням; з подоланням перешкод (огинаючи їх, перестрибуючи через них, пролазячи під ними).

В 6 років – із високим підняттям колін, із захопленням голови, від ведучого, за тим, хто тікає.

Стрибки

В 3 роки – на місці; прямий галоп; із предметів (висота 20-25 см).

В 4 роки – на місці в ритм; бічний галоп; на одній нозі; через невисокі предмети (5 см).

В 5 років – на місці з поворотом на 90 °; ноги разом - ноги нарізно; в ритм із просуванням; з місця у висоту, глибину, довжину.

В 6 років – на одній нозі з просуванням; на місці - одна нога вперед, інша – назад; у ритм на місці; з розбігу у висоту, довжину; через довгу хитну скакалку; через коротку скакалку, що обертається.

Лазіння

В 3 роки – повзання в різних напрямках (уперед-назад); пролізання в обруч; підлізання під мотузку (висота - 40 см), не торкаючись руками підлоги.

В 4 роки – підлізання під предмети боком, пролазіння між ними, проповзання під ними; повзання вгору й униз похилою дошкою навкарачки.

В 5 років – перелазіння через колоду; повзання по гімнастичній лавці; пізнання на карачках, спираючись на стопи і долоні.

В 6 років – по гімнастичній стінці (до верху) і з неї ритмічно, не пропускаючи рейок; повзання на карачках, штовхаючи головою м'яч; на карачках назад; на животі, пролазячи під лавкою.

Метання

В 3 роки – катання м'ячів між однолітками або з дорослим на відстань 2 м; прокатування м'ячів між предметами; кидок і ловля м'яча знизу двома руками одночасно за обов'язкового зорового контролю.

В 4 роки – кидання і ловля м'яча двома руками знизу, від грудей, з-за голови з відстані 1,5-2 м; влучання м'ячем (діаметр 6-8 см) з відстані 1,5-2 м у кошик, поставлений на підлогу.

В 5 років – у ціль однією рукою, відбивання м'яча від підлоги не більше ніж 10 разів; кидання м'яча вгору, а після удару м'яча об землю вміти ловити м'яч руками (виконувати не менше ніж 10 разів поспіль).

В 6 років – вільне відбивання м'яча від підлоги на місці та з просуванням; перекидання м'яча один одному й уміння ловити його стоячи, сидячи та в різні способи; оволодіння елементарними прийомами волейболу й баскетболу; у горизонтальну й вертикальну цілі (центр мішені на відстані 2 м) з відстані 3-4 м.

Рівновага

В 3 роки – ходити по точно окресленому простору на підлозі; переступати через предмети, що лежать на підлозі (кубики, іграшки, палички тощо).

В 4 роки – пройти і пробігти звивистою доріжкою, викладеною на підлозі; пройти по дошці, покладеній похило (висота - 30-35 см).

В 5 років – ходити й бігати по горизонтальній і похилій дошці змінним кроком (прямо й приставним кроком боком); уміти зробити зупинку під час бігу, присісти або повернутися колом, потім продовжити біг; кружляти в обидва боки; ходити гімнастичною лавкою, переступаючи через набивні м'ячі; те ж саме - з мішечком на голові.

В 6 років – уміти виконувати складні вправи на рівновагу (ластівка, пістолетик, чапля) на підлозі й на гімнастичній лаві; стоячи на гімнастичній лаві, підніматися на носки й опускатися на всю ступню; повертатися колом; після бігу та стрибків присідати на носках, руки в боки; зупинятися й стояти на одній нозі, руки на поясі.

Додаток 5

Діагностична карта

Дослідження дитини перших двох років життя при припущенні у неї **раннього дитячого аутизму** (з усіх представлених у карті для обстеження неврологічних сфер обрано розділи, що стосуються рухової та мовленнєвої сфери)

Моторика

Порушення м'язового тону на першому році життя. Гіпертонус. Гіпотонус. Час виявлення, прояви. Тривалість та ефективність застосування масажу.

Моторний вигляд: рухова загальмованість, млявість або розгальмованість, збудливість.

Повільність, незграбність, поривчастість, маріонетковість рухів. Незграбність, мішкуватість. Незвичайна граціозність, плавність рухів, спритність при лазінні, балансуванні.

Затримка у формуванні навички жування.

Слабкість реакції на допомогу дорослого під час формування навичок сидіння, повзання, вставання.

