

ЗАТРИМКА МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ: ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ, ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Рібцун Ю. В.

ВСТУП

У Міжнародній стандартній класифікації освіти її нульовий рівень має назву «рання дитяча освіта» та включає два вікових періоди – ранній (0-3 роки) і дошкільний (3-6/7) вік. Відповідно до Концепції освіти дітей раннього та дошкільного віку¹, затвердженої Президією Національної академії педагогічних наук України (протокол №1-2/8-119 від 18.06.2020 р.), саме ранній віковий період є унікальним, вирішальним для найінтенсивнішого розвитку організму, сприятливим до соціальних і педагогічних впливів, інтенсивного становлення вищих психічних функцій, визначальним для розвитку особистості на всіх подальших життєвих етапах.

Державна освітня політика визначає необхідність надання дієвої психолого-педагогічної, соціальної підтримки, патронату з урахуванням потреб, інтересів малюків, пріоритетів отримання досвіду у всіх специфічних видах діяльності (пізнавальна, мовленнєва, рухова, продуктивна, художньо-естетична, ігрова), соціалізації на основі консолідації зусиль усіх соціальних інститутів, формування культури відповідального батьківства, підготовки педагогічних працівників нової генерації для роботи в групах раннього розвитку, створення освітнього гуманістичного, доступного, безпечного, розвивального, комунікативного простору, розроблення оновленого науково-методичного забезпечення емоційного, сенсорно-пізнавального, фізичного, мовленнєвого, соціально-комунікативного та художньо-естетичного розвитку дітей раннього віку на основі модернізації наукових досліджень, запровадження логопсихосинергетичного підходу (Рібцун, 2021)².

Саме тому настільки важливими є науково-методичні розробки щодо організації та проведення розвивально-виховної роботи з дітьми раннього віку, котрі мають затримку мовленнєвого розвитку. Затримка

¹ Концепція освіти дітей раннього та дошкільного віку / Національна академія педагогічних наук України. К. : ФОП Ференець В. Б., 2020. 44 с.

² Рібцун Ю. В. Використання логопсихосинергетичного підходу у задоволенні особливих мовленнєвих потреб. *Věda a perspektivy*. № 1(8). 2022. С. 164–175. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/729772/>

мовленнєвого розвитку (ЗМР) – це порушення мовлення у дітей віком до трьох років з нормотиповим вербальним і невербальним інтелектом³. ЗМР характеризується уповільненням темпу мовленнєвого розвитку, практичною відсутністю мовлення та заміною його жестами, мімікою, пантомімікою.

ЗМР може мати первинний і вторинний характер. Так, первинна ЗМР пов'язана з затримкою формування моторних функцій упродовж першого року життя, довербальної та ранньої вербальної стадій мовлення (труднощі оволодіння експресивним, менш виражено – імпресивним мовленням). Вторинна ЗМР спостерігається на фоні інших психофізичних порушень, зокрема, інтелектуальної недостатності, розладів аутистичного спектра, дитячого церебрального паралічу, коли затримка мовлення має своєрідну динаміку, поєднуючись з наявними ехोलалією, когнітивною незрілістю, моторними та сенсорними порушеннями.

Для проведення кваліфікованої логопсиходіагностики, подальшої ефективної логокомпенсації обов'язковим є розуміння можливих причин виникнення ЗМР.

1. Можливі причини виникнення затримки мовленнєвого розвитку у дітей

У підсумковому документі Саміту Генеральної Асамблеї ООН «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» і Національній доповіді «Цілі сталого розвитку: Україна»⁴ зазначено, що одним із провідних завдань визначено забезпечення здоров'я та благополуччя громадян, починаючи з народження. Саме тому у жовтні 2022 р. з ініціативи Президента України та її реалізації МОЗ України почала функціонувати безоплатна, доступна в пологових стаціонарах, перинатальних центрах, дитячих лікарнях з неонатологічними відділеннями програма розширеного неонатального скринінгу⁵ – такого комплексного обстеження новонароджених, яке проводиться у перші 48–72 год. їхнього життя, що дозволяє не тільки завчасно виявляти лабораторні

³ Рібцун Ю. В. Затримка мовленнєвого розвитку. *Спеціальна педагогіка і психологія : сучас. термінол. словник*. К. : Генеза, 2024. С. 86. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744758>

⁴ Цілі сталого розвитку та Україна. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/cili-stalogo-rozvitku-ta-ukrayina>

⁵ Розширений неонатальний скринінг: півмільйона досліджень на рідкісні захворювання виконали немовлятам в Україні. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/rozshirenij-neonatalnij-skrining-piv-miljona-doslidzen-na-ridkisni-zahvoryuvannya-vikonali-nemovlyatam-v-ukrayini>

ознаки спадкових чи вроджених захворювань, а й запобігати відповідним клінічним проявам⁶.

Статистичні дані державної і галузевої статистики, МОЗ України, перинатального аудиту «Matrix-Babies», програми розширеного неонатального скринінгу свідчать про негативну тенденцію останніх років відносно здоров'я новонароджених – кожне п'яте немовля має певні відхилення у стані здоров'я. Значно зросла кількість немовлят зі зменшеною вагою, недоношених, таких, котрі мають неонатальну жовтяницю, розлади дихальної системи, які виникають у перинатальному періоді, хромосомні порушення, родові травми, сповільнення росту, недостатність живлення плоду, інші порушення церебрального статусу новонародженого (О. Власов, О. Воробйова, О. Дудіна, М. Знаменська, Т. Знаменська, Р. Марушко, Н. Руденко, М. Devitt, E. Izett, M. Palma, S. Prescott, R. Rooney та ін.)⁷.

