

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут фізичної культури
Кафедра логопедії

Марченко Інна Олексіївна

**КОРЕКЦІЯ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНОГО
НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ
СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРІЇ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Логопедія. Спеціальна психологія)

Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:

_____ Л. О. Прядко,

кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри логопедії

«_____» _____ 2021 року

Виконавець:

_____ І. О.

Марченко «_____» _____
2021 року

Суми 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ ПРИ ДИЗАРТРІЇ ЯК СУЧАСНА ПРОБЛЕМА ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ ЛОГОПЕДІЇ.....	7
1.1. Етіологія дизартрії та класифікація.....	7
1.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей із дизартрією.....	23
1.3. Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення у дітей з дизартрією.....	30
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ СТАНУ СФОРМОВАНOSTІ ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ ІЗ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРІЇ.....	34
2.1.Методика констатувального експерименту.....	34
2.2.Аналіз результатів констатувального експерименту	41
Висновки до другого розділу.....	48
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ДОСЛІДНА РОБОТА ПО КОРЕКЦІЇ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНОГО НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРІЇ	50
3.1. Зміст логопедичної роботи по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей з стертою формою дизартрії.....	50
3.2. Результати формувального експерименту	60
Висновки до третього розділу.....	63
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження. В останні роки вчені та практики відзначають тривожну тенденцію до збільшення кількості дітей з порушеннями розвитку. Вони можуть бути викликані різними екологічними, біологічними, соціально-психологічними та іншими факторами. Особливо гостро стоять питання раннього розпізнавання, кваліфікованої діагностики та підбору адекватних методів корекції при роботі з дітьми раннього та дошкільного віку. Відомо, що чим раніше розпочато корекційну роботу, тим менше ускладнень і труднощів у подальшому розвитку дитини.

Порушення мовлення, викликані ураженням нервової системи, важко піддаються корекції і потребують спільних зусиль педагогів і лікарів. Медицина не завжди в змозі усунути ці порушення повністю, і лише педагогічні методи корекції мовлення є ефективними. Знання, накопичені такими науками як неврологія та нейропсихологія, допоможуть правильно діагностувати наявний дефект, провести аналіз виявленої симптоматики, визначити структуру та патогенез мовленнєвого порушення.

Одним із найпоширеніших мовленнєвих розладів, яке найчастіше зустрічається у дитячій популяції є стерта форма дизартрії. Провідними в структурі дефекту цього порушення є стійкі мовленнєві розлади, схожі за своїми проявами з іншими мовленнєвими порушеннями, які є дуже суперечливими для диференційної діагностики та корекції.

На сьогодні відсутні дані про загальну статистику дітей із стертою формою дизартрії, вплив фонетичного чинника на характер і специфіку мовленнєвих порушень. Стерта форма дизартрії супроводжується фонетико-фонематичним недорозвитком, що негативно впливає на формування звуковимови, фонематичного сприймання та навичок звукового аналізу і синтезу.

Наукові здобутки відомих дослідників дають підстави стверджувати, що фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення при стертії формі

дизартрії є досить поширеною проблемою серед дітей дошкільного віку. Його досліджували багато вчених, зокрема: І. Кареліна, І. Панченко, Л. Мелехова, О. Мастюкова, О. Архіпова, О. Правдіна, О. Токарева, Р. Левіна, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова, Г. Чиркіна, М. Хватцев, М. Шеремет та ін , однак не дивлячись на велику кількість наукових здобутків корекція фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення при стертій формі дизартрії є недостатньо вивченою.

Отже, актуальність дослідження, його недостатня розробленість та гостра необхідність пошуку системи корекції окресленого порушення мовлення обумовили вибір теми дослідження **«Корекція фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії»**.

Мета дослідження – систематизувати, теоретично обґрунтувати, розробити та апробувати систему роботи по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення із стертою формою дизартрії дітей дошкільного віку.

Завдання дослідження:

1. Вивчити проблему фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення при дизартрії у сучасній спеціальній літературі.
2. З'ясувати стан сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.
3. Здійснити дослідно-експериментальну роботу по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.
4. Провести порівняльний аналіз (з урахуванням фонетичного контекста) і традиційної методики корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.

Об'єкт дослідження – фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.

Предмет дослідження – корекція фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці системи корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії. Результати дослідження можуть бути використані логопедами й вихователями закладів дошкільної освіти та майбутніми логопедами під час навчання у вищому закладі освіти.

Методи дослідження – теоретичні (аналіз, порівняння, синтез, систематизація, класифікація та узагальнення теоретичних даних, представлених у педагогічній, психологічній та спеціальній літературі, вивчення педагогічного досвіду, емпіричні (спостереження та самоспостереження, опитування, анкетування, бесіда, порівняльний аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що дістала подальшого розвитку проблема вивчення корекції фонетико-фонематичного недорозвинення при стертій формі дизартрії, удосконалено систему роботи по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і окремі результати дослідження було представлено на V Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми корекційної педагогіки, психології та реабілітації» (25. 05.2021 року, м. Суми) та X Всеукраїнській заочній науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми логопедії та реабілітації» (18. 11.2021 року, м. Суми).

Публікації: матеріали дослідження висвітлені у двох одноосібних публікаціях:

1. Марченко І. О. Особливості корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей дошкільного засобом дидактичної гри. *Актуальні проблеми спеціальної педагогіки, психології та фізичної терапії* :

матеріали V Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (25 травня 2021 року, м. Суми). Суми : ФОП Цьома С. П., 2021. С. 64-68

2. Марченко І. О. Зміст логопедичної роботи по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей зі стертою формою дизартрії. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*: матеріали X Всеукраїнської заочно науково-практичної конференції з міжнародною участю (18 листопада 2021 року, м. Суми). Суми : ФОП Цьома С. П., 2021.

Структура та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (85). Основний зміст дипломної роботи викладено на 67 сторінках. Загальний обсяг дипломної роботи – 84 сторінки.

РОЗДІЛ 1.

ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ ПРИ ДИЗАРТРІЇ ЯК СУЧАСНА ПРОБЛЕМА ТЕОРІЇ І ПРАКТИКИ ЛОГОПЕДІЇ

1.1. Етіологія дизартрії та її класифікація

Дизартрія – це розлад вимовної сторони мовлення через порушення іннервації мовного апарату, дизартрія - термін грецького походження, що означає порушення артикуляції (дис - порушення ознаки або функції, arthroo - розсічений) [46].

При визначенні дизартрії більшість авторів не виходять із точного значення цього терміна, а трактують його ширше, маючи на увазі дизартрічні порушення артикуляції, голосоутворення, темпу, ритму та інтонації мовлення.

Клінічна картина дизартрії вперше була описана більше ста років тому у дорослих у складі псевдобульбарного синдрому, а потім у 1911 р. вчений Н. Гуцман визначив дизартрію як порушення артикуляції і виділив дві форми: центральну та периферичну.

Початкове вивчення цієї проблеми проводилося переважно неврологами при вивченні ураження головного мозку у дорослих пацієнтів. Великий вплив на сучасне розуміння дизартрії справили роботи М. Маргуліса (1926). Саме він вперше чітко відрізняв дизартрію від моторної афазії і розділив її на бульбарну і церебральну форми. Вчений запропонував класифікацію церебральних форм дизартрії на основі локалізації ураження головного мозку. Важливим етапом у розробці проблеми дизартрії є вивчення локальних діагностичних проявів дизартричних розладів (роботи Л. Литвак, О. Вінарської).

Вчена О. Вінарська [12] вперше провела комплексне нейролінгвістичне дослідження дизартрії та осередкових ураження головного мозку у дорослих

пацієнтів. В даний час проблема дитячої дизартрії інтенсивно розробляється в клінічному, нейролінгвістичному, психолого-педагогічному напрямках, досить детально і повно описана у дітей з ДЦП.

Одним з найпоширеніших мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку є фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ), що є порушенням фізичних, фізіологічних і психологічних механізмів фонемоутворення при збереженні нормального слуху та інтелекту.

При недостатній іннервації нервових волокон, що забезпечують зв'язок мовного апарату з центральною нервовою системою, спостерігається таке порушення мовних функцій, як дизартрія.

Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, через недостатню іннервацію мовного апарату, що виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Цей розлад виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи і є важким розладом усієї мовленнєвої діяльності, характеризується порушенням не тільки звуковимови майже всіх груп звуків, але й розладами просодичної сторони мови: голосу, інтонації, темпу, ритму [48].

Дизартрія також є неврологічним діагнозом. Невролог призначає ліки, а логопед виправляє порушення мовлення. Лікування дизартрії повинно полягати в комплексному впливі, при якому будуть використовуватися медикаменти, лікувальна фізкультура, масаж і логопедична допомога.

Дизартрія може бути як важкою, так і легкою. Важка форма часто є складовою ДЦП, а тому такі діти отримують комплексну допомогу в спеціальних закладах для дітей з важкими порушеннями мовлення та для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Діти з легкою формою дизартрії (стерта форма, дизартричний компонент) можуть відвідувати заклади дошкільної та загальної середньої освіти, а також логопеда в районній поліклініці або інклюзивно-ресурсних центрах.

Питаннями корекції дизартрії займалися багато фахівців, зокрема О. Боряк, І. Панченко, Л. Мелехова, О. Мастюкова, О. Архіпова, О. Правдіна, О. Токарева, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова, К. Семенова, Г. Чиркіна, М. Шеремет та ін [10; 43; 37; 5; 47; 60; 32; 84]. Дослідники, які займаються проблемою дизартрії, визначили шляхи клініко-педагогічної реабілітації, рекомендували комплексний підхід до корекційних заходів.

Цей комплексний підхід до дизартрії включає три блоки.

Перший блок – лікувальний, який визначає невропатолог. Призначаються ліки, ЛФК, фізіотерапія, масаж та ін .

Другий блок психолого-педагогічний. Основний напрям – розвиток сенсорних функцій. Формуючи слуховий гнозис, розвиваючи слухове сприйняття, тим самим готуючи основу для формування фонематичного слуху. Розвиток зорового гнозису, зорового сприйняття, запобігає графічним помилкам при письмі. Крім того, психолого-педагогічний блок включає вправи на розвиток і корекцію просторових уявлень, графічних навичок, конструктивного мислення, пам'яті (Н. Симонова, І. Левченко, Л. Данилова).

Третій блок – логопедична робота, яка проводиться переважно індивідуально. Автори відзначають необхідність проведення специфічної цілеспрямованої роботи з розвитку загальної моторики, артикуляційної моторики, дрібної моторики пальців рук, а також пальчикових вправ, дихальних і голосових вправ.

Дизартрія – це патологія, яка викликається органічним ураженням центральної нервової системи.

Це порушення виникає через недостатню іннервацію артикуляційного апарату, що, в свою чергу, досягається ураженням підкіркових і задніх відділів мозку. Особи мають обмежену рухливість артикуляційних органів мовлення (губів, язика та м'якого піднебіння), що ускладнює артикуляцію. Під терміном «артикуляція» слід розуміти злагоджену роботу мовленнєвого апарату, що забезпечує здатність вимовляти звуки.

Дизартрія у дорослих проявляється без супутніх форм розпаду мовленнєвої системи (тобто порушення слухового сприймання мовлення, порушення письма і читання). Дизартрія у дітей, на відміну від дорослих, часто є причиною розладів, пов'язаних зі словом, що призводить до порушень читання та письма. У деяких випадках це призводить до загального недорозвинення мовлення.

При вимові звуків відзначається їх нечіткість щодо особливостей голосу, при цьому захворюванні вона може проявлятися як у вкрай слабкій формі відтворення, так і, навпаки, в дуже різкій. У вимові відсутня характерна плавність мовлення, дихання збивається з ритму, змінюється темп мовлення: то сповільнюється, то прискорюється.

Залежно від виявлених у кожному конкретному випадку особливостей психофізичного розвитку дітей з дизартрією клініко-психологічні характеристики базуються на наступному розподілі дітей на групи:

- 1) дизартрія, яка проявляється у дітей з нормальним розвитком;
- 2) дизартрія у дітей з гідроцефалією;
- 3) дизартрія у дітей з олігофренією;
- 4) дизартрія при ДЦП;
- 5) дизартрія у дітей з ЗПР;
- 6) дизартрія у дітей з ММД (мінімальна форма мозкової дисфункції)

[67].

Останній варіант, пов'язаний з мінімальною формою дисфункції при дизартрії у дітей, що зустрічається досить часто, спостерігається в групах дітей спеціальних дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів. При цьому порушення мовлення супроводжуються розладами пам'яті, уваги, вольової та емоційної сфери, інтелектуальної діяльності, легкими формами рухових розладів, уповільненням у формуванні вищих психічних функцій. Прояв рухових розладів часто спостерігається під час сидіння, повзання, ходьби, захоплення предметів пальцями з подальшим маніпулюванням ними тощо.

Емоційно-вольові розлади – це виявлення емоційної збудливості, а також загального виснаження організму, що характеризує стан нервової системи. На першому році життя діти тривожні, потребують постійної уваги, плаксивості, у них втрата апетиту і сну, схильність до діатезу, розлади шлунково-кишкового тракту, а також блювота і нудота. Ці діти є дуже метеозалежними.

У дошкільному віці спостерігається руховий неспокій, схильність до підвищеної дратівливості і перепадів настрою, метушливість, неслухняність і грубість. Підвищений руховий неспокій виникає під час втоми.

І хоча у дітей немає важких форм парезів і паралічів, їх моторика переважно незграбна, некоординована. Істотними порушеннями в цьому віці є проблеми у формуванні навичок самообслуговування. Порушення моторики – це затримка формування навичок письма, через це у дитини часто відсутній практичний інтерес до рукоділля (ліплення, малювання тощо), у них поганий почерк (шкільний вік). Розлади, пов'язані з інтелектуальною діяльністю проявляються у зниженні розумової працездатності, уваги та пам'яті.

Загалом дизартрія є глобальною проблемою, тому її поширення повністю залежить від функції мовлення, а не окремих елементів у ньому. Найчастіше причиною цього є передача матері інфекційного захворювання під час вагітності, а також важка форма токсикозу. При вагітності дизартрія може призвести до патологічного розвитку плаценти, стрімких або, навпаки, затяжних пологів. Під час пологів дизартрія може бути викликана народженням дитини в стані асфіксії, крововиливу в мозок, черепно-мозкової травми та ін.

Причини також включають ураження нервової системи при гемолітичній хворобі новонародженого (руйнування еритроцитів), інфекційних захворюваннях нервової системи, черепно-мозкових травмах, рідко цереброваскулярних розладах, пухлинах головного мозку, порушеннях

нервової системи, таких як вроджена аплазія ядер черепно-мозкових нервів, а також спадкові хвороби нервової і нервово-м'язової систем.

Дизартричні порушення мовлення спостерігаються при різних органічних ураженнях головного мозку, які у дорослих мають більш виражений осередковий характер. У дітей захворюваність дизартрією в першу чергу пов'язана з частотою перинатальної патології, ураженням нервової системи плода та новонародженого.

