

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**ФОРМУВАННЯ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У
ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИЗАРТРІЄЮ**

Кваліфікаційна робота (проект)

На здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконав: здобувач першого (бакалаврського)
рівня вищої освіти 409 групи

напряму підготовки 016 Спеціальна освіта

Хом'як Юлія Михайлівна

Керівник канд. пед. наук Ільїна Н. В.

Рецензент вчитель-логопед вищої категорії

Херсонського закладу дошкільної освіти №9

комбінованого типу Зінченко О.М.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи дослідження дизартрії у дітей дошкільного віку.....	6
1.1. Сутність поняття, загальна характеристика, причини виникнення дизартрії.....	6
1.1.1 Неврологічна основа мовлення	6
1.1.2 Загальна характеристика дизартрії	7
1.1.3 Класифікація форм дизартричних порушень.....	11
1.2. Особливості просодичної сторони мовлення у дітей з нормативним та порушеним мовленнєвим розвитком	15
РОЗДІЛ 2. Комплексна корекційно - логопедична робота з формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією дошкільного віку.....	19
2.1. Дослідження методик формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією дошкільного віку	19
2.2. Корекція просодичної сторони мовлення як складова комплексного підходу при подоланні дизартрії	23
ВИСНОВКИ.....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31
ДОДАТКИ	23
Додаток А. Загальна характеристика класифікації порушень за локалізаційним принципом	36
Додаток Б. Картка логопедичного обстеження.....	40
Додаток В. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти херсонського державного університету.....	45

ВСТУП

Актуальність дослідження

На сучасному етапі мовленнєві порушення все частіше зустрічаються в дитячих дошкільних закладах, в залежності від локалізації, від ступеня порушеної функції, від часу ураження та вираженості вторинних відхилень виділяють різні види та форми мовленнєвих розладів. До більш поширених відхилень в мовленні відносять дизартрію.

Дизартрія - це тяжкий мовленнєвий розлад, що характеризується порушенням звуковимови та просодичної сторони мовлення, через порушення іннервації голосового апарату. Це питання досліджували Л. Волкова, В. Козявкін, С. Зінченко, Т. Скрипник, О. Мастюкова, А. Голуб, Е. Вінарська, Е. Атрьомова, Е. Архіпова, М. Шеремет, Л. Лопатина, І. Кондратенко, Л. Бобичева, В. Тарасун, Н. Фатеева, В. Галущенко, О. Приходько, О. Боряк розглянули проблему формування просодичної сторони мовлення з практичного боку та описала методики колекційної, логопедичної роботи.

Актуальність вивчення цього мовленнєвого порушення визначається значним поширенням та недостатнім дослідженням, подальшою розробкою нових методик корекції та формування правильних мовленнєвих навичок.

При дизартрії найбільше страждає вимовна сторона мовлення порушується артикуляція звуків, голосоутворююча функція, а також зазнає порушень сила голосу, темп, ритм, інтонація. Саме цей аспект в логопедії потребує всебічного дослідження та подальшого удосконалення методів формування просодичної сторони мовлення та методів діагностики на ранньому етапі.

Актуальною проблемою формування просодичної сторони мовлення є розробка новітніх технологій та методик корекції порушень

темпу, ритму мовлення, корекції недостатньої модуляції голосу, рухливості артикуляційної, дихальної, голосової м'язової систем.

Мета: дослідити та визначити рекомендації що до формування просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією.

Завдання дослідження:

1. Виділити загальну мовленнєву характеристику дітей з дизартрією.
2. Дослідити теоретичні основи зародження просодичної сторони мовлення в онтогенезі, особливості темпо-ритмічної та мелодико-інтонаційної систем.
3. Розглянути та проаналізувати методики формування просодичної сторони мовлення у дошкільників з дизартрією та корекції мовленнєвих вад.
4. Визначити рекомендації формування просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією.

Об'єкт дослідження: порушення просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією дошкільного віку.

Предмет дослідження: формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією дошкільного віку.

Методи дослідження:

Теоретичні: Аналіз і синтез наукової літератури , порівняння методик та програм логопедичної корекції, класифікація отриманої інформації, узагальнення отриманих результатів в ході експерименту.

Практичні: спостереження за дітьми з дизартрією, порівняння показників корекційного впливу від початку логопедичної роботи та після його закінчення, експериментальне дослідження.

Структура дипломної роботи:

Дипломна робота складається зі вступу, першого теоретичного розділу, другого методологічного розділу, висновків, списку використаних джерел, додатків.

Практичне значення одержаних результатів:

Дипломна робота має теоретичне значення та практичне, матеріал отримані в ході дослідження наукової літератури та перегляду ефективності методик на практиці надає теоретично-практичні корисні знання для роботи як для наукової діяльності студентів, так і допомога в роботі вчителів-логопедів, вихователів дошкільних закладів з дітьми з дизартрією у напрямку формування просодичних компонентів мовлення.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1 Сутність поняття, загальна характеристика причини виникнення дизартрії.

1.1.1 Неврологічна основа мовлення

Мовлення це — цілеспрямований акт вищої нервової діяльності, що забезпечує комунікацію та спілкування за допомогою центрального та периферичного мовного апарату, а саме на хімічному рівні за допомогою міжнейронних контактів здійснюється передача імпульсу, з'єднуючи виконавчу та регулюючу системи з органами та мовленнєвими центрами головного мозку та носить рефлекторний характер.

Центральний мовленнєвий апарат, обумовлює формування мовлення і знаходиться в лівій півкулі, в корі головного мозку та провідних шляхів, які йдуть до периферичної частини- дихальних, голосових та артикуляційних м'язів [40].

Задній відділ лівої верхньої скроневої звивини, забезпечує аналіз звуків, що допомагає здійснювати складний процес розуміння чужої мови, дана область була описана в 1874 році німецьким неврологом Карлом Верніке і має назву мовленнєвослуховий центр.

У задньому відділі лівої другої та третьої лобової нижньої звивини лівої півкулі розташований мовленнєворуховий центр, який відкрив у 1865 році французький антрополог і хірург Поль Брока. Цей руховий центр забезпечує організацію та контроль м'язової функціональності органів мовлення, об'єднує мовленнєві рухи в єдиний мовленнєвий акт. [7].

Тім'яна область кори головного мозку аналізує і фіксує імпульси артикуляційного апарату, розкриває розуміння мовлення.

Потилична область відповідає за сприйняття зорових подразнень та забезпечує навичками оволодіння писемним мовленням. За виразність мовлення, темп і ритм відповідають підкіркові ядра. Черепно - мозкові нерви, йдуть від ядер стовбура мозку та забезпечують іннервацію нижньої щелепи (трійчастий нерв), мімічну мускулатуру, рухи органів артикуляції (лицевий нерв), іннервують м'язи гортані, глотки, голосових зв'язок, м'якого піднебіння, язико – глотковий та блукаючий нерви, забезпечую рухливість язика (під'язиковий нерв) [3].

За допомогою провідних шляхів здійснюється зв'язок між центральним відділом мовленнєвого апарату та периферичним відділом. Мовлення утворюється за допомогою енергетичної системи дихальних органів (легень, бронхів, трахеї), голосоутворюючої системи (гортань, голосові зв'язки) та артикуляційного апарату. Центри мовлення в корі головного мозку взаємодіють з органами через аферентні та еферентні шляхи, задіюючи всю нервову систему, керують скороченням м'язів та утворюють сам акт мовлення [10].

Отже, різні форми порушення мовлення спричинені локалізацією ураження, якщо дислалія - це порушення артикуляційного апарату, а афазія та алалія - це ураження центрів головного мозку то дизартрія – це порушення іннервації цих двох важливих систем мовлення, при якому нервові імпульси або зовсім не надходять до головного мозку чи виконавчого органу або нервова інформація передається спотворено.

1.1.2 Загальна характеристика дизартрії

Вперше термін «дизартрія» був вжитий в дослідженнях А. Куссмауля, який спробував класифікувати мовленнєві порушення та у 1879 році розглянув дизартрію та увів термін в наукову літературу. Наприкінці дев'ятнадцятого століття Г. Оппенгейм – німецький вчений, невропатолог виділив клінічну симптоматику та підкреслив наявність гіперкінезів в етіології розладу [7].