Мовлення – важлива складова нервово-психічного розвитку малюка починаючи з раннього віку, яка характеризує якість життя в подальшому. Ранні органічні ушкодження центральної нервової системи (ЦНС) через патологічне протікання вагітності та пологів розглядаються в якості основних причин виникнення затримки мовленнєвого розвитку. Нейробиологічні фактори, перинатальна патологія ЦНС прямо чи опосередковано породжують виникнення мовленнєвих розладів у дітей, зокрема затримки мовленнєвого розвитку.

У малюка від 22 тижня вагітності до 7 днів життя відповідно до класифікації перинатальних уражень (МКХ-10, клас XVI, P00-P96) можуть фіксуватися такі перинатальні ураження ЦНС: а) церебральні гіпоксично-ішемічні (функціональні, деструктивні); б) гіпоксично-геморагічні (крововиливи); в) родові травми ЦНС; г) інфекції ЦНС; ґ) системні дисметаболічні, токсично-метаболічні порушення, що зумовлюють аноксії (повна відсутність кисню), загибель клітин нервової тканини, призводячи у т. ч. і до ЗМР. Складність проявів залежить від ступеня зрілості кори головного мозку, його архітектонічних і морфологічних особливостей, тривалості та інтенсивності впливу патологічних факторів.

У доношених малюків гіпоксемія (зниження рівня кисню в крові) викликає посилення кровотоку у всіх ділянках головного мозку, особливо стовбура, глибинних відділів обох півкуль. У недоношених дітей, народжених раніше 35 тижнів вагітності, гіпоксемія призводить

⁶ Червяк П. І. Медична енциклопедія. К. : Вид. центр «Просвіта», 2012. 1504 с.

⁷ Izett E., Rooney R., Prescott S., Palma M. & Devitt M. Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 years: a review. *Psychology for Clinical Settings*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/psyg.2020.500361>

до селективного підвищення кровотоку в стовбурі головного мозку, перивентрикулярних ділянках білої речовини, одночасного зниження кровотоку в обох півкулях головного мозку. Порушення кровообігу значно підвищує ймовірність ішемічного ураження головного мозку, виникнення селективного нейронального, парасагітального некрозів, перивентрикулярних лейкомаляцій, ішемічних уражень базальних ганглій, мозочка та стовбура головного мозку.

Перинатальні ураження центральної нервової системи зумовлюють як неврологічні, так і мовленнєві порушення. Зокрема, селективний нейрональний і парасагітальний некрози призводять до алалій та дизартрій, порушень інтелектуального розвитку, тетрапаретичних форм ДЦП, коркових сенсорних порушень, симптоматичної епілепсії, атрофічних змін у лобних і скроневих ділянках головного мозку.

Пошкодження перивентрикулярної лейкомаляції, внаслідок некротизації білої речовини переважно у верхньо-латеральних ділянках навколо бокових шлуночків мозку, спричиняє псевдобульбарну дизартрію, зорові провідникові порушення, ди- та геміплегічні форми ДЦП. Ураження базальних ганглій і таламусу, через загибель нервових клітин, гліоз і патологічну гіпермієлінізацію, зумовлює гіперкінетичні розлади, заїкання, дизартрії, гіперкінетичні форми ДЦП, сенсорні розлади.

Пошкодження мозочка породжує виникнення скандованого мовлення, заїкання, атонічно-астатичну форму ДЦП. Ураження стовбура головного мозку призводить до бульбарної дизартрії, ринолалії, заїкання, порушень черепно-мозкових нервів (Н. Богдановська, Р. Герасимчук, І. Григорова, В. Грїбовський, І. Кальонова, Т. Карелїна, Н. Касевич, Н. Литвиненко, Л. Соколова та ін.).

Про виникнення затримки мовленнєвого розвитку у дітей з різними видами мовленнєвих порушень ми детально розповімо у своїй книзі «Затримка мовленнєвого розвитку у дітей: логопсиходіагностика та компенсація».

Однак не завжди сучасні методи нейровізуалізації спроможні виявити порушення на рівні міжклітинної взаємодії, організації синаптичних контактів, мієлінізації а- та еферентних нервових провідників, що, власне, і спричиняє виникнення затримки мовленнєвого розвитку. У віці немовляти у малюка спостерігається слабо виражений комплекс поживлення, наявні ознаки низької пізнавальної активності, емоційних реакцій, довільних рухових актів, мінімальні порушення м'язового тону, формування тонких цілеспрямованих рухів, що і прогнозує виникнення ЗМР.

Механізми нейроонтогенезу дозволяють простежити кодування білків ряду генів і з'ясувати їх значення для розвитку мовлення дітей.

Так, ген FOXP2, 7q31 містить кодований білок, який керує активністю інших генів, регулює синаптичну пластичність навіть до досягнення віку дорослого. Цей ген контролює засвоєння граматичних правил і застосування їх на практиці, мовленнєву моторику, зокрема тонкий руховий контроль⁸.