Дизартрія найчастіше зустрічається при ДЦП, і існує залежність між тяжкістю і характером ураження, частотою і тяжкістю дизартрії. При найважчих формах ДЦП, коли є ураження верхніх і нижніх кінцівок і дитина залишається практично нерухомою (подвійна геміплегія), дизартрія (анартрія) спостерігається майже у всіх дітей. Відзначено взаємозв'язок між тяжкістю ураження верхніх кінцівок і порушеннями мовленнєвої мускулатури (О. Мастюкова).

Дизартрію також може спровокувати перенесення дитиною інфекційного захворювання, що вражають мозок та його оболонки (менінгіт, менінгоенцефаліт та ін.).

Слід зазначити, що, крім зв'язку з іншими видами патологій, дизартрія може виступати як симптом ДЦП, в цьому випадку причини зв'язку вивчені недостатньо. Раніше вважалося, що церебральний параліч є наслідком пологової травми, але останні клінічні дослідження виявили, що у 80% випадків ця патологія є вродженою і ДЦП розвивається внутрішньоутробно. [61].

Спираючись на наукові праці дослідників [8; 42; 55; 65] визначимо ступені вираженості дизартрії:

1. Стерта дизартрія – це форма дизартрії, яка проявляється наявністю мовленнєвих, психологічних та неврологічних симптомів, що часто дає підстави сплутати дизартрію з таким розладом, як дислалія. Диференціація одного варіанту від іншого полягає в наявності при дизартрії осередкового порушення. Симптоми стертої дизартрії

виражаються як у дефектах мовлення, так і в поведінці. Мовні симптоми проявляються в неправильній вимові передньоязикових, шиплячих і свистячих звуків. Голос монотонний, слабкий і тихий, тембр змінений, слухове сприйняття знижене, невербальні симптоми включають ослаблення довільних рухів. У дітей спостерігаються патологічні рефлекси: пітливість стоп, долонь, мимовільне автоматичне посмикування обличчя (гіперкінези), зміна м'язового тону. Підвищений тонус (спастичність) дають щільно зімкнуті губи, напружені м'язи шиї та обличчя, обмеженість рухів артикуляційного апарату. При зниженому тонусі (гіпотензія) язик млявий і лежить на дні рота, губи напіврозкриті, тече слина. Перехід з одного тону на інший (дистонія) порушує дихання під час вимови, в момент вимови воно переривчасте і прискорене. У деяких випадках може спостерігатися зниження пам'яті, утруднення концентрації уваги, розумової діяльності. Першими ознаками стертої форми дизартрії є нечітка вимова, спотворення звуків. Таке мовлення часто нагадує вимову з повним ротом каші. Це трапляється з дорослими після інсульту або травми голови. У немовлят перші ознаки захворювання можуть свідчити про слабкий смоктальний рефлекс.

2. Виражена дизартрія – це різновид дизартрії, при якій дитина використовує мовлення, але воно є нечітким і нечленороздільним, під час вимови порушується інтонація, голос, дихання.

3. Анартрія – це форма дизартрії, яка супроводжується абсолютною нездатністю дитини говорити. Діти з анартрією розуміють усне мовлення, вчать користуватися алфавітом, що свідчить про певну сформованість фонематичного сприйняття. У деяких дітей з анартрією тривалі та систематичні корекційні заходи сприяють формуванню повноцінного фонематичного сприйняття. У таких дітей розвиваються жестикуляція, голос, міміка та реакції відтворення звуку для спілкування з оточуючими.

Залежно від локалізації, дизартрія може супроводжуватися периферичним або центральним паралічем. Периферичний параліч пошкоджує периферичний руховий нейрон у поєднанні з його зв'язками та м'язами. Центральний параліч впливає на центральний руховий нейрон, а також на зв'язки, які існують між ним і периферичним нейроном.

При периферичних паралічах у дітей спостерігається атрофія м'язів, зниження або відсутність рефлексів та м'язового тону. Центральний параліч розвивається внаслідок ураження центрального рухового нейрона. Це ураження відбувається в будь-якій його частині (спинний мозок, стовбур головного мозку, кора головного мозку) (рухова зона).

Периферичний параліч в основному проявляється в порушенні мимовільних і довільних рухів, центральний параліч переважно тільки в довільних рухах. Периферичний параліч супроводжується порушенням дифузної шкали артикуляційної моторики, а центральний параліч визначає порушення дрібних диференційованих рухів. Існують відмінності і в особливостях тону м'язів: центральний параліч супроводжується переважанням підвищеного тону м'язів (визначається як його спастичність); периферичний параліч характеризується практичною відсутністю тону.

Параліч також чинить значний вплив і на звуковимову.

При периферичних паралічах визначається порушення артикуляції голосних до звуку нейтрального характеру, а дзвінких приголосних і голосних - до глухого, в такому випадку діагностується бульбарна дизартрія.

Бульбарна дизартрія – це дизартрія, спричинена периферичним парезом або паралічем м'язів, що беруть участь у артикуляції, внаслідок ураження язикоглоткового, блукаючого та під'язикового нервів та їх ядер, тому часто поєднується з порушенням ковтання.

При бульбарній дизартрії спостерігається порушення ковтання, тремор під час їжі, потрапляння харчових мас у ніс, порушення голосоутворення (глухий голос з носовим відтінком), порушення звуковимови (мовлення

нечітке, розмите); обмеження рухливості м'якого піднебіння, нерухомість голосових зв'язок, язика, виражена атрофія м'язів язика та глотки.

Бульбарна форма дизартрії часто поєднується з появою порушень ковтання у дітей, крім того бульбарна дизартрія також є одним із симптомів бульбарного синдрому. Що стосується центрального паралічу, який визначається як псевдобульбарна дизартрія, то у нього змінюється артикуляція голосних, звучання приголосних може бути як приглушеним, так і дзвінким.

Псевдобульбарна дизартрія – це дизартрія, спричинена центральним паралічем м'язів, що іннервуються язикоглотковим, блукаючим і під'язиковим нервами. Внаслідок двостороннього ураження рухових кірково-ядерних шляхів проявляється монотонність мовлення, що є одним із симптомів паралічу.

При псевдобульбарній дизартрії спостерігається гіперсалівація (підвищене слиновиділення) – обмеження рухів мовленнєвих м'язів, порушення довільного ковтання, парез губних м'язів; підвищення м'язового тону в артикуляційних м'язах, обмеження рухів губ, язика, м'якого піднебіння, порушення дихання, жування, іноді ковтання. Мовлення розмите, мало зрозуміле, голос глухий, немодульований, їх мовлення стає одноманітним. Ця форма захворювання може виступати і як симптом псевдобульбарного синдрому.

Псевдобульбарна дизартрія характеризується підвищенням тону м'язів артикуляційної мускулатури за типом спастичності – спастична форма псевдобульбарної дизартрії. Рідко спостерігається незначне підвищення м'язового тону, паретична форма псевдобульбарної дизартрії з обмеженням рухів. При цих формах спостерігається обмеження активних рухів м'язів артикуляційного апарату, у важких випадках майже повна відсутність.

При відсутності або недостатності довільних рухів, збереженні рефлекторних автоматичних рухів, посиленні глоткових, піднебінних

рефлексів, а також у деяких випадках при збереженні рефлексів ротового автоматизму виникають синкінези. Язик при псевдобульбарній дизартрії напружений, відведений назад, його спинка округлена і закриває вхід у глотку, кінчик язика не виражений.

Довільні рухи язика утруднені, дитина не може висунути язик з рота, але амплітуда цього руху обмежена, їй важко утримувати висунутий язик по середній лінії; а тому язик відхиляється вбік або опускається на нижню губу, опускаючись до підборіддя. Бічні рухи висунутого язика мають малу амплітуду, повільний темп, дифузійний рух усієї його маси, кінчик язика при всіх його рухах залишається пасивним і зазвичай напруженим [12, с.400].

Крім бульбарної та псевдобульбарної форм цього порушення, спостерігається коркова дизартрія.

Коркова дизартрія – дизартрія, спричинена ураженням коркових ділянок в області передньої центральної звивини, пов'язане з функцією м'язів, що беруть участь у артикуляції; відрізняється порушенням вимови складів при збереженні правильної структури слова.

Ця форма дизартрії характеризується більш ізольованими порушеннями вимови окремих звуків, відсутністю слиновиділення. Це пов'язано з тим, що уражаються ділянки мозку, які безпосередньо беруть участь у процесах артикуляції. Особливістю цієї форми захворювання є розлад звуковимови, що відноситься до складів, але зберігає правильну структуру слова [46].

Перший варіант коркової дизартрії обумовлений одностороннім або частіше двостороннім ураженням нижньої частини передньої центральної звивини. У цих випадках має місце вибіркового центрального парезу м'язів артикуляційного апарату (переважно язика). Вибірковий кортикальний парез окремих м'язів язика призводить до обмеження найдрібніших ізольованих рухів: руху кінчика язика вгору. У цьому випадку порушується вимова передньоязикових звуків.

Другий варіант коркової дизартрії пов'язаний з відсутністю кінестетичного праксису, що спостерігається при односторонньому ураженні

кори доміантної (зазвичай лівої) півкулі головного мозку в нижніх постцентральных відділах кори. У цих випадках страждає вимова приголосних звуків, особливо шиплячих і африкатів. Порушення артикуляції періодичні і неоднозначні. Пошук правильного артикуляційного укладу в момент мовлення уповільнює його темп і порушує плавність. Виникають труднощі з відчуттям і відтворенням певних артикуляційних систем. Не вистачає мімічного гнозису: дитині важко зрозуміти локалізацію точкового дотику до певних ділянок обличчя, особливо в артикуляційному апараті.

Третій варіант коркової дизартрії пов'язаний з відсутністю динамічного кінетичного праксису, що спостерігається при односторонньому ураженні кори доміантної півкулі в нижніх відділах премоторних відділів кори. При порушеннях кінетичного праксису важко вимовляються складні африкати, які можуть розпадатися на складові частини, відбуваються заміни щілинних звуків у закритих [з] - [д], пропуски звуків при збігу приголосних, іноді з вибіркоким затуханням. Мовлення дитини цієї форми дизартрії напружене, повільне.

Наступною формою дизартрії є мозочкова дизартрія. Ця дизартрія обумовлена ураженням мозочка або його провідних шляхів, що характеризується вираженою асинхронністю артикуляції, голосу і дихання, порушенням темпу і плавності мови.

Мовлення повільне, співуче, розтягнуте, поштовхове, порушена модуляція, немає правильної розстановки наголосів, спостерігається затихання голосу до кінця фрази.

При цій формі дизартрії уражається мозочок і його зв'язки з іншими відділами центральної нервової системи, а також лобно-мозочкові шляхи. Мовлення при мозочковій дизартрії повільне, імпульсивне, невиразне, з порушенням модуляції наголосів, затихання голосу до кінця фрази. Відзначається знижений тонус м'язів язика і губ, язик тонкий, розкинутий у роті, його рухливість обмежена, темп рухів уповільнений, виникають

труднощі в підтримці артикуляційних систем і слабкість їх відчуттів, м'яке піднебіння обвисає, жування ослаблене, міміка млява.

Рухи язика неточні з проявами гіпер- або гіпометрії (надлишок або достатній обсяг рухів). При менших цілеспрямованих рухах відзначається невелике тремтіння язика, характерна виражена назалізація більшості звуків.

Підкіркова (екстрапірамідна, гіперкінетична) дизартрія – це дизартрія, що виникає при ураженні підкіркових вузлів та їх нервових зв'язків.

Характерними ознаками цієї форми дизартрії є мимовільна зміна тону в артикуляційних м'язах (язик, голосові зв'язки, губи різко напружуються, потім розслабляються). Мовлення нечітке з носовим відтінком, немодульоване, виявляється різко порушеними просодика, інтонаційно-мелодійна структура мовлення, її темп. Іноді спостерігаються гіперкінези м'язів обличчя та артикуляційного апарату, грубі порушення дихання та голосу.

Екстрапірамідна дизартрія проявляється на фоні ураження, яке стосується підкоркових вузлів у поєднанні з їх нервовими зв'язками. В даному випадку відзначається змазаність і невиразність мовлення, також відзначається носовий відтінок, суттєво порушене інтонаційно-виразне забарвлення та темп мовлення. Обсяг рухів у м'язах артикуляційного апарату при екстрапірамідній дизартрії, на відміну від псевдобульбарної, може бути достатнім.

У дитини виникають особливі труднощі в утриманні та відчутті артикуляційної пози. Це пов'язано з постійною зміною тону м'язів і бурхливими рухами. При екстрапірамідній дизартрії часто спостерігається кінестетична диспраксія. У стані спокою в мовних м'язах можуть спостерігатися незначні коливання м'язового тону (дистонія) або деяке зниження (гіпотонія) [23].

Під час мовлення в стані збудження, емоційного напруження спостерігається різке підвищення тону м'язів і бурхливі рухи. При цьому язик збирається в грудку, підтягується до кореня, різко напружується,

підвищується тонус м'язів голосового апарату і дихання. У зв'язку з цим дитина не може вимовити жодного звуку. При менш виражених порушеннях тону м'язів мовлення нечітке, голос з носовим відтінком, різко порушена просодична сторона мовлення, її інтонація та мелодійна будова а також темп.

Емоційні відтінки в мовленні не виражені, мовлення одноманітне, немодульоване, відбувається згасання голосу, яке переходить у незрозуміле бурмотіння. Особливістю екстрапірамідної дизартрії є відсутність стійких і подібних порушень вимови, а також великі труднощі в автоматизації звуків.

Екстрапірамідна дизартрія часто поєднується з порушеннями слуху, такими як нейросенсорна глухота, з втратою слуху на високих частотах.

Наступним типом дизартрії є паркінсонічна дизартрія, яка діагностується як паркінсонізм. Основними ознаками є нечіткість і уповільненість вимови, а також загальне порушення модуляції голосу, лікування в цьому випадку передбачає обов'язкову терапію.

І, нарешті, екстрапірамідна дизартрія і холодова дизартрія. У першому випадку розвиток захворювання обумовлено актуальністю ураження стриопалідарної системи. У другому випадку розлад є симптомом, який виникає при міастенічному синдромі і, власне, при міастенії.

Акцентуючи увагу на холододійній дизартрії, можна виділити її особливості, а саме: поява ускладнень, пов'язаних з артикуляцією в результаті перебування при низькій температурі, а також при розмові на вулиці. Лікування холодової дизартрії вимагає початкового лікування, яке є основним захворюванням. Цікаво, що це порушення часто є єдиним симптомом, який свідчить про наявність у пацієнта прихованої форми міопатії або вродженої недиагностованої форми.

Отже, для всіх форм дизартрії характерні порушення артикуляційної моторики, які проявляються рядом ознак: порушенням тону м'язів і рухливості артикуляційних м'язів, характер яких залежить насамперед від локалізації ураження головного мозку.

