

Технології запуску мовлення для дітей з ООП

Методи та прийоми запуску мовлення при алаалії. Методи та прийоми запуску мовлення при афазії. Методи та прийоми запуску мовлення при ДЦП. Методи та прийоми запуску мовлення при аутизмі. Методи та прийоми запуску мовлення при інтелектуальних порушеннях. Нейротехнології для стимуляції мовленнєвих зон мозку.

Запуск мовлення у дітей з різними мовленнєвими порушеннями є складним та багатограним процесом, який вимагає індивідуального підходу та використання різноманітних методик.

Алаалія – тяжке порушення мовлення, відсутність або недорозвиток мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Алаалія – системний недорозвиток мовлення, при якому порушені усі його сторони (фонетико-фонематична, лексико-граматична, синтаксична). При алаалії мовлення зовсім не розвивається або розвивається з грубими відхиленнями. В залежності від того, які мовленнєві центри вже уражені розрізняють сенсорну та моторну алаалію.

Основні методи запуску мовлення при алаалії:

- Сенсорна стимуляція – використання яскравих іграшок, музики, звуків для залучення уваги дитини (наприклад, гра «Вгадай звук» – дитина слухає звуки та намагається вгадати, який це звук.).
- Артикуляційна гімнастика – вправи для розвитку рухливості органів артикуляції (наприклад, вправа «Гойдалка» – рух язиком униз-вгору).
- Розвиток фонематичного слуху – вправи на розрізнення звуків (наприклад, вправа «Повтори за мною» – повторення звуків, складів, слів).
- Розвиток лексики – заучування іменників, дієслів, прикметників.
- Формування граматичних конструкцій – складання простих і складних речень.
- Логопедичний масаж – масаж обличчя та органів артикуляції для стимуляції м'язів (наприклад, масаж щік та губ).

Прийоми:

- Ігрові: використання дидактичних ігор, сюжетно-рольових ігор.
- Візуальні підказки: картинки, схеми, таблиці.
- Розвиток зв'язного мовлення: використання оповідань, казок для розвитку зв'язного мовлення.

Афазія – розлад мовлення, при якому частково чи цілком втрачається можливість користуватися словами для вираження думок під час спілкування,

при збережених функціях артикуляційного апарату та слуху, достатніх для сприйняття елементарних мовленнєвих звуків. Термін «афазія» запропонований Труссо (A. Trouseau) у 1864 р. При афазії вражаються вищі механізми мовленнєвої функції, що здійснюються другою сигнальною системою, порушуються аналіз і синтез умовних мовленнєвих рефлексів – слів, які є, за І.П. Павловим, сигналами сигналів. При афазії виділяються два основні види мовленнєвих порушень: сенсорна, рецептивна, імпресивна афазія (нерозуміння мовлення навколишніх) і моторна, експресивна афазія (порушення усного мовлення). Афатичні розлади характерні при ураженні переважно домінантної півкулі головного мозку щодо мовленнєвої функції. Афазію виявляють при захворюваннях головного мозку різної етіології: судинних, запальних, пухлинних, травматичних ураженнях, атрофічних процесах у головному мозку — хворобі Піка, Альцгеймера тощо. Можуть виникати короточасні афатичні напади при судинних церебральних кризах, мігрени, епілептичному нападі (аура). Афазію вивчають дослідники різних спеціальностей: невропатологи, фізіологи, психологи, нейрохірурги, логопеди. Розрізняють наступні форми афазії:

1. Еферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження нижніх відділів премоторної зони кори у лобній долі лівої півкулі (центр Брока). У пацієнтів спостерігаються експресивні аграматизми, з труднощами використовуються у мовленні прийменники, флексії іменників. Порушення предикативної функції. Людина може вимовляти ізольовані звуки, грубо порушене звукове структурування слова. Характерними є елізії, контамінації, персеверації, антиципації, вербальні парафазії. Може відтворювати автоматизовані ряди. Мовлення уповільнено. Порушення слухо-мовленнєвої пам'яті. Спостерігаються дисграфії, запис слова або фрази можливий лише при промовлянні слів по складах. При еферентній моторній афазії основним завданням є подолання патологічної інертності та відновлення динамічної схеми сказаного слова. Мета навчання – відновлення усного мовлення, письма, читання. Реалізація даної мети можлива при вирішенні наступних завдань: 1) загальне розгальмовування мовлення; 2) подолання персеверацій, ехолалій; 3) відновлення загальної психічної і вербальної активності. Виділено дві стадії навчання. Завдання першої стадії – відновлення здатності активного виділення, сполучено-відбитого повторення слів і проголошення слова або ряду слів з усталених автоматизованих мовленнєвих рядів. Головне в тому, щоб перевести мовлення на довільний рівень, тобто відновити усвідомлення свого мовлення і довільне говоріння.
2. Аферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження нижньої частини задньої центральної звивини та тім'яної області кори лівої півкулі.

