

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

Кузьміна Жанна Юрївна

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ МОТОРНОЮ АЛАЛІЄЮ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Логопедія. Спеціальна психологія)

Галузь знань: 01 Освіта/Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

Науковий керівник:

_____ К.О. Зелінська-Любченко,
кандидат педагогічних наук,
старший викладач кафедри логопедії
« ____ » _____ 2021 року

Виконавець;

_____ Ж.Ю. Кузьміна
« ____ » _____ 2021 року

СУМИ 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз проблеми моторної алалії як системного порушення мовленнєвої діяльності.	
1.1. Історичний аспект вивчення проблеми моторної алалії.....	6
1.2. Моторна алалія: етіологія, патогенез, клінічна картина порушення.....	15
1.3. Теоретичний огляд методик формування мовлення у дітей з моторною алалією.....	22
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ.....	29
РОЗДІЛ 2. Діагностика стану мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.	
2.1. Зміст і структура методики діагностики моторної алалії.....	30
2.2. Кількісно-якісний аналіз результатів первинної діагностики.....	42
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....	52
РОЗДІЛ 3. Синтезована методика формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.	
3.1. Основні блоки синтезованої методики формування мовлення у дітей із моторною алалією.....	53
3.2. Перевірка ефективності методики формування мовлення у дітей із моторною алалією.....	66
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.....	72
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	76
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Сучасна демографічна ситуація в нашій країні характеризується не лише зниженням кількості новонароджених дітей, а ще й зниженням кількості народження здорових і фізіологічно зрілих дітей. Серед причин, які обумовлюють таку ситуацію, слід назвати хронічні хвороби породілля і прееклампсію, ускладнені та передчасні пологи, відхилення вродженого характеру. І як наслідок цих причин збільшується кількість дітей з важкими порушеннями мовлення.

Неврологічні і мовленнєві порушення тісно пов'язані між собою. Так, у більшості дітей, які мають порушення мовлення в анамнезі є неврологічні розлади.

Моторна алалія як варіант дизонтогенезу, для якої є характерними відсутність мовлення у дітей при збереженому слуху та відсутність артикуляторних порушень, привернула до себе увагу дослідників ще у ХІХ столітті.

Проблемами вивчення моторної алалії у різних теоретичних аспектах займалися і займаються вітчизняні та закордонні вчені. Використані матеріали представлені трьома групами робіт:

1.) педагогічні дослідження (О. Архіпова, Р. Белова-Давид, О. Боряк, Н. Жукова, К. Зелінська-Любченко, В. Ковшиков, Ю. Коломієць, Р. Левіна, М. Линська, О. Мастюкова, Т. Новікова-Іванцова, В. Орфінська, Ю. Рібцун, Н. Сікарчук, Є. Соботович, Ю. Сорочан, В. Тищенко, Н. Трауготт, Т. Філічева, М. Шеремет);

2.) психологічні дослідження (Е. Дж. Айрес, Т. Ахутіна, Т. Візель, Л. Виготський, О. Ворошніна, О. Леонт'єв, А. Лісова, О. Лурія, Г. Семенович, Ю. Тубичко);

3.) медичні дослідження (О. Березан, М. Бобилова, А. Капустіна, Т. Браудо, А. Заболотна, Л. Макаріна-Кібак, Н. Заваденко, О. Холін, О. Мічуріна, О. Малкова).

Але разом з тим залишається багато відкритих питань, зокрема недостатній рівень теоретико-методологічної розробленості даної наукової проблеми, особливо питання етіології і патогенезу моторної алалії, також досить цікавим є питання мотиваційного компонента в процесі логопедичної роботи і впливу дисфункцій сенсорних систем на мовленнєвий розвиток дітей із моторною алалією.

Усе вищезазначене зумовлює актуальність обраної нами теми магістерської роботи – «Особливості формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією».

Об'єкт дослідження: мовлення дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Предмет дослідження: процес формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та перевірці ефективності синтезованої методики формування мовлення у дітей із моторною алалією.

Завдання дослідження:

1. Вивчити стан мовлення дітей дошкільного віку із моторною алалією;
2. Розробити синтезовану методику формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією;
3. Перевірити ефективність синтезованої методики.

Елементи наукової новизни отриманих результатів. В даному дослідженні нами було розроблено синтезовану методику формування мовлення у дітей із моторною алалією, яка складається з двох блоків: логопедичного блоку і психокорекційного блоку. Вказана методика може бути рекомендована до впровадження під час логопедичної роботи з дітьми, що страждають на вищезазначене порушення.

Теоретичне та практичне значення дослідження: теоретичні узагальнення і результати даної роботи можуть використатися в практиці

логопеда, що проводить корекційну роботу з дітьми, у яких діагностовано моторну алалію.

Апробація результатів магістерської роботи здійснювалась шляхом практичного застосування методики на базі корекційного логопедичного центру «Світлячок» у м. Дніпро з 15 березня 2021 року по 5 червня 2021 року.

Основні положення магістерської роботи висвітлено у двох наукових статтях:

1. Кузьміна Ж. Ю. До питання вивчення етіології і патогенезу моторної алалії // Актуальні проблеми корекційної педагогіки, психології та реабілітації: Матеріали V Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції (25 травня 2021). Суми : ФОП Цьома С.П., 2021. С. 176-181.

2. Кузьміна Ж.Ю., Зелінська-Любченко К.О. Вплив дисфункцій сенсорних систем на мовленнєвий розвиток дітей із моторною алалією // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: Матеріали X Всеукраїнській заочній науково-практичній конференції з міжнародною участю (18 листопада 2021 року). Суми, 2021 (стаття прийнята до друку).

Структура магістерської роботи зумовлена змістом і сутністю проблеми, специфікою поставленої мети і конкретними завданнями. Магістерська робота містить у собі: вступ, перший розділ «Теоретичний аналіз проблеми моторної алалії як системного порушення мовленнєвої діяльності», другий розділ «Діагностика стану мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією», третій розділ «Синтезована методика формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією», висновки, список використаної літератури (85 джерел), додатки. Загальний обсяг магістерської роботи – 84 сторінки (без додатків).

РОЗДІЛ 1

Теоретичний аналіз проблеми моторної алалії як системного порушення мовленнєвої діяльності

1.1. Моторна алалія: поняття і ретроспективний аналіз вивчення

Кожному віковому періоду властиві свої новоутворення і перш за все це стосується вищих психічних функцій: мовлення, мислення, уваги, пам'яті. Своєчасне оволодіння мовленнєвою функцією є основною умовою гармонійного особистісного і психічного розвитку дитини.

Відхилення і порушення в розвитку центральної нервової системи призводять до дизонтогенеза. Одним із проявів дизонтогенеза мовленнєвого розвитку є алалія. При алалії весь процес становлення мови відбувається в умовах патологічного стану центральної нервової системи дитини.

Алалія визначається як відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічними ураженнями мовленнєвих зон кори головного мозку в пренатальному періоді чи в ранньому віці.

Вже понад сто років науковці займаються вивченням моторної алалії. В різний час термін «алалія» замінювався іншими: «слухонімота», «афазія», «вроджена афазія», «загальне недорозвинення мовлення» тощо.

Аналіз наукової літератури з логопедії, нейрофізіології, неврології, психології і нейропсихології виявив відсутність у вітчизняних і зарубіжних дослідників єдиного визначення поняття «моторна алалія». Наприклад, на Заході не використовують поняття «моторна алалія», там є поняття «дисфазія розвитку» і «специфічне порушення мовлення».

Термін «алалія» походить від «laliо» – «кажу» (з грецької мови) і заперечення «а». Для клінічної картини при алалії характерною ознакою є повна відсутність мовленнєвої функції або значне обмеження її обсягу. Якщо у дитини відсутнє експресивне мовлення, то таке порушення класифікується як моторна алалія.

«Моторна алалія, - пише відома українська дослідниця в галузі логопедії Соботович Є.Ф., – це важке недорозвинення експресивного мовлення, яке обумовлене органічним ураженням вищих рівнях мовленнєвої функціональної системи» [65, с. 67].

На думку багатьох вчених моторна алалія – це складний мовленнєвий розлад, для якого характерним є комплекс порушень, які тісно пов'язані між собою. Ці дослідники вважають, моторну алалію симптомокомплексом, в якому недорозвинення мовлення відіграє провідну роль.

Так, засновник логопатології дитячого віку О. Корнєв під моторною алалією розуміє мультисиндромний стан тотального недорозвинення експресивного мовлення, яке проявляється в первинному порушенні формування мовленнєвих операцій фонологічного, лексичного і синтактико-морфологічного програмування висловлювань» [31, с. 290].

Для більш ґрунтовного дослідження феномену моторної алалії вважаємо за потрібне зробити ретроспективний аналіз вивчення цього порушення.

Одна з перших згадок про алалію з'явилася у 1875 році, коли Ф. Кларус, досліджуючи пацієнтів з діагнозом «афазія», прийшов до висновку, що серед п'ятдесяти пацієнтів є випадки, коли афазія мала вроджений характер.

Схожу думку висловлював і німецький лікар А. Кусмауль, який у 1877 році запропонував класифікацію мовленнєвих порушень, яка згодом отримала назву клінічної. А. Кусмауль називав алалію «вродженою афазією». Він відмічав, що у деяких дітей повністю відсутнє мовлення, але разом з тим ці діти мали передумови для його засвоєння [27].

На нашу думку слід звернути увагу на цікаве наукове дослідження лінгвіста І. Бодуен де Куртеля. Вчений робить детальний опис вродженої афазії і класифікує порушення мовленнєвої діяльності, виділяючи церебральні і фонаційні порушення.

Вроджена афазія, як підкреслює дослідник, є церебральним порушенням з патологічним типом засвоєння мови неможливістю засвоєння правил функціонування мови [27].

Але лінгвістичне дослідження І. Бодуен де Куртеля не отримали всебічного визнання наукової спільноти того часу.

Трохи пізніше у 1888 р. Р. Коен визначав алалію як «ідеопатичну» або «слухонемоту». Коена прийнято вважати прихильником моторної концепції алалії. В роботі «Глухота і її лікування» автор підіймає питання етіології, симптоматики і методах подолання алалії [27].

Як і А. Кусмауль, Р. Коен вважав, що при алалії порушені центри мозку, які відповідають за стан мовлення. Основною причиною цієї патології Коен вважав центра координації артикуляційних рухів. На його думки, діти з алалією не здатні вимовляти звуки і склади, але у них збережені центри головного мозку і ті органи, які необхідні для розвитку мовлення.

Також Коеном був запропонований план роботи для виходу з алалії. Цей план включав медичне втручання (лікування медикаментами, фізіотерапія, гідротерапія) і педагогічні заняття з відповідними фахівцями.

Думку Р. Коена розділяв і німецький дослідник Г. Гутцман, який вважав, що для подолання цього мовленнєвого порушення треба стимулювати артикуляторну сторону мовлення. Методика, що у 1894 році була запропонована Г. Гутцман, багато в чому базувалася на принципах навчання глухих дітей [27].

Г. Гутцман пропонував наслідувати немовленнєві звуки, також одночасно використовувати слуховий і зоровий образи слова.

Але моторна концепція алалії у ХХ сторіччі не отримала всебічного визнання серед дослідників, науковий інтерес яких полягав у вивчення мовленнєвих порушень.

На етапі моторних концепцій, зазначає К. Зелінська-Любченко, вивчали тільки причини, які призводять до порушення механізму та кінцевий результат дії цих причин – мовленнєве висловлювання. Вивчення ж самого механізму алалії, тобто розладів структури та функціонування мовлення, не проводилося [24, с. 32].

Тому на початку минулого століття з'явилися прихильники інших концепцій алалії – «психологічних», які пов'язували виникнення алалії з різними психічними і психологічними порушеннями.

Вчені висловлювали думку, що алалія не може бути зумовлена лише моторними факторами, а мають місце й інші фактори такі як порушення мислення, пам'яті, уваги (А. Лібманн, М. Богданов-Березовський), і недостатньою психічною активністю (Р. Левіна), порушенням зорового сприйняття (В. Орфінська, Р. Левіна, Н. Нікашина, Р. Белова-Давид).

Науковий інтерес до дослідження як клінічної форми мовленнєвого порушення, призвів до появи різних класифікацій, де основними критеріями виступали механізми і ступень проявів порушень.

Так, А. Лібманн в циклі лекцій про порушення мовлення (1900) виділяє моторну, сенсорну і сенсомоторну слухонімоту [27].

Також диференційний підхід до алалії вже досить чітко простежується в роботах Р. Левіної, Н. Трауготт, В. Орфінської.

У 1951 р. Р. Левіна в роботі «Досвід вивчення немовленнєвих дітей (алаліків)» застосовує системний підхід до аналізу мовленнєвої і психічної діяльності дітей-алаліків.

«З огляду на складний характер проявів домінантної аномалії, - підкреслює Р. Левіна, – ми вважаємо, що можливо виділяти її в якості ведучого порушення і за ознакою цього порушення групувати немовленнєвих дітей» [34, с. 166].

