

Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
кафедра прикладної психології та логопедії

Допущено до захисту
Завідувач кафедру


«10» грудня 2025 року

**КІНЕСТЕТИЧНА ДИСПРАКСІЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувачка другого
рівня вищої освіти, групи **м26-СОз**
Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка
Спеціальність: 016 Спеціальна освіта
Спеціалізація: 016.01 Логопедія
Освітньо-професійна програма:
Спеціальна освіта
ВИШНЕВСЬКА СВІТЛАНА
ЛЕОНІДІВНА

Керівник:
к. психол. н., доцент
ЦИБУЛЯК Наталя Юріївна

Рецензент:
кан. пед. наук, доцент
ЛОПАТІНА Ганна Олександрівна

Запоріжжя – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....		3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ	КІНЕСТЕТИЧНОЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З	
	МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ	5
1.1.	Поняття праксису і диспраксії у логопедії та суміжних науках. Психофізіологічні механізми порушень праксису у дітей	5
1.2.	Класифікація диспраксій. Характеристика кінестетичної диспраксії. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями праксису	13
1.3.	Огляд вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми	18
	Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. ДІАГНОСТИКА КІНЕСТЕТИЧНОЇ ДИСПРАКСІЇ	У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З	
	МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ	22
2.1.	Методика виявлення кінестетичної диспраксії в логопедичній практиці	22
2.2.	Зміст та організація дослідження	29
2.3.	Взаємозв'язок між порушенням праксису та мовленнєвими порушеннями	33
	Висновки до розділу 2	37
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА ІЗ	ДОШКІЛЬНИКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ	
	КІНЕСТЕТИЧНУ ДИСПРАКСІЮ	38
3.1.	Мета, завдання та організація корекційно-розвивальної роботи	38
3.2.	Зміст та методи формування кінестетичних функцій у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення	43
3.3.	Аналіз результатів та ефективність проведеної корекційно-розвивальної роботи	48
	Висновки до розділу 3	52
ВИСНОВКИ.....		53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....		55
ДОДАТКИ.....		60

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна логопедія надає значної уваги вивченню та корекції порушень вищих психічних функцій, які безпосередньо впливають на процес формування мовлення. Одним із таких ключових порушень є диспраксія - розлад рухового планування та виконання довільних цілеспрямованих дій. Особливої уваги заслуговує кінестетична диспраксія, пов'язана з дефіцитом пропріоцептивного зворотного зв'язку та порушенням кінестетичного аналізу, що призводить до неточності відчуття положення та руху артикуляційних органів і кінцівок.

У дошкільному віці відбувається інтенсивний розвиток рухової сфери та активне засвоєння мовлення. Некоректно сформований праксис у цей період стає серйозною перешкодою не лише для успішного оволодіння навичками самообслуговування та ігровою діяльністю, але й для формування правильної звуковимови. Багато авторів (зокрема, О. Боряк, Н. Гаврилова, А. Сімко) наголошують, що порушення кінестетичної основи рухів часто лежать в ядрі складних мовленнєвих розладів (таких як дизартрія, стерта дизартрія, фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення), що вимагає розробки специфічних, цілеспрямованих корекційних підходів.

Незважаючи на значний інтерес до проблеми праксису у вітчизняній та зарубіжній науці (праці М. Шеремета, І. Мартиненко, Ю. Рібцун, Ю. Коломієць, Е. Дж. Айрес), питання комплексного та ефективного впливу на кінестетичну диспраксію саме у дітей дошкільного віку із застосуванням сучасних методів сенсорної інтеграції, нейропсихології та кінезіології залишається недостатньо розкритим і вимагає глибокого теоретичного обґрунтування та практичної апробації.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність комплексної корекційно-розвивальної програми для подолання кінестетичної диспраксії у дітей дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз понять “праксіс” і “диспраксія” у логопедії та суміжних науках, визначити психофізіологічні механізми кінестетичної диспраксії
2. Вивчити особливості порушень мовленнєвого розвитку та різних видів праксису у дітей дошкільного віку з кінестетичною та кінетичною диспраксією
3. Розробити діагностичний комплекс для якісної оцінки стану кінестетичного праксису у дошкільників
4. Створити та обґрунтувати зміст комплексної корекційно-розвивальної програми, що включає елементи сенсорної інтеграції, нейропсихології, кінезіології та логопедичної роботи
5. Експериментально перевірити ефективність розробленої програми та проаналізувати динаміку корекційного процесу.

Об’єктом дослідження є процес формування та корекції кінестетичного праксису у дітей дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Предметом дослідження є комплексна корекційно-розвивальна програма, спрямована на подолання кінестетичної диспраксії у дітей дошкільного віку.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових даних з логопедії, психології, нейропсихології та фізіології.
2. Емпіричні: констатуючий та формувальний експерименти (проведення проб за адаптованою методикою Ю. Рібцун), педагогічне спостереження, бесіди з батьками, якісна та кількісна оцінка рівня розвитку праксису та мовлення.
3. Статистичні: методи математичної статистики для обробки та інтерпретації отриманих емпіричних даних.

Наукова новизна полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці комплексної моделі корекційно-розвивальної роботи, що інтегрує класичні

логопедичні методи з інноваційними підходами сенсорної інтеграції, нейропсихології та елементами су-джок терапії для цілеспрямованого впливу на кінестетичну основу рухів.

Практичне значення. Розроблена та апробована корекційно-розвивальна програма може бути впроваджена у практичну діяльність логопедів та корекційних педагогів дошкільних освітніх закладів, інклюзивно-ресурсних центрів та приватних корекційних центрів для підвищення ефективності роботи з дітьми, які мають кінестетичну диспраксію та мовленнєві порушення.

Експериментальною базою дослідження стала приватна логопедична практика у місті Славутич Київської області. Охоплено 20 дітей віком від 4 до 6 років.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів із висновками, загальних висновків, списку використаної літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ КІНЕСТЕТИЧНОЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1. Поняття праксису і диспраксії у логопедії та суміжних науках.

Психофізіологічні механізми порушень праксису у дітей

Пракис (від грецького слова *praxis* - дія, виконання) - це збірне поняття, що охоплює здатність до планування, організації та виконання цілеспрямованих рухливих актів, свідомі цілеспрямовані рухи, котрі забезпечуються рівнем кори головного мозку та її вторинними полями. Пракис є складною системою, що об'єднує довільні та предметні дії за заданим планом, маючи при цьому глибоке неврологічне та психологічне підґрунтя [31, с. 38]. Іншими словами, під пракисом розуміють вольове формування рухів для виконання конкретної дії або досягнення певної мети. Він пов'язаний зі знанням предметів та інструментів відповідно з їхніми функціями, а також зі знанням дій, необхідних для роботи чи виконанням завдання.

Існують різні види праксису:

1. Ідеомоторний: здатність виконувати свідомі дії чи прості жести.
2. Ідеаторний: уміння маніпулювати об'єктами/інструментами у послідовності моторних дій, що включають знання функції об'єкту, знання дії та розуміння порядку.
3. Мімічний: здатність довільно здійснювати рухи чи жести різноманітними частинами обличчя (очима, бровами, губами, язиком, щоками тощо).
4. Зорово-конструктивний: уміння планувати та виконувати рухи, необхідні для розташування елементів у просторі з метою намалювати чи скопіювати фігуру [27, с. 65].

За іншою класифікацією, виділяють такі типи праксису:

1. Предметний: свідомі, цілеспрямовані вибіркові дії з предметами. Різноманітні рухові маніпуляції можуть виконуватися і за відсутності предмета, тобто на основі імітації.

2. Пальцевий: включає дрібні рухи пальців та кистей рук, необхідні для виконання таких дій, як письмо, малювання та гра на музичних інструментах.

3. Оральний: рухи губ, язика та щелеп, необхідні для таких дій, як харчування, пиття та мовлення. Він формується на основі не власне предметних, а більш абстрактних дій. До рухів орального праксису належить уміння за завданням подути, поцокати, поклацати язиком, надути щоки, посвистіти і т.п. Оволодіння оральним праксисом складає досить важливу підготовчу фазу мовленнєвого розвитку. Від якості та об'єму оральних навичок багато в чому залежить засвоєння нормативної звуковимови.

4. Артикуляційний праксис: рухи губ, язика та щелеп, необхідні для чіткої вимови звуків мовлення. Вважається найскладнішим з усіх видів праксису. По суті це здатність вимовляти звуки мовлення та слова [22, с. 42].

Відомий радянський психолог О. Р. Лурія виділив в артикуляційному праксисі:

1. Кінестетичний (аферентний).
2. Кінетичний (еферентний).

Термін “аферентний” означає “центроспрямований”, що має на увазі напрямок нервових імпульсів від периферії (органів чуття або інших частин тіла, наприклад, шкіри, м'язів, внутрішніх органів) до центру (головного мозку), де вони обробляються, а термін “еферентний” означає “центробіжний”, тобто нервові імпульси проходять від центру до периферії.

Таким чином, один вид праксису:

- ~ кінестетичний за способом набуття та використання;
- ~ аферентний за направленістю нервових імпульсів.

Другий вид праксису:

- ~ кінетичний за способом набуття та використання;

~ еферентний за направленістю нервових імпульсів.

Аферентний артикуляційний праксис - це здатність відтворювати ізольовані звуки мовлення, їх артикуляційні уклади (пози), котрі часто також називають мовленнєвими кінестезіями або артикулемами.

Еферентний артикуляційний праксис - це здатність вимовляти серії звуків мовлення. Еферентний артикуляційний праксис принципово відрізняється від аферентного тим, що вимагає уміння здійснювати переключення з однієї артикуляційної пози на іншу [27, с. 66]. Тобто людині важко переключатися з одного звуку на інший або з попереднього складу на наступний (порушена складова структура слова).

Важливо зауважити, що усі ці типи праксису тісно взаємопов'язані та не ізольовані один від одного. Тому формування системи праксису - це складний процес, котрий відбувається протягом усього життя людини. Він тісно пов'язаний із розвитком таких психічних функцій, як моторика, сенсорні системи, когнітивна та емоційно-вольова сфери.

Таким чином, диспраксія (від грецького *dis* - префікс, що описує часткове порушення або ускладненість, *прахія* - рух, діяльність) - це порушення, яке пов'язане з руховими функціями, координацією та плануванням рухів у людини з нормальним тонусом м'язів артикуляційного апарату. Термін "диспраксія" використовується для того, щоб позначити порушення планування будь-яких моторних дій, яке пов'язане з певними проблемами розвитку в онтогенезі.

Медичні працівники іноді використовують терміни "*апраксія*" та "*диспраксія*" як взаємозамінні. Однак апраксія часто є важчою, ніж диспраксія. Апраксія означає, що людина повністю втрачає здатність щось робити, навіть якщо розуміє команду та має бажання виконати рух. Диспраксія означає часткову втрату здатності робити щось точно [51, с. 216].

Оскільки диспраксія є складним нейропсихологічним порушенням, що впливає на здатність планувати та координувати рухи, вона має тісний зв'язок з

іншими науками. Тому для повного розуміння диспраксії необхідно розглядати її крізь призму суміжних наукових дисциплін.

1. У першу чергу такою дотичною до диспраксії науковою галуззю є медицина, яка досліджує фізіологічні процеси, що призводять до порушень праксису. У неврології диспраксія розглядається як неврологічне порушення розвитку, досліджуються мозкові механізми, які відповідають за моторне планування. Педіатри передусім виявляють симптоми диспраксії у дітей. Також пошуком першопричин виникнення даного порушення займаються перинатальна та неонатальна медицини. Остеопати, сприймаючи організм як цілісну систему, шукають можливу причину порушень функціонування різних ділянок головного мозку у збоях роботи м'язо-скелетного апарату.

2. Вивченням диспраксії займається також генетика, оскільки деякі дослідження вказують на можливу генетичну схильність до диспраксії. Вона допомагає зрозуміти причини та можливий спадковий характер цього порушення.

3. Вікова психологія вивчає вплив диспраксії на когнітивний розвиток, поведінку та емоційний стан дитини. Нейропсихологи аналізують зв'язки між мозковими структурами та порушеннями рухової координації, а також розробляють різноманітні комплекси нейропрограм для корекції порушень праксису.

4. Педагогіка та спеціальна освіта також розглядають диспраксію у своїй компетенції. Вчителі та корекційні педагоги займаються розробкою індивідуальних навчальних програм для дітей із диспраксією, підбирають комплекси вправ та завдань. Спеціальна освіта займається адаптацією навчального процесу до потреб дитини. Наприклад, Інклюзивно-ресурсний центр надає методичні рекомендації педагогам та батькам.

5. Також дотичними до диспраксії є фізіотерапія, ерготерапія та сенсорна інтеграція. Фізіотерапевти розвивають відчуття дитиною власного тіла і контроль над ним, працюють над розвитком моторики та координації рухів.

Ерготерапевти допомагають дитині пристосуватися до повсякденного життя, навчаючи практичних навичок (застібати гудзики, зав'язувати шнурки, тримати олівець). Сенсорно-інтегративна терапія спрямована на покращення роботи нервової системи, щоб мозок міг краще обробляти сенсорні сигнали. Через спеціальні вправи та ігри дитина вчиться краще розуміти свої відчуття. Це сприяє покращенню координації, розвитку навичок довільного планування рухів та кращого відчуття свого тіла у просторі.

6. Корекцією порушень орального та артикуляційного праксису безпосередньо займаються логопеди. Вони працюють над покращенням відчуття дитиною артикуляційного апарату та усвідомленим плануванням рухів, розвитком мовленнєвих навичок.

Отже, диспраксія є складним міждисциплінарним явищем. Розуміння її причин та корекція потребують співпраці фахівців із медицини, нейропсихології, педагогіки, ерготерапії, фізіотерапії, логопедії та інших наук. Такий підхід дозволяє комплексно допомогти дитині адаптуватися та розвиватися.

На сьогоднішній день питання стосовно *причин* диспраксії недостатньо вивчене. Це порушення може виникати та бути: первинним (причини диспраксії не пов'язують з неврологіями та анатомічними порушеннями, однак їх важко визначити без використання спеціальних методик); вторинним (коли безпосередньо диспраксія вже є причиною та наслідком черепно-мозкових травм, ДЦП або інших патологічних станів нервової системи; також може бути при аутизмі, синдромі Вільямса та синдромі Дауна тощо). Найчастіше етіологічні чинники диспраксії пов'язані певним чином з генетикою та навколишнім середовищем [2].

Щоб зрозуміти психофізіологічні причини диспраксії, слід звернути увагу на взаємодію мозкових структур, сенсорних систем та моторного планування, які забезпечують нормальну рухову активність. Керування рухами реалізується ЦНС через взаємопов'язану та розгалужену нейронну мережу, в якій моторні області кори головного мозку і особливо первинна моторна кора поле 4

Бродмана, відіграють ключову роль в управлінні довільними, цілеспрямованими рухами.

Неврологічні причини диспраксії пов'язані з порушенням функціонування окремих ділянок (структур), відповідальних за моторне планування, координацію, сенсомоторну інтеграцію та контроль рухів. Дослідження показують, що це може бути пов'язано з відмінностями в розвитку та взаємодії нейронів у мозку. Ця відсутність типового нейронного розвитку впливає на координацію, але не є результатом будь-якої ідентифікованої неврологічної аномалії [24]. При диспраксії можуть бути функціональні або органічні порушення у роботі однієї або декількох із цих структур.

Рис. 1.1. Функції різних ділянок кори головного мозку



Патогенетичним ядром диспраксії є затримка дозрівання кіркових та субкортикальних структур, що забезпечують різні види моторики. У здійсненні рухового наміру задіяно складний ланцюжок взаємодії різних церебральних структур. Прийняття рішення про виконання цілеспрямованого руху відбувається у лімбічній корі та таламусі. За формування плану моторних дій на основі різних сенсорних стимулів відповідальні префронтальна, скронево-потилична, тім'яна асоціативна зона, а також базальні ганглії. На етапі внутрішнього програмування рухів задіяні моторна і премоторна кора, таламус,

мозочок, базальні ядра. Зрештою, у безпосередньому виконанні моторного акту беруть участь рухова кора, вестибулярна система, мотонейрони спинного мозку, периферичні м'язи (скелетні, артикуляційні, мімічні). При диспраксії має місце ретардація та функціональна неузгодженість діяльності зазначених структур, що призводить як до порушення загальної моторики, так і до парціального недорозвинення праксису (мовного, зорово-просторового, конструктивного тощо) [10].

Неврологічно, диспраксія вражає мозочок: він розташований позаду стовбура мозку, має невеликий розмір і приблизно форму волоського горіха. Цікаво, що тут більше нейронів, ніж у будь-якій іншій частині мозку, його основна роль полягає у координації постави, рівноваги, мовлення та рухів. Люди з диспраксією відчують перебої між цими нейронами, які контролюють їхні довільні рухи, що призводить до фізичних симптомів [24]. Окрім того, у мозочку дуже швидко утворюються нові нейронні зв'язки.

Мозочок традиційно вважають ділянкою мозку, що бере участь - разом із руховою корою і базальними гангліями - у регуляції моторних функцій [26]. Який же механізм зв'язку мозочку та кори великих півкуль головного мозку? На макрорівні мозочок сполучений із рештою нервових структур за допомогою трьох пар мозочкових ніжок (нижньої, середньої та верхньої). Виділяють три головні джерела *аферентної* інформації, яка надходить до мозочка: присінок (вестибулярний апарат), спинний мозок і кора великих півкуль. Ці ж структури є основними призначеннями проєкцій мозочкових нейронів... *Еферентні* зв'язки мозочка прямують переважно до тих же структур, звідки надходить аферентне збудження. Від присінкомозочка збудження прямує до присінкових ядер; так забезпечуються рівновага тіла й узгодження рухів очей із рухами тулуба. Від бічних частин півкуль мозочка збудження прямує через зубчасте ядро до моторних і премоторних ділянок кори великих півкуль, що потрібно для планування рухів. Спинномозкомозочок (присередня частина півкуль та черв'як) проєктується через ядро вершини (від черв'яка) та міжпозиційні ядра (від

присередньої частини півкуль) у бічні та присередні низхідні моторні шляхи; це забезпечує координацію більшої частини рухових реакцій [26].

Мозочок - не єдина область мозку, на яку впливає диспраксія. Вона також може впливати на префронтальну кору (ПФК) у передній частині мозку. Ця область мозку відповідає за те, як ми мислимо. Вона допомагає нам у прийнятті рішень та плануванні, а також в управлінні часом та регулюванні наших емоцій. Медичні фахівці називають це нашими виконавчими функціями. Префронтальна кора - це остання область мозку, яка повністю дозріває, зазвичай це відбувається приблизно у 25 - 26 років, і тому при такому стані, як диспраксія, вона може бути недорозвиненою або порушеною, що ускладнює життя [26].

Таблиця 1.1. Структури головного мозку та їхня роль у контролі рухової активності

Структура	Роль у руховій активності
Префронтальна кора	Планування дій, прийняття рішень
Премоторна кора	Формування програми руху
Первинна моторна кора	Ініціація конкретних м'язових скорочень
Додаткова моторна зона	Планування та координація послідовних рухів
Базальні ганглії	Автоматизація рухів, модуляція моторної активності
Мозочок (церебелум)	Точність, координація, баланс

Кортикоспінальні шляхи	Передача моторних сигналів до м'язів
------------------------	--------------------------------------

На думку М.М. Єфименко, порушення кровообігу та лікворного обміну в ранньому молодшому віці найчастіше призводять до появи різноманітних органічних вражень головного мозку та мінімальних мозкових дисфункцій, порушуючи тісні зв'язки, які забезпечують становлення слухомовленнєвих функцій, вербальної пам'яті та уваги, що своєю чергою призводить до порушення мовлення та інших вищих психічних функцій: гнозису і праксису. При враженні або порушенні кровообігу лівої півкулі головного мозку найчастіше маються порушення рухів кінцівок і артикуляційної моторики. Загалом ліва півкуля відіграє домінуючу роль саме в регуляції і послідовності загальних і артикуляційних рухів. Відомо, що праксис належить до категорії самої ранньої – базисної, властивих тільки людині, вищих кіркових функцій третинної зони кори, де найвищого ступеню складності будуються асоціативні системи. Клініко-морфологічними дослідженнями визначено локалізацію центру праксису людини. З анатомічної позиції, центр праксису знаходиться в надкрайовій звивині лівої нижньої частини тім'яної частки відповідно до цитоархітектонічних полей Бродмана. Враховуючи анатомічні особливості локаційного розташування праксису і діагностичні дані електроенцефалограм дітей дошкільного віку з порушенням мовлення, можна зробити висновок, що у всіх дітей із порушенням звуковимови спостерігається фізіологічна незрілість структур головного мозку, патологічна електрична активність кори і стовбура головного мозку, яка не відповідає віковим нормам [31, с.40 - 41].

Якщо говорити власне про кінестетичну (аферентну, доцентрову) диспраксію, то слід звернути увагу на порушення соматосенсорної аферентації. Важливим чинником є ураження тім'яної кори головного мозку (переважно в лівій півкулі). Страждає постцентральна звивина (первинна соматосенсорна кора), яка відповідає за обробку тілесних відчуттів. Втрачається точна інформація про

положення та рух частин тіла у просторі (пропріоцепція), що унеможлиблює контроль за виконанням руху. Також кінестетична диспраксія виникає при збої у сенсомоторній інтеграції. Порушення зв'язку між сенсорними (тім'яна кора) і моторними (ділянки лобної кори) головного мозку призводить до розриву між сприйняттям руху та його виконанням.

Артикуляційна диспраксія пов'язана із порушенням вищих психічних функцій і виникає внаслідок затримки дозрівання мозкових структур, відповідальних за реалізацію процесів управління планування рухів з однієї сторони, а з іншої - є проявами системного та структурованого міжпівкульного багаторівневого дизнейроонтогенезу, який бере початок з рівня неспецифічних систем мозку. Нерідко прояви диспраксії пов'язують з порушеннямтім'яної частки мозку [2].

Проте наразі до кінця не вивчено, що саме викликає диспраксію. Дослідження показують, що це може бути пов'язано з відмінностями у розвитку та взаємодії нейронів у мозку. Ця відсутність типового нейронного розвитку впливає на координацію, але не є результатом якоїсь ідентифікованої неврологічної аномалії [24]. Нейрони відповідають за забезпечення мозку інформацією про наш фізичний стан та навколишнє середовище. Постійне повторення рухів дозволяє здійснювати більш витончений, контрольований рух у відповідь на подразник. Якщо в цих нейронах та їх шляхах є незрілість, результатом будуть труднощі у виконанні цілеспрямованих, скоординованих та плавних рухів. Що викликає цю незрілість нейронів, ще належить з'ясувати [26]. Іноді порушення праксису можуть бути пов'язані з обмеженою здатністю мозку до адаптації та формування нових нейронних зв'язків. Зниження нейропластичності клітин головного мозку призводить до повільного засвоєння нових рухових навичок, складнощів у перенавчанні або корекції помилкових рухових стратегій та недостатній автоматизації рухів.

На нейропластичність та формування моторних шляхів у мозку можуть впливати генетичні фактори. Диспраксія часто є спадковою, і вона частіше

зустрічається у чоловіків, що натякає на можливі генетичні фактори, хоча специфічні гени не були ідентифіковані [10].

Діти, народжені передчасно або з низькою вагою при народженні, мають підвищений ризик розвитку диспраксії, оскільки ці фактори можуть впливати на розвиток мозку таким чином, що порушують координацію рухів. Немовлята, особливо ті, що народилися до 32 тижнів, можуть мати затримки розвитку, зокрема в галузі координації рухів, через неповний розвиток нервової системи [51]. Окрім того, диспраксії можуть сприяти ускладнення під час внутрішньоутробного розвитку або народження (інтоксикації, інфекції, гіпоксія плоду).

Диспраксія часто може супроводжуватися іншими розладами, такими як РДУГ, РАС або дислексія. Хоча ці стани не викликають диспраксію, їх наявність може свідчити про спільні неврологічні відмінності.

Поміж іншим, передумовами появи диспраксії можуть бути вторинні, але важливі чинники - емоційно-психологічні. Хоча диспраксія має насамперед фізіологічну природу, психологічні аспекти можуть посилювати прояви розладу. Через постійні невдачі у дитини може з'явитися хронічна тривожність, зниження самооцінки та страх перед виконанням завдань, які вимагають моторних зусиль. Такі емоційні реакції можуть знижувати мотивацію до практики нових рухів і погіршувати адаптацію дитини.

Як бачимо, диспраксія - це результат складної психофізіологічної взаємодії порушених процесів у головному мозку, сенсорній інтеграції, міжпівкульній комунікації та моторному контролі. Основна її причина полягає не у м'язах чи мотивації, а в неврологічних механізмах, які не дозволяють людині ефективно планувати та виконувати рухи. Тому корекція порушень праксису має включати нейропсихологічний, сенсорний, логопедичний та фізіотерапевтичний підходи.

1.2. Класифікація диспраксій. Характеристика кінестетичної диспраксії. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями праксису

Залежно від локалізації охоплення рухів, розрізняють такі види диспраксії:

1. Конструктивна: порушує орієнтацію у просторі, викликає труднощі з розумінням просторових співвідношень, що ускладнює малювання геометричних фігур та використання конструкторів.

2. Психомоторна: викликає труднощі з виконанням послідовних рухів, наприклад, під час чищення зубів чи миття посуду.

3. Ідеомоторна: заважає виконанню однокрокових завдань, наприклад, розчісуванню волосся або ходьбі.

