

Development of the preschool education system is aimed at further modernization of the existing network of special and inclusive institutions, expansion of their services and functions. Changes and ways of improvement, in particular of special preschool institutions, are substantiated. An important condition is mobility and openness to change, responding to modern social challenges and demands of children, parents, teachers, approval of the leading goal of education is human development and the formation of personality, its worldview, values.

Prospects for further research: organization of early intervention services for children with hearing impairments, the activities of early development centers and counseling centers for parents, the participation of inclusive resource centers in supporting the family from the stage of diagnosing the disorder.

Key words: children, hearing impairment, preschool education, models of preschool education, special institution, inclusive group, development programs, correctional and developmental support, ways of improvement.

УДК 376-056.264-053.2

Ірина Мартиненко

Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманов
ORCID ID 0000-0001-5003-4653a

Надія Яцишин

Прикарпатський національний університет імені В. Стефаника
ORCID ID 0000-0003-3271-1352
DOI 10.24139/2312-5993/2021.01/458-469

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ПОДОЛАННЯ ДИСПРАКСІЇ В ДІТЕЙ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

Стаття присвячена проблемі подолання диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Мета статті – розкрити напрями комплексного подолання диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення, ґрунтуючись на результатах експериментального вивчення цих дітей.

Встановлено, що загальносвітовою тенденцією є збільшення кількості дітей і дорослих з означеним розладом. У зарубіжних дослідженнях поняття диспраксії вважається застарілим, сучасні медичні класифікатори містять назву «розлади розвитку координації» – developmental coordination disorder (DCD). З метою встановлення симптомів такого розладу в дітей із мовленнєвими порушеннями було проведено експериментальне дослідження, спрямоване на з'ясування особливостей орального, пальцевого праксису та білатеральної координації. Аналіз отриманих даних дозволив зробити висновки про домінування низького рівня праксису в дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Цей факт спонукав до розробки змісту комплексного впливу для подолання диспраксії в дітей означеної категорії, який охоплював клінічний, психолого-педагогічний та корекційно-розвивальний напрями.

Ключові слова: диспраксія, тяжкі порушення мовлення, розлади розвитку координації, комплексний підхід.

Постановка проблеми. Загальновідомим фактом є щорічне збільшення кількості дітей із відхиленнями в мовленнєвому розвитку. На особливу увагу поміж них заслуговує категорія дітей із тяжкими порушеннями мовлення, які обумовлені розладами рухової функції та координації рухів – диспраксією.

Такий діагноз встановлюється меншості поміж них і переважно після 5 років. Зазначені розлади зберігаються до повноліття та, частково, дорослого віку, що зумовлює такі проблеми в емоційній та соціальній сферах життя людини: низьку самооцінку, тривожність, труднощі в налагодженні стосунків, у міжособистісному спілкуванні тощо.

Аналіз актуальних досліджень. Диспраксія (dyspraxia) (від грец. dis – приставка, що означає частковий розлад, порушення, ускладненість, praxia – рух, діяльність) – це розлад рухової функції та координації рухів у дитини з нормальним м'язовим тонусом, порушенням планування моторних дій, що пов'язано з проблемами розвитку в онтогенезі (Айрес, 2017).

Цей термін відомий із XX століття, коли М. Коллієр (M. Collier) вперше описав його як «congenital maladroitness». Дослідження диспраксії представлено в роботах багатьох вітчизняних і зарубіжних учених О. Вінарської, О. Мастюкової (2001), І. Панченко (1987), І. Мартиненко (2004), В. Клименка (2000), М. Коллієра (2001), Дж. Айерс (1978), С. Губбай, (2003), К. Гіллберга (1992) та ін. Проте, у пострадянській логопедичній літературі диспраксія як самостійне явище мало вивчена й розглядається в аспекті дизартрії чи моторної алалії (Шайтор, Емельянов, 2012; Portwood, 2000; Vaivre Douret, 2007).

