

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**ФОРМУВАННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОГО ПРАКСИСУ У ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗВУКОВИМОВИ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

Виконала: студентка 2 курсу 291М групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
Освітньо-професійної (наукової)
програми Логопедія

Кондратенко Ірина Миколаївна

Керівник к.пед.н., доцентка Ільїна Н.В.
Рецензентка директорка Херсонського
закладу дошкільної освіти №10 санаторного
типу Херсонської міської ради
Романович О.М.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні засади вивчення стертої дизартрії.....	7
1.1. Мовленнєвий онтогенез дитини.....	7
1.2. Артикуляційна диспраксія.....	11
1.3. Аналіз проблеми стертої дизартрії у дітей.....	16
РОЗДІЛ 2. Корекційно-логопедична робота з дітьми із стертою формою дизартрії.....	26
2.1. Діагностика порушень артикуляційного праксису у дітей із стертою дизартрією.....	26
2.2. Методичні рекомендації з формування артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії	34
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	69
Додаток А. Методика обстеження артикуляційного праксису	69
Додаток Б. Протокол обстеження дитини 5 років.....	72
Додаток В. Стимульний матеріал для виконання коректурної проби....	74
Додаток Г. Критерії баловий оцінок параметрів загальної характеристики дитини.....	75
Додаток Д. Критерії баловий оцінок параметрів праксису.....	76
Додаток Е. Якісний аналіз результатів нейропсихологічного обстеження.....	78
Додаток Ж. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету.....	80

ВСТУП

Сучасному суспільству потрібні високоосвічені особистості, здатні самостійно вирішувати питання, які постають перед ними, творчо підходити до своєї роботи, брати активну участь у змінах, які відбуваються в суспільстві, вміти спілкуватися і враховувати думку інших. Без сумніву, це все можливо за умови, якщо людина якісно володіє своїм мовленням. Важливу роль в цьому відіграє дошкільна ланка освіти, оскільки саме дошкільний вік є сензитивним для розвитку мовлення дітей та закладання основ для формування всебічно розвиненої особистості.

Найважливіше завдання дошкільного освітнього закладу – дати вихованцям визначене коло міцних знань та умінь, які знадобляться у подальшому навчанні у школі. Для цього створюється таке освітнє середовище, в якому надається можливість реалізації індивідуальних запитів, інтересів, потреб дитини, її творчого потенціалу, розкриття і накопичення її особистісного досвіду, готує їх до життя у відповідності з соціальним запитом суспільства, а мовлення в цьому процесі є головним інструментом спілкування та передачі інформації, тому його порушення негативно впливає на соціальне становлення особистості та ставить під загрозу здійснення освітніх завдань. На сьогоднішній день, така проблема існує, оскільки, спостерігається тенденція щодо збільшення дітей з порушеннями мовлення.

В логопедичній практиці недоліки звуковимови спостерігаються у симптомокомплексі майже усіх мовленнєвих порушень. Одним із основних механізмів порушеної вимови звуків є артикуляційна диспраксія. Найяскравіше вона проявляється у дітей, які мають діагноз «дизартрія», зокрема стерту її форму.

У накових працях Г. Гутцмана, О. Правдіної, Л. Мелехової, О. Токаревої, І. Панченко, Р. Мартинової, В. Галущенко розглядаються

питання симптоматики дизартричних порушень мовлення, при яких виявляється «змазаність», «стертість» артикуляції.

У працях Є. Архипової, І. Кареліної, Р. Лалаєвої, Л. Лопатіної, Є. Макарової, Р. Н. Серебрякової, Е. Сизової, Є. Соботович, В. Тарасун підіймаються питання логопедичної роботи із стертою дизартрією. Але дослідження ефективності корекційної роботи через призму подолання артикуляційної диспраксії у науковій літературі представлені недостатньо.

Кваліфікаційну роботу виконано в межах теми науково-дослідної роботи кафедри спеціальної освіти педагогічного факультету Херсонського державного університету «Зміст і технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі». Тему магістерського дослідження затверджено на підставі рішення вченої ради Херсонського державного університету (протокол № 3 від 27 вересня 2021 року) наказом № 1009 -Д від 04.10.2021 року.

Мета нашого дослідження – виділення ефективних методів формування артикуляційного праксису у дітей із стертою дизартрією.

Об’єкт дослідження – вимовна сторона мовлення дітей дошкільного віку із стертою дизартрією.

Предмет дослідження – особливості артикуляційного праксису дітей дошкільного віку із стертою дизартрією

Для досягнення поставленої мети нами були сформульовані такі **завдання**:

1. З’ясувати рівень розробки досліджуваної проблеми в загальній і спеціальній літературі.
2. Дослідити науково-теоретичні засади вивчення стертої дизартрії.
3. Дослідити особливості артикуляційного праксису за допомогою нейропсихологічних методик вивчення вищих психічних функцій, а саме методик Ж. Глозмана, А. Потаніної та О. Соболевої.

4. Поєднати та адаптувати методики корекції дизартрії В. Кисельової та І. Смирнової з дітьми із стертою формою дизартрією, на їх основі сформулювати методичні рекомендації з.

Теоретичною основою дослідження є фундаментальні наукові теорії П. Анохіна, М. Жинкіна, О. Леонтьєва, О. Лурії про основні закономірності формування і розвитку функціональних систем, до яких відноситься і мовлення; концептуальні засади вітчизняної дитячої нейропсихології (Л. Виготський, О. Лурія, Є. Симерницька, Н. Корсакова, Ю. Мікадзе, Ж. Глозман), їх розвиток стосовно завдань нейропсихологического експериментального дослідження вищих психічних функцій в дитячому віці, теорія рівневої організації рухів М. Бернштейна.

Методи дослідження було обрано відповідно до специфіки об'єкта і предмета дослідження, а також мети і завдань дослідження: теоретичні: вивчення, аналіз, порівняння різних поглядів на досліджувану проблему; узагальнення й синтезування психолого-педагогічної, спеціальної і методичної літератури для з'ясування науково-теоретичних засад зазначеної проблеми; емпіричні: діагностичний експеримент; статистичні: кількісний та якісний аналіз і узагальнення експериментальних даних.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в тому, що уперше адаптовано нейропсихологічну методику для діагностики стертої форми дизартрії у дітей дошкільного віку; уперше адаптовано і поєднано в єдину систему логопедичної роботи методики корекції дизартрії В. Кисельової та І. Смирнової з метою корекції стертої форми дизартрії.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що його положення й висновки можуть бути використані логопедами та вчителями початкових класів у корекційній роботі стертої форми дизартрії у дошкільників.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданні кафедри спеціальної освіти ХДУ, методичному семінарі кафедри спеціальної освіти ХДУ та знайшли відображення у публікації «Нейропсихологічне дослідження в артикуляційного праксису при стертої дизартрії» у альманасі Херсонського державного університету «Магістерські студії».

Структура роботи. Дослідження складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (57 найменування), додатків, містить 3 рисунки. Загальний обсяг роботи становить 81 сторінку, з них основного тексту 63 сторінки.

РОЗДІЛ І

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТЕРТОЇ ДИЗАРТРІЇ

1.1. Мовленнєвий онтогенез дитини

Розвиток мовлення дитини починається від самого народження. Навички правильного мовлення дитина набуває в сім'ї. Мовленню необхідно вчити, перш за все, шляхом особистого прикладу (чіткість, правильність).

Мовлення – це один із найголовніших засобів пізнання світу. Мовлення не є вродженою здатністю, а розвивається в процесі онтогенезу паралельно з фізичним і розумовим розвитком дитини, а також показником її загального розвитку. Засвоєння дитиною рідної мови проходить зі суворої закономірністю і характеризується особливостями, які є спільними й однаковими для всіх дітей. Для того щоб зрозуміти патологію мовлення, необхідно чітко уявляти весь шлях послідовного мовленнєвого розвитку дітей в нормі, знати закономірності цього процесу та умови, від яких залежить його успішне протікання.

Дослідники виділяють різну кількість етапів у становленні мовлення дітей, по-різному їх називають, указують різні вікові межі кожного. Наприклад, О. Гвоздев простежує послідовність появи різних явищ в мовленні і на цій основі виділяє «ряд періодів: період різних частин мови; період словосполучень; період різних видів речень» [15].

Г.Л. Розенгард-Пупко виділяє в мовленнєвому розвитку всього два етапи: підготовчий (до 2 років) і етап самостійного оформлення мовлення.

О.М. Леонт'єв встановлює «чотири етапи у становленні мовлення у дітей:

1-й - підготовчий – до одного року;

2-й - переддошкільний етап первісного оволодіння – до 3 років;
3-й - дошкільний – до 7 років;
4-й - шкільний – від 7 до 17 років» [29].

Перший етап – підготовчий (з моменту народження до одного року). В цей час відбувається підготовка до оволодіння мовленням. З моменту народження в дитини з'являються голосові реакції: крик і плач. Вони ще відмінні від звуків людського мовлення. Однак, і крик, і плач сприяють розвитку точних, диференційованих та ціленаправлених рухів трьох відділів мовленнєвого апарату: дихального, голосового, артикуляційного.

Через 10-14 днів можна вже помітити, що дитина починає реагувати на голос дорослого – перестає плакати, прислухається, коли до неї звертаються. До кінця першого місяця її вже можна заспокоїти мелодійною піснею (колисковою).

З 5 міс. дитина чує звуки, бачить в оточуючих артикуляційні рухи «губ і намагається наслідувати. Багаторазове повторення якогось певного руху веде до закріплення рухової навички. З 6 міс. дитина шляхом наслідування вимовляє окремі склади (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па та інші)» [15]

В подальшому шляхом наслідування дитина переймає поступово всі елементи усного мовлення: «не тільки фонемі, а й тон, темп, ритм, мелодику і інтонацію.

У другому півріччі малюк сприймає певні звукосполучення і пов'язує їх з предметами або діями (тік-так, дай-дай, бух). Але в цей час він ще реагує на весь комплекс впливу: ситуацію, інтонацію і слова. Все це допомагає утворенню тимчасових зв'язків (запам'ятовування слів і реакція на них)» [15].

В цей час особливо важливе значення набувають умови, в яких формується мовлення дитини (правильне мовлення оточуючих,

наслідування дорослим та ін.) До кінця першого року життя з'являються перші слова.

Другий етап – «переддошкільний (від одного року до 3 років). З появою у дитини перших слів закінчується підготовчий етап і починається етап становлення активного мовлення. В цей час у дитини з'являється особлива увага до артикуляції оточуючих. Вона дуже багато і охоче повторює за мовцем і сама вимовляє слова. При цьому малюк плутає звуки, переставляє їх місцями, спотворює, опускає» [15].

З півтора року слово набуває «узагальнений характер. З'являється можливість розуміння словесного пояснення дорослого, засвоєння знань, накопичення нових слів. Протягом 2-го і 3-го років життя у дитини відбувається значне накопичення словника. Слід зазначити, що різні дослідники (як наші, вітчизняні, так і зарубіжні) наводять різні кількісні дані про зростання словника дітей» [15].

На початок 3-го року життя у дитини починає формуватися граматична будова мовлення. До 2 років діти практично оволодівають навичками вживання форм однини і множини іменників, часу та особи дієслів, використовують деякі відмінкові закінчення. В цей час розуміння мовлення дорослого значно перевершує вимовні можливості.

Третій етап – «дошкільний (від 3 до 7 років). На дошкільному етапі у більшості дітей ще відзначається неправильна звуковимова. Можна виявити дефекти вимови свистячих, шиплячих, сонорних звуків «р» і «л», рідше – дефекти пом'якшення, дзвінкості та йотації» [15].

Протягом цього періоду у дошкільника все більше розвивається навичка слухового контролю за власною вимовою, вміння виправляти її в деяких можливих випадках. Іншими словами, формується фонематичне сприйняття.

У цей період продовжується швидке збільшення словникового запасу. Паралельно з розвитком словника йде і розвиток граматичної будови мовлення. У дошкільний період діти оволодівають зв'язним

мовленням. Після трьох років відбувається значне ускладнення змісту мовлення дитини, збільшується її об'єм. Це веде до ускладнення структури речень. За визначенням О. Гвоздєва, до 3 років у дітей виявляються сформованими всі основні граматичні категорії. Діти 4-го року життя користуються в мовленні простими і складними реченнями. Найбільш поширена форма висловлювань в цьому віці – просте поширене речення» [15].

До 4 років в нормі діти повинні диференціювати всі звуки, тобто у нього має бути сформовано фонематичне сприйняття. До цього ж часу закінчується формування правильної звуковимови.

До 5 років життя діти відносно вільно користуються структурою складносурядних і складнопідрядних речень. В цей період значно поліпшується фонематичне сприйняття: спочатку дитина починає диференціювати голосні і приголосні звуки, далі – м'які і тверді приголосні і, нарешті, – сонорні, шиплячі та свистячі звуки.

Протягом дошкільного періоду поступово формується контекстне (абстрактна) мовлення. Воно з'являється спочатку під час переказу дитиною казок, оповідань, потім під час опису яких-небудь подій з його особистого досвіду, його власних переживань, вражень.

І, нарешті, «четвертий етап – шкільний (від 7 до 17 років). Головна особливість розвитку мовлення у дітей на даному етапі в порівнянні з попереднім – це її свідоме засвоєння» [15]. Діти опановують звуковий аналіз, засвоюють граматичні правила побудови висловлювань. Провідну роль починає відігравати новий вид мовлення – писемне.

Отже, в дитячому віці відбувається цілеспрямована перебудова мовлення дитини – від сприйняття і розрізнення звуків до усвідомленого використання всіх мовних засобів.

Нормотиповий мовленнєвий розвиток дитини дозволяє їй постійно засвоювати нові поняття, збільшувати запас знань і уявлень про

оточуючий світ. Таким чином, мовлення взаємопов'язане з розвитком мислення.

1.2. Артикуляційна диспраксія

Артикуляційну диспраксію правомірно виділяти як особливу форму парціального недорозвитку мовлення, оскільки вона має самостійні, відмінні від інших мовних розладів механізми, специфічну, властиву тільки їй симптоматику і характерний для неї тип динаміки протягом онтогенезу. Ми вважаємо правомірним розглядати артикуляційну диспраксію як самостійний розлад у тих випадках, коли у дітей порушено формування тільки звукової сторони мовлення. В інших випадках (коли порушені й інші мовні засоби) аналогічні звукові порушення позначаються як синдром. Вона займає особливе місце в ряду клінічних варіантів порушення вимовної сторони мови. Артикуляційною диспраксією вчені називають «стан виборчого порушення формування тільки вимовної сторони мови, основним механізмом якої є незрілість або аномальне формування артикуляційного праксису. При цьому елементарні форми моторних функцій артикуляційного апарату збережені (рухливість, м'язовий тонус, скорочувальні здібності)» [24]. Порушення звукової сторони мовлення носять виборчий характер і поширюються тільки на сегментарний її рівень, зачіпаючи лише консонантних його компоненти [24]. Найбільш частою причиною цього стану є раннє резидуально-органічне ураження головного мозку. Ймовірні і генетично обумовлені випадки. Це підтверджується як анамнестичними даними, так і результатами неврологічного обстеження.

У вітчизняній логопедичній літературі ця категорія розладів як самостійне явище мало вивчена і включається або в рамки дислалії, або

в коло дизартрії (Гриншпун Б. М., Гуровец Р. В., Маєвська С. В., Сизова Е. Я., Макарова О. К.,). Мабуть, єдиний виняток — робота В. І. Панченко, де автор, систематизуючи порушення звуковимови у дітей з дитячим церебральним паралічем, виділяє «фонетико-апраксічну форму» звукових розладів. Соботович Е. Ф. у роботі, присвяченій моторній алалії, виділяє такий симптомокомплекс, як артикуляційна апраксія, але не описує його. Е. М. Мастюкова описує аналогічний симптомокомплекс, іменованій нею «корковою дизартрією», і виділяє 3 його різновиди: з переважанням порушень артикуляції передньоязикових приголосних, з переважним порушенням шиплячих і африкатів, що супроводжуються активним пошуком артикуляційного укладу (автор пов'язує це з кінестетичною апраксією), з порушенням артикуляції африкатів і розщепленням їх, заміною щілинних звуків на проривні.