Великий внесок в логопедичну та медичну науку внесли дослідження І. Сікорського, О. Кожевнікова, В. Муратова, М. Маргуліса, І. Філімонова. Серед радянських спеціалістів, які диференціювали класифікацію, систематизували та досліджували проблеми дизартрії виділяють С. Конопляста, О. Архіпова, А. Голуб, О. Вінарська та ін. Дослідники сучасності не перестають працювати над проблемами вивчення мовленнєвих порушень, а також знаходять нові особливості та засоби корекції.

Дизартрія – це тяжкий мовленнєвий розлад, що обумовлений органічним ураженням іннервації мовленнєвого апарату та порушенням звуковимовної та просодичної сторони мовлення[11].

Внаслідок ураження структур мозку, що управляють механізмом руху мовлення порушується не тільки звуковимова, а й страждають інші системи, їх розвиток та мовленнєва діяльність. Через це все більше зустрічається комбінування дизартрії з іншими мовленнєвими порушеннями.

Основним проявом дизартрії є порушення артикуляційної моторики, при цьому страждає не тільки рухова мовленнєва активність, але й порушуються кінестетичне відчуття артикуляційних поз та укладів. Логопедичне дослідження дітей з дизартрією доводить, що при цій формі мовленнєвого порушення, периферичний мовленнєвий апарат залишається в нормі, але при цьому діти не можуть за завданням логопеда виконати різні артикуляційні рухи. Для цієї категорії дітей притаманне: гіперсаливація, обмеженість довільних рухів язика, піднебіння, голосових зв'язок, губ - тобто порушення м'язового тону[17].

За формою порушень м'язового тону периферичного мовленнєвого апарату, а саме артикуляційної системи при дизартрії поділяють на три види: гіпертонія, гіпотонія та дистонія. Невпинне підвищення тону диференціюється напруженістю язика, який

піднімається до твердого піднебіння і тим самим слугує пом'якшенню приголосних звуків.

Розглядаючи гіпотонію, можна виділити ряд патологічних проявів: рот напіввідкритий, м'язи язика, губ, м'якого піднебіння розслаблені, відмічається надмірне та неконтрольоване слиновиділення, при цьому характерне назалізація звуків. Це обґрунтовується тим що м'яке піднебіння не в змозі піднятися вгору та повністю закрити прохід в носову порожнину. Повітря, що має виходити через рот, більша його частина випускається через ніс та утворює патологію мовленнєвого дихання[22].

Зміна з напруження оральної мускулатури під час мовлення до пониження м'язового тону при спокійному стані обумовлює дистонічний характер механізму артикуляції.

Порушення звуковимови у дітей з дизартрією супроводжується гіперкінезами, парезами, паралічами м'язів артикуляційного апарату.

Повноцінне мовлення дитини розвивається за рахунок правильної, достатньої рухливості артикуляційних м'язів. При дизартрії спостерігаються гіперкінези, що утруднюють розуміння мовлення дитини або зовсім унеможлиблює його розуміння. Язик може відкидатися примусово, рот насильницько відкриватися та утворювати не природню гримасу обличчя. Схожим проявом є синкінезії, але вони на відміну від гіперкінезів можуть бути усунені вольовими зусиллями [23].

Гіперкінези, як і синкінезії можуть бути не тільки в артикуляційній мускулатурі, а й в м'язах діафрагми, міжреберних м'язів, кінцівок.

При парезі м'язів артикуляційних органів завжди унеможлиблюється правильне та чітке формування мовлення. При цьому спотворюється тембр, голос через назалізацію, викривляються артикуляційні пози та рухи.

Своєрідною рисою є патологічність тонічних рухів, від положення тіла залежить можливість довільних рухів мовленнєвого апарату. При різному положенню голови, м'язи язика можуть напружуватися і цим ускладнюючи мовленнєвий акт говоріння.

Отже, дизартрія- це тяжке мовленнєве порушення, що характеризується важкими порушеннями м'язового тону, патологічністю мовлення та голосоутворювання.

Причиною дизартрії є органічне ураження структур головного мозку, що відповідають за рух та іннервацію артикуляційного та голосового апарату, це є наслідком впливу тератогенних факторів в пренатальний та постнатальний період розвитку дитини.

Несприятлива вагітність несе велику загрозу на розвиток ембріона. Під впливом екзогенних факторів в пренатальному періоді виникають різні патології плоду, в залежності від періоду розвитку ембріона виділяють гаметопатії, бластопатії, ембріонопатії і фетопатії. Саме ембріонопатії, виникають від другого до десятого тижня вагітності, спричинені вадами розвитку через вплив тератогенних зовнішніх шкідливих чинників, що спричиняють порушення розвитку організму. Вплив шкідливих факторів призводять до більш легших порушень в розвитку дитини та її організму. [28].

Органічне ураження центральної нервової системи нерідко обумовлене дією хімічних речовин, фізичних травм та дій, хвороб матері та негативним впливом навколишнього середовища.

Здоров'я дитини залежить від стану матері, від наявності хронічних захворювань, такі як вади серця, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, анемія, гінекологічні хвороби, що можуть викликати кисневе та білкове голодування плоду.

Розвиток зародка дуже чутливий від життя матері, зловживання алкоголю може привести до численних порушень в організмі, іноді

навіть несумісні з життям. Особливо конфлікт резус-фактору шкодить на здоровий розвиток дитини та може призвести до викидня[33].

Радіація, іонізуюче випромінювання, шкідливі умови праці викликають тератогенний ефект у розвитку ембріона.

Серед збудників вірусних та інфекційних захворювань руйнівну дію призводять краснуха, герпес, віспа, токсоплазмоз, сифіліс та інші. Інфекційні захворювання можуть проникати від матері до плоду через плаценту або під час пологів.

Тяжкі наслідки в центральній нервовій системі викликає інфекція токсоплазмозу, що проникає в плаценту та руйнівню шкодить організму, дитина може народитися з запаленням головного мозку, парезами та паралічами. Якщо мати під час вагітності перехворіла краснухою то дитина може народитися з пошкодженням центральної нервової системи, мікроцефалією або гідроцефалією [35].

Дуже важливий етап народження та процес пологів. На дитину шкідливо впливає затяжні або стрімкі пологи, крововилив у мозок, асфіксія, обвиття пуповинною, пологові травми.

У ранньому дитинстві причинами дизартрії є перенесення інфекційних захворювань мозку, мозкових оболонок — менінгіт, менінгоенцефаліт, гідроцефалія, черепно-мозкові травми та пухлини мозку.

Отже, для запобігання та профілактики порушень важливе планування вагітності, тобто попередня діагностика батьків на різні інфекційні та хронічні хвороби, лікування виявлених захворювань до настання вагітності. Під час вагітності треба убезпечити матір та дитину від впливу негативних факторів та шкідливої праці.

1.1.3 Класифікація форм дизартричних порушень

В залежності від локалізації ураження, проявів та ступеня розладів мовлення дизартрію систематизують за різними класифікаціями.

Найпоширенішою, що використовують спеціалісти є класифікація за локалізацією ураження структури в головному мозку О. Правдіної.

За цією класифікацією виділяють псевдобульбарну, бульварну, мозочкові, екстрапірамідну та кіркову форми дизартрії. Як відомо основною причиною мовленнєвого порушення при дизартрії це ураження ділянок, що регулюють руховий тонус та координують механізм м'язової діяльності. В нормі черепно-мозкові нерви іннервують, передають наказ та інформацію від ядер, що розміщені в довгастому мозку, в свою чергу пірамідно – над'ядерні шляхи, з'єднують ядра з моторною ділянкою кори головного мозку. Діти з різними формами дизартрії відрізняються індивідуально – специфічними порушеннями у звуковикові, артикуляції, голосоутворення та методами корекційно - логопедичного впливу [31].

Також використовують класифікацію за синдромологічним підходом (І.Панченко), за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих (Дж.Тардієр). Загальна характеристика класифікації дизартричних порушень за локалізаційним принципом висвітлена в додатку А.

Запалення довгастого мозку або наявність пухлин в ньому обумовлює розвиток бульбарної дизартрії. При цьому ядра рухових черепно-мозкових нервів руйнуються, частіше це язикоглотковий , під'язиковий, трійничний, лицьовий.