В. Шайтор, досліджуючи диспраксію в дітей, вказує, що діти з церебральною дисфункцією перинатального походження належать до групи хворих високого рівня розвитку клініко-фізіологічної декомпенсації полісистемної дизрегуляторної патології, яка вимагає проведення своєчасних невідкладних втручань (Шайтор, Емельянов, 2012).

І. Мартиненко зазначає, що під час дослідження диспраксії в дітей із мовленнєвими порушеннями ретельне клінічне обстеження виявляє ознаки незрілості неврологічного розвитку пацієнта. При цьому велика увага приділяється церебральній астенізації, з якою пов'язують зниження уваги та пам'яті, психомоторну млявість чи збудження дитини (Мартиненко, 2019).

За умови нормального функціонування мозку процеси планування рухів відбуваються спонтанно, неусвідомлено, автоматично. «Індивідуальний (онтогенний) розвиток нервової системи людини відбувається поетапно, і цей процес поширюється протягом певного часу. Безліч змін у зв'язках мозку і є причинами порушення обробки рухової інформації» (Przybyła, 2000).

Учені зазначають, що в разі диспраксії порушуються відчуття й розуміння схеми тіла. Така дитина може бачити рухи оточуючих, усвідомлювати та розуміти їхнє значення, але скоординувати власне тіло, щоб повторити – не може або виконує з помилками, повільно.

Дж. Айрес, А. Банді, Л. Міллер зазначають, що диспраксія найчастіше виникає через особливості сприйняття тактильних, вестибулярних, пропріоцептивних і зорових відчуттів. Ці відчуття є підґрунтям формування соматогнозису, схеми тіла й подальшого цілеспрямованого координування рухів тіла (Айрес, 2017).

Мозок і тіло взаємодіють між собою на основі зворотного зв'язку, створюючи його через еферентну та аферентну системи – систему реакцій, дії та експресії. Якщо процеси двостороннього обміну сенсорною інформацією порушені, то виникають порушення у сфері сприйняття, що може вплинути на подальший розвиток рухових, пізнавальних і соціальних навичок (Crzybowska, Przyrowski, Ślifirska, 1998; Walsh, 2009).

На думку К. Волш (2000), у переважній більшості випадків у дітей із порушеннями розвитку різної етіології спостерігаються порушення антигравітаційних механізмів, що виражаються в постуральному дефіциті. У даний час підкреслюється, що причину аномалій DCD можна поєднати з концепцією дисфункції гальмування Рассела, та еволюційним підходом до контролю поведінки (спочатку пов'язаною при СДУГ) (Barkley, 1997).

Таким чином, аналіз наукової та спеціальної літератури дав змогу визначити, що більшість експертів з даного питання вважають, що диспраксія виникає, коли рухові нейрони розвиваються дефіцитарно. Якщо мотонейрони не можуть сформувати правильні синапси, мозок буде обробляти дані набагато довше. В основі патології, за даними медичних досліджень, є не ушкодження, а недостатність зв'язків між нейронами. Унаслідок цього нервовий імпульс, що виникає в корі головного мозку, не знаходить шляхи до рухового апарату (Шайтор, Емельянов, 2012).

Диспраксія є прихованим розладом, оскільки за типових обставин діти можуть нічим не відрізнитися від своїх ровесників, поки не виникатиме потреба в нових вміннях, або не стануть очевидними певні рухові й координаційні порушення. При цьому методи клінічного обстеження, такі, як нейровізуалізація, електроміограма й електроенцефалограма, не показують суттєвих відхилень. Виражені органічні зміни відсутні, а клінічні прояви вкладаються в межі функціональних змін рухової сфери. Однак, навіть негруба дисфункція рухової сфери в дітей із сенсорними порушеннями без своєчасної корекції може привести до більш глибоких порушень цілеспрямованих рухів.