В англomовній літературі розлади даного типу отримали назву «артикуляційної диспраксії розвитку» (developmental articulatory dyspraxia, DAD, Морлі М.), вербальної або «мовною апраксією розвитку» (developmental apraxia of speech, DAS або developmental verbal apraxia, DVD, Yoss K., Darley F.). По суті, використання двох різних найменувань — «артикуляційна диспраксія розвитку» і «вербальна диспраксія розвитку» — дозволяло розвести дві різні клінічні підгрупи дітей. Така тенденція намічалася в деяких ранніх роботах (Морлі М.). У всіх подальших дослідженнях стали застосовувати останній з двох наведених термінів (Yoss K., Darley F, 1974, Shriberg L. D., Aram D. M., Kwiatkowski J.). Це об'єднало разом дві істотно різні клінічні категорії і збільшило поліморфізм і неоднорідність цієї групи. Критерії діагностики DAS в описі зазначених та інших авторів вельми невизначені і включають як артикуляційні порушення, так і ті, які відносяться до фонологічних явищ. Фахівці, які займалися цією проблемою, відзначають труднощі диференціації диспраксії розвитку і легких форм

дизартрії розвитку (Milloy N., Morgan-Barry L.). Крім того, у ряді випадків у дітей зустрічаються поєднання дизартрії і диспраксії (Морлі М., Milloy N., Morgan-Barry). З іншого боку, зазначені автори виділяють легкі форми диспраксії розвитку, позначаючи їх як «стан незрілого артикуляційного праксису» (immature articulatory praxis — IAP), які фактично змикаються з функціональною дислалією. Немає одностайності з питання про те, наскільки регулярно фонологічне недорозвинення при DAS супроводжуються лексичними і синтаксичними порушеннями (Aram D., Nation J., Panagos J., Bobkoff K.).

Дисфонетична артикуляційна диспраксія

Даний синдром найбільш простий за своїм складом. Він включає спотворення вимовних характеристик приголосних звуків. Частіше зустрічаються мономорфні варіанти синдрому, коли порушена вимова одного звуку або кількох звуків, близьких за такими артикуляційними характеристиками як місце і спосіб творення. Наприклад, сигматизм (міжзубний або бічний) може включати дефектну вимову С, Ш, З.

Найчастіше такі помилки носять поліморфний характер: дефектно вимовляється вся група фрикативних або навіть кількох фонетичних груп звуків. При цьому у дітей не виявлено грубих порушень рухливості органів артикуляції, немає відхилень у просодичних характеристиках мовлення. В ряді випадків такі порушення можуть супроводжуватися неповноцінністю фонематичного (фонетичного) сприйняття, що має, однак, факультативний характер. Феноменологічно подібний симптомокомплекс у логопедичній літературі позначається як «артикуляційно-фонетична дислалія», або як «кіркова дизартрія» (Логопедія, 1999), або як «стерта дизартрія» (Мелехова Л.В., 1964, Токарева О. А., 1969, Гуровець Р. В., Маєвська С. В., 1978, Сизова Е. Я., 1978, Лопатіна Л.В., 1986, 1996).

У дітей з даними видом артикуляційної диспраксії серед помилок різко переважають спотворення. Спотворенню піддаються виключно

приголосні пізнього онтогенезу. Спотворена вимова не залежало від фонолоідеологічного контексту і виявлялося як при повторенні ізольованих звуків, так і в потоці мовлення. Джерело спотворень — невірний спосіб (наприклад, проторне замість вібруючого Р) або місце утворення звуку (наприклад, задньоязиковий замість передньоязикового Р, губно-губний замість передньоязикового Л). Як правило, у дітей не існують проблем зі складовою структурою слів. Більшість з них не помічають дефектів власного мовлення, але виявляють їх, якщо їм давали прослухати аудіозапис власної мовленнєвої продукції. В неускладнених випадках у дітей зазначається гармонійний розвиток інтелектуальних функцій, що відповідає віковій нормі, відсутність лексико-граматичних порушень. Метамовленнєві навички формуються без істотних відхилень. З початком навчання в школі писемне мовлення засвоюється без особливих труднощів.

Дисфонологічна артикуляційна диспраксія

Помилки звуковимови у даній групі дітей носять поліморфний, але виборчий характер. Найчастіше це пропуски, заміни-спрощення, перекручування приголосних, пропуски і перестановки складів. Порушення сегментарного рівня зачіпають кілька фонетичних груп, але, як правило, це звуки пізнього онтогенезу (африкати Л і Р). Кількісно серед помилок переважають заміни, які мають стабільний характер. Серед звуків-замінників превалювали більш прості за артикуляцією (порівняно із замінюваним) звуки, засвоювані в онтогенезі раніше.

Іноді у цих же дітей зустрічаються спотворення звуків: міжзубний або бічний сигматизм, ротацізм з велярним Р, ламбдацізм з двогубним Л та інші аналогічні порушення. Досить часто спостерігаються пропуски приголосних у кластерах. Приблизно у 2/3 випадків дітей цієї підгрупи відзначаються не грубі і нечисленні порушення складової структури: пропуски складів, спрощення складової структури, перестановки.

Просодичні характеристики мовлення та вимова голосних звуків у дітей не порушені. Таким чином, типовими, що виступають на перший план, ознаками даного виду артикуляційної диспраксії є поєднання таких помилок, як заміни-спрощення (неадекватні для даного віку) і пропуски приголосних у кластерах. Ступінь тяжкості цього виду артикуляційної диспраксії вимірюється тим, наскільки ранні субститути використовуються в якості звуків-замінників. Незважаючи на зовнішню схожість з нормою більш молодшого віку, порушення даного типу є стійкими і спонтанно не компенсуються. Цей вид диспраксії можна зустріти у дітей із затримкою психічного розвитку і порушенням розумового розвитку, які не входили в наші групи. Даний синдром як окремий симптомокомплекс у логопедичній літературі вперше був виділений Корнєвим О. М. у 1992 році.

Динамічна артикуляційна диспраксія

Даний синдром як самостійний вперше описаний симптомокомплекс у 1992 р. Корнєвим О. М. у 1992 році. Центральне місце в ньому займають помилки відтворення складової структури слів. Діти з цим видом диспраксії значно довше однолітків використовують спрощені складові конструкції (ПГПГПГ, ПГПГПГ, ГППГ). При вимові багатоскладових слів у них виникають значні труднощі в переключенні зі складу на склад. Вони не можуть автоматизовано вимовляти багатоскладові слова, особливо зі збігом приголосних. У зв'язку з цим часто допускаються такі помилки: пропуски складів, перестановки складів. В якості компенсаторного прийому складні за складовою структурою слова, діти нерідко вимовляють скандовано, по складах. Під час таких грубих труднощах вторинно страждає інтонаційно-мелодійне оформлення висловлювань. Однак це відноситься тільки до артикуляційно складних висловлювань.

Динамічна артикуляційна диспраксія в чистому вигляді зустрічається рідко і характеризується різкою перевагою таких помилок: пропусками складів, пропусками приголосних, перестановками складів і одиничними помилками інших типів. У дітей відзначається нездатність вимовляти багатоскладові слова. Всі звуки вимовляють чисто, як ізольовано, так і в потоці мовлення. Багатоскладові слова зі збігом приголосних діти відтворюють з редукованою складовою структурою або скандовано, по складах. Незнайомі слова при цьому порушенні звичайно вимовляються гірше, ніж знайомі. У випадках з найбільш важкою диспраксією діти відчують труднощі навіть при повторенні окремих складів: ПЛА — /p-la/, КНИ — /k-ni/. Часто до таких помилок домішуються явища дисфонологічної диспраксії, хоча на перший план все-таки виступають труднощі швидкої і плавної вимови багатоскладових слів.

Зазначені порушення артикуляційного праксису О. Корнєв поклав в основу механізмів стертої дизартрії у дітей. Тому наступний пункт нашого дослідження присвячений характеристиці стертої дизартрії у дітей

1.3. Аналіз проблеми стертої дизартрії у дітей

Дизартрія – це «порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Це важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже всіх груп звуків, але і просодична сторона мовлення: голос, інтонація, темп, ритм» [52].

Дизартрії спостерігаються при захворюваннях центральної і периферійної нервової системи, що супроводжується ураженням різних органів артикуляційного апарату. Розлади дихання, асинхронні діафрагмальні скорочення також можуть спричинити виникнення

дизартрій. При ларингологічному обстеженні часто виявляється парез або параліч голосових зв'язок, що пояснює захриплість та інші розлади фонації. Парез м'якого піднебіння надає мовленню дитини носовий відтінок. Парези або паралічі м'язів, які іннервуються під'язичним або блукаючим нервами, викликають дизартричні розлади [1, с. 24].

Дизартрії найчастіше виникають при ураженнях мозкового стовбура, переважно продовгуватого мозку, підкоркових вузлів, мозочку та його зв'язків, білої рідини півкуль головного мозку, а також при пороках розвитку органів артикуляційного апарату. Найчастішою причиною виникнення дизартрій є дитячий церебральний параліч (ДЦП).

Загальноновживаною серед багатьох практиків-дефектологів є класифікація дизартрій за локалізаційним принципом. За цією класифікацією розрізняють псевдобульбарну, екстрапірамідну, мозочкові та кіркову форми дизартрій [1, с. 34].

Серед усіх форм найчастіше зустрічається псевдобульбарна дизартрія, яка «характеризується різними порушеннями м'язового тону. Ці порушення зумовлені ураженням черепно-мозкових нервів, що іннервують артикуляційну мускулатуру. Внаслідок ураження язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів у дітей виявляється псевдобульбарний синдром, що характеризується порушенням ковтання, дихання, голосоутворення, різкою обмеженістю рухомості органів артикуляційного апарату. Так, ураження X пари черепно-мозкових нервів виявляється млявістю м'якого піднебіння, слабкістю глоткового рефлексу, попирхування під час їжі. В разі ураження VII пари спостерігаються порушення іннервації губної мускулатури і паретичність (слабкість) колового м'яза рота» [2, с. 75].

У випадку псевдобульбарної дизартрії переважають «порушення м'язового тону за типом еластичності. Внаслідок такого порушення рухів (тобто напруженого стану всіх мовленнєвих органів)

спотворюється або неправильно формується вся звукова сторона мовлення: тверді проривні приголосні пом'якшуються, фрикативні – спотворюються, голос набуває здавленого відтінку, в ньому немає модуляції» [2, с. 76].

Крім порушень м'язового тону за типом еластичності у випадку псевдобульбарної дизартрії спостерігаються також «розлади м'язового тону за типом паретичності. Парез м'язів м'якого піднебіння виявляється в його млявому або в асиметричному скороченні, відхиленні маленького язичка від середньої лінії. Внаслідок цих проявів м'яке піднебіння під час мовлення не змикається взагалі або змикається не досить щільно із задньою стінкою гортані, і видихуване повітря проходить через рот і ніс» [2, с. 89].

Псевдобульбарна дизартрія може виявлятися різним ступенем:

- середня тяжкість або виражена псевдобульбарна дизартрія, за якої можлива рухливість окремих м'язових груп і деяка артикуляція звуків;

- легка або стерта дизартрія, за якої неврологічна симптоматика нечітко виражена, наявні парези окремих м'язових груп, що супроводжується нечітким звуковимовлянням, назалізацією, дисфонією, просодичними розладами, коротким і поверхневим диханням (В. Галущенко, Л. Лопатіна, Л. Мартинова, Є. Соботович, В. Тарасун, А. Гуровець, С. Маєвська та ін.).

Діагностика стертої дизартрії, як показує практика, пов'язана зі значними труднощами. З цією метою педагог має «володіти:

- даними анамнезу про пренатальний, натальний і постнатальний періоди життя дитини;
- результатами обстеження стану рухової і мовленнєворухової сфер дитини» [4, с. 67].

Кіркова дизартрія характеризується більш «ізольованими порушеннями іннервації м'язів артикуляційного апарату. В разі кіркової

дизартрії частими є порушення орального праксису у зв'язку з чим страждає, насамперед, вимова тих звуків, які пов'язані з найтоншими ізольованими рухами окремих м'язових груп язика. Темп і виразність мовлення за кіркової дизартрії зазвичай не страждають» [4, с. 78].

Для екстрапірамідної дизартрії характерні «порушення м'язового тону в артикуляційній, фонаційній і дихальній мускулатурі за типом дистонії (мінливого тону) або за типом ригідності (тонічних спазмів). Спостерігаються також розлади інтонаційно-виразної сторони мовлення, наявність гіперкінезів (найчастіше у м'язах язика). Мінливий характер м'язового тону, гіперкінези в артикуляційній та дихальній мускулатурі грубо спотворюють мовлення, часом роблять його малозрозумілим, іноді неможливим для розуміння. Екстрапірамідальна дизартрія спостерігається за гіперкінетичної форми ДЦП. При цьому гіперкінези (примусові рухи) різного ступеня і форми можуть виявлятися у м'язах обличчя, язика, шиї, плечового поясу, кінцівок, у м'язах артикуляційного апарату. Часто у цих дітей виявляють порушення слуху» [8, с. 34].

Мозочкова дизартрія характеризується «порушенням узгодження (координації) в роботі артикуляційної, дихальної та фонаційної мускулатур, що призводить до порушення синхронності артикуляції, дихання і фонації. Мовлення втрачає плавність звучання, стає скандованим (розірваним на склади, слова). Найчастіше ця форма дизартрії спостерігається за атонічно-астатичної форми ДЦП; порушення координації рухів, недорозвиненість реакції рівноваги» [52].

У предметі нашого дослідження прописала стерта форма дизартрії, тому їй характеристику.

Термін «стерта» дизартрія вперше був запропонований О. Токаревою. Вчена «характеризує прояви «стертої дизартрії» як легкі (стерті) прояви «псевдобульбарної дизартрії», які відрізняються особливими труднощами подолання» [55]. На її думку, звичайно ці діти більшість ізольованих звуків можуть вимовляти правильно, але у

мовленнєвому потоці слабо автоматизують їх та недостатньо диференціюють. Було відзначено, що рухи артикуляцій у цих дітей можуть порушуватися своєрідно: при обмеженні рухів язика і губ спостерігається неточність рухів та недостатність їх сили. Млявість і помилковість рухів характерні для одних випадків, а в інших — неточність рухів пояснюється гіперкінезами язика.

Пізніше М. Давидовою було запропоновано дещо змінене визначення стертої дизартрії: «порушення звуковимови, викликані виборчою неповноцінністю деяких моторних функцій мовленнєворухового апарату, а також слабкістю і млявістю артикуляційної мускулатури, можна віднести до легкої стертої псевдобульбарної дизартрії» [23, с. 3]. Вона відзначає, що в практиці логопедичних пунктів переважає легка, так звана стерта дизартрія. Недоліки вимови мають самий різний характер, та все ж основна ознака цього порушення — змазаність, розмитість, нечіткість артикуляції, які особливо різко проявляються в потоці мовлення.

Інше визначення подібного порушення мовлення запропоновано О. Корнєвим. Він визначає цей розлад як «виборчі, негрубі, але досить стійкі порушення звуковимови, які супроводжуються легкими, своєрідними порушеннями іннерваційної недостатності органів артикуляцій. При них немає тотальних поліморфних порушень звуковимови (як при дизартрії у дітей з ДЦП), немає виражених порушень тону і здатності скорочення м'язів артикуляції» [24]. О. Корнєв вважає, що ця категорія порушень вимовної сторони мовлення займає проміжне положення між дислалією і дизартрією. Вчений визначає, що термінологічне позначення даного мовленнєвого порушення не відображає клінічну і нозологічну самостійність даної групи. Для подібного типу порушення мовлення вченим запропонований термін «артикуляційна диспраксія» [13, с. 15]. Автор зауважує, що введення терміну «стерта дизартрія» призвело до значних розширень

меж дизартрії: до неї почали відноситися і багато чисельні вибіркові порушення окремих звуків, які раніше трактувалися як поліморфна дислалія.

В зарубіжній літературі (Б.Ж. Монделаєрс) для подібних порушень використовується поняття «мовленнєва або артикуляційна диспраксія розвитку», яке визначають як порушення контролю за мовленнєвими рухами. Монделаєрс при вивченні пропонує користуватися наступним визначенням цього мовленнєвого порушення: «Диспраксія — цей розлад мовлення нейрогенного походження, але на відміну від дизартрії цей розлад пов'язаний не тільки з руховими порушеннями» [23, с. 8].

У вітчизняній логопедії термін «артикуляційна диспраксія розвитку» використовується дуже рідко, його частіше застосовують для визначення механізмів деяких форм мовленнєвого недорозвинення, у тому числі й стертої дизартрії. Для опису вказаних порушень та їх позначення пропонують різні терміни: артикуляційна диспраксія, центральна органічна або ускладнена дислалія, апраксична дизартрія. І. Кареліною введена нова термінологія, де стерта дизартрія трактується як мінімальні дизартричні розлади — МДР.

Л. Лопатіна визначає стерту дизартрію, як мовленнєву патологію, що проявляється в розладах фонетичного і просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи, яка виникає унаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку. Результати обстеження дітей в дошкільних закладах показали, що в старших і підготовчих до школи групах від 40 до 60% дітей мають відхилення в мовленнєвому розвитку. Серед найпоширеніших порушень: дислалія, ринофонія, фонетико-фонематичне недорозвинення, стерта дизартрія. В групах для дітей із загальним недорозвиненням мовлення до 50% дітей, а в групах із фонетико-фонематичним недорозвиненням — до 35% дітей мають стерту дизартрію. Діти зі стертою дизартрією потребують

тривалої, систематичної індивідуальної логопедичної допомоги [23, с. 14].

Стерта форма дизартрії частіше всього діагностується після п'яти років. Всі діти, чия симптоматика відповідає стертій дизартрії, направляються на консультацію до невропатолога для уточнення або підтвердження діагнозу та Для призначення адекватного лікування, оскільки при стертій дизартрії методика корекційної роботи повинна бути комплексною та включати:

- медичну допомогу;
- психолого-педагогічну допомогу;
- логопедичну роботу.