Кодований білок гену FOXP1, 3p14, який відповідає за формування комплексів значущих для розвитку мовлення структур головного мозку, бере участь у модифікації мотонейронів, нейрональної міграції. Ген CNTNAP2, 7q36 відіграє значну роль у виникненні передумов мовленнєвих розладів на рівні експресивного, імпресивного мовлення, фонологічної експресивної пам'яті. Його кодовані білки незамінні в нейроонтогенезі, адже відповідають за розподіл в нейронах кальєвих каналів, активацію аксонально-гліальних взаємодій. Ген ATP2C2, 5p15.3 відповідає за фонологічну короткочасну пам'ять, яка надзвичайно важлива для опанування мовленням. Кодовані білки зазначених генів беруть участь у формуванні нейронів і їх міграції (К. Афанасьєва, В. Безруков, Р. Богатирьова, О. Гречаніна, С. Демидов, С. Кир'яченко, І. Козерецька, Г. Путинцева, С. Русковський, А. Сиволоб, Г. Хоффман та ін.).

Роль спадкової схильності підтверджується внутрішньородинною частотою виникнення затримки мовленнєвого розвитку. Зокрема, ЗМР у дитини фіксується за умов, коли у батьків були наявні мовленнєві розлади, причому наслідування відбувалося переважно за чоловічою лінією у 24% (за жіночою – у 10%). Так, у загальній популяції дітей із ЗМР батьки мали в дитинстві артикуляційні диспраксії у 42%, моторну алалію – 45%, параалалічні форми загального недорозвитку мовлення – 57% (L. A. Freebairn, A. J. Hansen, S. K. Iyengar, B. A. Lewis, L. D. Shriberg, C. M. Stein, H. G. Taylor)⁹.

Для всебічного розвитку дитини раннього віку, розвитку її мозку, особливо відчутним є вплив навколишнього соціуму, того зовнішнього середовища, яке виступає основним фундаментом становлення вищих психічних функцій, особистісних якостей дитини. Дефіцит мовленнєвого спілкування, отримання досвіду соціального оточення, явища педагогічної занедбаності у вигляді недостатніх контактів насамперед з батьками, відсутність стимулювання мовленнєвої активності з боку дорослих, неконтрольоване використання гаджетів, несприятливе

⁸ Генетика : підр. /А. В. Сиволоб, С. Р. Русковський, С. С. Кир'яченко та ін. К. : Вид.-поліграф. центр «Київський університет». 2008. 320 с.

⁹ Lewis B. A., Shriberg L. D., Freebairn L. A., Hansen A. J., Stein C. M., Taylor H. G. & Iyengar S. K. The genetic bases of speech sound disorders: evidence from spoken and written language. *Speech Lang Hear Res.* 2006 Dec; 49(6):1294-312. doi: 10.1044/1092-4388(2006/093). PMID: 17197497.

мовленнєве середовище, насичене суржилом, білінгвізмом, спілкуванням з особами з розладами мовлення стають тими соціально-педагогічними причинами, що зумовлюють виникнення ЗМР у дітей.

Психологічними чинниками виникнення ЗМР виступає відсутність мотивації, нагальної потреби користуватись активним мовленням у повсякденному житті через схвалюване дорослими спілкування за допомогою інтонаційно збіднених домовленнєвих вокалізацій, жестів і міміки, психоемоційна депривація як відсутність емоційних контактів з батьками, їхня холодність або байдужість, перенесені психічні травми (часті зміни місць проживання, дисгармонійні стосунки між батьками тощо), індивідуальні особливості, як-от підвищена тривожність тощо.

Отже, як бачимо, причини затримки мовленнєвого розвитку у дітей є різноманітними і діють переважно у комплексі, поєднуючи біологічні (нейрофізіологічні), соціально-педагогічні та психологічні чинники. Саме тому настільки важливо знати етіологію виникнення ЗМР, щоб мати змогу не лише правильно діагностувати наявний розлад, а й обрати ефективні індивідуальні лікувальні та компенсаційні стратегії.

2. Логопедичний масаж як засіб гармонізації емоційно-мовленнєвого розвитку дітей із ЗМР

Використання логопсихосинергетичного підходу (Рібцун, 2021) в роботі з дітьми раннього віку дозволяє гармонійно розвинути усі вищі психічні функції: гнозис (зоровий, слуховий, тактильний), праксис (його мовленнєві та немовленнєві види), символічну немовленнєву діяльність (мислення, свідомість, пам'ять, емоції, увагу) та мовлення.

Емоції відіграють значну роль у забезпеченні психічного благополуччя дитини будь-якого віку, особливо раннього. Саме у цьому віковому періоді настільки важливим є своєчасний початок навчання дитини передачі власних почуттів, вираженню свого настрою (Н. Андріяшина, Л. Василенко, Л. Долинська, В. Кутішенко, Т. Лисянська, Р. Павелків, В. Поліщук, М. Савчин, О. Сергеєнкова, Л. Ширяєва та ін.)¹⁰. Дитина за допомогою міміки, окремих звуконаслідувань може відобразити свій настрій: «У-у-у!» – насупила брівки (сердиться), «І-і-і!» – посміхається, плескає в долоні (радіє).

Варто відзначити, що поведінково-мовленнєва активність дитини раннього віку надзвичайно емоційно виразна, проте часто буває швидкоплинною, слабко керованою, насиченою різноманітними переживаннями як позитивного, так і негативного плану.

¹⁰ Вікова психологія : навч. посіб. / Мирослав Савчин, Леся Василенко. К. : ВЦ «Академія». 2024. 384 с.

До кінця другого року життя за умов типового розвитку дитина стає більш самостійною, чому сприяють набуті навички значно впевненішої ходьби, використання ложки під час їжі, користування горщиком, інтерес до індивідуальних простих ігор. Дитина починає усвідомлювати власний фізичний та емоційний стан, свої можливості та бажання («вмію – не вмію», «знаю – не знаю», «хочу – не хочу»), в мовленні все частіше використовуються займенники: особовий першої особи – «я», його форми «мені», присвійний «моє» («моя лялька», «моя машинка» тощо).