Як зазначала відомий англійський дослідник цієї проблеми доктор Аманда Кірбі (2010), «диспраксія – це не лише розлад координації та планування руху. Цей патологічний стан виходить за межі типових рухових

труднощів. Диспраксія має утруднення у плануванні та організації рухів, думок, діяльності й почуттів. Вона впливає на функціонування багатьох видів діяльності, перешкоджає повному використанню знань і дезорганізовує все життя людини» (Kirby, 2011).

У логопедії дослідження диспраксії здійснювались у межах вивчення артикуляційного праксису при дизартріях (О. Вінарська (1988), О. Мастюкова (1993), Г. Лопатіна (1994)), орального праксису при моторній алалії (Є. Соботович (1983), Л. Бенілова (2010), В. Ковшиков (1991), апраксії при афазіях (О. Лурія (1972), Т. Візель (2004), Л. Цветкова (2002)). Заначені вчені виділяли апраксію (диспраксію) як особливу форму мовленнєвого порушення (при дизартрії) або в структурі порушених мовленнєвих механізмів (при алалії, афазії). О. Корнєв (1993) визначив особливу форму мовленнєвого порушення зі специфічними симптомами у вимовній складовій – артикуляційну диспраксію (Корнєв, 2006).

Попри значущість вивчення проблеми диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення, спеціальних досліджень у цьому напрямі вкрай не достатньо.

Мета статті – розкрити напрями комплексного подолання диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення, ґрунтуючись на результатах експериментального вивчення цих дітей.

Методи дослідження. З метою розробки ефективної комплексної методики для подолання порушень праксису в дітей із ТПМ було проведено діагностування стану рухових, психоемоційних і мовленнєвих процесів у дітей із тяжкими порушеннями мовлення (далі – ТПМ) на базі ДНЗ № 30 «Ластівка» міста Івано-Франківська. У дослідженні взяли участь 28 дітей 5–7-річного віку; з них – 14 із мовленнєвим недорозвитком без ознак органічних уражень ЦНС (експериментальна група) та 14 – з нормативним руховим і мовленнєвим розвитком, що склали контрольну групу.

Виклад основного матеріалу. Етап збору анамнезу передбачав вивчення історії розвитку кожної дитини за виписками з медичних амбулаторних карт розвитку дітей та Анкетою моторної організації (Е. Ваваржиняк). Анкета містила запитання стосовно: 1) схеми тіла й усвідомлення тіла; 2) наслідування; 3) рухового планування; 4) забезпечення подвійної координації.

Наступний етап передбачав визначення неврологічного статусу всіх досліджуваних лікарем. Під час огляду бралися до уваги такі функціональні показники стану центральної нервової системи, як: 1) постава та м'язовий тонус; 2) сухожильні рефлекс; 3) мимовільні

рухи; 4) координація рухів і рівновага; 5) дрібна моторика; 6) супутні та дзеркальні рухи; 7) функції органів чуттів.

Далі було застосовано такі тести: скринінг-діагностика диспраксії розвитку за Ю. Садовською (Садовская, Кабишева, Троицкая, 2000) тест Брюнінгса-Озерецького на реципрокну координацію рук, спеціальну серію проб для вивчення стану артикуляційного праксису (статичні й динамічні проби М. Ейдінової та О. Вінарської, М. Піскунова) (Мартиненко, 2019). Під час огляду дітям були запропоновані такі завдання: роздягнутись і одягнутися, щоб побачити, чи має дитина труднощі з одяганням предметів одягу у правильному порядку; ходити різними стилями – навшпиньках, на п'ятках; стрибати через невисокі перешкоди; побігати; кидати предмет один одному; витягувати в одному напрямі ногу й руку, та в різні; виконати рухи руками у швидкій послідовності, швидко доторкнутися до вуха чи носа ліворуч-праворуч по чергово за інструкцією; простежити за предметами очима; зробити рухи очима «навздогад» або в протилежний бік; вирізати ножицями нескладні фігури (круг, ромб, квадрат); намалювати просту фігуру – сонце, kota, дерево, зірку, людину; скласти пазл тощо.