4. Оромоторна: порушує координацію рухів оральних м'язів у будь-якій ситуації, навіть при немовленєвих діях, наприклад, при жуванні, ковтанні, смоктанні або коли треба подмухати, проковтнути пігулку, облизати губи, пити через соломинку. Людина може не відчувати бруд на обличчі.

5. Вербальна: викликає нездатність мозку правильно керувати мовленнєвими м'язами (губами, язиком, щелепою) для чіткої вимови слів, хоча дитина має гарне слухове сприймання і розуміє, що хоче сказати.

6. Артикуляційна: сприяє спотворенню та заміні звуків, порушує складову структуру слова через нездатність контролювати рухи органів артикуляційного апарату, внаслідок чого мовлення стає "змазаним", нечітким.

У залежності від способу набуття та особливостей прояву, в артикуляційній диспраксії виділяють кінестетичну та кінетичну.

Кінетична диспраксія виникає внаслідок первинного пошкодження суцесивного синтезу на рівні оперування руховими артикуляторними рядами на етапі моторного програмування мовленнєвого висловлювання (порушення складової структури) [39, с. 38].

Залежно від напрямку руху нервових імпульсів, кінестетичну диспраксію називають аферентною (доцентровою) - імпульси проходять від периферії до

центру, а кінетичну - еферентною (відцентровою) - імпульси проходять від центру до периферії. Важливо зазначити, що в однієї й тієї ж людини можуть бути присутні кінестетична і кінетична диспраксії одночасно. Кінетична диспраксія є підвидом кінестетичної. Оскільки порушення на доцентровому рівні, то відцентровий теж може автоматично пошкоджуватись. Тому в даному випадку будуть наявні прояви двох артикуляційних диспраксій: і викривлення звуковимови, і порушення складової структури слова.

Кінестетичною диспраксією називають неврологічний розлад, який проявляється як труднощі з контролем та координацією рухів артикуляційного апарату (губ, язика, щелепи), необхідних для мовлення. Особливість полягає в тому, що людина може розуміти і відрізнити правильні слова, але має проблеми з точним відтворенням звуків, що веде до спотворень вимови. На відміну від дизартрії, де порушення зумовлені м'язовим тонусом, кінестетична диспраксія пов'язана з плануванням та координацією рухів, а не зі станом самих м'язів. Дитина "шукає" правильне положення язика, не може точно відчувати його положення, скажімо, за зубами, перед зубами чи на альвеолах, замість кінчика язика показує його значну частину, не може зробити цілеспрямований диференційований видих на гортань, кінчик язика чи губи. Тому їй важко вимовити правильно ізольований звук, він може викривлятися або замінюватися, спостерігається нечітка вимова. Цей вид диспраксії зумовлює кінестетична ланка відтворення, що порушує аналіз якісного складу рухів при вимові звуків [39, с. 36].

Кінетична диспраксія викликає порушення координації рухів органів артикуляційного апарату, що проявляється у труднощах зі швидкою зміною положень і послідовності рухів, необхідних для вимови звуків і слів. Особливістю даного виду диспраксії є труднощі з послідовністю і переключенням рухів, внаслідок чого дитина не може плавно переключатися з одного звуку на інший чи з попереднього складу на наступний. Через наявні проблеми з динамічною організацією рухів дитина не може контролювати

швидкі та послідовні рухи мовленнєвих органів. Це призводить до спотворення мовлення, появи пропусків звуків або складів чи їх перекручень у словах. Наприклад: “да” замість “два”, “наю” (“знаю”), “нока” (“кнопка”), “тат” (“п’ять” і “так”), “мамаматака” (“математика”), “папапах” (“черепак”), “бабабаченя” (“до побачення”). Для диспраксії характерна непостійність помилок (вимови одного і того ж звуку чи слова, темпу, гучності, наголосу). Дитина може кожного разу говорити одне і те ж слово по різному: “панана” і “памама” (“панама”), “мамазин” і “мазазин” (“магазин”), “бебемот” і “мемемот”, “татута” і “папута” (“капуста”).

Диспраксію часто називають “синдромом незграбності”. Порушення у роботі структур головного мозку можуть проявлятися як на загальному фізичному рівні, так і на мовленнєвому. Диспраксія виявляється приблизно у кожній 12-ї дитини у віці 5 - 7 років (за іншими даними, у 2 - 20% дітей у популяції). Серед хлопчиків цей стан реєструється вчетверо частіше, ніж серед дівчаток [10]. Диспраксія може по-різному проявлятися у кожній дитини, залежно від форми розладу (конструктивна, психомоторна, вербальна) та ступеня тяжкості. Важливо пам’ятати, що немає двох дітей з однаковим перебігом захворювання [47], але існують певні загальні риси, які можуть бути характерними для дітей із диспраксією. Для зручності загальні прояви диспраксії поділено у групи у вигляді таблиці.

Таблиця 1. 2 Прояви диспраксії у дошкільному віці

Сфера діяльності	Прояви диспраксії
Рухова (моторна) сфера	Незграбність, часті падіння, труднощі з координацією рухів Повільність, скутість або надмірна активність при рухах

	<p>Труднощі у плануванні та виконанні нових рухів</p> <p>Невміння застібати гудзики, зав'язувати шнурки, користуватись ложкою, олівцем</p>
Мова та мовлення	<p>Порушення артикуляції, труднощі в програмуванні рухів органів мовлення</p> <p>Непоследовна звуковимова, проблеми з плавністю та темпом мовлення</p> <p>Затримка мовленнєвого розвитку або розлади мовлення (апраксія мовлення)</p>
Побутова діяльність	<p>Складнощі при самообслуговуванні: одягання, миття рук, чищення зубів</p> <p>Нездатність виконати послідовність дій без нагадування</p>
Ігрова діяльність	<p>Важко керувати рухомими іграшками або будувати з конструктора</p> <p>Складнощі в сюжетно-рольовій грі через труднощі в організації дій</p>
Графомот орні навички	<p>Погане володіння олівцем, пензлем</p> <p>Труднощі з малюванням, копіюванням фігур, обведенням по контуру</p>
Соціальна адаптація	<p>Замкнутість, сором'язливість через труднощі у рухах або мовленні</p> <p>Низька самооцінка, уникнення участі в рухливих іграх або колективних завданнях</p>

Багато вчених вважають, що саме для дошкільного віку найяскравішими проявами диспраксії можуть бути гіперактивність, незграбність у рухах; необережне ходіння, часті падіння; неможливість автоматизувати свою

діяльність, наявність вербальної (мовленнєвої, оральної) диспраксії; негативне ставлення дитини до будь-яких спортивних дій, її низька активність; довге та складне формування навички самостійного харчування; складнощі оволодіння дрібною моторикою (застібнути гудзик, зібрати дрібні предмети пінцетом, одягати шкарпетки, малювати олівцем), труднощі латералізації (міжпівкульної асиметрії); сутула постава; швидке згасання уваги; складнощі з переказом подій з життя та розумінням конструкцій речень. Дітям важко навчитися ловити м'яча двома та однією рукою, стрибати на двох ногах, стояти на одній нозі, тримати рівновагу під час їзди на самокаті, виконувати одночасно декілька дій. У дітей можуть виникати різні психоемоційні та поведінкові комплекси: такі діти швидко стають пасивними, втрачають інтерес до виконання різних завдань; відмовляються від моторних ігор, руханок, їм складно шукати собі друзів через знижену самооцінку [50]. Можуть спостерігатися синкінезії (наприклад, відкривання рота, рухи язиком під час малювання, нанизування намистинок або виконання моторних програм).

Як зазначено вище, кінестетична диспраксія характеризується труднощами у виконанні цілеспрямованих рухів, викликаних дефіцитом кінестетичної (м'язово-рухової) інформації. У дітей дошкільного віку вона часто впливає не лише на загальну моторику, а й на мовленнєвий розвиток, оскільки мовлення - це складна психомоторна діяльність, що потребує точної координації дрібних рухів артикуляційного апарату (язик, губи, м'яке піднебіння, щелепи).

У нормі дитина сприймає відчуття від рухів органів артикуляції (кінетичний і кінестетичний зворотний зв'язок), що дозволяє їй контролювати звуковимову. При кінестетичній (аферентній) диспраксії цей зв'язок порушений, тому дитина не відчуває точно положення язика, губ під час вимови звуків, а тому не може самостійно скоригувати неправильний рух і має труднощі з відтворенням і закріпленням артикуляційних позицій. Наприклад, при вимові різних за місцем утворення в артикуляційному апараті звуків [к] - [т] - [п] дитина не відчуває, що один звук вона вимовляє "горлом", другий - кінчиком язика,

третій - губами. Їй здається, що усі ці звуки вона промовляє “ротом”. Або може плутати [з] і [в] (не відчуває різниці при видисі на кінчик язика і на нижню губу). Дитині з аферентною диспраксією може бути надзвичайно важко перевести дихання з кореня язика на кінчик язика (горловий та альвеолярний [р]) або з ротової в носову порожнину ([д] - [н], [б] - [м]).

Особливостями мовленнєвого розвитку дитини з кінестетичною диспраксією є:

- **Порушення звуковимови**

Найхарактерніший його прояв - нестійка, спотворена або відсутня вимова окремих звуків, особливо складних в артикуляційному плані - [л], [р], шиплячі, свистячі. Звуки можуть замінюватися, пропускатися або звучати спотворено через неправильну артикуляцію. один і той самий звук може звучати по-різному в різних словах або навіть у межах одного слова. Неправильна вимова зберігається довше, ніж у нормотипових дітей, і не піддається звичайному наслідуванню.

- **Труднощі в артикуляційній моторній програмі**

Дитині важко відтворити нові артикуляційні рухи, навіть після багаторазового показу. Можливе нерозуміння словесної інструкції логопеда (наприклад, “Поклади язик за нижніми зубами”), що вимагає підключення зорових, тактильних і рухових підказок.

- **Повільне формування фонематичного слуху**

Через нечітку або спотворену звуковимову дитина погано розрізняє близькі за звучанням фонemi. У мовленні допускає велику кількість фонематичних помилок, що впливає на лексичний запас і розуміння мовлення. Наприклад, “носка” - “мошка” і “носка” - “ножка” (“ніжка”).

- **Уповільнення темпів мовленнєвого розвитку**

Як правило, перші слова та фрази з'являються пізніше норми, активне мовлення обмежене, переважають жести, вигуки, окремі слова. Через невпевненість у своїй вимові дитина може уникати мовленнєвого спілкування.

- Недоліки зв'язного мовлення

Дитина важко формулює думки, зупиняється у пошуку слів, “спотикається” через вимову важких слів. Окрім того, страждає граматична структура речень - неправильне узгодження членів речення, спрощення синтаксису.

- Збережене або незначно порушене розуміння мовлення

Діти зазвичай добре розуміють звернене мовлення, але їм складно повноцінно відповісти на нього. Хоча диспраксія впливає на координацію, вона не впливає на інтелект [51].

Існують і супутні труднощі кінестетичної диспраксії. Навіть найближчим родичам буває складно зрозуміти мовлення дитини з диспраксією, що створює комунікативні бар'єри. Через нерозбірливе мовлення та труднощі у вимові можливе зниження соціальної адаптації, що може призвести до замкненості або навіть самоізоляції дитини від оточуючих.

Отже, дисфункція певних структур головного мозку може давати складне порушення розвитку дитини, що впливає як на мовленнєву сферу, так і на моторно-рухову, та й загалом на якість життя дитини. При диспраксії можуть бути порушені різні сфери розвитку дитини, і деякі наслідки диспраксії можуть тривати в міру дорослішання дитини. Чим раніше буде діагностовано диспраксію та розпочата корекція, тим більше шансів на покращення, і це мінімізує вплив диспраксії на її повсякденне життя з віком [40].

1.3. Огляд вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми

Проблема вивчення праксису представлена в дослідженнях українських вчених О. В. Боряк, М. К. Шеремета, В. В. Клименка, І. В. Мартиненко, Ю. В. Коломієць, Н. С. Гаврилової, А. В. Сімко [31, с. 38].

О. В. Боряк та М. К. Шеремет досліджували нейропсихологічні механізми праксису, описали мозкові структури, відповідальні за його формування,

аналізували розлади праксису при неврологічних та психологічних порушеннях, а також викладали методи діагностики та корекції розладів праксису [51].

В. Клименко висвітлював психофізіологічні основи діяльності людини, аналізуючи широкий спектр тем, пов'язаних із праксисом (шкала продуктивності дій, механізми психічного відображення, проектування образів майбутнього, механізми психомоторного втілення задуму, засоби та інструменти праксису, типологію характерів та особливості творчого процесу).

Науковець зробив досить повний і певною мірою експериментальний аналіз праксису як системного явища, що включає в себе не лише рухові аспекти, але й уявлення, образність, енергетичний потенціал людини. В. Клименко пропонує типологію характерів людей, здатних до творчої чи рутинної роботи, розкриває особливості процесів відкриття, винаходів та створення художніх образів [17].

І. Мартиненко досліджувала проблему диспраксії у контексті мовленнєвого дизонтогенезу дітей. Вона зробила значний внесок у цю сферу, запропонувавши ґрунтовний теоретичний огляд та практичні методи для роботи з дітьми з подібними порушеннями. Дослідниця описала теоретичні засади вивчення диспраксії, ґрунтуючись на сучасних наукових знаннях про психофізіологічні механізми мовлення та розвитку рухових функцій у дітей. І. Мартиненко розглядала різні концепції диспраксії, аналізуючи її причини, симптоматику та прояви у мовленнєвій сфері. Дослідниця розробила методіку комплексного логопедичного обстеження дітей з диспраксією. Дана методика дозволяє логопедам чітко і всебічно оцінити стан мовленнєвих функцій у дитини, визначити локалізацію та ступінь вираженості диспраксичних розладів [27, с. 65].

А. Сімко розглядає фізичну активність як потужний засіб корекції психомоторних розладів у дітей з інтелектуальними порушеннями. Вона стверджує, що рухова активність сприяє покращенню координації рухів, розвитку м'язової сили та витривалості, формуванню правильної постави,

покращенню вестибулярного апарату, позитивному впливу на емоційну сферу [38, с. 504].

Проблематика психомоторного дитячого розвитку належить до дуже значущих у загальній та спеціальній дошкільній педагогіці та дитячій психології сучасності [2]. Це закономірно, адже для первинної стадії онтогенезу дитини яскравою особливістю є нерозривність психічних та моторних процесів (А. Валлон, Л. Виготський, О. Запорожець, М. Кольцова, О. Леонт'єв, Р. Ф'юелл, М. Щелованов та інші) [27]. У дослідженнях Л. Виготського, М. Лісіної, М. Хватцева, П. Дворкіної, І. Горської, М. Фомічової та інших [50] встановлена наявність тісної взаємодії психомоторного та мовленнєвого розвитку, а саме - чітко прослідковується залежність мовленнєвого розвитку від рухової активності дитини. На недостатню сформованість моторної сфери, зокрема наявність диспраксії, у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення вказують дослідження Р. Левіна, Р. Лалаєва, Н. Серебрякова, Л. Лопатіна, М. Іпполітова, О. Мастюкова та інших науковців [27].

Власне, учення про праксис було створене німецьким неврологом Хуго Карлом Ліпманом, котрий розвинув та уточнив положення, висунуті ще неврологом Карлом Верніке. Ліпман підкреслював, що праксис - це система довільних дій [31]. Складні і мимовільні дії формуються на основі кінестезії – безперервної інформації, що надходить від пропріоцепторів при виконанні всіх рухів. Х. К. Ліпман на основі анатомічних досліджень припустив, що заплановані і керовані дії керуються в тім'яній ділянці кори головного мозку. Вчений довів, що неможливість координації мимовільних м'язових рухів є симптомом захворювань і травм центральної нервової системи та не залежить від м'язової слабкості [31, с.40].

Поняття “диспраксія” відоме з середини ХХ століття, коли Collier першим описав його як “congenital maladroitness”. Надалі вивченням цього терміну займалися також такі зарубіжні науковці, як J. Ayres, S. Gubbay, C. Gillberg та інші [2].

Мовлення як кінестетичне подразнення, що направляється в кору головного мозку від органів артикуляції, розглядав І. І. Павлов, Б. Ж. Монделаерс [31, с. 38].

Визначну роль у розвитку мовлення, особливо її фонологічної складової частини, відіграє дозрівання рухового аналізатора і формування артикуляційної бази, як зазначали Н. Швачкін, В. Більтюков, О. М. Леонт'єв, М. О. Берштейн, О. Гвоздьов, Е. Thelen, G. D. Reeves & S.A. Cermak [31, с.38]. Проблемою розвитку артикуляційної моторики і вченням про праксис присвячені праці таких вчених, як Ф. Ф. Рау (вплив артикуляційної моторики на звуковимову дитини), М. Є. Хватцев (формування правильної вимови в дітей із порушенням мовлення), О. М. Вінарська (особливості становлення мовлення і рухів у дітей із порушенням звуковимови) та ін. Дослідження медичного аспекту розвитку праксису проводили такі вчені, як В. М. Бехтерєв, О. О. Ухтомський, І. А. Скворцов, О. М. Вінарська. Психологічні та нейропсихологічні аспекти розвитку праксису людини досліджували відомі нейропсихологи: О. Р. Лурія, Є. Д. Хомська, Л. С. Цветкова, О. О. Леонт'єв.

За дослідженнями Л. С. Виготського та О. Р. Лурії, передумовою реалізації правильної звуковимови є оральний і артикуляційний праксис. М. О. Вінарська зазначала, що спочатку дитина вибирає артикуляційну позу залежно від почутого і потім налаштовує артикуляційний уклад до бажаного результату [31, с.39].

О. Р. Лурія як послідовник Х. К. Ліпмана зазначив, що тільки людині властиво у міру дорослішання оволодівати умінням відтворювати ізольовані звуки мовлення, оформлюючи їх в артикуляційні уклади і пізніше поєднувати їх у слова. Він виділив два види артикуляційного праксису: аферентний артикуляційний праксис і еферентний артикуляційний праксис. У своїх дослідженнях О. Р. Лурія поняття праксису визначає як “мимовільні дії” [25].

Отже, дослідження праць цих та інших науковців сприяли кращому розумінню механізмів формування кінестетичного праксису та допомогли розробити ефективні методи корекції його порушень.

Висновки до 1 розділу

Виходячи з аналізу наукової неропсихологічної літератури з проблеми вивчення кінестетичної диспраксії, можемо зробити висновок про необхідність наукових досліджень і створення адаптованої методики розвитку кінестетичного праксису в дітей дошкільного віку. З огляду на те, що аферентна диспраксія впливає не лише на мовленнєвий аспект у дошкільників, а й на моторно-руховий та пропріоцептивний, задіюючи різні структури головного мозку, внаслідок чого в дітей із порушенням аферентного праксису набуті навички погано генералізуються і такі діти мають труднощі з відчуттям свого тіла у просторі і, відповідно, органів артикуляційного апарату, ми вважаємо за доцільне подальше дослідження і вивчення цієї проблеми та розробку програми логопедичних занять для подолання кінестетичної диспраксії. Корекція диспраксії вимагає комплексного підходу, охоплюючи не лише мовленнєві, а й моторні та когнітивні функції. Окрім того, корекційні програми повинні бути спрямовані на індивідуальний підхід до дітей.

Теоретичні положення, викладені у цьому розділі, слугують науковою базою для проведення емпіричного дослідження, описаного у наступних розділах, та для розробки адекватної корекційної програми.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА КІНЕСТЕТИЧНОЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Методика виявлення кінестетичної диспраксії в логопедичній практиці

Зважаючи на те, що не завжди кінестетична диспраксія має виразні прояви в аспекті великої чи дрібної моторики, пропріоцепції, її часто буває складно діагностувати, оскільки можна сплутати з деякими іншими мовленнєвими порушеннями, наприклад, стертою дизартрією чи кінестетичною (аферентною) алалією. Тому діагностика кінестетичної диспраксії повинна вимагати високої кваліфікації спеціаліста. Логопедичне обстеження має бути комплексним та включати в себе різноманітні методики. Це дозволить поставити точний діагноз та розробити індивідуальну програму корекції.

Тому в ході дослідження основними його завданнями стали:

1. Добір методики обстеження й адаптація її до особливостей дошкільного віку
2. Виявлення кінестетичної диспраксії у досліджуваних дітей
3. Порівняння характеру мовленнєвих порушень у дітей із виявленою кінестетичною диспраксією та в тих дітей, у кого кінестетична диспраксія не виявлена.

Експериментальною базою даного дослідження стала приватна логопедична практика у місті Славутич Київської області. Охоплено 20 дітей віком від 4 до 6 років. Робота з кожною дитиною проходила в індивідуальному порядку. Діагностика відбувалася з січня по березень 2025 року.

Проведення обстеження включало наступні етапи:

1. Збір інформації про особливості розвитку дитини, що відбувався у формі бесіди з батьками та анкетування. До пропонованих питань входили: вік

дитини, особливості пренатального періоду (чи не було генетичних відхилень, інтоксикацій, гіпоксії, як і скільки часу проходила вагітність мами), народження (як проходили пологи, чи не було гіпоксії, асфіксії, обвиття пуповиною, травм голови, яка оцінка стану дитини за шкалою Апгар), особливості вигодовування, наявність інфекційних захворювань, стресів, коли дитина почала повзати, ходити та розмовляти, наявність братів та сестер, у тому числі близнюків, а також особливості побуту дитини (самообслуговування, рухова активність, характер ігор та іграшок, наявність гаджетів).

2. Спостереження експериментатором за дитиною. Цей етап починався з моменту, як дитина зайшла до кабінету. Враховувався рівень самообслуговування (як дитина користується липучками на взутті, кнопками, блискавками, спритно чи незграбно вдягається, чи чекає, щоб дорослий зняв з неї шапку). Зверталась увага на ходу, поставу, рухи дитини.

3. Безпосереднє обстеження різних видів праксису шляхом виконання дитиною поставлених завдань (субтестів).

Діагностика кінестетичної диспраксії у даних дітей проводилася за допомогою таких проб за Ю. Рібцун: для обстеження загальної моторики та рівноваги - субтести 1 і 2 [35, с. 54 - 55], кінестетичного праксису - субтести 1, 2, 3, 4 [36, с. 28 - 31], просторового - субтести 1, 2, 3 [36, с. 36 - 39] та регуляторного - субтести 1 і 2 [36, с. 39 - 40]. Оскільки дані дослідження призначені для дітей молодшого шкільного віку, ми спростили й адаптували деякі з них. Зокрема, спрощено пробу Хеда (усі завдання для однієї руки), а пробу Денманна для оцінювання просторового праксису не застосовано з огляду на вікову складність даного завдання для дітей дошкільного віку. Просторовий праксис оцінено за альтернативними віковими пробами: наслідування поз у різних площинах, розрізнення “ліворуч - праворуч”, перетин середньої лінії тіла (проба Хеда), конструктивні завдання з пазлами/кубиками (субтести 2 і 3). Отримані показники дозволяють достовірно оцінити просторовий компонент праксису.

Діагностика проходила в ігровій формі. Інструктаж до завдань надавався чітко та зрозуміло, у разі потреби експериментатор демонстрував зразок виконання. Дитина під час діагностики перебувала у зручному положенні. Для дітей молодшого дошкільного віку завдання (рухи для пальцевого й артикуляційного праксису, проби Хеда, кількість частин картинки для складання, візерунок для кубиків Кооса) були простішими порівняно з завданнями для дітей старшого шкільного віку.

У дошкільнят із кінестетичною диспраксією можна простежити моторну незграбність, недостатню координованість як у загальній, так і ручній, дрібній, мимічній та артикуляційній моториці, зниження чіткості і плавності рухів, натомість наявність зайвих, непотрібних дій, що негативно впливає на характер мовлення. Тому цілеспрямоване вивчення стану сформованості загальної моторики є діагностичним матеріалом, необхідним для розуміння дослідником загальної картини відчуття дитиною свого тіла у просторі. Для обстеження *загальної моторики та рівноваги* було використано субтест 1 (тандем-ходьба) і субтест 2 (тест Фога).

Субтест 1 тандем-ходьба допомагає оцінити контроль рівноваги, координації, корекції пози серединної лінії, пропріоцептивне усвідомлення положення стоп.

З огляду на дошкільний вік, дитині пропонується пройти не по уявній прямій лінії, а по мотузці, яка лежить на підлозі. Дитина має повільно пройти по прямій лінії ходьбою “крок у крок” уперед (за таких умов зір виступає в ролі провідного органу відчуттів) і назад (при цьому провідну роль відіграє чуття рівноваги і пропріоцепції). Завдання пропонується виконувати за наслідуванням. Оцінювання відбувається окремо як для ходьби вперед, так і назад, за п’ятибальною шкалою.

Оцінювання виконання:

5 балів - правильне виконання завдання

4 бали - незначні труднощі в утримуванні рівноваги; незначна втрата пропріоцептивного усвідомлення постановки стоп; зорова фіксація на одній точці; незначна активність м'язів обличчя, рук або кистей; схильність дивитись униз

3 бали - використання пози “первинної рівноваги”; труднощі контролю рівноваги на серединній лінії; наявність синкінезій у вигляді рухів м'язів рук, кистей, обличчя, носа, губ, язика

2 бали - практично повна втрата рівноваги; руки витягнуті вперед чи розведені в боки; розгойдування тіла; змахи руками; неточна постановка стоп; значні труднощі концентрації уваги при виконанні завдання

1 бал - нездатність виконати завдання.