Людина більш-менш розуміє звернене мовлення. Говорить скандовано. Важко знайти точні артикуляційні пози і уклади для вимови звука. Характерними є парадоксальні заміни, вербальні парафазії. Плутають близькі звуки за звучанням та місцем творення; краще збережені окремі слова, фрази. Як свідчать науковці нерозуміння мовлення недовготривале, після цього швидко встановлення ситуаційного мовлення. Швидко відновлюється можливість виконувати нескладні інструкції. Центральне завдання відновного навчання при моторній аферентній афазії – відновлення артикуляційної діяльності, а мета – відновлення усного експресивного мовлення. Основним методом відновлення мовлення при цій формі афазії є метод сенсо-слухової стимуляції слова. Даний метод передбачає вимову не звуку, а цілого слова. Відновлення звукоартикуляційного аналізу і кінетичної основи слова проводиться на основі відновленого активного пасивного запасу слів.

3. Динамічна афазія виникає внаслідок ураження кори головного мозку біля центру Брока. Характерним є порушення суцесивної (послідовної) організації мовленнєвого висловлювання. Порушений процес реалізації мовлення у зовнішнє середовище (внутрішня програма збережена). Пацієнтам важко скласти речення, розставивши серію сюжетних малюнків. Наявна неможливість активно розгортати мовлення. Під час переходу немає послідовності ліній. Труднощі при називанні предмету, власних назв. При динамічній афазії основним завданням корекційнопедагогічної роботи є подолання інертності в мовному висловлюванні. При першому варіанті це буде подолання дефектів внутрішнього мовленнєвого програмування, при другому варіанті – відновлення граматичного структурування. Подолання дефектів внутрішнього програмування здійснюється шляхом створення для хворих зовнішніх програм висловлювання за допомогою різних зовнішніх опор (схем, пропозицій, фішок), поступового скорочення їх числа і подальшої інтеріоризації, згортання цієї схеми всередину. На заняттях по стимулюванню мовленнєвої активності можна інсценувати бесіду з лікарем, в магазині, в аптеці, в гостях.
4. Сенсорна акустико-гностична афазія виникає внаслідок ураження зони Верніке в скроневій долі лівої півкулі. Характеризується порушенням акустичного аналізу та синтезу звуків мовлення (порушення розуміння мовлення), що проявляється у порушенні фонематичного слуху. Таким чином, при цій формі афазії порушується фонетична організація мовлення, що створює труднощі процесу звукорозрізнення. Звучання слова втрачає свою контрастність, стійкість, тому розуміння, а також повторення, вимова слів практично неможливі. Звернене мовлення, на ранніх етапах, сприймається як незрозумілий потік звуків. При цьому у

пацієнтів відсутні явні рухові порушення, тому вони часто не усвідомлюють наявності мовленнєвого порушення. У клінічній картині це порушення проявляється у феномені – відчуження змісту слова. Відмічається також велика кількість літеральних та вербальних парафазій. Внаслідок розпаду звукової структури слова для хворих характерне порушення предметної співвіднесеності слова, тобто відмічається розрив між його значенням та звучанням. На ранніх етапах мовлення пацієнтів складається з випадкового набору звуків, складів, що отримало назву «мовленнєва окрошка», Цей період триває 1.5-2 місяці, поступово видозмінюючись у логорею (надмірну мовленнєву активність) із вираженими аграматизмами. Спостерігається також порушення читання та письма у вигляді літеральних парафазій, літеральних параграфій тощо.