Характерними проявами бульбарної дизартрії є парез, параліч м'язів язика, гортані, глотки, м'якого піднебіння, м'язів губ, щік. Язик великий, широкий, розпластаний, супроводжується гіперсаливацією. У дітей з цією формою дизартричного порушення спостерігається атонія, тобто зниження тону м'язів, атрофія м'язів язика та глотки. При цьому утруднюється акт ковтання та пережовування твердої їжі.

Голос стає специфічним, слабким та назалізованим через порушення рухливості м'якого піднебіння, голосових зв'язків.

Особливістю порушення звуковимови є нездатність утворювати дзвінкі звуки, мовлення не чітке, темп уповільнений.

Порушення екстрапірамідної системи, що відповідає за швидкість, точність та диференційованість рухів викликає екстрапірамідну або підкіркову дизартрію. Характерним є ураження підкіркових вузлів головного мозку.

При цьому порушується тонус м'язів артикуляційної мускулатури та супроводжується гіперкінезами. Гіперкінез це насильницькі рухи, при яких дитина не може їх контролювати, частіше спостерігається та підсилюються при мовному акті, але можливі і в стані спокою.

Звуковимова не чітка, не зрозуміла, голос характеризується назалізацією, гнусавістю, порушується тембр голосу і темп мовлення. Зустрічається порушення слуху, складність автоматизації звуків. Гіперкінези обумовлюють порушення артикуляції та фонації.

М'язовий тонус характеризується мінливістю тобто від нормального до підвищеного стану. Якщо дитина може промовляти звуки, слова то через мить це стає не можливим, виникає спазм, язик напружується й голос проривається, рідко але зустрічаються мимовільні вигуги, прориваються гортанні звуки.

Страждає виразність мовлення причиною якої є порушення правильної артикуляції, порушення тембру та сили голосу, мовленнєвого дихання [36].

Порушення кіркових рухових зон супроводжує появу такої форми дизартрія як кіркова. Парез м'язів артикуляційного апарату, недостатній праксис, порушення міміки обличчя, звуковимова напружена, уповільнена.

При цьому автоматизація звуків ускладнюється, порушується вимова передньоязикових звуків, шиплячих, африкат, виникають труднощі у вимові зі збігом двох приголосних.

Кіркова дизартрія супроводжується порушенням довільної моторики мовленнєвого апарату, порушується вимова складних структур слів порушується перехід від одного звуку до іншого ускладнюється перемиканням артикуляційних поз.

Діти з корковою дизартрією можуть вимовляти окремі звуки, але в словах та в зв'язному мовленні ці звуки спотворюються або замінюються. Якщо темп ускорюється з'являються проривання мовлення, що нагадує заїкуватість.

У дітей з цією формою дизартрії словник залишається збереженим, розуміння мовлення не страждає. [38].

Ураження мозочка та провідних шляхів, що з'єднують мозочок з іншими відділами мозку. Мовлення уповільнене та коливається по силі голосу, на початку слова мовлення йде, а до кінця фрази затухає. При мозочковій дизартрії тонус знижений, рухливість губ ослаблена, язик тонкий, широкий, обмежений в рухливості, при цілеспрямованих рухах язик тремтить, тонус м'якого піднебіння ослаблений.

Характерним для мозочкової дизартрії є порушення координації рухів артикуляційного та голосоутворюючого апарату.

Псевдобульбарна дизартрія- це форма дизартрії, при якій уражуються провідні шляхи та ядра язикоглоткового, блукаючого, під'язикового нервів, що обумовлюють псевдобульбарний параліч, парез. Причинами цієї форми дизартричного порушення є перенесення хвороб в ранньому дитинстві, таких як менінгіт, енцефаліт, інтоксикації.

Сиптомами псевдобульбарного ураження є порушення загальної, дрібної та артикуляційної моторики, переважають спастичні паралічі, порушується мимічна та мовленнєва мускулатура схожа на бульварну дизартрію.

Порушується робота мускулатури обличчя, акт ковтання, жування, надмірна гіперсалівація.

Псевдобульбарна дизартрія за характером ушкодження та симптоматикою поділяються на паралітичну, спастичну, змішану і стерту форму дизартрії, гіперкінетичну.

Паралітична форма псевдобульбарної дизартрії передусім характеризується паралічем артикуляційного апарату, мімікою обличчя. Язик тонкий, не контрольований, акт жування та ковтання порушений, нижня щелепа постійно провисає та рот через це напіввідкритий, губи не змикаються. Звуковимова характеризується гнусавим голосом з порушенням відтворення складних звуків [40].

Супутні рухи, напруженість м'язів, язик великий і не контрольований все це супроводжується у спастичній формі.

Гіперкінетична форма відмічається наявністю частих гіперкінезів, що обумовлює не контрольованість дитиною артикуляційних поз та укладів.

Змішана форма поєднує в собі всі види псевдобульбарної дизартрії та поєднує прояви паретичної, спастичної, гіперкінетичної форм дизартрії. Стерта форма дизартрії характеризується порушенням майже всіх звуків, мовлення не зрозуміле для оточуючих.

Отже, в залежності від локалізації та проявів дизартрії класифікують на різні форми та види. Звісно головною схожою ознакою є органічне ураження структур в головному мозку, що призводить до порушення іннервації, появу паралічів, гіперкінезів, порушується звуковимова та просодична сторона мовлення.

1.2. Особливості просодичної сторони мовлення у дітей з нормативним та порушеним мовленнєвим розвитком.

Просодика - це сукупність темпо - ритмічної та мелодико - інтонаційної систем мовлення, що включає такі характеристики: висота та сила голосу, тембр, темп, ритм, мовленнєве дихання. В механізмі голосоутворення приймають активну участь: дихальна система, що

включає в себе легені, бронхи, трахею; голосовий апарат - гортань, голосові зв'язки, глотка, носоглотка.

Головним голосоутворюючим органом є гортань, яка складається з невід'ємної частини, голосових зв'язок. Акт мовлення утворюється коли повітря на видиху тисне на голосові зв'язки, змушує їх коливатися. Основні резонатори, що утворюють індивідуальне звучання голосу, це носоглотка, глотка, носова і ротова порожнина.

Основні фізіологічні характеристики голосу є: висота та сила голосу, тембр. Висота голосу залежить від частоти коливань голосових зв'язок. Висота голосу допомагає утворювати мовлення з інтонацією та емоційністю. Сила голосу це ознака голосу, при якому сила залежить від амплітуди коливання та тону м'язів голосових зв'язок. Тембр - це естетичне забарвлення, що надає особливості голосу, який відповідає коливанню голосових зв'язок та наявністю обертонів, які виникають внаслідок коливання голосових зв'язок не тільки всією довжиною, а й окремими частинами [16].

Просодичні компоненти мовлення народжуються з першим криком дитини, лепет, гуління вже має свої ситуаційні особливості. Після шести місяців дитина накопичує різні звуки, з дитинства формуються реакції дитини в залежності від сили, тембру голосу.

В підлітковому віці відбувається мутація голосу, змінюється анатомія гортань, у хлопчиків відмічається це особливо. В дорослому віці голос його компоненти залишаються незмінними і в похилому віці голос слабшає, тембр змінюється, відбуваються незворотні, фізіологічні атрофічні зміни в голосовому апараті.

В нормі зміни голосового апарату, як організму в цілому підпорядковуються онтогенезу та фізіологічно формує мовлення, голос, тембр та мовленнєве дихання. При дизартрії цього не відбувається, через порушення іннервації голосового апарату відбуваються патологічні, незворотні процеси в мовленнєвому розвитку. Характерні симптоми

дизартричного порушення – парези м'якого піднебіння, голосових зв'язок викликають тяжкі розлади в мовленнєвому розвитку, впливає на соціальність дитини, затримується розвиток звуковимови, характерна соматична ослабленість, психологічно - емоційні розлади. (табл. 1.1.)