Субтест 2. Тест Фога проводиться з метою оцінювання утримання постави, контролю рівноваги, координації, пропріоцептивного усвідомлення положення стоп, відсутності чи наявності синкінезій (асоційованих рухів рук, кистей, рота). Тривале збереження асоційованих рухів є однією з ознак незрілості мозку чи недостатнього розвитку вибіркової моторної активності.

Дитині пропонується повільно пройти по прямій лінії на зовнішніх боках стоп уперед і назад за наслідуванням експериментатора. Для полегшення завдання, враховуючи дошкільний вік, ми поклали на підлогу перед дитиною мотузку. Оцінювання відбувається окремо як для ходьби вперед, так і назад.

Оцінювання виконання:

5 балів – правильне виконання завдання

4 бали – наявність незначних асоційованих рухів руки з одного боку

3 бали – дитина не повністю стає на зовнішні боки стоп; наявність синкінезій м'язів кистей рук, обличчя; незначна зміна постави

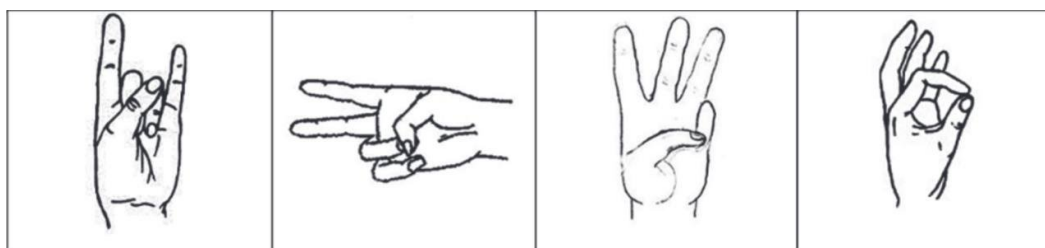
2 бали – мавп'яча постава; напружена хода, часто з гомолатеральними рухами

1 бал – невиконання завдання.

Вивчення *кінестетичного праксису* відбувалось за допомогою субтестів 1, 2, 3, 4. Вони дають змогу оцінити здатність дитини виконувати заплановані рухи за заданим зразком.

Субтест 1 дозволяє оцінити пальцевий праксис за заданим візуальним зразком (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Пальцевий праксис поз [Рібцун, N 4, с. 28]



Цей субтест дає можливість виявити такі порушення, як недостатня точність рухів (неточне відтворення положення пальців), труднощі з утриманням пози, порушення послідовності та координації рухів (різна якість виконання завдання лівою та правою руками).

Методика проведення субтесту: дитині пропонується по чергово відтворити кілька продемонстрованих поз пальців спочатку однією, а потім іншою рукою. Припустиме виконання за вербальною інструкцією.

Оцінювання виконання: уміння утримувати кожну позу впродовж 5 с; точність відтворення; здатність виправляти помилки самостійно чи з незначною допомогою експериментатора.

Субтест 2. Пальцевий праксис поз за кінестетичним зразком. Особливістю цієї проби є відтворення дитиною жесту за тактильним відчуттям. Даний субтест спрямований на виявлення порушень кінестетичної чутливості (нездатність тактильно відчувати і запам'ятати положення пальців), планування та координації рухів (неточність виконання рухів однією або обома руками).

Дитина заплющує очі. З її пальців чи кисті провідної руки експериментатор пасивно створює певну позу. Через 5 с розпрямляє долоню дитини. Вона має

самостійно відтворити задану позу. Після відтворення вільно кладе руки на стіл. Після цього аналогічні дії проводимо з іншою рукою.

Оцінювання задання: звертати увагу на можливу наявність помилок:

- ~ заміна потрібного пальця сусіднім;
- ~ просторові помилки під час вибору пальців;
- ~ розгорнутий пошук потрібного пальця (почергове використання всіх пальців, поки не зупиниться на потрібному).

Субтест 3. Оральний кінстетичний праксис за зоровим зразком. Ця проба спрямована на оцінювання здатності дитини здійснювати задані рухи артикуляційного апарату за зоровим зразком. Вона допомагає виявити порушення орального праксису, що можуть бути пов'язані з труднощами у формуванні мовленнєвих звуків. Крім того, ці порушення можуть вказувати на деякі неврологічні розлади.

Методика проведення полягає у підготовці картинок артикуляційної гімнастики та емоційної міміки, безпосередню інструкцію, демонстрацію експериментатором та виконання пози дитиною.

Перелік діагностичних завдань:

1. “Веселун” - розтягнути губи у посмішку
2. “Слоник” (“Хоботок”) - витягнути губи вперед
3. “Голочка” - витягнути гострий язик уперед, напружити кінчик
4. «Потягнись до сонечка» – вузьким кінчиком язика тягнутись до рівня носа
5. “Кумедне мавпеня” - покласти язик між верхньою губою та верхніми зубами
6. “Сховай цукерку” - впитатись кінчиком язика у щоку
7. “Сеньйор Помідор” - надуті щоки
8. «Дощова хмаринка» – трохи підняти брови, опустити куточки губ (сум)
9. «Дивовижка» – підняти брови, округлити губи (здивування)

10. «Чахлик невмирущий» – нахмурити брови, звести їх до перенісся, зробити оскал (злість).

Оцінювання виконання:

5 балів - правильне самостійне виконання поз, рухи швидкі, точні, координовані

4 бали - правильне самостійне, але дещо уповільнене виконання поз, надмірне напруження м'язів, м'язів язика та губ

3 бали - правильне самостійне виконання поз із одночасним виникненням гіперкінезів; синкінезії м'язів обличчя, незграбність, порушення координації рухів, неточність рухів, тремор

2 бали - значні труднощі відтворення оральних поз, швидка виснажуваність, потреба у багаторазових повтореннях, іноді в механічній допомозі

1 бал - завдання не виконані.

Отриманий бал відображає рівень сформованості довільних рухів м'язів артикуляційного апарату в дитини. Під час аналізу результатів можна визначити можливі порушення, зокрема:

~ гіперкінези - надмірні, зайві рухи, що ускладнюють виконання завдання й можуть бути проявом підвищеного м'язового тону або незрілості нервової системи

~ синкінезії - одночасне скорочення кількох м'язів, які зазвичай працюють окремо, що свідчить про недостатню диференціацію рухів

~ тремор - дрібне ритмічне тремтіння, яке заважає виконанню точних рухів і може бути показником неврологічних порушень

~ незграбність і порушення координації - свідчення труднощів у здійсненні складних узгоджених рухів.

Окрім того, швидкість виконання завдань і точність відтворення поз допомагають оцінити темп нервових процесів і рівень зорового контролю.

Висока втомлюваність може сигналізувати про знижену витривалість артикуляційних м'язів або загальну фізичну слабкість.

Результати цього субтесту дають можливість визначити наявність і ступінь вираженості порушень орального праксису, окреслити напрямки подальшої корекційної роботи та вибудувати рекомендації.

Субтест 4. Артикуляційний аферентний праксис. Ця проба показує рівень усвідомлення дитиною власних кінестетичних відчуттів при вимові певного мовленнєвого звуку, розуміння нею.

Методика проведення. Дитина повторює за експериментатором звук і має подумати і сказати, “де живе у неї в роті цей звук”, як саме він у неї утворюється, тобто в якому положенні знаходяться губи, язик, куди саме спрямований видих. Орієнтовні звуки для дослідження: [a], [o], [y], [i], [и], [e]; [к], [т], [п], [в]. Вибір звуків мовлення у дошкільників залежить від того, чи вимовляє дитина даний звук. Наприклад, якщо вона вимовляє свистячі й шиплячі, [л], [р], можна запропонувати їй для диференціації [с] - [ш], [з] - [ж], [л] - [в] тощо.

При оцінюванні виконання враховуємо здатність утримати артикуляційний уклад звуку та провести його аналіз. Звертаємо увагу на наявність гіперкінезів, синкінезій, гіперсалівації.

Обстежуючи *просторовий праксис*, ми використали субтест 1 (проба Хеда), 2 (складання предметних картинок з окремих частин) та 3 (кубики Кооса). Дані завдання дають змогу оцінити рівень просторового сприймання дітей дошкільного віку.

Субтест 1. Проба Хеда. Спрямована на відтворення зорово-просторової організації рухів рук та довільну регуляцію рухів. Дозволяє виявити порушення просторової організації рухів дитини, відчуття власного тіла, здатності просторової перешифровки поз.

Методика проведення. Дану пробу адаптовано для дошкільного віку. А саме, було використано лише одноручні завдання. Також для полегшення виконання ми помітили праву і ліву руку дитини та дорослого відповідно

гумками для волосся різного кольору (тобто на правій руці і експериментатора, і дитини була червона гумка, на лівій - зелена). Проба проводилась за наслідуванням. Серед завдань були завдання на перетин середньої лінії тіла (наприклад, правою рукою доторкнутись до лівого вуха; лівою рукою - до правої щоки).

Оцінювання виконання:

5 балів - усі завдання виконані безпомилково і в запропонованому темпі

4 бали - усі завдання виконані правильно, але трохи уповільнено, спостерігається поодинокі дзеркалення виконання (заміна рук)

3 бали - правильно виконані кілька завдань, після чого, через втому, виникали ехопраксії, просторові помилки, які помічались і виправлялись самостійно

2 бали - ехопраксії виникли вже під час виконання першого завдання і залишились під час виконання наступних; постійні помилки, які дитина самостійно помічала

1 бал - стійкі ехопраксії; ігнорування лівої половини обличчя і тулуба; помилки самостійно не помічені; просторові перешифровки поз відсутні.

Субтест 2. Складання предметних зображень з окремих частин.

Методика проведення. Дитині пропонується скласти, без додаткової зорової опори, картинку, розрізану на 4 – 8 частин прямими лініями (поздовж, поперек, по діагоналі).

Оцінювання виконання:

5 балів - завдання виконане безпомилково, самостійно, цілісне зображення впізнане відразу

4 бали - завдання виконане з помилками, які виправлені самостійно

3 бали - завдання виконане зі значною допомогою експериментатора; впізнавання цілісного образу ускладнене

2 бали - завдання виконане лише після демонстрації зразка

1 бал - завдання виконане тільки за наслідуванням.

Субтест 3. Кубики Кооса.

Дитині пропонується скласти з даних кубиків просторові візерунки відповідно до зразка. Приклади зображень не повинні бути складними для дітей дошкільного віку.

Особливості оцінювання: необхідно врахувати просторову орієнтацію; координатні, метричні та структурно-топологічні спотворення викладених візерунків порівняно зі зразком.

Використані завдання адаптовані під особливості дошкільного віку та дозволяють комплексно та достовірно оцінити просторовий компонент праксису.

Для підвищення діагностичної точності загальної картини кінестетичної диспраксії за допомогою субтестів 1 і 2 обстежено *регуляторний* (ідеаторний) *праксис*. Це дає змогу оцінити здатність дитини до планування, гальмування, перемикання рухів та самоконтролю.

Субтест 1. Реакція вибору рухів за руховим сигналом.

Методика проведення. Проба виконується за візуальним зразком (жест експериментатора) та складається з двох етапів. На першому етапі, з метою формування стійкого рухового стереотипу, дитина повторює за дорослим жести: то вказівний палець, то кулак. На другому етапі інструкція змінюється: коли експериментатор показує кулак - дитина має показати вказівний палець і навпаки.

Особливості оцінювання: здатність дитини до переключення на іншу рухову програму, наявність тенденцій до персеверацій, зокрема ехопраксій.

Субтест 2. Реакція вибору рухів за звуковим сигналом.

Методика проведення. Завдання виконується у два етапи шляхом виконання рухів у відповідь на звукові сигнали. На першому етапі, з метою формування стійкого рухового стереотипу, дитина почергово виконує рухи: на один звуковий сигнал піднімає праву руку, на два - ліву. У разі, якщо дитина ще не знає, де в неї права рука, а де - ліва, для полегшення завдання на її праву руку

вдягаємо гумку червоного кольору, на ліву - зеленого. Після кожного звукового сигналу рука має бути опущена. На другому етапі звукові сигнали пропонуються у довільному порядку.

Особливості оцінювання: збереженість регуляції рухів, засвоєння та утримання рухової програми, контроль за її виконанням.

2.2. Зміст та організація дослідження

Як вказано вище, у дослідженні взяло участь 20 дітей. Усі вони мають дислалію різного ступеня важкості, відвідують індивідуальні логопедичні заняття за попереднім запитом “постановка звуків”. Але деякі з них мають коморбідні порушення (РДУГ, міофункціональні порушення - укорочена під’язична складка, неправильний прикус, ротове дихання через хронічний аденоїдит).

Використана адаптована методика дослідження праксису за Ю. Рібцун. Для точності діагностики кінестетичної диспраксії були досліджені такі види праксису: загальна моторика та рівновага (субтести 1, 2), кінестетичний праксис (субтести 1, 2, 3, 4), просторовий (субтести 1, 2, 3) та регуляторний (субтести 1, 2).

Рівень загальної моторики та рівноваги визначено за допомогою субтестів 1 і 2 (тандем-ходьба і тест Фога), які показали кількісні та якісні результати. Для зручності результати діагностики занесені до таблиці 2.1.

Згідно з результатами субтесту 1, більшість дітей виявили низький рівень рівноваги тіла. Високий рівень мають лише 3 дітей, завдання не викликало помітних труднощів. 7 дітей показали середній рівень рівноваги. Під час тандем-ходьби у них виникали незначні складнощі, у деяких дітей спостерігалась незначна активність м’язів обличчя та рук. 10 дітей показали низький рівень виконання цього завдання, були помітні значні труднощі, у деяких дітей

з'явилися синкінезії та втрата рівноваги. У більшості дітей ходьба у зворотному напрямку викликала більше труднощів.

Субтест 2 (проба Фога) проводився з метою обстеження вміння утримання постави, контролю рівноваги, координації, пропріоцептивного усвідомлення положення стоп. Аналізуючи результати цієї проби, можна зробити висновки, що більшості дітей вона далася складно. На високому рівні її виконало лише двоє дітей. Ще у двох дітей, які показали середній рівень, вона викликала певні труднощі: спостерігались незначні мимовільні рухи однією рукою. Переважна більшість дітей (16 чоловік) виконала це завдання на низькому рівні. Хо́да була напружена, деякі діти не могли втримати положення спиратись на зовнішні боки стоп, відзначались синкінезії, порушена постава (у 5 дітей з'явилась "мавп'яча" постава), втрата контролю.

Загалом, підсумовуючи результати цих двох субтестів, можна зробити наступний висновок. Усього 3 дітей показали високий рівень загальної моторики та рівноваги, під час обстеження особливих труднощів у них не виникло. До речі, ще на етапі спостереження було помітно, що ці діти тримаються досить зібрано. У 7 дітей виявлено середній рівень. Під час діагностики вони допускали незначні мимовільні рухи. І у більшості дошкільників (10 дітей) відмічено низький рівень загальної моторики та рівноваги. У них виникали помітні складнощі, з'являлись синкінезії - супутні рухи язиком і руками (у респондентів 4, 5, 12 та 20), спостерігались ознаки незграбності та розбалансована постава. Так, на етапі спостереження у респондента 12 було відмічено сутулу постать, опущені плечі, ротове дихання через збільшені аденоїди. Усі діти з низьким рівнем проявили швидко стомлюваність під час виконання завдань.

Кінестетичний праксис обстежено за допомогою субтестів 1, 2, 3, 4. Результати діагностики занесені до таблиці 2.2.

При виконанні субтесту 1 (пальцевий праксис поз за зоровим зразком) у 3 дітей особливих складнощів не виникло, жести за візуальним зразком відтворені досить точно і швидко. Ще у 4 дітей виникли незначні труднощі у відтворенні

поз, їм знадобилось трохи більше часу на виконання завдання. 13 дітей продемонстрували низький рівень пальцевого праксису поз за зоровим зразком. Спостерігався тривалий просторовий пошук пози, заміна потрібного пальця сусіднім, спрощення програм, синкінезії (супутні рухи язиком).

Обстеження пальцевого праксису за кінестетичним зразком (субтест 2) дало такі результати. Всього одна дитина показала високий рівень - швидко і без особливих зусиль відтворила запропоновану позу пальців спочатку на провідній руці, потім на іншій. Середній рівень виявило 3 дітей - їм знадобилося трохи більше часу на відтворення пози, були допущені незначні помилки, які діти виправили самостійно. Більшість дітей - 16 дошкільників - показали низький рівень даного праксису. Було відзначено недостатній рівень рухової пам'яті, тривалий пошук потрібного пальця, утворення стереотипних поз, швидкий рівень стомлюваності. Загалом, у дошкільників спостерігалось більше труднощів при пошуку пози пальців за кінестетичним зразком, ніж за зоровим.

Згідно з результатами субтесту 3 (рівень орального кінестетичного праксису за зоровим зразком), можна зробити такі висновки. Високий рівень показало 2 дітей. Поза були відтворені легко, точно, швидко і без особливих ускладнень. У 4 дітей виявлено середній рівень даного праксису. Вони допускали незначні помилки, самостійно їх виправляючи. 14 дітей виявило низький рівень даного праксису. Були відмічені значні труднощі у пошуку пози, помилки у виконанні завдань, сильна і швидка втомлюваність.

Слід зазначити, що респондент 4 отримав 1 бал, оскільки не зміг виконати завдання покласти язик на нижню губу (за зоровим зразком). Дівчинка має нормальний тонус язика, в інших випадках, які не вимагають значного самоконтролю, вона може покласти язик на нижню губу. Але на діагностиці змогла тільки підняти язик до піднебіння і не змогла його опустити. Дитина не змогла знайти правильне положення язика навіть після механічної допомоги - доторканні експериментатором ватною паличкою до кінчика її язика і нижньої губи. Атмосфера під час тестування була спокійною і доброзичливою, на

виконання завдання було виділено достатньо часу. Отже, це може свідчити про низький рівень орального кінестетичного праксису за зоровим зразком.

Результати субтесту 4 (артикуляційний кінестетичний праксис) дозволяють зробити висновок, що це завдання далось деяким дітям трохи легше, ніж попереднє. Троє дітей проявили високий рівень, вони змогли утримати артикуляційний уклад звука та проаналізували спосіб його творення. Середній рівень виявлено у 7 дітей: після певних роздумів вони змогли правильно визначити місце творення запропонованого звуку в артикуляційному апараті й утримати його, проте спостерігалось незначне напруження артикуляційних м'язів. 10 дітей показали низький рівень артикуляційного аферентного праксису. Вони не всі звуки змогли проаналізувати, при здійсненні артикуляційної пози спостерігалось порушення координації та неточність рухів, швидка виснажуваність, подекуди з'являлись синкінезії м'язів обличчя (у респондентів 4, 5, 6, 7, 12, 20).

Підсумовуючи вивчення рівня кінестетичного праксису, можна зробити наступний висновок. Високий рівень проявило 3 дітей, у них завдання не викликали особливих труднощів. Середній рівень мають 4 дитини. У 13 дошкільників виявлено низький рівень кінестетичного праксису, що свідчить про слабе відчуття дітьми власного тіла та моторну незграбність, труднощі у формуванні пальцевих і артикуляційних рухів.

Просторовий праксис досліджено за допомогою субтестів 1, 2, 3. Результати діагностики можна простежити у таблиці 2.3.

Субтест 1 (проба Хеда) дав наступні результати. З даної групи ніхто з дітей не показав високого рівня просторового праксису. Середній рівень виявлено у 7 дошкільників. Вони всі жести виконали правильно, проте на виконання завдання їм знадобився додатковий час. У респондентів 3, 8, 18 і 19 у деяких рухах спостерігалось віддзеркалювання (заміна рук). Свої помилки вони помітили й виправили самостійно. Більшість дітей (17 чоловік) виконала пробу на низькому рівні. Спостерігались часті просторові помилки, плутання ліворуч - праворуч,

неправильний розворот руки, повільне виконання завдання, швидка виснажуваність. Проте ні в кого з дітей не були помічені ехопраксії.

Аналізуючи результати субтесту 2 (складання предметних зображень з окремих частин), можна зробити висновок, що це завдання далось дітям легше, ніж попереднє. Високий рівень проявило 3 дітей, вони склали зображення швидко і безпомилково. Більшість дітей (11 чоловік) виконала це завдання на середньому рівні, вони самостійно виправили свої помилки. Без допомоги дорослого не змогли зібрати картинку 6 дітей - у них виявлено низький рівень виконання цього субтесту.

Результати субтесту 3 (складання кубиків Кооса) вказують на те, що 3 дітей справилися з цим завданням на високому рівні. Вони склали запропонований візерунок швидко і без допомоги дорослого. Середній рівень продемонструвало 7 дітей: їм для складання візерунка знадобилось трохи більше часу, вони допустили певні просторові неточності, самостійно їх виправили. Низький рівень має 10 дітей: відзначалися помилки, діти довго підбирали потрібний бік кубика, потребували допомоги дорослого. Респондент 1 отримав 2 бали - деякі неточності він не зміг виправити навіть після підказки експериментатора.

Отже, загальне оцінювання просторового праксису має наступні показники. Високий рівень виявлено у 3 дітей, середній - у 7, і низький рівень має 10 дошкільників.

Для вивчення *регуляторного праксису* використано субтести 1 і 2. Результати його оцінювання продемонстровані у таблиці 2.4.

Вивчення реакції вибору рухів за руховим сигналом (субтест 1) дозволяє зробити такі висновки. На високому рівні пробу виконало 3 дітей. У них швидко сформувався стійкий руховий стереотип, переключення на іншу рухову програму не викликало помітних труднощів. 4 дошкільників виявили середній рівень: вони іноді допускали помилки, але виправляли їх самі. У 13 дітей відмічено низький рівень: вони часто плуталися, збивалися, забували, який жест треба показати, і потребували допомоги дорослого. Іноді використовували

провідну праву руку замість потрібної на той момент лівої. Швидко стомлювались. У 3 дітей (респонденти 1, 15, 20) спостерігались синкінезії (рухи язика) й ехопраксії.

Виконання субтесту 2 (реакція вибору рухів за звуковим сигналом) дало такі показники. У 3 дітей засвоєння та утримання рухової програми, контроль за її виконанням спостерігались на високому рівні. Середній рівень виконання показало 2 дітей. Вони допустили кілька помилок (переплутали потрібний жест), але виправилися самі без підказки дорослого. Більшість діагностованих дітей (15 осіб) має низький рівень виконання проби. У них відмічено низьку здатність до переключення на іншу програму, неуважність, відволікання та швидко виснажуваність. У 3 дітей (респонденти 1, 15, 20) з'являлись синкінезії (рухи язика).

Загалом, вивчення регуляторного праксису у даної групи дітей показало такі результати. Високий рівень планування, гальмування, перемикання та самоконтролю виявлено у 3 дітей, середній - у 4, більшість дітей (13 чоловік) має низький рівень.

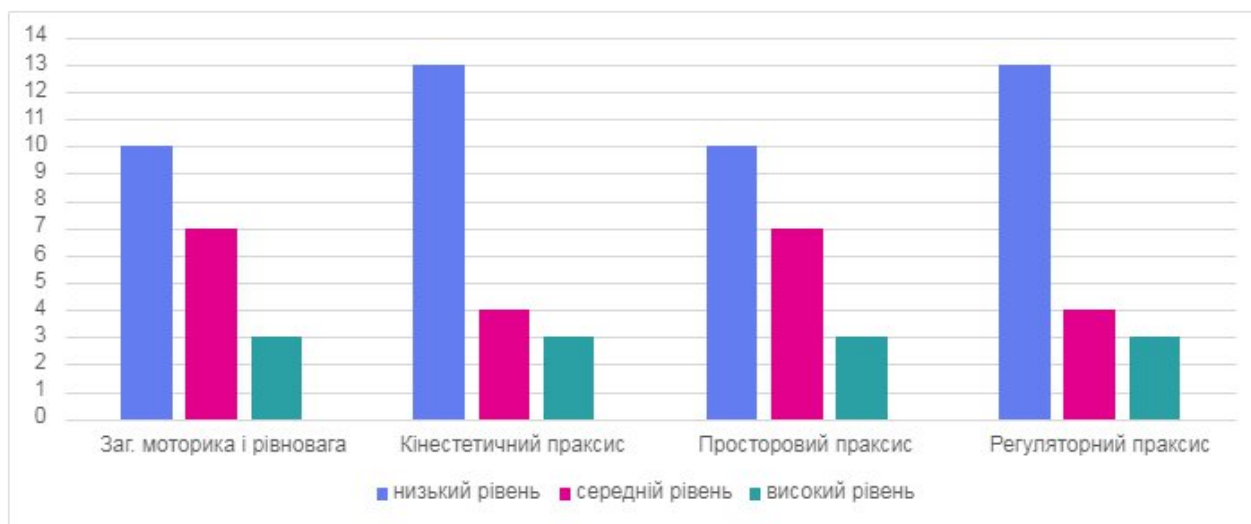
Результати діагностики різних видів праксису занесено до таблиці 2.5. Для кращої наочності створено діаграму “Порівняльний аналіз різних видів праксису” (рис. 2.2). Вона візуально підтверджує основні дефіцити досліджуваної групи:

~ Виражений дефіцит (низький рівень). Найбільша частка дітей із низьким рівнем зафіксована у сфері кінестетичного праксису (13 осіб, 65%) та регуляторного праксису (13 осіб, 65%). Це вказує на критичну необхідність корекційної роботи, спрямованої на пропріоцептивне відчуття та довільне програмування та контроль рухів

~ Супутні порушення (середній рівень). Порушення загальної моторики та рівноваги (10 осіб, 50%) та просторового праксису (10 осіб, 50%) також є значними, що підкреслює комплексний характер диспраксії у досліджуваній групі

~ Стабільно високий рівень. Лише 3 дитини (15%) демонструють високий рівень у всіх чотирьох досліджуваних видах праксису, що свідчить про відсутність у них кінестетичної диспраксії.