5. Сенсорна акустико-мнестична афазія виникає внаслідок ураження третини середньої скроневої звивини скроневої доли лівої півкулі. Характерними є Порушення мовно-слухової пам'яті, порушення об'єму утримання мовленнєвої інформації, порушення зорової пам'яті, слабкість зорових образів слів. Спостерігаються труднощі при вимові серії слів, не здатність утворити словесну інструкцію, наявні словесні парафазії, контамінації. Для подолання порушення мовленнєвої пам'яті необхідно або відновлення системи зорових уявлень про предмет, його істотних відмінних ознак, або поступове розширення обсягу слухомовленнєвої пам'яті, порушеної суто за акустичними ознаками сприйняття словосполучення, а також подолання експресивного аграматизму, близького за своїми особливостями до експресивного аграматизму при акустико-гностичній афазії. Для подолання мовленнєвих розладів у хворих з акустико-мнестичною афазією логопед опирається на опис ознак предмета, введення слова в різні контексти, на складання мовленнєвого навантаження. Особливу роль у процесі відновлення акустико-мнестичних мовленнєвих функцій грає письмова мова. При тій чи іншій мнестичній афазії звуко-буквений аналіз складу слова збережений, це дозволяє використовувати запис слів, що передують слуховій стимуляції, долати у хворих схильність до вербальних парафазій, а також характерні для їх усного мовлення аграматизми. Логопед не фіксує увагу хворого на необхідності показу предмета в показаному порядку. Для відновлення зорових уявлень можна провести ряд вправ, що включають аналіз близьких по малюнку, за формою предметів, що відрізняються одним-двома ознаками, в яких зміна або відсутність однієї деталі міняє функцію предмета, його зміст і призначення. Труднощі знаходження потрібного слова долаються шляхом розширення, а іноді і звуження смислових полів слова. Шляхом уточнення і систематизації їх значень. Для цього конкретне слово

обігрується в різних фразеологічних контекстах, звертається увага на багатозначність слова. Відновлення письмового висловлювання є однією з основних форм розширення лексичного складу мовлення. Зібраність звуко-літерного аналізу складу слова і значне збереження фонематичного слуху дозволяє з перших же днів роботи підключити хворих до складання письмових текстів, активної роботи по розширенню словникового запасу, з подолання аграматизму.

6. Семантична афазія виникає при ураженні зони перекриття (перехрестя тім'яно-скронево-потиличних ділянок кори головного мозку у лівій півкулі). Характерними ознаками є: порушення симультанного аналізу та синтезу, одномоментного схвачування інформації. Провідним дефектом являється порушення розуміння складних логіко-граматичних структур. Словник збіднений. Спостерігаються порушені смислові зв'язки слів, які утворюють певні семантичні поля, специфічні труднощі при пошуках потрібного слова або довільного називання предмету. У мовленні мало синонімів та антонімів. Три найбільш важливі завдання відновного навчання при семантичній афазії визначені Л.С. Цветковою: 1) здатність програмування і планування висловлювання, 2) предикативність мовлення, 3) активність мовлення. Вся відновлювальна робота ділиться на п'ять стадій навчання. Перша стадія в якості основного завдання має актуалізацію дієслів з метою розгальмовування проголошення стереотипних фраз. Використовуються невербальні, вербально-невербальні і вербальні методи. До невербальних методів відносяться настільні ігри, ходьба під музику, пантоміма, метод малюнка тощо. Вербально-невербальні: промовляння жестів, мелодекламація. Вербальні: вербальні асоціації, інтонація при діалозі. Основне завдання другої стадії – відновлення функціональних зв'язків слів на фразах ускладненої конструкції (суб'єкт-предикат-об'єкт). Основний метод – метод багатозначності слова, який сприяє відновленню багатозначності предикативних зв'язків слова. На третій стадії в якості основного вирішується завдання – відновлення більш широких зв'язків слів шляхом введення їх в інші смислові значення. Основний метод – збагачення (сітки значень) слів і збагачення предметно-функціональних зв'язків відпрацьованих раніше слів. Завдання четвертої стадії – відновлення власного зв'язного мовлення. Найбільш широко використовується метод доповнення заданої фрази до цілого. Спочатку пропонуються фрази, які не мають альтернатив, потім – кінець яких може бути неоднозначним. Це сприяє відновленню вміння активної побудови фрази. На п'ятій стадії в якості основного завдання виступає відновлення схеми цілого оповідання. Основний метод – складання плану висловлювання.

7. Амнестична афазія (ураження тім'яно-скронево-потиличної області). Проявляється в порушенні номінативної функції мовлення, порушенні предметних образів уявлень. Основним завданням є відновлення номінативної функції мовлення, що здійснюється шляхом виконання різноманітних вправ із вибором слова, підбором необхідного слова, відмінювання слів тощо.

Основні методи:

- Логопедичний масаж – стимуляція мовленнєвих зон.
- Відновлення артикуляції – вправи на рухливість мовленнєвих органів.
- Відновлення лексики – заучування слів за тематичними групами.
- Відновлення граматики – складання речень за зразком.
- Читання вголос і переказування текстів.

Прийоми:

- Метод заміщення: використання жестів, міміки для передачі інформації.
- Метод аналогій: порівняння нових слів зі знайомими.
- Метод асоціацій: використання асоціативних зв'язків для запам'ятовування слів.