Затримка в розвитку ходьби (тривалий інтервал між повзанням і початком ходьби). «Раптовість» переходу до ходьби. Активність у ходьбі. Страх ходьби. Початок бігу одночасно з початком ходьби.

Особливості бігу: імпульсивність, особливий ритм, стереотипне переміщення із застиганнями. Біг із широко розставленими руками, навшпиньки. Особливості ходи: «дерев'яність» (на ногах, що не згинаються), рвучкість, не координованість, на кшталт «водної іграшки» тощо.

Різниця моторної спритності у звичній обстановці та поза нею.

Рухові стереотипи: розгойдування в колисці, одноманітні повороти голови. Ритмічні згинання та розгинання пальців рук. Наполегливе, тривале розгойдування: стінки манежу, на іграшковому конику, гойдалці. Кружляння навколо своєї осі. Махаючі рухи пальцями або всією кистю. Розряди стрибків, тощо. Химерний малюнок рухових стереотипів.

Відсутність вказівних жестів, рухів головою, що означають або заперечення, або твердження, жестів привітання або прощання.

Труднощі в імітації рухів дорослого. Опір у прийнятті допомоги під час навчання рухових навичок. Міміка (зокрема за фотографіями в цьому віці). Гіпомімічність: бідність мімічних комплексів (посмішки, переляку, плачу тощо). Напруженість, неадекватні гримаси.

Мова

Слабкість або відсутність реакції на мову дорослого. Відсутність фіксації погляду на тому, хто говорить. Дисоціація між відсутністю реакції на слово і гіперсензитивністю до невербальних звуків, між «нерозумінням» простих побутових інструкцій і розумінням розмови, не зверненої до дитини.

Найкраща реакція на тиху, пошепки мову.

Запізнювання або відсутність фази гуління. Його неінтонованість. Запізнювання або відсутність фази лепету. Його незверненість до дорослого.

Запізнювання або випередження появи перших слів. Їхня не-зверненість до людини, незвичність, маловживаність. Ехолалії. Динаміка накопичення словника: «плаваючі» слова, регрес мовлення на рівні окремих слів.

Запізнювання або випередження появи фраз. Їхня незверненість до людини. Коментувальні, афективні фрази. Фрази – аутокоманди. Фрази – ехолалії. Відставлені ехолалії. Ехолалії – цитати. Ехолалії – узагальнені формули.

Схильність до вербалізації: гра фонематично складними, афективно насиченими словами. Неологізми. Монологи та аутодіалоги. Слова – заперечення.

Страхи афективно насичених метафор. Схильність до декламації, римування, акцентуації ритму.

Відсутність мови про себе в першій особі (за хорошого фразового мовлення). Неправильне вживання інших особистих займенників. Регрес фразового мовлення; чинники, що його провокують.

Химерність інтонацій. Підвищення висоти голосу до кінця фрази. Невиразність, зім'ятість, згорнутість мовлення, виразність вимови в спонтанній і заданій діяльності. Мутизм тотальний. Мутизм вибірковий.

Додаток 6

ФІЗИЧНІ ВПРАВИ ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Фізичні вправи для реабілітації психомоторного розвитку дітей на рівні А побудови рухів

Вправа № 1

В.п.: основна стійка. Одночасний рух руками в сторони, вперед, вгору, назад (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 2

В.п.: стоячи руки до плечей, кисті зімкнуті в кулаки. Піднімаючи руки вгору, розгинати кулаки. Те саме, з одночасним підніманням на носки (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 3

В.п.: стоячи, руки на пояс. Поворот вправо, права рука в сторону долонею догори. Повернутись у вихідне положення. Те саме в ліву сторону (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 4

В.п.: лежачи на спині, руки вгору. Перекочуватись навколо себе в праву та в ліву сторони по чергово (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 5

В.п.: лежачи на спині. Підняти ноги вгору, опустити справа від себе, повернутись у вихідне положення. Те саме в ліву сторону (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 6

В.п.: лежачи на спині, коліна підтягнуті до живота. По чергово випрямляти то праву то ліву ногу (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 7

В.п.: стоячи, руки на пояс. Випад правою ногою вперед, повернутись у вихідне положення. Те саме з лівої ноги (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 8

В.п.: стоячи, руки вгору. Поворот голови вправо, руки вниз, повернутись у вихідне положення. Те саме вліво (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 9

В.п.: стоячи, руки вниз. Нахилити голову вправо, руки вперед. Те саме вліво (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 10

В.п.: лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Руки через сторони вгору, нахилити голову вперед, повернутись у вихідне положення (утримувати 3-4 с).