Характеристика порушень просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією

Табл. 1.1

Параметри порушення	Характеристика порушення
Порушення дихання	Ритм дихання не регулюється смисловим змістом висловлювання, в момент мовлення воно зазвичай прискорене, не досить глибоке, після вимовлення окремих складів або слів дитина робить поверхневі судомні вдихи, активний видих скорочений і відбувається зазвичай через ніс, незважаючи на постійно напіввідкритий рот. Неузгодженість у роботі м'язів, що здійснюють вдих і видих, призводить до того, що у дитини з'являється тенденція говорити на вдиху. Це ще більше порушує довільний контроль над дихальними рухами, а також координацію між диханням, фонацією і артикуляцією.
Порушення голосу	Порушення голосу вкрай різноманітні, специфічні для різних її форм. Найбільш часто вони характеризуються недостатньою силою голосу (голос слабкий, тихий, вичерпується в процесі мовлення), порушеннями тембру голосу (глухий, назалізований, хрипкий, монотонний, здавлений, тьмянний; може бути гортанним, форсованим, напруженим, переривчастим і т. д.), слабкою виразністю чи відсутністю голосових модуляцій (дитина не може

	довільно змінювати висоту тону).
Порушення звуковимови	<p>При дискоординаційних розладах звуковимова порушується здебільшого не на рівні вимови ізольованих звуків, а під час вимови автоматизованих звуків у складах, словах і реченнях. Це пов'язано з запізненням включення деяких артикуляційних рухів, необхідних для вимовляння окремих звуків і складів. Мовлення стає сповільненим і сканованим.</p> <p>Наявність гіперкінезів і оральних синкінезій в артикуляційній мускулатурі. Вони спотворюють звуковимову, роблячи мовлення малозрозумілим, а у важких випадках – майже неможливим; зазвичай посилюються при хвилюванні, емоційному напруженні, тому порушення звуковимови різні залежно від ситуації мовного спілкування. При цьому відзначаються посмикування язика, губ іноді в поєднанні з гримасами обличчя, дрібне тремтіння (тремор) язика, у важких випадках – мимовільне відкривання рота, викидання язика вперед, насильницька посмішка. Насильницькі рухи спостерігаються і в спокої, і в статичних артикуляційних позах, посилюються при довільних рухах або спробах до них.</p>
Порушення темпу і ритму мовлення	Темп мовлення може бути прискорений або уповільнений.
Порушення звукового боку	Ураження фонологічного рівня мовлення в період інтенсивного розвитку мовної функції в деяких випадках може привести до складної дезінтеграції і патології всього

мовлення в цілому	мовного розвитку дитини. У зв'язку з цим в окремих дітей з дизартрією має місце затримка темпів мовного розвитку, вторинні порушення лексико-граматичного ладу мовлення.
-------------------	--

При дизартрії значного порушення зазнає просодична сторона мовлення, при якому страждає мовленнєве дихання, що породжує слабкість сили голосу та висоти, страждає тембр і ритм, відсутність виразності мовлення, монотонність, темп мовлення або уповільнений або прискорений через особливість м'язового тону, ступеня та локалізації ушкодження структури центральної нервової системи [18].

Отже, дизартрія – це порушення мовлення, при якому страждає звуковимова та просодична сторона мовлення, через розлади іннервації, органічного ушкодження структур в головному мозку.

При дизартрії вимовляння звуків порушується через розлад мовленнєвих рухів, артикуляція стерта і змазана. Логопедичне обстеження має проводитися регулярно для визначення результатів корекції та ефективності розробленої індивідуальної програми реабілітації.

РОЗДІЛ 2
КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЙНО - ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА
З ФОРМУВАННЯ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У
ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЄЮ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Дослідження методик формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією дошкільного віку

Логопедична робота з дітьми дизартриками повинна починатися з молодшого дошкільного віку, створюючи умови для повноцінного розвитку як мовленнєвого так і соціального компоненту на початку розвитку організму. Логопедична корекція включає поєднання навчання правильної звуковим мови, розвиток артикуляційної моторики, мовного дихання, розвиток звукового аналізу, нормалізація просодичних компонентів, розвиток ритму, мелодики, інтонаційної сторони мовлення [7].

На думку вчених роботу з формування просодичної сторони мовлення у дітей із дизартрією потрібно проводити в 3 етапи: підготовчий, основний та заключний. Завдання до кожного етапу представлено в таблиці 2.1.

Етапи формування просодичної сторони мовлення у дітей із дизартрією

Табл. 2.1

Підготовчий	Основний	Заклучний
1. Корекція мовленнєвого дихання	1. Формування знань про інтонаційну виразність.	1. Формування інтонації.
2. Розвиток висоти і сили голосу	2. Диференціація інтонаційної структури фрази і речення.	2. Диференціація інтонаційної структури мовлення.
3. Корекція темпо – ритмічної сторони		3. Автоматизація набутих навичок

мовлення.		
-----------	--	--

Лопатина А. В. в своїй роботі «Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста» пропонує методики корекції мовленнєвих порушень та рекомендації для спеціалістів, студентів та батьків.

В своїй методиці Лопатина А. В. пропонує ряд вправ для формування інтонаційної виразності мовлення, що включає в себе вправи для розвитку ритму, вправи для розвитку сили та висотою голосу, вправи для засвоєння ритміки слова та відпрацювання інтонаційної конструкції і в заключення диференціація інтонаційних структур фраз і речень в експресивному мовленні. (див. табл. 2.2)

Методика формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією за Лопатиною А. В.

Табл. 2.2

Формування інтонаційної виразності мовлення	
Вправи для розвитку сприйняття ритму	Вправи на відтворення ритму
Дитина повинна прослухати серію ударів, визначити їх кількість та записати відповідно ритмічну структуру.	Автор в методиці пропонує дитині відстукати серію ударів, без зорового сприйняття.
Диференціація інтонаційної структури в імпресивному мовленні	
По-перше проводиться вступна частина, логопед знайомить з поняттям інтонація та називає види інтонації. Далі уточнюється, якими граматичними знаками позначаються спокійне промовляння, запитання й оклику інтонації. Повторюються вірші при запитальному, оклику та при точці. Потім дітям пропонується текст із завданням визначити інтонацію пропозицій і підняти картку з відповідним граматичним знаком.	

Формування інтонаційної виразності в експресивному мовленні	
<p>Головними завданнями цього етапу є формування різних інтонаційних структур та диференціація цих структур в експресивному мові.</p> <p>Серед підготовчих вправ для формування інтонаційної виразності в експресивному мовленні використовують вправи для розвитку сили і висоти голосу, поступового розширення діапазону голосу, розвитку його гнучкості, модуляції.</p>	
<p>Вправи для розвитку сили голосу</p> <p>Спочатку дитина повинна подовжено вимовляти звуки (при середній силі голосу): у-уау-ауі-уо-, і--і, е—е та ін.</p> <p>Потім голос посилюється від беззвучної артикуляції, шепоту до голосного промовляння.</p> <p>Також можна називати дні тижня з поступовим посиленням і подальшим ослабленням сили голосу: понеділок, вівторок - беззвучна артикуляція; серeda, четвер - шепіт; п'ятниця, субота - голос середньої сили; неділя – голосно.</p>	<p>Вправи для розвитку висоти голосу</p> <p>Розвиток висоти голосу здійснюється за допомогою наслідування звучанню різної висоти, а також руху рук і графічних зображень.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Підвищення і зниження голосу при промовлянні голосних звуків. 2. Підвищення і зниження голосу при проголошенні поєднань з двох і трьох звуків. 3. Підвищення і зниження голосу при промовлянні складів.
Диференціація інтонаційних структур пропозицій в експресивної мови	
<p>На цьому етапі логопедичної роботи, корекційні заняття проводяться на матеріалі лічилок, діалогів, постанов, казок, що розігруються за ролями.</p> <p>Завданням якого є формування у дітей навичок наслідування голосів, інтонацій героїв.</p>	

Архіпова О. Ф. надає рекомендації та теоретичні основи про особливості розвитку та формування просодичного компоненту мовлення. Більше детально надана методика обстеження інтонаційної виразності у мовленні дітей з дизартрією.

Обстеження просодичної сторони мовлення доповнює до основної логопедичної діагностики такі напрямки: інтенсивність мовлення, голосу; особливості темпу і ритму; емоційність висловлювання; функціональність та рухомість м'якого піднебіння, губ, положення язика, лицьової мускулатури; тип дихання та сила.