У 1951 р. Р. Левіною була виділена «оптична алалія», під якою розумілося недорозвинення мовлення, яке пов'язане з порушенням оптико-просторового гнозиса.

Р. Левіна зазначає, що досить часто основною причиною алалії є порушення аналізаторної діяльності в слуховій і зоровій сферах, а також послаблена психічна активність дитини.

Автор виділяє наступні групи дітей: діти з переважним порушенням слухового (фонематичного) сприйняття; діти з порушенням зорового

(предметного) сприйняття; діти з порушенням мотиваційних процесів (психічної активності).

Основою класифікації Р. Левіної є патогенетичний принцип, який дозволяє розкрити первинну неповноцінність тієї чи іншої ланки, що визначає особливості не тільки мовленнєвих порушень, але і вторинну затримку розвитку пізнавальних можливостей дітей.

Дослідниця у галузі нейрофізіології Н. Трауготт вважала, що алалія завжди пов'язана з порушенням діяльності по засвоєнню мовлення, основною причиною алалії є недостатність мовленнєвого слухового гнозиса.

Н. Трауготт класифікує алалію на моторну і сенсорну. При цьому дуже ретельно висвітлено питання своєрідної мовленнєвої поведінки сенсорних алаліків, яких, як підкреслює автор, можна сплутати з дітьми з сенсоневральною туговухістю через те, що в процесі дослідження буває досить складно діагностувати: дитина має значне зниження слуху або вона не розуміє мовлення.

В роботі Н. Трауготт «Як допомогти дітям, які погано розмовляють (моторна і сенсорна алалія)» перша частина присвячена вивченню моторної алалії. Автором детально розглянуті причини і ознаки порушення, також надано перелік порад, які здебільшого адресовані батькам, які виховують дитину с моторною алалією.

За Трауготт, моторну алалію можна діагностувати в тих випадках, коли розвиток не є рівномірним, тобто «за одними функціями дитина на рівні з однолітками, а експресивне мовлення відстає від них» [73, с. 9].

В останні роки життя Н. Трауготт вивчала науковий спадок В. Орфінської. У 1983 році світ побачила стаття Н. Трауготт під назвою «Лінгвістичний аналіз афазії і алалії в роботах В.К. Орфінської», де автор не лише аналізувала, а і надавала власні коментарі щодо лінгвістичної класифікації В. Орфінської.

Якщо порівнювати класифікацію алалії В. Орфінської з іншими, то її лінгвістична класифікація є більш розширеною. Класифікаційним критерієм є механізм виникнення патології. Авторська класифікація представлена формами афазії і алалії, але в межах цього наукового дослідження нами будуть розглянуті

лише форми алалії. Згідно з домінантним критерієм автор розділяє алалії на три групи.

Слід назначити, що за В. Орфінською ці групи не мали конкретних назв. Але Н. Трауготт у статті, яку ми вказували вище, запропонувала свої назви цих груп.

До першої групи входять слуховимовні алалії, до другої відносяться асоціативні алалії, третя група включає апракто-агностичні алалії [74, с. 17].

Вважаємо за потрібно більш детально зупинитися на класифікації Орфінської В. З урахуванням складності і детальності лінгвістичної класифікації нами буде зроблений стислий аналіз кожної групи окремо.

До першої групи «Слуховимовні алалії» автор відносить:

- сенсорну форму (слухомовленнєва агнозія);
- моторну форму (артикуляторна агнозія);
- сенсорну алалію з домінуючим порушенням у вигляді слухової агнозії звукових рядів;
- моторну алалію з домінантним порушенням у вигляді апраксії артикуляторних рядів;
- сенсорну алалію з вибіркоким первинним порушенням фонематичної системи;
- моторну алалію з вибіркоким первинним порушенням фонематичної системи;
- моторну алалію з домінантним порушенням морфологічної системи.

Отже, перша група «Слуховимовні алалії» має два рівні. Перший рівень – це фонетичні порушення (труднощі у впізнаванні звуків або диференціюванні артикуляцій). До першого рівня належать перші чотири форми. На другому рівні спостерігається порушення фонематичного і морфологічного аналізу (останні три форми).

Друга група «Асоціативні алалії» представлена лише амнестико-сенсорна алалія (дефект сенсорозрізювальної функції, страждає зв'язок між зоровим і слухомовленнєвим аналізатором), амнестично-моторна форма алалії автором не

виділена. Причиною мовленнєвих патологій другої групи, на думку автора, є порушення міжаналізаторних зв'язків, тобто вони не уражені, а заблоковані.

До третьої групи «Апракто-агностичні алалії» В. Орфінська відносить наступні форми:

- синтаксична алалія (причиною цього мовленнєвого розладу є порушення рухливого аналізатора);
- оптична алалія (неповноцінність зорового аналізатора, що є причиною складності узагальнення предметів).

В сучасній логопедії класифікація В. Орфінської майже не використовується, але ми вважаємо, що важливим є той факт, що з одного боку В. Орфінська, пов'язувала алалію з орально-артикуляційною апраксією, а з іншого підкреслювала, що поряд з цим існують і інші причини алалії – мовленнєві.

В наш час саме «мовленнєві» концепції патогенезу алалії є пріоритетними. Так, наукові погляди видатних вчених ХХ і ХХІ століття – Т. Візель, Н. Жукової, В. Ковшикова, О. Мастюкової, Є. Соботович, Т. Філічевої та інших дослідників знаходяться в проблемному полі вивчення «мовленнєвих» концепцій моторної алалії. На думку прихильників цієї концепції, при алалії природна мовленнєва здатність не розвивається.

Так, Т. Візель відзначає, що при моторній алалії у дітей можуть нормально розвиватися і закріплюватися навички, які не потребують активного мовленнєвого супроводу.

«Це зумовлено тим, – пише Т. Візель, – що при моторній алалії мовленнєві стимули сприймаються, і внутрішнє мовлення формується» [9, с. 169].

Тобто в звичайному темпі розвиваються ті навички, які не є безпосередньо пов'язаними з мовленням. Прикладом цього є малювання, конструювання, вміння рахувати та інші.

Відомий нейропсихолог О. Лурія в своїх працях припускав, що причиною моторної алалії є ураження лівої півкулі головного мозку, що локалізується у

сенсомоторній ділянці. За часом виникнення ураження його слід віднести до домовленнєвого періоду розвитку дитини [38].

На думку українських дослідниць в галузі спеціальної освіти М. Шеремет і О. Боряк, імовірним є те, що дитина, яка зазнала ураження сенсомоторної зони має мовленнєві порушення як моторного, так і сенсорного характеру [81, с. 179].

В. Ковшиков в роботі «Експресивна алалія» вважає, що неспроможності засвоєння мовленнєвої системи у дитини з моторною алалією пов'язана з порушенням міжсистемних зв'язків.

Серед формальних мовленнєвих засобів діти-алаліки тривалий час користуються засобами, які складають так званий «нижчий рівень» мовлення. До цих засобів відносяться невербальні вокалізації, інтонації, жести, міміка.

«Незасвоєння змін форми мовлення, – підкреслює В. Ковшиков, – є основним показником розладу розвитку мовленнєвого механізму у дітей з алалією» [27, с. 105].

У 1983 році В. Ковшиков запропонував класифікацію, за якою алалія має три форми: експресивну, імпресивну і змішану. Тут слід зазначити, експресивна і імпресивна форми алалії мають синонімічні пари, які також часто використовують у сучасній логопедичній науці: «експресивна алалія – моторна алалія», «імпресивна алалія – сенсорна алалія». В нашому дослідженні ми буде використовувати саме термін «моторна алалія».

О. Корнєв у психологічному і нейролінгвістичному аналізі клінічної картини мовленнєвого порушення стверджує, що так зване «загальне» або первинне тотальне недорозвинення мовлення представлено двома типами: алалічним і параалалічним [31].

Пропонована дихотомія заснована на розмежуванні синдромів із механізмами первинно мовленнєвого рівня (алалічний тип) та гностико-праксичного рівня (параалалічний тип).

Отже, одним із найскладніших мовленнєвих порушень, при якому дитина практично позбавлена мовленнєвих засобів спілкування, є моторна алалія, що виникає в результаті органічного ураження мовленнєвих зон кори головного

мозку та супроводжується труднощами у використанні мовленнєвих висловлювань.

У рамках даного дослідження під моторною алалією ми розуміємо мультисиндромний стан тотального недорозвинення експресивного мовлення, яке проявляється в первинному порушенні формування мовленнєвих операцій.

Аналіз наукової літератури дозволив виявити три групи концепцій моторної алалії, які з'являлися у різні часи. Це «моторні» концепції, «психологічні» концепції і «мовленнєві» концепції.

У XIX столітті популярною стала моторна концепція алалії. Наукові дослідження специфічного мовленнєвого розвитку, що спостерігаються у дітей з нормальним слухом і без виражених відхилень в інтелектуальному розвитку, були виявлені І. Франком, А. Кусмаулем, Р. Коеном, Г. Гутцманом. Представники «моторних» концепцій алалії основну причину порушення вбачали у моторній недостатності (апраксії). Але багато авторитетних вчених наголошують, що не завжди при моторній алалії спостерігається артикуляторна апраксія.

Прихильники «психологічних концепцій» пов'язують моторну алалію з психічними і психологічними порушеннями. Частіше за все автори наполягають на зв'язку порушення інтелекту з моторною алалією. Але ця думка наразі критикується представниками інших концепцій, які підлягають сумніву причино-наслідковий зв'язок моторної алалії з порушенням інтелекту.

Але як і в «моторних», так і в «психологічних» предметом вивчення дослідників були лише причини порушення, а сам механізм порушення залишався поза зоною уваги. На відміну від зазначених вище концепцій, саме в «мовленнєвих концепціях» вперше висвітлено питання механізму моторної алалії.

1.2. Моторна алалія: етіологія, патогенез, клінічна картина

В розкритті суті моторної алалії центральне місце займає етіологія (причини) і патогенез (мозкові механізми). Це зумовлено тим, що розуміння причин і механізмів у переважній більшості випадків визначає вибір методів та засобів корекційно-виховної роботи.

Вчені, які займалися і займаються вивченням етіології моторної алалії, зазначають, що існує низка факторів, які можуть призвести до цього порушення. При вивченні наукової літератури, ми дійшли висновку, що серед основних причин цього порушення вчені виділяють три основні групи факторів: біологічні, спадкові і соціальні.

Зупинимося на основних причинах моторної алалії. Нами більш детально будуть розглянуті біологічні причини, тому що саме вони, на думку багатьох дослідників, є домінуючими в етіології досліджуваного нами порушення.

Несприятливий вплив біологічних причин під час вагітності, пологів і в ранньому дитинстві можуть призвести до моторної алалії. Такої думки притримувалися такі відомі науковці як В. Орфінська, Н. Трауготт, Т. Філічева та інші.

Так, Н. Трауготт серед основних причин моторної алалії називає несприятливий період пологів або проблеми у пренатальному періоді [73].

До органічних ушкоджень головного мозку під час вагітності призводять: інтоксикації, внутрішньоутробні інфекції, захворювання матері важкою формою грипу, порушення кровообігу плоду, крововиливу в мозок плоду, падіння матері з наступною травматизацією плоду, токсикоз (особливо у третьому триместрі вагітності), загроза викидня, хронічні захворювання матері.

Ускладнення, що виникають під час пологів, також можуть бути причинами моторної алалії. Серед наслідків несприятливого перебігу пологів слід назвати наступні: патологія родової діяльності, недоношеність, асфіксія, застосування родопомічних засобів, народження дитини з пухлиною, гематомою.

У перші роки життя моторна алалія пов'язана з низкою етіопатогенетичних факторів таких як черепно-мозкові травми голови дитини, менінгіт, енцефаліт, інфекційна жовтяниця, тривалі соматичні захворювання, які призводять до виснаження центральної нервової системи і інертності основних нервових процесів.

Так, на думку В. Тищенко, органічні порушення, які виникли у пренатальному періоді, збільшуються розміром пропорційно тому, як збільшується обсяг і площа кори головного мозку. Ушкоджені клітини залишаються на стадії нейрообластів (попередників нейронів, які не досягли функціональної зрілості). Значні за обсягом зони ураження ускладнюють виділення більш диференційованих форм алалії [71, с. 181].

Наразі вчені виділяють дві форми моторної алалії: еферентну (кінеститичну) і аферентну (кінетичну), які відрізняються локалізацією уражень.

Стисло зупинимось окремо на кожній формі моторної алалії. Так, при аферентній алалії ураження локалізується в постцентральному відділі кори головного мозку. Ураження виникає в нижній третині задньої центральної звивини, також досить часто страждає нижня частина тім'яної доли. При цій формі моторної алалії центральним симптомом прийнято вважати оральну апраксію, причиною появи якої є порушення кінестетичної чутливості. Внаслідок кінестетичної апраксії дитина неспроможна контролювати рухи артикуляційного апарату і має складності у формуванні рухового образу звуку. Через це виникають літеральні парафазії, тобто помилкова заміна одних звуків на інші.