Для раннього діагностування стертої дизартрії і правильної організації комплексної дії необхідно знати симптоми, які характеризують ці порушення. Обстеження дитини починається з бесіди із батьками і вивчення поліклінічної карти розвитку дитини. Аналіз анамнестичних відомостей показує, що наявні: відхилення у внутрішньоутробному розвитку (токсикоз, гіпертонія, нефропатія і ін.); асфіксія новонароджених; стрімкі або затяжні пологи. Із слів матері, «дитина закричала не відразу, дитину приносили годувати пізніше, ніж всіх». В перший рік життя багато таких дітей знаходилися під наглядом невролога, призначалося медикаментозне лікування і масаж. В діагнозі до року стояло ПЕП (перинатальна енцефалопатія). Розвиток дитини після одного року, як правило, в усіх випадках сприятливий, невропатолог більше не спостерігає цих дітей, і дитина вважається здоровою [2, с. 78].

Отже, серед неврологічної симптоматики вчені (О. Архіпова, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова та ін.) зазначаються поліморфні, непостійні мікросимптоми: моторний неспокій язика, асиметрія язика або носогубних складок, ціаноз кінчика язика, який спостерігається при тривалій підтримці певної пози, асиметрія сухожильних рефлексів. В

окремих випадках в клінічній картині наявна більш виражена пірамідна симптоматика, але подібні симптоми не є загальними для групи в цілому (Г. Гуровець, С. Маєвська, Л. Мелехова та ін.). Аналогічні неврологічні симптоми наявні у багатьох дітей з «мінімальною мозковою дисфункцією», із затримкою психічного розвитку. При цьому більша частина таких дітей не мають ні проявів дизартрії, ні іншої мовленнєвої патології. Перерахована неврологічна симптоматика вказує на вірогідність наявності у дитини церебрального пошкодження та навряд чи є вирішальним доводом на користь дизартрії.

Саме тому, деякі вчені (О. Мастюкова, Є. Соботович та ін.) визначають основним критерієм діагностики стертої дизартрії ні неврологічну симптоматику, а недоліки координації довільних оральних рухів (прояви оральної апраксії) [3, с. 178].

Вперше спроба класифікації форм стертої дизартрії була зроблена О. Вінарскою та О. Пулатовим на основі класифікації дизартрії, запропонованої О. Токаревою. Авторами виділена легка псевдобульбарна дизартрія і відзначено, що пірамідні спастичні паралічі у більшості дітей поєднуються з різноманітними гіперкінезами, які загострюються в процесі мовлення. На слух таке мовлення звучить невиразно і монотонно, нерідко воно характеризується підвищеною гучністю, сповільненістю і напруженістю. В даній класифікації на перший план виступає лише ступінь порушення, але не враховуються механізми і нозологія.

У дослідженнях Є. Соботович і А. Чернопольської вперше відзначено, що недоліки звукової сторони мовлення у дітей зі «стертою дизартрією» виявляються не тільки на фоні неврологічної симптоматики, але і на фоні порушення рухової сторони процесу звуковимови. Типологія розладів визначається не тільки в залежності від неврологічної симптоматики, рухових порушень, але і фонематичного та загального розвитку при різних формах дизартрії легкого ступеня.

«Залежно від проявів порушень рухової сторони процесу вимови і з урахуванням локалізації паретичних явищ органів артикуляційного апарату автори виявили чотири групи дітей та виділили наступні види стертої дизартрії:

—порушення звуковимови, викликані вибірковою неповноцінністю деяких моторних функцій мовленнєворухавого апарату (I група);

—слабкість, млявість артикуляційної мускулатури (II група). Ці дві групи відносяться до стертої форми псевдрубльбарної дизартрії.

—клінічні особливості порушень звуковимови, пов'язані з утрудненням у виконанні довільних рухових актів (III група). Відносять до кіркової дизартрії;

—дефекти звукової сторони мовлення, що наявні у дітей з різними формами моторної недостатності (IV група), віднесені до змішаних форм дизартрії» [55, с. 92].

Спроба класифікувати стерту дизартрію з позиції нейролінгвістичного і нейропсихологічного підходів була зроблена О. Корнєвим. Теоретичною основою даної класифікації була покладена теорія М. Бернштейна про рівневу організацію рухів та їх розвиток в онтогенезі.

Теорія організації рухів, яку розробив М. Бернштейн, включає субкортикальні та кортикальні рівні. Вчений відніс мовлення до вищого рівня організації рухів — кортикальному мовленнєворуховому рівню. Було доведено, що, оскільки людина виконує рухи, які розрізняються за ступенем довільності, за участю у руховому акті мовлення, то і ступінь управління цими рухами різний.

О. Корнєв, виділяє артикуляційну диспраксію, що визначається як стан вибіркового порушення формування тільки вимовної сторони мовлення, основним механізмом якого є незрілість або аномальне

формування артикуляційного праксису. Вчений, таким чином, розрізняє наступні клінічні підгрупи:

— дисфонетичну артикуляційну диспраксію, обумовлену дисфункцією I рівня організації праксиса;

— дисфонологічну артикуляційну диспраксію, обумовлену неповноцінністю дозрівання II рівня;

— вербальну диспраксію, обумовлену неповноцінністю вищого, III рівня організації праксиса мовлення [14, с. 43].

Підсумовуючи наведений вище матеріал, ми вважаємо за необхідне ще раз підкреслити, що описані симптомокомплекси за цілим рядом клінічних ознак відрізняються як від функціональних розладів, так і від загальноприйнятих в неврології класичних синдромів дизартрії. Матеріали спостережень видатних науковців-логопедів та дані літератури дозволяють припускати в цих випадках принципово інший церебральний механізм розладу. У зв'язку з цим Корнєв О.М. вважає не вдалим використання для подібних випадків термінів, які не точно відображають провідні механізми цих порушень. Це призводить до невиправданого розширення клінічних меж поняття «дизартрія». Використання близьких термінів «стерта дизартрія», «кіркова дизартрія» принципово нічого не змінює. Найбільш доречним і таким, що відображає провідний механізм цього розладу вчений вважає термін, дуже близький до того, який використовується в міжнародній практиці (developmental articulatory dyspraxia, DAD) — «синдром артикуляційної диспраксії» із зазначенням його клінічного варіанту (дисфонетичного, дисфонологічного, динамічного або змішаного).

РОЗДІЛ 2

КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ ІЗ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРІЇ

2.1. Діагностика порушень артикуляційного праксису у дітей із стертою дизартрією

Проблеми діагностики стертих форм дизартрії висвітлювалися у дослідженнях Л. Лопатіної, І. Панченко, М. Поваляєвої, Н. Серебрякової, Є. Соботович, О. Чернопольської та ін. З метою виявлення мінімальних проявів дизартрії використовують функціональні проби (М. Ейдінова, О. Мастюкова, О. Правдіна та ін.).

Враховуючи успішність застосування нейропсихологічних методів для діагностики труднощів у навчанні та належність різних форм праксису до вищих психічних функцій, вважаємо, що ці методи можуть бути продуктивні і в диференційній діагностиці стертої дизартрії. Адже нейропсихологічне дослідження дає можливість не тільки виявити недостатність тих чи інших компонентів мовленнєвої системи, але й наблизитися до розуміння якісної специфіки цієї недостатності і патологічних механізмів, які лежать в її основі.

З метою діагностики стертої форми дизартрії нами було проведене діагностичне обстеження дошкільників, які мають вади звуковимови, методами нейропсихологічної діагностики.

Під час складання змісту обстеження дітей ми враховували психолого-педагогічні особливості дітей дошкільного віку і проводили ретельний добір діагностичного матеріалу за такими критеріями:

- доступності (складності);
- знайомості;
- привабливості (наочності, цікавості, здатності привертати увагу).

Спираючись на дані фізіології дитячого організму тривалість занять не перевищувала 20 хвилин, після чого їй надавалася 10-хвилинна

перерва, під час якої організовувалась фізична активність дитини. Враховуючи обмеженість часу, обстежуючи дітей, ми намагалися вибрати найбільш інформативні та такі, що займають небагато часу методи, тобто забезпечити компактність методики.

Враховувати обмеження обсягу сприйняття і уваги першокласника, ми пред'являли кожному парі картинок окремо, прикриваючи аркушем паперу інші, інакше увага дитини могла зісковзнути. З цих же міркувань інструкцію при необхідності поділяли на підінструкції для обмеження обсягу акустичного сприйняття і компенсації недостатньої сформованості процесів мовленнєвої регуляції [25, с. 45].

Треба відзначити, що діти швидше включаються в процес обстеження і точніше відповідають на питання в умовах змагання, ніж при індивідуальному обстеженні за зачиненими дверима. Тому обстеження починали у формі групового тестування з елементами гри, змагання (наприклад, «Хто вгадає першим, що тут намальовано?»), а вже потім переходили до індивідуального обстеження, відпустивши інших дітей побігати. Це особливо важливо ще й тому, що серед дітей з вадами мовленнєвого розвитку є багато дітей, які не хочуть або бояться брати участь в експерименті, проведеному «чужими», але даний факт зовсім не означає, що вони не зможуть впоратися із завданням; швидше за все, тут можна говорити про специфічні особливості характеру дитини: сором'язливості, боязкості і т. д.

З такими малюками іноді обстеження ми починали та продовжили не за столом, а сидячи на килимі та поступово включаючи проби в процес спільної гри. Під час проведення обстеження ми враховували рекомендації Н. Пилаєвої щодо обстеження дітей 6 років, яка радить проводити дослідження дітей в мікрогрупі, починаючи виконання завдання з дитиною, яка більш готова до контакту, до якої поступово приєднуються менш контактні діти.

До констатувального етапу експериментального дослідження ми залучали дошкільників Херсонського ЗДО №10 санаторного типу Херсонської міської ради з порушеннями звуковимови, загальною кількістю 22 дитини. Дослідження тривало протягом жовтня – листопада 2020/2021 навчального року. Результати обстеження заносилися до протоколів

Основним завданнями експериментального дослідження було:

- виявлення загальної характеристики дитини;
- дослідження кінетичного та динамічного пальцевого праксису;
- дослідження орального праксису;
- дослідження артикуляційного праксису [27, с. 76].

Для реалізації поставлених завдань нами була адаптована методика нейропсихологічної діагностики у дошкільному віці Ж. Глозмана, А. Потаніної та О. Соболевої для диференційної діагностики стертої дизартрії.

Ми виключили з дослідження ті проби, які за даними інших нейропсихологів виявляються недоступними для дітей старшого дошкільного віку, які не відповідали завданням нашого дослідження, а також такі тести, які займали багато часу, що сприяло дотриманню вимоги компактності дослідження та відповідності віковим психофізіологічним особливостям. Методику та протокол обстеження дивись у додатках А і Б відповідно.

Артикуляційний праксис досліджувався за допомогою проби «Артикуляційний діадохокінез» (за К. Yoss, F. Darley) (швидкість повторення складів па-па-па ..., та-та-та -..., та-та-та - ..., і серії складів патака-натакой-патака- ...). Результати оцінювалися в балах (додаток Д). Для кількісної оцінки ступеня вираженості порушень звуковимови дітям пропонувалося повторити скоромовки двох типів. Три з них оцінювали парадигматичні операції (вибір і вимову звуків) і були насичені

артикуляторно складними звуками: африкатами, фрикативними, сонорними. У більшості з них систематично чергувалися свистячі, щиплячі та [Л]-[Р]. У двох скоромовках оцінювалися синтагматичні операції (відтворення ряду складів і звуків, автоматизованість перемикання в ряду). У них було чимало складних слів зі збігом приголосних. У скоромовках першого типу кількісно, в балах оцінювалися помилки у вигляді замін і змішувань звуків. У скоромовках другого типу – пропуски і перестановки складів і, звуків.

Кількісний аналіз проводився шляхом підрахунку середнього арифметичного балів за кожним напрямком нейропсихологічного дослідження. Відповідно до середнього балу визначався рівень виконання даного блоку завдань: від 0 до 0,5 балів – високий рівень, від 1 до 1,5 – достатній рівень, від 2 до 2,5 – середній рівень та від 2,5 включно до 3 – низький рівень. Під час аналізу враховувався якісний аналіз результат дослідження, який фіксувався у відповідній таблиці (дивись додаток Е).

Перший блок завдань, який був спрямований на з'ясування загальної характеристики і був додатковим критерієм відбору дітей до експерименту. До експериментальної групи увійшли ті діти, які виконали перший блок завдань відповідно до високого та достатнього рівня. Діти у бесіді не тільки правильно називали свій вік, адресу (вулицю або назву зупинки громадського транспорту), в яку школу вони ходять, але і майже всі знають пору року та місяць.

У коректурній пробі (додаток В) більшість дітей знаходили за хвилину від 9 до 12 фігур, відповідних поданому зразку, допустивши при цьому 1-2 помилки (закреслення схожою фігурою).

Під час дослідження рухової сфери виявилося, що виконання проб на праксис доступно 4 (40% від 10 дітей) дітям з поліморфною дислалією на високому рівні, 3 (30% від 10 дітей) дітям на достатньому рівні, одній дитині на середньому рівні (10%) і двом (20%) на низькому рівні. Діти з

підозрою на діагноз «стерта дизартрія» виявили гірші результати: відповідно високому рівню жодна дитина не виконала запропоновані проби, 1 дитина виконала проби на достатньому рівні (11% від 9 дітей), 5 дитини виконали на середньому рівні (55%) та 3 дитини на низькому рівні (33%).

Результати оформлені у вигляді діаграми.

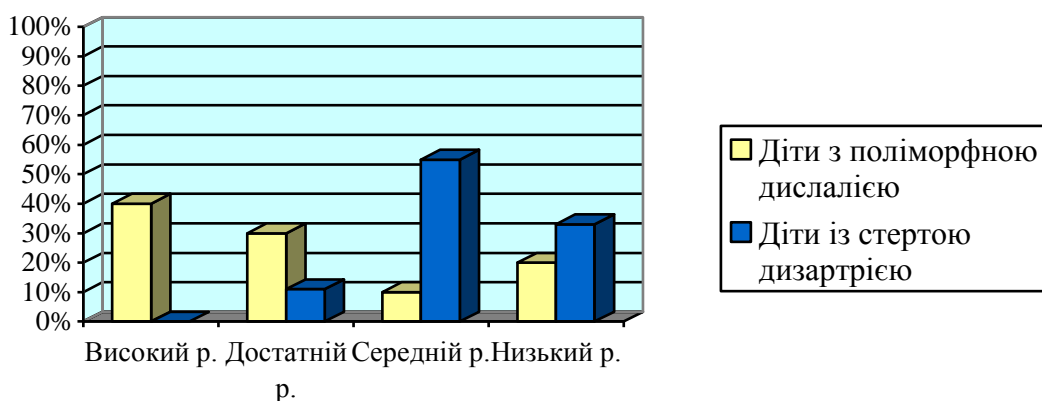


Рис. 2.1. Кількісні показники виконання завдань з дослідження кінетичного та динамічного пальцевого праксису.

Значні труднощі викликало у першокласників виконання проб на динамічний праксис, помилки спостерігалися в обох руках. Труднощі при виконанні проб тільки в лівій руці зустрічалися приблизно рівномірно у всіх групах.

Проба на реципрокну координацію зазначила несформованість міжпівкулевої взаємодії, що підтверджується результатами Н. Манеліс. Діти із дислалією пробу виконували з одиничними збоями. Діти із стертою дизартрією допомагали собі розведенням рук у просторі та синкінетичними рухами інших частин тіла. За даними А. Семенович, проба на реципрокну координацію рук повністю автоматизується тільки до 8 років, але порівняння якості виконання цієї проби вже має діагностичні показники у віці 5 років [24, с. 178].

Проби на просторовий праксис виявилися майже недоступними для дітей із стертою дизартрією та двох дітей із поліморфною дислалією.

Недоступні першокласникам, однак у чотирьох дітей з цієї групи виявилися елементарні можливості відтворення координатних елементів малюнка при збереженні метричних помилок.

Діти із дислалією були здатні виконати більш складний варіант проби на динамічний праксис («долоню-кулак-ребро», «кулак-долоню-ребро»), діти із стертою дизартрією потребували додаткової допомоги для засвоєння послідовності рухів через значно уповільнений темп і додаткове пред'явлення і організацію уваги дитини. Помітна також була у цієї групи чітка тенденція до стереотипії.

Графічна проба на динамічний праксис виконувалася більшістю дітей з поліморфною дислалією з одиничними персевераціями і дизметрій, на відміну від дітей із стертою дизартрією. Майже всі діти правильно скопіюювали все 4 фігури: коло, квадрат ромб і трикутник [33, с. 78].

Таким чином, діти із стертою дизартрією продемонстрували якісне та кількісне відставання в формуванні кінетичного та динамічного праксису від дітей із поліморфною дислалією.