При обстеженні методико – інтонаційної сторони мовлення та голосоутворення потрібно звернути увагу на силу голосу, його гучність та діапазон, висоту голосу, тембр його якості та модуляційність, час максимальної фонаційної функціональності. Рання діагностика та корекція надає більше ефективності реабілітації та профілактики розвитку вторинних порушень соціальної, психічної, фізіологічної сторони життєдіяльності дитини.

Галущенко В. пропонує три етапи формування просодичного компоненту мовлення при дизартрії. Перший етап - організаційний передбачає аналіз медичної картки, вибір напрямку роботи з урахуванням провідного каналу сенсорно- перцептивної модальності, а також підготовка спеціалістів до корекційної роботи. При цьому спеціаліст визначає тип сприймання: аудіал, візуал, кінестетик, тим самим виокремлюючи засоби у процесі корекції та навчання. Надалі логопед спирається на попередні висновки та використовує вербально-експресивні, зорово-наочні або суттєво-тактильні засоби. На підготовчому, проектувальному етапі, у дитини розвивають сенсомоторний рівень мовленнєвої та рухової організації для подальшого формування просодики. Опрацьовують навички дихальних кінестезій, акустичних характеристик голосу, оптимізують м'язовий тонус, формують емоційне просодичне оформлення мовлення. Мета

корекційно - регулюючого етапу сформувати просодичного компоненту мовлення, як засобу комунікативно-емоційного спілкування. На цьому рівні розвивають темпо - ритмічні здібності, логічність наголосу, розвиток емоційного забарвлення та тембру голосу. Четвертий етап - підсумковий, розвиває та вдосконалює навички просодичної сторони мовлення тобто розвиток навичок сприйняття та відтворення інтонаційних конструкцій в експресивному мовленні, формування самостійно та довільно змінювати тембр, голос, встановлювати зв'язки між змістом тексту та темпом. [3].

Артюмова Є. Е. в роботі «Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями» пропонує методику, що базується на музично – ритмічному напрямку для корекції просодичних порушень, недорозвинень при дизартрії.

На експериментальному дослідженні Артюмова Є. наочно продемонструвала комплексну корекцію в три етапи. Для цього використовували статичні та динамічні дихальні вправи, артикуляційну гімнастику, вокальні вправи, при цьому вправи поступово доповнюються та ускладнюються. Також пропонується використання вправ на слухову увагу, пам'ять, слухового самоконтролю. На заключному етапі - закріплення навичок та вмінь та автоматизація в мовлення.

Волкова Г. А. формулює комплексну терапію голосових порушень, темпо-ритмічних засобами музико-ритмічними заняттями. В структуру логопедичної роботи входить виховання голосу, його висоти, тембр, діапазон, розвиток правильного вдиху і видиху та розвиток артикуляційного апарату. Волкова приводить практичний та ефективний метод - ортофонія, це метод спрямований на покращення та відновлення автоматизації роботи гортані, дихання та артикуляції [23].

Отже, дослідивши методики формування просодичної сторони мовлення дошкільників при дизартрії, можна сказати, що методична

база за цією темою має безліч прийомів та вправ корекції, що на експериментальному рівні підтверджують свою ефективність.

2.2 Корекція просодичної сторони мовлення як складова комплексного підходу при подоланні дизартрії

Дизартрія – це тяжке порушення мовлення, що потребує не тільки логопедичної корекції, а й медикаментозного лікування та фізичної терапії. Логопед повинен враховувати, що формування мовленнєвих якостей та властивостей буде не можливе без компенсацій мовленнєвої моторики та розвитку загальної моторики дитини.

Для розробки індивідуальної програми мовленнєвого розвитку та його результативності потрібне якісне обстеження та фіксація первинних та кінцевих результатів.

Первинне обстеження дітей з дизартрією проводиться лікарем-неврологом, іншими медичними спеціалістами. Лікар невролог засобами лабораторної діагностики обстежує діяльність головного мозку, його функціональність. Під час обстеження лікар-невролог визначає об'єм ураження головного мозку його характер, вторинні порушення. Обов'язкове проведення неврологічного стеження з відео фіксацією, нейросонографія, бажано МРТ головного мозку, а також загальні аналізи крові та сечі.

Наступним вже етапом є медикаментозне лікування з поєднанням реабілітаційних та корекційних терапій. Спеціаліст логопедичного напрямку за допомогою логопедичного діагностування підтверджує діагноз або спростовує та направляє на детальніше вторинне обстеження [8].

Логопедичне обстеження дітей з дизартрією має декілька етапів, збір анамнезу, діагности загальної та артикуляційної моторики, обстеження мовленнєвого дихання, темпу, ритму мовлення, діагностика м'язового тону та ступеня рухової активності. Надана картка логопедичного обстеження в додатку Б, в якій детально надається інструкція, щодо діагностики мовленнєвого розвитку та стану дитини.

Надалі враховуючи порушення рухових та мовленнєвих розладів при дизартрії потрібна корекція рухових порушень, лікувальний масаж, медикаментозне лікування для нормалізації м'язового тону, розвиток загальної та артикуляційної моторики, контроль над насильницькими рухами, з гіперсаливацією, з розвитку просодичних компонентів мовлення: тембру, сили та висоти голосу, інтонації та ритму.

Музично- ритмічні вправи допомагають в формуванні темпу, ритму, сили голосу, висоту, дикцію та підтверджують ефективність методик в результативності та практичності. При цьому використовують етапи: артикуляційних вправ, розвиток правильного дихання та відновлення просодичних компонентів мовлення.

Початок логопедичної корекційної роботи повинен базуватися з артикуляційних вправ. За допомогою ритму та музики потрібно навчити виконувати артикуляційну гімнастику під рахунок та сильну долю музичного супроводу. Артикуляційна гімнастика складається з статичних та динамічних вправ для губ, щік, язика («Маятник», «Смачне варення», «Трубочка», «Посмішка»).

Для розвитку загальної моторики з мовленнєвою потрібно приєднати артикуляційні вправи з рухами частин тіла. Наприклад зробити посмішку і простягнути руками в боку, як політ птаха. Наступний етап - навчання та розвиток контролю за голосом та диханням. Наприклад, руки розводяться в боки на вдосі та зводяться до їх зустрічі з одночасною промовою звуку на видиху. Також для розвитку рухомості гортані та м'якого піднебіння використовують вправу положення позіхання, при цьому ніби перебиваючи позіхання закриваючи рот.

Вокальні вправи також допомагають контролювати дихання, тривалість видиху. Для цього пропонується дитині проспівати звук на видосі з рухами рук, плавно та тривало. Спочатку використовують тільки голосні потім поєднуючи з приголосними, утворюючи склади,

слова. Для розвитку дикції потрібно промовляти з'єднання складів з поступовим прискоренням при цьому використовуючи музичний супровід. Розвиток голосу досягається засобами вокалу та співами. Спочатку дитина співає без рухів, а потім поєднує з рухами рук. [18].

Завдяки методикам та вправам спеціалістів формування просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією одержує ефективні результати та перемоги у подоланні порушень мовлення.

Дослідивши методики різних фахівців по формуванню просодичних компонентів ми скомпонували, адаптували методики та корекційні вправи по формуванню просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією та синтезували в поданому логопедичному занятті.

Конспект логопедичного заняття з теми: казка «Коза дереза»

Мета:

Навчальна: розвиток активного словника за темою казки «Коза дереза», удосконалення діалогічного та монологічного мовлення. Удосконалення лексико-граматичної сторони, інтонаційної виразності та темпу мовлення.

Корекційна: Розвиток інтонаційних структур та диференціація в експресивне мовлення, мімічної виразності, поєднання слова з рухами, розвиток загальної та дрібної моторики.

Виховна: виховання активності у мовленні, виховання моральних якостей, любові до народної літератури України.

Словник: Дід, баба, донька, коза, ведмідь, вовк, рак.

Обладнання: дидактична наочність до казки «Коза дереза».

Хід заняття

I. Організаційний момент

Добрий день діти, давайте привітаємося з вами!

Доброго ранку, доброго дня!

Сонечко ясне, дерева й ліса,
 Хмаринка у небі, квіти в саду,
 Ми привітаємось і посміхнемось,
 За стільчики сядемо та заняття розпочнемо.