Вправа № 11

В.п.: стоячи, ліва рука вниз, права в сторону. Поворот голови вправо, подивитись на кисть, повернутись у вихідне положення. Те саме вліво (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 12

В.п.: стоячи впритул спиною до стіни. Одночасно доторкнутися до стіни потилицею, лопатками, ікрами та п'ятками (утримувати 3-4 с).

Вправа № 13

В.п.: стоячи впритул спиною до стіни. Піднімати руки в сторони та вгору (утримувати 3-4 с).

Вправа № 14

В.п.: сидючи по-східному, стопа до стопи, обхопити їх руками. Перекочування праворуч – ліворуч (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 15

В.п.: на колінах, руки вгору. Нахилитися праворуч, нахилитися ліворуч, нахилитися уперед, руки назад. Повернутися у вихідне положення (кожне положення утримувати 3-4 с).

Вправа № 16

В.п.: основна стійка (струнко). Плавно підняти руки по обидва боки, опустити. Зігнути ліву ногу уперед, нахилитися, руки в сторони, головою торкнутися коліна. Те саме з правою ногою. (кожне положення утримувати 3-4 с).

Фізичні вправи для реабілітації психомоторного розвитку дітей на рівні В побудови рухів

Вправа № 1

В.п.: основна стійка. Кругові рухи руками вперед, назад.

Вправа № 2

В.п.: основна стійка. Руки дугами через сторони вгору, оплеск над головою, нахил вперед, оплеск внизу за ногами, повернутись у вихідне положення.

Вправа № 3

В.п.: стоячи, ноги на ширині пліч, руки на пояс. Пружинисті нахили вперед, торкаючись пальцями рук підлоги.

Вправа № 4

В.п.: стоячи на колінах, руки на пояс. Повернутись вправо, дістати правою рукою ліву п'ятку, повернутись у вихідне положення. Те саме в ліву сторону.

Вправа № 5

В.п.: сидючи схрестивши ноги, м'яч у правій руці. Нахилитись вправо, торкнутись м'ячем підлоги, як можна далі від себе, повернутись у вихідне положення. Те саме у ліву сторону.

Вправа № 6

В.п.: стоячи, ноги на ширині пліч, тенісний м'яч у правій руці. Нахилитись уперед, перекласти м'яч з однієї руки в іншу за лівою ногою, повернутись у вихідне положення. Те саме за правою ногою.

Вправа № 7

В.п.: основна стійка. Ходьба на місці, додержуючи правильної постави.

Вправа № 8

В.п.: стоячи, трохи розставивши ноги, великий м'яч у руках внизу. Підняти м'яч догори за голову, прогинаючи спину, повернутись у вихідне положення.

Вправа № 9

В.п.: стоячи, трохи розставивши ноги, великий м'яч у руках внизу. Швидкими рухами прямих рук та тулуба кинути м'яч назад через голову, прогинаючи під час цього спину.

Вправа № 10

В.п.: основна стійка. Сісти на килимок без допомоги рук, і так само без допомоги рук піднятися з килимка.

Вправа № 11

В.п.: руки перед собою, ноги разом. Присідання.

Вправа № 12

В.п.: упор присівши. Розпрямитися, підвестися на носки, ліву ногу зігнути, руки вперед догори, кисті розслаблені. Виконувати плавно. Те саме з правою ногою.

Вправа № 13

В.п.: основна стійка. Ходьба з мішечком піску на голові вздовж викладених гімнастичних палиць нога в ногу, руки на поясі.

Вправа № 14

В.п.: основна стійка. Обертання на місці та наступним за ним присіданням по звуковому сигналу.

Вправа № 15

В.п.: основна стійка, ноги на ширині плечей, руки опущені. Доторкнутися правою рукою до лівого коліна (зігнута в коліні ліва нога піднімається вперед і вгору), повернутися у в.п., потім ззаду доторкнутися лівою рукою до правої

п'яти (зігнута в коліні права нога відводиться назад). Повернутися у в.п. Повторити, відповідно, для лівої руки та правого коліна і правої руки і лівої п'яти.