Аналіз отриманих результатів дозволив встановити особливості розвитку дітей із ТПМ. Зупинимося на деяких результатах експериментального дослідження.

Було виявлено наявність анамнестичних факторів ризику в дітей експериментальної групи, а саме: 3 з них були недоношеними (Т.г. – 36 тижнів); 2 – переношені (Т.г. – 42 тижні); 2 обстежених народилися шляхом ургентного кесаревого розтину на фоні вираженої слабості пологової діяльності; 3 дітей народжені від матерів із хронічною патологією (гіпотиреоз і цукровий діабет 1 типу); 4 дітей цієї групи перенесли внутрішньоутробну інфекцію новонароджених у вигляді бактеріального сепсису.

Практично всі діти експериментальної групи перенесли внутрішньоутробну гіпоксію плода й тяжку асфіксію новонародженого. До 1 річного віку вони постійно відставали у фізичному, психічному й домовленнєвому розвитку від ровесників, отримували курсову терапію за призначенням невролога й педіатра. Діти контрольної групи розвивалися згідно з віковими нормами.

Результати обробки Анкети моторної організації засвідчили, що 14 дітей експериментальної групи мали проблеми зі схемою тіла, наслідуванням, подвійною координацією та руховим плануванням. Вони часто натикалися на предмети, неохоче грали в наслідувальні ігри, не могли імітувати міміку; характеризувались уповільненою реакцією під час

рухливих ігор, стрибків, оральними синкінезіями під час виконання складних рухових завдань. У контрольній групі 4 дітям властиві незначні труднощі під час виконання проб із руховим плануванням.

Оцінка стану рефлекторної сфери дітей експериментальної групи виявила в усіх наявність патологічних стопних рефлексів Бабінського, Россолімо, Пуссепа різного ступеня вираженості; переважаюче незначне симетричне D=S зниження сухожильних рефлексів із двоголових (*musculus biceps brachii*) і триголових м'язів (*musculus triceps brachii*) та деяке оживлення даних рефлексів із розширенням рефлексогенної зони D=S з надколінника, та ахіллових сухожиль; нестійкість у позі Ромберга.

Стабільні труднощі в дітей експериментальної групи спостерігалися при: одяганні одягу у правильному порядку в 10 дітей із ТПМ; застібанні й розстібанні ґудзиків у 11; в 14 – під час витягування ніг і рук; малювання простих фігур – сонця, кота, дерева, зірки, людини в 9 дітей; бігу й кидання м'яча один одному.

Тест Брюнінгса-Озерецького дав змогу діагностувати порушення ритмічності рухів і здатності синхронно змінювати положення обох рук одночасно в дітей експериментальної групи: у 4 з них були відмічені синкінезії, у 10–12 – труднощі переходу до наступного руху.

Під час перевірки стану орального праксису було виявлено недостатність цілеспрямованої рухливості язика: обмежений обсяг рухів, зокрема при висуванні язика вперед, піднімання його вгору, облизування губ; труднощі зажмурення очей, надуття щік; порушення при одночасному виконанні рухів органами артикуляції: відкриванні рота, одночасного підняття язика вгору; труднощі з диференціацією рухів органів мовленнєвого апарату: дітям було складно притиснути кінчик язика до нижніх різців і подмухати на язик, ударити кінчиком язика по верхніх різцях при нерухомій нижній щелепі; утруднення з диференціацією язиково-губної та губно-губної щілини та змикання: більшості дітям було важко витягнути губи вперед і подмухати в щілину між губами, опустити кінчик язика вниз, підняти його вгору та притиснути до зубів; порушення виконання проби на відтворення низки «конструктивних» актів (за інструкцією і за наслідуванням) (торкнутися язиком до верхньої губи, покласти його між верхньою губою та зубами тощо), відтворення низки цілеспрямованих дій (свисту, цокання, поцілунку).