Рис. 2.2. Порівняльний аналіз різних видів праксису



Аналізуючи отримані дані, можна побачити, що у кожної дитини різні види праксису знаходяться приблизно на одному рівні. Це дозволяє дійти висновку, що усі блоки праксису взаємопов'язані і не існують ізольовано один від одного, що пояснюється спільною природою порушення роботи різних ділянок головного мозку. Виходячи з результатів оцінювання різних видів праксису, можна зробити висновок про наявність чи відсутність кінестетичної диспраксії у кожної дитини.

2.3. Взаємозв'язок між порушеннями праксису і мовленнєвими порушеннями

Дослідження показало, що у 3 дітей (респондентів 11, 13 та 16) виявлено високий рівень усіх діагностованих видів праксису. Варто зауважити, що етап спостереження показав, що ці діти тримаються досить зібрано, у них немає проблем із плануванням довільних рухів. Вони досить спортивні, мають гарні навички самообслуговування. Тому можна зробити висновок, що у цих 3 дітей кінестетичної диспраксії немає. Але всі діти з досліджуваної групи ходять на

логопедичні заняття, оскільки кожен з них має певні мовленнєві порушення, зокрема - дислалію. Оскільки робота логопеда з цими трьома дітьми не обмежувалася суто даним експериментом і вони були діагностовані ще на початку 2025 року, то є можливість зробити певні висновки про результативність логопедичної роботи з кожним із них.

На момент вересня 2025 року робота логопеда з дітьми, у яких кінестетичну диспраксію не виявлено, закінчена, оскільки до цього часу у них поставлені всі звуки. До логопеда вони прийшли з функціональною дислалією.

Респондент 11 (6 років) - спортивна дівчинка. Першопричина її дислалії - білінгвізм у сім'ї та педагогічна занедбаність. Наприклад, на плаття вона казала "тяка", на бабусю - "бабдя".

У респондента 13 (4,5 року) був параламбдацизм (заміна [л] на [в]), також відсутні шиплячі. Після появи [л] у хлопчика з'явився параротацізм - заміна [р] на [л] ([р] тоді ще не було), тому він із логопедом регулярно виконував логопедичну гімнастику для звука [р]. І невдовзі без особливих зусиль у нього з'явився [р]. Між іншим, хлопчик із татом часто їздять на велосипедах, що сприяє міжпівкульній взаємодії. Можна висловити припущення, що разом із вправами на заняттях (активне використання балансірів, іграшок із різною рельєфною поверхнею, пальчикова та логопедична гімнастика, нейровправи тощо) їзда на велосипедах сприятливо вплинула на корекцію дислалії у дитини.

У респондента 16 (6 років) теж були відсутні [л] та [р], які замінювались на [в]. Дівчинка ходить на акробатику. Корекція у дитини теж не зайняла особливо багато часу та не викликала особливих труднощів.

Отже, можна провести паралель між відсутністю порушень праксису та не глибоким мовленнєвим порушенням. Ці діти мають чітке відчуття свого тіла і, відповідно, органів артикуляційного апарату, гарно відчувають, які рухи мовленнєвими органами їм слід зробити для утворення певного звука, і можуть зробити ці рухи цілеспрямовано. Тому не обтяжена порушенням аферентним праксисом функціональна дислалія відносно легко піддалась корекції.

У решти досліджуваних дошкільників виявлено різного ступеня порушення різних блоків праксису, що має свідчити про наявність у них кінестетичної диспраксії.

Респонденти 1 і 2 - 4-річні сестри-близнята. Були ускладнення при їх народженні, народилися з низькою вагою. Зі слів мами, респондент 1 постраждав при пологах більше за респондента 2. У респондента 1 - ЗНМ 1 рівня, у респондента 2 - ЗНМ 2 рівня. Респондент 1 має низькі показники усіх діагностованих видів праксису, в респондента 2 кінестетичний та регуляторний праксис на низькому рівні, а загальна моторика та просторовий праксис на середньому. Це дає підстави вбачати зв'язок між кінестетичною диспраксією та загальним недорозвиненням мовлення: респондент 2 трохи краще відчуває своє тіло у просторі, йому легше даються цілеспрямовані рухи, зокрема мовленнєвим апаратом. Тому мовлення респондента 2 трохи чіткіше та розбірливіше за мовлення респондента 1.

У респондента 3 (6 років) - ЗНМ 3 рівня. При народженні була гіпоксія, внаслідок чого виникли гематоми в головному мозку. Хлопчик розумний, спортивний, але точні цілеспрямовані рухи даються йому з певною складністю. У нього добре розвинене фонематичне сприймання. У дитини дуже яскраво виражена кінетична диспраксія (важко переключає рухові програми і дуже важко - різні склади). Але кінестетична диспраксія у нього теж є - він не чітко відчуває точні рухи свого тіла і, відповідно, мовленнєвого апарату, і коли він спішить і не контролює себе (послаблюється робота кори лобної ділянки головного мозку), то і не відчуває, що говорить не той звук. Наприклад, замість "сосиска в тісті" у нього "татіта тете". Результати даного дослідження показали, що у хлопчика на середньому рівні загальна моторика і рівновага, кінестетичний та просторовий праксис, а регуляторний - на низькому рівні. Тобто диспраксія підтверджена діагностикою.

Респондент 4 (5,5 року) має низькі показники усіх 4 досліджених видів праксису. Дівчинка працювала над постановкою звуків [л], [л'] і [р], [р'], тобто

мала функціональну дислалію. Як згадано вище, на обстеженні вона не могла покласти свідомо і цілеспрямовано язик на нижню губу - вона підняла його до піднебіння. На першому занятті ця дитина не вміла сякати носа. Їй дуже важко давалися вправи на велику та дрібну моторику, дівчинка сильно стомлювалась. Загалом заняття з нею (поза експериментом) тривали приблизно пів року: усі звуки все-таки поставлені. Але під час постановки [p], коли дитина лежала на кушетці, вона не могла контролювати рухи своїх ніг - відбувалися синкінезії. Це було саме під час її активної роботи артикуляційним апаратом - коли “заводили моторчик”. Коли вона стояла на балансірі (спрощений варіант дошки Більгоу), їй дуже важко було тримати рівновагу і вона постійно хапалася руками за повітря, шукаючи опори. У неї діагностовано низький рівень усіх обстежених блоків праксису.

Аналогічні синкінезії спостерігались під час постановки [p] у положенні лежачи і в іншій дівчинки - респондента 7 (6 років). У неї теж усі види праксису оцінено низьким рівнем. У дівчинки постановка звуків (шиплячих, [л] і [p]) триває довго, проходить складно, звуки дуже важко автоматизуються, “розсипаються”, заміна [л] на [в] стійка, дитина погано відчуває і контролює рухи артикуляційного апарату.

Схожа ситуація у респондента 6 (5 років), який має низький рівень усіх обстежених видів праксису. Його мовленнєвий висновок - ЗНМ 3 рівня. У нього спотворені свистячі й шиплячі - вони вимовляються однаково, але струмінь повітря проходить крізь зуби, губи витягнуті вперед. Наразі дитина працює над свистячими, а також над стійким параламбдацизмом (заміна на [в]). Вона дуже погано відчуває органи мовленнєвого апарату, дуже виснажується під час виконання вправ. Крім того, дівчинка замість [ф'] каже [х'] - вона не може усвідомлено і без голосу подути на нижню губу (бо дзвінкий [в'] вона каже). Також часто пропускає звуки на збігу приголосних. Дизартрія у неї відсутня. Отже, ми бачимо прямий зв'язок між порушенням праксису і можливістю чітко і виразно розмовляти.

Респондент 8 (5 років) - теж один із близнюків. При народженні у нього була гіпоксія, має ЗНМ 3 рівня. Загальна моторика та рівновага у нього оцінені середнім рівнем, 3 інші види праксису - на низькому рівні. Постановка звуків має прогрес, але повільний: дитина постійно втрачає потрібне положення органів мовленнєвого апарату для заданої артикулеми.

Респондент 12 (5 років) страждає від аденоїдиту, тому у нього присутнє ротове дихання. Через ніс він нормально дихати не може - йому не вистачає повітря. Має сутулу поставу з опущеними плечима. Це дуже розбалансований хлопчик. Йому важко стояти на балансірі (спрощений варіант дошки Більгоу) або на одній нозі навіть кілька секунд - він втрачає рівновагу. Складно йому даються вправи на велику та дрібну моторику, артикуляційні вправи: він довго шукає положення язика та губів. Важко виконувати дихальні вправи. Довго автоматизуються звуки (шиплячі та [л]). Дуже виснажується під час виконання завдань. Усі види праксису оцінено низьким рівнем.

Респондент 15 (5 років), окрім ЗНМ 3 рівня, має яскраво виражений РДУГ. У нього низький рівень усіх обстежених блоків праксису. Слабка саморегуляція. Бічна вимова [p] і заміна цим звуком приголосних сусідніх складів. Стійкі пропуски звуків на збігу приголосних. Наявна аферентна й еферентна диспраксії. Слабка концентрація уваги, яка не дозволяє зосередитися на кінестетичних відчуттях і плануванні рухової діяльності. Недостатньо розвинене слухове сприймання. Інтелект у нормі. Логопедична робота проводиться над розвитком уваги, пам'яті, кінестетичного й кінетичного праксису (мозочкова стимуляція, сенсорна інтеграція, нейровправи, балансири), складовою структурою слова та збігом приголосних. Як бачимо, кінестетична диспраксія в комплексі зі РДУГ є причиною нерозбірливого мовлення хлопчика.

У респондентів 9 та 18 (по 6 років) і 19 (5 років) наявне оглушення деяких приголосних, причому одні приголосні вони можуть вимовляти дзвінко, інші - ні. Слухове сприймання у цих дітей розвинене гарно. Але їм важко усвідомлено контролювати напруження голосових зв'язок для утворення дзвінкого звука.

Зокрема, респондент 18 оглушує приголосні (“сопака”), але коли дуже старається, у нього усі приголосні у слові стають дзвінками (“зобага”). Хоч тут присутня кінетична диспраксія, але є ознаки й кінестетичної, оскільки він не відчуває, чи напружені голосові зв’язки, і не може свідомо їх контролювати.

У респондента 17 (4 роки) наявний РДУГ. Поручена вимова свистячих та шиплячих - вони вимовляються однаково, видих спрямовується на зуби, губи виходять наперед. Випадають звуки на збігу приголосних. Інтелект і слухове сприймання у нормі. У дитини кінестетична й кінетична диспраксія (порушена складова структура слова).

У респондента 20 (4 роки) виявлено низький рівень усіх досліджуваних блоків праксису. Наявні стійкі пропуски звуків при збігу приголосних, які дуже важко піддаються корекції. Наприклад, під час виконання моторної програми він каже “д - ва”, але коли треба сказати це слово спонтанно, приголосний випадає (“Скільки в кабінеті людей?” - “Дя”). Під час пальчикової гімнастики, виконання вправ на дрібну моторику, нейропсихологічних завдань з’являються синкінези (мимовільні рухи язиком). Дуже стомлюється на заняттях.

Таким чином, у даної групи дітей дошкільного віку простежується безпосередній вплив порушень праксису на мовленнєві розлади. Слабке відчуття свого тіла, погана орієнтація у просторі, недостатня здатність до планування рухів та самоконтролю є причиною нечіткого та невиразного мовлення.

Висновки до другого розділу

Таким чином, у результаті проведеного дослідження встановлено, що між порушеннями праксису та мовленнєвими розладами існує тісний взаємозв’язок, зумовлений спільними нейрофізіологічними механізмами, що забезпечують реалізацію цілеспрямованих рухових і мовленнєвих дій. Праксис охоплює здатність до програмування, виконання та саморегуляцію рухів артикуляційного апарату. Будь-які порушення цих механізмів відображаються не лише на

моторній сфері, а й безпосередньо на мовленнєвій діяльності, особливо на її артикуляційній складовій.

Ми довели, що недостатній розвиток або дезорганізація практичних процесів у дітей призводить до труднощів у формуванні правильної артикуляційної бази, порушення послідовності рухів органів мовленнєвого апарату, що зумовлює появу різного ступеня дислалії і впливає на загальне недорозвинення мовлення.

Отже, мовлення і праксис - це взаємопов'язані функціональні системи, що формуються на основі єдиного нейропсихологічного підґрунтя. Тому надзвичайно важливо вчасно виявляти порушення праксису під час діагностики мовленнєвих розладів і розвивати практичні вміння під час логопедичної корекції, а на заняттях - використовувати комплексний підхід, який передбачає одночасний розвиток мовленнєвої, моторної та когнітивної сфер.

РОЗДІЛ 3

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ДОШКІЛЬНИКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ КІНЕСТЕТИЧНУ ДИСПРАКСІЮ

3.1. Мета, завдання та організація корекційно-розвивальної роботи

Корекційно-розвивальна робота з дошкільниками, які мають кінестетичну диспраксію, є цілеспрямованим процесом психолого-педагогічного впливу і має бути спрямована на подолання порушень у формуванні рухових навичок, розвитку тілесно-просторових уявлень та відчуття свого тіла, а також координаційних та сенсомоторних функцій, що забезпечують ефективну діяльність дитини у повсякденному житті. Проведення цієї роботи передбачає створення спеціально організованого розвивального середовища, яке стимулює активну діяльність дитини, підтримує її мотивацію та позитивно впливає на розвиток навичок праксису.

Метою корекційно-розвивальної роботи є оптимізація психомоторного розвитку дошкільників з кінестетичною диспраксією шляхом цілеспрямованого формування координаційних, кінестетичних, перцептивних та регуляторних механізмів рухової діяльності, що забезпечують узгодженість дій, точність рухів і розвиток самоконтролю.

Відповідно до поставленої мети, визначаються такі основні завдання корекційно-розвивальної роботи:

1. Діагностичні:
 - ~ виявлення рівня сформованості рухових навичок, просторових орієнтувань та кінестетичних відчуттів у дітей
 - ~ визначення індивідуальних особливостей психомоторного розвитку та ступеня вираженості диспраксічних проявів
 - ~ моніторинг динаміки розвитку рухових функцій у процесі корекційно-розвивальної роботи

2. Корекційно-розвивальні:
 - ~ формування базових рухових схем (ходьба, біг, стрибки, контроль рівноваги, хапальні рухи, маніпуляції з предметами)
 - ~ розвиток узгодженості рухів рук і ніг, формування цілеспрямованих дій та послідовності рухових актів
 - ~ стимулювання сенсомоторної інтеграції, вдосконалення зв'язку між кінестетичними, зоровими й слуховими аналізаторами
 - ~ формування просторових уявлень (орієнтація у просторі, визначення напрямків, положення тіла відносно предметів)
 - ~ розвиток довільності, самоконтролю та регуляції власних рухів
 - ~ корекція емоційно-вольової сфери, формування впевненості у власних діях

3. Профілактичні та виховні:
 - ~ запобігання вторинним відхиленням у когнітивному та мовленнєвому розвитку, пов'язаним із диспраксічними розладами
 - ~ формування позитивного ставлення дитини до рухової активності, ігрової та навчальної діяльності
 - ~ залучення батьків до процесу корекції та розвиток їх компетентності у питаннях підтримки психомоторного розвитку дитини вдома.

Ефективна організація корекційно-розвивального процесу передбачає системний, комплексний та індивідуально орієнтований підхід. Робота здійснюється у тісній взаємодії педагога-дефектолога, ерготерапевта (фахівця із сенсорної інтеграції), інструктора з фізичної культури, нейропсихолога, логопеда та батьків. Такий міждисциплінарний підхід забезпечує цілісність впливу на різні аспекти психомоторного розвитку.

З огляду на те, що особливістю даного експерименту є індивідуальна корекційна логопедична робота, то заняття організуються індивідуально. Основними формами роботи є:

- ~ спеціальні корекційно-розвивальні заняття (2 - 3 рази на тиждень)

~ елементи корекційних вправ у повсякденній діяльності (ігри, фізкультхвилинки, дії з самообслуговування, заняття з малювання, ліплення, конструювання)

~ рухливі ігри з акцентом на узгодженість дій і просторову орієнтацію

~ спільні вправи з батьками вдома за рекомендаціями спеціалістів.

Ефективність корекційно-розвивального процесу критично залежить від систематичного виконання домашніх завдань та активного включення батьків. Це не просто доповнення до роботи логопеда, а необхідна умова для досягнення стійких і генералізованих результатів. Кінестетична диспраксія вимагає формування нових, складних рухових навичок та їх автоматизації. Цей процес неможливий без регулярного повторення та закріплення. Логопедичні заняття зазвичай відбуваються 2 - 3 рази на тиждень. Цього недостатньо для формування нових нейронних зв'язків, які лежать в основі рухових схем. Кінестетичне планування вимагає щоденної, багаторазової практики (принцип "малих кроків"). Домашні завдання допомагають дитині перенести набуті навички з кабінету логопеда у повсякденне життя. Тільки постійне використання нового рухового досвіду (під час гри, самообслуговування, спілкування) дозволяє автоматизувати праксис. Логопед надає батькам чіткі інструкції та моделі виконання, а батьки можуть щодня контролювати правильність виконання рухів (амплітуду, точність, послідовність), що особливо важливо для кінестетичного праксису, де помилка може бути мінімальною і непомітною для самої дитини.

Термін проведення даної корекційно-розвивальної роботи розрахований на 5 місяців - з квітня по серпень 2025 року. За цей період очікується досягнути певних покращень показників різних видів праксису в експериментальній групі дітей.

Принципи організації даної корекційно-розвивальної роботи ґрунтуються на нейропсихологічному підході, принципах сенсорної інтеграції та системності логопедичної роботи. Головна мета - сформувати базовий кінестетичний

фундамент для подальшого розвитку складних рухових (зокрема, артикуляційних) навичок.

1. Загально-педагогічні та дидактичні принципи

1.1. Системності та комплексності. Робота має охоплювати не лише артикуляційний праксис, а й загальну моторику, дрібну моторику та білатеральну координацію, оскільки вони є основою для кінестетичного планування. Необхідна взаємодія логопеда, психолога, ерготерапевта та батьків

1.2. Поступовості та послідовності. Корекція йде від простих рухів до складних, від великих м'язів до дрібних, від свідомого виконання (з опорою на зір) до автоматизованого (з опорою на відчуття)

1.3. Наочності та доступності. Використання максимально яскравих, чітких сенсорних опор (дзеркало, схеми, тактильні мітки) для компенсації дефіциту кінестетичного відчуття. Завдання мають відповідати зоні найближчого розвитку дитини

1.4. Ігрового навчання. Весь корекційний процес інтегрується в ігрову діяльність (наприклад, “Робимо піцу” або “Пригоди язичка” - для формування артикуляційної пози), щоб підтримувати високу мотивацію, знижувати тривожність і сприяти природній автоматизації рухів

1.5. Свідомості та активності. Дитина має усвідомлювати мету кожного руху (навіщо вона це робить). Необхідно стимулювати її до активного самоконтролю та самокорекції.

2. Нейропсихологічні та специфічні принципи

2.1. Принцип опори на сенсорну інтеграцію.

Кінестетична диспраксія - це порушення обробки сенсорної інформації. Тому першочерговим завданням є насичення мозку якісним сенсорним досвідом:

~ Насичення пропріоцепцією: застосування вправ, що дають глибокий тиск на суглоби та м'язи (використання предметів різної ваги, еспандерів, маніпуляції з кінезіологічними м'ячами, ходіння на руках, стрибки). Це покращує внутрішню карту тіла.

~ Мозочкова стимуляція: використання нестабільних поверхонь (балансирів, гойдалок, гамаків) для формування стабільності кору (центру тіла) та відчуття рівноваги, що є основою для точного контролю артикуляції.

~ Тактильна стимуляція: використання предметів різних текстур і температур, елементи масажу та су-джок терапії для підвищення чутливості та диференціації дотиків.

2.2. Принцип формування кінестетичного образу.

Корекція спрямована на створення у дитини чіткого відчуття артикуляційної пози або рухової схеми. Сюди належать:

~ Кінестетичні вправи: багаторазове, повільне, акцентоване виконання рухів з фіксацією уваги на м'язових відчуттях (наприклад, відчуття спрямованості струменя повітря на кінчик язика при звуку [p])

~ Відчуття - назва - рух: логопед має вербалізувати відчуття. Наприклад: "Відчуй, як твій язик став розслаблений, м'який (назва відчуття), як лопатка чи млинець (образ), коли ти тримаєш його широко (рух)"

~ Зовнішня опора: використання зондозамінників та зондів, шпательів, вібромасажеру Z-Vibe для подачі чіткого тактильного сигналу до артикуляційного органу, допомагаючи дитині знайти потрібне положення.

2.3. Принцип інтеграції (перенесення навичок).

Ключовий принцип для диспраксії - з'єднання ізольованих рухів у цілісний акт.

~ Зв'язок "положення тіла - мовлення". Постійне поєднання різних положень тіла з мовленнєвими завданнями, наприклад: накладання рухів ніг і рук, жесту (дрібною моторики) на звук (крок лівою рукою - це [м], правою - [н], жест "два пальці" - [л], а з'єднані у кільце великий і вказівний пальці - [в]), присісти - [с], встати - [ш], стрибок вліво - [т], вправо - [д] тощо)

~ Включення батьків: забезпечення щоденної практики та генералізації навичок у природних умовах (побутова та ігрова діяльність).

3. Організаційні принципи

3.1. Індивідуалізація. Корекційна програма розробляється суворо індивідуально, виходячи з первинного дефіциту праксису та рівня мовленнєвого розвитку кожної дитини

3.2. Діагностична основа. Організація роботи базується на постійній діагностиці та оцінці динаміки, що дозволяє своєчасно коригувати складність завдань

3.3. Поетапність. Робота поділяється на чіткі етапи:

- ~ підготовчий (сенсорна активація та формування схеми тіла)
- ~ формуючий (формування кінестетичного образу рухів)
- ~ автоматизуючий (включення рухів у мовленнєву та поведінкову практику).

Виходячи з отриманих результатів даного дослідження, спочатку слід розставити пріоритети корекційної роботи.

Оскільки найбільша частина групи має критично низькі показники кінестетичного та регуляторного праксису (по 65% кожен), то саме ці види праксису вимагають негайної, інтенсивної корекційної роботи. Так як кінестетичний праксис відповідає за відчуття положення власного тіла у просторі, а регуляторний праксис (програмування) нерозривно пов'язаний із плануванням складних рухових схем, саме ці два напрямки повинні стати основою даної корекційно-розвивальної програми.

Загальна моторика і рівновага та просторовий праксис мають менший дефіцит (по 50%), тому вони мають бути інтегровані у програму як супутні напрямки розвитку та корекції.

Отже, програма має акцентувати увагу на коригуванні основних дефіцитів (кінестетика та регуляція) і одночасно розвивати необхідні передумови (загальна моторика та просторове мислення):

- ~ Кінестетичний праксис: коригувати дефіцит пропріоцептивного відчуття та кінестетичного аналізу (відчуття положення тіла та руху). Це є основою для всіх точних рухів

~ Регуляторний праксис: коригувати порушення програмування, контролю та переключення рухів. Це стосується довільної, послідовної організації будь-яких рухових дій

~ Загальна моторика та рівновага: розвивати та коригувати великі рухи тіла та вестибулярну функцію. Це забезпечує стабільність постави, необхідну для виконання дрібних та артикуляційних рухів

~ Просторовий праксис: розвивати здатність до просторового орієнтування та розуміння схеми тіла та просторових відношень (вгору - вниз, праворуч - ліворуч). Ці навички необхідні для точного перенесення рухів у простір.

Не можна ефективно коригувати кінестетичний праксис ізольовано. Дана корекційно-розвивальна робота повинна бути комплексною і спрямованою на:

~ Пріоритет: вправи, що забезпечують інтенсивний пропріоцептивний зворотний зв'язок (кінестетичний праксис) та тренування послідовного переключення рухів (регуляторний праксис)

~ Інтеграцію: застосування методів сенсорної інтеграції та фізичних вправ для розвитку загальної моторики та поліпшення рівноваги

~ Підтримку: включення завдань на орієнтування в схемі тіла та просторі (просторовий праксис).

Таким чином, корекційно-розвивальна робота має проводитися комплексно, виходячи з поставленої мети та завдань: програма має акцентувати увагу на коригуванні основних дефіцитів (кінестетика та регуляція) і одночасно розвивати необхідні передумови (загальна моторика та просторове мислення).

3.2. Зміст та методи формування кінестетичних функцій у дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення

Зміст роботи визначається з урахуванням вікових особливостей, ступеня вираженості кінестетичної диспраксії, рівня сформованості базових рухових

навичок і загального психічного розвитку дитини. Кожен етап корекційної роботи передбачає поступовість: від простих вправ на відчуття тіла й окремих рухів - до складних координаційних дій, які інтегруються у цілісну діяльність.

Організаційно-методичне забезпечення корекційно-розвивальної роботи включає використання:

~ спеціально підібраних вправ і тренажерів (сенсорні доріжки, килимки, півсфери, різноманітні балансири, фітболи, еспандери, кінезіологічні м'ячики, су-джок, масажер Z-Vibe, предмети різної фактури, температури, ваги, розміру)

~ методик тілесно-орієнтованої терапії, елементів кінезіотерапії, арттерапії, логоритміки

~ принципів поступовості, систематичності, повторюваності та ігрової мотивації.