У дітей з моторною аферентною алалією переважно страждає засвоєння та використання морфологічної словозміни, що виражає систему парадигматично організованих граматичних значень числа, роду, відмінка іменників, прикметників, числівників, займенників; виду, часу особи дієслів [71, с. 183].

Еферентна форма моторної алалії зустрічається набагато частіше ніж аферентна форма. При еферентній алалії ураження локалізується в прецентральному моторному зоні головного мозку і в нижніх задніх відділах

лобної долі (центр Брока). Для цієї форми моторної алалії характерною є кінетична апраксія, при якій порушено відтворення серійних артикуляційних рухів.

Тест Н. Трауготт під час діагностики доцільно запропонувати дітям з еферентною моторною алалією. Метою тесту Н. Трауготт є виявлення спроможності відтворення серії складів. Логопед пропонує дитині повторити серії складів (ДУ-ДІ-ДА; ПІ-ПА-ПО).

«Навіть після п'яти років, - підкреслює О. Корнєв, – у дев'яносто відсотків випадків діти припускаються семантичних помилок при виконанні цього завдання. Ми не спостерігали цього ні при якій іншій формі недорозвинення мови» [31, с. 296].

При еферентній алалії досить часто в мовлення дитини присутні perseverації (повтори попереднього складу), антиципації (склад, який акустично сильніший / легший в артикуляції вимовляється раніше) і контамінації (з'єднання частини одного слова з частиною іншого слова), вербальні парафазії (заміна одних слів іншими).

Дещо іншу думку висловлює сучасна дослідниця у галузі нейропсихології Т. Візель, яка вважає, що ураження мовленнєвих зон мозку не призводить до алалії, бо дитячому мозку властива висока пластичність, що дозволяє замінити уражену ділянку здоровою, але лише в тому випадку коли провідникові нервові шляхи збережені. При моторній алалії патологічний процес зосереджується насамперед в лівій півкулі мозку, яка є домінантною в мовленні. Для того, щоб дитина почала самостійно розмовляти, вважає Т. Візель, їй необхідна здатність перетворювати звуки мовлення в артикуляційні рухи.

«Для цього, – підкреслює Т. Візель, – потрібні повноцінні провідникові шляхи між сенсорною (скроневою) і моторною (премоторною і постцентральною) областями мозку» [9, с. 169].

Щодо спадкових причин моторної алалії більшість авторів не відкидають фактор спадковості, але вважають, що спадковість має місце у дуже незначній кількості випадків алалії (В. Ковшиков).

Серед соціальних причин дослідники називають недостатню увагу до мовлення дитини з боку дорослих, недостатню стимуляцію до мовленнєвої діяльності, відсутність мовленнєвого зразка, конфліктні відношення в родині, білінгвізм.

На думку американського психолога, який спеціалізується на когнітивній психології, В. Гарднера не слід недооцінювати соціальні фактори. Вчений підкреслює, що особливе значення мають стосунки з матір'ю, бо досить часто у дітей, які страждають моторною алалією, матері мають виражені акцентуації характеру: можуть бути як невротичні, боязкі і мовчазні, так і занадто самовпевнені, егоцентричні, авторитарні [9].

На нашу думку, етіологія моторної алаліє є комплексною, тобто такою, яка поєднує у собі біологічні, соціальні і спадкові фактори, серед яких домінуюча роль належить біологічним факторам (ушкодження головного мозку у внутрішньоутробному періоді і у ранньому віці).

Для клінічної картини моторної алалії характерними є мовленнєві і немовленнєві прояви.

У дітей з моторною алалією, незважаючи на збережену можливість виконувати артикуляційні рухи, що обумовлено достатньою рухливістю мовленнєвих органів, спостерігається утруднене оволодіння руховими вміннями навичками мовленнєвого апарату. Наприклад, за проханням дорослого дитині складно знайти правильну артикуляційну позицію, хоча самотійно і мимовільно така дитина може облизати щось солодке з поверхні верхньої губи.

Як вже зазначалося вище, при моторній алалії страждають всі сторони мовлення.

Серед характерних мовленнєвих симптомів, які дуже складно піддаються корекції, значне місце займає можливість повторення звукових ланцюжків. В складних випадках діти не можуть повторити навіть один ізольований гласний звук. Великі труднощі викликають збіг двох або трьох звуків (наприклад, «ау», «ауі» тощо). Чим складніша структура слова, тим більш пізніше дитина оволодіє можливістю повторення, особливо якщо це склади зі збігом приголосних.

Що стосується словникового запасу, то діти з моторною алалією засвоюють лише найнеобхідніше, тобто дитина здебільшого те, що потрібно їм у побутовій діяльності. Словарний запас таких дітей розвивається зі значним запізненням. Часто діти не зовсім точно і правильно розуміють значення слів, що негативно впливає на якість формування мовленнєвого висловлювання, замінюючи близькі за значенням слова, але які не зовсім коректні в даній ситуації.

Звуко-складова структура слова також дуже грубо порушена. Діти навіть при багаторазовому повторенні припускаються помилок у відтворення одного і того ж самого слова.

Грамматичний склад мовлення також сильно відстає від показників нормального мовленнєвого розвитку і розвивається зі значним запізненням. Дитині досить складно правильно оформлювати власну думку, замість навіть короткого речення у дитині набір неузгоджених слів.

Складно засвоюються дієслова, які часто просто опускаються, дитина не використовує закінчень. Труднощі виникають з прийменниками, бо дитина просто інтуїтивно не відчуває законів граматики, не розуміє смислової різниці між словами (наприклад, «іду», «прийшов», «пішов»). Пізніше дитина зміщує закінчення різних відмінників, особливою є проблема закінчення орудний відмінок із закінченням родового і давального відмінка.

Ми вважаємо, що неоднозначною є ситуація і з розумінням мовлення. Доросли, іноді самі не розуміючи цього, надають дитині підказки жестами і поглядами, тим самим допомагаючи дитині зорієнтуватися у ситуації. Дитина чує слова і самостійно може уловити лише смислове значення, а розуміння самої граматичної форми є не до кінця доступним – закінчення, множина, зменшене значення (кіт – котик).

Така сама ситуація переноситься і на розуміння фраз, неможливість оперування прийменників, не розуміння просторових відношень між предметами.

Резюмуючи все згадане слід підкреслити, що розуміння мовлення у дітей з моторною алалією часто не є досконалим, бо дитина реагує на прохання частіше

орієнтується на знайому конкретну ситуацію («виписи води», «включи / виключи світло»).

До немовленнєвих проявів відноситься неврологічна і психологічна симптоматика.

Досить часто на електроенцефалограмі лікар-невролог може виявити регіональне уповільнення, судомну готовність або епілептичну активність. В деяких зонах осередки змін мінімальні. Прикладом мінімальних осередкових змін може слугувати зміни у зоні гліозу. Але більш виражені зміни можуть бути, коли мова йде про кістозно-гліозну трансформацію у тім'яно-скроневій зоні. Інколи при моторній алалії може спостерігатися спастика правої руки або спастика всього тіла з правої сторони, легкий ступень пареза м'язів, наявність синкінезій і гіперкінезів [6, с. 32, 35].

Несформованість моторних функцій у дітей з моторною алалією проявляється недостатньою координацією рухів, зниженням моторної активності, порушенням рівноваги (як статичної, так і динамічної), недостатнім розвитком дрібної моторики.

Незважаючи на те, що у дітей достатня м'язова сила і збережені рефлекси, вони з запізненням засвоюють елементарні побутові навички (миття рук, використання ложки під час прийому їжі, одягання або роздягання, застібання гудзиків на одязі).

Недостатньо розвинуті і вищі психічні функції: увага, сприйняття, пам'ять. Досить часто у дітей звужений об'єм пам'яті, дітям важко запам'ятовувати фрази, вірші, тексти. Також у дітей з моторною алалією страждає емоційно-вольова сфера.

Погляди щодо інтелектуальних порушень у дітей з моторною алалією у науковій спільноті різняться. Переважна кількість відомих дослідників, таких як Р. Левіна, Н. Нікашина, Н. Трауготт, М. Хватцев та інші, вважають, що інтелект у таких дітей страждає вторинно. Вчені визначають, що при достатньому пізнавальному інтересі, у дітей спостерігаються складності у логічних операціях абстракції і узагальнення, відмічаються проблеми з символізацією. Діти з

моторною алалією відчують труднощі в процесі сюжетно-рольової гри у колективі.

Деякі вчені дотримуються дещо іншої думки (Р. Белова-Давид) і наголошують, що інтелектуальна недостатність у дітей, що страждають на алалію, є первинним дефектом і саме це є причиною мовленнєвої недостатності.

З повагою відносячись до обох точок зору, ми вважаємо, що інтелектуальна недостатність у дітей з моторною алалією є вторинним порушенням, яке з'явилося у наслідок важкого порушення експресивного мовлення. Цього вторинного порушення можна уникнути за умови своєчасної медико-психолого-педагогічно корекції.

Психологічна симптоматика проявляється у розвитку патологічних станів особистості. Діти замкнуті, невпевнені у собі, болісно реагують на зауваження, демонструють підвищену образливість, знервованість. Вони схильні до уникнення мовленнєвих ситуацій, проявляють стійкий мовленнєвий негативізм, але при цьому активно використовують жести у спілкування. Діти з моторною алалією відрізняються зниженою працездатністю, дуже швидко втомлюються.

Отже, в цьому підрозділі ми розглянули етіологію моторної алалії, її патогенез, клінічну картину. Опрацювавши великий обсяг літератури з різних галузей знань (спеціальної педагогіки, психології і медицини), ми прийшли до висновку, що в основі етіології моторної алалії є комплекс причин: біологічні, соціальні і спадкові, серед яких центральне місце дослідники відводять саме соціальним причинам. Встановлено, при моторній алалії порушені всі сторони мовлення, щодо неврологічної і психологічної симптоматики, слід підкреслити, що неврологічні прояви присутні практично у всіх дітей з моторною алалією, психологічно симптоматика проявляється в емоційно-вольовій сфері дитини.

1.3. Теоретичний огляд методик формування мовлення у дітей з моторною алалією

В цьому параграфі нами буде розглянуто три сучасні методики формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією. Це метод «М.А.Р.» М. Линської, методика Т. Грузінової «Запуск мовлення у немовленнєвих дітей: від нуля до фразового мовлення», методика Т. Новікової-Іванцової «Метод формування мовленнєвої системи» (МФЯЗ).

Основою авторської розробки формування мовлення «М.А.Р. метод» відомого сучасного російського логопеда і психолога М. Линської є метод сенсорно-інтегративної логопедичної роботи. Цей метод використовується для дітей з тяжкими порушеннями мовленнями такими як, наприклад, моторна алалія [42].

Система роботи за методом М. Линської складається з двох етапів. Перший етап «Формування передумов мовленнєвої діяльності» передбачає роботу з трьома видами передумов.

М. Линська виділяє:

1. Афективно-мотиваційні передумови, до яких автор відносить емоційні форми спілкування дитини з дорослими і мотивування дитини до сумісної роботи з дорослими, і як наслідок, і до мовлення;
2. Перцептивні передумови, тобто процеси обробки сенсорної інформації;
3. Когнітивні передумови, серед яких механізми ідентифікації і концептуалізації, попереджувального синтезу, узагальнення та категоризації.

М. Линська, спираючись на теорію сенсорної інтеграції (автор Дж. Айрес) і на метод «заміщаючого онтогенезу» (автор Г. Семенович), категорично проти введення альтернативної комунікації. Автор «М.А.Р. метод» пояснює це тим, що альтернативні засоби комунікації – це є символізація, яка спирається на вищі рівні сенсорної інтеграції. Але доцільно дотримуватися напрямку «зверху – вниз», тобто якщо якийсь етап (навик) у ранньому розвитку був пропущений, то треба надати дитині можливість оволодіти ним.

На другому етапі «Формування системи рідної мови» М. Линська пропонує проведення логопедичних занять. Серед основних завдань цього етапу автор виокремлює наступні: подолання апраксії, робота з артикуляцією і диханням, формування складової структури слова, робота над звуковимовою, розвиток лексики і граматичних категорій з урахуванням принципу онтогенетичної послідовності.

Слід підкреслити, що на обох етапах заняття повинно спиратися на сім сенсорних систем.

Але особливу увагу М. Линська радить приділити п'ятьом сенсорним системам: пропріоцептивній, тактильній, вестибулярній, смаковій і нюховій.

Робота з нюховою системою проводиться на кожному занятті. Автор пояснює важливість цього виду роботи тим, що, як відомо, до п'ятирічного віку функції розвитку, в значному ступені, контролює лімбічна система. Нюхова система активізує емоції, бо нюхові і смакові центри, що знаходяться у стовбурі головного мозку мають асоціативні можливості, які при постійній стимуляції, активізують емоції. М. Линська наголошує, що цей факт свідчить про існування фізіологічної залежності нюху і мотивації до мовлення [42].