Артикуляційна гімнастика

Виконуємо разом артикуляційні вправи: «Паркан», «Трубочка», «Млинець», «Місимо тісто», «Горка».

Гра « Тихо або гучно»

Діти зараз ми з вами пограємо в гру « Тихо або гучно», для цього потрібно промовляти звуки тихо, а потім гучніше і гучніше. При цьому супроводжуючи рухами рук, руки вниз – тихо, руки вгору – голосно. Приготуйтеся, почнемо! Проспівуємо звук А--А, О--О, У--У; поєднуючи у склади А--О, У--А; ПА--ПУ--ПО, БА--БУ--БО.

II. Основна частина

Логопед: Діти, які казки ви знаєте? (Відповідь дітей.)

Сьогодні на занятті ми з вами програємо знайому вам казку « Коза-дереза».

Розповідь казки логопедом з використанням наочності.

Логопед: Діти, які герої є в казці? Чи відрізняється їх голос та інтонація? Зараз кожен отримує свого героя, та буде з'являтися в казці та розповідати слова персонажа з тією інтонацією та тембром голосу в залежності чи то дід, чи коза-дереза, ведмідь або зайчик.

Діти розповідають казку з інтонаційною виразністю та рухами.

Фізкультхвилинка

Діти разом посміхніться!
 Аж до землі поклоніться,
 Повернемося на в круги,
 До хмаринок підтягнемося,
 На свої місця присядемо.

III. Заключна частина

Логопед: Скажіть який тембр у зайчика та ведмедя, кози-дерези та діда з дочкою.

Діти цитують слова героїв з наслідуванням їх голосу.

Логопед: Сьогодні ми з вами побували у казці та навчалися керувати своїм голосом, інтонацією та тембром. На занятті всі працювали добре та активно.

Отже, в ході роботи з дітьми з нормативним та порушеним розвитком мовлення було відмічено, різницю в компонентах просодичної сторони та звуковимови. Проведено під групове заняття з розвитку інтонаційної виразності з теми: казка « Коза - дереза», спостереження та порівняння мовленнєвого дихання, сили голосу, інтонації, темпо - ритмічної сторони мовлення у дітей з дизартричними порушеннями та дітьми з нормативним розвитком мовлення, корекція та формування просодичних структур мовлення.

При цьому можна зазначити, що індивідуальна програма за методиками Архіпової О., Галущенко В., Волкової Г. поєднуючи та адаптовуючи до віку та можливостям дитини надає позитивних результатів та підтверджує свою ефективність.

ВИСНОВКИ

Формування просодичних компонентів мовлення в дошкільному віці при дизартрії передбачає розвиток соціалізаційної поведінки, комунікативних навичок спілкування. Логопедична робота передбачає корекцію рухливості гортані, її активізації, нормалізації функції дихання, функціональні тренування для розвитку сили та висоти голосу, тембру та дикції, закріплення навичок голосоутворення.

1. Дослідивши літературу з теми формування просодичних компонентів мовлення, проаналізували загальну класифікацію мовлення дітей з дизартрією та виділили особливості проявів. Дизартрію класифікували різні вчені та дослідники за локалізацією, ступенем розуміння мовлення та за проявами.

Дизартрія – тяжкий розлад артикульованого мовлення, при якому страждає вимова слова внаслідок порушень у виконанні мовленнєвих рухів. Дизартричні порушення в залежності від локалізації пошкодження структур кори головного мозку та проявів характеризуються своїми особливостями, спільною ознакою є утертість і змазаність артикуляції, порушення загальної та мовленнєвої моторики. До характерних властивостей дизартрії відносять: недостатність довільних рухів органів мовлення, змінний характер порушень м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі, наявність гіперкінезів, оральних синкінезій, порушення іннервації м'язів органів мовлення.

2. Вивчивши розвиток просодичної сторони мовлення ми дізналися про особливості формування темпо-ритмічної мовлення та мелодико-інтонаційної систем, розглянувши їх в період онтогенезу. Виділили вплив порушення мовлення на розвиток комунікативної сфери дитини.

3. Розглянувши та проаналізувавши методики формування просодичної сторони мовлення у дошкільників з дизартрією та корекції мовленнєвих вад, ми виділили основні етапи корекційно-логопедичної роботи та особливості формування темпу, ритму, сили та висоти голосу.

4. Дослідивши особливості формування, симптоматики та порушень просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією, сформулювали рекомендації що до корекції та розвитку мовлення дітей дошкільного віку з дизартрією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адрущенко Т.Ю., Карабекова Н.В. Корекція психологічного розвитку молодших школярів на початкових етапах навчання. - "Питання психології", № 1, 1991.
2. Артемова Е.Э. Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. М., 2005. 156 с.
3. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. Москва : АСТ: Астрель, 2008. 254 с.
4. Архипова Е.Ф. Особенности логопедической работы при дизартрии. //Коррекционная педагогика. - №1. – 2004. - с.36-42.
5. Архипова Е.Ф. Особенности логопедической работы при дизартрии/ Коррекционная педагогика №1, 2004, с.36-42
6. Асафьев Б.В. Музыкальная форма как процесс. Книга 2-я : Интонация. М., Л.: Госмузиздат, 1947. 114 с.
7. Барашнев Ю.И., Розанов А.В., Волобуев Ф.И., Панов В.О. (2006) Недифференцированная патология нервной системы и роль аномалий развития мозга у детей в этом процессе. Междунар. неврол. журн., 1(5): 11–14.
8. Барияк І.Р. (2003) Проблеми профілактики спадкової патології та вроджених вад розвитку. Журнал АМН України, 9(4): 656–667.
9. Белякова Л. И. Развитие речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи : метод. пособие. – М.: Книголюб, 2005. – 55 с.
10. Белякова Л. И., Волоскова М. М. Логопедія. Дизартрія – М. : Владос, 2009. – 287 с.
11. Березан О.І. Неврологічні основи логопедії: Навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 –

«Корекційна освіта» - Полтава: Друкарня ПП ТТкалич А.М., 2008 – 92с.

12. Бобичева Л. С. Формирование просодической стороны речи: метод. пособие / Л. С. Бобичева-Новокузнецк: 2015. – 57 с.

13. Бондаренко А.А. Робота над дикцією в початкових класах // Початкова школа. - 1987. - N 1

14. Боряк О.В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. НПУ ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2012. 20 с.

15. В48 Дизартрия / Е.Н. Винарская. — М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. — 141, [3] с.: ил., — (Библиотека логопеда)

16. Винарская Е. Н. Дизартрия. Электронный ресурс : посібник. – Режим доступу: <https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2014/12/01/vinarskaya-en-dizartriya>

17. Винарського Є.М., Шур С.М. Порухення звукової системи мови при бульбарної дизартрії дорослих. В зб.: "Нариси з патології мови і голоси", під ред. проф.С. С. Ляпідевського, вип. 3. М., "Просвіта", 1967, стор.128-135.

18. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология» / Г. А. Волкова. – М. : Просвещение, 1985. – 191 с.

19. Галаган В.О., Тимченко О.І. (2003) Ефективність пренатальної діагностики природженої патології серед вагітних м. Києва. Педіатрія, акушерство та гінекологія, 4: 56–60.

20. Галущенко В.І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету. Серія «Соціально-педагогічна» / за ред.: О.В.Гаврилова, В.І.Співака.

Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2008. Вип. 8 С.166–171
Даль В.И. Толковый словарь живого великого русского языка.

21. Жукова І.С. Мастюкова Є.М., Філічева Г.Б. Подолання затримки мовного розвитку у дошкільника. - М.: Просвещение, 1973.

22. Ілляшенко Т.Д., Бастун Н.А., Сак Т.В. Діти із затримкою психічного розвитку та їх навчання. Навчальний посібник для педагогів та шкільних психологів. Київ : ІЗМН, 1997. 128 с.

23. Коломоєць М.Ю., Хухліна О.С. Професійні хвороби / М.Ю. Коломоєць, О.С. Хухліна. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 532-534.

24. Кондратенко І. Ю. Виявлення та подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку / І. Ю. Кондратенко. – К.: Айріс-прес, 2005. – 224 с.

25. Конопляста С.Ю., Галущенко В.І. Розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. Логопедія : науково-методичний журнал. 2013. № 4. С. 44–50.