Однією з ключових умов ефективності корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають кінестетичну диспраксію, є активізація сенсорної системи та стимулювання кінестетичного аналізатора, що відповідає за сприйняття положення тіла, сили, швидкості та амплітуди рухів. Порушення кінестетичного аналізу призводить до неточності рухів, труднощів у плануванні моторних дій, неузгодженості між окремими рухами. Тому застосування різноманітних сенсорних доріжок, килимків, різнофактурних предметів має важливе корекційне значення.

Сенсорні засоби створюють умови для розвитку тілесної чутливості, активізують рецептори шкіри, м'язів, суглобів, вестибулярної та пропріоцептивної систем, що сприяє формуванню більш точних уявлень про власне тіло і рухи. Через різноманітні тактильні, температурні та механічні подразники дитина отримує зворотний зв'язок від власних дій, вчиться відчувати напруження, тиск, вагу, контакт із поверхнею, що є базою для формування адекватної моторної програми.

Сенсорні доріжки та килимки різної фактури (гумові, текстильні, масажні, з камінцями, гудзиками, канавками) стимулюють рецептори стоп, що тісно пов'язані з розвитком дрібної моторики, координації, рівноваги та загального тону тіла. Під час ходіння по таких поверхнях дитина отримує різноманітну тактильну та пропріоцептивну інформацію, що допомагає формувати точні уявлення про тиск, вагу і положення тіла у просторі.

Предмети різної фактури (гладкі, шорсткі, тверді, м'які, рельєфні, еластичні) допомагають розвивати тактильне сприймання та диференціацію. Це вдосконалює тактильний контроль рухів рук, ніг і пальців, що є базою для формування точних дрібних моторних дій (малювання, застібання, маніпуляції з дрібними предметами). Матеріали різної температури стимулюють шкірну чутливість, підвищують здатність нервової системи адекватно реагувати на зміну сенсорних стимулів, нормалізують збудливість рецепторів. Предмети різної ваги та розміру сприяють розвитку м'язово-суглобного чуття (пропріоцепції), що допомагає дитині краще дозувати силу рухів, регулювати напруження та розслаблення м'язів, а також точніше планувати моторні дії.

Використання сенсорних матеріалів у корекції кінестетичної диспраксії відповідає принципам сенсомоторної інтеграції за А. Джин Айрес, згідно з якими розвиток вищих психічних функцій спирається на дозрівання сенсорних систем і їх узгоджену роботу. Під час дотику, пересування, балансування або маніпуляцій з об'єктами дитина активізує сенсомоторні зв'язки між периферійними рецепторами і центральною нервовою системою, що покращує координацію між сенсорним сприйняттям і руховим плануванням.

Ефективна корекція кінестетичної диспраксії повинна базуватися на розвитку сенсомоторної інтеграції, особливо систем, що відповідають за рівновагу, координацію та модуляцію м'язового тону. Тому надзвичайно важливої уваги тут варто надати мозочковій стимуляції та використанні з цією метою балансірів.

Мозочкова стимуляція - це комплекс сенсомоторних впливів, спрямованих на активацію структури мозочка та пов'язаних із ним нейрональних мереж. Ідеться не про медичну електростимуляцію, а про нейропсихологічні вправи, вестибулярні, пропріоцептивні та координаційні завдання. Основний механізм дії базується на тому, що мозочок - це центр сенсомоторної інтеграції, моторного планування, часової організації рухів, а також модулювання лобних когнітивних функцій.

Мозочок об'єднує інформацію з пропріоцептивних центрів, вестибулярного апарату, зорової системи та моторної кори. Коли дитина виконує вправи на баланс, координацію, ритм чи рухи з перехрестом, мозочок отримує високу щільність сенсорних сигналів, що покращує точність сигналів про положення тіла, підсилює зв'язки між мозочком, таламусом і моторною корою, а це, у свою чергу, підвищує якість моторного планування. Отже, мозочок створює внутрішні моделі рухів - "плани", які передбачають результат дії ще до її виконання. Таким чином, мозочкова стимуляція підсилює формування таких моделей, покращує здатність планувати рух, зменшує помилки в силі, амплітуді та швидкості руху.

Під час вправ мозочок отримує безперервний потік даних - наскільки вдало виконано рух, чи є якісь відхилення від задуманого, чи потрібно коригувати траєкторію. Вестибулярні та пропріоцептивні вправи підвищують точність цього зворотного зв'язку. Тому дитина починає краще контролювати рухи, координувати окремі частини тіла та швидше адаптуватися до змін.

Оскільки мозочок взаємодіє з різними сенсорними каналами, то під час вправ у дитини покращується уявлення про схему тіла та кінестетичні відчуття. Мозочкова стимуляція через пропріоцептивні вправи стабілізує тонус, зменшує розбалансованість рухів та формує постуральний контроль. Крім того, на ефективність стимуляції мозочка позитивно впливає висока нейропластичність мозкових структур, характерна для даної вікової групи.

Серед прийомів мозочкової стимуляції важливе місце посідають вправи з використанням балансирів (балансувальних дошок типу Більгоу, стільців із ніжкою конічної форми, нестабільних опор, півсфер, гойдалок, лабіринтів, по яких котиться кулька, балансувальних модулів для рук - де предмети потрібно складати один на один, щоб конструкція не розвалилась, тощо). Вони створюють контрольовану нестабільність, яка активує пропріоцептивну, вестибулярну й тактильну системи. Використання різноманітних балансирів допомагає у вирішенні таких завдань:

~ Стимуляція пропріоцепції: балансири вимагають від дитини постійно коригувати положення тіла і напругу м'язів для утримання рівноваги. Це дає мозку багату сенсорну інформацію про те, "де знаходяться" її частини тіла, що є критично важливим для кінестетичної функції;

~ Розвиток відчуття рівноваги: регулярні заняття покращують роботу вестибулярного апарату, що необхідно для стабільності постави та безпечного виконання рухів у просторі;

~ Удосконалення моторного планування: для успішного балансування дитина повинна заздалегідь спланувати послідовність рухів і мікрокорекцій, що є прямою роботою над диспраксією;

~ Зміцнення м'язового тону: підтримання рівноваги на нестабільній поверхні зміцнює м'язи-стабілізатори (особливо кору), що покращує загальний контроль над тілом;

~ Формування схеми тіла: чітке усвідомлення меж і можливостей власного тіла під час виконання складних балансувальних завдань;

~ Формування автоматизованості рухових програм: повторення рухів на нестабільній опорі сприяє переходу від свідомого контролю до автоматизації.

Окрім спеціальних балансирів, до вправ мозочкової стимуляції можна включати: стояння на одній нозі, ходіння на руках, ходіння задом наперед, завдання із легким предметом на голові (наприклад, паперовою склянкою, картонною коробочкою або гумовою іграшкою), завдання захопити і перенести

предмети різноманітними ложками, паличками, щипцями, сніжколіпками, “клешнями” чи “лапами”, піпетками, пальцями ніг, двома ногами (сидячи), тримаючи предмет у ложці, а ложку в роті, переповзаючи між перешкодами, переступаючи через блоки різної висоти тощо.

Використання різноманітних еспандерів у подоланні аферентної диспраксії стимулює глибоку чутливість, формує точніші моторні програми та покращує контроль над рухами. Еспандери створюють опір, який активує пропріоцептивні рецептори м'язів і сухожилць. Це допомагає дитині краще відчутти силу, амплітуду, напрямок і якість рухів - основні компоненти, які страждають при диспраксії. Особливу роль відіграють еспандери у підсиленні пропріоцепції: їх опір дає дитині чіткий м'язовий зворотний зв'язок, завдяки якому формується точніша тілесна схема, поліпшується відчуття положення частин тіла у просторі, а рухи стають контрольованішими та передбачуваними.

Одне з ключових порушень при диспраксії - неправильне вимірювання сили рухів. Еспандери допомагають контролювати силу захоплення, дозувати тиск та регулювати зусилля у динамічних діях. Під час роботи з еспандером дитина повинна визначити силу натягу, спрогнозувати рух, утримувати рівновагу, виконувати послідовність дій. Це тренує всі компоненти праксису. З цією метою найкраще підходять для дітей різноманітні кистьові еспандери (кільця, м'ячики, пружинки, липучки та еспандери для пальців). Вони розвивають точність силового контролю дрібних рухів та покращують захоплення і маніпулятивні навички.

Дуже широке застосування у корекційній роботі мають вправи з різноманітними м'ячами. М'яка, але пружна поверхня м'яча, а також необхідність постійного балансування, створюють глибокий тиск на суглоби та м'язи. Це дає мозку чітку та інтенсивну інформацію про положення частин тіла в просторі та ступінь напруження м'язів, стимулює пропріоцепцію.

Використовуються різні види м'ячів:

~ Фітболи: грають ту саму роль, що й балансири (мозочкова стимуляція). М'яч є ідеальною нестабільною поверхнею. Сидіння, гойдання або катання на ньому змушує вестибулярний апарат (що відповідає за рівновагу) інтенсивно працювати й адаптуватися.

~ Перекочування м'ячика (кульки) у балансирах-"вісімках", "петельках". Окрім того, що дані балансири стимулюють міжпівкульну взаємодію і мозолисте тіло, вони покращують пропріоцепцію: для того, щоб м'ячик не викотився з "доріжки", дитина має враховувати кут нахилу балансира, швидкість руху кульки та намагатися робити плавні рухи.

~ Сенсорні м'ячі з різними фактурами. Вони стимулюють тактильні відчуття, розвивають силу та спритність пальців.

~ Кінезіологічні м'ячі (нейром'ячики) завдяки своїй пружності та гарній здатності до відбивання створюють дозований опір та тиск, що покращує кінестетичний зворотний зв'язок. Вправи з ними забезпечують одночасне залучення багатьох сенсорних систем: кінестетичної, тактильної, вестибулярної, зорової. Така багатомодальна стимуляція є основним механізмом сенсомоторної інтеграції.

М'яч - це завжди гра. Використання його на заняттях знижує тривожність, підвищує інтерес та дозволяє дитині вільно експериментувати з рухом. Це критично важливо, оскільки діти з диспраксією часто уникають рухових завдань через страх невдачі.

Використання елементів су-джок терапії у корекції кінестетичної диспраксії у дітей дошкільного віку є допоміжним методом, його використовують не як лікувальний метод східної медицини, а як потужний інструмент сенсорної та моторної стимуляції. Для дітей із порушенням праксису су-джок є особливо ефективним завдяки роботі з долонями й пальцями - основними зонами, де розташована велика кількість пропріоцептивних рецепторів. Су-джок м'ячики, кільця та доріжки сприяють розвитку тактильності пальців та зменшенню диспраксичних проявів. Вони створюють

інтенсивну, але безпечну тактильну та пропріоцептивну стимуляцію, що активує рецептори пальців і кисті, покращує відчуття руху та формує точніший моторний зворотний зв'язок, є базою для покращення планування рухових дій. Окрім того, су-джок м'язики тренують контроль сили стискання, активізують дрібні м'язові групи, глибоко стимулюють м'язи, створюючи основу для точних рухів і маніпуляцій.

Використання масажеру Z-Vibe у корекції кінестетичної диспраксії зумовлене тим, що вібрація Z-Vibe активує глибокі пропріоцептивні рецептори, посилює зворотний сенсорний сигнал до кори головного мозку та допомагає дитині відчувати рух краще, ніж при звичайному тактильному стимулі. Цей масажер можна використовувати як на органах артикуляційного апарату, так і на долонях і пальцях рук. Завдяки точковій вібрації та різним тактильним поверхням насадок він стимулює тактильну та пропріоцептивні системи, оральну та дрібну моторику, а також зорово-моторну координацію. Такий комбінований вплив вібрації формує стійкі нейросенсорні зв'язки, чіткіші моторні програми та ефективнішу автоматизацію рухів. Для дітей із диспраксією це критично важливо, оскільки традиційні методи часто не дають достатньо ефективного сенсорного сигналу.

Слід наголосити, що віброрасажер можна використовувати дітям, у яких немає епілепсії або судомних станів в анамнезі, інакше він може виступати тригером у дітей із підвищеною судомною готовністю. Тому Z-Vibe не рекомендується використовувати без дозволу невролога. Не можна використовувати цей масажер і при кардіологічних захворюваннях, а також шкірних і запальних процесах, інфекціях, алергії на матеріал насадок (силікон, пластик). При роботі у ротовій порожнині Z-Vibe має бути продезінфікованим і зі стерильними індивідуальними насадками, з дотриманням санітарних вимог. У разі потреби ним можна користуватися без вібрації - пропонуючи дитині насадки з поверхнями різної рельєфності. Використовувати Z-Vibe необхідно

після встановлення емоційного контакту з дитиною й обов'язково - з гарним настроєм.

Отже, ефективність корекційно-розвивальної роботи визначається цілеспрямованим добором вправ, системністю, індивідуальному підходу та використанням різних сенсомоторних інструментів, які сприяють комплексному розвитку кінестетичної сфери й подоланню проявів диспраксії у дітей дошкільного віку.

3.3 Аналіз результатів та ефективність проведеної корекційно-розвивальної роботи

Метою контрольного етапу даного експериментального дослідження є доведення ефективності розробленої програми та підтвердження чи спростування висунутої гіпотези. Для оцінки динаміки корекції та розвитку різних видів праксису у контрольної групи дітей була використана та сама адаптована діагностична методика за Ю. Рібцун, той же інструментарій, що й на констатувальному етапі, і ті ж критерії оцінювання.

Дані контрольного етапу експерименту занесені до таблиць 3.1, 3.2, 3.3 і 3.4. Результати обстеження різних блоків праксису після корекційно-розвивальної роботи представлені у таблиці 3.5. Для наочності порівняльний аналіз різних видів праксису після корекційно-розвивальної роботи показаний на рис. 3.1, а порівняльний аналіз динаміки різних видів праксису на формувальному та контрольному етапах дослідження зображений на рис. 3.2.

Рівень сформованості *загальної моторики та рівноваги*. Субтест 1 (тандем-ходьбу) більшість дітей виконала на середньому рівні - 12 осіб. Низький рівень показало 2 дітей, високий - 6. Субтест 2 (проба Фога) дав такі результати: низький рівень - 5 осіб, середній рівень - 8 осіб, високий - 7. Загалом, показники загальної моторики та рівноваги наступні: низький рівень - 2 дітей, середній - 11, високий - 7.

Отже, аналіз результатів контрольного етапу експерименту чітко демонструє позитивну динаміку, спричинену впровадженням корекційно-розвивальної програми. Кількість дітей із низьким рівнем загальної моторики та рівноваги скоротилася з 10 осіб на формувальному етапі до 2 респондентів. Найбільш помітним стало збільшення середнього рівня, де кількість дітей зросла з 7 до 11 осіб. Це означає, що більшість дітей, які мали значні проблеми з балансом та координацією, набули базових, функціональних навичок, хоча й потребують подальшої роботи над автоматизацією рухів. Збільшилася кількість дітей, які демонструють високий рівень сформованості загальної моторики та рівноваги, з 3 до 7 осіб. Це показник того, що частина дітей не лише пододала первинний дефіцит, але й досягла високої точності та легкості виконання складних рухових програм.

Отримані дані підтверджують позитивну динаміку та ефективність корекційно-розвивальної програми у сфері загальної моторики та рівноваги. Комплексний підхід дозволив більшості дітей перейти на якісно вищий рівень, що є критичною передумовою для успішної корекції більш складних видів праксису, зокрема артикуляційного.

Обстеження динаміки *кінестетичного праксису* виявило наступні результати. Субтест 1 (пальцевий праксис за візуальним зразком) 2 дітей пройшли на низькому рівні, 11 дітей - на середньому та 7 - на високому. Субтест 2 (пальцевий праксис за кінестетичним зразком): у 5 респондентів виявлено низький рівень, у 12 - середній та у 7 - високий. Субтест 3 (оральний праксис за зоровим зразком): 10 дітей показало низький рівень, 6 - середній та 4 - високий. Субтест 4 (артикуляційний кінестетичний праксис): 6 осіб виявило низький рівень, 10 - середній та 4 - високий. Дані показники свідчать, що найкраще діти впоралися з пробами на пальцевий праксис, а найважчим завданням було дослідження орального праксису за зоровим зразком - 50% респондентів виконали його на низькому рівні. Це дає підстави зробити висновок, що точні рухи органами артикуляційного апарату дітям було робити складніше, ніж

пальцями рук. Загальні показники дослідження динаміки кінестетичного праксису такі: в 1 дитини виявлено низький рівень, у більшості дітей - середній рівень (13 осіб) і у 6 осіб - високий.

У динаміці аферентного праксису характерним є значне скорочення низького рівня: з 13 до 1 особи. Це означає, що 12 дітей (60% від усієї вибірки) змогли подолати критичний дефіцит кінестетичного відчуття. Показовим є домінування середнього рівня: кількість респондентів зросла з 4 до 13 осіб (з 20% до 65%). Це свідчить, що більшість дітей набули здатності свідомо відчувати та утримувати артикуляційні та дрібноmotorні пози, хоча ці рухи ще потребують подальшої автоматизації. Спостерігається зростання високого рівня з 3 до 6 осіб (з 15% до 30%). Це свідчить, що частина дітей, які мали незначні порушення, повністю компенсували дефіцит і здатні до точного та легкого виконання складних рухових програм.

Отже, аналіз результатів контрольного етапу експерименту щодо показників кінестетичного праксису в досліджуваній групі зафіксував найбільш виражену та статистично значущу позитивну динаміку. Це свідчить про високу ефективність корекційної програми, яка була сфокусована на стимуляції пропріоцептивного відчуття.

Вивчення динаміки *просторового праксису* показало досить різні результати. Субтест 1 (проба Хеда) дався дітям найважче: 10 осіб (50%) пройшло його на низькому рівні, 7 - на середньому та 3 - на високому. Діти, особливо молодшого дошкільного віку, плутали руки (навіть позначені кольоровими браслетиками), особливо при перетинанні середньої лінії тіла. А от субтест 2 (складання предметних зображень з окремих частин) не виявив жодної дитини з низьким рівнем, 9 осіб показало середній рівень і 11 - високий. Субтест 3 (складання кубиків Кооса) теж не викликав особливих труднощів у дітей: низький рівень виявлено у 2 дітей, середній - у 9 і високий - так само у 9 осіб. Загалом динаміка просторового праксису дала такі результати: 1 дитина має низький рівень, 11 - середній і 8 - високий.

Порівнюючи дані формувального та контрольного етапів дослідження просторового праксису, можна прослідкувати, що кількість дітей із низьким рівнем просторового праксису скоротилася з 10 до 1 особи (з 50% до 5%). Це є свідченням того, що корекційна робота, спрямована на орієнтацію у просторі та формування схеми тіла, успішно подолала первинний дефіцит у переважній більшості досліджуваних дітей. Чисельність дітей, що мають високий рівень, зросла з 3 до 8 осіб (з 15% до 40%). Таке зростання високих показників демонструє, що діти не лише засвоїли базові просторові поняття, але й навчилися автоматично та точно виконувати складні рухи з урахуванням просторових орієнтирів. Кількість дітей із середнім рівнем також зросла (з 7 до 11 осіб), що вказує на перехід більшої частини групи на функціонально достатній рівень сформованості просторового праксису.

Аналіз динаміки просторового праксису підтверджує високу ефективність корекційної програми. Успішне формування просторових функцій є важливою передумовою для усунення кінестетичної диспраксії, оскільки простір та схема тіла є взаємопов'язаними системами у моторному плануванні. Отримані дані свідчать про те, що робота з просторовими поняттями та орієнтуванням була проведена результативно.

Дослідження динаміки *регуляторного праксису* виявило наступні показники. Субтест 1 (реакція вибору рухів за руховим сигналом) 3 дитини виконало на низькому рівні, 11 - на середньому та 6 - на високому. Субтест 2 (реакція вибору рухів за слуховим сигналом): низький рівень показало 5 осіб, середній - 11, високий - 4. Загалом, вивчення регуляторного праксису в досліджуваній групі дітей має такі результати: у 2 дітей - низький рівень, у 12 - середній, у 6 - високий.

Аналізуючи динаміку регуляторного праксису, можна зауважити, що кількість дітей із низьким рівнем скоротилася з 13 до 2 осіб (з 65% до 10%). Це є ключовим показником успішності, оскільки 11 дітей (понад половина групи) подолали критичні труднощі з моторним плануванням та переключенням рухів.

Основна маса дітей перейшла на середній рівень. Чисельність респондентів на середньому рівні зросла з 4 до 12 осіб (з 20% до 60%). Це означає, що діти набули здатності свідомо утримувати та виконувати послідовні рухові програми (зокрема, артикуляційні), хоча ці навички ще вимагають подальшої автоматизації. Кількість дітей, які досягли високого рівня, зросла вдвічі - з 3 до 6 осіб (з 15% до 30%). Це свідчить про ефективний розвиток довільного контролю та відсутність значних труднощів при виконанні складних рухових послідовностей.

Аналіз динаміки регуляторного праксису підтверджує високу ефективність розробленої корекційної програми, особливо тих методів, які були спрямовані на тренування серійного програмування рухів та кінетичної основи праксису. Успішне подолання дефіциту програмування створює необхідні передумови для подальшої автоматизації мовленнєвих рухів та підвищення якості самоконтролю.

Рис. 3.1. Порівняльний аналіз різних видів праксису після корекційно-розвивальної роботи

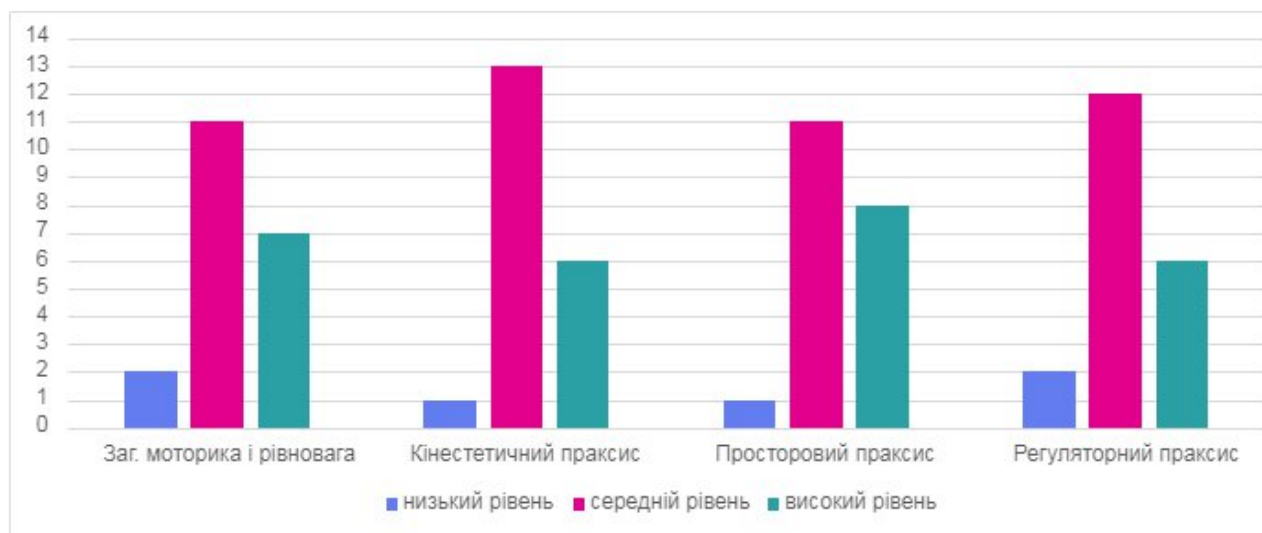
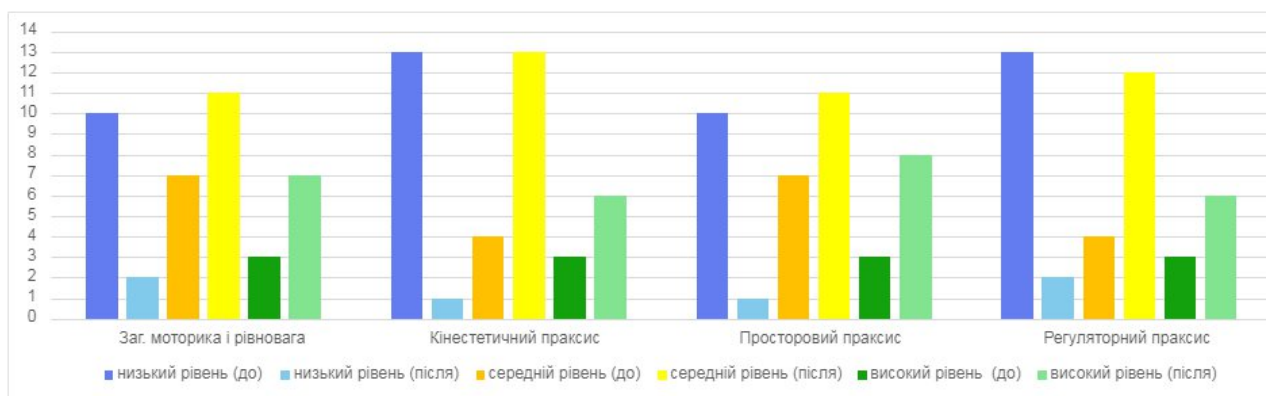


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз різних видів праксису до і після корекційно-розвивальної роботи



Висновки до третього розділу

Аналіз результатів контрольного етапу дослідження підтвердив високу ефективність розробленої та апробованої комплексної корекційно-розвивальної програми, спрямованої на подолання кінестетичної диспраксії у дітей дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями. У результаті проведеної корекції, яка проходила протягом 5 місяців - із квітня по серпень 2025 року, спостерігається позитивна динаміка у ключових дефіцитах: в усіх досліджуваних видах праксису (загальна моторика та рівновага, кінестетичний, просторовий, регуляторний) зафіксовано значне скорочення кількості дітей із низьким рівнем сформованості функцій. Зокрема, у кінестетичному та регуляторному праксисі (які були визначені як першочергові цілі корекції) кількість дітей із низьким рівнем скоротилася з 13 до 1 - 2 осіб.