Під час дослідження орального праксису виявилось, що виконання проб доступно 4 (40% від 10 дітей) дітям з поліморфною дислалією на високому рівні, 4 (40% від 10 дітей) дітям на достатньому рівні одній дитині на середньому рівні (10%) та одній (10%) на низькому рівні. Діти з діагнозом «стерта дизартрія» виявили гірші результати: відповідно високому рівню жодна дитина не виконала запропоновані проби, 1 дитина виконала проби на достатньому рівні (11% від 9 дітей), 5 дитини виконали на середньому рівні (55%) та 3 дитини на низькому рівні (33%).

Результати дослідження орального праксису оформлені у вигляді діаграми.

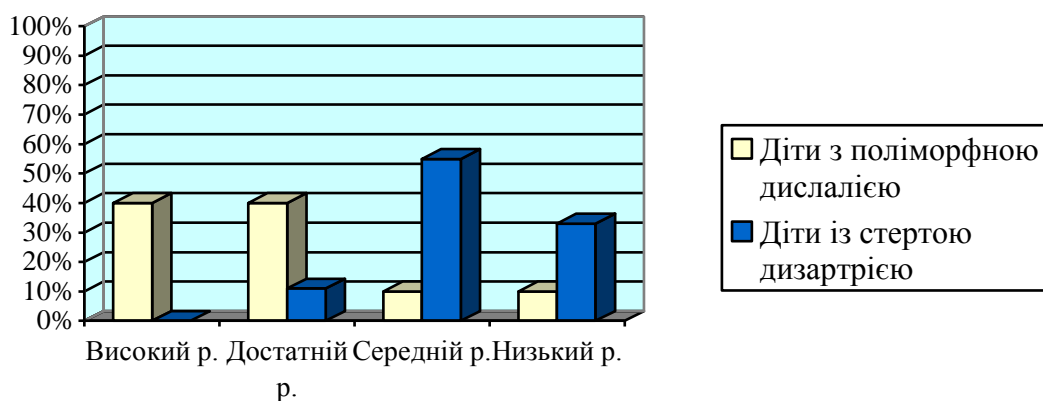


Рис. 2.2. Кількісні показники виконання завдань з дослідження орального праксису.

При обстеженні у дітей із стертою дизартрією виявлена неповна сформованість орального праксису: пошук, помилки з неповною корекцією.

Під час дослідження артикуляційного праксису виявилося, що виконання проб на праксис доступно 3 (30% від 10 дітей) дітям з поліморфною дислалією на високому рівні, 4 (40% від 10 дітей) дітям на достатньому рівні одній дитині на середньому рівні (10%) і двом (20%) на низькому рівні. Діти з діагнозом «стерта дизартрія» виявили гірші результати: відповідно високому рівню жодна дитина не виконала запропоновані проби, 1 дитина виконала проби на достатньому рівні (11% від 9 дітей), 4 дитини виконали на середньому рівні (44%) та 4 дитини на низькому рівні (44%).

Результати дослідження артикуляційного праксису оформлені у вигляді діаграми.

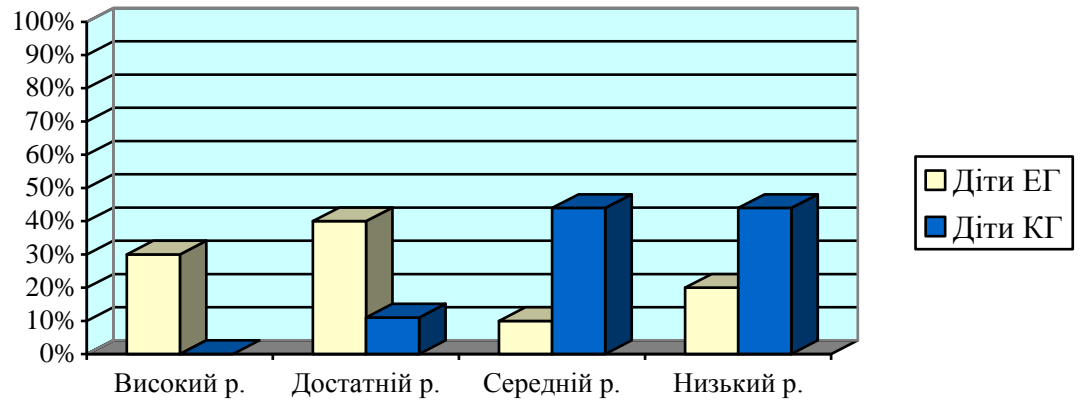


Рис. 2.3. Кількісні показники виконання завдань з дослідження артикуляційного праксису.

З 4 проб на артикуляційний праксис найбільш інформативним було завдання на повторення серії складів ПА-ТА-КА. Відмінності спостерігалися і як парадигматичними відношеннями так і за синтагматичними в групах з дислалією та в групах із стертою дизартрією. У дітей з останньої групи спостерігалась значно більша кількість помилок. Загальна кількість помило у дітей із дислалією дорівнювала 38 (середній показник – 3,8 помилки на дитину), а у дітей із стертою дизартрією – 154 (середній показник – 17 помилок на дитину). Основна кількість помилок стосувалася порушення складового складу слова.

Таким чином, наведені експериментальні дані підтверджують зв'язок показників вимови приголосних пізнього онтогенезу, диференційованості в вимові парних приголосних і складової структури з станом артикуляційного, орального та пальцевого праксису. Отже, особливості зазначених видів праксису, з'ясовані шляхом проведення нейропсихологічної діагностики, можна використовувати в якості диференційних критеріїв для діагностики стертої форми дизартрії.

2.2. Методичні рекомендації з формування артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії

Метою корекційно-розвивальної і відновлювальної допомоги є адаптація дитини з дизартричними порушеннями до навколишнього середовища з метою покращення якості її життя. При цьому відповідні методи логопедичної роботи спрямовуються на активізацію збережених функціональних систем, залучення компенсаторних механізмів для їхньої реалізації, сприяння саморозвитку та саморегуляції особистості дитини. Оскільки діти з дизартріями мають органічне ураження нервової системи, то в роботі з ними значна увага надається застосуванню методів поведінкової і тілесно-орієнтованої психотерапії. Метою цих методів є позитивна модифікація поведінки і почуттів дитини, яка здійснюється під керівництвом логопеда за участю членів родини з використанням сучасних теорій навчання.

Відновлювальна робота з дітьми з дизартричними порушеннями відрізняється від логопедичної роботи, спрямованої на подолання таких видів порушень звукової системи, як дислалія і ринологія. Метою логопедичної роботи в разі дизартрії є корекція всієї звукової системи мовлення: звуковимовляння, звукосприйняття, дикції, голосу, темпу і ритму мовлення, мовленнєвого дихання, розвитку лексико-граматичної будови. Проте при цьому, насамперед, особливого значення надається формуванню членороздільності усного мовлення дитини.

В результаті вивчення науково-методичної літератури та аналізу результатів констатувального дослідження, нами було прийняте рішення об'єднати та адаптувати загальноприйняті методики В. Кисельової (збільшення за часом та змістом підготовчу роботу) та І. Смирнової (безпосередньо корекція звуковимови), з метою складання методичних рекомендацій щодо подолання порушень артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії.

Отже, у підготовчий етап ми вважаємо за необхідним включити всі напрями корекції, які пропонує В. Кисельова у такій формі:

- I. Формування рухової сфери.
- II. Постановка та розвиток навичок правильного дихання.
- III. Розвиток сили, висоти голосу та інтонації (просодична сторона мовлення).
- IV. Вправи, для розвитку міміки та артикуляції.
- V. Розвиток зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень.
- VI. Розвиток фонематичного сприйняття, аналізу та синтезу.

У формуванні рухової сфери ми виокремили 4 блоки:

1. Розвиток тактильних відчуттів і кінестетичних компонентів рухового акту. У цьому блоці дітям пропонуємо прийоми самомасажу рук. Проводили ми його кожного дня, 2 рази на день.

Після цього, пропонуємо виконувати такий комплекс вправ:

- «Пунктири». Подушечки чотирьох пальців правої руки встановлені біля початку пальців лівої руки з тильної сторони долонь. Рухами назад-вперед («пунктирами») зміщуємо шкіру, поступово просуваючись до променезапястного суглобу. Потім на іншій руці.

- «Пила». Ліва рука (кисть і передпліччя) лежить на столі долонею догори. Ребром правої долоні імітуємо рух пили по всій поверхні лівої долоні в напрямку вгору-вниз.

- «Праска». Правою рукою погладжуємо, розтираємо, розминаємо ліву. Те ж для іншої руки.

- «Каток». Стиснутими в кулак пальцями правої руки рухаємо вгору-вниз по лівій долоні, розминаючи її. Те ж для іншої руки.

- «Буравчик». Фалангами стиснутих в кулак пальців правої руки робимо рухи за типом «буравчика» на лівій долоні. Те ж для іншої руки.

- «Краб». Пальці розставлені. Згинаємо вказівний і середній пальці правої руки і фалангами пощипуємо пальці лівої. Те ж для іншої руки.

- «Зігриємо долоньки». Сильно потираємо руки.
- «Спіральки». Кожен палець лівої руки по черзі, починаючи з мізинця, кладеться на чотири пальці правої руки. Великим пальцем правої руки робимо спіралеподібний рух по пальцю лівої руки знизу вгору, від початку до подушечки. Те ж для іншої руки.

Після виконання самомасажу, треба переходити до виконання наступних вправ:

1. «Гаряче—холодно». Дитина повинна на дотик порівняти і визначити ступінь нагріву предметів (грілка — лід — м'яка іграшка — металева ложка...).

2. «Знайди, з чого зроблено». Дитина спочатку обмацує 3-5 іграшок з різною фактурою поверхні, потім шматочки матеріалів, з яких зроблені іграшки. Необхідно співвіднести іграшку на дотик і матеріал, з якого вона зроблена.

3. «Басейн для пальчиків». У велику коробку з бортиками висотою 7-8 см насипати горох (квасоля, гречану крупу, рис) і помістити кілька предметів, різних за формою і величиною, знайомих дитині. Він повинен опустити кисті рук у «басейн», знайти предмети, обмацати їх і назвати.

4. «Чарівний мішечок». Дитина повинна на дотик вгадати, що знаходиться в мішечку:

- а) побутові предмети (олівець, монета, кільце...);
- б) дрібні іграшки;
- в) геометричні фігури, речі особливої величини і фактури (наждачний папір, оксамитовий папір, щільна фольга);
- г) літери та цифри, різні за розміром і фактурою (для дітей, знайомих з ними).

2. *Розвиток кінетичного компоненту рухового акту.* Рухи виконувати за прикладом, спочатку однією, потім іншою рукою і двома руками одночасно.

1. Катання м'яча (тенісного м'ячика) по похилій площині долонею.

2. Стискання гумових іграшок, наповненою водою (з заданим напрямком повітряного або водного струменя).
3. Ударяти по повітряній кулі, підвішаної до стелі (кулаком, долонею, вказівним пальцем).
4. «Веселі малярі». Лікті спираються на стіл, пальці витягнуті і щільно притиснуті один до одного, виконуються рухи кистями за напрямком вгору-вниз.
5. «Боягузливий зайчик». Лікті спираються на стіл, вказівний і середній пальці витягнуті та роздвинуті, решта щільно притиснуті до долоні, виконуються рухи кистями за напрямком вгору-вниз.
6. «Курочка п'є воду». Лікті спираються на стіл, всі пальці витягнуті і зібрані в «дзьобик», виконуються рухи кистями за напрямком вгору-вниз.
7. «Гусак». Лікті спираються на стіл, великий і вказівний пальці витягнуті та щільно притиснуті один до одного, інші притиснуті до долоні, виконуються рухи кистями за напрямком вгору-вниз.
8. «Півник». Лікті спираються на стіл, великий і вказівний пальці утворюють «дзьобик», інші покладені на вказівний палець, виконуються рухи кистями за напрямком вгору-вниз.
9. «Погладимо кошеня». Лікті спираються на стіл, пальці витягнуті і щільно притиснуті один до одного, виконуються рухи кистями за напрямком вліво-вправо.
10. «Коза бодатая». Лікті спираються на стіл, вказівний палець і мізинець витягнуті, розсунуті, решта щільно притиснуті до долоні, виконуються рухи кистями за напрямком вліво-вправо.
10. «Прапорець». Лікті спираються на стіл, пальці щільно притиснуті до долоні, крім великого пальця, який відкопирив і спрямований вгору, виконуються рухи кистями за напрямком вліво-вправо.

12. «Добре— погано». Лікті спираються на стіл, пальці щільно притиснуті до долоні, крім великого пальця, який відкопирив і спрямований вгору — «добре», потім вниз — «погано».

13. «Оси». Лікті спираються на стіл, вказівний палець витягнутий, решта щільно притиснуті до долоні, виконуються рухи кистями по колу.

Виконання наступних завдань спрямовано на рух пальцями рук. Вправи виконувалися за зразком і виконуються однією рукою, іншою рукою, а потім двома руками одночасно:

1.«Жук». Лікті спираються на стіл, вказівний палець витягнутий, інші пальці щільно притиснуті до долоні, рухи виробляються вказівним пальцем по колу — жук летить. Аналогічно вправа проводиться з іншими пальцями.

2. «Змія». Лікті спираються на стіл, вказівний палець витягнутий, інші пальці щільно притиснуті до долоні, рухи виконуються вказівним пальцем, імітуючи руху змії. Аналогічно вправа проводиться з іншими пальцями.

3. «Зайчик». Лікті спираються на стіл, вказівний і середній пальці витягнуті, спрямовані вгору, інші пальці щільно притиснуті до долоні, рухи виконуються витягнутими пальцями — зайчик вушками ворухить.

4. «Коза». Лікті спираються на стіл, вказівний палець і мізинець витягнуті, спрямовані вперед від себе, інші пальці щільно притиснуті до долоні, рухи виконуються витягнутими пальцями — коза буцається.

5. «Козлик». Лікті спираються на стіл, великий палець і мізинець витягнуті, спрямовані вперед від себе, інші пальці щільно притиснуті до долоні, рухи виконуються витягнутими пальцями — козлик буцається.

6. «Кішка». Лікті спираються на стіл, вказівний палець і мізинець витягнуті, злегка зігнуті, середній і безіменний пальці щільно притиснуті до долоні великим, рухи виконуються витягнутими пальцями — вушка ворухаться.

7. «Бочонок». Лікті спираються на стіл, пальці, крім великого, щільно притиснуті один до одного і змикаються з долонею, рухи виконуються великим пальцем — бочонок відкривається — закривається.

8. «Квітка». Лікті спираються на стіл, пальці щільно притиснуті один до одного, долоня спрямована вгору, пальці поволі розкриваються.

9. «Жаба». Лікті спираються на стіл, вказівний палець і мізинець зігнуті, відтягнуті назад, середній і безіменний пальці щільно притиснуті до долоні, великий палець прикладений до них горизонтально. Рухи виробляються вказівним пальцем і мізинцем — жаба спить — прокинулася.

10. «Крокодил». Лікті спираються на стіл, вказівний палець і мізинець зігнуті, відтягнуті, тому середній і безіменний пальці витягнуті вперед, великий палець притискається до них знизу. Рухи виробляються витягнутими пальцями — крокодил «їсть».

11. «Равлик». Покласти руки на стіл, підняти вказівний і середній пальці, решта щільно притиснуті до столу. Підняті пальці рухаються — равлик ворушить ріжками.

12. «Сова». Лікті спираються на стіл, вказівний, середній і безіменний пальці зігнуті так, щоб подушечки були притиснуті до основи пальців, великий палець і мізинець відстовбурчені в сторони. Ними виробляються рухи — сова літає.

Також, користим буде також використання таких додаткових вправ як: перебирання круп, гудзиків, намистинок тощо; шнурівку; роботу з пластиліном, глиною, ножицями; оригамі.

Далі, доречним, вважаємо, використання вправ, які виконуються двома руками разом:

1. «Кухлик». Обидві долоні з'єднані ребрами на столі, кінчики пальців лівої і правої рук дотикаються, великі пальці притиснуті до вказівним пальцями.

2. «Пароплав». Обидві долоні з'єднані ребрами на столі, кінчики пальців лівої і правої рук дотикаються, великі пальці відстовбурчені вгору — труба пароплава.

3. «Гніздо з яйцями». Обидві руки з'єднані в тому ж положенні, що і в попередній вправі, але великі пальці опущені всередину.

4. «Дах будинку». Лікті спираються на стіл, долоні спрямовані вгору, пальці обох рук щільно притиснуті і стикаються подушечками, кисті максимально розсунуті.

5. «Шпаківня». Лікті спираються на стіл, долоні спрямовані вгору, пальці обох рук трохи зігнуті і стикаються подушечками, великі пальці зігнуті всередину долонь.

6. «Окуляри». Лікті спираються на стіл, пальці обох рук зібрані в кільце і з'єднані.

7. «Ворота». Лікті спираються на стіл, долоні спрямовані вгору, подушечки середнього та безіменного пальців обох рук з'єднані, вказівні пальці і мізинець випрямлені, великі пальці щільно притиснуті до вказівних.