Отже, в основі авторського методу «М.А.Р.» лежить формування комплексу передумов мовлення і робота з базовими видами чутливості. Цінною для нашого дослідження є робота М. Линської «Формування мовленнєвої діяльності у немовленнєвих дітей з використанням інноваційних технологій», що вийшла з друку у 2015 році. Автором запропоновано комплексний підхід до формування структур компонентів мовленнєвої діяльності. Незважаючи, на досить різні діагнози дітей, автор відмічає, що характерним симптомом у немовленнєвих дітей є відсутність мовленнєвої мотивації.

М. Линська пропонує ігри і вправи, які стимулюють ігрову, конструктивну, і предметно-практичну діяльність дитини і мають доказовий позитивний вплив на мотиваційно-спонукальний рівень мовлення.

Як відмічає М. Линська для повноцінного розвитку мовлення необхідною є ціла низка умов, а саме вроджена мовленнєва здатність, достатній рівень

інтелекту (первинно збережений інтелект), постійні стимули зовнішнього середовища і нормальне функціонування провідних шляхів між аналізаторами і модальностями, через які передається інформація [43, с. 9].

Ефективним є полімодальний підхід, в основі якого є формування міжаналізаторних і асоціативних зв'язків у головному мозку.

Значну увагу автор «М.А.Р. методу» приділяє емоційному фону сумісної діяльності дитини і фахівця. Саме експресія педагога, на думку дослідниці, є механізмом налаштування на мовленнєве сприйняття і мовленнєве відтворення. Фахівець повинен активно залучити увагу дитини до власних жестів і артикуляції.

Для розуміння прислівників, М. Линська рекомендує використовувати нюхову і смакову сенсорну систему. Наприклад, солодкий-гіркий-кислий-солоний смак; різкий-слабкий-свіжий-приємний-неприємний запах.

Погоджуючись с автором, вважаємо за потрібне підкреслити, що активне стимулювання нюхових і смакових центрів у головному мозку, опосередковано стимулює центри мозку, відповідальні за мотивації.

Щодо стимуляції слухового сприйняття, М. Линська, рекомендує в випадках, коли дитина не може фіксувати погляд на іграшках, є сенс починати корекційні заняття з використанням кольорових пов'язок на голові дорослого і одночасним використанням яскравим і блискучих предметів, які є звуковими подразниками.

Наступна методика, на якій ми зупинимося, це авторська методика сучасного ігрового логопеда Т. Грузінової «Запуск мовлення у немовленнєвих дітей: від нуля до фразового мовлення», яка була започаткована і ефективно апробована в межах проекту «Школа ігрової логопедії» [15].

Автором розроблено серії базових курсів, серед яких «Викликання звуків у немовленнєвих дітей за допомогою емоційного включення».

Як і М. Линська, Т. Грузінова акцентує увагу на значній ролі емоційної складової в процесі формування мовлення у немовленнєвих дітей взагалі, і дітей з моторною алалією зокрема.

Автор зосереджує увагу на розмежування понять «довільний звук» і «недовільний звук».

Довільний звук – це звук, який дитина відтворює навмисно, за проханням дорослого.

Недовільний звук – це звук, який дитина відтворює спонтанно, а за інструкцію цього зробити не може.

Основним завданням на початкових етапах корекційної логопедичної роботи є намагання перевести недовільний звук довільний.

За Т. Грузіною, це досягається двома шляхами:

1. Механічна допомога;
2. Виклик звука через емоцію.

Автор методики зазначає, що важливим є поняття «праксис», бо для того, щоб відтворити навіть просте слово, дитина повинна мати достатньо розвинуте фонематичне сприйняття і артикуляційний праксис.

Важливою є і слухомовленнєва пам'ять. Кожна людина має різні ступені здатності утримувати слухові образи в пам'яті. У багатьох дітей з моторною алалією, у яких ця знатність може бути вкрай низька.

Слід починати, на думку автора, саме з приголосних звуків, бо вони є носіями смислового навантаження в слові.

Умовно авторську методику Т. Грузінової можна розділити на три основних етапи:

Базовим завданням першого етапу є викликання приголосного звуку. Автор рекомендує в емоційно-забарвленій грі встановлюється асоціативні зв'язки. Приголосний звук завжди чітко співвідноситься з умовним жестом. Логопед під час гри стимулює появу необхідного звуку, який кожний раз супроводжується умовним жестом. Так фахівець робить до поки дитина не зможе самостійно повторити цей звук за інструкцією (на прохання педагога). Коли дитина вже досконало вивчить жест, тобто запам'ятає і може навмисно в будь-якій ситуації його відтворити, можна просто показати умовний жест без вокального супроводу.

Умовний жест як підказка в перспективі спрацьовує набагато ефективніше ніж звичайна вокальна підказка. Дієвим засобом стимулювання мовлення є ігри, які ототожнюють один звук або склад. Наприклад, гра зі звуком [П]. Звук [П] – різкий, неочікуваний, схожий на звук пострілу з вогнепальної зброї або плювання пробок з під вина.

Т. Грузінова наголошує, що в процесі викликання звуків в дітей з моторною алалією добре себе зарекомендував умовний жест як різновид підказки.

Тут діє одне правило: один звук = один жест = одна гра. Умовні жести співвідносяться:

- Зі звуком;
- Способом утворенням звука;
- Звуком, схожим на гру.

На другому етапі отриманий довільний звук закріплюється. Закріплення звуків також повинно бути проходити в спеціально створеній ігровій ситуації. Коли етап сформованості довільних звуків закінчено, слід переходити до з'єднання ненаголошеного складу ударним (дотримуючись структури слова в заданому ритмі).

Т. Грузінова рекомендує на цьому етапі запуску мовлення використовувати гру «Вгадай мелодію». В музиці є поняття «стала нота» и «нестала нота». Всі музичні композиції завжди закінчуються на сталій ноті. Якщо музичний твір обірвався на несталій ноті, мозок людини намагається зробити ноту сталою. Т. Грузінова приводить наступний приклад: дитині впродовж тривалого часу на занятті логопед співає пісню «Дай мені корову». Потім логопед проспівуючи пісню, навмисно не домовляє останній склад «Дай мені коро __» і дає підказку умовним жестом «ву».

По тому ж принципу можна погратися з ритмом. Наприклад, «Гра – та – та», потім логопед повторює теж саме, але без останнього складу «та» і надає підказку умовним жестом «та».

Мелодика і ритм є опорою, яка стимулює дитину до мовлення.

Третій етап – це етап формування простої фрази, яка потребує підкріплення різними засобами, серед яких жести, картинки, предмети. Жести, картинки, предмети слід обов'язково підкріплювати ритміко-мелодійною складовою. Для дитини буде дуже корисним ритмічний малюнок слова, який повторюються рухами тіла під музику.

Т. Грузінова виділяє чотири рівні мовленнєвої діяльності: фонетичний рівень (вміння дитини відтворювати звуки); лексичний рівень (смысловий рівень, рівень розуміння); синтаксичний рівень (здатність компонувати окремі значення, складати фрази і зв'язні висловлювання); граматичний рівень (засвоєння дитиною граматичних категорій).

Методика Т. Новікової-Іванцової «Метод формування мовленнєвої системи» (МФЯЗ) базується на онтогенетичному принципі розвитку мовлення. Дитина в розвитку мовлення повинна пройти всі етапи, не пропускаючи жодного, перестрибування етапів неприпустимо.

Початковий етап корекційної роботи з немовленнєвою дитиною, за онтогенезом, треба починати з етапу гуління і белькотіння. Важливим є етап розрізнення немовленнєвих і мовленнєвих звуків, та їх диференціація. Заняття проводяться під музику. Робота починається з етапу гуління, логопед проспівує голосні звуки. Наступний крок – це проспівування складів (етап белькотіння).

Автор методики пропонує різні мелодії (загальна кількість мелодій: шість, що відповідає шести складовим ритмам російської мови), які чітко закріплені за кожним етапом. Багато уваги Т. Новікова-Іванцова приділяє тактильному контакту з дитиною. Автор пояснює це тим, що в більшості випадків немовленнєві діти мають проблеми з зоровою увагою і саме тісний тактильний контакт допомагає встановленню емоційного і зорового контакту.

Логопед слідкує над правильним положенням тіла дитини під час занять: дитина притиснута спиною до грудей фахівця і вони разом співають звуки і склади, долоні дитини в долонях логопеда. Важливим є відстукування ритму, який на початкових етапах ритм відстукується логопедом і з залученням рук

дитини, а потім разом. За допомогою схем звуків (карток) здійснюється візуальне підкріплення [50].

При проспівуванні звуків та складів ритм відбивається по колінах дитини, яка лежить на кушетці, логопед займає положення збоку від дитини, утримуючи руку на своєму горлі. Проспівування проходить синхронно.

Після введення у мовлення звуків і складів, в мовлення починають вводитися слова з різною складовою структурою, за принципом «від простого до складного». Методика Т. Новікової-Іванцової містить чітку структуру і характеризується системним підходом до формування мовлення.

Автор методики радить під час занять спиратися на три сенсорні системи: зорова система (показ картинок-символів із зображенням звуків), тактильна система (тісний тактильний контакт з логопедом, дитина має відчутти роботу губ, язика та голосових зв'язок), слухова сенсорна система (використання мелодії і ритму). В авторській методиці Т. Новікової-Іванцової акцент робиться на темпоритмічну складову і слухове сприйняття, що позитивно впливає на артикуляційний апарат і правильне мовленнєве дихання.

Так, в цьому підрозділі ми розглянули сучасні авторські методики формування мовлення («М.А.Р» М. Линської, «Запуск мовлення у немовленнєвих дітей: від нуля до фразового мовлення» Т. Грузінової, «Метод формування мовленнєвої системи» Т. Новікової-Іванцової), які застосовується для індивідуальних логопедичних занять з дітьми, які мають складні мовленнєві порушення, такі як моторна алалія. На основні положення цих методик ми будемо спиратися при розробці нашої синтезованої методики формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Висновки до 1 розділу.

В нашому магістерському дослідженні під моторною алалією ми розуміємо мультисиндромний стан тотального недорозвинення експресивного мовлення, що проявляється в первинному порушенні формування всіх мовленнєвих операцій.

Моторна алалія є складним мовленнєвим порушенням, яке зумовлене органічним ураженням головного мозку, а саме мовленнєвих зон його кори. Виділяють дві форми моторної алалії: аферентну і еферентну, при першій проявляється кінестетична апраксія, при другій – кінетична апраксія.

Детально проаналізувавши наукову літературу з проблем моторної алалії, можемо констатувати, що починаючи з XIX століття і по наші часи існує три групи концепцій: «моторні», «психологічні» і «мовленнєві».

Багато видатних дослідників сучасності, науковий інтерес яких лежить у проблемному полі патології мовленнєвого розвитку є представниками «мовленнєвих» концепцій.

Щодо етіології моторної алалії, сучасні вчені виділяють біологічні, спадкові і соціальні причини. Але слід зазначити, що більшість науковців вважають домінантними причинами біологічні фактори, несприятливий вплив яких і привів до моторної алалії.

В розділі розглянуто мовленнєві і немовленнєві (неврологічні та психологічні) прояви моторної алалії. У дітей з моторною алалією страждають всі сторони мовлення. Навіть у дітей, які вчасно отримали комплексну допомогу і оволоділи мовленням, мовленнєві порушення зберігаються тривалий час. Встановлено, що часто діти мають супутні неврологічні проблеми і емоційно-вольові порушення.

Зроблено теоретичних огляд сучасних методик формування мовлення у дітей із моторною алалією. Це авторські методики відомих логопедів-новаторів М. Линської, Т. Грузінової та Т. Новікової-Іванцової.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА СТАНУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ МОТОРНОЮ АЛАЛІЄЮ

2.1. Зміст і структура методики діагностики моторної алалії

Первинна діагностика – це один з найважливіших етапів в корекційній логопедичній роботі з формування мовлення у дітей, що страждають на моторну алалію.

Під час проведення первинної діагностики фахівцю слід уважно аналізувати фактори, які допомагають диференціювати моторну алалію від інших мовленнєвих порушень.

Особливу увагу логопед звертає на загальний медичний анамнез і особливості раннього моторного розвитку дитини. Під час збору анамнестичних даних важливо розпитати про ранній мовленнєвий розвиток (домовленнєвий період), акцентуючи увагу батьків щодо відсутності, зменшення кількості або різке припинення белькотіння.

Логопед уважно записує скарги батьків, аналізує мовленнєве оточення дитини, мотивування батьками до мовленнєвої діяльності. Досить часто практичну відсутність можливості спілкування батьки вважають проявами небажаної поведінки, упертості, негативізму і ліні.

Розвинена жестикуляція і міміка є однією з ознак моторної алалії на відміну від інших мовленнєвих порушень. В емоційно-забарвленій комунікативній ситуації діти жваво використовують жести і міміку для спілкування.