Переважає більшість дітей (майже 90% вибірки) перейшла на середній та високий рівні. Це свідчить не про часткове, а про системне подолання первинних дефіцитів моторного планування та кінестетичного відчуття.

Досягнуті результати доводять теоретичну та практичну обґрунтованість застосування комплексного підходу, що інтегрує класичні логопедичні методи з інноваційними елементами сенсорної інтеграції, пропріоцептивної стимуляції та нейропсихології.

Таким чином, формувальний експеримент дозволив підтвердити висунуту гіпотезу дослідження щодо ефективності розробленої програми та обґрунтувати

її для широкого впровадження у практику корекційної роботи з дітьми дошкільного віку, які мають кінестетичну диспраксію.

ВИСНОВКИ

Дана магістерська робота є комплексним теоретичним та емпіричним дослідженням, спрямованим на обґрунтування та апробацію корекційно-розвивальної програми. У ході дослідження було досягнуто поставленої мети та вирішено всі завдання. У роботі теоретично обґрунтовано, розроблено та експериментально перевірено ефективність комплексної корекційно-розвивальної програми для подолання кінестетичної диспраксії у дітей дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями. Це дало змогу сформулювати наступні ключові висновки.

На основі аналізу нейропсихологічної, логопедичної та психофізіологічної літератури було уточнено, що кінестетична (аферентна) диспраксія є порушенням вищої психічної функції - праксису, пов'язаним насамперед із дефіцитом пропріоцептивного відчуття (кінестетичного аналізу). Це унеможлиблює точне сприйняття та відтворення положення органів артикуляції та кінцівок без зорового контролю.

У ході дослідження було підтверджено, що порушення кінестетичного праксису є одним із дефіцитів у структурі мовленнєвих порушень у дошкільнят, оскільки артикуляційний праксис вимагає найтоншого кінестетичного контролю. Якщо є диспраксія, страждає програмування та контроль артикуляції, що безпосередньо позначається на мовленні. Дитина з кінестетичною диспраксією може мати нестабільну артикуляцію, труднощі з імітативними рухами, уповільнене засвоєння нових та спотворення складних звуків, оглушення або надання дзвінкості приголосним.

Теоретичний аналіз обґрунтував доцільність використання комплексного, інтегративного підходу, який поєднує класичні логопедичні методи з елементами сенсорної інтеграції, мозочкової стимуляції та кінезіології, для впливу безпосередньо на сенсорну основу рухів.

Адаптований під вікові особливості дітей дошкільного віку (за Ю. Рібцун) та апробований діагностичний комплекс дозволив провести серед досліджуваної

групи дітей кількістю 20 осіб диференційовану оцінку стану різних видів праксису: загальної моторики та рівноваги, кінестетичного, просторового та регуляторного.

Дані дослідження чітко засвідчили критично низький рівень сформованості кінестетичного праксису (65% дітей) та регуляторного праксису (65% дітей). Це підтвердило гіпотезу про те, що труднощі досліджуваної групи пов'язані з подвійним дефіцитом: порушенням відчуття руху та порушенням планування і контролю рухів.

Створена корекційно-розвивальна програма була реалізована поетапно та включала:

~ Стимуляцію сенсорного вводу: використання балансерів, кінезіологічних м'ячів, еспандерів, предметів із різним рельєфом для насичення пропріоцептивної та вестибулярної систем

~ Формування кінестетичного образу: застосування прийомів, що надають зовнішню опору (Z-Vibe) та ігрових технік (наприклад, логопедичної гімнастики "Пригоди Язичка")

~ Розвиток регуляторних функцій: вправи на динамічний праксис, переключення та утримання рухової програми.

Аналіз контрольного етапу експерименту зафіксував високу позитивну динаміку в експериментальній групі, що було підтверджено методами математичної статистики.

~ Кількість дітей із низьким рівнем кінестетичного праксису скоротилася до 5% (було 65%)

~ Чисельність дітей із низьким рівнем регуляторного праксису скоротилася до 10% (було 65%)

~ Більшість дітей (понад 85%) перейшли на середній та високий рівні сформованості праксису, що свідчить про стійку компенсацію дефіцитів.

Емпіричні дані довели, що розроблена комплексна корекційно-розвивальна програма є ефективним засобом подолання кінестетичної диспраксії, що дозволило підтвердити гіпотезу дослідження.

Магістерська робота розв'язала важливу науково-практичну проблему, запропонувавши методологічно обґрунтований та практично результативний підхід до корекції кінестетичної диспраксії. Результати можуть бути використані логопедами, ерготерапевтами та корекційними педагогами для підвищення ефективності роботи з дітьми дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова І., Бандуріна К. Сенсорно-інтеграційна терапія для дітей із моторними порушеннями. *Physical culture and sport: scientific perspective*. 2024. № 2 (1). С. 237 - 242.
2. Бабінець І. В. Особливості розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. <https://ekhsuir.kspu.edu/server/api/core/bitstreams/6849c1b7-7aa6-4a21-86cb-22f4a0ee2102/content>.
3. Белова О. Б. Особливості розвитку когнітивних процесів та емоційно-вольової сфери у молодших школярів з ПМР. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2011. 2. С. 6 - 15.
4. Биковець Л. Вплив рухів пальців рук на розвиток дитини дошкільного віку. *Таврійський вісник освіти*. 2012. № 2. С. 124 - 131.
5. Блек Д. В., Андреасен Н. К. Вступ до психіатрії: 7-е видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво "Медицина". 2024. С. 105 - 110.
6. Блонова Т. Візуально-ритмічний ряд в роботі логопеда. Інклюзивно-ресурсний центр. Конотоп: Комунальна установа "Інклюзивно-ресурсний центр" Конотопської міської ради. URL: <https://irc.osvitakonotop.gov.ua/vizualno-ritmichnij-ryad-v-roboti-logopeda.html> (дата звернення: 27.09.2025).
7. Боряк О. В. Формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку: теорія і практика. *Педагогічний часопис Волині*. 2018. № 2. С. 112 - 121.
8. Гаврилова Н. С. Типи порушень артикуляційної моторики та особливості їх корекції. Актуальні питання корекційної освіти. *Педагогічні науки*. 2016. № 8. С. 54 - 63.
9. Гладуш В. А., Ковачова Б., Дудек М. Навчання дітей дошкільного віку з проявами диспраксії як актуальна науково-педагогічна проблема.

Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2024. № 23. С. 100 - 115. ISSN 2413 - 2578.

10. Диспраксія (Синдром незграбності). 2024. URL: <https://sutura.org.ua/unsorted/dyspraksiia-syndrom-nezhrabnosti/> (дата звернення: 15.07.2025).

11. Дошка Більгоу: вправи для мозочкової стимуляції. Матеріали корекційно-розвиткової роботи для дітей з порушеннями розумового та психомоторного розвитку. URL: <https://krasnokutsk.irc.org.ua/news/11-57-31-16-04-2020/> (дата звернення: 29.09.2025).

12. Ельконін Д. Б. Дитяча психологія. Москва : Учпедвид. 1960. 384 с.

13. Ельконін Д. Б. Психологія гри. Москва : Педагогіка. 1978. 159 с.

14. Загальне недорозвинення мовлення. Діагнози. Логопед-Чарівник. URL: <https://logoped.clinic/uk/diagnosis/zagalne-nedorozvynennya-movlennya-znm/> (дата звернення: 19.07.2025).

15. Загальне недорозвинення мовлення. Студениківський інклюзивно-ресурсний центр. Методичні поради. Вчитель-логопед. 2024. URL: <https://stud.irc.org.ua/zagalne-nedorozvennya-movlennya-14-44-44-11-03-2019/> (дата звернення: 28.07.2025).

16. Кіпаренко О. Сенсорна інтеграція як метод корекції розладів у дітей. Збірник наукових праць “Проблеми сучасної психології”. 2020. № 49. С. 152 - 176.

17. Клименко В. В. Психофізіологічні механізми праксису людини : монографія. Київ : Видавничий Дім “Слово”, 2013. 640 с.

18. Колембет О. М. Розвиток координаційних здібностей молоді : монографія. Київ : Освіта України, 2014. С. 10 - 24.

19. Кольцова М. М. Розвиток сигнальних систем дійсності в дітей віком. Львів : Наука, 1980. 164 с.

20. Кольцова М. М. Формування сигнальних систем насправді у дитини. Москва : [б. в.], 1968. 18 с.

21. Кольцова М. М. Фізіологічний аналіз асоціативної функції мозку дітей із різною рухливістю нервових процесів. Душанбе : Ірфон, 1991. 54 с.
22. Лазарева І. А., Поволоцька О. О. Особливості проявів артикуляторної диспраксії у дітей дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки. 2018. № 3 (137), квітень. С. 42 - 48.
23. Леонтьєв А. А. Основи теорії мовленнєвої діяльності. Москва : Наука. 1974. 368с.
24. Лурія О. Р. Вищі коркові функції людини та їх порушення при локальних ураженнях мозку. Москва : Вид-во Моск. ун-ту, 1962. 432 с.
25. Лурія О. Р. Мова та свідомість. Професіонали психології. 1979. С. 25 - 29.
26. Лурія О. Р. Основи нейропсихології. Майстри психології. 2023. 384 с.
27. Мартиненко І. В. Диспраксія в структурі мовленнєвого дизонтогенезу дітей. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: збірник наукових праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. № 40. С. 65 - 70.
28. Матвієнко Ю. Поширені симптоми порушення мови у загальномедичній практиці. Журнал Медицина світу. 2018. URL: <http://msvitu.com/archive/2015/january/article-3.php?print=1> (дата звернення: 24.07.2025).
29. Момот Т. Л. Пальчиками граємо - мову розвиваємо. Тернопіль : Навч. кн.: Богдан, 2015. 24 с.
30. Організація корекційно-відновлювальної роботи з дітьми дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення: збірка практичних матеріалів творчої групи вчителів-логопедів дошкільних закладів / [під ред. Н.В. Азовської]. – Херсон, 2009. – 141 с.

31. Пиляєва Н. С. Проблема вивчення праксису та його відхилень у спеціальній літературі. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2021. №77. Т. 2. С. 38 - 43.
32. Психічний розвиток дитини раннього та дошкільного віку. Заклад дошкільної освіти. № 270. URL: <http://zdo270.kyiv.ua/porady-batkam/24-psikhichnij-rozvitok-ditini-rannogo-ta-doshkilnogo-viku> (дата звернення: 02.08.2025).
33. Психолого-лінгвістична класифікація порушень мовленнєвого розвитку. Є.Ф. Соботович. Вибрані праці з логопедії. Київ. 2015. С. 36 - 38.
34. Рібцун Ю. В. Особливості артикуляційної моторики у дітей п'ятого року життя із ФФНМ. Педагогіка здоров'я: збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2011. С. 326 - 331. 61
35. Рібцун Ю. Особлива дитина: навчання і виховання. Діагностика і корекція. 2021. №3. С. 54 - 55.
36. Рібцун Ю. Особлива дитина: навчання і виховання. Діагностика і корекція. 2021. №4. С. 28 - 40
37. Саєнко Ю., Дьоміна В. Історичні аспекти закордонних досліджень диспраксії у дітей з порушенням мовлення. Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогіка. 2023. № 1 (30). С. 41 - 45.
38. Сімко А. В. Особливості покращення психомоторного розвитку розумово відсталих дітей засобами рухової активності. Серія: Проблеми сучасної психології. 2016. № 34. С. 504 - 512.
39. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії / Укл. В. В.Тищенко, Є. Ю. Линдіна. – К. : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. – 308 с.
40. Тичина К. О., Кошман Д. А. Формування кінестетичного праксису у дітей середнього шкільного віку. Київ: Інститут людини Київського університету імені Бориса Грінченка. 2020. С. 73 - 77.

41. Тищенко В. В. Загальний недорозвиток мовлення : перспективи подальших досліджень / В. В. Тищенко. // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXIII в трьох частинах, частина 2. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський: Медобори. – 2013. – С.260-268.

42. Тищенко В. В. Розлади праксису мовлення: кваліфікація порушень в умовах ревізії логопедичних класифікацій. Науковий журнал Хортицької національної академії. 2023. № 2 (9). С. 167 - 175.

43. Тищенко В. В. Обґрунтування типології первинного системного недорозвитку мовлення. Науковий журнал Хортицької національної академії. 2021. № 1 (4). С. 156 - 165.

44. Трофименко Л. І. Діагностика та корекція загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку: навч.-методичний посібник. Київ : Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2014. С. 39 - 69.

45. Трофименко Л. І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. Київ : «Актуальна освіта», 2007. 120 с.

46. Трофименко Л. Новий зміст корекційного навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ II - III ступенів / Л. Трофименко. // Дефектологія. - 2007. - № 3. - С. 34 - 40

47. Труш Н. Спадковість у системі чинників формування здоров'я дитини. Івано-Франківськ: ДВНЗ Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2018. С. 198 - 202.

48. Фомічова Л. І. Педагогічні технології корекції порушень у сприйманні дошкільників з вадами слуху. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2016. № 31. С. 191 - 197.

49. Хомик Т. В., Суховець Н. М. Особливості використання кріотерапії в логопедичній роботі з формування артикуляційного праксису у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Інноваційна педагогіка*. 2022. № 53. Т. 2. С. 57 - 62.
50. Шеремет М.К. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / За ред. М.К.Шеремет. Київ : Слово, 2014. 672 с.
51. Шеремет М. К., О. В. Боряк. Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. С. 214 - 224.
52. Шеремет М.К., Тарасун В.В., Конопляста С.Ю., Кондратенко В.О., Чередніченко Н.В. Логопедія. Підручник. / За ред. М.К. Шеремет. Київ: Видавничий дім «Слово», 2010. 376 с.
53. Яловська О. Пальчики дошкільнят: розвиваємо руку - розвиваємо мозок. Тернопіль : Мандрівець, 2013. 228 с.
54. Ayres A. J Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1972. № 26 (1). P. 13-18.
55. Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plasticity*. 2003. №10 (1–2). P. 59-68.
56. Gubbay S. S. The Management of Developmental Apraxia. *Developmental Medicine & Children Neurology*. 1978. № 20 (5). P. 643-646.
57. Harris S. R., Mickelson E., Zwicker, J. G. Diagnosis and management of developmental coordination disorder. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*. 2015. № 187(9). P. 659–665.
58. Zwierzchowska A., Bieńkowska K. I., Jurczak P. Articulatory Motor Skills, Physical Status and Efficiency of Respiratory Muscles in Children with Speech Impediments. *Logopedia*. 2019. № 48(1). P. 5-19.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 2.1 Оцінювання рівня загальної моторики та рівноваги

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Рівень загальної моторики та рівноваги
Респондент 1	2	2	Низький
Респондент 2	4	3	Середній
Респондент 3	4	4	Середній
Респондент 4	3	2	Низький
Респондент 5	3	2	Низький
Респондент 6	3	3	Низький
Респондент 7	3	3	Низький
Респондент 8	4	3	Середній
Респондент 9	4	3	Середній
Респондент 10	4	3	Середній
Респондент 11	5	5	Високий
Респондент 12	2	2	Низький
Респондент 13	5	5	Високий
Респондент 14	3	3	Низький
Респондент 15	3	2	Низький
Респондент 16	5	4	Високий
Респондент 17	4	3	Середній
Респондент 18	3	3	Низький
Респондент 19	4	3	Середній
Респондент 20	3	3	Низький

Таблиця 2.2. Оцінювання рівня кінестетичного праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Рівень кінестетичного праксису
Респондент 1	2	2	3	3	Низький
Респондент 2	3	3	3	4	Низький
Респондент 3	4	3	3	4	Середній
Респондент 4	3	3	1	2	Низький
Респондент 5	2	2	3	3	Низький
Респондент 6	3	3	3	3	Низький
Респондент 7	3	3	3	3	Низький
Респондент 8	3	3	3	4	Низький
Респондент 9	4	3	4	4	Середній
Респондент 10	3	3	3	3	Низький

Респондент 11	5	5	5	5	Високий
Респондент 12	3	2	3	3	Низький
Респондент 13	5	4	4	5	Високий
Респондент 14	3	3	3	4	Низький
Респондент 15	3	3	3	3	Низький
Респондент 16	5	4	5	5	Високий
Респондент 17	4	4	4	3	Середній
Респондент 18	4	3	4	4	Середній
Респондент 19	3	3	3	4	Низький
Респондент 20	3	3	3	3	Низький

Таблиця 2.3. Оцінювання рівня просторового праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Рівень просторового праксису
Респондент 1	2	3	2	Низький
Респондент 2	3	4	4	Середній
Респондент 3	4	4	4	Середній
Респондент 4	3	3	3	Низький
Респондент 5	3	4	3	Низький
Респондент 6	3	4	3	Низький
Респондент 7	3	3	3	Низький
Респондент 8	4	4	4	Середній
Респондент 9	3	4	4	Середній
Респондент 10	3	4	4	Середній
Респондент 11	4	5	5	Високий
Респондент 12	3	3	3	Низький
Респондент 13	4	5	5	Високий
Респондент 14	3	4	3	Низький
Респондент 15	2	4	3	Низький
Респондент 16	4	5	5	Високий
Респондент 17	3	4	4	Середній
Респондент 18	4	4	4	Середній
Респондент 19	4	3	3	Низький
Респондент 20	3	3	3	Низький

Таблиця 2.4. Оцінювання рівня регуляторного праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Рівень регуляторного праксису
Респондент 1	2	2	Низький
Респондент 2	3	3	Низький
Респондент 3	3	3	Низький

Респондент 4	3	3	Низький
Респондент 5	3	2	Низький
Респондент 6	3	3	Низький
Респондент 7	3	3	Низький
Респондент 8	3	3	Низький
Респондент 9	4	4	Середній
Респондент 10	4	3	Середній
Респондент 11	5	5	Високий
Респондент 12	3	3	Низький
Респондент 13	5	5	Високий
Респондент 14	3	3	Низький
Респондент 15	2	2	Низький
Респондент 16	5	5	Високий
Респондент 17	4	3	Середній
Респондент 18	4	4	Середній
Респондент 19	3	3	Низький
Респондент 20	2	2	Низький

Таблиця 2.5. Результати обстеження різних блоків праксису

№ респондента	Рівень загальної моторики та рівноваги	Рівень кінестетичного праксису	Рівень просторового праксису	Рівень регуляторного праксису
Респондент 1	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 2	Середній	Низький	Середній	Низький
Респондент 3	Середній	Середній	Середній	Низький
Респондент 4	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 5	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 6	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 7	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 8	Середній	Низький	Середній	Низький
Респондент 9	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 10	Середній	Низький	Середній	Середній
Респондент 11	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 12	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 13	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 14	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 15	Низький	Низький	Низький	Низький
Респондент 16	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 17	Середній	Середній	Середній	Середній

Респондент 18	Низький	Середній	Середній	Середній
Респондент 19	Середній	Низький	Низький	Низький
Респондент 20	Низький	Низький	Низький	Низький

Таблиця 3.1 Оцінювання рівня динаміки загальної моторики та рівноваги

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Рівень загальної моторики та рівноваги
Респондент 1	4	3	Середній
Респондент 2	4	5	Високий
Респондент 3	5	5	Високий
Респондент 4	4	3	Середній
Респондент 5	4	4	Середній
Респондент 6	4	4	Середній
Респондент 7	4	4	Середній
Респондент 8	5	5	Високий
Респондент 9	5	5	Високий
Респондент 10	4	4	Середній
Респондент 11	5	5	Високий
Респондент 12	3	3	Низький
Респондент 13	5	5	Високий
Респондент 14	4	4	Середній
Респондент 15	3	3	Низький
Респондент 16	5	5	Високий
Респондент 17	4	4	Середній
Респондент 18	4	4	Середній
Респондент 19	4	4	Середній
Респондент 20	4	3	Середній

Таблиця 3.2. Оцінювання рівня кінестетичного праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Рівень кінестетичного праксису
Респондент 1	3	3	3	3	Низький
Респондент 2	4	3	4	4	Середній
Респондент 3	5	5	4	5	Високий
Респондент 4	4	3	3	3	Середній
Респондент 5	3	3	4	4	Середній
Респондент 6	4	4	3	4	Середній
Респондент 7	4	4	3	3	Середній
Респондент 8	4	4	4	4	Середній
Респондент 9	5	4	5	4	Високий
Респондент 10	4	4	3	4	Середній

Респондент 11	5	5	5	5	Високий
Респондент 12	4	3	3	3	Середній
Респондент 13	5	4	4	5	Високий
Респондент 14	4	4	3	4	Середній
Респондент 15	4	4	3	3	Середній
Респондент 16	5	5	5	5	Високий
Респондент 17	5	4	4	4	Середній
Респондент 18	5	4	5	4	Високий
Респондент 19	4	4	3	4	Середній
Респондент 20	4	4	3	3	Середній

Таблиця 3.3. Оцінювання рівня просторового праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Рівень просторового праксису
Респондент 1	3	4	3	Низький
Респондент 2	3	5	4	Середній
Респондент 3	4	5	5	Високий
Респондент 4	3	4	4	Середній
Респондент 5	3	4	4	Середній
Респондент 6	3	4	4	Середній
Респондент 7	3	4	4	Середній
Респондент 8	4	5	5	Високий
Респондент 9	4	5	5	Високий
Респондент 10	4	5	5	Високий
Респондент 11	5	5	5	Високий
Респондент 12	3	4	4	Середній
Респондент 13	5	5	5	Високий
Респондент 14	4	5	3	Середній
Респондент 15	3	4	4	Середній
Респондент 16	5	5	5	Високий
Респондент 17	3	5	5	Середній
Респондент 18	4	5	5	Високий
Респондент 19	4	4	4	Середній
Респондент 20	3	4	4	Середній

Таблиця 3.4. Оцінювання рівня регуляторного праксису

№ респондента	Субтест 1	Субтест 2	Рівень регуляторного праксису
Респондент 1	3	3	Низький
Респондент 2	4	4	Середній
Респондент 3	4	4	Середній

Респондент 4	4	4	Середній
Респондент 5	4	4	Середній
Респондент 6	4	4	Середній
Респондент 7	4	3	Середній
Респондент 8	4	4	Середній
Респондент 9	5	4	Високий
Респондент 10	4	4	Середній
Респондент 11	5	5	Високий
Респондент 12	4	3	Середній
Респондент 13	5	5	Високий
Респондент 14	4	4	Середній
Респондент 15	3	2	Низький
Респондент 16	5	5	Високий
Респондент 17	5	4	Високий
Респондент 18	5	5	Високий
Респондент 19	4	4	Середній
Респондент 20	3	3	Середній

Таблиця 3.5. Результати обстеження різних блоків праксису після корекційно-розвивальної роботи

№ респондента	Рівень загальної моторики та рівноваги	Рівень кінестетичного праксису	Рівень просторового праксису	Рівень регуляторного праксису
Респондент 1	Середній	Низький	Низький	Низький
Респондент 2	Високий	Середній	Середній	Середній
Респондент 3	Високий	Високий	Високий	Середній
Респондент 4	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 5	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 6	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 7	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 8	Високий	Середній	Високий	Середній
Респондент 9	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 10	Середній	Середній	Високий	Середній
Респондент 11	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 12	Низький	Середній	Середній	Середній
Респондент 13	Високий	Високий	Високий	Високий
Респондент 14	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 15	Низький	Середній	Середній	Низький
Респондент 16	Високий	Високий	Високий	Високий

Респондент 17	Середній	Середній	Середній	Високий
Респондент 18	Середній	Високий	Високий	Високий
Респондент 19	Середній	Середній	Середній	Середній
Респондент 20	Середній	Середній	Середній	Середній

Додаток Б

ВПРАВИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ КІНЕСТЕТИЧНОЇ ДИСПРАКСІЇ

1. Тактильні ігри та вправи

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Сліпий мішечок” (коробка, куб, ширма)	Тактильна диференціація, дрібна моторика	Дитина із заплющеними очима або не дивлячись на дотик має ідентифікувати предмети різної форми, текстури та матеріалу (кульки, кубики, шишки, губка, монети, сенсорні фігурки, справжні овочі та фрукти). Варіант: ідентифікація двох однакових предметів
“Гаряче і холодне”	Тактильна диференціація, термічна чутливість	Дитина на дотик має розділити предмети різної температури: помірно гарячі і холодні (це можуть бути наповнені рідиною різної температури пластмасові фігурки, гелеві акумулятори холоду для морозильної камери, варені яйця)
“Сенсорний контраст”	Тактильна диференціація, термічна чутливість	Дитина по черзі занурює руки (або стопи) у ємності з різною температурою та консистенцією: тепла/холодна вода, лід, сухий теплий рис, желе. Це підвищує чутливість нервових закінчень
“Впізнай малюнок на спині” (або руці)	Тактильна диференціація, термічна чутливість	Дорослий пальцем малює на спині або руці дитини прості фігури (коло, хрест, квадрат), цифри або букви. Дитина має назвати їх або намалювати у відповідь на папері (чи у сенсорній коробці з манкою, піском, піною для гоління). Це тренує переведення тактильного відчуття в рухову програму