На третьому році життя малюк розуміє емоційний стан інших людей (наприклад, жаліє сестричку, яка впала), адже в емоційній пам'яті вже залишаються спогади про власні переживання (коли сам упав і вдарився, то було боляче), що почало відображатися і в предметно-маніпулятивних та перших сюжетних іграх. Саме в цей віковий період відбувається емоційно-особистісне самоствердження дитини, що супроводжується непослухом, упертістю, роздратованістю, агресивністю, коли малюк протиставляє своє «Я» не тільки близьким, а й усьому світу. Водночас дитина раннього віку намагається контролювати свою поведінку, адже повторює її за дорослими (переодягається в одяг рідних, намагається фарбуватися як мама тощо).

Вже досить добре розуміючи настрої близьких, дитина проявляє вибіркове ставлення до створених нею самою емоційних портретів дорослих. Дитина очікує від дорослих заохочення до своїх дій та схвалення за їх виконання і засмучується, коли не отримує очікуваного. Поступово у малюка зростає розуміння поведінкових оцінок, їх аргументованості: добре, бо доїв суп, погано, бо забруднив одяг. У малюка виникає відчуття гордості за дійсно правильні вчинки, власні досягнення, тобто прояви почуття власної гідності. До трьох років у дитини з'являється почуття сорому, в основі якого – формування уявлень про позитивні та негативні зразки поведінки, коли малюк відчуває відсутність схвалення дорослих, як приниження власної гідності.

Дитина із ЗМР, ще не вміючи вербально висловити свої почуття, плаче і кричить, не бажаючи спати, не дозволяє зняти з себе одяг, протестуючи переодяганням, перевертає тарілку на підлогу, відмовляючись від їжі. Причому не лише негативні емоції виснажують дитину. Наприклад, у радісному очікуванні свята дитина із ЗМР також виснажується від переживання глибоких емоцій, що проявляється на загальному позитивному фоні плаксивістю, гіперактивністю, дискоординованістю рухів¹¹.

¹¹ Рібцун Ю. В. Психомовленнєвий розвиток дітей раннього віку: теорія і практика. *Дошкільнє виховання*. 2024. №1. С. 3-10. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/740003>

Досить часто дитина із ЗМР не знає, як емоційно реагувати на ту чи ін. ситуацію: випадково наступивши на машинку та частково зламавши її, малюк може продовжувати гратися нею, ніби нічого не сталося, або намагатися «поремонтувати», пригадуючи, як це робив старший брат. Проте, так само як і в умовах онтогенезу, у дітей із ЗМР є улюблені іграшки, псування, загублення яких викликає яскраві негативні емоції. Вдалі дії, ситуації успіху викликають позитивні емоції, якими дитина прагне поділитися з дорослим, неодноразово повторно продемонструвати.

Якщо дитина відповідно до онтогенетичного розвитку відтворює емоційно-поведінкові прояви шляхом наслідування, то дітей із ЗМР потрібно цьому цілеспрямовано навчати. Відчуття болю малюк може висловити вигуком: «Бо-бо!» чи «Ой-ой!», показуючи місце болю (палець, коліно тощо). Незгоду з кимось або з чимось виражає жестом долонею від себе, заперечливим хитанням головою, відвертанням її в сторону: «Ні!», заборону – рухаючи вказівним пальцем зі сторони в сторону: «Ну-ну-ну!». Поступово дитина засвоює, що свою прихильність, любов, ніжність можна виражати рядом дій: обіймати, горнутися, цілувати, гладити по голові (руці), дарувати повітряний поцілунок.

Щоб зробити як звичайний, так і повітряний поцілунок, потрібно вміти витягувати губи трубочкою, напружувати і розслабляти їх. Щоб допомогти малюку, дорослий може зібрати губки дитини і злегка:

- витягувати їх уперед («Поїзд гуде»);
- повертати їх по колу то в один, то в інший бік («Хобот слоненяти»);
- затискати між вказівним і великим пальцями («Каченя»);
- робити дрібні притискувальні рухи вздовж губ («Ліпимо варенички»).

Далі дитина самостійно витягує губки вперед, тягнучись ними до цукерки чи іграшки. Такі вправи створюють підготовчу базу для вимови лабіалізованих голосних: [o] та [y].

Розгортаючи авторський підхід, поєднуючи емоційно-мовленнєвий і сенсорно-пізнавальний розвиток, дорослий може використати різнорівневі опорні структури (Рібцун, 2026), демонструючи дитині червоні овали різного розміру на позначення відповідних голосних: великий – [o], маленький – [y].

Перший рівень: дорослий тримає в руці великий овал (площинна вирізана фігура), протяжно промовляючи [o].

Другий рівень: дорослий тримає великий овал і прикладає його до губ, протяжно промовляючи [o].

Третій рівень: дорослий тримає овал поряд з губами, обводить губи, овал, промовляючи [o].

Четвертий рівень: дорослий показує великий овал, мовчки артикулює звук [o], дитина озвучує промовляння.

П'ятий рівень: дорослий і малюк разом дивляться в дзеркало, спільно артикулюють звук [o].

Шостий рівень: на великому овалі написана буква O; дорослий пальчиком дитини обводить букву, спільно промовляють звук [o].

Наступна робота проводиться аналогічно на звуці [y]. Далі дорослий чергує різні за розміром овали, промовляючи відповідні звуки.