Перші слова у дітей з моторною алалією з'являються досить пізно, а що стосується фразового мовлення, то воно частіше формуватися лише у старшому дошкільному віці. Батьки на консультаціях акцентують увагу на тому, що, окрім відставання у мовленні, діти і інших сферах розвивається в межах вікової норми. Але це завжди відповідає дійсності і дитина у багатьох сферах

демонструє відставання, а ефективна корекційна робота завжди є системною і комплексною. Тому щоб провести якісну первинну діагностику логопеду буде замало однієї зустрічі, для вичерпного обстеження може знадобитися серія зустрічей, щоб розробити індивідуальну корекційну програму занять для дитини, яка охоплює всі сфери розвитку, яким необхідна корекція.

Кількість зустрічей залежить від того, наскільки легко дитина вступає в контакт, чи є у неї негативні реакції загального та мовленнєвого характеру, у чому вони виявляються і як долаються. Слід звернути увагу те, наскільки дитина критична до свого стану, на прагнення до спілкування і взаємодії, особливості ігрової діяльності.

Мета: провести психолого-педагогічну первинну діагностику дітей з моторною алалією.

Завдання дослідження:

- підібрати комплекс методів психолого-педагогічної діагностики дітей із моторною алалією;
- провести експериментальне вивчення мовленнєвого розвитку у дітей із моторною алалією.
- провести якісний і кількісний аналіз експериментальних даних.

Етапи дослідження:

- 1 етап. Організаційний (здійснюється підбір дітей у контрольну групу).
- 2 етап. Констатувальний етап (проведення первинної діагностики дітей).
- 3 етап. Кількісний та якісний аналіз результатів констатувального експерименту.

Методика дослідження. Для первинної діагностики нами була використана і адаптована в межах нашого дослідження методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення», а саме розділ методики, який присвячений діагностиці дітей, що мають діагноз «моторна алалія» [10] (Додаток А).

В методиці Г. Волкової основним принципом є принцип всебічності та комплексності. Цей принцип передбачає не лише обстеження мовлення, а й

детальне обстеження немовленнєвих процесів, сенсорного і моторного розвитку дитини, її рівня інтелекту, якостей особистостей, вивчення соціального і мовленнєвого оточення, в якому перебуває дитина.

Як зазначає Г. Волкова, під мовленнєвою діяльністю необхідно розуміти складну і багаторівневу функціональну систему. Всі складові цієї системи (фонетика, лексика, граматики, семантика) перебувають у прямій залежності один від одного і обумовлюють один одного. Саме детальний психолого-педагогічний аналіз структури мовленнєвих дефектів дає змогу виявити особливості взаємодії немовленнєвих та мовленнєвих відхилень у кожному конкретному випадку» [10, с. 3].

Погоджуючись з Г. Волковою, вважаємо за необхідне підкреслити, що мовленнєва діагностика тісно взаємозв'язана з психолого-педагогічною діагностикою. Некоректно і непрофесійно розподіляти області діагностики: суто логопедична діагностика і суто психологічна діагностика. Оскільки корекційна робота з формування мовлення у дітей із моторною алалією має органічний зв'язок зі станом психічних функцій дитини: сприйняттям, пам'яттю, мисленням.

І саме ця єдність, на нашу думку, і визначає зміст корекційної логопедичної роботи, де існують два рівноправних і однаково важливих для результату напрямів корекційного впливу: подолання власне мовленнєвих порушень; попередження і корекція вторинних відхилень у пізнавальній, інтелектуальній та емоційно-вольовій сферах дитини.

Наша адаптована діагностична методика крім дослідження мовлення, охоплює: гнозис кольору, форми і величини, зорове сприйняття, зорову пам'ять, слухове сприйняття, просторовий гнозис, конструктивний і динамічний праксис, моторику (загальна, ручний і пальцевий праксис), інтелектуальний розвиток.

Загальна кількість пунктів методики: 26.

Представимо критерії оцінювання для завдань (пункти: 13, 17, 19):

Високий рівень (3 бали): дитина відразу розуміє завдання і виконує його правильно за інструкцією, є чітка узгодженість дій, зацікавлений у кінцевому результаті.

Середній рівень (2 бали): дитина відразу починає співпрацювати з дорослим, але самостійно виконати завдання не може, після навчання самостійно виконує правильно.

Низький рівень (1 бал): дитина самостійно виконати завдання не може, процесі навчання поводить адекватно, але після навчання не переходить до самостійного виконання завдання, потребує сумісного виконання завдання.

Завдання не виконано: дитина не розуміє зміст завдання, веде себе неадекватно (розкидає матеріал), не робить спроби розпочати, не зацікавлена у кінцевими результатами.

Загальна кількість балів.

Високий рівень: 32 – 36.

Середній рівень: 15 – 31.

Низький рівень: 10 – 14.

База дослідження. Первинна і контрольна діагностика проводилася на базі дитячого логопедичного корекційного центру «Світлячок» (м. Дніпро). Основну групу склали 8 дітей дошкільного віку (вік від 4 до 5 років).

Характеристика учасників дослідження.

Софія Ш. (вік 4 роки 2 місяці), діагноз невролога «Моторна алалія, затримка психічного розвитку (ЗПР)».

Дівчинка народилася від другої вагітності, з 32 тижнів вагітності у матері ускладнення вагітності: прееклампсія. Вага дитини при народження: 1 кілограм 600 грамів, термін гестації – 39 тижнів. До року погано набирала вагу. Родина повна, батьки працюють. Є старший брат, школяр, 12 років. Освіта у батька: середньо технічна, посада: електрик. У матері: середня освіта, працює продавчиною.

Софія з трьох років відвідує дошкільний освітній заклад. Дівчинка складно іде на контакт, відмічається швидка зміна настрою, імпульсивність. У Софії переважає внутрішня мотивація, дівчинку складно організувати в межах заняття. Труднощі концентрації довільної уваги. Проявляє інтерес до нових іграшок, якщо завдання сподобалося, контактує добре.

Вказівний жест на обох руках. Амбідекстрія. Утруднена дрібна моторика, пальцевий праксис несформований. Дисфункція сенсорних систем. Недостатня чутливість до болі (тактильна дисфункція). Має звичку переминати одяг. Незнайомі предмети обнюхує. Зі слів матері, Софії подобаються запахи сильні і концентровані, такі як засіб для прання, тісто для ліплення.

Первинних порушень інтелекту не виявлено. Має місце несформованість узагальнень, знання про навколишній світ не відповідають вікові, затримка психічного розвитку.

Провідний вид діяльності не відповідає вікові дівчинки, гра предметно-маніпулятивна.

Імпресивне мовлення: добре розуміє звернене ситуативне мовлення, прості інструкції виконує, більш складні не точно і після повторення. Пасивний словник недостатній.

Експресивне мовлення: власне мовлення представлене окремими словами, знає своє ім'я та називає його, не використовує особистий займенник «Я», себе називає «Оя» (Соня). На запитання відповідає «так» і «ні», повторення освоєно. Активний словник представлений високочастотною лексикою. Розмовляє окремими словами: здебільшого іменниками, використовує дієслова «пити», «їсти», «спати», «гуляти», «іди». Фразового мовлення не має. Часто поєднує слово з жестом, вказуючи на потрібний предмет.

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус нормальний, відтворює артикуляційні рухи як ізольовано, так і серією, труднощі з підняттям язика до верхньої губи.

Тимур Д. (4 роки 3 місяці), діагноз невролога «Моторна алалія, генералізована епілепсія».

Тимур єдина дитина, виховується у повній родині. У анамнезі: епілепсія, малі судомні напади в ночі (нічний моніторинг ЕЕГ), приймає протисудомні препарати, наразі нападів немає. До трьох років були моторні і вокальні тики. Дитина соматично ослаблена, часто хворіє. Батьки працюють, у обох батьків

вища освіта. Батько: інженер-механік, мати: маркетолог. Батьки сумлінно займаються дитиною.

Тимур відвідує дошкільний дитячий заклад з трьох років, коли хворіє знаходиться вдома з бабусею. Тимур спокійний, має складності з встановленням контакту, сором'язливий. Вираз обличчя часто амімічний.

Увага мимовільна, короткострокова, може зосереджуватись не відволікаючись 10 хвилин на цікавій для себе діяльності. Потребує організації дорослого. Пам'ять мимовільна, зорова пам'ять краща ніж слухова.

Наочно-дійове мислення відповідає вікові. Тимур знає кольори, основні геометричні фігури, співвідносить предмети за формою і величиною, добре орієнтується у класифікаціях, складає розрізні картинки з трьох елементів. Ступінь орієнтування в просторі, уявлення про оточуючий світ в межах вікової норми. Використовує жести і міміку у спілкування. Порушень інтелекту не має.

Здатність маніпулювати дрібними предметами знижена. Ліворукість. Дисфункція сенсорних систем: слухової (гіперакузія) і пропріоцептивної (хлопчик не любить довго рівно стояти, йому постійно хочеться об щось обпертися, розкачується на стільці).

Провідний вид діяльності за віком, сюжетно-рольова гра.

Імпресивне мовлення: мовлення розуміє без наочності. Розуміє зміст коротких оповідань та казок. Пасивний словник в межах вікової норми.

Експресивне мовлення: мовленнєвий розвиток не відповідає віку дитини, обсяг пасивного словника набагато перевищує активний. На стверджувальні питання відповідає «так», заперечення показує жестом голови. До батьків звертається «ма» і «па», бабусю називає «ба». Є нечіткі звуконаслідування.

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус знижений. Артикуляційні рухи не відтворює навіть ізольовано.

Іван С. (4 роки 4 місяців) діагноз невролога «Моторна алалія, розлад дефіциту уваги і гіперактивність (РДУГ)».

Іван виховується в повній родині, він старша дитина, є молодша сестра, якій один рік. Під час вагітності і пологів ускладнень не було. Після двох років

хлопчику був поставлений діагноз «РДУГ». У обох батьків вища освіта. Батько: приватний підприємець, мати: декретна відпустка, економіст.

Іван відвідує дитячий дошкільний заклад з трьох років, вихователі скаржаться на поведінку дитини. Наразі хлопчик гіперактивний, непосидючий, неуважний, має складності з переключенням уваги, схильний до істерик і немотивованої агресії. Є прояви афективних спалахів і схильністю до негативізму.

На фруструючу ситуацію реагує негативно: відвертається, плаче, розкидає іграшки. Активно використовує жести і міміку, щоб пояснити, що саме йому потрібно. Коли у дитини гарний настрій, із задоволенням виконує завдання. Первинного порушення інтелекту не виявлено, але діагностовано затримку в темпах психічного розвитку дитини.

Пальцевий праксис несформований, труднощі викликають завдання, в основі яких координована робота очей та рук.

Особливості провідного виду діяльності: не відповідає віку, предметно-маніпулятивна гра.

Імпресивне мовлення: прості мовленнєві інструкції розуміє без наочності, більш складні треба повторювати через неуважність, а іноді підказувати жестом. Дитина не уважно слухає інструкцію і одразу намагається швидко її виконати. Пасивний словник не відповідає віковій дитини.

Експресивне мовлення: мовленнєвий розвиток не відповідає віку дитини. Мовлення представлено комплексами звуконаслідувань, лепітними словами («бі-бі» - машина, «ту-ту» - потяг). До батьків звертається «мама» і «тато», до няні «Тата» (Таня).

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус нормальний. Артикуляційні рухи відтворює ізольовано.

Давид К. (4 роки 5 місяців) діагноз невролога «Моторна алалія».

Давид виховується у неповній родині, батько не спілкується з дитиною. Дитина росла і розвивалася з затримкою моторного розвитку: голівку почала тримати після 3,5 місяців, сіла у 9 місяців, пішла в 1р. 4 місяці. Мати дитини має

вищу освіту, працює вчителем англійської мови у приватній школі. Хлопчик не відвідує дошкільний дитячий заклад, знаходиться вдома з бабусею. Три рази на тиждень відвідує групові розвиваючі заняття в дитячому центрі.

Мама і бабуся демонструють гіперопіку по відношенню до хлопчика. Давид моторно незграбний, не може стрибати на одній нозі, дрібна моторика розвинена погано, пальцевий праксис сформований недостатньо.

Хлопчик спокійний і постійно тримає в полі зору маму або бабуся. В адаптаційному періоді на заняттях бабуся була присутня через те, що хлопчик боявся її відпустити. Проявляє інтерес до іграшок, може включитися в гру, але постійно потребує активізації довільності. Наочний матеріал запам'ятовує краще.

Провідний вид діяльності за віком, сюжетно-рольова гра.

Імпресивне мовлення: розуміння мовлення на достатньому рівні. Пасивний словник в межах вікової норми. Розуміння мовлення на номінативному рівні.