Афазія потребує лікування основної хвороби, яка її спричинила.

ДЦП – це стан, який виникає внаслідок впливу на організм дитини негативних факторів у період до народження, під час пологів або в перші місяці життя. Відбувається ураження тих ділянок мозку, які забезпечують рухи та утримання пози. Розлади, як правило, супроводжуються різноманітними порушеннями психічної діяльності, оскільки рухам належить важлива роль у психічному розвитку. Окрім рухових зон у дітей з ДЦП можуть бути уражені й інші ділянки головного мозку, що також негативно впливає на розвиток різних психічних функцій. Дитячий церебральний параліч – найбільш розповсюджений різновид особливостей розвитку опорнорухового апарату серед дитячого населення.

Інші варіанти дефіциту рухової функції: наслідки поліомієліту; захворювання нервової системи; прогресуючі нервово-м'язові захворювання: міопатії, м'язові дистрофії, розсіяний склероз; вроджена патологія опорно-рухового апарату; набуті захворювання і ушкодження опорно-рухового апарату; травматичні ураження спинного мозку, головного мозку і кінцівок; захворювання скелету: туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт; системні захворювання скелету: хондродистрофія, рахіт тощо.

Основні методи:

- Сенсомоторна інтеграція: поєднання рухових і сенсорних стимулів.

- Артикуляційна гімнастика: вправи з використанням різних предметів (лопатки, трубочки).
- Розвиток дихання: дихальні вправи.
- Розвиток голосу: інтонаційні вправи.

Прийоми:

- Ігрова терапія: використання іграшок, ляльок для мотивації до мовлення.
- Музикотерапія: використання музики для розвитку мовлення.
- Арт-терапія: малювання, ліплення для вираження емоцій і думок.
- Фізіотерапія: вправи на розвиток дрібної моторики, фізичні навантаження.

Аутизм (розлади аутистичного спектру (РАС)) – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. Його неможливо вилікувати, проте з часом можна скоригувати і адаптувати людину до соціального життя.

Якщо казати ширше, то аутизм – це комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що відзначаються з раннього віку і мають сталий перебіг. Симптоми зазвичай залишаються і в дорослих, хоча часто – у пом'якшеній формі. Одного симптому недостатньо для визначення аутизму, потрібна наявність характерної тріади: вади соціальної взаємодії; порушеність взаємної комунікації; обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки. Окремі симптоми «тріади» трапляються і в людей з нормальним типом розвитку; це, наприклад, аутизм як стан, який характеризується домінуванням замкненого внутрішнього життя, активним усуненням від довкілля, бідністю вираження емоцій, що спостерігають у разі шизоїдного типу особистості. У процесі дослідження аутизму відбувалася певна трансформація розуміння цього явища, його сутності й меж. Так, виявилось, що не всі аутичні діти уникали соціальної взаємодії; серед них траплялися такі, які були просто пасивними, або виявляли соціальну активність, але якимось дивним чином. Окрім цього, клінічна картина аутизму варіювалася як між різними людьми, так і в одній людині, залежно від інтелектуальних здібностей та віку. Так з'явилося поняття «аутичний спектр» (autistic spectrum), щоб зафіксувати ідею про те, що те саме порушення може виявлятися різним чином.

Основні методи:

- Прикладний аналіз поведінки (АВА-терапія): використання системи підкріплень для формування бажаної поведінки.

- Складні комунікативні обміни (PECS): система обміну картинками для розвитку комунікації.
- Соціальні історії: використання коротких оповідань для навчання соціальних навичок.
- Методика сенсорної інтеграції: використання сенсорних стимулів для розвитку мовлення, наприклад, тактильних матеріалів для стимуляції мовленнєвої активності.
- Методика ТЕАССН: метою є допомога дітям з РАС досягти максимальної незалежності та успішно функціонувати у суспільстві. Для цього використовуються спеціальні стратегії та прийоми, які враховують індивідуальні особливості кожної дитини. Одним із ключових принципів ТЕАССН є структурування навколишнього середовища. Це означає, що простір, у якому дитина вчиться і проводить час, організовано таким чином, щоб мінімізувати дистракції та зробити процес навчання більш передбачуваним. Наприклад, навчальний простір може бути розділений на зони для читання, гри, відпочинку тощо.

Прийоми:

- Візуальна підтримка: використання картинок, графіків, розкладів.
- Рольові ігри: відпрацювання соціальних ситуацій.

Порушення інтелектуального розвитку – це стійке, явно виражене зниження пізнавальної діяльності, що виникло на основі органічного ураження центральної нервової системи. Переважно йдеться про ураження головного мозку.