“Пісочні малюнки”	Тактильно-кінестетичний зворотний зв’язок, графомоторний праксис	Дитина пальцем або рукою малює прості фігури чи пише букви, цифри на поверхні, засипаній дрібною крупою, піском, гелевими кульками або піною для гоління. Акцент робиться на відчутті форми, а не на її баченні
“Сенсорні (тактильні) мішечки”	Тактильна стимуляція рук	Виконання завдань з мішечками, в яких зашиті різні за текстурою наповнювачі: крупи, пісок, пір’я, вата, вовна, намистини з різних матеріалів (перекладання, підкидання, знаходження на дотик заданого мішечка)
“Масажний шлях”	Тактильна стимуляція, пропріоцепція стоп	Створення доріжки з різних текстур (рельєфні килимки різної жорсткості, гудзики, камінці, м’які тканини, гілочки, сіно, галька). Дитина ходить по ній босоніж. Це активізує тактильні рецептори стоп і покращує відчуття рівноваги та опори
“Сенсорний скульптор”	Глибокий тиск, дрібна моторика, кінестетичний контроль	Активна робота з матеріалами, що вимагають значного зусилля: туге тісто, кінетичний пісок, спеціальна глина або тугий пластилін. Дитина місить, стискає, розриває, формує, що забезпечує глибокий пропріоцептивний і тактильний ввід

2. Вправи на коконі (“сенсорному мішку”)

“Кокон” (або “мішок-гойдалка”) забезпечує глибокий пропріоцептивний тиск та створює безпечне, обмежене середовище

Назва вправи	Вплив	Опис дій
"Гусінь" (обгортання)	Пропріоцепція (глибокий тиск), тактильність	Дитина повністю залазить у мішок і обгортається ним, як коконом. Дорослий може обережно обтискати мішок навколо тіла
“Камінь, що котиться”	Пропріоцепція, вестибулярна система	Дитина загортається в мішок і повільно перекочується з боку на бік по підлозі. Виконується повільно для саморегуляції
“Розтяжка кокона”	Пропріоцепція, м’язове напруження	Дитина залазить у мішок і намагається вилізти з нього або розтягнути його зсередини, використовуючи силу рук і ніг

“Колиска”	Вестибулярна система (лінійна), пропріоцепція	Дитина лежить у гамаку на животі або спині. Дорослий повільно і ритмічно гойдає гамак уперед - назад
“Корабель”	Мозочкова стимуляція, вестибулярна система, координація	Дитина сидить у гамаку, тримаючись за краї. Гойдання злегка і похило (імітація морського гойдання)
“Цільова доставка”	Координація, вестибулярна система, планування руху	Дитина, перебуваючи в гамаку, має дотягнутися до предмета, розташованого поза зоною її комфорту
“Млинець” (обертання)	Вестибулярна система (обертальна), пропріоцепція	Дитина сідає в гамак, дорослий розкручує його на кілька обертів, потім відпускає. Суворо контролюється (не більше 5 - 10 обертів)
“Постріл” (швидке розгойдування)	Вестибулярна система, м’язове напруження	Швидке і різке (але безпечно) розгойдування вперед - назад, що вимагає від дитини швидкої реакції на зміну центру ваги
“Мавпочка” (висіння)	Пропріоцепція (суглобова), сила	Дитина тримається за гамак або висить на ньому, обгорнувши ноги навколо полотна. Це дає глибоке відчуття навантаження на суглоби

3. Вправи для стимуляції ольфакторної системи

(застосовувати не більше, ніж по кілька запахів за раз - дивитись на самопочуття дитини. Не використовувати при епіготовності у дитини)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Аромалото”	Ольфакторна пам’ять та диференціація, фокус уваги	Перед дитиною - невеликі баночки з кришками, в яких міститься ароматизоване різними ефірними оліями (м’ята, кориця, лимон, ваніль, лаванда, кава тощо) мило, і карточки з зображеннями предметів, які пахнуть. Дитина має ознайомитися з запахом та запам’ятати його. Варіант - ідентифікувати його. Це можуть бути або не пов’язані між собою запахи, або тематичні: фрукти, ягоди, квіти, смаколики (кава, шоколад, ваніль, кориця, часник, огірок тощо)
“Знайди та	Ольфакторна	Дитина має назвати предмет, який пахне,

назви”	пам’ять, мовленнєвий праксис	використовуючи чітку артикуляцію. Це поєднує сенсорну ідентифікацію з цілеспрямованою мовною реакцією
“Запах - рух”	Ольфакторна активація та диференціація, регуляторний праксис	Дитина нюхає запах і виконує наперед заданий дорослим рух. На кожен запах - свій окремий рух (наприклад, рух пальцевого праксису або стрибок, присідання, оплеск)

4. Вправи з використанням балансирів (балансувальні поверхні, дошки Більгоу, баланс-платформи, нестійкі подушки, балансувальний стілець)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Морський вовк”	Вестибулярний, пропріоцептивний	Дитина стоїть на балансірі, намагаючись утримувати рівновагу. Дорослий створює легкі коливання дошки, а дитина має “пружинити” ногами, не дозволяючи краям дошки торкнутися підлоги. Це формує базову стійкість
“Влучний стрілець”	Білатеральна координація, зорово-моторний праксис	Дитина стоїть на балансірі й ловить м’яч або мішечок із крупною, який кидає дорослий. Після лову вона має кинути його назад або в ціль (кошик). Вправа тренує статокінетичну стійкість при виконанні додаткових дій
“Кольорові кроки”	Кінестетичний аналіз, просторове орієнтування	Навколо балансира розкладені кольорові картки. Дитина, не сходячи з дошки, має доторкнутися носком правої або лівої ноги до названого кольору й повернути ногу в центр. Це розвиває відчуття схеми тіла та контроль кінцівок
“Маятник мішечком”	з Динамічний праксис, пропріоцепція	Дитина стоїть на дошці й тримає в руках сенсорний мішечок. За командою вона перекладає його з руки в руку перед собою, над головою, за спиною, не втрачаючи рівноваги. Це покращує координацію “рука-рука” на нестійкій опорі

“Артикуляційний серфінг”	Артикуляційний та кінестетичний праксис	Поєднання утримання рівноваги на балансірі з виконанням артикуляційних вправ (наприклад, “Чашечка”, “Млинець”, “Жабка” - “Слоник”). Коли тіло намагається втримати баланс, мозок інтенсивніше працює над диференціацією рухів органів мовлення
“Лабіринт на дошці”	Зорово-просторова координація, контроль дрібних м'язів	Дитина стоїть на балансірі, тримаючи в руках ручний лабіринт із кулькою (або балансуючи кулькою на поверхні самої дошки Більгоу, якщо вона має розмітку). Потрібно провести кульку по лінії, змінюючи нахил тіла. Це вимагає точного моторного планування
“Кінестетичні перемикання”	Кінестетичний праксис, статична рівновага	Під час балансування на дошці або стільці дитина має виконувати серію пальцевих перемикань («Кулак - ребро - долоня» або «Зайчик - Лисичка»). Необхідність утримувати баланс змушує мозок чіткіше виділяти сигнали від дрібних м'язів пальців
“Сліпе відчуття”	Пропріоцепція	Дитина закриває очі, стоячи на балансірі. Дорослий злегка торкається до будь-якої частини тіла (плече, лікоть, коліно). Дитина має назвати цю частину тіла і зробити легкий нахил дошки в той самий бік, не відкриваючи очей
“Стеження маятником”	Зорово-моторний та вестибулярний контроль	Стоячи на балансірі, дитина має стежити очима за предметом, що гойдається на мотузці (маятник), не повертаючи голови. Потрібно синхронізувати рух очей із власними мікрорухами для підтримки балансу
“Рівновага предметом”	Розвиток пропріоцепції, мозочкова стимуляція, регуляторний праксис	Дитина стоїть на балансірі й тримає на витягнутих руках перед собою склянку з водою (або мішечок із крупою на голові). Потрібно не розхлюпати воду протягом 30 секунд

	(гальмівний контроль)	
“Кольорові мішечки”	Міжпівкульна взаємодія, самоконтроль	Дорослий кидає дитині мішечки різних кольорів. Дитина має ловити червоний тільки правою рукою, а синій - тільки лівою. Це змушує мозок швидко перемикає увагу між фізичним балансом та когнітивним вибором
“Перехресні плескання”	Міжпівкульна взаємодія, пропріоцепція	Стоячи на дошці, дитина торкається правою рукою лівого коліна, потім лівою рукою - правого коліна. Вправа виконується ритмічно під рахунок
“Риболовля”	Мозочкова стимуляція	Стоячи на балансірі, дитина “ловить” вудочкою іграшкову рибку. Варіанти: вудка з магнітом на кінці - рибка з металевим наконечником (ускладнення - риба знаходиться перед дитиною у мисці з водою); вудка з кулькою на кінці - рибка з круглим отвором для цієї кульки (це складніше, ніж магнітна риболовля); на кінці вудки і на спинці рибки - по гачку (щоб зловити, потрібно гачком вудки підчепити гачок рибки, тримаючи саму вудку в руці)
“Сам собі балансир”	Мозочкова стимуляція, пропріоцепція	Дитина стоїть на одній нозі. Можна поєднувати з іншими завданнями (наприклад, триманням легкого предмета (сенсорного мішечка, сквіша) на голові, пальчиковими невроправами тощо)

5. Нейровправи з використанням скейту (роликової дошки)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Морська зірка”	Вестибулярний (лінійний), пропріоцептивний	Дитина лягає животом на скейт, руки і ноги розведені в сторони. Дорослий повільно веде дитину за руки або ноги вперед - назад. Дитина має утримувати рівновагу, не торкаючись підлоги кінцівками. Це активізує тоничний лабіринтний рефлекс та зміцнює м'язи спини
“Людина-павук”	Білатеральна координація,	Дитина лежить животом на скейті й пересувається вперед, відштовхуючись

	тактильно-кінестетичний зворотний зв'язок	від підлоги лише долонями (або перебираючи руками). Важливо, щоб руки працювали по чергово. Це покращує відчуття опори та планування послідовних рухів рук
“Буксир”	Пропріоцепція (контроль сили), вестибулярний контроль	Дитина сидить на скейті (по-турецьки або тримаючись за краї) і тримається за гімнастичну палицю або канат, який тримає дорослий. Дорослий плавно тягне дитину, а дитина має втримати вертикальне положення тулуба, адаптуючись до зміни прискорення
“Слалом сидячи”	Просторова орієнтація, регуляторний праксис	На підлозі розставлені кеглі або фішки. Дитина сидить на скейті й має об'їхати їх “змійкою”, відштовхуючись ногами або руками. Це тренує здатність прогнозувати траєкторію руху та вчасно змінювати м'язове зусилля
“Вантажний потяг”	Глибока пропріоцепція, силове дозування	Дитина стоїть на колінах на скейті й має штовхати перед собою обтяжений предмет (наприклад, великий м'яч, дерев'яний стільчик на коліщатах або кошик з іграшками). Необхідність штовхати вантаж, одночасно балансує на рухомій платформі, максимально стимулює кінестетичний аналіз
“Снайпер на колесах”	Зорово-моторна інтеграція, динамічний праксис	Дитина лежить або сидить на скейті, який рухається. Під час руху вона має закинути м'ячик або мішечок у кошик, що стоїть збоку. Поєднання лінійного руху з точним цілеспрямованим кидком - це вища форма нейромоторного тренування

6. Нейровправи з використанням балансирів для рук (лабіринтів на дошках, ручних баланс-платформ, “равликів”)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Приборкувач кульки”	Кінестетичний, зорово-моторний	Дитина тримає баланsir обома руками. Завдання - повільно провести кульку по лабіринту від старту до фінішу. Необхідно уникати різких рухів, щоб кулька не вистригнула. Це вчить дозувати м'язове зусилля

“Восьминіжка”	Білатеральна координація, пропріоцепція	Дитина тримає балансир за краї. Дорослий дає команду: “Тільки ліва рука вгору”, “Тільки права рука вниз”. Дитина має нахилити дошку, ізолюючи рухи однієї руки від іншої. Це долає синкенезії (зайві супутні рухи)
“Сліпий лабіринт”	Глибока кінестетика, пропріоцепція	Дитина закриває очі. Дорослий допомагає поставити кульку на старт. Дитина має лише за рахунок м'язового відчуття (нахилиючи дошку і чуючи звук перекочування кульки) провести її якомога довше. Це максимально активізує кінестетичний аналізатор
“Ритмічний баланс”	Слухо-моторна інтеграція, регуляторний праксис	Дорослий вмикає метроном або плескає в долоні. Дитина має нахилити балансир строго в такт: на “раз” - вправо, на “два” - вліво. Це тренує динамічну організацію рухів
“Баланс на одній”	Диференціація дрібної моторики	Дитина тримає ручний балансир лише однією рукою (правою, потім лівою) за центральну ручку. Потрібно втримати кульку в центрі кола. Це вимагає надзвичайно тонкої роботи м'язів-стабілізаторів кисті
“Два різні балансири”	Мозочкова стимуляція, міжпівкульна взаємодія, білатеральна координація	Дитина тримає в обох руках одночасно два різні балансири (наприклад, один - у формі вісьмірки для однієї кульки, другий - у формі двох ізольованих кілець для двох кульок)
“Мовленнєва гірка”	Когнітивно-моторна інтеграція, артикуляційний праксис	Дитина веде кульку по лабіринту і на кожному повороті або вигині має вимовити звук, склад або слово (наприклад, [с] - [ш], “ла” - “ва”, “зуби” - “жаба”). Рух руки стає пусковим механізмом для артикуляційного перемикання

7. Нейровправи з ручними балансувальними модулями

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Вежа з циліндрів на нестійкій основі”	Кінестетичний контроль, пропріоцепція кисті, дозування	Дитина має на нестійкій основі місяцеподібної форми побудувати конструкцію з гладеньких циліндрів різного діаметру. Кожен новий рівень змінює баланс основи, змушуючи дитину

	сили, дрібний праксис	корегувати тонус м'язів пальців. Це тренує стабільність проксимальних відділів руки
“Офіціант”	Вестибулярно-кінестетична інтеграція, статика	Дитина тримає на розкритій долоні пласку дощечку (наприклад, пластмасову кришку від коробки), на якій стоїть 2 - 3 картонні склянки. Потрібно пройти по лінії або обійти перешкоду, не впустивши склянки. Це розвиває відчуття центру ваги руки
“Циліндрична естафета”	Білатеральна координація, перемикання рухів	Дитина тримає два циліндри (наприклад, втулки від туалетного паперу) в обох руках. На них зверху кладеться легка паличка (олівець). Потрібно одночасно піднімати й опускати руки так, щоб паличка не скотилася. Вправа допомагає долати моторну незграбність при роботі обома руками
“Перекочування кульки”	Кінестетичний контроль, пропріоцепція кисті. Білатеральна взаємодія (у вправі для двох рук одночасно)	Перед дитиною в ряд стоять картонні склянки. Потрібно перекочувати кульку по черзі з однієї склянки в іншу. Завдання складніше - замість кульки переливати воду, не розливаючи її. Ускладнення: два ряди склянок для двох рук одночасно

8. *Нейровправи з кінезіом'ячами* (можна ускладнювати стоянням на балансірі)

Основні види захоплення м'яча:

- ~ “Чашка” - рука долонею догори, розміщена у вигляді чашки (пальці рук злегка зігнуті)
- ~ “Склянка” - рука розташовується так, наче тримає склянку з водою, тільки замість склянки - м'яч (великий палець з одного боку, складені разом 4 інших - з іншого)
- ~ “Мавпочка” - захоплення долонею донизу (м'яч охоплений рукою зверху)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Кидки донизу двома руками”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, глибока кінестетика	Дитина кидає м'яч об підлогу, обхоплюючи його обома руками при киданні й ловінні

“Кидки вгору двома руками”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, глибока кінестетика	Підкидання м'яча вгору, обхоплюючи його обома руками при киданні й ловінні
“Кидки донизу однією рукою”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, глибока кінестетика	Вдаряємо м'ячем об підлогу однією рукою, використовуючи різні види захоплення при киданні й ловінні м'яча: ~ кидок “склянка” - ловіння “склянка” ~ кидок “склянка” - ловіння “чашка” ~ кидок “склянка” - ловіння “мавпочка” ~ кидок “мавпочка” - ловіння “склянка” ~ кидок “мавпочка” - ловіння “чашка” ~ кидок “мавпочка” - ловіння “мавпочка” ~ кидок “чашка” - ловіння “чашка” ~ кидок “чашка” - ловіння “склянка” ~ кидок “чашка” - ловіння “мавпочка”
“Галочка донизу”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, глибока кінестетика, білатеральна взаємодія	Вдаряти об підлогу, перекидаючи м'яч із правої руки у ліву й навпаки з використанням різних видів захоплення, при чому можна використовувати як один вид захоплення для обох рук, так і різні для правої й лівої руки
“Ловіння м'яча однією рукою”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Ця вправа передуює кидкам м'яча вгору однією рукою, оскільки вони часто даються з труднощами. Дитина показує відкриту долоньку у формі “чашки”, а дорослий кидає у неї м'яч. Завдання дитини - зловити м'яч (стиснути вчасно пальці). Спочатку вправа виконується провідною рукою. Якщо ці вправи даються важко, можна полегшити завдання, використовуючи мішечки з піском замість м'яча або колючий масажний м'ячик. Після відпрацювання цієї вправи переходять до самостійних кидків

“Кидок правою вгору”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Підкидання й ловіння м'яча правою рукою від рівня талії до рівня очей чи вище тільки з положення “чашка”. Повторення
“Кидок лівою вгору”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Підкидання й ловіння м'яча лівою рукою від рівня талії до рівня очей чи вище тільки з положення “чашка”. Повторення
“Галочка вгору”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Перекидання з правої у ліву руку й навпаки через верх (до рівня очей)
“Кидок униз із плеском”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, відчуття часу	Дитина вдаряє м'ячем об підлогу двома руками з плеском, потім ловить перед собою, потім зліва й справа з поворотом тулуба
“Кидок вгору з плеском”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, відчуття часу	Дитина підкидає м'яч двома руками з плеском, потім ловить перед собою, потім зліва й справа з поворотом тулуба
“Перекинь м'яч”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Дорослий кидає м'яч об підлогу в руки дитині, а вона ловить обома руками, лише правою чи лише лівою
“Пристінні ігри”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Дитина кидає об стіну й ловить м'яч, стоячи обличчям чи боком до стіни
“Кидки у дошку зворотного зв'язку”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Дитина кидає й ловить м'яч у задану фігуру, цифру чи колір на дошці зворотного зв'язку. Важливо підібрати відстань до дошки, кут падіння м'яча та силу кидка

“Рухома мішень”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Корзину для м'яча повільно рухаємо в різні боки, нахилиємо, піднімаємо і фіксуємо
“Літера “П”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Кидання об підлогу й ловіння м'яча правою рукою, передача спереду в ліву, кидання об підлогу й ловіння м'яча лівою рукою, передача назад у праву. Повторення
“Перевернута літера “П”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Кидання вгору й ловіння м'яча правою рукою, передача спереду в ліву, передача назад у праву. Повторення
“Літера “П” з задньою передачею”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Кидання об підлогу й ловіння м'яча правою рукою, передача за спиною з правої у ліву руку, кидання об підлогу лівою рукою, передача ззаду назад у праву. Повторення
“Перевернута літера “П” з задньою передачею	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Кидання вгору й ловіння м'яча правою рукою, передача за спиною із правої у ліву руку, кидання вгору лівою рукою, передача ззаду назад у праву
“Нижній трикутник”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Перекидання м'яча із правої в ліву руку з ударом об підлогу, потім перекладання з лівою у праву перед собою, повторення. Потім зміна напрямку передачі
“Нижній трикутник із задньою передачею”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція	Перекидання м'яча з правої у ліву руку з ударом об підлогу спереду, потім перекладання з лівої у праву за спиною, повторення. Потім зміна напрямку передачі

	кисті, білатеральна взаємодія	
“Верхній трикутник”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, ілатеральна взаємодія	Перекидання м'яча з правої у ліву руку через верх перед собою до рівня очей, потім перекладання з лівої у праву перед собою, повторення. Потім зміна напрямку передачі, повторення
“Верхній трикутник із задньою передачею”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, ілатеральна взаємодія	Перекидання м'яча з правої у ліву руку через верх перед собою до рівня очей, потім перекладання з лівої у праву за спиною, повторення. Потім зміна напрямку передачі, повторення
“Ромб”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Поєднання верхнього та нижнього трикутників. Права рука - кидок униз із відскоком м'яча у ліву руку, потім ліва підкидає через верх у праву. Повторення програми
“Ромб із перекладиною”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Права рука кидає м'яч через відскік від підлоги у ліву, ліва перекладає у праву, потім права підкидає вгору, а ліва ловить і перекладає у початкову точку (праву руку)
“Літера “М”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, білатеральна взаємодія	Кидаємо м'яч об підлогу правою рукою, ловимо правою, потім перекидаємо з правої в ліву ударом об підлогу, кидаємо лівою об підлогу, ловимо лівою, потім знов у праву руку ударом об підлогу і т. д.

9. Нейровправи на фітболі

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Вершник на хвилях”	Вестибулярний, пропріоцептивний (глибокий тиск)	Дитина сидить на м'ячі, дорослий злегка погойдує його в різні боки або робить ритмічні стрибки. Дитина має

		утримувати вертикальне положення спини, не спираючись ногами на підлогу (або тримаючись лише кінчиками пальців). Це активізує м'язи-стабілізатори тулуба
“Літак над прірвою”	Вестибулярний (лінійний), пропріоцепція спини	Дитина лягає животом на фітбол, руки розведені в сторони, ноги прямі. Дорослий прокочує дитину вперед - назад, поки її руки не торкнуться підлоги. Дитина має утримувати голову та руки на одній лінії. Це стимулює тонічний контроль м'язів-розгиначів
“Влучний Колобок”	Зорово-моторна координація, білатеральна інтеграція, глибока кінестетика (дозування сили)	Дитина лежить спиною на підлозі, піднявши ноги на фітбол. Потрібно затиснути м'яч ногами і підняти його вгору, передаючи в руки. Це розвиває відчуття нижньої частини тіла та взаємодію між “верхом” та “низом”
“Склади-стрибунці”	Ритміко-інтонаційний контроль, праксис	Дитина ритмічно пружинить (підстрибує) на м'ячі й на кожен стрибок вимовляє склад або слово за завданням (наприклад, автоматизація звука [ш]). Ритмічний рух тіла виступає пусковим механізмом для артикуляційного перемикання
“М'яч-масажист”	Тактильний, пропріоцептивний	Дитина лежить на маті, а дорослий повільно прокочує по ній фітбол (з помірним тиском). Дитина має назвати частину тіла, яку зараз тисне м'яч. Це допомагає вербалізувати кінестетичні відчуття та уточнити межі тіла
“Перехресний барабан”	Міжпівкульна взаємодія, кінестетичний аналіз	Дитина сидить на фітболі й одночасно з балансуванням має відбивати долонями ритм по м'ячу: права рука по лівому боку м'яча, ліва - по правому. Перетин середньої лінії тіла на нестабільній опорі - це складне нейрозавдання

10. Вправи з іншими видами м'ячів

Назва вправи	Вплив	Опис дій
--------------	-------	----------

“Баскетбол”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті	Дитина кидає пластмасові м'ячки у баскетбольну корзину в “сухому басейні”
“Боулінг”	Зорово-моторна координація, пропріоцепція кисті, глибока кінестетика	Дитина котить м'яч по підлозі, намагаючись збити якомога більше кеглів. Потрібно розраховувати напрямок і силу поштовху
“Міст над річкою” (або “Пропусти Колобка”)	Пропріоцептивний, вестибулярний, зорово-моторна координація, регуляторний праксис (гальмівний контроль)	Дитина лежить на підлозі животом донизу, руки можуть бути зігнуті в ліктях або витягнуті вперед (залежно від рівня підготовки). Дорослий котить м'яч із помірною швидкістю. Дитина, орієнтуючись на наближення м'яча, має впертися руками та пальцями ніг у підлогу і різко підняти таз вгору, створюючи “арку”, або “місток”. Мета: пропустити м'яч під собою, не торкнувшись його жодною частиною тіла, і плавно повернутись у вихідне положення.
“Кулька у лотку з-під яєць”	Зорово-моторний та вестибулярний контроль, регуляторний праксис, дозування сили	Дитина перекидає кульку відповідного розміру по комірках лотка у певній задуманій послідовності (наприклад, по горизонтальній чи вертикальній лінії) або просто, щоб кулька не вилетіла. Варіант: у

		дитини і в дорослого по одному лотку, і вони перекидають м'ячик один одному в лоток. Можна вправу ускладнити - виконувати на балансірі
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. Корекційні вправи з еспандерами