Експресивне мовлення: активний словниковий запас невеликий, обмежений назвами предметів побуту і дій, частіше спілкується іменниками. В мовленні використовує особистий займенник «Я», на питання «Як тебе звуть?», відповідає «Дава». Є сталі короткі фрази, які дитина використовує: «Дай вода», «Я пать (спати)», «Мама не (мама немає)», «Де мама? Де баба?», «Я ачу (хочу)».

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус знижений. Артикуляційні рухи відтворює нечітко, з відтворенням серії рухів складнощі.

Віра Ш. (4 роки 2 місяці) діагноз невролога «Моторна алалія».

Віра – молодша дитина в родині, є старший брат, школяр, 10 років. Родина повна, батьки мають вищу освіту, працюють. Батько: програміст, мати – економіст. До 9 місяців дитина розвивалася в межах показників вікової норми, потім перехворіла з високою температурою і у дитини пропало белькотіння. Почала погано спати, почалися затяжні істерики.

Зараз Віра відвідує дитячий дошкільний заклад до 13.00, потім знаходиться дома з нянею. Активно користується жестами і мімікою. Критичне ставлення до себе знижене, ображається на зауваження, ситуація невдачі може викликати сльози, але Віра швидко заспокоюється, її легко відволікти і переключити на інший вид діяльності. Зі слів батьків, вдома під час істерики може вдарити дорослого, падає на підлогу. На заняттях випадків істерики не було. Є проблеми з дрібною моторикою, дівчинці складно працювати з пінцетом, вона не вміє застібувати гудзики.

Провідний вид діяльності за віком, сюжетно-рольова гра.

Імпресивне мовлення: розуміє прості інструкції, більш складні треба повторювати. Розуміння мовлення на номінативному рівні, не розуміє питань «Чим?», «Кому?», «З ким?».

Експресивне мовлення: власне мовлення представлено звуконаслідуванням, лепітними словами і першим складом слова («лі» – ліса, «ки» – киця), на питання відповідає «так», «не» (ні).

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус нормальний. Артикуляційні рухи відтворює, може повторити нескладну серію артикуляційних рухів.

Денис Т. (4 роки 1 місяців) діагноз невролога «Моторна алалія».

Денис виховується у багатодітній родині, він молодша дитина з трьох. Брат, 20 років, студент; сестра, 9 років, школярка. В матері були ускладнення під час вагітності: високий артеріальний тиск і набряки. Екстрений кесарів розтин у 36 тижнів. У батька і матері вища освіта. Батько займається власним бізнесом, мати – не працює, за фахом «юрист». В ранньому моторному розвитку дитина не відставала.

Денис відвідує приватний дошкільний заклад короткотривалого перебування (4 години на день), з двох років займався з педагогом за методикою М. Монтесорі.

Хлопчик спокійний, гіпоактивний, трохи боязкий. Може перелякатися різкого гучного звуку і закрити вуха. Боїться звуків будівельних інструментів.

Гіперакузія. Є порушення пропріоцептивної сенсорної системи, погано відчуває положення власного тіла. Дитина має проблеми з кусанням, пережовуванням і ковтанням їжі. Процеси тривалого жування втомлюють хлопчика, тому часто він відмовляється від їжі, яку слід довго жувати (наприклад, варене м'ясо).

Однаково грається і бере предмети двома руками, теж саме з їжею. Амбідекстрія. Мислення дитини розвинуте за віком. Денис знає кольори і відтінки (показує), основні геометричні фігури, співвідносить предмети за формою і величиною, добре орієнтується у класифікаціях, виключає зайве із серії картинок, складає розрізні картинки з чотирьох елементів, складає за схемою кубики Кооса.

Особливості ігрової діяльності: сюжетно-рольова гра.

Імпресивне мовлення: мову розуміє без наочності. Розуміння мовлення на номінативному рівні, але при цьому є передумови переходу мовлення предикативний рівень, хлопчик добре орієнтується в прийменниках.

Експресивне мовлення: власне мовлення представлене короткими іменниками, використовує номінації, побутові та розмовні штампи, комунікативно-значущі слова. Є короткі фрази «Я тут», «де мама?», «Там баба», «Я пити», «Не хочу», «Діма не» (Діми немає).

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус знижений. Артикуляційні рухи відтворює вибірково.

Вероніка К. (4 роки 7 місяців) діагноз невролога «Моторна алалія».

Вероніка – молодша дитина у родині, є старша сестра 14 років, виховується в неповній сім'ї. Але батько багато уваги приділяє донці. У батьків вища освіта: батько – стоматолог, мати – фармацевт.

Вероніка відвідує дошкільний дитячий заклад, нарікань на поведінку не має. Дівчинка спокійна, зберігає здебільшого позитивний настрій. Але якщо їй не подобається завдання чи вона хоче інше, може відвернутися і чекати, коли зроблять так, як вона хоче. Знання про навколишній світ в межах вікової норм.

Наочно-дійове мислення відповідає вікові. Дрібна моторика розвинена недостатньо. Дівчинці складно впоратися з гудзиками на одязі, застібнути блискавку на кофті або куртці.

Особливості ігрової діяльності: сюжетно-рольова гра.

Імпресивне мовлення: мову розуміє без наочності, розуміє короткі казки і оповідання. Рівень розуміння мовлення перехідний: номінативно-предикативний.

Експресивне мовлення: власне мовлення представлене короткими іменниками, використовує особистий займенник «Я», відповідає на запитання «так» і «ні», повторення не засвоєне. Якщо в мовленні з'являється нове слова, частіше в процесі емоційної гри на занятті, вони залишається у дівчинки в активному словнику.

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус знижений. Артикуляційні рухи відтворює вибірково.

Тимофій Т. (4 роки 3 місяці) діагноз невролога «Моторна алалія, ЗПР».

Тимофій виховується у повній родині, має старшу сестру, школярку, 13 років. До року дитина погано набирала вагу і відставала в моторному розвитку, самостійно сіла в 10 місяців. В анамнезі: судоми на високу температуру, на ЕЕГ виявлена судомна готовність, приймає протисудомні препарати. Батько – водій, освіта – середньо-технічна. Мати – лікар-терапевт, вища.

Лепіта, белькотіння не було, перше слово «мама» в 2 роки 10 місяців. Тимофій відвідує дошкільний освітній заклад. Пам'ять механічна, навчальний матеріал сприймає після багаторазового повторення. Повільно перемикається з одного виду діяльності на інший.

На заняттях Тимофій швидко втомлюється, увага не стійка, часто відволікається. Недостатність розвитку зорово-моторної координації. На зауваження реагує негативно: відвертається, голосно плаче, намагається піти.

У поведінці неспокійний, любить рухливі ігри. У Тимофія загальна моторна незручність, дискоординація рухів, незграбність, сповільненість та розгальмованість рухів. Особливо утруднена дрібна моторика пальців рук.

Знання про навколишній вік не відповідають вікові. Жести і міміку використовує не завжди, а тільки в дуже емоційних ситуаціях.

Гра не відповідає вікові, гра носить предметно-маніпулятивний характер.

Виявлена дисфункція смаковою системи: дитина їсть обмежену кількість продуктів, а готові страви вживає лише в одному вигляді (їсть тільки суп з фрикадельками, від інших супів відмовляється). Знижена тактильна чутливість, при падінні не плаче (низький больовий поріг), постійно щось переминає у руках (іграшки, власний одяг). Боїться гучних звуків.

Імпресивне мовлення: розуміє мову на побутовому рівні, прості інструкції розуміє, з двоступеневими виникають труднощі. Рівень розуміння мовлення: номінативний.

Експресивне мовлення: власне мовлення представлене короткими іменниками, дієсловами, не використовує особистий займенник «Я», себе ніяк не називає. Використовує лише іменники, дієслів в активному словнику немає, нові слова з труднощами входять до активного словника. Фразове мовлення відсутнє.

Анатомічний стан органів артикуляції без аномалій. М'язовий тонус знижений. Артикуляційні рухи відтворює, серії рухів не відтворює.

Отже, первинна діагностика проводилася під час індивідуальних занять з дитиною. Основою нашого обстеження стала методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення», яка характеризується комплексний підходом і охоплює всі сфери розвитку дитини. Комплексний підхід слід використовувати і в подальшій корекційній роботі з групою, бо мовлення має тісний зв'язок не лише з когнітивними функціями, але й з емоційно-вольовою сферою особистості.

2.2. Кількісно-якісний аналіз результатів первинної діагностики

В процесі обстеження дітей із моторною алалією основна увага приділялася дослідженню мовлення, як експресивного, так і імпресивного. Поряд з цим проводилася діагностика когнітивних функцій дитини і сенсорних систем, особливостей емоційно-вольової сфери і провідної діяльності за віком (гри). Блоки проб було підібрані за віком учасників групи і містили завдання на виконання дій на предметно-дійовому рівні, за аналогією, за зразком, у вигляді безпосереднього співставлення.

При оцінці результатів дітей ми орієнтувалися на наступні чинники: прийняття і розуміння завдання, способи виконання, бажання контактувати з педагогом і приймати допомогу, реакція на невдачу, прагнення дитини спробувати ще раз, ставлення до результату виконання завдання.

При обстеженні ми звертали увагу на те, як дитина вирішує поставлене перед нею завдання (діє цілеспрямовано, звертається за допомогою чи намагається подолати виниклі труднощі самостійно), відмічали, які саме види допомоги необхідні дошкільнику в процесі занять і поза ними (пояснення, вказівка, повторення інструкції, навідні питання, наочний зразок дій).

В нашій групі вісім дітей, які всі мають клінічний діагноз «Моторна алалія», після проведення діагностики мовлення учасників групи, вважаємо, що для оцінки рівня мовленнєвого розвитку слід визначити рівень недорозвинення мовлення за психолого-педагогічною класифікацією. Нами було використано класифікацію загального недорозвинення мовлення Р. Левіної. Це зроблено для того, щоб після впровадження в роботу нашої методики і проходження дітьми індивідуального корекційного курсу за нею, прослідкувати динаміку в мовленнєвому розвитку учасників групи.

Отже, шість дітей (Софія Ш., Тимур Д., Іван С., Віра Ш., Вероніка К., Тимофій Т.) мають загальне недорозвинення мовлення першого рівня, а лише у двох дітей (Давид К. і Денис Т.) мовлення відповідає загальному недорозвиненню мовлення другого рівня.

Представимо наочно на рис.1 рівні загального недорозвинення мовлення учасників групи.



Рис.1. Рівні загального недорозвинення мовлення учасників основної групи

Проаналізуємо результати завдань з блоку «Зорове сприйняття і зорова пам'ять» (пункт 13 Додаток А).

При виконання проби «Тіні» (пункт 13.1.) група показала наступні результати: три дитини (Тимур, Денис, Давид) – високій рівень (37,5 %), повністю впоралися з завданням; три дитини (Іван, Вероніка, Віра) – середній рівень (37,5 %), з першого разу не до кінця зрозуміли зміст завдання, після пояснення завдання виконали; дві дитини (Софія, Тимофій) – низький рівень (25 %), діти навіть після повторення інструкції і показу правильного виконання логопедом, не змогли виконати завдання.

Наочно відобразимо результати проби «Тіні» на рисунку 2.

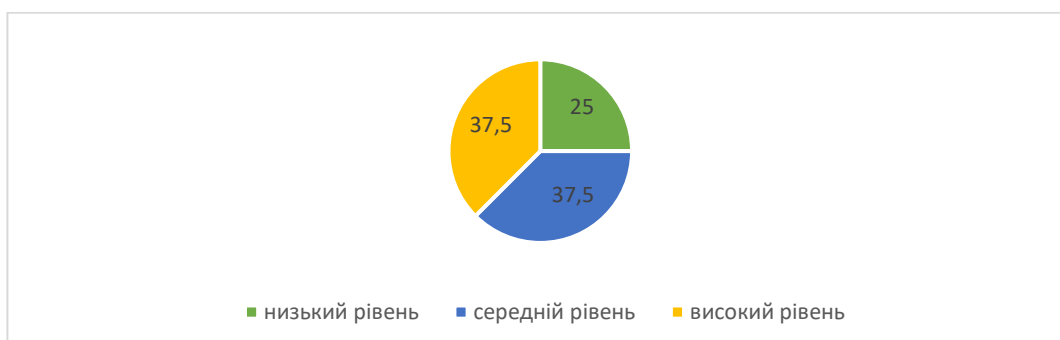


Рис.2. Результати проби «Тіні»

З другим завданням «Впізнай за контуром» (пункт 13.2.) на середньому рівні впоралися всі діти.

Третє завдання «Незакінчений малюнок» (пункт 13.3.) блоку «Зорове сприйняття зорова пам'ять» складалося з двох частин. Перша частина завдання не викликала у дітей труднощів: з трьох наявних картинок, за проханням логопеда діти обрали одну (картинка з зайцем). Друга частина завдання не була спочатку правильно зрозуміла всім дітям (показати, чого саме немає у зайця). Чотири дитини правильно виконали другу частину у завдання з першого разу (Тимур, Денис, Вероніка, Віра), тобто показали високий рівень (50 %). Після повторення інструкції і демонстрації на іншій картинці (машина без колес), три дитини (Софія, Іван, Давид) знайшли те, чого не вистачає. Отже, середній рівень складає 37,5 %. Одна дитина (Тимофій) виконав завдання на низькому рівні (12,5 %): хлопчик так і не зміг показати чого бракує у зайця, але показав чого не вистачає на картинці з машиною.