8. «Місток». Лікті спираються на стіл, середній, безіменний пальці і мізинець обох рук щільно притиснуті і з'єднуються горизонтально подушечками, вказівні пальці витягнуті вгору, великі пальці притиснуті до них.

9. «Коріння». Лікті спираються на стіл, долоні притиснуті тильною стороною, пальці опущені вниз.

10. «Млин». Лікті спираються на стіл, долоні спрямовані вгору, пальці обох рук витягнуті і переплетені. Рухи виконують витягнутими пальцями, не розчіплюючи їх — млин працює.

11. «Кошик». Долоні спрямовані до себе, пальці обох рук переплетені всередину долонь, великі пальці замкнуті в кільце.

12. «Дзвіночок». Лікті спираються на стіл, долоні спрямовані вгору, пальці обох рук переплетені, середній палець правої руки опущений вниз — язичок дзвоника.

3. *Динамічна координація рухів.* Рухи виконуються однією рукою, іншою рукою, а потім двома руками одночасно:

1. «Кулачок». Рука лежить на столі тильною стороною. По черзі стискаємо пальці в кулачок, починаючи з великого, і разжимаємо, починаючи з мізинця.

2. «Здрастуй, пальчик». Лікті спираються на стіл, всі пальці по черзі торкаються до великого подушечками — вітаються.

3. «Чоловічок бігає». Вказівний і середній пальці випрямлені, інші притиснути до долоні великим пальцем. Випрямлені пальці пересуваються по столу.

4. «Бінокль». Лікті спираються на стіл, долоні підняті вгору, великі пальці з'єднані горизонтально. Інші пальці, починаючи з вказівного по черзі приставляємо до великих (рухи рук можуть бути як одночасні, так і послідовні) до утворення «бінокля».

5. «Ведмедик клишоногий». Всі пальці, окрім середнього, стоять на столі, середній зігнутий і піднятий вгору — голова ведмедя. Виконують руху по черзі великим і вказівним пальцями — безіменним і мізинцем, імітуючи ходу ведмедя.

6. «Гра на роялі». Долоні лежать на столі в позі піаніста (пальці злегка зігнуті). Поперемінно постукують першим — другим, першим — п'ятим пальцями.

7. «Краб». Долоні спрямовані вниз, пальці переплетені всередину, великі пальці спрямовані до себе. «Краб» рухається по столу вліво-вправо шляхом по чергово переставляючи великий палець правої руки — решти пальців правої руки — великого пальця лівої руки — інших пальців лівої руки.

4. *Розвиток реципрочної координації рухів рук:*

1. «Стілець». Лікті спираються на стіл. Ліва долоня піднята вертикально вгору, пальці щільно стиснуті. Права рука зігнута в кулак і приставлена до нижньої частини долоні лівої руки, потім положення рук змінюється.

2. «Стіл». Ліва рука, зігнута в кулак, ребром стоїть на столі. Права рука випрямлена, накриває зверху ліворуч. Потім положення рук змінюється.

3. «Покажчик». Лікоть лівої руки спирається на стіл, долоня повернена до себе, пальці складені в кулак, великий палець відставлений убік. Права рука випрямлена, долонею вниз, пальці щільно притиснуті. Пальці правої руки торкаються в горизонтальному положенні до основи мізинця лівої руки. Потім положення рук змінюється.

4. «Пташенята». Ліва рука лежить на столі долонею догори, пальці притиснуті і випрямлені вгору. Правою рукою обхоплюємо пальці лівої. Потім положення рук змінюється.

5. «Хованки». Лікті спираються на стіл, долоні притиснуті тильною стороною. Ліва рука зігнута в кулак і знаходиться позаду правої (ховається), долоня правої руки випрямлена. Потім положення рук змінюється.

6. Малювання. Одночасно однією рукою малюють круги, іншою — квадрати.

7. Імітація гри на роялі, гітарі, балалайці, скрипці і т. д.

Дихання – фізіологічна основа мовлення. Крім того, правильне дихання сприяє загальному оздоровленню і є однією з складових довільної саморегуляції.

У постановці та розвитку навичок правильного дихання ми виокремили теж 4 блоки:

1. *Розвиток чотирьохфазного діафрагмального дихання.*

Навчання правильному змішано-діафрагмальному диханню треба проводити поетапно:

- дихальні фази містять рівну кількість секунд — від 3 до 7.

- 1-я фаза — вдих носом, розслаблені м'язи живота, живіт повільно «надувається», висуваючи діафрагму вниз, повітря наповнює легені, розширюючи грудну клітку.

- 2-я фаза — затримка дихання (пауза).

- 3-я фаза — видих ротом, живіт поволі втягується, піднімаючи діафрагму, міжреберні м'язи розслаблюються, опускаючи ребра, грудина і ключиці опускаються.

- 4-я фаза — затримка дихання (пауза).

Відпрацювання чотирифазного дихання проводили в положенні лежачи на спині. Дитина укладається на рівну поверхню, одна його рука кладеться на діафрагму, інша на груди. Зверху логопед ставить свої руки. Під час видиху натискаємо руками на діафрагму, потім на грудну клітку, а під час вдиху руки «відпускають» спочатку діафрагму, потім грудну клітку. Надалі логопед тільки контролював правильність дихання з допомогою своїх рук. Необхідно стежити за тим, щоб плечі і ключиці не перебували в напрузі. У тому випадку, якщо у дитини дихання верхньо-грудне або ключичное, логопед займав положення за головою дитини, притримуючи колінами його плечі. Дихання виконують під рахунок, починаючи з 3-х. Поступово довжина фаз збільшується до 7 секунд.

2. *Розвиток носового і ротового дихання.* Після того як навичка змішано-діафрагмального дихання закріплена у положенні лежачи, потім сидячи, рекомендуємо проводити вправи (за чотирьохфазною схемою):

- Вдих і видих через ніс.

- Вдих і видих через рот.

- Вдих через рот — видих через ніс.
- Вдих і видих через ліву ніздрю, потім через праву поперемінно.
- Вдих через одну половину носа, видих через іншу.
- Вдих через ніс, подовжений видих через ніс з посиленням в кінці
- Вдих через ніс, видих через щільно стислі губи.
- Вдих через ніс, видих через рот поштовхами рівними порціями.
- Вдих через ніс, видих через рот поштовхами двома нерівними порціями.

3. *Поєднання дихання з рухами.* Вправи виконуються в положенні сидячи на колінах:

- «Лялька». На вдиху руки піднімаються вгору, на видиху опускаються перед собою, голова опускається до колін, спина згинається. На вдиху руки розводяться в сторони, на видиху дитина обхоплює себе руками, голова опускається, спина згинається.

- Розвести руки в сторони, щільно стиснути кулаки, великі пальці відстовбурчені і дивляться вгору. На вдиху великі пальці відводяться назад, на видиху — вперед.

- Вдих поперемінно правою — лівою ніздрею. На вдиху правою ніздрею ліву закриває подушечка мізинця лівої руки. На вдиху лівою ніздрею праву закриває подушечка великого пальця правої руки.

4. *Закріплення навички дихання в русі.* Вправи виконуються в положенні стоячи, спина пряма:

- «Сонцепоклонники». Ноги на ширині плечей, руки складені будиночком на рівні грудей. На вдиху руки і голова піднімаються вгору, на видиху — нахил, руки впираються долонями в підлогу.

- «Лялька-1». В. п. те ж. Вдих— руки піднімаються вгору. Видих — розслаблені руки і верхня частина тіла опускаються вниз, вліво, вправо.

- «Дроворуб». В. п. те ж. Вдих — руки піднімаються вгору, пальці схрещені. Видих — напружені руки і верхня частина тіла різко опускаються вниз.

- «Млин». В. п. те ж. Одна рука піднята вгору, інша опущена вниз. На вдиху і видиху руки змінюють положення.

- «Насос». Руки опущені, долоні звернені вгору. На вдиху руки притягаються до грудей. На видиху руки опускаються долонями вниз.

- «Яйце». На вдиху руки плавно розводяться в сторони і вгору, долоні звернені один до одного. На видиху опускається вниз, тильною стороною один до одного.

- «Арлекін». Руки в ліктьових суглобах розсунуті в сторони паралельно підлозі, передпліччя і кисті розслаблені. На вдиху рух передпліч та кистей назад, на видиху через щільно стислі губи — вперед.

- «Черепаха». На вдиху витягуємо шию вперед. На видиху (крізь щільно стиснуті губи) — повертаємо на місце.

- «Потягушки». Руки стиснуті в кулаки великими пальцями всередину і притиснуті до низу живота. На вдиху кулаки, ковзаючи по тулубу, піднімаються над плечима, лікті злегка зігнуті; прогинаємося в спині назад, закидаємо голову; тягнемось вгору, розпрямляючи руки і піднімаючись на носки. На видосі опускаємося вниз, дістаємо пальцями до підлоги.

- «Свічка». Вдих. Починаємо повільно, рівно видихати повітря (полум'я свічки не коливається), видих стає інтенсивніше (прагнемо загасити свічку), сильний різкий видих (свічка погасла).

- «Росток». Ноги разом. На вдиху розслаблені руки повільно піднімаємо вгору, розтягуючи все тіло (п'яти не відриваються від підлоги), на видиху повільно опускаємо руки, сгинаємося в поясі.

Для розвитку мовленнєвого дихання ми використали наступні вправи:

- «Левеня гріється». Вдих. М'яким довгим видихом (беззвучно вимовляючи склад «ха») гріємо послідовно: долоні, лікті, плечі, груди, живіт, коліна, стопи, «хвіст». Вправа сприяє розігріванню голосових зв'язок і завжди передує мовленнєвим вправам.

- «Надокучливий комар». Руки витягнути перед грудьми долонями один до одного. Вдих — руки розвести в бік. Видих — дуже повільно («щоб не злякати комара») з'єднуємо руки, одночасно вимовляючи звук [з]-[з]-[з], потім слідує різкий хлопок долонями.

- «Морж». Долоні рук лежать на діафрагмі, плечі розправлені. Вдих. На одному видосі вимовляємо 5-10 звуків [ф], потім чергуємо звуки [ф], [в]. Під час вимови кожного звуку допомагаємо собі, притискаючи діафрагму.

- «Пушинка». Вдих. На одному видосі вимовляємо 3-7 складів «фу». Під час вимови кожного складу допомагаємо собі, притискаючи діафрагму.

- «Лялька-2». Вправа аналогічно дихального (Блок 3). Під час видиху вимовляється безперервний тривалий звук [м].

- «Бамбук». Ноги на ширині плечей, тулуб зігнуто і розслаблено. Вдих. На видиху повільно випрямляємо хребет, уявляючи, що кожен хребець — це ланка молодого бамбука. Одночасно переривчасто вимовляємо звук [м], як би посилаючи його в кожен хребець-ланка.

- «Коріння». Вдих. На видиху після полузевка тягнемо звук [а], уявляючи, що наші ноги перетворюються на коріння дерев і разом зі звуком йдуть у землю.

- «Гумовий круг». Вдих. На видиху вимовляємо звук [о], уявляючи себе колом, яке здувається (спочатку голосно, потім все тихіше і тихіше).

- «Ліхтар». Вдих. На видиху тягнемо звук [йа], уявляючи, що в грудях знаходиться стовп світла, який виривається назовні разом зі звуком.

- «Антенa». Вдих. На видиху вимовляємо звук [i], уявляючи себе довгою, тонкою, спрямованою вгору антенною.

- «Різнобарвний водограй». Вимовляємо 3-5 звуків [a], [o], [ja], [e], [i], уявляючи себе різнобарвним фонтаном води, який пробивається назовні.

- «Хто більше?». Вправа спрямована на збільшення довжини видиху. Вдих. На видосі вимовляються ланцюжки голосних звуків (далі відкриті склади з цими ж звуками): а, ав, ав, ае, аи, аоу, аое, аои, аоуе, аоуи, аоуеи; про, оа, ов, ое, ои, тау, оае, оаи, оауе, оауи, оауеи; у, уа, уо, уе, уи, уао, уае, уаи, уае, уаои, уаоеи; е, еа, ев, еу, еи, еао, еау, еаи, еаоу, еаои, еаоуи; и, иа, ио, иу, ие, иао, иау, иае, иаоу, иаое, иаоуе.

У розвитку сили, висоти голосу та інтонації ми виокремили 2 блоки:

1. *Розвиток сили голосу.* Всі вправи виконуються з дотриманням правильної техніки дихання:

- збільшення сили голосу («а», «о», «у», «е», «и») \аааааааа.
- збільшення сили голосу (парні приголосні): ффффвввв.
- зменшення сили голосу («а», «о», «у», «е», «и») \а а а а а а.
- зменшення сили голосу (парні приголосні): ззззсссс.
- «Вибоїни»: УУУУУУУУУУУУУУУУ,ооооооОООООООооо.
- «Вигук». Вимовляємо тихіше — голосніше: «аі — аі — аі», «ой — ой — ой», «ей — ей — ей».

- «Імітації». Наслідуюмо гарчання собаки ([р]), гудок пароплава ([у]), завивання вітру ([в]), дзижчання бджоли ([ж]), писк комара ([з]), насос([з]) і т. д., вимовляючи звуки тихіше або голосніше, залежно від віддалення об'єкта.

2. *Розвиток діапазону голосу.* Всі вправи виконуються з дотриманням правильної техніки дихання:

- «Імітації». Наслідування голосу дорослих тварин та їх дитинчат.

- «Маляр». Імітуємо рух маляра, який фарбує паркан, одночасно з рухами руки вниз-вгору знижується і підвищується голос.

- «Поверхи». Вибираємо однокладне слово з трьох звуків (бом, будинок, ...). Логопед вимовляє його максимально низько, потім пропонує дитині вимовити його трохи вище, потім сам вимовляє ще вище і т. д.

- «Казки». Розігруємо казки за ролями («Три ведмедя», «Маша і ведмідь» та ін).

На етапі мимічних та артикуляційних вправ ми виділили 3 блоки:

1. Мимічні вправи. Перед виконанням вправ проводиться масаж (самомасаж) особи. Теплими 2, 3, 4-м пальцями, складеними разом, погладити особа в напрямках: від основи шиї до підборіддя, починаючи з середньої частини шиї, від середини підборіддя до мочок вух, від куточків губ до козелкам вух, від носа до скронь, від середини лоба до скронь. Потім в цих же напрямках проводилися розминання, пощипування, поплескування. Закінчувався масаж легкими поплескуваннями подушечками чотирьох пальців.

Потім виконуються мимічні вправи такі як: нахмурювання чола, брів, заплющити обидва ока, одне, підморгнути, надути щоки, переміщати повітря з однієї щоки в іншу та ін.

2. Зняття спастичності і зменшення салівації. Комплекс вправ для зняття спастичності і зменшення салівації рекомендуємо використовувати такий:

- масаж м'якого піднебіння — погладжуючи і розминають руху пальцем по середній лінії твердого і м'якого неба від верхніх різців до Uvula для отримання вираженого глоткового рефлексу;

- прикладання шматочків льоду по контуру губ (6 точок) Тривалість утримування льоду в кожній точці від 5 секунд до 1 хвилини;

- полоскання порожнини рота з використанням лікарських трав: настою шипшини, кори дуба, деревію (попередньо необхідно впевнитись у відсутності у дитини алергії);

- полоскання горла поетапно: мінеральною водою, рідким киселем, кефіром, густим киселем.

- закинувши голову, імітувати полоскальні руху.

- закинувши голову, імітувати жувальні руху.

- закинувши голову, позевувать.

- покласти на кінчик язика хлібну кульку (подрібнені вітаміни, накапати з піпетки 1-2 краплі сиропу), із зусиллям зробити ковтальний рух.

- промовляння голосних а, е, і на твердій атаці: а а а; е е е; і і і; ае ае ае; еа еа еа; аі аі аі; ей ей ей; аеи аеи аеи.

- масаж по точкам. Вказівними пальцями робимо кругові рухи по точках протягом 5 хвилин за годинниковою стрілкою (2,5 хвилини — з відкритим ротом, 2,5 хвилини — з закритим) і 5 хвилин проти годинникової стрілки (аналогічно).

3. *Артикуляційна гімнастика для нижньої щелепи* (опускання, піднімання, відведення вперед), губ («хоботок», «улибка», «трубочка»), язика («лопаточка», «чашечка»).

Піпкоряючись принципу сисемності в корекційно-логопедній роботі окрім формування артикуляційного праксису, вважаємо важливим якісно виконувати інші напрями корекційної роботи з подолання порушень звуковимови, а саме: розвиток зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень.

Роботу з розвитку зорового сприйняття, аналізу та синтезу проводити у такій послідовності:

- розрізнення предметів за формою;

- розрізнення предметів за цвіту;

- пізнавання, порівняння реальних зображень предметів;
- синтез реальних зображень предметів (розрізні картинки, пазли, «заплатки»);
- впізнавання схематичних, силуетних, пунктирних і контурних зображень;
- впізнавання і виправлення недомальовани зображень, правильно розташованих у просторі;
- вгадування предметів з окремих деталей;
- впізнавання і виправлення недомальованих зображень, розташованих у просторі під кутом в 45, 90, 135 градусів;
- впізнавання зашумлених зображень;
- впізнавання накладених зображень;
- впізнавання «химер» (подвійних зображень).
- аналіз зображень (схожість — відмінність).
- «Лабіринти».