Розрізняють такі форми порушення тону́су артикуляційних м'язів при дизартрії: спастичність артикуляційної мускулатури – постійне підвищення тону́су м'язів язика, губ, м'язів обличчя і шиї. Підвищення м'язового тону́су може бути більш локальним і поширюватися лише на окремі м'язи язика. При вираженому підвищенні м'язового тону́су язик напружений, втягнутий в глибину ротової порожнини, спинка його вигнута, піднята, кінчик язика не виражений. Напружена спинка язика, піднята до твердого піднебіння, сприяє пом'якшенню приголосних звуків.

Особливістю артикуляції при спастичності м'язів язика є палаталізація, що може сприяти фонематичного недорозвитку. Такій дитині може бути важко розрізняти значення слів, що мають подібне звучання. Підвищення м'язового тону́су в м'язах обличчя та шиї ще більше обмежує довільні рухи в артикуляційному апараті[23].

Порушення артикуляційної моторики при дизартрії є наслідком обмеження рухливості артикуляційних м'язів, що посилюється розладами м'язового тону́су, наявністю мимовільних рухів (гіперкінези, тремор) та порушенням координації. Відомо, що недостатня рухливість артикуляційних м'язів погіршує вимову.

При дизартрії, на відміну від дислалії, може бути порушена вимова як приголосних, так і голосних звуків. При парезі м'язів язика, порушеннях їх м'язового тону́су часто неможливо змінити конфігурацію язика, його подовження, вкорочення, розгинання, відтягування назад [21].

Розлади мовлення ускладнюються обмеженням рухливості м'язів м'якого піднебіння (які стягують і піднімають його). При парезі цих м'язів підняття м'якого піднебіння в момент вимови утруднене або неможливе. Відбувається проникнення повітря через ніс, голос стає носовим, спотворюється тембр мовлення, недостатньо виражені шумові ознаки звуків мовлення.

Дизартрія на різних рівнях її прояву характеризується порушенням передачі імпульсів від кори головного мозку до ядер черепно-мозкових

нервів. Враховуючи цю особливість, не відбувається надходження до м'язів відповідних нервових імпульсів і внаслідок чого порушується функція основного типу тих черепно-мозкових нервів, які безпосередньо пов'язані з вимовою: блукаючі, підязикові, лицьові, трійчасті та язикоглоткові).

Більш детально опишемо вплив цих нервів на мовлення [23].

Трійчастий нерв іннервує нижню частину обличчя і жувальні м'язи відповідно, ураження цього нерва визначає труднощі, пов'язані з відкриттям і закриттям рота, а також рухами, нижньою щелепою, ковтанням і жуванням.

Під'язиковий нерв іннервує м'язи обличчя. Відповідно, в лицьовому нерві спостерігаються певні порушення в плані рухливості язика, а тому виникають труднощі з утриманням його в певному положенні.

Іннервацію м'язів обличчя забезпечує лицьовий нерв. Пошкодження цього нерва призводить до маскоподібного і амімічного обличчя, а також до труднощів при закритті очей, спробах надути щоки.

Іннервацію задньої третини язика забезпечує язикоглотковий нерв. Він іннервує м'яке піднебіння та глоткові м'язи, при ураженні голос стає носовим, ковтальний рефлекс знижений, малий язик відхилений убік.

Блукаючий нерв іннервує м'язи глотки, м'якого піднебіння, гортані, дихальні м'язи та голосові зв'язки. При ураженні блукаючого нерва починають давати збої м'язи глотки і гортані, порушуються дихальні функції.

У дитинстві прояви дизартрії характеризуються парезом м'язів, що призводить до утруднення грудного вигодовування (прикладання до грудей здійснюється на 3-7 добу, тобто пізно), частоті блювоти та млявості.

Ранній розвиток дітей може супроводжуватися в цьому випадку відсутністю лепету, та белькотіння. З затримкою діти вимовляють перші слова (переважно в 2-2,5 роки), подальший розвиток їхнього мовлення супроводжується неправильною вимовою майже всіх видів звуків [46-47].

Також дизартрія може супроводжуватися артикуляторною апраксією, причиною якої є недостатність у дітей в артикулярній мускулатурі кінестетичних відчуттів.

У порушень, пов'язаних зі звуковимовою, що виникли на фоні артикулярної апраксії, є дві основні особливості:

1) звуки, що знаходяться в безпосередній близькості один від одного в області їх артикуляції, піддаються зміні і спотворенню;

2) порушення звуковимови характеризуються власною неузгодженістю, це залежить від випадків, при яких дитина може вимовляти ті чи інші звуки як у правильному варіанті, так і неправильно [60, с. 201].

Артикуляційна апраксія може проявлятися двома способами:

1) артикулярна кінестетична апраксія, яка безпосередньо пов'язана з патологією в тім'яних відділах мозку, що, в свою чергу супроводжується виникненням труднощів при знаходженні окремого варіанту артикуляторної пози;

2) артикуляційна кінетична апраксія, що викликається патологією в премоторних відділах мозку. Це проявляється у вигляді порушення динамічної організації артикуляційних рухів, що ускладнює можливість переходу від одного звуку до іншого.

Крім того, симптоми дизартрії супроводжуються різноманітними повторами складів і звуків, їх вставками, перестановками і пропусками. Фізично діти незграбні, часто спотикаються і падають, і часто їм важко виконувати вправи. Через порушення дрібної моторики у дітей виникають проблеми із зав'язуванням шнурків, застібанням гудзиків тощо.

Отже, більшість дітей зі стертою формою дизартрії мають слабку (стерту) неврологічну симптоматику, яка виявляється при ретельному обстеженні і свідчить про органічні ураження центральної нервової системи. Основним симптомом є стійке порушення вимови, яке важко піддається корекції і негативно впливає на формування інших сторін мовлення. Щоб відрізнити стерту форму дизартрії від складної дислалії, необхідно

комплексне медико-педагогічне дослідження, в якому враховуються не тільки всі складові.

1.2. Клініко-психолого-педагогічна характеристика дітей з дизартрією

Стерта дизартрія у дітей є поширеним і, водночас, недостатньо вивченим розладом мовлення. Провідними порушеннями в структурі цього дефекту є специфіка формування системи фонетичних засобів мовлення, що використовуються для формування звукової форми значущих одиниць (О.Токарева, Л. Лопатіна, О. Вінарська, А. Пулатов та ін.) [60; 32; 12].

Термін «стерта» дизартрія вперше запропонувала О. Токарева, яка характеризує прояви «стертої дизартрії» як легкі (стерті) прояви «псевдобульбарної дизартрії», які важко подолати. За її словами, зазвичай ці діти можуть правильно вимовляти більшість ізольованих звуків, але в мовленні вони погано автоматизовані і недостатньо диференційовані. Було відзначено, що артикуляційні рухи у цих дітей можуть порушуватися своєрідно. При обмеженій звуковимові та рухах губами спостерігається неточність рухів і недостатня сила, а також млявість і нечіткість рухів внаслідок мовних гіперкінезів [50, 74].

Пізніше дослідниця М. Давидова запропонувала дещо модифіковане визначення стертої дизартрії: «розлади мовлення, зумовлені вибірковою неповноцінністю деяких рухових функцій мовленнєвого апарату, слабкістю та млявістю мовленнєвих м'язів, що можна віднести до легкої стертої псевдобульбарної дизартрії».

Порушення вимови дуже різноманітні, і все ж основна ознака цього порушення – нечіткість, яка особливо яскраво виражена в мовленні [16].

Для діагностики цього розладу необхідно звернути увагу на наявність неврологічної симптоматики та проводити динамічне спостереження в процесі корекційної роботи. Якщо в процесі амбулаторного огляду невролог відразу виявляє органічну неврологічну симптоматику, то такі форми по

праву можна віднести до дизартрії. Часто зустрічаються діти, у яких одноразове обстеження не виявляє жодних симптомів [34].

Інше визначення подібного порушення мовлення рекомендовано М. Хвацевим [79]. Учений описує цей розлад як стійкі порушення звуковимови, що супроводжуються порушеннями іннервації, недостатністю артикуляційних органів, через які немає повних поліморфних пошкоджень звуковимови (як при дизартрії у дітей з ДЦП).

У вітчизняній логопедії термін «артикуляційна диспраксія розвитку» не має широкого визнання, його зазвичай використовують для визначення механізмів деяких форм недорозвинення мовлення, в тому числі стертої форми дизартрії. Для опису цих порушень та їх позначення пропонують різні терміни: артикуляційна диспраксія, центральна органічна або ускладнена дислалія, апраксична дизартрія.

Причини стертої дизартрії різними авторами виділяють наступні:

1. Порушення іннервації артикуляційного апарату, при якому спостерігається недостатність окремих груп м'язів (губи, язик, м'яке піднебіння); неточність рухів, їх швидке виснаження через ураження окремих відділів нервової системи.

2. Рухові порушення: утруднення знаходження певного положення губ і язика, необхідного для мовлення.

3. Оральна апраксія.

4. Мінімальна мозкова дисфункція [66; 31; 44] ;

Стерті форми дизартрії спостерігаються у дітей без явних рухових порушень, на які впливали несприятливі фактори в пренатальному, натальному та ранньому постнатальному періодах розвитку. Сучасні дослідники серед несприятливих факторів відзначають:

- токсикоз вагітності;
- хронічна гіпоксія плода;
- гострі та хронічні захворювання матері під час вагітності;
- мінімальне ураження нервової системи при реус-конфліктах;

- легка асфіксія;
- пологові травми;
- інфекційні захворювання в дитячому віці та ін.

У таких випадках легкі, «стерті» форми дизартрії поєднуються з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції, тобто розглядаються як симптоми ММД [2, 28].

Вперше спроба класифікації форм стертої дизартрії була зроблена О. Вінарською та А. Пулатовим [12] на основі класифікації дизартрії, запропонованої О. Токаревою. Автори виявили легку псевдобульбарну дизартрію та відзначили, що пірамідні спастичні паралічі у більшості дітей поєднуються з різними гіперкінезами, які посилюються під час мовлення. Ця класифікація визначає ступінь порушення, але не враховує механізми та нозологію [12].

Клініко-фізіологічні аспекти дизартрії визначаються локалізацією та тяжкістю ураження головного мозку. Анатомо-функціональний взаємозв'язок у розташуванні та розвитку рухових зон і провідних шляхів зумовлює часте поєднання дизартрії з руховими розладами різного характеру та тяжкості.

Дітей з дизартрією за клініко-психологічними ознаками можна поділити на кілька груп залежно від їх загального психофізичного розвитку: дизартрія у дітей з нормальним психофізичним розвитком; дизартрія у дітей з дитячим церебральним паралічем; дизартрія у дітей з олігофренією; дизартрія у дітей з гідроцефалією; дизартрія у дітей з ЗПР; дизартрія у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією (ММД).

Поряд з недостатністю фонологічної сторони мовлення не спостерігаються виражені порушення уваги, пам'яті, інтелектуальної діяльності, емоційно-вольової сфери, рухові розлади та затримка формування ряду вищих коркових функцій. Рухові порушення виявляються на пізніх стадіях формування рухових функцій. Особливо це проявляється у вмінні самостійно сідати, повзати з почерговим одночасним виведенням вперед

руки й протилежної ноги та з легким поворотом голови й очей у бік витягнутої руки, ходьби. Здатність захоплювати предмети кінчиками пальців і маніпулювати ними. Емоційно-вольові розлади проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості та виснаженні нервової системи [42, 19].

Визначення структури дефекту при дизартрії на сучасному рівні розвитку науки неможливе без залучення психолінгвістичних даних про процес породження мовлення.

При дизартрії реалізація рухової програми порушується через відсутність операцій зовнішнього оформлення висловлювання: голосових, темпо-ритмічних, артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень [38].

Труднощі розгорнутого мовлення при дизартрії можуть бути викликані не тільки руховими дефектами, а й порушеннями мовленнєвих операцій на рівні процесів, пов'язаних з вибором потрібного слова. Порушення кінестезії мовлення призводять до недостатньої пам'яті слів. У момент мовлення порушується максимальна ймовірність запам'ятовування потрібного слова, а тому дитина відчуває проблеми при підборі потрібного слова. Це проявляється у складності введення лексичної одиниці в систему синтагматичних і парадигматичних відносин [77; 80; 83].

Психолого-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень була розроблена в 60-х роках 20 століття Р. Левіною [42]. Дослідниця сформулювала нові принципи аналізу мовленнєвих порушень. Ця класифікація базується на структурних компонентах мовленнєвої системи, мовленнєвої функції, співвідношенні усного і писемного мовлення, і на основі цієї класифікації знаходять спільні ознаки дефектів при різних формах мовленнєвих порушень.

Вчена Л. Лопатіна [33] з метою розробки методики диференційованої корекції обстежила дошкільників, які страждають різними формами стертої дизартрії. Усі оглянуті нею діти були поділені на три групи. Основним критерієм вибору була якість експресивного мовлення:

- 1) стан звуковимови,

- 2) просодична сторона мовлення,
- 3) зв'язне мовлення,
- 4) загальна та артикуляційна моторика.

У всіх дітей є порушення мовлення, і спільним для дітей є порушення просодичної сторони мовлення.

У дітей першої групи добре сформоване експресивне мовлення, за винятком фонетичної та просодичної сторони.

У дітей другої групи стерта форма дизартрії поєднується з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення. У дітей порушена звуковимова, несформована слухова і звуковомовна диференціація звуків. Виникають труднощі в звуковому розборі, у відтворенні складного компонента будови слова.

У дітей третьої групи стерта форма дизартрії поєднується із загальним недорозвиненням мовлення, тобто порушується як звукова, так і смислова сторони мовлення.

Крім мовленнєвих порушень у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням можуть спостерігатися особливості формування вищих психічних функцій:

- 1) увага нестійка;
- 2) погано сформована довільна увага;
- 3) звужена пам'ять;
- 4) домінує наочне мислення,
- 5) труднощі в розумінні абстрактних понять і взаємозв'язків,
- 6) повільне мислення.

Під час навчальної діяльності для дітей з цим порушенням мовлення характерні такі прояви:

- нестабільна поведінка,
- часті зміни настрою;
- труднощі в оволодінні навчальною діяльністю, оскільки діти швидко втомлюються;

– труднощі із запам'ятовуванням інструкцій.

Виділення різної за структурою дефекту мовлення при стертій формі дизартрії та врахування індивідуальних особливостей дитини є важливим фактором реалізації диференційованого підходу в процесі логопедичної роботи.

У дослідженнях Є. Соботович та А. Чернопольської [58] визначено типологію порушень залежно не лише від неврологічної симптоматики, рухових порушень, а й фонематичного та загального розвитку при різних формах легкої дизартрії.

Залежно від проявів порушень рухової сторони мовленнєвого процесу та з урахуванням локалізації паретичних явищ артикуляційної системи автори виділили 4 групи дітей та виділили типи стертої дизартрії:

1) порушення мовлення, зумовлені вибірковою неповноцінністю деяких рухових функцій мовного апарату (I група);

2) слабкість, млявість артикуляції м'язів (II група).

Ці дві групи належать до стертої псевдобульбарної дизартрії.