26. Копылова С. В. Коррекционная работа с детьми с дизартрическими расстройствами речи. //Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2006. - № 3. – с. 63-65.

27. Костенькова О.Н. Комплексный подход к преодолению речевых нарушений у детей.// Логопед в детском саду. – 2008. - №9. – с.66-71.

28. Костюк І.Ф., Капустник В.А. Професійні хвороби: підручник. – 2-ге вид., перероб. і доп. / І.Ф. Костюк, В.А. Капустник. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 463-469.

29. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими

расстройствами: Учебное пособие / под ред. Е. А. Логиновой. — СПб.: Издательство «Союз», 2005. — 192 с.

30. Панченко І.І. Особливості фонетико-фонематичного аналізу розладів звуковимови і деякі принципи лікувально-корекційних заходів при дислалічних і дизартричних порушеннях мови. - В кн.: Розлади мови і голосу в дитячому віці. М., 1973.

31. Пахомова Н.Г. Умови формування мовленнєвої компетенції у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Теорія і практика сучасної логопедії. Вип. 2. Київ, 2005. С. 69–74.

32. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене. За ред. М.К.Шеремет. — К.: Слово, 2014. — 672 с.

33. Приходько О.Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста.// Специальное образование. — 2010. №2. — с.68-81.

34. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Розвиток мовлення» для підготовчих, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із затримкою психічного розвитку / І.М. Омельченко, Л.О. Федорович. Київ, 2016. 187 с.

35. Тарасун В.В. Формування мовної особистості – новий напрям логопедичної роботи. Дефектологія. 2007. № 4 С. 3–11.

36. Фатеева Н.М., Чубенко Е.А., Посохова М.А., Шанаурина О.А. Использование дыхательных методик для формирования речевого дыхания у детей с псевдобульбарной дизартрией.// Специальное образование. – 2010. - №2. – с. 44-50.

37. Федорович Л. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

38. Шеремет М.К. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. Педагогіка та методика спеціальні. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Київ, 2001. Вип. 1. С. 36.

39. Лепетченко М. В. Логопедія. Дизартрія : навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта] / М. В. Лепетченко – Д., 2015. – 36 с.

40. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія: навч. посіб. / С. Конопляста , Т. Сак; за ред. М. К. Шеремет. — Київ: Знання, 2010.— 293 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Загальна характеристика класифікації порушень за локалізаційним принципом

Форма дизартрії	Неврологічна симптоматика	Мовленнєва симптоматика
Псевдобульбарна дизартрія	<p>Виникає внаслідок двостороннього ушкодження корково-ядерних шляхів, які йдуть від кори головного мозку до стовбура мозку до ядер черепно-мозкових нервів. Відзначається обмеженням активних рухів м'язів артикуляційного апарата, у важких випадках — майже повна їхня відсутність. входить до структури дитячого церебрального паралічу.</p> <p>За відсутності або недостатності довільних рухів спостерігається збереженість рефлекторних автоматичних рухів, посилення глоткових, піднебінного рефлексів, також в ряді випадків збереження рефлексів орального автоматизму. Наявні синкінезії.</p>	<p>В залежності від домінування типу порушення м'язового тону у м'якому піднебінні – порушується тембр голосу за типом відкритої назальності (при паретичності) або за типом закритої назальності (при спастичності).</p> <p>Виділяють розлади фонації: оглушення дзвінкх приголосних, виснаження голосу, його сиплість, хриплість або відсутність, порушення модуляції, порушення фонаційного дихання – для спастичності, порушується темп мовлення – воно повільне, напружене, хворі швидко виснажуються.</p> <p>Спостерігається гіперсалівація. Язик напружений, відсунутий назад, спинка його закруглена і закриває вхід у глотку, кінчик язика не виражений. Довільні рухи язика утруднені. Бокові рухи висунутого язика характеризуються обмеженою амплітудою кінчик під час усіх рухах тіла язика залишається пасивним і, як правило, напруженим. В першу чергу, найбільш складні і диференційовані довільні артикуляційні рухи. Вибіркові труднощі у вимові найбільш складних і диференційованих за артикуляційними укладами (р, л, ш, ж, ц, ч). Звук р утрачає</p>

		вібруючий характер, дзвінкість, часто заміняється щілинним звуком.
Бульбарна дизартрія	Обумовлена одно- або двостороннім ушкодженням ядер черепно-мозкових нервів. Симптомокомплекс мовленнєворухових розладів, що виникають в результаті одностороннього або двостороннього пошкодження ядер, корінців або периферичних відділів V, VII, IX, X, XI і XII пар черепно-мозкових нервів. Порущуються, як довільні, так і недовідні рухи.	Обумовлено гіпотрофією (в тяжких випадках – атрофією) артикуляційних м'язів: язик в'ялий, розпластаний, лежить на дні ротової порожнини, кінчик язика невиражений; рухи різко обмежені у всіх траєкторіях. Рухи нижньої щелепи також обмежені, через слабкість м'язів рот у дитини постійно напіввідкритий. Знижені/відсутні глотковий рефлекс, що призводить до проблем ковтання. Грубо порушується вимова всіх губних звуків за типом наближення їх до єдиного глухого щілинного губно-губного звука. Усі вибухові приголосні також наближаються до щілинних, а передньоязикові — до єдиного глухого звука Грубо порушується вимова як приголосних, так і голосних звуків, Також спостерігаються виражені порушення фонації - дзвінки приголосні оглушуються (в тяжких випадках – анартрії – голос взагалі відсутній), голос хриплий, швидко виснажується, слабкий. Порушення вимови супроводжуються підвищеною назалізацією. Темп мовлення уповільнений.
Екстрапірамідна дизартрія	Виникає внаслідок ураження підкоркових вузлів головного мозку Підвищення тону в м'язах голосового апарату та у дихальній мускулатурі виключає	Язик збирається у грудку, підтягується до кореня, різко напружується, Артикуляція голосних може порушуватися більше, ніж артикуляція приголосних звуків. Ізольована вимова звуків може бути нормо типовою, однак у мовленні за наявності гіперкінезів –

	довільне включення голосу, і дитина не може вимовити жодного звуку..	різко порушуватися (спотворюються, стають нечіткими). Гіперкінези у голосовій та дихальній мускулатурі призводять до насильницьких вигуків, стогіну. Порушення вимовної сторони мовлення визначаються тріадою симптомів: змінами м'язового тону у мовленнєвій мускулатурі, наявністю насильницьких рухів (гіперкінезів), дрижання у мовленнєвих м'язах (інтонаційний тремор), міоклонусів (ритмічне скорочення м'язу), атетозу (червоподібне скорочення м'язів); порушеннями пропріцептивної аферентації від мовленнєвої мускулатури;
Мозочкова дизартрія.	Виникає внаслідок пошкодження мозочка та його зв'язків з іншими відділами мозку. Особливістю мозочкової дизартрії є: часті порушення координації рухів, скандованість (лозунговість) мовлення.	Язик тонкий, розпластаний у порожнині рота, рухливість його обмежена, темп рухів уповільнений, спостерігаються труднощі утримання артикуляційних укладів і слабкість їхніх відчуттів. Рухи язика неточні, з проявами гіпер- або гіпометрії (надмірності або достатності обсягу руху). При більш тонких цілеспрямованих рухах відзначається дрібне тремтіння язика. М'яке піднебіння провисає, жування ослаблено, міміка млява. Виражена назалізація більшості звуків.
Коркова дизартрія Перший варіант кіркової дизартрії	Обумовлений пошкодженням пре моторних або пост центральних зон кори головного мозку, зумовлений одностороннім або частіше	Вибірковий центральний парез м'язів артикуляційного апарата (найбільше язика). Вибірковий корковий парез окремих м'язів язика призводить до обмеження обсягу найбільш тонких ізольованих рухів: руху кінчика язика нагору. При цьому варіанті