Роботу над розвитком просторових уявлень, рекомендуємо здійснювати за такими етапами:

- збагачення уявлень про зовнішні простір, визначення просторових напрямків по відношенню до себе, визначення орієнтації предметів по відношенню один до одного, конструювання, просторова орієнтація на аркуші паперу, вербальна маркування простору. Робота з уточнення просторових уявлень; тільки після оволодіння одним етапом можна переходити до наступного;
- освоєння фізичного простору — найбільш онтогенетично рання система орієнтації, тому формування просторових уявлень ми почали саме з цього етапу роботи. Дитина має насамперед усвідомити власне тіло, знати частини тіла і їх взаємне розташування, засвоїти, що взаєморозташування частин тіла незмінно.

З цією метою, нами було використано наступні вправи: назви і покажи верхні, а потім нижні частини тіла, спочатку стоячи біля

дзеркала, потім по пам'яті; назви, що вище (нижче) усього, спочатку стоячи біля дзеркала, потім по пам'яті; покажи і назви, які дії можна вчиняти верхніми частинами тіла (повороти, нахили голови, махи руками, обертання тулуба і т. д.); покажи і назви, які дії можна виконувати нижніми частинами тіла (присідання, махи ногами, обертання стегнами і т. д.); назви і покажи частини тіла, які перебувають у тебе спереду (ззаду), спочатку стоячи біля дзеркала, потім по пам'яті.

У роботі над розвитком фонематичного сприйняття, аналізу та синтезу ми виокремили такі розділи:

1. Сприйняття і розрізнення немовних звуків (розвиток слухової уваги). Використовували наступні вправи:

- «Про що говорить будинок?». Пропонуємо дитині послухати і визначити, які звуки доносяться з коридору, кухні, іншої кімнати.

- «Послухай, про що говорить вулиця». Пропонуємо послухати і визначити, які звуки доносяться з вулиці. Здійснюємо зоровий контроль.

- «Дізнайся шум». Визначення на слух побутових шумів, реально вироблених та (або) запису: дзвінок телефону, звук води, що ллється (капання води, шарудіння паперу і т. д.).

- «Звуки природи». Прослуховуємо разом з дитиною запис голосів тварин і птахів, звучання шуму дощу, граду, капели, морського прибою, річки і т. д. Співвідносимо звуки з картинками.

- «Вгадай». Логопед розставляє на столі кілька предметів (стакан з ложкою, коробка з кнопками і т. д.) і пропонує дитині послухати і запам'ятати, який звук видає кожен предмет. Потім прибирає предмети за ширму і пропонує дитині відгадати, що звучить.

- «Де шумить?». Визначення на слух напрямки звуку, джерело якого розташований праворуч — ліворуч — ззаду — спереду (використовуються іграшки, які розмовляють, музичні інструменти).

- «Піжмурки з брязкальцем». Спочатку демонструється, які звуки видає брязкальце. Потім дитині зав'язують очі і просять зловити, провідного за звуком, брязкальця.

- «Дзвіночок». Діти передають за спиною один одного дзвіночок. Ведучий повинен відгадати, за чиєю спиною дзвенів дзвоник.

- «Хованки». Дитина виходить з кімнати, логопед ховає голосно цокаючий будильник. Після повернення дитина повинна прислухатися і визначити, в якому він місці захований.

Для розвитку почуття ритму, ми використовували такі вправи:

- «Зроби, як я». Вправа проводиться з опорою на зоровий аналізатор, потім просимо дитину закрити очі. Відстукуємо по столу ритми, історичні малюнки, просимо повторити їх: I — II, II — I, I — III, III — I, II — III, III — II. Ускладнені малюнки: I - II - III, II - I - III, I - III - II, III - I - II, II — III — I, II — III — II і т. д. Малюнки відтворюються однією, або іншою рукою, ударами ногами.

- «Кішка і кошеня». Пропонується послухати і порахувати (відтворити) кількість повторюваних ударів: 2 удари (II) — кошеня, 3 удари (III) — кішка.

Простий варіант: II — II — II або III — III — III — III.

- «Складні ритми». Пояснюємо, що удари когут проводитися голосно (акцентовано) і тихо. Пропонуємо послухати серії складних ритмів і порахувати (відтворити): I — III — II, III — II — I, II — II — III і т. д.

2. Під час розвитку сприйняття та диференціація звуків мови ми використовували наступні вправи:

- «Хто говорить?». На магнітофон записані голоси близьких і незнайомих дитині людей, які вимовляють короткий віршований уривок, а також самої дитини. Просимо впізнати голос.

- «Це питання?». Вимовляємо короткі фрази з різною інтонацією (оклична, питальна, розповідальна), просимо дитину відповісти на

запитання, якщо воно задане: «Тут стілець. Там стіл? Це мишко!» і т. д. Потім можна запропонувати дитині помінятися ролями.

З метою диференціації фонем, близьких за акустико-артикуляційним ознаками, наприклад, [р] – [л], використали вправи:

- Дитині були пред'явленні короткі слова: лак — рак; лама — рама. Уточнюємо, позначають слова однакові предмети, однаково вони звучать. Показуємо картинки, з тим щоб дитина упевнилася, що слова мають різне значення. Порівнюємо слова за звуковим складом, з'ясовуємо, що вони відрізняються лише звуками [р], [л].

- Розрізнення опозиційних звуків з опорою на тактильний і зоровий аналізатори. Схема: звук [р] — дзвіночок, звук [л] — пароплав (за артикуляції). Дивлячись у дзеркало, вимовляємо звук [р], детально розбираємо артикуляцію, співвідносимо з схемою: язичок тремтить так само, як язичок дзвоника. Дивлячись у дзеркало, вимовляємо звук [л], детально розбираємо артикуляцію, співвідносимо з схемою: губи посміхаються — хвилі, язичок схожий на пароплав, звук [л] схожий на гудок пароплава. Просимо почергово вимовляти звуки [р], [л], вказуючи одночасно на схему.

- Розрізнення опозиційних звуків у складах. Вимовляємо спочатку закриті, потім відкриті склади зі звуками [р], [л], вказуючи на схеми звуків.

- Розрізнення опозиційних звуків у словах: розкласти картинки у два стовпчики під схемами (звук [р], звук [л]) з обов'язковим аналізом слів за місцем розташування звуків [р], [л];

- Розрізнення опозиційних звуків у реченнях: додати потрібне слово в пропозицію. Називаю два слова: ріжки, ложки. Треба вставити їх у речення: У козлика маленькі... На столі лежать чайні...

На етапі розвитку навичок елементарного звукового аналізу і синтезу, ми працювали за двома блоками і використовували наступні вправ:

1. Розвиток навичок елементарного звукового синтезу:

- Синтез односкладових слів з 3 звуків: вол, бак, сук, сом і т. д.
- Синтез слів з 4 звуків (один склад) зі збігом приголосних: храм, гном, сорт, ворс і т. д.
- Синтез слів з 4 звуків без збігу приголосних (два відкритих склади): гори, кури, хмара і т. д.
- Синтез слів з 2 складів із збігом приголосних: кроти, клуби, соска, кірка, майка і т. д.
- Синтез слів з 3 відкритих складів: барани, бум ага і т. д.

2. Розвиток звукоскладового аналізу з використанням «Звукового будиночку», фішок, схем:

- Виділення першого наголошеного і ненаголошеного голосного звуку, знаходження загального звуку в словах.
- Виділення останнього приголосного звуку в словах.
- Виділення першого приголосного звуку в словах з поєднанням приголосних.
- Виділення останнього голосного звуку в словах (наголошений та ненаголошений голосний).
- Визначення 2, 3, 4-го ... звуку в словах.
- Визначення кількості звуків у словах.
- Вистукування ритмічного малюнку слів (по складам).
- Визначення кількості складів у словах.
- Порівняння за звуковим складом слів, що відрізняються одним звуком, складом.

Тільки після виконання даної роботи, ми перейшли до етапу постановки звуків у дітей із дизартрією. Відповідно до методики, запропонованої І.А. Смирноюю, під час постановки звуку [з] необхідно насамперед відпрацювати продування плавного повітряного струменя по середній лінії язика в передні відділи артикуляційного апарату. Після проведення звичайних дихальних вправ ми пропонуємо поставити

долоню під підборіддя і подути на неї — на долоні виникає відчуття холодного повітряної струменя.

Далі до повітряної струмені приєднується голос — виникає звук, схожий зі звуками [y], [y].

Наступним моментом є створення відчуття голосодихального струменя на кінчику язика. Для цього ми пропонуємо покласти кінчик язика на нижню губу таким чином, щоб він рівно закривав її. У цьому положенні ставимо долоню під підборіддя і подаємо голосодихальний струмінь. На долоні і кінчику язика відчувається проходження холодного повітряного струменя, при цьому, чується звук, близький до [y].

Після того як дитина впевнено виконає дану вправу, їй пропонується вишкірити зуби і покласти кінчик язика між різцями, так, щоб край рівно лежав на нижніх різцях, а верхні різці легко торкалися язика, але не притискали його. У такому положенні подається голосодихальний струмінь і чується звук, схожий на [z].

Далі відпрацювали відчуття легкого дотику кінчика язика, так як в подальшому буде потрібно, щоб язик без напруги торкався внутрішньої поверхні нижніх різців. Для цього ми просимо дитину висунути кінчик язика і щекочем його кульковим зондом. Запитали в дитини, чи відчув він лоскотання. Потім запропонували провести кілька бічних рухів язиком із дотиком нижніх різців до відчуття лоскоту.

Після того як дитина навчиться легко торкатися кінчиком язика нижніх різців, їй пропонується знову вимовити звук на оскалі в міжзубному положенні, а потім — виконати те ж саме, але з легкими бічними рухами широкого кінчика язика. Далі, з такими ж бічними рухами, потрібно прибрати кінчик язика за нижні різці. Під час цієї вправи у дитини повинно зберігатися відчуття лоскотання кінчика язика, а голосодихальний струмінь повинен подаватися безперервно. При

цьому, отриманий міжзубний прообраз звуку [з] повинен отримати правильне звучання.

До отриманого правильного звучання ми привертаємо увагу дитини і пропонуємо самотійно його відтворити, вже орієнтуючись на власний слух. При необхідності повторюємо процес постановки з міжзубному положенні.

Під час такої постановки звуку, зазвичай, звук [з] коригується спонтанно по мірі автоматизації звуку [з]. При необхідності звук [з] ставиться за наведеною вище схемою постановки звуку [з] без включення голосу.

[з'] ставиться у поєднанні і-ззз-дів, [з'] — у сполученні і-ссс-дів.

Звук [ц] також зазвичай коригується спонтанно після автоматизації [з] і формування фонематичних уявлень. Якщо потрібна спеціальна постановка, то використовується поєднання а-т-с або аналогічне поєднання з іншим голосним. Це поєднання потрібно вимовляти з прискоренням.

Для постановки звуку [ж] необхідно спочатку відпрацювати продування повітряного струменя через середину распластанного язика, потім покласти розпластаний кінчик язика на верхню губу так, щоб він рівно закривав її, і подути. На кінчику носа повинно виникнути відчуття теплого повітряного струменя. Якщо дитина не може покласти язик на верхню губу, потрібно виконати вправи на присмокування язика до верхньої губи. Можна притримувати язик на верхній губі з допомогою нижньої губи, піднімаючи її пальцем. (В логопедії висловлюється думка про те, що така підтримка являє собою синкінезію, з якою треба боротися. Але синкінезії є мимовільними рухами, супутніми основного руху; в даному випадку підключення нижньої губи здійснюється довільно, а отже, ці рухи не можна вважати синкінезією).

Далі до подачі повітряного струменя на кінчик носа приєднується голос, і чується звук, схожий на [у].

Коли засвоєна попередня позиція, то потрібно під час подачі голосодихального струменя повільно прибирати язик за верхні зуби на оскалі до отримання звуку [ж].

Одна з поширених в логопедичної практиці помилок — постановка губ у вигляді рупора при артикуляції шиплячих. У дітей з дизартрією це провокує звуження язика і підйом його середньої частини. Потрібно ставити звуки в положенні оскалу, а язик розпластується. В подальшому, під час автоматизації, положення губ встановлюється відповідно до артикуляції сусідніх звуків.

Звук [ж] при дизартрії успішно ставиться і з допомогою зондів. Для цієї мети можна використовувати короткий дзьоб або печатку, які підводяться під передню частину язика. Дитині пропонується пожукати. Увагу дитини фіксуємо на потрібному звучанні.

Потім, злегка переміщаючи зонд вперед-назад, змінюємо звучання і просимо дитину рухами голови відповісти, правильно чи неправильно звучить звук (Є жук або він полетів ?). Після цього пропонуємо дитині самому взяти зонд і пошукати у себе в роті потрібний звук. Зазвичай при такому підході дитина швидше засвоює самостійну вимову, ніж може реально допомогти собі зондом.

Всупереч поширеним уявленням, але для вимови звуку [ж] потрібно невеликий підйом кінчика язика та щілину для проходження повітря. Тому з допомогою зонда ми не стільки задаємо положення язика, скільки створюємо той акустичний еталон, до якого прагне дитина. Поза язиком при цьому індивідуальною у відповідності з будовою і моторними можливостями дитини.

Звук [ш] зазвичай спонтанно корегується після автоматизації [ж] або ставиться за тією ж схемою, що і [ж], але без включення голосу.

[Ч] ставиться у поєднанні а-ть-щ або в аналогічному поєднанні з іншим голосним.

Звук [л] потрібно ставити після відпрацювання подачі повітряного струн в передні відділи артикуляційного апарату. Для цього звуку особливо важливо, щоб голосодихальний струмінь не зосереджувався в задніх відділах, тому що внаслідок підйому задньої частини язика повітряний струмінь часто йде в ніс.

Для постановки звуку [л] потрібно спочатку попросити дитину проспівати а-а-а з широко відкритим ротом. Далі запропонувати їй за час проспівування торкатися вузьким кінчиком язика по черзі то нижньої, верхньої губи. Потім ми просимо дитину показати кінчиком язика середину верхньої губи і злегка натиснути на неї. Після цього дитині пропонується під час проспівування а-а-а кілька разів щільно притискати вузький кінчик язика до середини верхньої губи. Під час виконання цих вказівок, виходять мелодійні склади ла-ла-ла. Ми фіксуємо увагу дитини на отриманому звуці [л] і пропонуємо йому повторити вправу, переміщаючи кінчик язика до

Не рекомендується ставити звук [л], прікусивши кінчик язика, так як при цьому не формується необхідне прогинання в середній частині язика. Крім того, при цьому способі постановки звук часто виходить з напругою і ефектом «стиснення».

Для отримання звуку [л] потрібно щільно притиснути передню частину спинки язика до піднебіння так, щоб кінчик язика торкався зубів. Це можна зробити за допомогою кулькового зонда або чистого пальця.

Існує багато прийомів постановки звуку [р]. Необхідно домогтися, щоб вібрував піднятий передній край широк, розпластаного язика. Тому спочатку потрібно переконатися в тому, що піднесенню широкого язика не заважає під'язикова зв'язка. Якщо зв'язка укорочена, то необхідна консультація хірурга. У тому випадку, якщо проблема не вирішується шляхом оперативного втручання, здійснюється розтягування зв'язки за допомогою вправ. Для розтягування зв'язки застосовуються будь-які

вправи на рухи язика, особливо вгору. Це можуть бути облизування губ з широко розкритим ротом, облизування піднебіння в передньо-задньому напрямку, витягування язика до носа і т. п.

Під час постановки звуку [р] важливо сформувати відчуття повітряного струменя на кінчику язика. Для цього можна застосувати дуття на кінчик носа, за умови укладання широкого язика на верхню губу — так само, як при постановці звуку [ж].

Наступним етапом є відпрацювання рухливості широкого кінчика язика. Для цього застосовуються присмоктування кінчика язика до піднебіння («цокання»), «базікало» (швидке випинання язика з рота та втягування його назад зі звуками бл-бл-бл) і т. п.

Далі дитині пропонується на оскалі розспластаним, широким кінчиком язика ударяти по піднебінню, вимовляючи прямі склади з пом'якшеним [д]: так-так-так, де-де-де. Ці склади вимовляються багаторазово в різному ритмі, зі зміщенням наголосу, з поступовим прискоренням темпу. [Д] при цьому звучить, як в англійській мові. Під час прискорення темпу, дитині пропонується додатково дуги на кінчик язика — це спровокує слабку вібрацію, яка поступово посилиться.

Звук [Р] можна поставити від поєднання [дз]. Дитині пропонується на оскалі вимовляти поєднання дз, утримуючи кінчик язика спочатку за нижніми зубами, потім за верхніми зубами. Далі, під час вимови [дз] з язиком за верхніми зубами, швидкість вимови збільшується і додається дуття на кінчик язика.