Ще до промовляння звуків на матеріалі різних овалів можна вивчати кольори, форми, розмір.

Перший рівень – «Знайди такий самий» (не називаючи ознаку).

Другий рівень – «Покажи, де червоний (маленький, овал)».

Складність відображення власних емоцій малюком пов'язано не лише з практичною відсутністю мовлення, а й частою неможливістю самостійно відтворити за наслідуванням ті чи інші мімічні рухи дорослого, що потребує корекційного втручання.

Серед дієвих методів виділяють логопедичний масаж, завдяки якому в ігровій формі (з використанням іграшок, промовлянням забавлянок, потішок) здійснюється м'який механічний вплив на м'язи артикуляційного апарату (язик, губи, щоки, м'яке піднебіння), нормалізуючи їх тонус (обсяг, сила, скорочуваність, праясненість) та еластичність м'язових волокон, знижуючи патологічні рухові прояви (гіперкінези, синкінезії тощо), покращуючи кровообіг і довільність, координацію рухів (обсяг, амплітуда).

Логопедичний масаж є профілактикою зубо-щелепних захворювань, він допомагає покращити смоктальну, жувальну функції, роботу шлунково-кишкового тракту (механічний, нейрон-секреторний рівні). Під час логопедичного масажу також відбувається стимуляція пропріоцептивних відчуттів, нормалізується стан нервової системи, поліпшується емоційний фон завдяки розвитку мімічних м'язів, емоційний стан загалом, усувається підвищене слиновиділення, відбувається стимулювання появи мовлення (Рібцун, 2026).

Підґрунтям фізіологічного механізму масажу є складні взаємозумовлені рефлекторні, нейрогуморальні та обмінні процеси, котрі регулюються ЦНС, а його основою – складний процес, зумовлений нервово-рефлекторним, гуморальним і механічним впливом (О. Архіпова, Х. Барна, О. Вербов, І. Гутій, В. Кондратенко, Л. Кунічев, О. Новікова, О. Панченко, О. Потапова, Ю. Рібцун, А. Слатвінська, М. Фіцич, О. Чекан, І. Чурпій, Н. Юрса та ін.).

Перед тим, як розпочати логопедичний масаж, батькам дитини зі ЗМР слід обов'язково проконсультуватися з педіатром, при потребі з неврологом, ортопедом, адже саме лікар призначає відповідні процедури. Основними показаннями до проведення логопедичного масажу є зміна м'язового тонуусу загальної мускулатури та / чи органів мовленнєво-рухового апарату, а також відсутність мовлення.

У медичному висновку вказується наявність чи відсутність неврологічної симптоматики, зокрема локальні порушення іннервації м'язів та ін. Якщо у малюка наявні парези, гіперкінези, судоми тощо, саме медичний працівник (медсестра, медбрат, реабілітолог, масажист) проводитиме малюку сеанси лікувального масажу.

Уважні батьки, здійснивши візуальне порівняння, самі можуть помітити асиметрію обох частин обличчя, зокрема куточків рота, брів, носогубних складок, часто чи постійно відкритий рот, виражену слинотечу, а також, наприклад, в'ялість або набряклість, блідість шкіри, що може свідчити про знижений тонус м'язів, почервоніння – про порушення судинного тонуусу капілярів, або синюшність – про виражену недостатність кровообігу.

Логопедичний і загальний масаж після відповідного неодноразового показу фахівцем (батьки присутні на сеансах) вже можуть робити дорослі без медичної освіти, дотримуючись провідного принципу «Не нашкодь!».

Жожен вид масажу має свої протипоказання до проведення – це гіперчутливість, загострення будь-яких хвороб, зокрема крові та капілярів, онкологічних, інфекційних, гінгівіту, стоматиту, збільшення лімфовузлів, підвищена температура, різко виражена пульсація сонних артерій, гострі та хронічні шкірні захворювання (гнійні, грибкові, герпес), наявність гематом на поверхні, яка масажується¹².

Курс логопедичного масажу триває 10 днів і проводиться повторно після двотижневої перерви. Він сприятиме не лише мовленнєвому (формування правильної звуковимови, нормалізація дихальної функції), а й сенсорно-пізнавальному, руховому, емоційному розвитку малюка із ЗМР.

Готуючи дитину із ЗМР до масажу, з метою уникнення тривожності та зайвих страхів, можна показати їй масажування на ведмедіку чи ляльці. Потім доцільно злегка торкатися вказівним пальцем до шкіри малюка, щоб він відчув холод і тепло, напруження та розслаблення, а також шипуваті поверхні кінезіологічних м'ячиків різного кольору, розміру та гладеньку шпателя. Саме завдяки масажу можна покращити

¹² Фізична реабілітація та логопедичний масаж в роботі з дітьми з порушеннями мовлення : навч.-метод. посіб. / уклад. А. А. Слатвінська. Умань : Візаві, 2023. 165 с.

розуміння та відображення емоцій дитиною, що сприятиме удосконаленню комунікативної функції. Дорослий озвучує всі свої дії, а малюк запам'ятовує і поповнює свій словник іменниками, прикметниками та дієсловами.

Перед логопедичним масажем обов'язково слід помити руки або обробити їх дезінфікуючим розчином, потім зволожити дитячою олією. Руки мають бути теплими, без подряпин, травм, грибкових процесів, тріщин або мозолів, з підстриженими нігтями, без прикрас (обручки, браслети) і годинника, щоб не нашкодити малюку. У того, хто робить масаж, повинно бути наявне розвинене відчуття дотику, інакше рухи виконуватимуться неправильно.