Вправа № 16

В.п.: присісти, коліна розвести в сторони, руки на підлозі перед тулубом, долоні відведені в сторони. Спираючись на долоні намагатися дострибнути до них, вправа виконується просуваючись уперед. Відстань стрибків 1,5 – 2 метри.

Фізичні вправи для реабілітації психомоторного розвитку дітей на рівні С побудови рухів

Вправа № 1

В.п.: основна стійка. Ходьба «змійкою», навколо розставлених предметів.

Вправа № 2

В.п.: основна стійка. Біг з високим підніманням стегон, навколо розставлених предметів (те саме із закиданням гомілок назад).

Вправа № 3

В.п.: основна стійка. Стрибки на одній нозі з просуванням уперед, навколо розставлених предметів.

Вправа № 4

В.п.: стоячи, трохи розставивши ноги, великий м'яч у руках внизу. Кидки м'яча двома руками в стінку та його ловля.

Вправа № 5

В.п.: стоячи перед гімнастичною стінкою. Лазити по ній по діагоналі (до якогось предмета).

Вправа № 6

В.п.: стоячи перед вертикальною драбиною. Залазити на неї з однієї сторони, спускатися з іншої (висота до 2-х метрів).

Вправа № 7

В.п.: сидячи на стільці, руки на пояс, набивний м'яч (1кг) між ступнями ніг. Перекладати м'яч ступнями ніг з одного місця на інше (те саме з різними дрібними предметами, захвачуючи їх пальцями).

Вправа № 8

В.п.: основна стійка, тенісний м'яч у руці. Метання м'яча у ціль, яка котиться.

Вправа № 9

В.п.: основна стійка, тенісний м'яч в руці. Метання м'яча у горизонтальну ціль (корзину), яка стоїть на підлозі (відстань 3-4 метри).

Вправа № 10

В.п.: основна стійка, тенісний м'яч у руці. Метання м'яча у вертикальну ціль (обруч, що висить чи щит з намальованим кільцем), яка розташована на рівні очей дитини.

Вправа № 11

В.п.: основна стійка, руки в сторони. Пройти по стрічці, намагаючись не зійти з неї.

Вправа № 12

В.п.: основна стійка. Викласти послідовно 5 обручів. Сtribати з обруча в обруч (руки на поясі) вперед і назад.

Вправа № 13

В.п.: основна стійка. Викласти стрічки на відстані 20 см одна від одної. Дитина стає перпендикулярно (боком) до викладених гімнастичних стрічок, руки за спиною і на рахунок вихователя раз, два, три, перестрибує стрічки в один бік і знову на рахунок раз, два, три в інший бік.

Вправа № 14

В.п.: основна стійка. Стрічки виставляються паралельно одна одній на відстані між ними 35-40см. Дитина стає біля умовного струмка – одну ногу ставить на одну стрічку, другу на іншу, руки витягнуті вперед, в руках гімнастична палиця. Завдання: пройти по бережкам, намагаючись не зійти зі стрічок.

Вправа № 15

В.п.: основна стійка, руки в сторони, в руках прапорці. Пройти по гімнастичній лаві в один та в інший бік.

Вправа № 16

В.п.: основна стійка. Сtribки на двох ногах з просуванням уперед, навколо розставлених предметів.

Фізичні вправи для реабілітації психомоторного розвитку дітей на рівні Д побудови рухів

Вправа № 1

Дві пробки від пластикових пляшок кладемо на столі різьбленням вгору. Це – «лижі». Вказівний і середній пальці стають в них, як ноги. Рухаємося на «лижах», роблячи по кроку на кожен ударний склад:

«Ми їдемо на лижах, ми мчимо з гори,

Ми любимо забави холодної зими».

Те ж саме можна спробувати виконати двома руками одночасно.

Вправа № 2

Візьміть яскравий піднос. Тонким рівномірним шаром розсипте по підносу будь-яку дрібну крупу. Проведіть пальчиком дитини по крупі. Вийде яскрава контрастне лінія. Дозвольте дитині самій намалювати кілька хаотичних ліній. Потім спробуйте разом намалювати які-небудь предмети (паркан, дощик, хвилі), фігурки і т.д.

Вправа № 3

Насипаємо в чашку сухий горох. Дитина на кожен ударний склад перекладає горошини по одній в іншу чашку. Спочатку однією рукою, потім двома руками одночасно, поперемінно великим і середнім пальцями, великим і безіменним, великим і мізинцем. Віршики підбираються будь-які.