3) клінічні особливості мовленнєвих розладів, пов'язаних із утрудненням виконання довільних рухових актів (III група – коркова дизартрія);

4) дефекти звукової сторони мови, наявні у дітей з різними формами моторної недостатності (IV група), віднесені до змішаних форм дизартрії [88].

Координація рухів розвивається поступово на основі досвіду та вправ, оскільки це складний сенсомоторний акт, який починається аферентним потоком і закінчується адекватною центральною реакцією.

Дослідник О. Коренев, таким чином, виділяє:

1) дисфонічна диспраксія внаслідок порушення функції I рівня організації практики;

2) дисфонологічна диспраксія внаслідок неповноцінного дозрівання II рівня;

3) вербальна диспраксія внаслідок неповноцінності вищого, III рівня організації мовленнєвої практики [30].

Діагностика стертої форми дизартрії та методи корекційної роботи розроблені недостатньо.

Діагностика стертої дизартрії і методика корекційної роботи розроблені недостатньо. У роботах О. Правдиної, Л. Мелехової і ін. розглядаються питання симптоматики дизартричних розладів мовлення, при яких спостерігається «змазаність» артикуляції [47, 74]. Автори відзначають, що стерта дизартрія схожа на складну дислалію. Диференціальна діагностика стертої дизартрії утруднена. Порухення фонетичної сторони мовлення при стертій дизартрії, зовні схожі з іншими порушеннями звуковимови, разом з тим мають специфічний механізм. Виражені порушення звуковимови при стертій дизартрії практично не піддаються корекції і негативно впливають на формування фонематичної і лексико-граматичної сторін мовлення, ускладнюють процес навчання дітей. Своєчасна корекція порушень мовного розвитку є необхідною умовою психологічної готовності дітей до навчання в школі, створює передумови для соціальної адаптації дошкільнят з порушеннями мовлення [45, 25]

Таким чином, більшість дітей зі стертою формою дизартрії мають слабку (стерту) неврологічну симптоматику, яка виявляється при ретельному обстеженні і свідчить про органічні ураження центральної нервової системи. Порушення мовлення мають значний вплив на формування у дітей сенсорної, інтелектуальної, афективної та вольової сфер, при недостатній стійкості уваги, обмежених можливостях її розподілу. При відносно збереженій смисловій, логічній пам'яті у дітей знижена словесна пам'ять, страждає продуктивність пам'яті, діти забувають елементи складних інструкцій і послідовність виконання завдань. У найслабших дітей зниження активності пригадування може поєднуватися з обмеженим когнітивним розвитком. Зв'язок мовних порушень з іншими сторонами психічного розвитку визначає специфічні особливості мислення, а тому, маючи повні передумови для

оволодіння доступними для їх віку розумовими операціями, діти відстають у розвитку словесного логічного мислення. Без спеціальної підготовки дітям дуже важко оволодіти аналізом і синтезом, порівнянням і узагальненням.

1.3. Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення у дітей з дизартрією

Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку з дизартрією є порушенням процесів формування вимови через дефекти сприйняття та вимови фонем [43].

Для фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку характерні такі прояви:

1. Недиференційована вимова пар або груп звуків («тюмка» замість «сумка», «тяпка» замість «шапка», таким чином замінюючи звуки іншими, простішими за артикуляцією.
2. Змішування звуків (нестійке використання ряду звуків).
3. Спотворена вимова одного або декількох звуків.

Дитина дошкільного віку може спотворено вимовляти один або декілька звуків. Також дитина може спотворено вимовляти два або чотири звуки або говорити чисто без дефектів, а ось на слух не розрізняти велику кількість звуків різних груп. Таким чином, відносно правильна звуковимова може маскувати глибокий недорозвиток фонематичних процесів [78].

Без достатньо сформованого фонематичного сприйняття звуковий аналіз слів неможливий. Окреслений аналіз є операцією розумового поділу на складові елементи різних звукових комплексів: сполучення звуків, складів, слів.

На думку дослідників, ступінь фонематичного недорозвинення можна визначити так:

1. Первинне порушення фонематичного сприйняття. Недостатньо сформовані передумови для засвоєння звукового аналізу та рівня звукового аналізу.

2. Вторинне порушення фонематичного сприйняття. Відбувається порушення кінестезії мовлення через анатомо-моторні дефекти органів мовлення, оскільки відбувається порушення нормальної слухової взаємодії.

Для фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення характерна наявність кількох станів: труднощі в аналізі звуковимови, з добре сформованою артикуляцією, а також неможливість визначити наявність і послідовність звуків у слові.

Фонематичний слух – це систематизований слух, що дозволяє розрізнити і розпізнавати фонемі рідної мови. Він також є частиною фізіологічного слуху і має на меті співвіднести та протиставити звуки, які чує дитина, з їхніми стандартами, тобто тими, які зберігаються в пам'яті людини.

З огляду на це зазначимо, що поняття «фонематичний слух» необхідно відрізнити від поняття «фонематичного сприйняття».

Індивідуальний варіант звучання фонем визначається не однією ознакою, а сукупністю не тільки компонентів, які ми чуємо, а й зорово, рухових відчуттів, що виникають під час вимови.

Відома вчена Р. Левіна зазначає, що ключовим моментом у корекції недорозвинення мовлення, є фонематичне сприймання та звуковий аналіз [42].

У цьому конкретному випадку, крім корекції мовленнєвих порушень, необхідно передбачити розвиток у дітей фонематичних уявлень, а також формування повноцінних навичок аналізу та синтезу звукової структури слова.

За літературними джерелами [46; 40; 75], для звуковимови таких дітей характерні наступні особливості:

1. Недоступність у мовленні тих або інших звуків і заміна звуків. Складні за своєю артикуляцією звуки замінюються подібними за

артикуляцією, наприклад, звуки [с] [ш] замінюються на [ф], замість [р] [л]; свистячі та шиплячі замінюються на звуки [т], [т'], [д], [д']. Неможливість правильної звуковимови або ж навпаки заміна звуків різними артикуляційними симптомами спричинює змішування фонем. Під час змішування звуків, які є близькими за своїм звучанням або артикуляції, у дитини формується артикулема, але сам процес фонемоутворення не закінчується. Труднощі розрізнення близьких звуків, які належать при цьому до різних фонетичних груп, у подальшому призведуть до труднощів читання та письма (змішування). Кількість неправильно вимовлених або неправильно вжитих у мовленні звуків може досягати дуже значної кількості: від шістнадцяти аж до двадцяти. Як свідчить практика, частіше за все несформованими є виявляються свистячі та шиплячі ([с]-[с'], [з] - [з'], [ц],[ш],[ж],[ч]); звуки [т'], [д']; звуки [л], [р], [р']; дзвінки заміщуються парними глухими; недостатньо протиставлені пари м'яких і твердих звуків.

2. Заміни групи звуків дифузною артикуляцією. Коли замість двох або близьких за вимовою звуків вимовляється середній нечіткий звук, наприклад замість [ш],[с] – м'який звук [ш], замість [ч] і [т] вимовляється пом'якшений [ч]. Усі ці особливості є свідченням того, що у дитини наявна недостатня сформованість фонематичного слуху або його порушення. Такі порушення, при яких одна фонема замінюється на іншу і призводить до спотворення змістового наповнення слова, і називають фонематичним.

3. Нестійке вживання звуків у мовленні. Бувають випадки, коли дитина за інструкцією правильно називає звуки ізольовано, але вони відсутні в мовленні або замінюються іншими. Іноді дитина вимовляє одне й те саме слово в різних контекстах або під час повторення, і буває ситуація, коли дитина замінює звуки однієї фонетичної групи і спотворює звуки іншої. Такі розлади називають «фонетико-фонематичними розладами».

4. Спотворена вимова одного або кількох звуків. Відносно правильна вимова може включати глибоке недорозвинення фонематичних процесів.

Підсумовуючи вищесказане, зазначимо, що під фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення розуміється наявність у дитини дошкільного віку недорозвинення всієї звукової сторони мовлення: порушення мовлення, труднощів у диференціації опозиційних звуків; несформований розбір і синтез звукового складу слова.

Висновки до першого розділу

Визначено, що дизартрія – це порушення звуковимовної сторони мовлення, що обумовлено органічною недостатністю іннервації мовного апарату. Стерта дизартрія, як одна з форм дизартрії, – мовна патологія, що проявляється порушеннями фонетичного та просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи і виникає внаслідок мікроорганічного ураження головного мозку. Етіологія дизартрії включає виникнення несприятливих явищ внутрішньоутробно, під час пологів і в перші роки життя.

Визначено, що під фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення розуміється наявність у дитини дошкільного віку недорозвинення всієї звукової сторони мовлення: порушення мовлення, труднощів у диференціації опозиційних звуків; несформований розбір і синтез звукового складу слова.

Порушення вимови звуків у дитини з фонетико-фонематичним недорозвиненням дошкільного віку свідчить про порушення сформованості фонематичного сприйняття.

РОЗДІЛ 2.

ВИВЧЕННЯ СТАНУ СФОРМОВАНОСТІ ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯУ ДІТЕЙ ІЗ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИЄЮ

2.1. Методика констатувального експерименту

Розвиток мовлення дитини – складний процес, що вимагає нормального розвитку та функціонування головного мозку. Шкідливі фактори, що діють на мозок під час внутрішньоутробного розвитку, при народженні або в перші роки життя, порушують процес дозрівання та функціонування. Органічне ураження центральної нервової системи (ЦНС) може призвести до порушення мовлення, такого як дизартрія.

Дизартрія – це порушення звуковимовної сторони мовлення, внаслідок порушення іннервації мовного апарату. Провідним дефектом при дизартрії є порушення звуковимовної та просодичної сторони мовлення, яке пов'язане з органічним ураженням центральної та периферичної нервової системи.

Клініка дизартрії визначається локалізацією і тяжкістю ураження головного мозку і часто поєднується з руховими порушеннями різного характеру і вираженості. Порушення мовлення при дизартрії виникають в результаті ураження структур мозку, необхідних для забезпечення рухового механізму мовлення [48].

Обстеження стану сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії на базі закладу дошкільної освіти «Джерельце». Обстеженням було охоплено 10 дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.

Процес обстеження стану сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії (первинна діагностика) проводилася нами в такий спосіб:

Первинна діагностика: (підбір методики, підбір діагностичного матеріалу):

1) Підготовка до діагностики (підбір методики до завдань дослідження, підбір діагностичного матеріалу);

2) Власне діагностика (проведення дослідження сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії, з контрольною та експериментальною групою дітей);

3) Кількісно-якісний аналіз отриманих результатів.

Для дослідження стану сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії використано традиційну методику, розроблену та апробовану Н. Трубніковою [62].

Завдання констатувального експерименту:

1. Вивчити анамнестичні дані.
2. Дослідити рухову функцію апарату артикуляції.
3. Дослідити стан звуковимови.
4. Дослідити фонематичний слух і сприйняття.
5. Дослідити структуру мовленнєвого дефекту.

Діагностику ми розпочали із збору анамнестичних даних дітей. Це сприяло кращій діагностиці мовленнєвого розладу, допомогло припустити органічну основу порушення. Відомості про соматичний стан дитини, особливості її розвитку, та можлива спадкова природа порушень є надзвичайно важливими для діагностики.

Збір анамнестичних даних відбувався за такими параметрами:

1. Відомості про сім'ю.
2. Загальний анамнез.
3. Ранній психомоторний розвиток.
4. Мовленнєвий анамнез.

Дослідження дослідників ґрунтуються насамперед на вивченні рухової функції артикуляційного апарату, оскільки він насамперед найбільше страждає від дизартрії.

Серія рухів язиком:

- відкрити рот, показати по черзі (5-6 разів) вузький і широкий язик, закрити рот;
- відкрити рот, облизувати губи (зліва направо і навпаки),
- закрити рот;
- просунути широкий язик вперед, а потім повернути назад у рот;
- кінчик язика спирається на праву щоку, а потім на ліву

Відзначаються: правильне виконання, обсяг рухів язика, поява дружніх рухів, тремор, гіперкінез, виснаження рухів, здатність переключатися й утримувати позу, слиновиділення.

Дослідження рухової функції губ.

Дитині дають такі завдання:

- округлити губи, як при вимові звуку «О»;
- зберігати позу на рахунок до 5;
- закрити губи;
- розтягнутися в «усмішці» (зубів не видно) і зберегти позу до 5;
- підняти верхню губу вгору (видимі верхні зуби), утримати позу.

Відзначаються: правильність виконання, діапазон рухів, наявність співдружніх рухів, надмірне напруження м'язів, гіперкінезів, слинотеча, активність участі правої і лівої сторін губ.

Дослідження рухової функції м'якого піднебіння здійснювалося наступним чином:

- широко відкрити рот і чітко вимовити звук [а];
- покашляти з відкритим ротом і язиком, що лежить на нижній губі.

Відзначаються: правильність виконання, обсяг рухів, активність піднебінної зависи, наявність сінкenezій, гіперкінезів, відхилення маленького язичка в сторону, солівація.

Дослідження динамічної організації рухів артикуляційного апарату:

- чхнути, широко відкрити рот, покласти широкий язик на нижню губу, засунути язик за нижні зуби, закрити рот;
- широко відкрити рот, торкнутися кінчиком язика нижньої губи, підняти кінчик язика до верхніх зубів, потім опустити за нижні зуби і закрити рот.

Відзначається: правильність виконання, заміна одного руху іншим, пошук артикуляції, «застрявання» на одному русі, інертність, недиференційованість, плавність рухів, напруженість, гіперкінез, синкінезії, слиновиділення, темп виконання.

Методика дослідження стану звуковимови.

Оцінка загального стану сформованості мовлення.

Дитині пропонується розповісти вірш, скласти розповідь за серією сюжетних малюнків.

При цьому відзначається наступне:

- особливості сили голосу (нормальний, гучний, тихий, затихаючий до кінця фрази, виснажений);
- за висотою (нормальний, високий, низький, фальцетний, немодульований, монотонний);
- тембр (носовий, хрипкий, грубий, глухий, гортанний - різкий, скрипучий);
- тип і тривалість дихання;

Вивчення виразності мовлення здійснюється за такими показниками:

- дикція (виразна, нечітка, розмита);
- темп (нормальний, прискорений, уповільнений);
- ритм (норма, аритмія).

Дослідження звуковимови

Дитині показують знайомі малюнки з вивченим звуком. Звук повинен бути в різних положеннях: на початку, всередині і в кінці слова.

Якщо дитині не вдається вимовити звук у слові, їй пропонують вимовляти те ж слово дзеркально (за логопедом), а також вимовляти склади з цим звуком – прямий і зворотний.

Іноді діти правильно вимовляють ізольовані звуки (наприклад: [с] і [ш]), а в мовленні вони не диференційовані, замінюють один звук іншим. У цьому випадку необхідно провести дослідження вимови звуків у фразовому мовленні. Для опитування підбираються спеціальні предметні та сюжетні малюнки. Під час добору малюнків дитина вимовляє слова та фрази, що містять схожі фонемні за артикуляцією та звучанням.

Досліджуваний звук [ш].