Можна почати постановку [р] у міжзубному положенні язика. Спочатку ми пропонуємо дитині пограти пальцем на губах — чути гудіння з призвуком [б]. Далі просимо покласти язик на верхню губу, рівно закриваючи її кінчиком язика. У такому положенні пропонуємо подати голосодихальний струмінь і пограти пальцем тільки на нижній губі. При цьому, створюється вібрація, яка передається на верхню губу і кінчик язика. До цієї вправи приєднується дуття на кінчик носа —

виходить легка вібрація кінчика язика, яка поступово переводиться за верхні зуби.

Доречним буде використання прийому «балалайка». Дитині пропонується на оскалі вимовляти багаторазово д-д-д або жжж. В цей час логопед підводить кульковий зонд під кінчик язика і швидкими горизонтальними рухами створює вібрацію. Не рекомендується з допомогою цього прийому отримувати ізольований звук, так як при цьому часто утворюється занадто утроване звучання, яке перешкоджає автоматизації.

Тому необхідно при отриманні таким способом ізольованого звуку відразу вводити його в склади. Ми робимо «балалайку» і говоримо дитині: «Як тільки я вийму зонд, відразу вимовляй ааа (або інший гласним звук)».

[Р'] можна поставити в поєднанні дів-ррр-дів.

Безумовно, перераховані прийоми постановки звуків не є вичерпними. Можна використовувати різні прийоми і в процесі роботи винаходити нові з урахуванням індивідуальних особливостей дитини. Отриманий звук треба відразу ж вводити в склад. Складні для вимови приголосних доцільно відразу ставити на складах, не домагаючись їх чистого ізольованого звучання, і вже в складах відпрацьовувати їх правильну вимову.

ВИСНОВКИ

Вивчення науково-теоретичних засад формування артикуляційного праксису та узагальнення результатів проведеного експериментального дослідження дали змогу сформулювати такі висновки:

Порушення артикуляційного праксису позначають терміном «артикуляційна диспраксія», правомірно виділяти як особливу форму парціального недорозвинення мовлення, оскільки вона має самостійні, відмінні від інших мовленнєвих розладів механізми, специфічну, властиву тільки їй симптоматику і характерний для неї тип динаміки протягом онтогенезу. Ми вважаємо правомірним розглядати артикуляційну диспраксію як самостійний розлад у тих випадках, коли у дітей порушено формування тільки звукової сторони мовлення. В інших випадках (коли порушено використання інші мовних засобів) аналогічні звукові порушення позначаються як синдром, зокрема як стерта форма дизартрії, яка займає особливе місце в ряду клінічних варіантів порушення вимовної сторони мови.

Артикуляційною диспраксією вчені називають «стан виборчого порушення формування тільки вимовної сторони мови, основним механізмом якої є незрілість або аномальне формування артикуляційного праксису. При цьому елементарні форми моторних функцій артикуляційного апарату збережені (рухливість, м'язовий тонус, скорочувальні здібності)» [Корнев].

М. Давидова визначає стертую дизартрію як «порушення звуковимови, викликані виборчою неповноцінністю деяких моторних функцій мовленнєворухового апарату, а також слабкістю і млявістю артикуляційної мускулатури» [23, с. 3].

О. Корнев розуміє під цим терміном «виборчі, негрубі, але досить стійкі порушення звуковимови, які супроводжуються легкими,

своєрідними порушеннями іннерваційної недостатності органів артикуляцій» [14, с. 41]. Саме він для подібного типу порушення мовлення запропонував термін «артикуляційна диспраксія» та виокремив такі її клінічні підгрупи: дисфонетичну артикуляційну диспраксію, дисфонологічну артикуляційну диспраксію, вербальну диспраксію, обумовлену неповноцінністю вищого [14, с. 43].

У зв'язку з відсутністю єдності у питаннях термінології, дане порушення трактується по-різному, отже, недостатньо розробленими залишаються питання діагностики і змісту корекційної роботи з формування артикуляційного праксису у дітей зі стертою дизартрією як у теоретичному, так і у практичному плані та вимагають подальшого вивчення особливостей клініко-педагогічної характеристики таких дітей.

Вчені (О. Мастюкова, Є. Соботович та ін.) визначають основним критерієм діагностики стертої дизартрії ні неврологічну симптоматику, а недоліки координації довільних оральних рухів (прояви оральної апраксії).

Для реалізації поставлених завдань нами була адаптована методика нейропсихологічної діагностики у дошкільному віці Ж. Глозмана, А. Потаніної та О. Соболевої для диференційної діагностики стертої дизартрії. Артикуляційний праксис досліджувався за допомогою проби «Артикуляційний діадіадохінез» за К. Yoss, F. Darley.

Метою нашого експериментального дослідження був опис особливостей та діагностика стану праксису у дітей старшого дошкільного віку із стертою дизартрією і поліморфною дислалією.

Основним завданнями експериментального дослідження було:

- виявлення загальної характеристики дитини;
- дослідження кінетичного та динамічного пальцевого праксису;
- дослідження орального праксису;
- дослідження артикуляційного праксису.

Аналіз даних експериментального дослідження показав, що дошкільники із стертою дизартрією знаходяться на нижчій сходинці розвитку пальцевого, орального та артикуляційного праксису, ніж однолітки із поліморфною дислалією. У дітей із стертою дизартрією виявилися певні особливості їхнього мовленнєвого розвитку: інертність та персеверації рухів), труднощі утримання рухової програми, спрощення програми у динамічному праксисі, дезавтоматизація (скандованість) рухів в динамічному праксисі, стереотипії в динамічному праксисі (вертикальний кулак), труднощі просторової організації рухів і дій: просторовий пошук, дзеркальність, просторові спотворення (в динамічному праксисі, праксисі пози, малюнку), імпульсивність (ехопраксія з корекцією) в праксисі пози, в реакції вибору, кінестетичні труднощі (пошук пози, моторна незручність) в праксисі пози, втрата програми в реакції вибору, помилки артикуляційного праксису тощо.

В результаті вивчення науково-методичної літератури та аналізу результатів констатувального дослідження, нами було прийняте рішення об'єднати та адаптувати загальноприйняті методики В. Кисельової (збільшення за часом та змістом підготовчу роботу) та І. Смирнової (безпосередньо корекція звуковимови), з метою складання методичних рекомендацій щодо подолання порушень артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії.

Дослідження не вичерпало всіх аспектів проблеми у зв'язку зі складністю зазначеного мовленнєвого порушення та багатогранністю питань, що входять до цієї теми, потребує подальшого вивчення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексеева М. М., Кулагина И. Ю., Яшина В. И. Речевое развитие детей 6-7 лет. М.: Просвещение, 1998. 122 с.
2. Ананьев Б. Г., Ломов Б. Ф. Системный механизм восприятия пространства и парная работа больших полушарий. Проблемы восприятия пространства и пространственных представлений. М.: Просвещение, 1961. 251 с.
3. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М. : Медицина, 1975. 447 с.
4. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: Кн. для логопеда. М.: Просвещение, 1989. 241 с.
5. Ахутина, Т.В. Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб. : Питер, 2008. 320 с.: ил.
6. Блонский П.П. Избранные педагогические и психологические сочинения. М.: Педагогика, 1979. 399 с.
7. Бродбент Д. Внимание и восприятие речи. Психология внимания: хрестоматия / под ред. Ю. Б Гиппенрейтера, В. Я. Романова. М.: Черо, 2001. 422 с.
8. Вассерман Л.И. Дорофеева С.И., Меерсон А .Я. Методы нейропсихологической диагностики (практическое руководство) СПб.: Стройлеспечать, 1997. 360 с.
9. Виготский Л. С. Педагогическая психология. М.: Прогресс, 1997. 480 с.
10. Виготский Л. С. Развитие высших психических функций. М.: Прогресс, 1960. 356 с.
11. Виготський Л.С. Мислення і мовлення. М.: Лабіринт, 1999. 352 с.

12. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141 с.
13. Волкова Л.С., Шаховская С.Н. Логопедия / Л.С. Волкова, С.Н. Шаховский. М.: ВЛАДОС, 2003. 120 с.
14. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. М.: Просвещение, 1991. 93 с.
15. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.: Просвещение, 1961. 135 с.
16. Глозман, Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Издательский центр «Академия», 2009. 272 с.
17. Голубева Г.Г. Коррекция нарушений звукокладовой структуры слова у дошкольников / Г.Г. Голубева. М.: Наука, 2003. 167 с.
18. Ельконін Б.Д. Психологія розвитку. М.: Академія, 2007. 144 с.
19. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Е.М. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: Наука, 1998. 119 с.
20. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Основы сказкотерапии. М.: Речь, 2007. 98 с.
21. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. М.: ИЦ Академия, 1998. 288 с.
22. Зікєєв А.Г. Розвиток мовлення учнів спеціальних освітніх установ. М.: Академія, 2007. 200 с.
23. Каше Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи: Пособие для логопеда. М.: Просвещение, 1985. 207 с.
24. Корнев А. Н. Основы логопатологии детского возраста : клинические и психологические аспекты. СПб. : Речь, 2006. 380 с., ил.
25. Корнев А.Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты). *Онтогенез речевой*

деятельности: норма и патология. Монографический сборник. М.: МИГУ, 2005. С. 43-47.

26. Корнєв О.М. Диференціальна діагностика недорозвитку мовлення у дітей. М.: МГУ, 2005. 135 с.

27. Крутий Е.Л. Волшебная логопедия. М.: Академия, 1999. 368 с.

28. Лалаева Р.І. Серебрякова Н.В. Корекція загального недорозвинення мовлення у дошкільників. М.: МГУ, 2003. 160 с.

29. Леонтьев А. А. Основы психолінгвистики. М.: Просвещение, 1999. 287 с.

30. Лепская Н.І. Мова дитини. Онтогенез мовної комунікації. М.: МДГУ, 1992. 151 с.

31. Логопедія : Підручник / За ред. М. К. Шеремет. К. : Слово, 2015. 776 с.

32. Логопсихологія : Навчальний посібник / За ред. Коноплястої С. Ю. К. : Академія, 2010. 293 с.

33. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. М.: Владос, 2000. 192 с.

34. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М.: Просвещение, 1961.

35. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролінгвистики. М.: Просвещение, 1975. 298 с.

36. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. М.: Просвещение, 1973. 325 с.

37. Лурия А. Р. Язык и сознание. М.: Просвещение, 1998. 416 с.

38. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста. СПб.: Питер, 2008. 288 с.

39. Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка». К., 2006. 20 с.
40. Поваляева М.А. Справочник логопеда. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. 448 с.
41. Полякова М.А. Самоучитель по логопедии. М.: Академия, 2010. 325 с.
42. Правдина О.В. Логопедия. М.: Академия, 1969. 267 с.
43. Семенович, А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2007. 319 с.: ил.
44. Соботович Е. Ф. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению. К.: Радянська школа, 1998. 127 с.
45. Соботович Е. Ф. Психолінгвістическа структура речової діяльності і механізми її формування. К. : Радянська школа, 1997. 344 с.
46. Спіров Л.Ф. Особливості мовленнєвого розвитку учнів з важкими порушеннями мови (1-4 класи). М.: 2003. 163 с.
47. Филичева Т.Б. Основы логопедии. М.: Просвещение, 1989. 223 с.
48. Филичева Т.Б., Чевелова Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. М.: Просвещение, 1989. 232 с.
49. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. М.: Айрис-пресс, 2007. 176 с.
50. Хватцев М.Є. Логопедия. М.: Просвещение, 1959. 448 с.
51. Хомская, Е.Д. Нейропсихология. М.: МГУ, 2007. 496с.
52. Хрестоматія по логопедії / Под ред. Л. С. Волковой. В 2-х томах. М. : ВЛАДОС, 1997. С. 15–29. Т. 2.

53. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М.: Прогресс, 1972. 354 с.
54. Цветкова, Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М.: Педагогическое общество России, 2000. 128 с.
55. Шеремет М.К., Пахомова Н.Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: Навчально-методичний посібник. Київ, 2009. 137 с.
56. Ястребова А.В., Спірова Л.Ф., Бессонова Т.П. Учителю про дітей з вадами мови. М.: ТЦ. Сфера, 1997. 131 с.
57. Яшина В.І. Теорія і методика розвитку мовлення у дітей. М.: Просвещение, 2006. 192 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика обстеження артикуляційного праксису

Обстеження починається з бесіди з дитиною, завдання якої встановити контакт з нею, а також отримати дані по загальній характеристиці її психічного функціонування.

Під час стандартизованої бесіди з дитиною, питання якої в ході апробації диференційовані за віком, оцінюється стан трьох областей психічного функціонування:

- орієнтування в місці, часу, в деяких своїх особистих даних;
- критичність;
- адекватність поведінки і емоційних реакцій в ситуації обстеження.

Крім того, за допомогою спеціально розробленого для дошкільнят варіанту коректурної проби (додаток В) досліджуються розумова працездатність і концентрація уваги дитини. У цій пробі дитині пропонується лист зі 104 фігурами 10 видів, які важко вербалізуються та чергуються у випадковому порядку. Кількість фігурок кожного виду порізному. Дослідник закреслює фігурку типу чотирикінцевий зірочки і пропонує дитині: «Ми з тобою пограємо в розвідників. Розвідники завжди дуже уважні. Я зараз засеку час і подивлюся, скільки ти знайдеш точно таких же фігурок, поки я не скажу "Стоп"». Реєструються кількість знайдених за 1 хвилину правильних фігурок, кількість і тип помилок: перцептивно близькі / перцептивно далекі (наприклад, різні зірочки або зірочка / сердечко).

Симптоми, на які треба звернути увагу:

- 1.1. Незнання пори року.
- 1.2. Незнання місця знаходження.
- 1.3. Труднощі відтворення своїх особистих даних (ім'я, вік, ім'я мами, адреса проживання).
- 1.4. Відволікання, польове поведінка в ситуації обстеження.
- 1.5. Відмова від завдання і спілкування з обстежують.
- 1.6. Несформованість почуття дистанції (чіпає волосся або одяг дослідника, некоректно називає його).
- 1.7. Розгальмування, загальне збудження, неможливість всидіти за столом навіть 10 хвилин.
- 1.8. Неадекватні емоційні реакції: плач, сміх без видимих приводів.
- 1.9. Симптоми агресії або самоагресії.
- 1.10. Напруженість, розгубленість, тривожність.
- 1.11. Нечутливість до оцінок дорослого, незацікавленість в результатах обстеження.

1.12. Низька розумова працездатність і концентрація уваги (в порівнянні з нормативними даними в коректурній пробі для кожної вікової групи).

1.13. Несформованість вибіркості в коректурній пробі:

1.13.1. Змішання перцептивно близьких фігурок.

1.13.2. Змішання перцептивно далеких фігурок.

1.14. Відволікання від виконання завдання (паузи більше 10 секунд).

Критерії бальних оцінок дивись додаток Г.

Під час дослідження рухових функцій в нейропсихологічному обстеженні ми застосовуємо і оцінюємо виконання наступних тестів [28, с. 54].

1. Проба на реципрокну координацію. Дослідник кладе на стіл обидві кисті, одна з яких стиснута в кулак, а в іншій розпрямлені пальці. Потім, не змінюючи розташування рук на столі, дослідник одночасно одну кисть розжимає, а іншу стискає в кулак. Після кількох показів пропонується дитині виконувати такі ж рухи разом. З 4-річним малюком весь тест виконується з допомогою, а починаючи з 5 років після кількох парних рухів дитина може виконувати пробу на реципрокну координацію самостійно.

2. Проба на праксис пози пальців. Дитині пропонується пограти в «спритні пальчики» — послідовно повторювати кожну із зазначених у протоколі поз пальців руки: витягнути по одному другий, п'ятий, другий і третій, другий і п'ятий пальці; скласти пальці в кільце, покласти пальці один на одного. По черзі обстежують обидві руки, починаючи обстеження з ведучою.

4. Проби на динамічний праксис. Дитині пропонують пограти в «спритні ручки». Обстежуваний показує три рази різні послідовності рухів кисті («кулак—ребро» — спрощений варіант для дітей 3 років; «кулак—ребро»/«долоня—кулак» — для дітей 4 років і «долоня—кулак—ребро»/«кулак—долоня—ребро» — для дітей старше 5 років). Потім просить повторити інший по черзі, починаючи з першої. Обстежуються обидві руки. Крім того, діти від 5 років виконують графічну пробу на динамічний праксис: продовжити малювати, не відриваючи олівець, візерунок, складений з двох елементів змінюються.

5. Малюнок (копіювання) простих геометричних фігур: коло і квадрат — для дітей 3 років, коло, трикутник і квадрат — для дітей 4 років; коло, трикутник, квадрат і ромб, а також 3 фігур з методики Денманна (Додаток 3) для дітей від 5 років.

6. Проба на умовні реакції вибору (для дітей від 5 років). Дитині дається інструкція «пограти в уважних моряків-сигнальників»: у відповідь на порушене кулак підняти палець, а у відповідь на піднятий палець підняти кулак. Після засвоєння інструкції три рази відбувається послідовне чергування рухів — «палець—кулак» (створення рухового

стереотипу), після чого двічі поспіль пред'являється одне і те ж рух, а потім інше (ломка стереотипу).