За результатами скринінг-діагностики диспраксії розвитку, за Ю. Садовською, у дітей експериментальної групи виявлено порушення виконання завдань за зразком і з дотриманням зазначеного ритму: 6 дітей

із ТПМ виконували інструкції короткотривало, до рахунку 1–3, 8 – не змогли виконати завдання. Перехрещення ніг у них супроводжувалися розворотом тазу. У всіх дітей спостерігались утруднення моторного планування, моторної послідовності, порушення реципрокної координації, моторної витривалості, відчуття пози тіла, зниження короткострокової пам'яті, здатності сприймати й підтримувати ритм. Водночас, 9 дітей із НР виконали тест, 5 – з труднощами, але самостійно.

Узагальнення результатів усіх тестів і проб експериментального вивчення стану праксису дітей із ТПМ представлено на рис. 1.

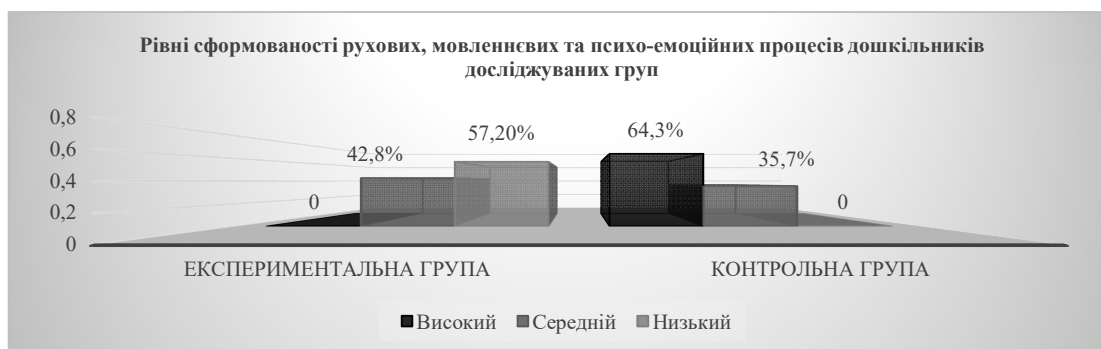


Рис. 1. Рівні сформованості рухових, мовленнєвих та психо-емоційних функцій у дітей дошкільного віку

Отже, за результатами вивчення праксису дітей дошкільного віку було виявлено, що дошкільникам із ТПМ властивий обмежений обсяг рухів, низький темп і активність виконання рухових завдань, недостатність праксису пози, зниження здатності до переключення рухів та їх координації – динамічного праксису (рук, ніг, артикуляційних).

Виявлено, що переважна більшість дітей контрольної групи мають високий (64,3 %) та середній (35,7 %) рівні сформованості рухових, мовленнєвих і психо-емоційних процесів, які характеризують стан праксису (орального, пальцевого, рук, тіла). У дітей експериментальної групи із ТПМ переважають середній (42,8 %) та низький рівні (57,2 %) означених процесів, що засвідчує наявність недостаєного праксису – диспраксії на різних рівнях і зумовлює необхідність нормалізації праксису в дітей даної групи.

Ураховуючи існуючі підходи до подолання диспраксії в дітей і результати проведеного експериментального дослідження, було розроблено зміст комплексного впливу до подолання диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення, який охоплював кілька блоків та етапів, які різнились ієрархічно побудованими завданнями.

1. Клінічний блок, який забезпечує лікар-невролог, передбачав медикаментозне лікування, ЛФК, загальний і логопедичний масаж та

навчання самомасажу кистей і пальців рук, фізіотерапію, Су-джок терапії (кулькою та еластичними кільцями).

Завдання клінічного напрямку – нормалізувати стан нервової системи, врівноважити процеси збудження та гальмування, покращити еферентно-аферентну проводимість.