Малюнки: шапка, кішка, мишка.

Досліджуваний звук [ж].

Малюнки: жук, лижі, ножиці.

Досліджуваний звук [ч].

Малюнки: панчохи, чапля, ключ.

Досліджуваний звук [р].

Малюнки: риба, корова, сокира.

Досліджуваний звук [л].

Креслення: лампа, пила, стіл.

Досліджуваний звук [з].

Картинки: замок, коза, ваза.

При дослідженні стану звуковимови визначається характер порушення вимови звуків (відсутність, спотворення, заміна, змішування) в різних умовах вимови (ізольовано, у словах, у фразах).

Методи дослідження фонематичного слуху

Повторюйте за логопедом склади з протиставними звуками:

Са – жа са – жа – са том – дом

Так – та да – та – та циб – цюк

Повторіть за логопедом слова з протиставними звуками:

Зайка – сайка ложки – рожки

Миска – мишка чайка – сайка

Шар – жар

Плесніть в долоні, якщо почуєте слово зі звуком [ж]:

калюжа молоток

рука жук

дорога ліжко

живіт ножиці

Розмістіть малюнки у 2 ряди: перший зі звуком [с], а другий зі звуком [ж]:

сом кішка

шапка пилосос

машина олівець

коса автобус

Висновок: фонематичний слух нормальний або порушений, є можливість слухово-мовної сторони та диференціювання звуків.

Методи дослідження фонематичного сприйняття.

Який звук чуєш в слові САД? Виділяється дитиною звук логопед вимовляє інтоновано.

ЗУБИ БАТЬКО ШУБА ЖУК М'ЯЧ ЩІТКА ЛАПА РАК

Визначення місця звуку в слові

Де чуєш звук [С] у слові САНИ, на початку або кінці слова?

Потім можна змінити інструкцію

Де ти чуєш звук [С] у слові КОСИ?

[З] ВОЗИ

[Ц] БОЄЦЬ

[Ш] МИША

[Ч] БОЧКА

[Щ] ЯЩИК

[Р] КУРКА

[Л] ПОЛКА

Слова підбираються так, щоб в них були відсутні звуки, більш складні за артикуляцією, ніж перевіряється звук.

Визначення послідовності звуків в слові

Інструкція: «Який звук ти чуєш на початку слова СУМКА?»

«Який звук ти чуєш після звуку [С]: СУУМКА?»

На допомогу дитині логопед використовує інтонування.

Після виконання цього завдання дитині пропонується самій назвати послідовність звуків в даному слові, потім в іншому, спочатку подібному (ПОЛКА), потім іншої структури (ЗУБИ, РИБА).

Визначення кількості звуків у слові

Дитині пропонуються слова з 2 - 5 звуків. «Скільки звуків в слові ПРААК?». У першому запропонованому слові інтонують послідовно всі звуки слова, промовляючи його в повільному темпі.

Потім визначають кількість звуків в словах: СОК, ЖУК, РИБА, ШУБА, ОЧЕРЕТ.

Відзначається здатність до здійснення простих і складних форм фонематичного аналізу і синтезу, рівень розвитку фонематических уявлень.

Таким чином, запропонована методика повністю підзеркалює стансформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії.

Виділіть звук зі слова

Який звук ви чуєте у слові САД? Логопед інтонаційно вимовляє звук, який видає дитина.

зуби батько шуба жук м'яч щітка лапа рак

Визначення місця звуку в слові

Де чуєш звук [С] у слові САНИ, на початку або кінці слова?

Потім можна змінити інструкцію

Де ти чуєш звук [с] у слові коси?

[з] вози

[ц] боєць

[ш] миша

[ч] бочка

[щ] ящик

[р] курка

[л] полка

Визначення кількості звуків у слові

Дитині пропонують слова з 2 - 5 звуками. «Скільки звуків у слові РРААК?». У першому запропонованому слові всі звуки слова інтонуються послідовно, вимовляючи його в повільному темпі.

Потім визначте кількість звуків у словах: сік, жук, риба, шуба, очерет.

Здатність реалізовувати прості та складні форми фонематичного аналізу та синтезу, рівень розвитку фонематичних уявлень.

Таким чином, запропонована методика повністю відображає дослідження стану сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії.

2.2. Аналіз результатів констатуючого експерименту

Характерною ознакою дизартрії є порушення пропріоцептивного аферентного зв'язку ЦНС і м'язів артикуляційного апарату. Дітям важко визначити стан органів артикуляції (губ, язик), напрямок їх рухів. Їм дуже складно наслідувати і зберегти артикуляційну структуру мовлення, і все це сприяє затримці розвитку артикуляційних навичок. Причина недостатності артикуляційного праксису може бути локалізована в ураженнях кори головного мозку.

Як свідчать дослідження, що фонематичні порушення при дизартрії є вторинними. Труднощі артикуляції впливають на звукове сприйняття всієї звукової системи мовлення, а нечітке незрозуміле мовлення спотворює звуковимову.

Констатує експеримент був проведений в КУ Заклад дошкільної освіти «Джерельце», міста Суми.

Дослідження проводилось з січня 2020 року по жовтень 2021 року.

Дослідженням охоплені 10 дітей дошкільного віку п'ятого року життя зі стертою формою дизартрії. Всі діти мали нормотиповий інтелектуальний розвиток, слух і зір.

Оскільки для дітей із дизартрією характерні порушення пренатального, натального періодів розвитку, то ми звернулися до вивчення цього питання.

Для цього ми провели бесіду з матерями наших респондентів. Дані представимо у вигляді таблиці (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Анамнестичні дані респондентів

№	Ім'я дитини	Ім'я матері	Протікання вагітності	Пологи (ускладнення)
1	Олександр М.	Ірина М.	Токсикоз першої половини вагітності	Кесарів розтин, гіпертензійно-гідроцефальний синдром
2	Максим К.	Олена К.	Токсикоз другої половини вагітності	Пологи вчасні шкала Апгар 7
3	Каріна Х.	Олена Л.	Загроза передчасних пологів	Загроза передчасних пологів, шкала Апгар 6
4	Данило П.	Валентина П.	Токсикоз першої половини вагітності	Без ускладнень
5	Анна В.	Любов В.	Токсикоз другої половини вагітності	Пологи вчасні шкала Апгар 6
6	Семен Р.	Діана Р.	Токсикоз першої половини вагітності	Затяжні пологи, гіпертензійно-гідроцефальний синдром
7	Дарина Ф.	Інна Ф.	Без патології	Пологи вчасні шкала Апгар 6
8	Марк У.	Сніжана У.	Токсикоз першої половини вагітності	Гіпертензійно-гідроцефальний синдром
9	Євген К.	Людмила К.	Токсикоз першої половини вагітності	Гіпертензійно-гідроцефальний синдром

10	Ілля Н.	Оксана Н.	Токсикоз другої половини вагітності	Пологи вчасні шкала Апгар 5
----	---------	-----------	-------------------------------------	-----------------------------

Таким чином, можна констатувати, що 8 жінок (80%) мали токсикоз під час вагітності. З них п'ять у першій половині (50%), три у другій половині (30%) вагітності. Одна жінка була під загрозою передчасних пологів (10%). Одна дитина (10%) народилася після кесаревого розтину. Одна дитина (10%) народилася недоношеною, такий патологічний стан дає підстави вважати, що створення передумов для можливої дизартрії у внутрішньоутробному та натальному періоді розвитку дитини.

Ми також виявили, що п'ятеро дітей (50%) народилися з низьким балом за шкалою Апгар (5-7 балів). У п'яти дітей (50%) діагностовано гіпертонічну хворобу та гідроцефалію, цих дітей спостерігав і лікував невропатолог.

Отже, можемо констатувати, що у всіх досліджуваних дітей виявлено обтяжений анамнез, який не міг не позначитися на мовленні.

Тепер звернемося до вивчення особливостей раннього постнатального і мовленнєвого розвитку дітей.

Результати теж представимо у вигляді таблиці (див. табл. 2.2.)

Таблиця 2.2.

Особливості раннього годування та поява перших слів

№	Ім'я дитини	Особливості раннього годування	Поява перших слів
1	Олександр М.	часте зригування під час годування	з'явилося до 2 років
2	Максим К.	часте поперхування під час годування	з'явилося до 2 років
3	Каріна Х.	часте поперхування під час годування	з'явилося до року
4	Данило П.	часті відрижки	з'явилося до року
5	Анна В.	часті відрижки	з'явилося до 2 років
6	Семен Р.	часте зригування під час годування	з'явилося до 2 років

		годування	
7	Дарина Ф.	часте поперхування під час годування	з'явилося до 2 років
8	Марк У.	млявість	з'явилося до року
9	Євген К.	часте поперхування під час годування	з'явилося до 2 років
10	Ілля Н.	Млявість під час годування	з'явилося до року

Так, інформація, отримана від батьків, свідчить, що у всіх дітей (100%) у ранньому постнатальному періоді спостерігалися відхилення під час прийому їжі: у 4 дітей (40%) спостерігались поперхування під час годування, у 2 дітей (20%) була характерна блювота; У 2 дітей (20%) була відрижка, у 2 дітей (20%) виявлена млявість під час годування.

Більшість дітей часто хворіють, за словами батьків, у більшості дітей мовленнєвий розвиток був нормальним. У шести дітей поява перших слів, за словами матерів, відбулася до 2 років (60%), і, відповідно, у чотирьох останніх (40%) проблем із появою мовлення не спостерігалось. Фахівці припускають, що у дітей нормальний слух і носоглотка.

Далі ми звернулися до вивчення стану моторики артикуляційного апарату. Бо, як відомо, саме стан артикуляційного апарату, його здатність до нормотипового мовлення, після проблем з прийомом їжі, свідчить про можливу появу дизартрії. Результати дослідження також будуть представлені у вигляді таблиці (див.табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Стан моторики артикуляційного апарату

№	Ім'я дитини	Розвиток губів	Рухові функції нижньої щелепи	Рухові функції язика
1	Олександр М.	норма	норма	норма
2	Максим К.	Відсутня посмішка	норма	малорухливий
3	Каріна Х.	норма	норма	напружений
4	Данило П.	норма	норма	тремор
5	Анна В.	норма	норма	напружений
6	Семен Р.	норма		напружений

7	Дарина Ф.	Не може розтягнути губи в посмішці	норма	тремор
8	Марк У.	норма	норма	малорухливий
9	Євген К.	норма	норма	малорухливий
10	Ілля Н.	норма	норма	тремор

Таким чином, ми з'ясували, що

- під час дослідження рухової функції губ 2 дитини не змогли розтягнути губи в усмішці, інші діти проби виконали, але всі діти погано утримують позу;
- під час дослідження рухової функції нижньої щелепи: одна дитина не зміла висунути щелепу вперед;
- під час дослідження рухової функції язика у 100% дітей (10 осіб) виявлені різні порушення: язик напружений, спостерігається тремор.
- У трьох дітей – язик малорухомий, рухи мляві, обстежені діти не можуть підняти кінчик язика вгору.

Дослідження стану звуковимови у дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії показало, що для цих дітей характерно поліморфне порушення звуковимови:

- антопофонічний дефект (спотворення звуків мовлення) – 1 дитина, що становить 10% від усієї кількості порушень;
- фонологічні дефекти (заміна, відсутність, змішування звуків мовлення) – 3 дитини, що становить 30% від усієї кількості порушень;
- поєднання антропофонічного і фонологічного дефектів – 6 осіб, що становить 60% від кількості порушень.

Дослідження показало, що всі діти (100%) недостатньо підготовлені до звукового аналізу та синтезу, тобто завдання можна виконувати або за допомогою логопеда, або не виконувати взагалі.

Наведемо приклади деяких спостережень

Спостереження 1.

Карина Х., 5 років 5 місяців, відвідує дошкільну освіту.

З анамнестичних даних відомо, що дівчинка народилася від другої вагітності, яка протікала з токсикозом першої половини вагітності. Новонароджена одразу закричала. За словами матері, ранній психомоторний розвиток був нормальним: з 2 місяців голову почала тримати, з 7 місяців сидіти, з 11 ходити.

Мовленнєвий розвиток: гуління, період лепету батьками не відзначається, перші слова з'явилися до 1 року.

Дівчинка спостерігається у дитячого невролога.

Часто хворіє на ГРВІ захворювання.

Стан органів артикуляції.

Язик малорухливий, товстий, погано піднімається догори.

Дівчинці важко розтягнути губи в посмішці.

Вимова звуків також специфічна. Вимовляє ізольовано звуки [п], [с, [з], [ц], [ш], [ж] – спотворення, звук [л] – відсутній. Під час вимови [щ] замінюється на [ч], змішує звуки [з] - [ц], [ш] - [ф], [ж] - [ф].

Стан фонематичного слуху.

Помиляється в завданнях на розрізнення фонем, завдання на виділення і визначення місця звуку не виконує.

Спостереження 2.

Євген К., 5 років 8 місяців, відвідує дошкільний заклад.

З анамнестичних даних відомо, що дитина народилася від другої вагітності, яка ускладнилася токсикозом другої половини вагітності, була загроза передчасних пологів.

Вага при народженні 3200г, зріст 53 см, за словами матері, ранній психомоторний розвиток в нормі: голову почав тримати з 1,5 місяців, сидить з 6,5 місяців, ходить з 10 місяців. Перші зуби з'явилися в 4 місяці.

Розвиток мовлення: періоди белькотіння і лепету батьки не помічали. Мовленнєва обстановка нормальна, дитина часто хворіє простудними захворюваннями.

Стан артикуляційного апарату:

Порушення наявні, язик млявий, рухи виконує неточно, в уповільненому темпі. Язик виснажуються при багаторазовому виконанні.

Звуковимову: спотворено вимовляє сонорні [p], [л]. у мовленні змішує [з]-[с], [з]-[ц].

Стан фонематичного слуху і сприйняття.

Погано розрізняє звуки, які змішує під час усного мовлення. Завдання по звуковому аналізу виконує за допомогою, визначити послідовність звуків в слові не може.

Спостереження 3.

Ілля Н., 5 років, 3 місяці, відвідує заклад дошкільної освіти.

З анамнестичних даних відомо, що хлопчик народився від другої вагітності, що ускладнилася передчасним відшаруванням плаценти. Пологи передчасні в терміні 35 тижнів.

Вага при народженні 2300гр. Зі слів матері ранній психомоторний розвиток відбувався в нормі: голову тримає з 2 місяців, сидить з 7 місяців, ходить з 12 місяців.

Мовленнєвий розвиток: періоду гуління, лепету батьками не зафіксовано. Перші слова з'явилися до 1,5 років. Мовленнєве середовище задовільне.

Хлопчик астеничного типу статури. Часто хворіє на застудні захворювання.

Стан артикуляційного апарату: губи і язик мляві, язик погано піднімається до верхньої губи, рухи виконуються в повільному темпі.

Особливості звуковимови:

[p]- вимовляє спотворено;

[л]- відсутній.

У вимові замінює наступні звуки –[з]–[с'], [з –[з'], [ш]–[ф], [ж]–[ф].