7. Проба на відтворення ритмічних структур. Дитині пропонується пограти в радистів»: послідовно відтворювати провідною рукою групи ритмічних структур.

Проба на оральний праксис. Дитині пропонується пограти в «пики» — послідовно імітувати кожну з показаних дослідником рухів оральної мускулатури: надути щоки, надути одну щоку, поцокати, уперти язик в щоку.

Симптоми, на які треба звернути увагу:

- 2.1. Інертність (персеверація рухів).
- 2.2. Труднощі утримання рухової програми.
- 2.3. Спрощення програми у динамічному праксисі.
- 2.4. Дезавтоматизація (скандованість) рухів в динамічному праксисі.
- 2.5. Стереотипії в динамічному праксисі (вертикальний кулак).
- 2.6. Труднощі просторової організації рухів і дій: просторовий пошук, дзеркальність, просторові спотворення (в динамічному праксисі, праксисі пози, малюнку).
- 2.7. Імпульсивність (ехопраксія з корекцією) в праксисі пози, в реакції вибору.
- 2.8. Кінестетичні труднощі (пошук пози, моторна незручність) в праксисі пози.
- 2.9. Виснажливність (мікрографія) в графічній пробі.
- 2.10. Втрата програми в реакції вибору.
- 2.11. Напруженість, сповільненість у реципрокній координації.
- 2.12. Почергове або симетричне (уподібнення) виконання реципрокної координації.
- 2.13. Відставання однієї руки в реципрокній координації.
- 2.14. Зайві імпульси при відтворенні ритмічних структур.
- 2.15. Труднощі входження в завдання (рухова аспонтанність).
- 2.16. Наявність синкенезій, що продовжується.
- 2.17. Системні персеверації.

Критерії бальних оцінок дивись додаток Д

Додаток Б

Протокол обстеження дитини 5 років

Дата обстеження _____

В. Ф. (О.) _____

Як тебе звати? _____

Скільки тобі років? _____

Де ти живеш? _____

Яка зараз пора року? _____

Ходиш ти в дитячий сад? _____

В яку групу? _____

Як звать твою маму? _____

Коректурна проба (додаток В):

кількість за хвилину _____

кількість помилок _____

Реципрокна координація _____

Динамічний праксис (у дитини-лівші дослідження праксиса починають з лівої руки):

Права рука (долоня—кулак—ребро) _____

Права рука (кулак—долоня—ребро) _____

Ліва рука (1?) _____

Ліва рука (2?) _____

Праксис пози пальців:

Права рука: 2 2-3 5 3 2 1 5

Ліва рука: 5 2-5 2 1 2-3 2

Реакція вибору (палець—кулак):

палець кулак палець кулак палець

куркуль куркуль куркуль палець

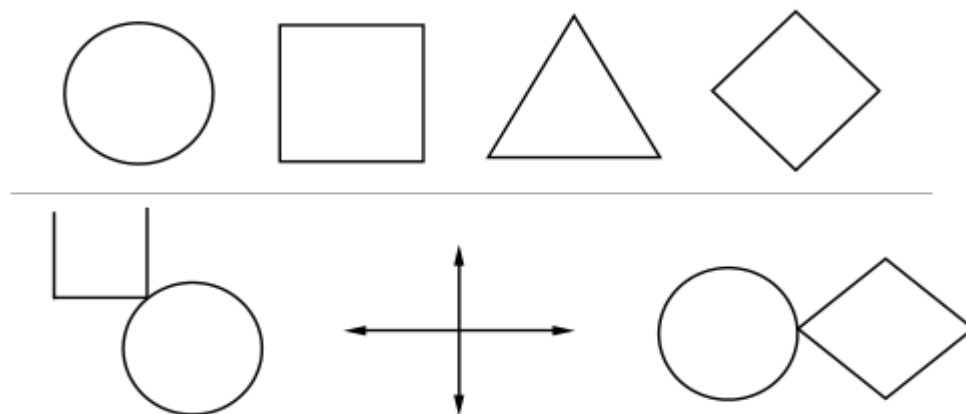
Оцінка ритмічних структур II III II

Відтворення ритмічних структур по інструкції II III II

Графічна проба на динамічний праксис



Копіювання



Оральний праксис (імітація): надути щоки, надути одну щоку, поцокати, уперти язик в щоку.

Артикуляційний праксис:

па-па-па ...

та-та-та -...

та-та-та - ...

патака-натакой-патака- ...

Уві сні сміється киця – киці, бач, криниця сниться (не з водою, а така, де по вінця молока).

Дзижчить над житом жвавий жук, бо жовтий він вдягнув кожух.

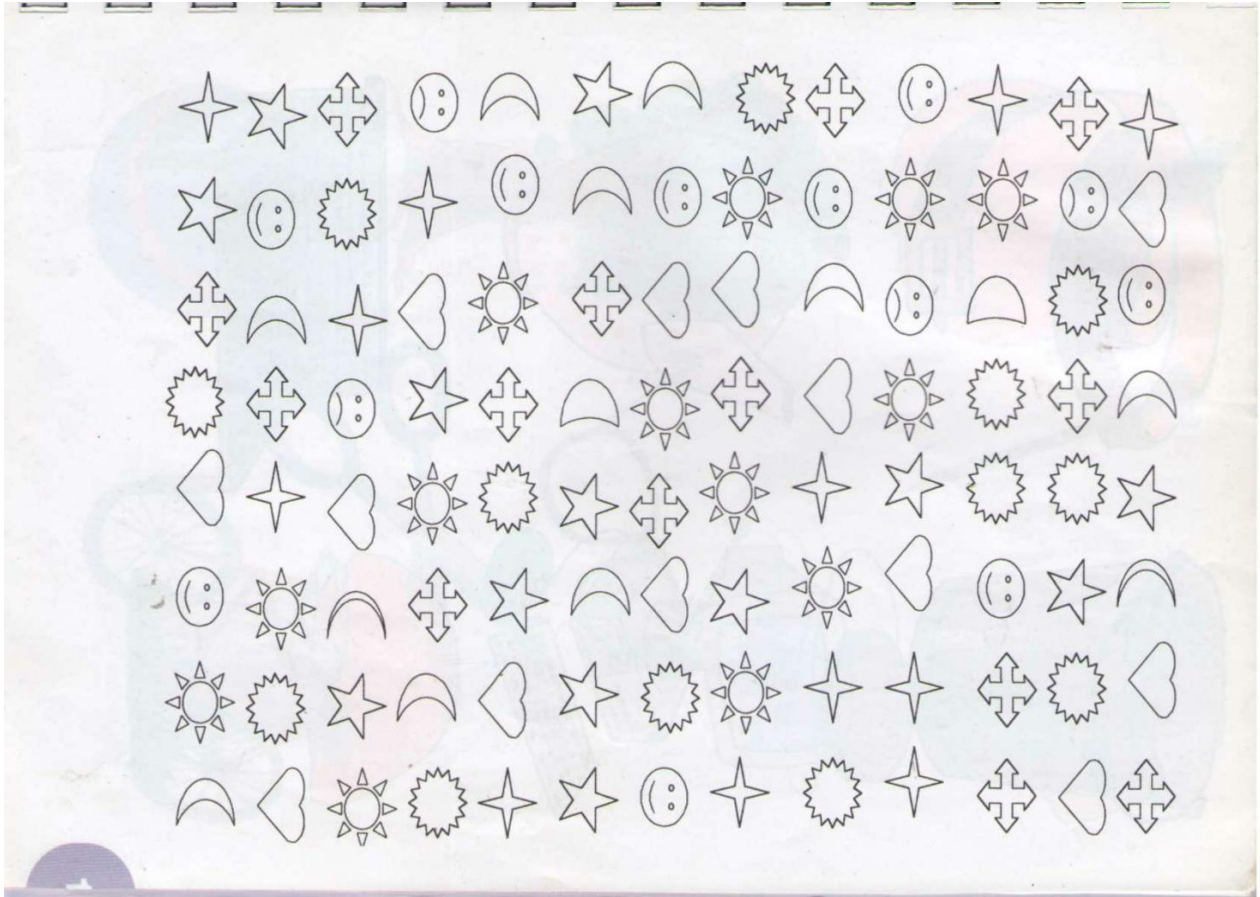
Орел на горі, перо на орлі.

Женя з бджілками не дружив, завжди Женя бджіл дражнив

Летів перепел перед перепелицею, перед перепелятами.

Додаток В

Стимульний матеріал для виконання коректурної проби



Додаток Г

Критерії балових оцінок параметрів загальної характеристики дитини

Орієнтування:

0 - Дитина правильно називає місце свого перебування в даний момент. Відповідає на питання: чи ходить він до дитячого садка, в яку групу (з 4 років). Правильно називає поточний час року (з 5 років). 0,5 - Дитина відповідає на питання невпевнено, помиляється, але сам виправляє свої помилки без навідних запитань. 1 - Дитина правильно відповідає, але тільки після навідних запитань обстежуючого або не може відповісти тільки на одне питання. 2 - Дитина може правильно відповісти не більше ніж на половину поставлених запитань. 3 - Дитина не може правильно відповісти на жодне запитання. У разі сумніву тут і далі ставляться бали 0,5; 1,5 і 2,5.

Адекватність:

0 - Дитина повністю контролює свою поведінку, і воно відповідає ситуації обстеження. 0,5 - Виявляється один з вищевказаних симптомів 1.4-1.10, слабовиражених і піддаються самостійної корекції дитиною без участі дослідника. 1 - Виявлений одиничний симптом носить стійкий, самостійно не корригіруемый характер. 2 - Кілька багаторазово виникають симптомів, які дитина може скоригувати після того, як дослідник вкаже на них. 3 - Стабільні некорригіруемые труднощі.

Критичність:

0 - Дитина проявляє виразну зацікавленість в результатах обстеження і в оцінках дорослого, адекватно ставиться до зроблених помилок, переживає їх, намагається виправити самостійно. 1 - Дитина намагається виправити всі допущені помилки тільки після вказівки на них обстежують. 2 - Дитина намагається виправити деякі допущені помилки після вказівки на них обстежують, але докладає недостатньо зусиль до цього. 3 - Дитина повністю байдужий до результатів обстеження і виявлених помилок.

Коректурна проба:

Бал	5 років
0	9 правильних фігурок і не більше 2 помилок типу 1.13.1
0,5	1-2 імпульсивні, самокорекційні помилки типу 1.13.2
1	7-8 правильних фігурок і/або 1-2 помилки типу 1.13.2 без корекції. Або більше 2 помилок типу 1.13.1
2	5-6 правильних фігурок і/або більше 2 помилок типу 1.13.2. Або відволікання від виконання завдання (паузи більше 10 секунд)
3	Менше 5 правильних фігурок за хвилину

Додаток Д

Критерії балових оцінок параметрів праксису

Проба на реципрокну координацію:

0 — Плавні дворучні руху.

0,5 — Уповільнене входження до завдання, або неповне стискання і розпрямлення долоні, або уповільнене, напружений, але координоване виконання (один із симптомів).

1 — Декілька зазначених вище симптомів одночасно.

1,5 — Відставання однієї руки або почергового виконання з корекцією після вказівки на помилку.

2 — Відставання однієї руки або почергового виконання з неповною корекцією після вказівки на помилку.

3 — Неможливість виконання даної проби, симетричне виконання (уподібнення).

Проба на умовну реакцію вибору:

0 — Безпомилкове виконання.

1 — Поодинокі імпульсивні реакції (ехопраксії) при ламанні стереотипу з можливістю самокорекції.

2 — Виражена ехопраксія з корекцією тільки після вказівки на помилку.

3 — Ехопраксія, яка не піддається корекції.

Проба на динамічний праксис:

0 — Безпомилкове і плавне виконання відповідних віком програми або двох програм (кінетичної мелодії), а також вікових умов їх виконання (самостійне або поєднане) не менше 3 разів поспіль з можливістю перенесення на іншу руку.

0,5 — Безпомилкове і плавне виконання при наявності синкенезій, що продовжується, в іншій руці або легка виснажливність (зменшення кута нахилу руки або величини парканчика у графічній пробі).

1 — 1-2 персеверація, або просторові помилки, або стереотипії з самокорекцією при переході до другої серії рухів або перенесення програми на іншу руку, або легка дизметрія елементів графічної проби на динамічний праксис для дітей старше 6 років, або груба виснаженість.

1,5 — Множинні помилки зазначених вище типів з частковою корекцією при інтенсивній допомозі дослідника: вербальної регулювання, або зв'язаному виконання (для дітей старше 4 років), та/або 1-2 персеверації у графічній пробі без корекції.

2 — Необхідні обидва види допомоги обстежують одночасно для успішного виконання тесту та/або множинні персеверації у графічній пробі.

3 — Неможливість виконання ні однієї програми при будь-якому вигляді допомоги.

Проба на копіювання простих геометричних фігур:

0 — Безпомилкове копіювання фігур, що відповідають віковим нормативам, при збереженні приблизних розмірів, напрямів і спряженості фігур та/або їх елементів.

0,5 — Одна дизметрична помилка (порушення не менш ніж на 50% пропорційності сполучених фігур для дітей від 5 років або елементів однієї фігури для більш молодших дітей) при загальній збереженні запропонованої форми.

1 — Декілька дизметричних помилок при загальній збереженні форми.

1,5 — 1-2 топологічні помилки (накладення більш ніж на 0,5 см фігури) та/або координатні (просторові) помилки: спотворення векторів право/ліво, верх/низ або дзеркальний поворот фігури та/або її частин (наприклад, напрямку стрілок або положення квадрата щодо гуртка в пробі Денманна).

2 — Множинні топологічні та/або координатні помилки, форма більше половини малюнків тяжко впізнаються.

3 — Невпізнання жодного виділеного малюнка, повний відмова від виконання завдання або заміщення його діяльністю, не відповідної інструкції копіювання заданого зразка.

Проби на праксис пози і оральний праксис (2 оцінки):

0 — Безпомилкове виконання.

0,5 — Пошук 1-2 поз з подальшим правильним виконанням.

1 — Розгорнутий пошук в більшості проб, поодинокі помилки з самокорекцією.

1,5 — Численні помилки, які корегуються під час зовнішньої організації уваги дитини.

2 — Численні помилки, які не повністю корегуються при зовнішньої організації діяльності дитини.

3 — Неможливість виконання проб.

Проба на відтворення ритмічних структур:

0 — Безпомилкове виконання.

1 — Зайві імпульси з самокорекцією.

2 — Помилки, які не корегуються при відтворенні окремих ритмічних структур за правильної їх оцінки.

3 — Неможливість відтворення жодної ритмічної структури за правильної їх оцінки.

Додаток Е

Таблиця 2.1.

Якісний аналіз результатів нейропсихологічного обстеження

Дефекти у сфері загальної характеристики дитини	Позначк и про виконання
1.1. Незнання пори року	
1.2. Незнання місця знаходження	
1.3. Труднощі відтворення своїх особистих даних (ім'я, вік, ім'я мами, адреса проживання)	
1.4. Відволікання поля поведінка в ситуації обстеження	
1.5. Відмова від завдання і спілкування з тим, хто обстежує	
1.6. Несформованість почуття дистанції	
1.7. Розгальмування, загальне збудження	
1.8. Неадекватні емоційні реакції: плач, сміх	
1.9. Симптоми агресії або самоагресії	
1.10. Напруженість, розгубленість, тривожність	
1.11. Нечутливість до оцінок дорослого, незацікавленість у результатах обстеження	
1.12. Низька розумова працездатність і концентрація уваги	
1.13. Несформованість вибірковості в коректурній пробі	
1.13.1. Змішування перцептивно близьких фігурок	
1.13.2. Змішування перцептивно далеких фігурок	
1.14. Відволікання від виконання завдання (паузи)	
Дефекти у руховій сфері дитини	
2.1. Інертність та персеверації рухів	
2.2. Труднощі утримання рухової програми	
2.3. Спрощення програми у динамічному праксисі	
2.4. Дезавтоматизація (скандованість) рухів у динамічному праксисі	
2.5. Стереотипії в динамічному праксисі	

(вертикальний кулак)	
2.6. Слабкість просторової організації рухів і дій: просторовий пошук, дзеркальність, просторові помилки (в динамічному практиці. практиці пози, малюнку)	
2.7. Імпульсивність (ехопрактика з корекцією) в практиці пози, в реакції вибору	
2.8. Кінестетичні труднощі (пошук пози, моторна незручність) в практиці пози	
2.9. Виснажливість (мікрографія) в графічній пробі	
2.10. Втрата програми в реакції вибору	
2.11. Напруженість, сповільненість у реципрокній координації	
2.12. Почергове або симетричне (уподібнення) виконання реципрокної координації	
2.13. Відставання однієї руки в реципрокній координації	
2.14. Зайві імпульси при відтворенні ритмічних структур	
2.15. Труднощі входження в завдання (рухова аспонтанність)	
2.16. Наявність синкінезій	
2.17. Системні персеверації	

Додаток Ж

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ
ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Кондратенко Ірина Миколаївна, 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.

20.10.2021

(дата)



(підпис)

І.Кондратенко

(ім'я, прізвище)