Вправа № 4

Візьміть решітку для раковини (зазвичай вона складається з безлічі клітинок). Дитина ходить вказівним та середнім пальцями, як ніжками, по цим клітинам, намагаючись робити кроки на кожен ударний склад. «Ходити» можна по черзі то однією, то іншою рукою, а можна - і двома одночасно, кажучи:

«У зоопарку ми бродили, до кожної клітки підходили

І дивились всіх підряд: ведмежат і вовченят».

Перевагою наведених вище ігор на розвиток дрібної моторики у дітей є те, що для їх проведення не потрібні якісь спеціальні іграшки, посібники тощо. В іграх використовуються підручні матеріали, які є в будь-якому будинку: прищіпки, гудзики, намистинки, крупа і т.д.

Вправа № 5

Для цієї вправи можна використовувати резинку для волосся діаметром 4-5 сантиметрів. Всі пальці вставляються в резинку. Завдання полягає в тому, щоб рухами всіх пальців пересунути резинку на 360° спочатку в один, а потім в інший бік. Виконується спочатку однією, потім іншою рукою.

Вправа № 6

Підберіть гудзики різного кольору і розміру. Спочатку викладіть малюнок самі, потім попросіть малюка зробити те ж самостійно. Після того, як дитина навчиться виконувати завдання без вашої допомоги, запропонуйте їй придумувати свої варіанти малюнків. З гудзикової мозаїки можна викласти неваляйку, метелика, сніговика, м'ячики, намисто тощо.

Вправа № 7

Насипаємо в каструлю 1 кг гороху або квасолі. Дитина запускає туди руки і зображує, як місять тісто, примовляючи:

«Місимо, місимо тісто, є в печі місце.

Будуть-будуть із печі булочки і калачі».

Вправа № 8

Насипаємо горох на блюдці. Дитина великим і вказівним пальцями бере горошину і утримує її іншими пальцями (як при зборі ягід), потім бере наступну горошину, потім ще і ще - так набирає цілу жменю. Можна робити це однією або двома руками.

Вправа № 9

Дитина збирає сірники (чи рахункові палички) одними і тими ж пальцями різних рук (подушечками) : двома вказівними, двома середніми і так далі

Вправа № 10

Будуємо «зруб» з сірників або рахункових паличок. Чим вище і рівніше зруб, тим краще.

Вправа № 11

Білизняною прищіпкою (перевірте на своїх пальцях, щоб вона не була занадто тугою) по черзі «кусаємо» нігтьові фаланги (від вказівного до мізинця і назад) на ударні склади вірша :

«Сильно кусає котик Тишко,
Він думає, це не палець, а мишка. (зміна рук)
Але ж граю я з тобою, лиш,
А кусатимешся, скажу тобі: «Кіш»!

Вправа № 12

Беремо мотузок (завтовшки з мізинець дитини) і зав'язуємо на нім 12 вузлів. Дитина, перебираючи вузли пальцями, на кожен вузол називає місяць року по порядку. Можна зробити подібні пристосування з намистин, гудзиків і так далі.

Вправа № 13

Натягуємо мотузок на рівні плечей дитини і даємо йому декілька білизняних прищіпок. На кожен ударний склад дитина чіпляє прищіпку до мотузка:

«Прищеплю прищіпки вправно
Я на мамин мотузок».

Вправа № 14

Дитина катає волоський горіх між долонями і примовляє:

«Я катаю мій горіх,
Щоб він став кругліший всіх».

Або два волоські горіхи дитина тримає в одній руці і обертає їх один навколо іншого.

Вправа № 15

Нашити на одну тканину гудзики різних розмірів, а на іншу – різні петельки. Дитина, застібаючи гудзики, тренуватиме пальчики, одночасно засвоюючи поняття «великий-маленький».

Вправа № 16

Шнурівки. Вони чудово розвивають дрібну моторику рук, до того ж завдяки їм малюк чудово оволодіває практичною навичкою шнурування взуття. Найпростішу шнурівку можна зробити власноруч. Візьміть картон, виріжте з нього знайомий для дитини об'єкт (яблуко, їжачка тощо) та зробіть по контуру дірки за допомогою діркопробивача. В ці дірки малюк має просовувати шнурочки. Також можна «пришнурувати» один об'єкт до іншого (їжачок несе яблуко тощо).