Фонематическое сприйняття.

Погано розрізняє і виділяє звуки, які порушені. Не готовий до звукового аналізу та синтезу.

Отже, у всіх дітей констатуємо у подальшому можливість виникнення стертої форми дизартрії, обумовленої порушенням пренатального, натального та постнатального періодів розвитку.

Підсумовуючи результати дослідження зазначимо, що всі діти дошкільного віку зі стертою формою дизартрії мають такі особливості: анамнез обтяжений на 100%; наявні порушення артикуляційної моторики; порушення звуковимови поширюються на кілька груп звуків, характер порушення різний; усі діти не розрізняють і не впізнають звуки, вимова яких порушена; фонематичний слух порушений; всі діти не підготовлені до звукового аналізу та синтезу.

Висновки до другого розділу

Емпіричне дослідження проводилося на основі традиційної методики, розробленої та апробованої Н. Трубніковою. Воно включало дослідження таких параметрів: вивчення анамнестичних даних; вивчення рухових функцій артикуляційного апарату та стану звуковимови; дослідження фонематичного слуху та сприйняття; вивчення структури мовленнєвого дефекту.

Результати дослідження показують, що 8 жінок (80%) мали токсикоз під час вагітності. З них п'ять мали токсикоз першої половини вагітності (50%), а три жінки мали токсикоз другої половини вагітності (30%). Одна жінка була під загрозою передчасних пологів (10%). Одна дитина (10%) народилася після кесаревого розтину. Одна дитина (10%) народилася недоношеною. П'ятеро дітей (50%) народилися з низькою оцінкою за шкалою Апгар (5-7 балів). У п'яти дітей (50%) діагностовано гіпертонію та

гідроцефалію, ці діти спостерігаються та лікуються у невропатолога. За словами батьків і більшості дітей, раніше мовленнєвий розвиток був нормальним.

У шести дітей поява перших слів, за словами матерів, траплялася до 2 років (60%), і, відповідно, у чотирьох останніх (40%) проблем із появою мовлення не спостерігалось.

Дослідження стану звуковимови у дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії показало, що для цих дітей характерні поліморфні порушення мовлення: наявні порушення артикуляційної моторики; порушення звуковимови поширюються на кілька груп звуків, характер порушення різний; усі діти не розрізняють і не впізнають звуки, вимова яких порушена; фонематичний слух порушений; всі діти не підготовлені до звукового аналізу та синтезу.

РОЗДІЛ 3.

ДОСЛІДНА-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА ПО КОРЕКЦІЇ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНОГО НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРІЇ

3.1. Зміст логопедичної роботи по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей зі стертою формою дизартрії

На основі аналізу теоретичної, методичної літератури та даних констатувального експерименту виявлено основний механізм фонетико-фонематичного недорозвитку – порушення рухової сфери [24; 35; 57; 58; 47].

Причиною мовленнєвих розладів, як основного симптому стертої форми дизартрії, є порушення моторики артикуляційного апарату, таким чином, в основі розладів лежить органічний розлад центральної нервової системи.

Стійке порушення вимови при стертих формах дизартрії впливає на формування інших сторін мовлення. У дітей зі стертою формою дизартрії відзначається недорозвинення фонематичного сприймання, що виявляється в порушенні слухової диференціації звуків і порушення фонематичного аналізу.

Експериментальна робота проводилася на базі КУ Заклад дошкільної освіти «Джерельце» м. Суми, січень 2020-жовтень 2021 року.

Нами було обстежено 10 дошкільнят п'ятого року життя. Усі діти мали нормативний інтелектуальний розвиток, слух і зір і мали фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення через із-за наявності стертої форми дизартрії.

П'ятеро дітей навчалися за традиційною методикою і склали контрольну групу, а інші п'ятеро дітей утворили експериментальну групу та навчалися за експериментальною методикою.

Експериментальне навчання мало такі основні напрямки роботи:

1. Розвиток дрібної моторики пальців рук.
2. Розвиток моторики артикуляційної моторики.
3. Формування фонематичного слуху.
4. Корекція звуковимови
5. Формування навичок звукового аналізу.

У процесі корекції фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення ми враховували загальнодидактичні та логопедичні принципи навчання [28].

Логопедична робота заснована на наступних принципах:

- етіопатогенетичний принцип;
- принцип систематизації та врахування структури мовленнєвих порушень;
- принцип комплексності диференційованого підходу;
- принцип поступового розвитку;
- принцип онтогенетичний;
- принцип врахування індивідуальних особливостей;
- принцип формування мовленнєвих навичок в умовах живого мовленнєвого спілкування.

Тісний взаємозв'язок розвитку мовлення, сенсорних функцій, моторики та інтелекту зумовлює необхідність корекції мовленнєвих порушень при дизартрії у дітей у поєднанні зі стимулюванням розвитку всіх її сторін, сенсорних і психічних функцій, формуючи тим самим мовлення як цілісну психічну діяльність.

Мовні та рухові центри в корі головного мозку дуже тісні та частково переплетені, що дозволяє фахівцям виявити механізми корекції рухового та мовленнєвого розвитку у дітей із тяжкими порушеннями мовлення.

Під логопедичною складовою корекції слід розуміти підбір традиційних та інноваційних прийомів, що покращують мовленнєвий розвиток дитини, завдяки локальним логопедичним вправам у відносно статичному положенні сидячи.

Про вплив загальної та дрібної моторики на мовленнєвий розвиток давно відомо логопедії. Руховий і мовленнєвий розвиток у тісному зв'язку один з одним дають дійсно важливі результати в подоланні мовленнєвих порушень у дітей з дизартрією.

На основі аналізу методичної літератури з досліджуваної проблеми, а також результатів констатувального експерименту нами систематизовано та розроблено зміст корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії.

З цією метою ми звернулися до праць відомих дослідників з корекції дизартрії, зокрема: О. Архіпової, О. Правдіної-Вінарської, О. Мастюкової, Л. Лопатіної, О. Іпполітової [5; 12; 32; 48; 37].

Здійснюючи дослідно-експериментальну роботу ми обрали загально педагогічні та корекційні завдання.

До загально педагогічних завдань входять:

- 1) створення мотивації до подолання мовленнєвих розладів;
- 2) формування свідомого ставлення до занять;
- 3) оволодіння правилами поведінки під час заняття;
- 4) розвиток довільної уваги, пам'яті,
- 5) розвиток розумових операцій.

Корекційні завдання включали:

- 1) розвиток загальної моторики;
- 2) розвиток дрібної моторики;
- 3) розвиток м'язів обличчя;
- 4) розвиток артикуляційної моторики;
- 5) формування фонематичного слуху;
- 6) корекція дихання і голосу.

Основна мета нашої роботи була спрямована на розвиток рухливості органів артикуляції за допомогою артикуляційної гімнастики, відпрацювання артикуляційних систем, навчання дітей розрізненню і розпізнаванню фонем, розвиток слухового контролю за звуковимовою.

На основному етапі закріплювалася корекція звуковимови, розвиток фонематичного сприймання, правильне голосоутворення та дихання.

1. Розвиток дрібної моторики пальців рук.

Гра – інсценівка «Зайчика злякалися»

Ми ходили по гриби (переступати двома пальцями по столу).

«Гриб» - накрити кулачок опуклою долонею),

Зайчика злякалися («зайчик»).

Поховалися за дуби («дерево» - дві долоні, виставлені пальцями вгору, поставити навхрест),

Розгубили всі гриби («гриб» і «кошик» - з'єднати дві опуклі долоні).

Потім засміялись (усміхнутися),

Зайчика злякались! («зайчик» - показати на нього вказівним пальцем другої руки).

Гра – інсценівка «Їжачок»

Їжачок – хитрячок («їжачок» – з'єднати долоні разом із пальцями вгору) –

Голочки гостренькі (великі пальці – на себе, решту перекреслити й поворушити ними).

Ось грибки під дубком («дерево»),

Він збира маленькі («гриби»).

Гра – інсценівка « Коники»

На гладенькому столі («коники» - чотирма пальцями (крім великого), стукати на столі),

Пальчики стукочуть (стукати голосніше),

То не пальчики, ні-ні –

Коники цокочуть(стукати ритмічно, цокаючи язиком).

Цок-цок-цок, цок-цок-цок,
 За місток («місток»- поставити руки «паличкою» одна на одну),
 За млинок («млинок» - крутити кулачками один над одним).
 Цок-цок-цок, цок-цок-цок («коник»),
 В чисте поле за лісок («дерево»),
 Цок-цок-цок, цок-цок-цок («коник»),
 Потім знов у дитсадок («дах» над головою).

Дві жабки

Дві веселі жабки (*обидві руки складаємо в кулаки-жабки*)
 Ні хвилинки не сидять.
 Квакають, стрибають (*руки піднімаємо – розкриваємо кулак*)
 Ми не зможем їх впіймать.
 (*Руки опускаємо – складаємо пальці в кулак – жабки стрибають.*)

Чарівні пальчики

Переплили ми пальці (пальці сплетіть у «замок»)
 І руки витягаєм.
 Згинаєм їх у ліктях (пальці не роз'єднуємо)
 І знову випрямляєм.
 Цей пальчик – тато, в нього бриль крилатий (*великий палець*)
 Цей пальчик – мама, в неї червона панама (*вказівний палець*)
 Цей пальчик – дідусь, цей пальчик – бабуся (*середній, підмізинний*)
 Я на них дивлюся.
 Цей пальчик – я (*мізинець*),
 Це – вся моя сім'я (*долоня*).

2. Розвиток артикуляційної моторики.

«Посмішка»

Всі ми дружно посміхнулись, один до одного повернулись. Губи в посмішці розтягнулись, і ми знову повернулись.

Утримувати губи в усмішці, передні верхні і нижні зуби оголені.

«Дудка»

Губи в дудочку звернули,
і тихесенько подули.
Дудочка дудить,
і дітей веселить.
Витягування губ вперед „дудочкою”

«Голочка»

Язичок тонесенький,
як голочка гостресенький,
Ним не можна шити,
а можна інших веселити.
Язик вузький.

«Гірка»

Язичок ми підвернули,
І на гірку завернули.
Гірка дуже ця крута,
язичок тримати допомага.

«Маляр»

Ми візьмемо в руки пензлик,
Побілимо стелю.

«Гірка»

Чок -чок, чок - чок,
Я Веселий Язик
Я зробив прибирання,
А тепер на гуляння!

«Жаба посміхається»

Підтягніть губи прямо до вух.
Вони посміхаються, сміються.
Я дуже люблю жаб.
А очі в них як блюдця.

3. Формування фонематичного слуху

Вправи на розрізнення звучання.

1. Покажіть, як жалібно нявкає кошеня.
2. Покажіть, як нявкає кошеня, коли боїться.
3. Покажіть, як кошеня нявкає радіє.

Діти показують, змінюючи голос, інтонацію.

«Далекі й близькі, великі й малі».

«У» — Далеко чи поблизу гуде пароплав?

«Л» - Літак летить далеко чи близько?

«А» - Хто плаче, хлопчик чи дівчинка?

«І» — Хто гарчить, ведмідь чи ведмідь?

«Покажи правильно»

Дітям показують малюнки і уточнюють, що на них намальовано. Наприклад, вони показують малюнок дівчини і кажуть: «Цю дівчину звати Анна. Як її звати? (Відповідь дітей) А хто скаже, що це таке? (Показати малюнок з ванною). Відповідають діти. Обидва малюнки розміщені поруч: АННА – ВАННА. Таким чином, уточнюються всі назви зображень на малюнках. Потім логопед, називаючи одну з парних картинок, просить дітей показати її, а потім називати іншу.

«Визнач зайвий склад»

На - на - на - ну - ну;

То - то - ти - то-то.

4. *Корекція звуковимови*

На прикладі звуку [с]

Домовляємося з дітьми, що «пісню води позначимо з-с-с».

Логопед читає текст, насичений звуком [с]. Звук вимовляється довго, виділяючи інтонацію. Дитині пропонується плеснути в долоні, підняти руку, відкласти фішку, якщо вона почує «пісеньку про воду» — звук С. Потім дайте тексти, менш насичені звуком С.

У саду

Соня і Саня гуляли садом. У саду дозрівають сливи та абрикоси. Соня і Саня збирали абрикоси. Мама Соні зробить абрикосовий сік.

Судак

Вранці хлопці з вудками та сітками пішли до річки. На березі вони сіли на міст і закидали вудки. Толі спіймав судака. Саня допоміг Толі витягнути сіткою судака. Мама зварила суп з судака.

Олена та Поліна

Олена і Поліна звернулися в лікарню. Потім гуляли по галявині біля лікарні і плели вінки з кульбаб. По дорозі додому вони зайшли в магазин і купили хліб, вафлі та лимони.

«Зоопарк»

Наочний матеріал: малюнки із зображенням тигра, лисиці, слона, ведмедя, вовка.

Дітям показують малюнки, уточнюють, що на них намальовано.

Логопед називає малюнки. Потрібно в одну клітку поселити звірів в назві яких є звук С, в іншу клітку інших звірів.

Гра «Магазин»

Наочний матеріал: іграшки зі звуком С у назвах:

Барабан, собака, білка, лялька, кубик, автобус.

Іграшки ставлять на стіл. Їх називає логопед. Пропонується пограти в магазині. Логопед – продавець, дитина – покупець. Потрібно купити іграшку, в назві якої звучить С.

Логопед: «Ви хотіли купити собаку?» Звук розрізняють за інтонацією. Дитина відповідає «Так чи ні».

Підніміть руку, якщо почуєте слово зі звуком С

Рука, дорога, цукор, море, ліс, коса, ранок, сани.

5. *Формування навичок звукового аналізу.*

Завдання.

1. Повторити слово по складах.

2. Порахувати кількість складів, викласти схему.
3. Розкласти малюнки в два ряди в залежності від кількості складів у їх назві.

Сани, береза, дрова, помідор

Рибак, літак, лапа, капуста

Визначити речення, вимовлене по складах:

Ді - ти гра-ють у ква-ча.

«Хто останній?»

Логопед називає перший склад. Діти додають один, два склади.

Виграє той, хто утворює останнє слово.

Ба: батон, баран, барабан і.т.д.

«Веселі нотки».

Придумати слова, які починаються складом з двох звуків, закінчуються назвою музичних нот.

_____ - до _____ - фа

_____ - ре _____ - сіль

_____ - ми _____ - сі

Можливі варіанти відповіді: чудо, море, самі, арфа, квасоля, Валя, неси.

«Замкни ланцюжок»

Використовуйте картки з предметними малюнками.

Дитині пропонується викласти ланцюжок так, щоб перший звук назви наступної картинки збігався з останнім звуком назви попередньої (стіл – лампа – лелека – акула тощо).

При визначенні останнього приголосного звуку використовуються ті ж види завдань, що й при визначенні першого голосного та приголосного звуків.

Визначення місця звуку в слові

Спочатку уточнюємо: якщо звук не перший і не останній, то він знаходиться в середині слова.