2. Педагогічно-психологічний блок забезпечували вихователі, корекційний педагог, психолог. Заняття в межах означеного блоку передбачали використання ритміко-гімнастичних завдань, занять за принципами Монтессорі педагогіки, сенсомоторної інтеграції тощо.

Важливо формувати в дітей із ТПМ осмислене цілеспрямоване виконання вправ з обговоренням плану виконання, залучення дитини до планування ігрового простору: оволодіння елементами контролю м'язового тону, зняття напруження (релаксації); володіння способами невербальної комунікації (міміка, пантоміма); наслідування рухів тварин, психогімнастика; формування техніки руху (чіткий, плавний, фіксований, сповільнений), образу власного тіла в русі, уявлення про схему власного тіла; оволодіння різними якостями руху (швидко-повільно, важко-легко, м'яко-жорстко) (Заплатинська, 2012).

Необхідне залучення рухів тіла, рук, пальців, артикуляційних органів із почерговим тренуванням праксису пози та переключення рухів, рівноваги та швидких рухів.

Особливу увагу слід зосередити на функціях зорово-моторної координації у сферах око-рука (стеження поглядом за дією руки: метання в ціль, «Дартс», «Хокей», «Футбол», «Баскетбол») та око-нога (ходьба, катання на велосипеді, самокаті за визначеними розмітками, у вказаному напрямі тощо) (Заплатинська, 2012).

Завдання психолого-педагогічного напрямку – адаптація дитини з диспраксією до провідної діяльності, її соціалізація: подолання комунікативних бар'єрів, нормалізація самооцінки та емоційної сфери.

3. Корекційно-розвивальний блок забезпечує корекційний педагог, логопед, реабілітолог.

Основними завданнями напрямку є – корекція координаційних, рухових порушень, темпо-ритмічної організації рухів, розвиток орієнтування в часі й просторі, тілі, розвиток ритмічного діафрагмального дихання, голосової функції, розвиток артикуляційної моторики, просодичної сторони мовлення, розвиток психічних процесів – пам'яті, уваги, мислення, комунікативних мовленнєвих навичок.

Зазначеними педагогами забезпечується розвиток цілеспрямованих рухів пальців та орального праксису. Логопед упроваджує більше завдань для розвитку орального (ковтання, дмухання, плювання, цокання, свист тощо) та артикуляційного (статичного й динамічного) праксису, розвитку оральної чутливості за допомогою тактильних тренажерів і масажерів. Розвиток загальної координації рухів і подолання дизритмій цей фахівець здійснює на заняттях із логоритміки, а також – під час занять на рухливих перервах. Корекційний педагог сприяє активізації статичного та динамічного праксису пальців та кистів рук, розвитку тактильної та пропріоцептивної чутливості рук, тіла. Особливу увагу приділяє розвитку рівноваги, виконанню рухливих вправ під ритм.

Висновки та перспективи подальших наукових розвідок. Отже, за результатами експериментального дослідження встановлено, що для дітей із тяжкими порушеннями мовлення дошкільного віку характерні такі порушення – несформованість складних координаторних схем, недорозвинення основних рухів і фізичних якостей, відставання в розвитку просторової організації рухів, труднощі під час виконання рухів за словесною інструкцією, порушення послідовності елементів дій, недорозвинення дрібної моторики та координації пальців і кистів рук. Виявлено, що більшості дітей із ТПМ властиві низькі рівні сформованості праксису (орального, пальцевого, рук, тіла), що означає диспраксію.

Розроблена система роботи з подолання диспраксії дітей із мовленнєвим недорозвитком ґрунтувалася на засадах комплексного підходу й передбачала проведення корекційної роботи за трьома основними блоками: клінічним, педагогічно-психологічним та корекційно-розвивальним. Попередній контрольний зріз засвідчив ефективність взаємодії педагогів і медиків, про що свідчить зменшення симптоматики диспраксії в дітей та покращення адаптації дитини до умов соціального середовища.