Додаток 7

Термінологічний словник вихідних положень у гімнастиці

Початкове положення (В. п.) – положення тулуба, ніг, рук перед виконанням загальнорозвивальної фізичної вправи (див. Початкових положень види).

Початкові положення для ніг – положення ніг перед виконанням фізичної вправи; позначаються загальноприйнятим терміном «стійка» (див. Сійка, Початкові положення ніг види).

Початкові положення для рук – положення рук щодо тулуба перед виконанням фізичної вправи, незалежно від положення тулуба в просторі (стоячи, сидячи, лежачи тощо) (див. Початкових положень рук види).

Вихідні положення для тулуба – положення тулуба перед початком виконання фізичної вправи (див. Вихідних положень тулуба види).

Вихідні положення лежачи – положення тулуба перед виконанням фізичних вправ (див. Вихідних положень лежачи види).

Вихідні положення сидячи – положення тіла перед виконанням фізичних вправ (див. Вихідних положень сидячи види).

Початкові положення стоячи – початкові положення тулуба перед виконанням загальнорозвивальної фізичної вправи, за яких стійка може виконуватися на ногах, одному або двох колінах. Ноги й руки при цьому можуть займати різні вихідні положення (див. Сійка, Вихідні положення для ніг, Вихідні положення для рук).

Вихідних положень види – у загальнорозвивальних вправах для дітей використовують такі основні В. п. в.: див. Вихідні положення для тулуба, Вихідні положення для ніг. Вихідні положення для рук.

Вихідних положень лежачи види. Розрізняють В. п. л. в. такі: лежачи на спині; лежачи на животі; лежачи на правому (лівому) боці.

Вихідних положень ніг види - розрізняють В. п. н. в. такі:

Стійки гімнастичні на колінах

Стійка в упорі на колінах – В. п., за якого тіло спирається на кисті рук і ноги, зігнуті в колінах; коліна, гомілки та шкарпетки спираються на підлогу всією довжиною, носки витягнуті, голова вперед. Використовується під час почергового піднімання ніг, вигинання і прогинання спини тощо.

Стійка на колінах – В. п., за якого коліна, гомілки та носки спираються об підлогу всією довжиною, носки витягнуті. Використовується під час поворотів у боки, сидячи на п'ятах, на підлогу праворуч і ліворуч тощо.

Стійка на правому (лівому) коліні – В. п., за якого одна нога коліном, гомілкою і носком спирається на підлогу, інша виставлена вперед, зігнута в коліні, ступня на підлозі; стегно опорної ноги і гомілка виставленої вперед ноги перпендикулярні підлозі. Використовується у вправах для рук і плечового пояса.

Стійки гімнастичні на ногах

Стійка ноги нарізно – В. п. стоячи, за якого ноги розставлені на ширину ступні, кроку, носки злегка розгорнуті. Використовується у вправах для рук і плечового пояса, під час поворотів у боки.

Стійка ноги нарізно, права (ліва) вперед – В. п. стоячи, за якого ноги на ширині ступні, кроку, шкарпетки злегка розгорнуті, права (ліва) нога попереду. Використовується в парних вправах під час перетягування палиці, мотузки тощо.

Стійка ноги на ширині плечей – В. п. стоячи, за якого ноги розставлено на ширину плечей, носки злегка розгорнуті. Використовується під час нахилів уперед, у боки.

Стійка ноги навхрест – В. п. стоячи, за якого одна нога знаходиться перед іншою навхрест і торкається коліна опорної ноги, ступні паралельно на відстані 10-15 см. Зручна для сидіння по-турецьки.

Стійка ноги злегка розставлені – В. п. стоячи, при якій ноги на ширині ступні, положення стоп довільне. Використовується в заняттях із дітьми молодшого дошкільного віку.

Стійка ноги зімкнуті – В. п. стоячи, за якого носки і п'яти разом. Використовується в присіданні з нахилом спини вперед, присіданні з випрямленням ніг, торкаючись пальцями підлоги тощо.

Стійка ноги ширші за плечі – В. п. стоячи, за якого ноги широко розведені, носки злегка розгорнуті. Використовується під час нахилів вперед із торканням підлоги руками, під час нахилів із поворотом до правої і лівої ноги, з обкатуванням м'яча навколо ніг, під час пружинистих нахилів тощо.

Стійка ступні паралельно – В. п. стоячи, за якого ноги злегка розставлені (на ширині ступні, кроку), ступні паралельні. Найдоцільніша для дошкільнят, оскільки забезпечує стійкість і рівномірний розподіл тиску ваги тіла на кінцівки.