Ступені:

1. Легкий ступінь – F70 (IQ 50–69);
2. Помірний ступінь – F71 (IQ 35–49);
3. Тяжкий ступінь – F72 (IQ 20–34);
4. Глибокий ступінь – F73 (IQ нижче 20).

F – це шифр, який надають у висновках від інклюзивно-ресурсні центри. Ступені залежить від IQ. Наприклад, IQ нормотипової людини приблизно 100-120.

Основні методи:

- Використання наочності: картинки, предмети, жести.
- Просте пояснення: використання коротких і зрозумілих речень.
- Повторення: багаторазове повторення матеріалу.
- Індивідуальний підхід: врахування темпу і стилю навчання дитини.

Прийоми:

- Метод асоціацій: використання асоціативних зв'язків для запам'ятовування слів.
- Метод мнемотехнік: використання мнемонічних прийомів для запам'ятовування інформації.

Нейротехнології відкривають нові можливості для стимуляції мовленнєвих зон мозку, що може значно покращити результати корекційної роботи з дітьми та дорослими, які мають мовленнєві порушення. Ці технології базуються на сучасних досягненнях нейронауки та дозволяють безпосередньо впливати на мозкову активність.

Нейротехнології, які використовуються у логопедії:

1. Транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС). Цей метод передбачає використання магнітного поля для стимуляції певних ділянок мозку. ТМС може бути використана для підвищення збудливості мовленнєвих зон та покращення нейронної пластичності.
2. Транскраніальна електрична стимуляція (tDCS). tDCS використовує слабкі електричні струми для стимуляції мозкової активності. Ця технологія може бути застосована для покращення мовленнєвих функцій. Наприклад, використовується для стимуляції лівої скроневі частки мозку для покращення мовленнєвих навичок у дітей з алалією.
3. Функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ). Хоча фМРТ сама по собі не є стимулюючою технологією, вона дозволяє візуалізувати активність мозку під час мовленнєвих завдань. Це допомагає визначити, які саме області мозку залучені в мовленнєві процеси і підібрати оптимальні параметри стимуляції.
4. Нейрофідбек. Він використовує зворотний зв'язок для регулювання мозкової активності. Пацієнт отримує інформацію про свою мозкову активність у режимі реального часу і може навчитися контролювати її. Наприклад, нейрофідбек може бути використаний для покращення мовленнєвих навичок у дітей з заїканням.

Переваги нейротехнологій:

- Неінвазивність. Більшість нейротехнологій є неінвазивними, що робить їх безпечними для використання у дітей та дорослих.
- Точність. Нейротехнології дозволяють точно стимулювати певні ділянки мозку, що підвищує ефективність корекційної роботи.
- Індивідуалізація. Використання нейротехнологій дозволяє адаптувати корекційні програми під індивідуальні потреби кожного пацієнта.

- Моніторинг прогресу. Нейротехнології дозволяють відстежувати зміни у мозковій активності та коригувати корекційні програми у режимі реального часу.

Використання нейротехнологій у логопедичній практиці:

- Афазія, коли TMS використовують для стимуляції мовленнєвих зон мозку у пацієнтів з афазією, що може значно покращити їх мовленнєві навички.
- Алалія, коли tDCS використовуються для стимуляції мозкової активності у дітей з алалією, що сприяє розвитку мовлення.
- Аутизм, коли fMRI використовують для вивчення мозкової активності у дітей з аутизмом, що дозволяє розробляти більш ефективні корекційні програми.
- Заїкання, коли нейрофідбек використовують для регулювання мозкової активності у дітей з заїканням, що допомагає покращити плавність мовлення.

Незважаючи на всі переваги, нейротехнології мають і свої обмеження. По-перше, їх ефективність може варіювати залежно від типу мовленнєвого порушення, стадії захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта. По-друге, застосування нейротехнологій вимагає високої кваліфікації фахівців. Перспективи розвитку нейротехнологій в логопедії дуже великі. Вчені продовжують досліджувати механізми дії різних методів стимуляції мозку і розробляти нові, більш ефективні технології. У майбутньому нейротехнології можуть стати невід'ємною частиною комплексного лікування мовленнєвих порушень.

Нейротехнології відкривають нові можливості для відновлення мовленнєвих функцій у пацієнтів з різними мовленнєвими порушеннями. Однак, важливо розуміти, що нейротехнології – це не панацея. Їх ефективність залежить від багатьох факторів і повинна розглядатися в комплексі з іншими методами логопедичної корекції.