Однак, упровадження системи триває, і остаточні дані про результати її впровадження буде висвітлено в наступних публікаціях.

ЛІТЕРАТУРА

- Айрес, Дж. (2017). *Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития*. М.: Теревинф. (Aires, J. (2017). *Child and touch integration. Understanding hidden development problems*. М.: Terevinf).
- Заплатинська, А. Б. (2012). Напрями формування та корекції процесів сенсорної інтеграції у дітей із церебральним паралічем. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Соціально-педагогічна*, 20 (2), 291–299. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppk_sp_2012_20%282%29_38 (Zaplatinskaya, A. B. (2012). Directions of formation and correction of sensory integration processes in

- children with cerebral palsy. *Collection of scientific works of Kamyanets-Podilsky National University named after Ivan Ogienka. Socio-pedagogical*, 20 (2), 291–299. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppk_sp_2012_20%282%29_38
- Емельянов, В. Д., Шайтор, В. М., Ежова, О. Л. (2011). Современные диагностические возможности использования стабилотрии в нейропедиатрии. XV Конгресс педиатров России с международным участием. *Актуальные проблемы педиатрии*. Москва, с. 956 (Emelyanov, V. D., Schytor, V. M., Yezhova, O. L. (2011). Modern diagnostic possibilities of using stabilometry in neuropsychiatry. XV Congress of Russian Pediatricians with international participation. *Actual problems of pediatrics*. Moscow, p. 956).
- Корнев, А. Н. (2006). *Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты*. СПб.: Речь. (Korenev, A. N. (2006). *Basics of children's speech pathology: clinical and psychological aspects*. St. Petersburg: Speech).
- Матиева, Л. А., Удалова, Э. Я. (2008). *Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии. Сборник игр и игровых упражнений*. Москва. (Matieva, L. A., Udalovala, E. Ya. (2008). *Sensory education of children with deviations in development. Collection of games and gaming exercises*. Moscow).
- Мартиненко, І. В. (2019). *Логопсихологія: курс лекцій*. К.: ДІА. (Martynenko, I. V. (2019). *Logopsychology: a course of lectures*. K.: Dia).
- Садовская, Ю. Е., Кабишева, Е. В., Троицкая, Н. Б. (2000). *Алгоритм ведения детей с ММД*. Москва. (Sadovskaya, Yu. E., Kabisheva, E. V., Troitskaya, N. B. (2000). *Algorithm for children with MMD*. Moscow).
- Семенович, А. В., Ланина, Т. Н. (2004). Интеграция сенсомоторного репертуара ребенка – фундамент коррекции общего недоразвития речи. *Практическая психология и логопедия*, 2, 44–50. (Semenovich, A. V., Lanina, T. N. (2004). The integration of the sensor repetition of the child is the foundation for the correction of the general underdevelopment of speech. *Practical psychology and speech therapy*, 2, 44–50).
- Шайтор, В. М., Емельянов, В. Д. (2012). *Диспраксия у детей с последствиями перинатального повреждения нервной системы*. Санкт-Петербург. (Chayser, V. M., Emelyanov, V.D. (2012). *Disconnection in children with the consequences of perinatal damage to the nervous system*. St. Petersburg).
- Kirby, A. (2010). *Dyspraksja rozwojowe zaburzenia koordynacji, Fundacja «Szkoła Niezwykła»*. Warszawa. (Kirby, A. (2010). *Division of coordination disorders, Foundation «Unusual school»*. Warsaw).
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65–94.
- Crzybowska, E., Przyrowski, Z., Ślifirska, M. (1998). *Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*. Warszawa. (Crzybowska, E., Przyrowski, Z., Ślifirska, M. (1998). *Introduction to the theory of sensory integration for parents and specialists*. Warsaw).
- Przybyła, O. (2012). Zaburzenia rozwoju koordynacji – dyspraksja. *Katedra Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej, Centrum Logopedii, Uniwersytet Śląski w Katowicach «Logopedia Silesiana»*, pp. 228–248. (Przybyła, O. (2012). Disorders of coordination development – Division. *Department of Polish Didactics and Polish Literature, Center of Logopedia, University of Silesia in Katowice «Silesian logopedia»*, pp. 228–248).