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Сильне кільце”	Глибока пропріоцепція, тактильний тиск	Дитина стискає кистьовий еспандер-кільце. Дорослий задає ритм: “сильно-сильно - відпусти”. Це допомагає дитині диференціювати стани напруження та розслаблення, що є основою кінестетичного контролю
“Пальцеві розтяжки”	Кінестетика дрібних м'язів, диференціація пальців	Використовується спеціальний еспандер для пальців (гумка з отворами). Дитина має розчепірити пальці, долаючи опір гуми. Це вчить мозок ізолювати рухи кожного пальця, що критично важливо при диспраксії
“Пружиниста стрічка”	Білатеральна координація, відчуття опору	Дитина тримає еластичну стрічку (терабанд) обома руками перед собою. Завдання - плавно розвести руки в сторони і так само плавно звести. Опір стрічки вчить мозок планувати амплітуду руху та контролювати симетрію
“Кігті тигра”	Тактильно-кінестетичний аналіз	Дитина вставляє кінчики пальців у заглиблення еспандера і робить дряпаючі рухи (згинання фаланг). Це тренує кінестетичну чутливість кінчиків пальців, що безпосередньо впливає на графомоторні навички
“Еластичний крок”	Пропріоцепція великої моторики, схема тіла	Еластична стрічка зв'язується в кільце навколо зап'ясть або щиколоток. Дитина має робити кроки або рухи руками, долаючи натяг. Це створює потужний сенсорний ввід від великих груп м'язів, допомагаючи дитині “зібрати” тіло
“Сліпе	Глибоке	Дитина закриває очі й має розтягнути

зусилля”	м'язове відчуття (інтеріоризація)	еспандер рівно настільки, наскільки попросить дорослий (наприклад, “на половину сили”). Без зору мозок змушений покладатися лише на внутрішню кінестетику
----------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12. Вправи з використанням су-джок

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Колючий їжачок”	Тактильний, глибока пропріоцепція	Дитина катає кульку між долонями коловими рухами, а потім - поздовжніми (від зап'ястя до кінчиків пальців). Сила натискання має чергуватися: від легкого до інтенсивного. Це активізує чутливість всієї долоні
“Спритне кільце”	Пропріоцептивний контроль, дрібна моторика	Дитина по черзі одягає еластичне металеве кільце на кожен палець, інтенсивно прокочуючи його до самої основи і назад. Це стимулює кінестетичні рецептори кожного окремого пальця, допомагаючи дитині краще їх відчувати
“Сховай скарб”	Дозування м'язового зусилля, праксис	Дитина має затиснути кульку в кулаці так сильно, щоб її не було видно, а потім повністю розслабити руку. Вправа виконується по чергово правою та лівою рукою. Це вчить мозок диференціювати напруження та розслаблення
“Подорож по пальчиках”	Просторовий праксис, схема тіла	Дорослий дає команду: “Тримай кульку великим і мізинцем”, “Тепер вказівним і великим”. Дитина має утримувати кульку кінчиками названих пальців. Це тренує точність моторного планування та диференціацію пальців
“Ритмічні колючки”	Слухо-моторна координація, динамічний праксис	Дитина стукає кулькою по столу або по долоні іншої руки у заданому ритмі (наприклад: два легких удари, один сильний). Це допомагає долати труднощі у серійній організації рухів
“Тісто”	Тактильно-кінестетичний аналіз	Дитина стискає кульку кінчиками всіх пальців одночасно, імітуючи замішування тіста. Необхідно відчути

		кожен шип кульки. Це розвиває силу та координацію дрібних м'язів кисті
--	--	------------------------------------------------------------------------

13. Використання масажеру “Z-Vibe” (не використовувати при епіготовності)

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Вібро-крапки на пальчиках”	Локальний тактильний, вібраційний	Використовувати насадку-щуп (“Probe”). Доторкнутись увімкненим масажером до кожної фаланги пальців, до центру долоні та зап'ястя. Дитина має з закритими очима вгадати, де зараз “бджола”. Це покращує тактильну локалізацію
“Силуетна доріжка”	Кінестетичний аналіз, схема тіла	Повільно вести вібруючим “Z-Vibe” по контуру долоні або передпліччя дитини. Дитина має відстежувати рух внутрішнім зором. Це допомагає окреслити межі тіла в мозку, зменшуючи моторну незграбність
“Вібро-щипок”	Дозування сили, пропріоцепція	Дитина має затиснути увімкнений “Z-Vibe” між великим і вказівним пальцем (пінцетне захоплення) і утримувати його протягом 5 - 10 секунд, незважаючи на вібрацію. Це вчить мозок контролювати м'язовий тонус під впливом зовнішнього стимулу
“Сліди на спині”	Тактильно-кінестетична диференціація	Дорослий малює вібруючим інструментом на спині або передпліччі прості фігури (лінія, коло, зигзаг). Дитина має впізнати фігуру. Вібрація робить ці відчуття значно інтенсивнішими, ніж малювання просто пальцем, що полегшує декодування сигналу мозком
“Пробудження язика”	Вібраційний, тактильний	Логопед торкається увімкненим масажером (насадка “Probe” або “Mini”) до кінчика, бокових країв та спинки язика. Це дає дитині змогу відчути межі органу, що є першим кроком до подолання диспраксії
“Вібро-масаж щік”	Тактильно-пропріоцептивний	Проведення масажером по внутрішній стороні щік (насадка “Flat” або “Spoon”).

		Це допомагає дитині краще відчувати внутрішній об'єм ротової порожнини, що важливо для правильного резонування звуків
“Ритмічні поштовхи”	Динамічний праксис, ритміка	Логопед торкається язика дитини серією коротких вібраційних імпульсів (наприклад, 2 коротких, 1 довгий). Дитина має відтворити цей ритм заданим складом або голосним звуком. Це тренує швидкість перемикавання артикуляційних рухів
“Утримання точки”	Пропріоцептивний (глибоке відчуття)	Логопед притискає насадку до певної точки на язиці (наприклад, піднімає кінчик до альвеол). Дитина має намагатися утримувати цей тиск власними м'язами після того, як “Z-Vibe” приберуть. Це формує кінестетичну пам'ять

14. Пальчикові невроправи

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Пальчики вітаються”	Тактильний, пропріоцептивний (контроль точки дотику)	Почергове доторкання подушечкою великого пальця до подушечок вказівного, середнього, підмізинного та мізинця. Потрібно натиснути досить сильно, щоб відчувати суглоб, а потім максимально розслабити. Спочатку на провідній руці, потім - на іншій, потім - на обох відразу. Вправа виконується спочатку з відкритими, а потім із закритими очима для розвитку внутрішнього відчуття пози
“Кільце - Зайчик - Коза”	Кінестетичний і кінетичний праксис (перемикання)	Дитина має швидко змінювати пози пальців: “Кільце” (великий + вказівний), “Зайчик” (вказівний + середній вгору), “Коза” (вказівний + мізинець вгору). Це тренує динамічну організацію моторного акту
“Пальцеві кроки”	Глибока пропріоцепція, зорово-моторна координація	Дитина ставить вказівний та середній пальці на стіл і “крокує” ними по моторній доріжці. Завдання - відчувати напруження м'язів-згиначів. Потім

		вправа повторюється для середнього та підмізинного пальців (найскладніше поєднання). Якщо дитина плутається, на пальчики можна вдягнути кольорові гумки для волосся або ковпачки від тюбиків з-під кетчупу
“Дзеркальні піаністи”	Білатеральна стимуляція, міжпівкульна взаємодія	Обидві руки лежать на столі. Дорослий називає палець (наприклад, “мізинець”), і дитина має одночасно підняти обидва мізинці, не відриваючи інші пальці від поверхні. Це допомагає долати синкінезії (зайві рухи)
“Замок із секретом”	Тактильний тиск, кінстетика суглобів	Пальці переплетені в замок. За командою дитина має підняти лише один конкретний палець (наприклад, лівий підмізинний), не руйнуючи “замок”. Оскільки пальці переплетені, мозок отримує плутані сигнали, що змушує його інтенсивніше шукати потрібний палець
“Пальцевий бій”	Кінстетичний контроль сили (градуація)	Дитина з’єднує однойменні пальці правої та лівої руки (великий з великим тощо). Потрібно по черзі натискати кожною парою пальців один на одного з силою, а потім розслабляти. Це вчить дозувати м’язове зусилля
“Жестова доріжка для двох рук”	Кінстетичний і кінетичний праксис (перемикання), білатеральна координація	Дитина відтворює пальцевий праксис на жестовій доріжці різноманітні макети ручок, нейрокилимки). Для кожної руки - свій жест, завдання виконувати одночасно для обох рук. Складність жестів залежить від можливостей дитини
“Вузол пам’яті”	Пропріоцептивний (глибоке відчуття)	Дитина закриває очі. Дорослий складає пальці дитини у певну фігуру (наприклад, “коза” або “три пальці вгору”). Дитина має потримати позу 5 секунд, розслабити руку, а потім самостійно її відтворити. Це тренує кінстетичну пам’ять
“Кігті та лапки”	Пропріоцептивний контроль тону	Дитина повільно згинає пальці лише у перших двох фалангах (“кігті”), потім повністю стискає в кулак, а потім розправляє у напружену “зірку”. Повільний темп змушує мозок

		відстежувати шлях руху, а не просто фінальну точку
“Драбинка”	Просторовий праксис, білатеральна координація	Кінчик вказівного пальця правої руки кладеться на кінчик великого пальця лівої, а потім навпаки (імітація крокування вгору). Вправа вимагає точного потрапляння в ціль і координації рухів у просторі
“Перехресні щипки”	Міжпівкульна взаємодія, зорово-моторний контроль	Права рука формує “кільце” (великий + вказівний), ліва - “кільце” (великий + середній). За командою потрібно змінити пальці на обох руках одночасно (на один крок вперед). Це вчить мозок диференціювати рухи правої та лівої півкуль
“Пальцевий рояль”	Динамічний праксис, ритміка	Руки лежать на столі. Дорослий стукає по столу певну кількість разів. Дитина має підняти відповідний палець (наприклад, на 2 удари - вказівний, на 4 - підмізинний). Важливо піднімати лише один палець, не задіюючи інші (ізоляція руху)

15. Театр тіней як засіб корекції кінестетичного праксису

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Живий силует”	Кінестетичний, зорово-моторний	Дитина має за допомогою пальців створити на стіні або екрані просту фігуру (зайчик, равлик, птах). Оскільки вона бачить лише тінь, їй доводиться корегувати напруження кожного пальця, щоб образ не розпався. Це тренує точну моторну схему кисті
“Тіньовий повтор”	Пропріоцепція, зорова пам'ять	Дорослий показує на екрані фігуру-тінь. Дитина має відтворити її своїми руками. Важливо фокусуватися на відчутті положення суглобів, щоб пальці не перекривали один одного на екрані
“Театр діалогів”	Білатеральна координація, міжпівкульна взаємодія	Дитина використовує дві руки одночасно (наприклад, “собака” на лівій руці та “кіт” на правій). “Герої” мають розмовляти та взаємодіяти. Це вчить ізолювати рухи правої та лівої руки, зберігаючи при цьому

		їхню загальну координацію
“Танець тіней”	Динамічний праксис, ритміка	Під музику дитина має плавно змінювати одну фігуру на іншу (наприклад, перетворити “птаха” на “квітку”). Це розвиває плавність переключення рухів та допомагає долати моторну напруженість (спастичність або млявість)
“Тіньова геометрія”	Просторовий праксис, зоровий контроль	Дитина має за допомогою обох рук створити геометричну фігуру (трикутник, квадрат, коло) так, щоб на екрані вона була рівною. Це вимагає точного просторового планування та розуміння кутів і ліній
“Вгадай, хто я?”	Кінестетичний аналіз (стереогноз)	Дитина заплющує очі, дорослий допомагає їй скласти пальці у певну фігуру. Потім дитина відкриває очі, дивиться на тінь на екрані й має назвати тварину, відчуваючи положення своїх рук ізсередини

16. Вправи зі скакалкою та нейроскакалкою

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Конячка” (стрибки через скакалку)	Глибока пропріоцепція, силове дозування	Класичні стрибки через скакалку, яку крутить сама дитина. Необхідно синхронізувати рух кистей рук із моментом стрибка ніг. Це вимагає потужного кінестетичного контролю всього тіла одночасно
“Вузька стежка” (зі звичайною скакалкою)	Зорово-моторна координація, пропріоцепція	Скакалка кладеться на підлогу рівною лінією або зигзагом. Дитина має пройти по ній “слід у слід” (п’ята до носка) спочатку вперед, потім назад. Це покращує відчуття опори стоп та статичну рівновагу
“Крокуючі руки”	Праксис плечового поясу, тактильний	Скакалка складена у декілька разів. Дитина тримає її обома руками за кінці й має “перекрокувати” руками по всій довжині скакалки, змінюючи захват, не випускаючи її. Це розвиває диференціацію рухів пальців та кистей
“Нейро-орбіта” (з нейроскакалкою)	Вестибулярний, пропріоцептивний, білатеральна	Кільце нейроскакалки одягнене на одну ногу. Дитина розкручує її цією ногою, а іншою має перестрибнути

	координація	через палицю з роликом. Це вчить мозок розділяти рухи правої та лівої ніг, що є критичним при диспраксії
“Ритмічний маятник”	Слухо-моторна інтеграція, динамічний праксис	Дитина розкручує нейроскакалку під метроном або ритмічну музику. Потрібно зробити стрибок точно на сильний удар. Це розвиває відчуття ритму та часу, допомагаючи дитині краще планувати свої рухи
“Зміна варті”	Кінестетичний (схема тіла), кінетичний (перемикання)	Після 5 успішних обертів на правій нозі дитина має швидко переодягнути нейроскакалку на ліву ногу і продовжити рух. Це тренує швидкість моторної адаптації та усвідомлення провідної/непровідної сторони тіла
“Рибалка” (або “Вудочка”)	Вестибулярний, зорово-моторний, пропріоцептивний, слуховий (ритмічний)	Дитина стоїть у центрі умовної зони. Дорослий присідає або стоїть навпроти, тримаючи скакалку за один кінець (або складену вдвоє). Дорослий починає крутити скакалку по колу паралельно підлозі (так, щоб вона ковзала по поверхні). Коли скакалка наближається до ніг, дитина має вчасно підстрибнути вгору, пропустивши скакалку під собою, і м'яко приземлитися. Ускладнення: дорослий може змінювати швидкість обертання або висоту (трохи піднімаючи скакалку над підлогою), що змушує мозок дитини швидше корегувати м'язову відповідь.

17. Нейровправи з використанням магнітів

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Магнітний опір”	Кінестетичний контроль, пропріоцепція	Дитина тримає в руках два сильних магніти однойменними полюсами один до одного. Завдання - максимально зблизити їх, але не дати їм зіскочити вбік через відштовхування. Це вчить дозувати силу та розвиває стабільність кисті

“Риболовля в піску”	Тактильний, глибоке м’язове відчуття	У контейнер із крупною або кінетичним піском ховаються дрібні металеві предмети (скріпки, гайки). Дитина магнітною паличкою має знайти їх наосліп. Момент зчеплення магніту з предметом дає миттєвий кінестетичний відгук у руку
“Магнітний лабіринт”	Зорово-моторна координація, плавність праксису	На верхній стороні картону - металева кулька, під картоном - магніт, який тримає дитина. Потрібно провести кульку по намальованій доріжці. Це тренує плавність перемикання рухів та ізольовану роботу м’язів кисті
“Важкі фігури”	Кінестетичний аналіз, схема кисті	Дитина має за допомогою магнітних кульок (неокуб або аналоги) зібрати певну позу пальців, яку показав дорослий. Магніти фіксують положення пальців, допомагаючи мозку зафіксувати кінестетичний образ пози
“Магнітне малювання”	Пропріоцепція, підготовка до письма	Використовується магнітний планшет зі стилусом. Дитина має повільно витягувати металеві кульки, створюючи лінії. Опір, який виникає при витягуванні кульки магнітом, допомагає краще відчутти амплітуду руху пальців

18. Вправи з бар’єрами для подолання кінестетичної диспраксії

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Високий крок чаплі”	Пропріоцептивний (суглобове відчуття)	Перед дитиною стоїть ряд низьких бар’єрів (10 - 15 см). Дитина має переступити через них, максимально високо піднімаючи коліно та затримуючи ногу в повітрі на 2 секунди. Це тренує статичну рівновагу та відчуття положення стегна
“Боковий краб”	Вестибулярний, просторовий праксис	Дитина стоїть боком до довгої перекладини або ряду бар’єрів. Потрібно пересуватися боком, переставляючи спочатку одну ногу через бар’єр, а потім підтягуючи іншу. Вправа допомагає долати моторну незграбність у нетипових площинах руху

“Тунель під перешкодою”	Кінестетика тулуба, схема тіла	Бар’єр ставиться на висоті 50 - 60 см. Дитина має проповзти під ним “попластунськи” або навкарачки, не зачепивши планку спиною. Це розвиває відчуття об’єму свого тіла та контроль м’язів спини
“Сліпе переступання”	Глибока пропріоцепція (інтеріоризація)	Дитина стоїть перед бар’єром, запам’ятовує його висоту, заплющує очі й має переступити через нього, не зачепивши. Це змушує мозок покладатися виключно на внутрішню м’язову пам’ять, а не на зір
“Ритмічні перешкоди”	Слухо-моторна інтеграція, ритміка	Бар’єри розставлені на різній відстані один від одного. Дорослий задає ритм оплесками. Дитина має переступати або перестрибувати через бар’єр точно на оплеск. Це розвиває динамічну організацію рухів
“Перехресний крок”	Міжпівкульна взаємодія, праксис	Переступаючи через бар’єр правою ногою, дитина має торкнутися лівого коліна правою рукою (і навпаки). Поєднання перешкоди та перехресного руху стимулює мозочок та мозолисте тіло мозку

19. Нейровправи з повітряними кульками

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Повітряний теніс долонями”	Кінестетичний контроль, зорово-моторна координація	Дитина має відбивати кульку вгору, чергуючи руки: права, ліва, тильна сторона долоні, долоня. Оскільки кулька легка, дитина вчиться мінімізувати силу удару, щоб не відбити її занадто далеко
“Невагомий футбол”	Пропріоцепція нижніх кінцівок, баланс	Дитина має утримувати кульку в повітрі, відбиваючи її лише коліними або стопами. Це розвиває відчуття положення ніг, яке при кінестетичній диспраксії часто є розмитим
“Голова - плече - лікоть”	Схема тіла, моторне планування	Дорослий називає частину тіла, якою дитина має відбити кульку (наприклад: “правий лікоть”, “ліве плече”, “голова”). Це змушує мозок швидко локалізувати

		потрібний м'язовий вузол та привести його в рух
“Кулька між долонь”	Тактильно-пропріоцептивний тиск	Дитина тримає кульку між розкритими долонями перед собою. Потрібно стискати її так, щоб вона стала пласкішою, але не луснула, а потім плавно розслабляти. Це вчить відчувати межу м'язового напруження
“Дихальний дрефт”	Артикуляційна кінестетика, праксис видиху	Дитина має переміщувати кульку в повітрі лише за допомогою сильного спрямованого видиху (дути на неї), не торкаючись руками. Це допомагає усвідомити м'язи губ та щік, що важливо для мовлення
“Сліпе торкання”	Внутрішня кінестетика (інтеріоризація)	Дитина підкидає кульку, заплющує очі й має спробувати торкнутися її рукою в повітрі, орієнтуючись на пам'ять про траєкторію. Це активізує просторове передбачення та глибоке відчуття тіла

20. Нейровправи з пластичними матеріалами

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Сліпий кухар” (тісто/пластилін)	Глибока пропріоцепція, кінестетична пам'ять	Дитина із заплющеними очима має розім'яти шматок тугого тіста і зліпити з нього просту форму (кульку, циліндр). Відсутність зору змушує мозок спиратися виключно на відчуття опору м'язів та положення суглобів
“Археолог” (кінетичний пісок)	Тактильний, стереогноз (впізнання об'ємів)	У товщі піску заховані дрібні фігурки. Дитина має занурити руки в пісок і лише на дотик знайти та назвати предмет, не витягуючи його. Це розвиває тактильно-кінестетичний аналіз
“Силова тягучка” (слайм/маса для ліплення)	Контроль тону, дозування зусилля	Дитина бере слайм обома руками і має повільно розтягувати його в сторони так, щоб він не розірвався. Потім - максимально швидко стиснути в кулак. Це вчить мозок плавно перемикає напруження та розслаблення
“Друк	Диференціація	На розкатаному шарі пластиліну дитина

пальчиками” (м’який пластилін)	пальців, дрібний праксис	має залишити відбитки кожним пальцем по черзі під рахунок або ритм. Важливо, щоб відбитки були однакової глибини. Це тренує ізольовані рухи пальців
“Схованка в тісті” (тісто високої щільності)	Сила кисті, глибокий тиск	Дорослий ховає всередині кулі з тіста дрібну намистину. Дитина має знайти її, розриваючи або розминаючи тісто пальцями. Вправа активізує рецептори глибокого тиску, допомагаючи “зібрати” відчуття кисті
“Змійка-спіраль” (пластилін/тісто)	Білатеральна координація, плавність рухів	Дитина має двома руками одночасно розкатувати довгу “ковбаску”, а потім згорнути її у спіраль (“равлика”). Робота обома руками над одним предметом стимулює міжпівкульну взаємодію

21. Вправи на збирання предметів

Назва вправи	Вплив	Опис дій
“Ювелірний пінцет”	Кінестетика пальців, зорово-моторна координація	Дитина має за допомогою пінцета перекласти дрібні предмети (камінці, бісер, насіння, помпони) з однієї ємності в іншу. Важливо: предмети мають бути різної пружності, щоб дитина вчилася дозувати силу стискання пінцета
“Лабораторія піпеток”	Дозування м’язового зусилля, дрібний праксис	За допомогою піпетки дитина має набрати кольорову воду і перенести її по краплі в обмежений простір (наприклад, у кожну ланку форми для льоду або в лунки поп-іту). Це вчить мозок контролювати тонус м’язів-згиначів пальців
“Ложкова естафета”	Пропріоцепція кисті та передпліччя	Дитина має ложкою пересипати крупу або переносити воду з однієї склянки в іншу, не розсипавши/не розливши. Ускладнення: тримати ложку лише кінчиками пальців або переносити круглу кульку (горіх), що вимагає ідеального горизонтального балансу руки
“Спритні палички”	Диференціація рухів, складне моторне планування	Використання китайських паличок (або навчальних паличок-тримачів). Дитина має захопити паличками м’яку кульку (помпон) і перенести її. Це вимагає

		найвищого рівня диференціації пальців, оскільки працюють лише вказівний та середній при стабільному великому
“Повітряний постріл” (шпринцівка)	Кінестетичний контроль сили видиху/натиску	За допомогою маленької гумової шпринцівки (“груші”) дитина має потоком повітря пересунути легку паперову кульку або пір’їнку по наміченій доріжці на столі. Це вчить мозок співвідносити силу натискання руки з результатом у просторі
“Кулінарні щипці”	Глибока пропріоцепція, робота всієї кисті	Дитина великими кухонними щипцями має перекладати масивні, але легкі предмети (наприклад, тенісні м’ячики або губки). Це активізує проксимальні відділи кисті та розвиває загальну силу і стабільність праксису
“Спритні ложки-ножиці” (інструмент із кільцями для пальців та напівсферами на кінцях)	Кінестетика кисті, зорово-моторна координація	Дитина має захопити кульку з води або піску та перенести її у вузьке горлечко пляшки. Це вчить мозок розділяти рухи великого та інших пальців
“Полювання Акули” (“Клешня”, “Лапа”)	Пропріоцепція всієї руки, контроль сили	Дитина тримає механічний захват (у формі голови акули чи лапи). Потрібно схопити м’яку іграшку, а потім - крихке печиво або картонну склянку. Вправа вчить дозувати зусилля, щоб втримати предмет, але не розчавити його
“Битва клешнями”	Динамічний праксис, орієнтація у просторі	Дитина тримає по одному механічному захвату (клешні) у кожній руці. Потрібно одночасно підняти два предмети й перехрестити руки в повітрі, не впустивши їх. Це стимулює міжпівкульну взаємодію на фоні складного праксису. Для ускладнення можна стати на балансир
“Краб-збирач” (пальці ніг)	Глибока пропріоцепція стопи, схема тіла	Дитина сидить на стільці. На підлозі розсипані дрібні предмети (камінці, олівці, хусточки). Потрібно пальцями ніг підняти предмет і покласти його в кошик. Це розвиває відчуття нижніх кінцівок, які при диспраксії часто “вимикаються” з уваги мозку

“Сенсорна доріжка стопами”	Тактильний, пропріоцептивний	Дитина має пальцями ніг перекласти серветку, потім гладенький камінець, потім колючий м'ячик су-джок. Зміна текстур змушує мозок постійно адаптувати кінестетичну модель руху стопи під вагу та форму предмета
“Художник стопою”	Тактильно-кінестетичний аналіз	Дитина затискає між великим та другим пальцем ноги товстий фломастер і намагається намалювати на папері на підлозі коло або лінію. Це вимагає колосального моторного планування та стабілізації корпусу
“Майстер морозива”	Пропріоцептивний, просторовий праксис, глибока кінестетика (дозування сили), вестибулярний	Дитина сидить на стільці або на підлозі (спираючись на руки ззаду). Перед її ногами розсіпані м'ячки середнього розміру (наприклад, для сухого басейну або тенісні). Поруч стоять перевернуті догори дном картонні склянки (це “ріжки” для “морозива”). Дитина має захопити один м'ячик, затиснувши його між внутрішніми сторонами стоп (як клешнями). Утримуючи м'яч обома ногами, дитина піднімає їх і акуратно кладе м'ячик на дно перевернутої склянки, щоб він там зафіксувався, наче кулька морозива. “Приготувати” всі порції “морозива”, не впустивши м'ячки та не перекинувши склянки.