	<p>двостороннім пошкодженням нижнього відділу передньої центральної звивини.</p> <p>У легких випадках порушується темп і плавність цих рухів, що виявляється в повільній вимові передньоязикових звуків і складів.</p>	<p>переважно порушується вимова передньоязикових звуків, що утворюються при піднятому і злегка загнутому вгору кінчику язика (ш, ж, р).</p> <p>При важких формах дизартрії вони відсутні, при більш легких — замінюються іншими передньоязиковими приголосними, найбільше часто - дорсальними, при вимові яких передня частина спинки язика піднімається «гіркою» до піднебіння (с, з, с', з'; нижньоязикові т, д, н).</p>
<p>Другий варіант кіркової дизартрії виникає внаслідок недостатності кінестетичного праксису.</p>	<p>Спостерігається під час односторонніх пошкодженнях кори домінантної (як правило, лівої) півкулі мозку в нижніх постцентральному відділах кори. Спостерігається недостатність лицьового гнозису: дитина утруднюється в чіткій локалізації точечного дотику до певних ділянок обличчя.</p>	<p>Порушення артикуляції мають нестійкий, непостійний та неоднозначний характер. Пошук потрібного артикуляційного укладу в момент мовлення уповільнює його темп і порушує плавність. Страждає вимова приголосних звуків, особливо шиплячих і африкатів.</p> <p>Відзначаються труднощі відчуття і відтворення певних артикуляційних укладів.</p>
<p>Третій варіант кіркової дизартрії виникає внаслідок недостатності динамічного кінетичного праксису</p>	<p>Спричинений одностороннім пошкодженням кори домінантної півкулі в нижніх відділах премоторних зон кори.</p>	<p>Характерними є труднощі під час відтворення серії послідовних рухів за завданням (за показом або за словесною інструкцією).</p> <p>Значні труднощі вимови складних африкатів - вони можуть розпадатися на складові частини. Спостерігаються заміни щільних звуків на вибухові (з — д), пропуски звуків під час збігу приголосних, іноді з вибірковою оглушенням дзвінких вибухових приголосних.</p>

		При всіх варіантах кіркової дизартрії голос не порушується: він модульований, звучний, тембр без особливостей.
--	--	--

Додаток Б
Картка логопедичного обстеження

Дата обстеження		Критерії дослідження/ Опис показників діагностування				
1. Загальні відомості		ПІБ, дата народження Адреса Група, клас Наявність діагнозу, поставлений неврологом Рівень соматичного здоров'я, перенесення тяжких хвороб в ранньому дитинстві				
2. Мовленнєвий онтогенез		Час появи гуління Час появи лепету Час появи перших складів Час появи перших слів Час появи перших фраз				
3. Стан загальної та дрібної моторики		Коли дитина почала тримати голівку, перевертатися, повзати, ходити самостійно?				
Ходіння про прямій лінії	Біг по колу	Стрибки на одній нозі	Повзання та перевертання	Обведи кисть руки	Намалюй коло, квадрат, трикутник, пряму лінію	Розмалюй малюнок

<p>4. Стан артикуляційного апарату, артикуляційної моторики.</p>	<p>Губи: товсті, тонкі; щілина, шрами; Зуби: рідкі, криві, дрібні, позашелепною дугою, відсутність зубів щелепи; Прикус: прогнатія, прогенія, відкритий боковий, відкритий передній; Тверде піднебіння: високе, вузьке, готичне, плоске, скорочене, щілина, субмукозна щілина; М'яке піднебіння: скорочене, роздвоєне, відсутність маленького язичка; Язик: масивний, географічний, маленький, зі скороченою під'язиковою зв'язкою.</p>		
<p>Артикуляційна моторика</p>			
<p>Орган дослідження</p>	<p>Вправи обстеження</p>	<p>Потребує уваги та уточнень</p>	<p>Примітки</p>
<p>Стан мимічної мускулатури</p>	<p>Вправа 1 підняти брови вгору; Вправа 2 насупити брови; Вправа 3 примружити очі; Вправа 4 надути щоки; Вправа 5 втягти щоки.</p>	<p>Обсяг рухів (повний або неповний); на активність, загальмованість або розгальмування рухів; М'язовий тонус (нормальний, підвищений або знижений); Темп виконання рухів (нормальний, швидкий, повільний); Заміна одного руху іншим;</p>	
<p>Стан артикуляційної моторики</p>	<p>Вправи для обстеження рухливості губ дитинна розтягує губи в усмішці, витягає трубочкою; виконувати почогово губами: вправа "Усмішка" -</p>	<p>наявність чи відсутність рухів дитини; тонус (нормальний, млявий, напружений); темп рухів (нормальний, швидкий, повільний); переключення від одного руху до іншого; спосіб дитячих рухів (повільний, неповільний); точність виконання; тривалість (здатність тримати губи в</p>	

	<p>"Трубочка" (під рахунок): до 5 років - 3 рази; виконати логопедичну вправу "Хоботок", "Вареничок", "Пустушка" і т.і.</p>	<p>заданому положенні); заміни рухів; синкінезії.</p>
	<p>Вправи для обстеження рухливості язика широкий — вузький (під рахунок): 3 рази — до 5 років, 5 разів — до 7 років); вправи «Маятник» — «Гойдалки»; "Коник"; торкатися язиком по чергово правого та лівого кутиків рота - вправа "Тік-так"; "Грибочок"; "Голочка";</p>	<p>наявність чи відсутність рухів; тонус; темп дитячих рухів; переключення від одного руху до іншого; характер рухів дитини; точність виконання логопедичних вправ при обстеженні; зміни рухів; тривалість; синкінезії; наявність тремору, салівації, відхилення кінчика у роботі язика.</p>
	<p>Вправи для логопедичного обстеження м'якого та твердого піднебіння . покашляти з відкритим ротом (язик на нижній губі); вимовити звук — [а], коли рот широко відкритий;</p>	<p>Наявність післяопераційних щілин; носові поліпи, аденоїди; пухлини носової порожнини; викривлення носової перегородки; зрощення м'якого піднебіння з дужками, мигдалинами із задньою стінкою глотки; збільшення глоткової непарної мигдалини;</p>

	Вправи для логопедичного обстеження рухливості нижньої щелепи дитини:	Під час обстеження порухати нижньою щелепою вперед, праворуч, ліворуч; широко відкрити рот, закрити його; висунути нижню щелепу вперед, потім відтягнути її назад;
	Вправи для логопедичного обстеження під'язикової вуздечки дитини:	Доторкнутися кінчиком язика до краю верхньої губи; доторкнутися кінчиком язика до краю нижньої губи; старатись дотягнутися кінчиком язика до носа
5. Дослідження рухової пам'яті, переключення рухів і самоконтролю при виконанні рухових проб.	Вправа для рук: руки вперед, вгору, в сторони, перед грудьми, на пояс, вниз. Повторити за педагогом руху за винятком одного, заздалегідь обумовленого, «забороненого» руху.	<ul style="list-style-type: none"> • Якість • Правильність • Послідовність виконання рухів
6. Дослідження довільного гальмування рухів	Марширування і зупинка раптово по сигналу.	<ul style="list-style-type: none"> • Плавні і точні рухи обох рук; <p>Обидві руки одночасно починають рух, при роздільному їх русі.</p>
7. Дослідження статичної координації рухів.	Дитина стоїть з закритими очима, стопи ніг поставити на одній лінії так, щоб носок однієї ноги упирася в п'яту інший, руки витягнуті вперед. Час виконання -5 секунд, виконується по два рази для кожної ноги.	<ul style="list-style-type: none"> • Вільно утримує пози або з напругою • сильно розгойдується з боку в бік • балансує тулубом, руками, головою • сходить з місця або робить ривок в сторони

	<ul style="list-style-type: none"> • іноді падає, відкриває очі <p>відмовляється виконувати пробу</p>
<p>8. Дослідження динамічної координації рухів.</p>	<p>Виконати поспіль три плавних присідань. Пола п'ятами не торкатися, виконувати тільки на носках.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Виконує правильно • з напругою • розгойдуючись • балансує тулубом і руками • вкрай напружується <p>стає на всю ступню</p>
<p>9. Дослідження тривалості і сили видиху.</p>	<p>Зіграти на будь-якому духовому інструменті, піддувати пушинки, листок паперу і т. п.</p> <p>Тривалість видиху, укорочений видих (в залежності від віку випробуваного).</p>
<p>10. Висновок</p>	

Додаток Б

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, _____ Хом'як Юлія Михайлівна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

16.04.2021

(дата)



(підпис)

_____ Хом'як Юлія Михайлівна _____
(ім'я, прізвище)