- Portwood, M. (2000). *Understanding Developmental Dyspraxia: a Textbook for Students and Professionals*. London: David Fulton Publishers.
- Vaivre, Douret L. (2007). Nonverbal learning disabilities: developmental dyspraxia. *Arch. Pediatr*, 14 (11), 1341–1349.
- Walsh, K. W. (2009). Neuropsychologia kliniczna. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2000. Za: I. Laskowska, E.J. Gorzelańczyk: Rola jąder podstawy w regulacji funkcji poznawczych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4 (1), 26. (Walsh, K. W. (2009). Neuropsychologia kliniczna. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2000. Za: I. Laskowska, E.J. Gorzelańczyk: Rola jąder podstawy w regulacji funkcji poznawczych. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 4 (1), 26).

РЕЗЮМЕ

Мартыненко Ирина, Яцишин Надежда. Комплексный подход к преодолению диспраксии детей с тяжелыми нарушениями речи.

Статья посвящена проблеме преодоления диспраксии у детей с тяжелыми нарушениями речи. Установлено, что общемировой тенденцией является увеличение количества детей и взрослых с таким расстройством. В зарубежных исследованиях понятие диспраксии считается устаревшим, современные медицинские классификаторы содержат название «расстройства развития координации» –j developmental coordination disorder (DCD). С целью установления симптомов такого расстройства у детей с речевыми нарушениями было проведено экспериментальное исследование, направленное на выяснение особенностей орального, пальцевого праксиса и билатеральной координации. Анализ полученных данных позволил сделать выводы о доминировании низкого уровня праксиса у детей с тяжелыми нарушениями речи. Этот факт побудил к разработке содержания комплексного воздействия для преодоления диспраксии у детей указанной категории, который охватывал клинический, психолого-педагогический и коррекционно-развивающий направления.

Ключевые слова: диспраксия, тяжелые нарушения речи, расстройства развития координации, комплексный подход.

SUMMARY

Martynenko Iryna, Yatsyshyn Nadiia. A comprehensive approach to overcoming dyspraxia in children with severe speech disorders.

The article is devoted to the problem of overcoming dyspraxia in children with severe speech disorders. It is established that the global trend is increase in the number of children and adults with this disorder. In foreign studies, the concept of dyspraxia is considered obsolete, modern medical classifiers contain the name “developmental coordination disorder” (DCD). In order to identify the symptoms of this disorder in children with speech disorders, an experimental study was conducted to determine the features of oral, finger praxis and bilateral coordination. The analysis of the obtained data allowed us to draw conclusions about the dominance of low levels of praxis in children with severe speech disorders. According to the results of experimental studying, it was approving that preschoolers with speech disorders are characterized by limited range of motion, low pace and activity of motor tasks, lack of posture, deficit ability to switch movements and their coordination – dynamic praxis (arms, legs, articulation).

It was found that mainly the children of the control group have high (64.3 %) and medium (35.7 %) levels of motor, speech and psycho-emotional processes that characterize the praxis (oral, finger, hand, body). In the children of the experimental group with severe speech disorders dominate medium (42.8 %) and low levels (57.2 %) of these processes, which indicates presence of insufficient praxis – dyspraxia at different levels and necessitates the normalization of praxis in children of this group.

This fact urged to develop the content of a comprehensive impact to overcome dyspraxia in children of this category, which covered clinical, psychological-pedagogical and correctional-developmental areas. These components were implemented by various specialists: a special teacher, educators, a speech therapist, a neurologist, a physiotherapist and others.

Key words: *dyspraxia, severe speech disorders, coordination disorders, integrated approach.*