Вихідних положень рук види. Розрізняють В. п. р. в. такі:

Руки вгору – В. п. рук, при якому прямі руки підняті вгору на ширину плечей і відведені до відмови, долоні звернені всередину.

Руки вперед – В. п. рук, при якому прямі руки підняті на висоту і ширину плечей, пальці зімкнуті, долоні звернені одна до одної.

Руки в боки – В. п. рук, за якого прямі руки підняті на висоту плечей, злегка відведені назад, долоні звернені вниз.

Руки за спину – В. п. рук, за якого зігнуті в ліктях руки обхоплюють передпліччя, торкаючись спини.

Руки за спину, кисть у замок – В. п. рук, за якого руки злегка зігнуті в ліктях, кисті з'єднані, повернуті долонями назовні.

Руки за спину, кисть на кисть – В. п. рук, за якого руки за спиною зігнуті в ліктях, кисть на кисть, нижня тримає верхню.

Руки до плечей – В. п. рук, за якого зігнуті в ліктях руки торкаються пальцями середини відведених назад плечей, лікті біля тулуба.

Руки назад – В. п. рук, за якого прямі руки відведені назад до максимуму на ширині плечей, долоні всередину.

Руки на пояс – В. п. рук, за якого кисті рук спираються на гребінь клубової кістки чотирма пальцями вперед, лікті та плечі відведені назад так, щоб лопатки зберігали нормальне положення.

Руки перед грудьми – В. п. рук, за якого зігнуті в ліктях руки підняті так, щоб кисті були продовженням передпліччя, долоні звернені донизу, лікті на висоті плечей.

Руки перед собою – В. п. рук, за якого зігнуті руки знаходяться на висоті плечей, одне передпліччя над іншим, кисті зігнуті в кулак.

Вихідних положень сидячи види. Розрізняють В. п. с. в. такі:

Сидячи на п'ятах – В. п. сидячи, за якого гомілки й носки спираються об підлогу, носки повернені всередину, сідниці на п'ятах, тулуб вертикально.

Сидячи, ноги вперед – В. п. сидячи, за якого ноги прямі зімкнуті, носки відтягнуті, злегка розгорнуті.

Сидячи ноги нарізно – В. п. сидячи, за якого ноги прямі розведені на 30-40 °, носки відтягнуті, злегка розгорнуті.

Сидячи ноги нахрест (по-турецьки) – В. п. сидячи, при якому ноги зігнуті в колінах, одна перед іншою.

Сидячи, ноги зігнуті – В. п. сидячи, за якого ноги зігнуті в колінах, зімкнуті, ступні на підлозі.

Сидячи (сід) на лавці поперечно – В. п. сидячи, за якого слід сісти верхи на лавку, ноги зігнуті, ступні на підлозі.

Сидячи (сід) на лавці поздовжньо – В. п. сидячи, за якого слід сісти на лавку спиною до довгої сторони, ноги зігнути, ступні на підлозі.

Вихідних положень стоячи види - див. Вихідних положень ніг види.

Вихідних положень тулуба види – розрізняють В. п. т. в. такі: стоячи, сидячи, лежачи на спині, на животі, на боці, стоячи на одному коліні, на двох колінах, на карачках, у присіді (див. Вихідні положення стоячи, Початкові положення сидячи види, Початкові положення лежачи види).

Стійка – вертикальне симетричне положення тіла людини (статична координація), коли її вагу рівномірно розподілено на обидві стопи зімкнутих ніг за злегка розведених носків, руки опущено і притиснуто до боків (див. Стійка основна).

Стійка основна – під час виконання гімнастичних вправ розрізняють основні С. на ногах із різним взаємним розташуванням стоп і на колінах (коліні) як вихідні положення (в. п.) (див. Вихідних положень ніг види).

Наукове видання

Руслан Теодорович Сімко
Алла Володимирівна Сімко

РОЗВИТОК ПСИХОМОТОРИКИ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Навчально-методичний посібник

Підписано до друку 07.04.2025 р. Формат 60X84/16
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний
Ум. друк. арк. 10,58 Тираж 40. Зам. 157

Видавець Ковальчук О.В.
32315, Хмельницька обл., м. Кам'янець-Подільський,
Вул. Васильєва, 13, корп. А. 37
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 7057 від 25.05.2020 р.