Під час масажу дитина може лежати на спині витягнувши руки вздовж тіла, поклавши їх долоньками донизу, або ж просто сидіти на кріслі з високим підголівником, щоб забезпечити максимальну розслабленість м'язів, свободу дихання. Для проведення масажу дорослий має розташуватися біля дитини якомога зручніше. Слід бути доброзичливим, уважним, терплячим, спокійним і впевненим у своїх діях. Масаж доцільно робити у заздалегідь провітреній, дещо затемненій кімнаті під звуки тихої спокійної музики, адже процедура повинна викликати у малюка тільки позитивні емоції.

Кожен сеанс передбачає масаж лицьових м'язів, його тривалість залежить від рівня психомоторного розвитку малюка і не повинна перевищувати 7-10 хв. Вибір масажних прийомів визначається станом м'язового тону дитини: погладжування, розтирання, розминання, поплескування, легку вібрацію доцільно використовувати при зниженому тонусі мовленнєвої мускулатури, а от при гіпертонусі (спастичних станах) застосовується переважно поверхове погладжування та сильна вібрація¹³.

Основним прийомом масажу є погладжування, що розпочинає та завершує сеанс. Погладжування здійснює заспокійливий (релаксуючий) чи стимулюючий (активізуючий) вплив на шкірно-м'язовий тонус, нервову систему загалом, покращує дихання, стимулює обмінні процеси, посилює циркуляцію крові у капілярах, тренує еластичність судин. Поверхнєве площинне погладжування заспокоює, а обхоплююче, навпаки, збуджує.

Пальці випрямленої кисті (великий палець відведений в сторону, решта злегка зігнуті) з легким натиском мають вільно ковзати по шкірі

¹³ Рібцун Ю. В. Види логопедичного масажу в роботі з дітьми із порушеннями мовленнєвого розвитку. *Педагогічна освіта: теорія і практика* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільськ. нац. ун-ту ім. Г. Огієнка. Вип. 14. Кам'янець-Подільський : КНПНУ. 2013. С. 368-372

обличчя, не збираючи її в складки, рухаючись повільно, плавно, ритмічно лише по шляху протікання лімфи (до лімфатичних вузлів), здійснюючи 24–27 рухів за 1 хв. у таких напрямках: а) від середини лоба до скронь; б) від середини лоба до вух; в) від брів до волосистої частини голови; г) від спинки носа до вух; ґ) від верхньої межі лоба вниз через обличчя до шиї; д) від мочок вух по щоках до крил носа; е) від середини верхньої губи до вух; є) від середини верхньої губи до підборіддя. Варто пам'ятати, що сильне натискання подушечками пальців може викликати неприємні відчуття чи навіть біль; нещільне прилягання пальців, тим паче розчепірених, до поверхні теж призводить до неприємних відчуттів.

Якщо малюк перебуває в хорошому настрої, можна помасажувати м'язи шиї. Слід повільно погладжувати шию долонями обох рук зверху вниз: а) в області горла почергово то правою, то лівою рукою; б) біля привушної ділянки по бокових поверхнях шиї до пахвових западин (одночасно обома руками); в) поклавши обидві руки на задню частину шиї малюка, близько до потилиці (кінчики пальців обох рук ковзають по бокових поверхнях шиї до пахвових западин). Слід уникати енергійних рухів у ділянці передньої поверхні шиї, області сонних артерій (при повороті голови можна легко прощупати на шиї пульсацію сонної артерії). Розслаблюючий масаж шиї доцільно поєднувати з гімнастикою: вільно опустити голову (заснути), закинути голову назад і з цього положення здійснювати рухи вправо-вліво; голову вільно опустити («Лісові дзвіночки»).

Далі можна виконувати масаж м'язів обличчя та губ, здійснюючи погладження в уповільненому темпі та розширюючи коло напрямків: а) від середини лоба до скронь; б) від середини лоба до вух; в) від брів до волосистої частини голови; г) від спинки носа до вух; ґ) від середини верхньої губи до вух; д) від верхньої межі лоба униз через обличчя дошиї; е) від мочок вух по щоках до крил носа; є) від середини верхньої губи до підборіддя; ж) навколо очей; з) по верхній губі до куточків рота та його середини; и) по нижній губі до куточків рота та його середини; і) по носогубних складках, від крил носа до куточків рота.

З метою зміцнення м'язів при в'ялих губах, пасивному язичку доцільно використовувати наступні прийоми:

1) погладження: а) від середньої лінії обличчя до вух; б) лоба від середини до скронь; в) шиї від підборіддя до вух; г) від середини верхньої губи до її куточків; ґ) від середини нижньої губи до її куточків; д) від носогубних складок до крил носа;

2) розминання виличного та щічного м'язів (помістити вказівний і середній пальці обох рук на нижню частину скроні, здійснювати спіралеподібні рухи по виличних і щічних м'язах до підборіддя);

3) легке пощипування губ. Після виконання 4-5 легких рухів силу натискання рекомендується трохи збільшити, проте рухи не повинні викликати болю і негативної реакції у малюка.

Важливим масажним прийомом є процес розтирання, який посилює приплив крові та лімфи до тканин, котрі масажуються, що значно покращує живлення шкіри, стимулює обмінні процеси. Розтирання виконується перед розминанням зігнутими у міжфалангових суглобах пальцями (не прямими, щоб не викликати біль) у повільному темпі. Під час розтирання рука зміщує шкіру, утворюючи незначний її зсув і розтягування в різних напрямках, незалежно від спрямування руху лімфи і не затримуючись на одній ділянці більше 8-10 с (переступання). Слід пам'ятати, що слабке подразнення підвищує тонус м'язів.