Використовується смуга «світлофор», розділена на три частини: червона ліва - початок слова, середня жовта - середина слова, права зелена - кінець слова.

Завдання:

Визначення місця гласною в односкладових словах. Де звук «а?»
Голосні вимовляються подовжено та з інтонацією.

Лис- глобус

Миска- лиска

Логопед називає слова, діти ставлять фішку на смужку «світлофор»

Розфарбувати малюнки, де звук знаходиться в різних позиціях:

- на початку слова;
- в середині слова;
- в кінці слова.

Розклади малюнки в три ряди:

1 ряд - звук на початку слова;

2 ряд - звук в середині слова;

3 ряд - звук в кінці слова.

Наприклад звук [к].

Курка сумка індик

Каструля буряк жук

Кріт морква мак

Отже, використання такої системи вправ має сприяти корекції фонетико-фонематичного недорозвитку дитини дошкільного віку із стертою формою дизартрії. Стійке порушення вимови при стертій формі дизартрії впливає на формування інших сторін мовлення.

Система логопедичної роботи при дизартрії складна: корекція мовлення поєднується з формуванням звукового аналізу і синтезу, розвитком лексико-граматичної сторони мовлення і зв'язного висловлювання.

3.2. Результати формувального експерименту

Тісний взаємозв'язок розвитку мовлення, сенсорних функцій, моторики та інтелекту зумовлює необхідність корекції мовленнєвих порушень при дизартрії у дітей у поєднанні зі стимулюванням розвитку всіх її сторін, сенсорних і психічних функцій, формуючи тим самим мовлення як цілісну психічну діяльність.

Без повноцінного фонематичного слуху дитина не оволодіє правильною вимовою. Удосконалюючи роботу органів артикуляції, дитина має можливість одночасно вдосконалювати навички вимови. Таким чином, покращується процес корекції мовлення.

Вправи на звуковий аналіз, засновані на кінестетичних і слухових відчуттях, сприяють свідомому оволодінню звуками мовлення, що важливо для підготовки до навчання грамоти.

Після експериментально-дослідної роботи, яка тривала десять місяців, було проведено експеримент з вивчення динаміки корекції фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії. Ми розділили дітей на контрольну групу (5 осіб) та експериментальну групу (5 осіб).

Динаміка експериментального навчання дозволила побачити наступні результати.

Таблиця 3.1.

Вияв порушення
різних груп звуків на формувальному етапі
(у% співвідношенні)

Групи звуків	Процентні показники	
	КГ	ЕГ
Сонорні [p]	40	60

[л]		
свистячі [с] [з] [ц]	25	90
шиплячі [ш] [ж] [щ] [ч]	25	74

Таким чином, як в контрольній так і в експериментальній групі простежується позитивна динаміка корекції звуковимови, але в експериментальній групі ступінь поширення неправильного звуковимови нижче, ніж у дітей в контрольній групі.

Як свідчать результати дослідно-експериментальної роботи, що сонорні звуки у експериментальній групі у дітей сформовані на 60%, а в контрольній групі на 40% (розбіжність становить 20%). На нашу думку ця розбіжність є суттєвою. Дуже результативним є правильна звуковимова свистячих звука в експериментальній групі вони були сформовані на 90% , а ось в контрольній був незначний відсоток дітей (25%), у яких не було правильної звуковимови цього звуку (розбіжність становить 65%). Щодо шиплячих, то тут трішки гірші результати 74% у експериментальної групи і 25% у контрольної групи. (розбіжність становить 49%). Це обумовлено тим, що вимова цих звуків дітям із стертою формою дизартрії дається складніше. На нашу думку цьому сприяли ігри «Магазин». «Зайвий склад», «У кого такий малюнок?» та інші. Такі результати свідчать про проведення комплексної корекційної роботи, яка передбачала корекцію звуковимови з формуванням звукового аналізу і синтезу, розвитком лексико-граматичної сторони мовлення і зв'язного висловлювання.

Узагальнимо динаміку розвитку фонематичного слуху та звукового аналізу після проведення формувального експерименту (таблиця 3.2)

Таблиця 3.2

Динаміка розвитку фонематичного слуху та звукового аналізу
на формувальному етапі
(у% співвідношенні)

Показники	КГ	ЕГ
Стан сформованості фонематичного слуху	23	40
Навички звукового аналізу	40	80

Таким чином, на таблиці можна відстежити позитивну динаміку поліпшення фонематичного слуху та навичок звукового аналізу дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії. Щодо стану сформованості фонематичного слуху, то ми бачимо його сформованість 23% у контрольній групі і 40% у експериментальній групі (розбіжність становить 17%). Це є суттєвим показником покращення і цьому сприяли ігри «Замкни ланцюжок», «Хто останній», «Веселі нотки», «Магазин», «Зоопарк» та ін.

Без достатньої сформованості фонематичного сприймання неможливим є звуковий аналіз. Звернемось до результатів.

Стан сформованості звукового аналізу експериментальної групи становить 80% і контрольної 40% (розбіжність становить 40%). Цьому сприяло проведення ігор «Замкни ланцюжок», «Веселі нотки», «Хто останній», а також завдання на визначення місця звука в слові.

Ми можемо помітити, що стан сформованості фонематичного слуху є кращим, порівняно з навичками звукового аналізу. Це говорить про те, що для удосконалення звукового аналізу у дітей зі стертою формою дизартрії є підґрунтя. Після проведеної роботи показник стану сформованості фонематичного слухує набагато кращим. У респондентів експериментальної групи фонематичний слух був сформований у 40% і у 23% респондентів контрольної групи відповідно.

Таким чином, експеримент, що проводився на базі КУ Заклад дошкільної освіти «Джерельце» міста Суми, показав, позитивну динаміку у корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії.

Висновки до третього розділу

У розділі визначено, що подолання фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення при стертій формі дизартрії є дуже складним завданням. У зв'язку з цим лише використання системи, що включає етапи розвитку фонематичного слуху на мовленнєвому матеріалі; розрізнення слів, близьких за звуковим складом; диференціація композицій; диференціація фонем, корекція звуків мовлення, формування навичок звукового аналізу, формування фонематичного розбору в усному мовленні дозволить корегувати це порушення.

У дітей зі стертою формою дизартрії спостерігається недорозвинення фонематичного сприймання, що проявляється в порушенні слухової диференціації звуків і порушенні фонематичного розбору. Знання структури мовленнєвого дефекту та механізму його розвитку дозволяє правильно визначити напрями корекційної роботи, а також вплинути на причину порушення, покращити мовленнєву діяльність в цілому, а не окремі її компоненти.

Експериментальне навчання мало такі основні напрямки роботи: розвиток дрібної моторики пальців рук; розвиток моторики органів артикуляції; формування фонематичного слуху; корекція звуковимови; формування навичок звукового аналізу.

Таким чином, як у контрольній, так і в експериментальній групі спостерігається позитивна динаміка корекції звуковимови, стану фонематичного слуху та звукового аналізу. сонорні звуки у експериментальній групі у дітей сформовані на 60%, а в контрольній групі на 40% (розбіжність становить 20%). Щодо стану сформованості

фонематичного слуху, то ми бачимо його сформованість 23% у контрольній групі і 40% у експериментальній групі (розбіжність становить 17%). Це є суттєвим показником покращення і цьому сприяли ігри «Замкни ланцюжок», «Хто останній», «Веселі нотки», «Магазин», «Зоопарк» та ін. Щодо навичок звукового аналізу, то тут ми помітимо дуже вражаючі відсотки: 80% експериментальної групи і 40% контрольної групи.

ВИСНОВКИ

Стерта форма дизартрія є одним з найпоширеніших мовленнєвих розладів, який найчастіше зустрічається у дітей дошкільного віку, що характеризується порушенням фонетичної та просодичної сторони мовлення, обумовлених органічним ураженням центральної нервової системи.

Проведене дослідження дає підстави до таких висновків.

Вивчення літературних джерел дає підстави стверджувати, що фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення при стертій формі дизартрії є досить поширеною проблемою серед дітей дошкільного віку. Його досліджували багато вчених, зокрема: І. Кареліна, І. Панченко, Л. Мелехова, О. Мастюкова, О. Архіпова, О. Правдіна, О. Токарева, Р. Левіна, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова, Г. Чиркіна, М. Хватцев, М. Шеремет та ін .

Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення у дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії трактується як порушення процесів формування вимови через дефекти сприймання та вимови фонем. Дослідники виявили, що основними причинами мовленнєвих розладів при дизартрії є асфіксія і пологова травма, ураження центральної нервової системи інфекційним агентом, черепно-мозкова травма, а також цереброваскулярні розлади, пухлини мозку тощо. У дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення проявляється у недиференційованості вимови пар або груп звуків їх змішуванні та спотвореній вимові одного або кількох звуків.

Для дослідження стану сформованості фонетико-фонематичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії використано традиційну методику, розроблену та апробовану Н. Трубніковою. Воно включало дослідження важливих параметрів: вивчення анамнестичних даних та рухових функцій артикуляційного апарату, вивчення стану звуковимови та

дослідження фонематичного слуху й сприйняття; вивчення структури мовленнєвого дефекту.

Емпіричними дослідженнями встановлено, що у всіх дітей 100% обтяжений анамнез, порушені функції артикуляційного апарату; для цих дітей характерні поліморфні порушення мовлення: антропофонічний дефект (спотворення); фонологічні дефекти (заміна, відсутність, змішування) – 3 дитини, що становить 30% від загальної кількості дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії; поєднання антропофонічних і фонологічних порушень – 6 осіб, що становить 60% від кількості респондентів. Щодо стану фонематичного слуху, дослідження показало, що всі діти (100%) мають порушення звукового аналізу та синтезу.

Здійснена дослідно-експериментальна робота по корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії ґрунтувалась на дослідженнях О. Архіпової, О. Правдіної-Вінарської, О. Мастюкової, О. Іпполітової. І.Каше, І Кареліної і передбачала системний вплив на дитину. Визначена нами система включала: розвиток дрібної моторики пальців рук; розвиток моторики органів артикуляції; формування фонематичного слуху; корекція звуковимови; формування навичок звукового аналізу.

Проведено порівняльний аналіз (з урахуванням фонетичного контекста) і традиційної методики корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії, який і довів результативність розробленої системи. Зокрема це стосувалось покращення звуковимови сонорних, шиплячих і свистячих звуків. Як свідчать результати дослідно-експериментальної роботи, що сонорні звуки у експериментальній групі у дітей сформовані на 60%, а в контрольній групі на 40% (розбіжність становить 20%). На нашу думку ця розбіжність є суттєвою. Дуже результативним є правильна звуковимова свистячих звука в експериментальній групі вони були сформовані на 90% , а ось в контрольній був незначний відсоток дітей (25%), у яких не було

правильної звуковимови цього звуку (розбіжність становить 65%). Щодо шиплячих, то тут трішки гірші результати 74% у експериментальної групи і 25% у контрольної групи. (розбіжність становить 49%). Динаміка розвитку фонематичного слуху та звукового аналізу теж є позитивною. Стан сформованості фонематичного слуху є кращим, порівняно з навичками звукового аналізу. Після проведеної роботи показник стану сформованості фонематичного слуху є набагато кращим: 40% респондентів експериментальної групи і 23% у контрольної групи. Щодо навичок звукового аналізу, то тут ми помітимо дуже вражаючі відсотки 80% експериментальної групи і 40% контрольної групи. Цьому сприяли використання дидактичних ігор «Покажи правильно», «Зайвий склад», «Розумний телефон», «Склади схему». «Незнайко і магазин», «Подорож». «Навпаки».

Дипломне дослідження не вичерпує усієї проблеми корекції фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії. Дана проблема вимагає розширення напрямків логопедичної роботи з формування фонетико-фонематичного розвитку мовлення в системі комплексного впливу щодо подолання стертої форми дизартрії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алан Е.Г. Емері М'язова дистрофія: факти. К., 2001. 164 с.
2. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: практ. пособие. М.: Абрис-пресс, 2005. 192 с.
3. Артюх М. В. Логопедична допомога дітям з фонетико-фонематичними вадами мови. К. РНМК, 1992. 86с.
4. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 123 с.
5. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии у детей М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 254 с.
6. Архипова Е.Ф. Стёртая форма у детей: учебное пособие для студентов вузов. М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. 319 с.
7. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. . Логопедия. Дизартрия. М.: Владос, 2009. 287 с.
8. Белякова, Л. И., Волосков, Н. Н. Логопедия. Дизартрия [Текст]: . М.: ВЛАДОС, 2009. 287 с.
9. Березан О. І. Неврологічні основи логопедії. Полтава : Друкарня ПП Ткалич А.М. 2008. 92 с.
10. Боряк О.В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки: *автореф. дис. ... канд. пед. наук*: 13.00.03. НПУ ім. М.П.Драгоманова. Київ, 2012. 20 с.
11. Винарская Е. Н., Пулатов Д. М. Дизартрия и еетопико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга М. ; Ташкент, 1997. 137 с.
12. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и еедиагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент: Мектеп, 1989. 435 с.

13. Гайван Т.Я., Макарова С.М. Логопедична робота з дітьми із стертою формою дизартрії. Вид-во : Ранок. 2008. БВДС . № 2. 2005. С.72–77.
14. Галущенко В.І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету. Серія «Соціально-педагогічна»* Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2008. Вип. VIII. С.166–171
15. Горнєнова Н. Н. Формирование самоконтроля речевой деятельности у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. *Логопедия сегодня*. 2012. № 1. С. 27–30.
16. Диль-Костіна Н. Виявлення вад та корекція мовлення у дітей із дизартрією. *Дефектологія*. 2005. № 4. С. 38 – 40.
17. Диль-Костіна Н. Особливості логопедичної роботи з усунення дизартричних порушень. *Дефектологія*. 2007. № 2. С. 27-31.
18. Ефименкова Л.Н. Коррекция звуков речи у детей: кн. для логопеда. – М.: Просвещение, 1987. 200с.
19. Карелина И.Б. Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами *автореф. дис. канд. пед.наук.* М., 2000. 23 с.
20. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрий и сложной дислалии . *Дефектология*. 2006. № 5 С. 10–14.
21. Кондратенко І. Ю. Виявлення та подолання мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку К.: Айріс-прес, 2005. 224 с.
22. Куссмауль А. Расстройства речи. Опыт патологии речи. К.: Книга и К, 1979. 276 с.
23. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи [Текст] М. : Владос, 2000. 240с.
24. Лазарева І.А. Неврологічні основи логопедії: навчально-методичний посібник для студентів дефектологічних спеціальностей. Луганськ, 2005. 132 с.

25. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах М. : Владос, 2001. 332 с.
26. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой. М.: ВЛАДОС, 2007. 496 с.
27. Логопедія. Підручник, друге видання. К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. 672 с.
28. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. вид. 3-тє, перер. та доповн. К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.
29. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов М.: ВЛАДОС, 2006. 680 с.
30. Лопатина Л.В. Проявления и диагностика фонетических нарушений при стёртой дизартрии. *Известия Российского государственного педагогического университета им.А.И. Герцена.* №4 С. 219 – 230.
31. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие [Текст] / Под ред. Е. А. Логиновой. СПб.: Союз, 2005. 138с.
32. Лопатина, Л.В. Приемы логопедического обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения *Дефектология.* 2006. № 2. С. 64–70.
33. Лопатина Л. В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. [Текст]. С. Пб. : Союз, 2000. 182с.
34. Лопатина Л.В. , Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у длшкольников (коррекция стертой дизартрии). СПб, 2001. 116 с.
35. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: дидактичний матеріал. К.: Літера ЛТД, 2003. 104 с.
36. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Ипполитова Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М, 1985. 236 с.
37. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. М., 1992. 395 с.

38. Мелехова Л.В. Дифференциация дислалий. *Очерки по патологии речи и голоса*. №4. 1987. С.87.
39. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. *Логопедическое обследование: метод. пособие*. М.: Айрис-пресс, 2007. 96 с.
40. Наумова О. Н. Від звука до букви. Розвиток фонематичних процесів. *Логопед (Осн.)*. 2014. № 5. С. 64–70.
41. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. М. : Просвещение, 1968. 367 с.
42. Панченко И. И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических расстройствах. *Расстройства речи и голоса в детском возрасте* [Текст] М. : Просвещение, 2003. 456с.
43. Паханова Н. Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. *Дефектологія*. 2006. № 4. С. 44–46.
44. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем : посібник. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 285 с.
45. Поваляева М.А. Справочник логопеда. Изд. 5-е. Ростов на Дону: Феникс, 2006. 445 с.
46. Понятийно-терминологический словарь логопеда. М.: ВЛАДОС, 1997.
47. Правдина О.В. Логопедия. М.: Просвещение, 1969. 310с.
48. Приходько, О. Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2009. №6. С.48 – 54.
49. Рибцун Ю. В. Формування фонетико-фонематичної компетентності мовлення у дітей дошкільного віку. *Логопед*. 2012. № 10.

50. Рібцун Ю.В. Корекційна робота з розвитку мовлення дітей п'ятого року життя із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення: *програмно-методичний комплекс*. Тернопіль : Мандрівець, 2014. 272 с.
51. Ромась О. Ю. Методи відновлення голосу у хворих після часткових та тотальних резекцій гортані. *Дефектологія*. 2007. № 2 С. 39–42.
52. Савченко М.А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. 3-є видання, доповнене. Тернопіль: Навчальна книга Богдан, 2007. 160 с.
53. Соботович Є.Ф. Порушення мовного розвитку та шляхи їх корекції: К.: ІСДО, 1995. 204с.
54. Соботович Е.Ф. Методика виявлення речевих порушень у дітей и диагностика их готовности к школьному обуче. К.: ПП “Компанія “Актуальна освіта”, 1998. 127 с.
55. Соботович Е.Ф. Психолінгвістическая структура речевой деятельности и механизмы её формирования К.: ИЗМН, 1997. 44 с.
56. Соботович Є. Ф. Вибрані праці з логопедії. К. : Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. 308 с.
57. Соботович Є. Ф.,Чернопольская проявление стертых дизартрий и методы их диагностики. *Дефектология*. 2000. № 4. С. 39-42.
58. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР. СПб.: «Детство ПРЕСС», 2004. 203 с
59. Токарева, С. А. Дизартрии. Расстройства речи у детей и подростков [Текст] М. : Академия, 1999. 234с.
60. Тищенко В. В. Ієрархія фонематичних процесів в онтогенезі дитячого мовлення. *Теорія і практика сучасної логопедії: збірник наукових праць*: Вип.4. К.: Актуальна освіта, 2007. С. 3 – 18.
61. Трубникова, Н. М. Логопедические технологии обследования речи: Екатеринбург, 2005. 98с.
62. Ушакова, Т. Н. Речь: истоки и принципы развития. ПЭРСЭ, 2004. 256 с. 12.

63. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. М.: Педагогика, 1990. 320 с.
64. Хрестоматія з логопедії. Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринологія : К. : КНТ, 2008. 380 с.
65. Хрестоматія з логопедії. *Навчальний посібн.* КНТ, 2006. 360 с.
66. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. 560с.
67. Шеремет М. К. Корекція просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією: Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 192 с.
68. Федорович Л.О. Формування правильної вимови у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку. Полтава, 2001. 186 с.
69. Федорович .О., Чубенко О.В. Логопедична робота з дітьми із фонетико-фонематичними порушеннями мовлення: завдання, вправи, ігри. Запоріжжя, 2018. 304 с.
70. Фигередо Э. Э. Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с ОНР : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук : специальность 13.00.03 «Спец. педагогика». М., 1989. 7 с.
71. Филичева, Т. Б. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с ФФН: программа и методические рекомендации для дошкольного образовательного учреждения компенсирующего вида: старшая группа М. : Школьная пресса, 2002. 59 с.
72. Филичева Т. Б. Основы логопедии. М. : Просвещение, 1989. 320с.
73. Филичева Т. Б. Программа обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада) : учеб. пособие для логопедов и воспитателей детских садов с нарушениями речи М. : МГОПИ, 1993. 239 с.
74. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практическое пособие М.: Айрис-пресс, 2004. 224 с.

75. Фетисова, М. В. Проблема дизартрии: взгляд логопеда практика. Логопед. 2012. С. 118-122.
76. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения : практикум по логопедии М. : Просв., 1989. 239 с. : ил.
77. Хватцев М.Е. Логопедия: работа с дошкольниками. М.: АСТ, 2002. 266 с.
78. Хватцев, М. Е. Методика воспитания нормального произношения. М.: Гуманитар. Изд. Центр ВЛАДОС, 2007 С. 128–148.
79. Хрестоматия по логопедии. М.: Просвещение, 1997. 468 с.
80. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринологія..: КНТ, 2008. 380 с.
81. Цейтлин, С. Н. Язык и ребёнок. Лингвистика детской речи: М. : Владос, 2000. 240с.
82. Чиркина, Г. В. Методы обследования речи детей: Г. В. Чиркина. М. : Владос. Пресс, 146 с.
83. Ярош Е. А. Психолого-педагогические условия формирования самокомпенсации при коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с лёгкой степенью. М. : Владос–Пресс, 2006 214 с.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Історія розвитку дитини

1. Загальні відомості

а) Ім'я , вік, дата народження

Адреса

б) Склад сім'ї

в) соціальне середовище: з ким перебуває вдома

г) ПП, дата народження, освіта, професія, місце роботи батьків

д) зміни, що відбулися в сім'ї після народження (з моменту народження дитини) (наприклад: смерть родичів, народження брата, зміна місця проживання, розлучення, поява вітчима)

е) Скарги

батьків: _____

2. Протікання вагітності, полого

Яка вагітність за кількістю ____, вік матері _____ батька _____ на момент вагітності _____

Попередні пологи закінчились таким результатом

: аборт, викидень (ранній, пізній), смерть дитини, пологи

_____ (скільки минуло років минуло) _____ Лікування з

приводу

безпліддя _____

1 половина вагітності - токсикоз (слабкий, виражений), анемія, кровотеча, ГРВІ, грип, резус-конфлікт,

лікування (амбулаторне, стаціонар) _____ загроза

викидня _____ (срок) _____

2 половина вагітності - токсикоз, анемія, нефропатія (набряки, білок у сечі), швиде набирання ваги, артеріальний тиск підвищений/зниж.

_____, загострення хронічних хвороб _____ прояв

гострих хвороб _____

інше _____

Психотравми,

стреси _____

Психологічний стан: агресія, плаксивість, постій втома, перевтома ,
роздратованість _____ інше

Пологи: срок _____ (завчасно,переношення), самостійні, стимульовані,
операція Кесарів розтин (плановий, екстренний). Почались з відходження
вод, з потуг, тривалість безводного
періоду _____

Допомога під час пологів: стимуляція, крапельниця, механічне
выдавлюванняе плода, щипці, вакуум

Анестезія (місцева, загальна) та інше..

Положення дитини при народженні: в головному, сідничному,
ножномуположенні.

Вага _____ **зріст** _____. **Дитина закричала:** одразу, післявідсмоктування
слизу, післяхлопка, проводилась реанімація.

Спостерігалось:зелені навколоплідні води, обвиття пуповиною / тулуба
(туге, ні), коротка пуповина, інше

Діагноз при народженні: пологова травма, внутриутрішньоутробна гіпоксія,
асфіксія в при пологах, гіпотрофія, мала морфо-функціональна незрілість,
ПЭП, ДЦП, гидроцефалія, великий плід,
інше _____

Стационарне лікування: (висновок
стаціонара _____

Оценка Апгар _____, **1-е годування** на _____ **сутки, взяв груди:** активно,
в'яло, відмовився.

3. Розвиток дитини післяпологів (до року)

а) Характерні для дитини: руховий неспокій, блювота (часто, рідко), порушення сну (сплутаність свідомості вдень і вночі, недосипання), гіпертонія, гіпотонія, тремор, тремор ручок/підборіддя, «відтягування» голови назад, судоми з підвищенням температури. , заочування голови під час плачу, сильне почервоніння під час плачу або чіткий носогубний трикутник

б) Моторні функції: голову тримає з ____ міс., сидить з ____ міс., повзає (так/ні) з ____ мес. багато/мало, (вперед, боком, назад), ходить самостійно з ____ міс., посмішка з ____ міс., почав брати іграшки з ____ міс. Особливості дебюта ходи: часто падала, боялася самостійно ходити, ходила боком, «на носочках», на п'яточках, косолапила, часто оступалася, одразу побігла, інша специфіка _____

в) Мовленнєвий розвиток: лепет з ____ міс., слова з ____ міс., фразиз ____ року.

спостерігалось: логоневроз, заїкання (зякого

віку _____

Займався (займається) логопедом:

так/ні _____

г) До року переніс/ла: ГРЗ, ГРВІ (__ раз), отит (__ раз), алергічні реакції, запалення, травми голови, струс головного мозку, закрепи, (часті/рідкі),

інше _____

Стаціонарне лікування (операції, наркоз, антибіотики)

Випадки госпіталізації (з матір'ю /без матері)

Які лікарські препарати дитина приймала до року: _____

4. Розвиток дитини після 1 року до теперішнього часу:

а) ГРЗ, ГРВІ _____ раз на рік, отит (так/ні), якщо «так», то в якому віці _____

Хронічні хвороби (які з якого віку) _____

Порушення опорно-рухового апарату _____

Випадки госпіталізації (з матір'ю /без матері)

Травми голови (так/ні), якщо «так», зазначте вік і характер травми _____

Чи були операції під загальним наркозом

Чи перебуває на обліку

Які лікарські препарати приймає

б) Якою рукою переважно дитина здійснювала маніпуляції до року _____, чи було переучування (з якого віку) _____,

в) чи були випадки енурезу 3-х лет – денний, нічний?

Наявність нав'язливих шкідливих звичок (розкачування, гризе нігті, намотує волосся на палець, розчісує шкіру, онанізм та ін.)

г) наявність дитячих страхів (постійних чи тимчасових) (наприклад: 3 роки – боявся Бабу-Ягу, не засинав один, 4 роки – страх темноти, 5 років – боїться, что забудуть забратиз дитячого садочка та ін..)

д) чи були скарги на дитину від вихователів і на що саме,

е) Що дитина любить робити - малювати, слухати казки, дивитись мультфільми, займатись на планшеті і інше?

ж) чи любить дитина усамітнюватися? з) наявність домашніх обов'язків

и) які стосунки з ровесниками в садочку

5. Особливості особистості дитини і вихавання в сімі на даний час:

а) Як ви стимулюєте дитину?

б) які методи покарання використовуєте?

в) до кого із найближчого оточення дитина проявляє емоційну близькість?

г) стосунки з братом/сестрою (за наявності), чи бувають труднощі?

д) що виводить дитину з рівноваги

_____ як швидко дитина

заспокоюється _____

е) хобі дитини

ж) наявність хронічних хвороб)

Заключення невропатолога, психоневролога, результати ЕЕГ, інших досліджень (ММД, СДВГ, ЗПР, ЕПІ-комплекси, ЕПІ-синдром)

Кардіологія

Дата заповнення _____

ДОДАТОК В

Гра «Впізнай склад»

Мета: розвивати навички фонематичного розбору, дрібну моторику дітей, увагу

Корекційна спрямованість: формування сприйняття усного мовлення в процесі розрізнення правильного та спотвореного мовленнєвого звуку.

Хід гри: Логопед чітко і повільно вимовляє склади, які містять звуки, які легко вимовляє дитина. Дитина викладає з паличок букви, які відповідають звукам

Гра «Навпаки»

Мета: закріпити уміння дитини визначати місце звука в слові, удосконалити навички правильної звуковимови, розвивати увагу та пам'ять.

Корекційна спрямованість: розвиток фонематичного слуху, розвиток слухової і зорової уваги, сприймання.

Хід: логопед кидає дітям м'ячик і при цьому вимовляє склади з потрібними звуками. дитина ловить м'яч, кидає назад, замінюючи при цьому звук у складі на протилежний.

Гра «Зіпсований телефон»

Мета: розвиток фонематичного слуху та пам'яті.

Корекційна спрямованість: формування фонетико-фонематичної сторони мовлення.

Хід гри: логопед на ушко говорить дитині будь-яке слово. дитина це слово передає далі. Останній учасник це слово відтворює уголос.

Гра «Подорож»

Мета: розвивати у дітей уміння визначати наявність або відсутність звука в слові, вчити складати речення за опорними малюнками виділяти наголошений склад в словах.

Корекційна спрямованість: формування фонетико-фонематичної сторони мовлення.

Хід гри: Дитина виставляє предметні малюнки у кишеньки вагончика, складає речення і придумує коротеньке оповідання.

Гра «Незнайка і магазин»

Мета: розвинути фонетико-фонематичну сторону мовлення, уточнити вимову звуків у словах; розвивати увагу.

Корекційна спрямованість: формування фонематичних уявлень, диференціація звуків.

Хід гри: Незнайко повернувся із магазину, у він придбав продукти, у яких є звук [р] [л]. Але у нього трапилась неприємність. Поки він ніс додому продукти, вони всі сплутались. Йому потрібна допомога: розкласти у дві кучки продукти для двох холодильників. у першій із звуком [р], а в другий із звуком [л].

Гра «Впізнай звук»

Мета: диференціація немовних звуків

Корекційна спрямованість: диференціація немовних звуків

Хід гри: Логопед показує дітям музичні інструменти, які видають музичні звуки. Логопед просить дитину показати малюнок із зображенням цього інструменту. Педагог дає настанову:»Я буду грати, а ти уважно слухай!». Тепер підніми малюнок із музичним інструментом, який щойно прозвучав.

Гра «Впіймай склад»

Мета: формування фонетико-фонематичних уявлень

Корекційна спрямованість: вчити визначати перший звук у слові

Хід гри: кожна дитина отримує вудочку і починає «ловити рибку». Ловить рибку з малюнком, називає її і визначає перший склад. За правильне виконання кладе рибку у своє відерце.