Результати проби «Незакінчений малюнок» відображені на рис. 3.

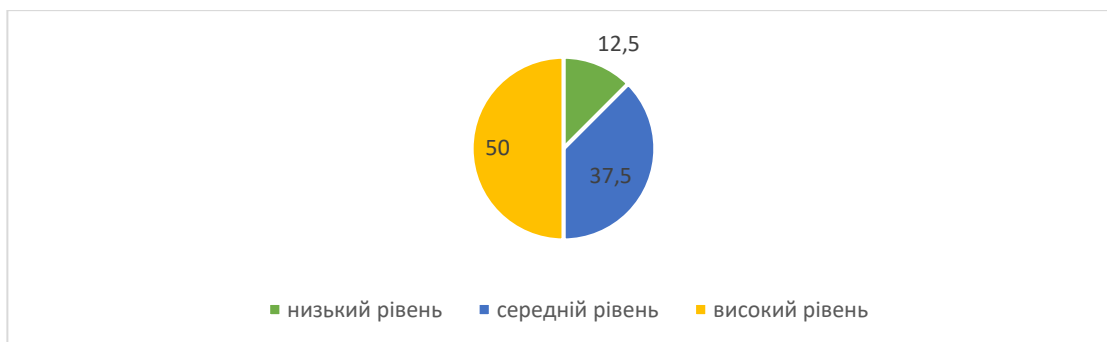


Рис.3. Результати завдання «Незакінчений малюнок»

Завдання «Перекреслені фігури» (пункт 13.4.) на високому рівні не виконала жодна дитина (0 %). П'ять дітей (Тимур, Денис, Вероніка, Віра, Давид) показали середній рівень виконання (62,5 %). За проханням логопеда діти правильно знайшли три картинки з чотирьох запропонованих. Три дитини (Софія, Іван, Тимофій) продемонстрували низький рівень виконання завдання (37,5 %). Діти з труднощами (після повторення інструкції) знайшли дві картинки

з чотирьох. Слід зазначити, що діти, які показали низький рівень, не змогли знайти правильно не одне зображення, перекреслене хвилястими лініями.

Наочно результати проби «Перекреслені фігури» відобразимо на рис. 4.

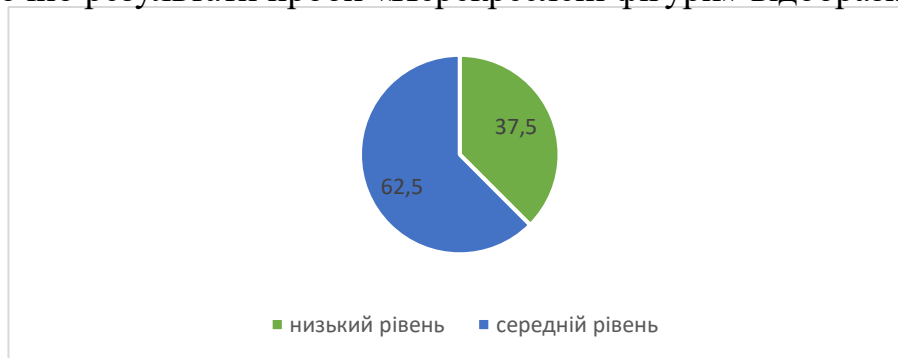


Рис.4. Результати завдання «Перекреслені фігури»

Виконання проби Поппельрейтера (пункт 13.5) в групі: середній рівень (62,5 %) – п'ять дітей, низький (37,5 %) – три дитини.

Дослідження зорової пам'яті завдання «Запам'ятай і знайди предмети» (пункт 13.6). Дітям було запропоновано запам'ятати три предмети і потім впізнати їх в одному ряду з іншими предметами. Загальна кількість предметів у ряду дорівнювала шести. Три предмета не змогла запам'ятати жодна дитина (високий рівень – 0 %). П'ять дітей (Тимур, Денис, Вероніка, Віра, Давид) виконали пробу на середньому рівні (62,5 %): правильно показали два предмета з потрібних трьох. Низький рівень (12,5 %) одна дитина (Іван): вірно знайдений один предмет з трьох. Дві дитини (Софія, Тимофій) не виконали завдання (25%), навіть з другої спроби діти не змогла знайти жодного предмета.

Результати проби «Запам'ятай і знайди предмет» представлені на рис. 5.

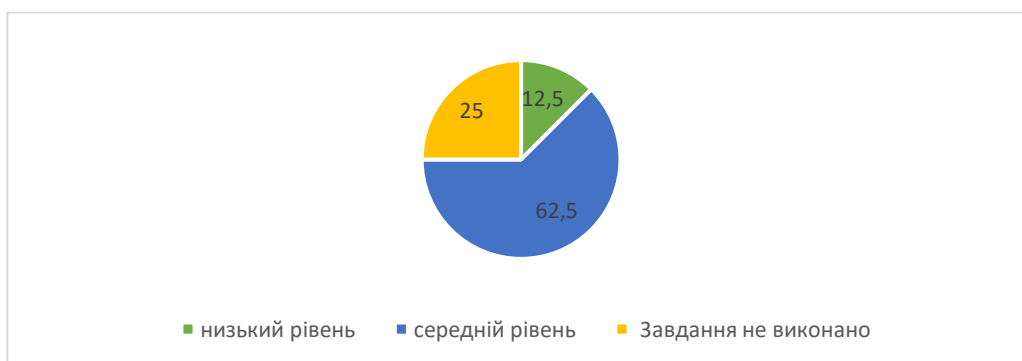


Рис. 5. Результати завдання «Запам'ятай і знайди предмети»

Тепер зробимо аналіз результатів завдань, що входять до складу блоку «Конструктивний праксис (мислення)» (пункт 17).

Перше завдання цього блоку «Пірамідка» (пункт 17.1) на високому рівні (37,5 %) виконали три дитини (Тимур, Денис, Давид): після інструкції одразу виконали завдання. Середній рівень виконання (50%) продемонстрували чотири дитини (Софія, Іван, Вероніка, Віра), діти допустили по одній помилці, після зауваження логопеда, завдання виконали вірно. Одна дитина (Тимофій) з третьої спроби зібрала пірамідку правильно, що відповідає низькому рівню (12,5 %).

Наочні результати завдання «Пірамідка» відображені на рис.6.

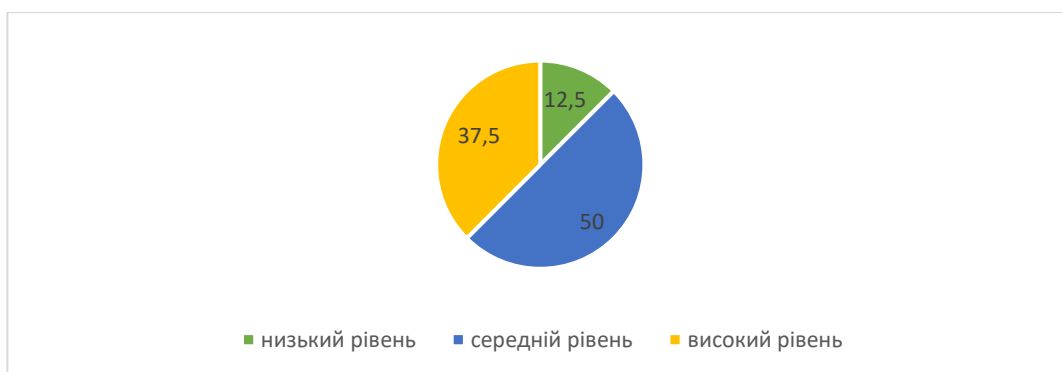


Рис 6. Результати завдання «Пірамідка»

Завдання «Дошки Сегена» (пункт 17.2). Всі діти швидко правильно зібрали дошку першого рівня складності (ціла фігура), другий рівень складності (фігура з двох частин) 5 дітей пройшли відразу, три дитини після повторення інструкції. Третій рівень складності (фігура з чотирьох частин) виконали п'ять дітей, три дитини навіть після демонстрації логопедом виконано завдання, не змогли його завершити. Отже, високий рівень (62,5 %), середній рівень (37,5 %).

Результати виконання завдання «Дошки Сегена» наочно представлені на рис.7.

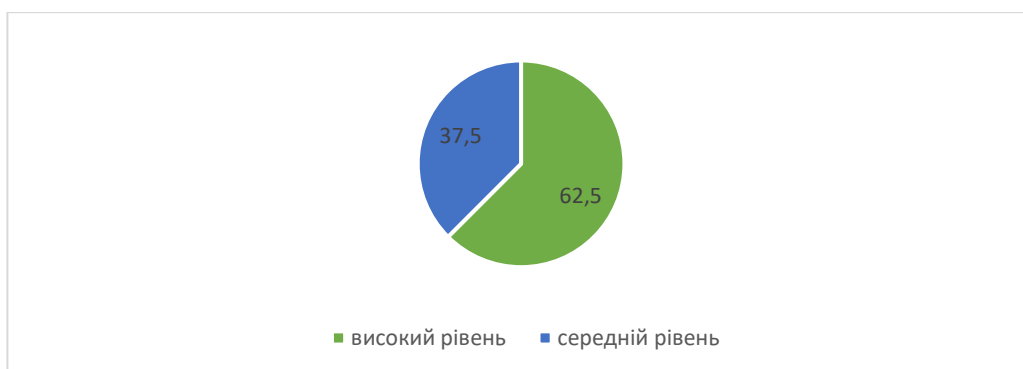


Рис.7. Результати завдання «Дошки Сегена»

Завдання «Розрізні картинки» (пункт 17.3) має три рівня складності: з двох частин, з трьох частин, з чотирьох частин. Вся група виконала перший рівень складності (картинка з двох частин); з другим рівнем впоралися 5 дітей (Тимур, Денис, Вероніка, Віра, Давид), три дитини (Софія, Іван, Тимофій) не змогли виконати завдання другого рівня; завдання третього рівня складності до кінця правильно не зробив жоден учасник групи. Тому середній рівень представлений 62,5 %, а низький – 37,5 %. Наочно окремою діаграмою пункт 17.3 відобразити не будемо, через те, що отримані дані співпадають з діаграмою на рис.4.

При виконанні завдання «Класифікації та виключення зайвого» (пункт 17.4) нами отримані наступні результати: високий рівень за результатами завдання відсутній (0 %); п'ять дітей виконали завдання на середньому рівні (62,5): діти на достатньому рівні обізнані в основних класифікаціях, складнощі викликало завдання «Виключення зайвого», після повторної інструкції в пояснення логопеда, діти завершили завдання; одна дитина (Іван) показав низький рівень виконання (12,5 %): з загального ряду правильно вибрав дві картки «Посуд» (тарілка і чашка), третю картку з зображенням виделки, Іван не обрав, з завданням «Виключення зайвого» впорався з другої спроби з допомогою логопеда; дві дитини (Софія, Тимофій) взагалі не виконали завдання (25 %) через те, що дуже слабо орієнтуються у класифікаціях.

Результати завдання «Класифікації та виключення зайвого» відображені наочно на рис.8.

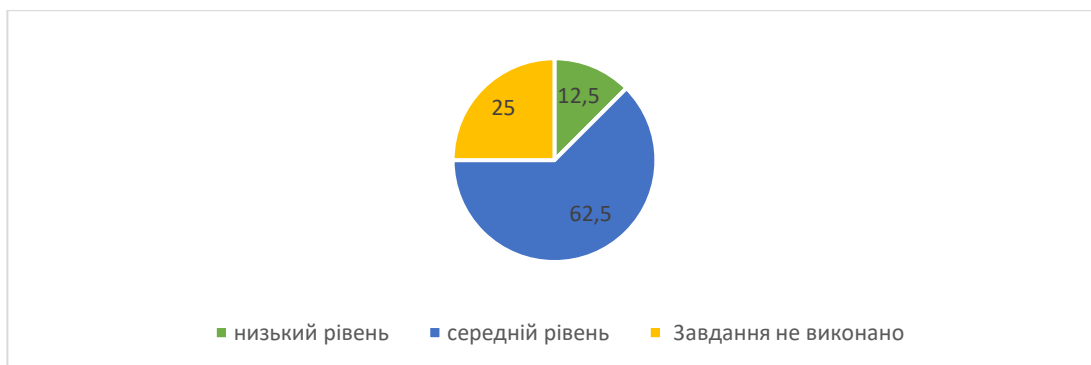


Рис. 8. Результати завдання «Класифікації та виключення зайвого»

Результати проби «Складання за зразком» (пункт 17.5): дві дитини в повному обсязі виконали завдання і продемонстрували високий рівень (25 %); середній рівень був діагностований у трьох дітей (37,5 %); низький рівень не показала жодна дитина, однак три дитини (37,5 %) взагалі не змогли виконати завдання, навіть з допомогою логопеда і після багаторазової демонстрації виконання завдання, діти його не завершили.