Розминання є своєрідною пасивною гімнастикою для м'язів у вигляді поздовжніх або поперечних рухів, яку використовують для максимальної активізації роботи лицьових м'язів, підвищення їх скорочувальної активності, загальної працездатності, покращення крово- та лімфоутворення, живлення тканин, обміну речовин. Розминання передбачає фіксацію, захоплювання, здавлювання, стискування, відтягування, безпосередньо розминання тканин пальцями однієї руки чи обох рук одночасно. Поздовжні рухи мають здійснюватись по ходу м'язових волокон, причому випрямлені пальці слід розташувати на поверхні так, щоб перші пальці обох кистей знаходились на передній поверхні м'яза, що масажується, а решта – по сторонам від нього. Для виконання поперечних рухів руки потрібно встановити впоперек м'язових волокон так, щоб перші пальці виявились по одну сторону ділянки, яка масажується, а решта – по іншу.

Допоміжним прийомом масажу виступає зсування, коли, при фіксації ділянки, яка масажується, виконуються короткі ритмічні рухи зі зсувом тканин. Рухи у протилежних напрямках називаються розтягуванням, яке виконується 2-5 пальцями.

Одним із важливих прийомів логопедичного масажу, що покращує роботу судин, є вібрація, яку можна здійснювати одним, двома чи всіма пальцями. При цьому рукою, яка масажує, передаються коливальні рухи м'язам обличчя, шиї, губ, язика. Під час безперервної вібрації варто проводити по тканинах кінцевими фалангами одного чи кількох пальців, а при переривчастій (ударній) – злегка вдаряти кінчиками напівзігнутих пальців, слідкуючи, щоб м'язи не були напруженими з метою уникнення болю. Тривала вібрація з малою амплітудою

викликає заспокоєння, нетривала з великою амплітудою – протилежний стан. Слід пам'ятати, що вібрація не повинна викликати больових відчуттів у дитини.

Дещо схожими на вібрацію є допоміжні прийоми у вигляді поплескування (легкі рухи вказівним пальцем) і пунктування (пальцевий душ), що здійснюється кінцевими фалангами другого-третього чи другого-п'ятого пальців, нагадує вибивання дробу на барабані та не повинна перевищувати 10 с.

ВИСНОВКИ

Онтогенез дитини являє собою своєрідний безперервний ланцюжок вищих психічних функцій, які поступово формуються та якісно змінюються в часі. До- та мовленнєвий дизонтогенез у вигляді недостатнього збагачення імпресивної лексики, повної відсутності мовлення, залишок гуління або запізнілих строків формування активних висловлювань, їх одноманітності, значної збідненості, в т. ч. й інтонаційної, є ознаками затримки мовленнєвого розвитку у малюка.

Ряд біологічних (внутрішніх) чинників діють на організм, особливо головний мозок, дитини у формі ембріопатій (стап ембріону), фетопатій (плоду), оперативних втручань під загальним наркозом, метаболічних енцефалопатій та ін. перерахованих нами вище ушкоджень ЦНС різного ступеня, відіграючи негативну роль на ранній мовленнєвий розвиток малюка.

Несприятливе суспільне середовище, екологічна ситуація, воєнні дії на території нашої держави, недостатність чуттєвого досвіду у малюка, відсутність наявності мотивованої потреби у предметно-практичній, ігровій, зображувальній, конструктивній діяльності спричиняє звуженість зони найближчого розвитку (за Л. Виготським), збідненість уявлень про довкілля, окремі предмети в ньому, їх якості, способи дій із ними, що, своєю чергою, породжує виникнення ЗМР.

Емоційна депривація, явище госпіталізації (зовнішні чинники), викликані позбавленням близького спілкування з матір'ю, призводять до слабкості комунікативних контактів, емоційної «байдужості» (амімічність обличчя, невміння наслідувати емоційний стан дорослого та відчувати свій), насиченості спрощеними мовленнєвими та поведінковими стереотипами.

Щоб допомогти дитині з ЗМР краще розвиватися, буде доречним:

- враховувати, що дратівливість дитини, підвищена сонливість або втома – показники перезбудження нервової системи;
- знати, що основними джерелами емоцій дитини раннього віку є ігрова діяльність, спілкування з однолітками та дорослими;

- скеровувати емоційне життя дитини – підбадьорювати, заспокоювати, переключати на інший вид діяльності, тобто не допускати перевантаження нервової системи;
- задля профілактики уникнення бажання спілкування з дорослими та виникнення мутизму (вибіркової мовчазності), створювати безпечний, сенсорно насичений простір для дитини, що сприятиме проявам ініціативи у грі та побутовій діяльності;
- показувати дитині, що дорослий розуміє її потреби, почуття та бажання, але не схвалює її дій, які є неправильними чи неприйнятними;
- не принижувати, не соромити дитину, пояснювати їй, що не подобаються лише її окремі дії, а не вона сама;
- наполегливо дотримуватись наміченої лінії поведінки, режиму дня і показувати дитині, що її неправильні дії ніколи не будуть схвалені, навіть за умов протесту;
- підвищувати самооцінку дитини: підтримувати її самостійність, дозволяючи, наприклад, в окремих ситуаціях робити вибір (обрати фрукти на десерт, книжку для читання перед сном тощо);
- знати, що саме на основі нижчих емоцій розвиваються вищі, тобто естетичні, моральні, інтелектуальні;
- проводити курси логопедичного масажу, поєднуючи мовленнєвий, сенсорно-пізнавальний та емоційний розвиток дитини.

АНОТАЦІЯ

Останнім часом значно зросла кількість психомовленнєвих порушень у дітей, одним із яких є затримка мовленнєвого розвитку. Проявляючись вже в ранньому віці і залишаючись без цілеспрямованого медикаментозного та психолого-педагогічного втручання, ЗМР перероджується у більш складні форми мовленнєвого дизонтогенезу. Саме тому настільки важливим є розуміння причин виникнення ЗМР у дітей, можливих наслідків зазначеного порушення і шляхів його подолання.

Нами описані соціально-педагогічні, психологічні та більш детально, як провідні, біологічні чинники виникнення ЗМР. Конкретизовано патологічний вплив на формування мовленнєвих функцій перинатальних уражень ЦНС, як-от: церебральних гіпоксично-ішемічних, гіпоксично-геморагічних, родових травм центральної нервової системи, інфекцій ЦНС, системних дисметаболічних, токсично-метаболічних порушень. Зазначено, що механізми нейроонтогенезу дозволяють простежити кодування білків ряду генів і з'ясувати їх значення для розвитку мовлення дітей.

Комплексна дія зазначених чинників значно ускладнює логопсиходіагностику, пошук ефективних стратегій компенсації, тому є доречним використання логопсихосинергетичного підходу (Рібцун, 2021) для роботи з дітьми раннього віку із ЗМР. Вперше розглянуто логопедичний масаж як засіб гармонізації емоційно-мовленнєвого розвитку дітей із ЗМР, адже емоції відіграють значну роль у забезпеченні психічного благополуччя дитини будь-якого віку, особливо раннього.

Складність відображення власних емоцій малюком пов'язано не лише з практичною відсутністю мовлення, а й неспроможністю самостійно відтворити за наслідуванням ті чи інші мімічні рухи дорослого, що потребує корекційного втручання у вигляді застосування основних прийомів логопедичного масажу, зокрема, погладжування, розтирання, розминання, зсування та вібрації. Нами доведена ефективність поєднання емоційно-мовленнєвого та сенсорно-пізнавального розвитку, запропоновано використання різнорівневих опорних структур (Рібцун, 2026) для створення сприятливого доступного, безпечного, розвивального, комунікативно спрямованого середовища.

Література

1. Концепція освіти дітей раннього та дошкільного віку / Національна академія педагогічних наук України. Київ : ФОП Ферець В.Б., 2020. 44 с.
2. Рібцун Ю. В. Використання логопсихосинергетичного підходу у задоволенні особливих мовленнєвих потреб. *Věda a perspektivy*. № 1(8). 2022. С. 164–175. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/729772/>
3. Рібцун Ю. В. Затримка мовленнєвого розвитку. *Спеціальна педагогіка і психологія : сучас. термінол. словник*. К. : Генеза, 2024. С. 86. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744758>
4. Цілі сталого розвитку та Україна. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/cili-stalogo-rozvitku-ta-ukrayina>
5. Розширений неонатальний скринінг: півмільйона досліджень на рідкісні захворювання виконали немовлятам в Україні. URL: <https://moz.gov.ua/uk/news/rozshirenij-neonatalnij-skrining-piv-miljona-doslidzhen-na-ridkisni-zahvoryuvannya-vikonali-nemovlyatam-v-ukrayini>
6. Червяк П. І. Медична енциклопедія. К. : Вид. центр «Просвіта», 2012. 1504 с.
7. Izett E., Rooney R., Prescott S., Palma M. & Devitt M. Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 years: a review. *Psychology for Clinical Settings*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.500361>

8. Генетика : підр. / А. В. Сиволоб, С. Р. Рушковський, С. С. Кир'яченко та ін. К. : Вид.-поліграф. центр «Київський університет». 2008. 320 с.

9. Lewis B. A., Shriberg L. D., Freebairn L. A., Hansen A. J., Stein C. M., Taylor H. G. & Iyengar S. K. The genetic bases of speech sound disorders: evidence from spoken and written language. *Speech Lang Hear Res.* 2006 Dec; 49(6):1294-312. doi: 10.1044/1092-4388(2006/093). PMID: 17197497.

10. Вікова психологія : навч. посіб. / Мирослав Савчин, Леся Василенко. К. : ВЦ «Академія». 2024. 384 с.

11. Рібцун Ю. В. Психомовленнєвий розвиток дітей раннього віку: теорія і практика. *Дошкільне виховання.* 2024. №1. С. 3–10. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/740003>

12. Фізична реабілітація та логопедичний масаж в роботі з дітьми з порушеннями мовлення : навч.-метод. посіб. / уклад. А. А. Слатвінська. Умань : Візаві, 2023. 165 с.

13. Рібцун Ю. В. Види логопедичного масажу в роботі з дітьми із порушеннями мовленнєвого розвитку. *Педагогічна освіта: теорія і практика* : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільськ. нац. ун-ту ім. Г. Огієнка. Вип. 14. Кам'янець-Подільський : КНПНУ. 2013. С. 368–372.

Information about the author:

Ribtsun Yuliia Valentynyuna,

PhD (Education), Senior Researcher,

Senior Researcher of the Department of Speech Therapy

Mykola Yarmachenko Institute of Special Pedagogy and Psychology

National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine

9, M. Berlinskogo str., Kyiv, 04060, Ukraine