Наочно результат проби «Складання за зразком» представлений на рис.9.

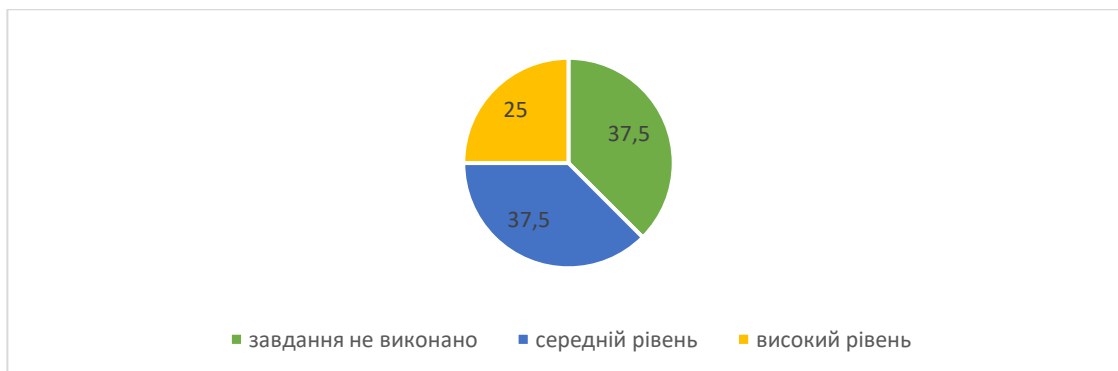


Рис. 9 Результати проби «Складання за зразком»

За результати проби «Серія сюжетних картинок за методикою Бернштейна» (пункт 19) п'ять дітей (Софія, Іван, Тимофій, Вероніка, Віра) взагалі не впоралася з завданням викласти чотири картинки «Кіт і мишка» в правильній послідовності, дві дитини (Тимур, Давид) продемонстрували низький рівень виконання (25 %) – перші дві картинки розташували вірно, четверту і третю поміняли місцями, помилку не виправили навіть після того, як логопед повільно розповів історію від початку до кінця; одна дитина (Денис)

зробила завдання на середньому рівні (12,5 %). Денис також припустився помилки, але прослухавши розповідь логопеда, самостійно її виправив.

Наочно відобразимо результати завдання «Серія сюжетних картинок за методикою Бернштейна» на рис. 10.

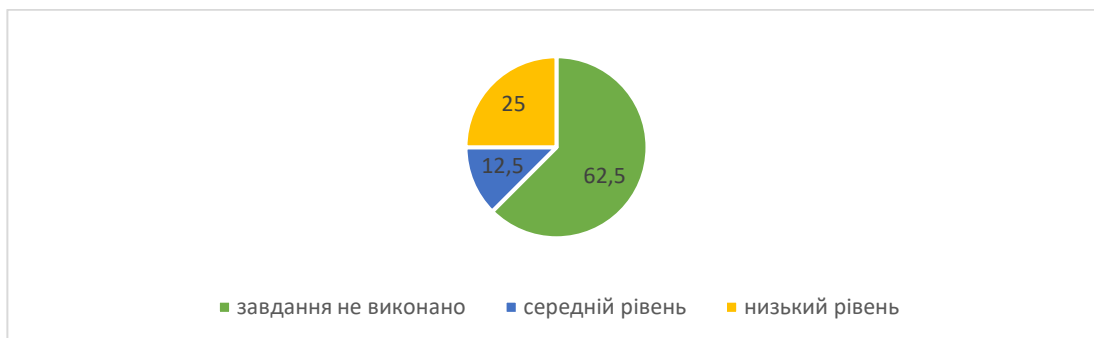


Рис. 10. Результати проби «Серія сюжетних картинок за методикою Бернштейна»

Проаналізувавши завдання з блоку «Зорове сприйняття і зорова пам'ять», «Конструктивний праксис» і «Інтелектуальний розвиток» можемо зробити висновок, що в основній групі за загальною кількістю балів ні одна дитина не продемонструвала високий рівень (0 %), середній рівень (62,5 %), низький рівень складає 37,5 %. Представимо отримані результати в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Ім'я дитини	Загальний бал	Рівень
Софія Ш.	12	Низький
Іван С.	14	Низький
Тимофій Т.	10	Низький
Тимур Д.	28	Середній
Денис Т.	29	Середній
Віра Ш.	23	Середній
Давид К.	26	Середній
Вероніка К.	24	Середній

У всіх дітей недостатньо розвинена дрібна моторика і пальцевий праксис. У двох дітей (Софія Ш., Денис Т.) амбидекстрія, у однієї дитини (Тимур) ліворукість. При дослідженні динамічного праксису виявлено, що лише половина дітей може відтворити простий ритм, складний ритм не відтворила ні одна дитина. Провідний вид діяльності за віком у п'яти дітей (сюжетно-рольова гра), у трьох дітей гра на предметно-маніпулятивному рівні.

У чотирьох дітей (50%) виявлені дисфункції сенсорних систем. У Софії Ш. порушення тактильної чутливості і дисфункції нюхової системи. Денис Т. страждає на гіперакузію через острах гучних звуків, також у дитини порушення пропріоцептивної сенсорної системи. Тимур Д. також не відчуває положення власного тіла (порушення пропріоцепції) і має слухову гіперсенсорність. У Тимофії Т. дисфункція смакової і тактильної системи.

Чотири дитини (50%) (Софія Ш., Іван К., Віра Ш. Тимофій Т.) мають порушення емоційно-вольової сфери: схильність до істерик, імпульсивність, немотивована агресія, негативізм, зниження критичності.

Анатомічний стан артикуляційного апарату у всіх дітей без патологій, але у п'яти дітей м'язовий тонус артикуляційного апарату знижений. Дітям з гіпотонусом м'язів артикуляційного апарату показаний логопедичний активізуючий масаж за методикою О. Новікової. Дві дитини відтворюють серію рухів, що може свідчити про моторну аферентну алалію у цих дітей. Інші або взагалі не відтворюють артикуляційні рухи, або відтворюють ізольовано, часто нечітко і вибірково.

Отже, авторська методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення» була нами модифіковані відповідно до особливостей розвитку дітей з моторною алалією в дошкільному віці. Нами враховувались індивідуальні особливості та емоційний стан дошкільників на момент обстеження, тому усі запропоновані завдання ми проводили в ігровій формі, з урахуванням поступового зростання складності.

Під час проведення діагностичного обстеження ми врахували вік і особливості дітей з моторною алалією: швидка виснажливність, нестійкість і

недостатня концентрація уваги. І тому ми досить часто змінювали види діяльності, привертали увагу дітей цікавими та музичними іграшки, яскравими дидактичними посібниками з метою утримати увагу і цікавість дітей, створити позитивну емоційну атмосферу в групі.

При вивченні рівня мовленнєвого розвитку дітей основної групи з клінічним діагнозом «Моторна алалія» нами було визначено рівні загального недорозвинення мовлення, які відповідають класифікації Р. Левіної. Так, 6 дітей (75 %) мають загальне недорозвинення мовлення першого рівня і лише 2 дитини (25 %) мають загальне недорозвинення мовлення другого рівня.

Первинна діагностика зорового сприйняття, зорової пам'яті, мислення і інтелектуального розвитку отримала наступну градацію: високий рівень (0 %), середній рівень (62,5 %), низькій рівень складає 37,5 %.

В процесі дослідження у всіх дітей основної групи виявлені проблеми з загальною і дрібною моторикою, чотири дитини (50 %) мають сенсорні проблеми, чотири дитини (50 %) мають порушення емоційно-вольової сфери, у п'яти дітей (62,5 %) гіпотонус м'язів артикуляційного апарату.

Висновки до 2 розділу

В рамках констатувального експерименту проводилося вивчення стану мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Нами була використана і адаптована методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення».

Методика Г. Волкової є комплексною, при діагностиці крім стану мовлення, увага приділяється і дослідженню рівня інтелектуального розвитку, стану когнітивних функцій, що тісно пов'язані з мовленнєвою функцією. Всебічність, комплексність і системність такої діагностики допомагає краще підібрати ті форми і методи, які найбільш ефективні для формування мовлення у дітей із моторною алалією.

Дослідження проводилося на базі дитячого логопедичного корекційного центру «Світлячок» у м. Дніпро. Нами була відібрана основна група дітей, які мали медичний діагноз «Моторна алалія». Вік дітей: дошкільний, віковий діапазон від 4 до 5 років. В основній групі за гендерною ознакою наступне розподілення: три дівчинки і п'ять хлопців.

Нами була проведена аналогія клінічного діагнозу «Моторна алалія» з психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих порушень. Ми використали класифікацію Р. Левіної для визначення рівня загального недорозвитку мовлення і отримали такі результати: 6 дітей (75 %) мають загальне недорозвинення мовлення першого рівня і лише 2 дитини (25 %) – загальне недорозвинення мовлення другого рівня.

Основний акцент в діагностиці був направлений на дослідження мовлення, але використана нами методика носить комплексний характер і охоплює: дослідження пам'яті, уваги, зорового сприйняття і пам'яті, слухового сприйняття, мислення, дослідження моторики (загальна, ручний і пальцевий праксис), інтелектуальний розвиток, особливості ігрової діяльності, емоційно-вольової сфери і виявлення дисфункцій сенсорних систем.

РОЗДІЛ 3

СИНТЕЗОВАНА МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ МОТОРНОЮ АЛАЛІЄЮ

3.1. Основні блоки синтезованої методики формування мовлення у дітей із моторною алалією

Виникнення мовлення істотно перебудовує всю психічну сферу людини і призводить до перебудови мислення, пам'яті та інших психічних функцій.

Видатний радянський психолог і педагог Л. Виготський зазначав, що мовлення – це універсальний засіб у світі, який вносить у людську свідомість новий спосіб дії [11].

Ми вважаємо, що формування мовлення у дітей із моторною алалією слід проводити двома блоками: «Логопедичний блок корекції» і «Психокорекційний блок». Робота проводиться на індивідуальному логопедичному занятті, в структурі якого є завдання з обох блоків.

Стисло окреслимо основні складові кожного блоку.

Перший блок «Логопедичний блок корекції» містить у собі наступні напрямки роботи:

1. Розвиток психофізіологічних передумов і основ мовлення, а саме: розвиток всіх видів сприйняття, робота з фізіологічним і мовленнєвим диханням, розвиток артикуляційної моторики;
2. Робота з рівнями розуміння мовлення, поступовий перехід з нульового рівня на наступні;
3. Робота над наслідувань слів (ехолалія);
4. Робота над наслідуванням рухів (ехопраксія);
5. Робота з формування простої фрази.

Виділимо основні етапи корекційної роботи логопедичного блоку:

- Підготовчий етап (встановлення контакту і стимулювання мовленнєвої мотивації). Основною метою підготовчий етапу є встановлення

контакту з дитиною через створення ігрових ситуацій. Доречним буде напередодні провести бесіду з батьками і дізнатися про інтереси дитини, про її улюблені іграшки і види творчої діяльності (наприклад, малювання, конструювання, ліпка. які стимулюють у дитини бажання говорити, що є основним на підготовчому етапі. Використання інтересів дитини допоможе в процесі подолання мовленнєвого негативізму.

Відсутність мотивації до мовлення є актуальною проблемою, яка суттєво ускладнює процес оволодіння мовленням. Діти із моторною алалією, які часто відносяться до категорії немовленнєвих дітей, мають проблеми з мотивацією до спілкування, складнощі взаємодії з іншими людьми.

В корекційній роботі із подолання моторної алалії слід звернути увагу на сенсомоторний рівень мовленнєвої недостатності. Стимулювання мотиваційного компоненту досягається через створення моторно-сенсорного досвіду, коли дитині надається вільна можливість ефективно використовувати мовленнєву ініціативу як на спеціально створених ситуаціях на логопедичному занятті, так і в процесі занять дома з батьками під супервізією фахівця.

Серед основних завдань стимулювання мовленнєвої мотивації, на нашу думку, є постійний розвиток мовленнєвої ініціативи дитини через створення комунікативних ситуацій. Стимулювання мовленнєвої ініціативи потрібно проводити за допомогою емоційно забарвленої гри з одночасним компенсуванням недостатності сенсорних вражень. Паралельно проводиться робота на розвитку всіх видів моторики (загальної, дрібної, артикуляційної);

- Етап перший: робота з розуміння мовлення.

Слід встановити рівень розвитку розуміння мовлення дитини. Н. Жукова виділяє п'ять рівнів розуміння мовлення:

- Нульовий. Дитина практично не розуміє мовлення інших, не завжди є реакція на власне ім'я, в окремих випадках дитина може зреагувати на інтонацію заборони чи заохочення;
- Ситуативний. Дитина розуміє мовлення на побутовому рівні. Дитина орієнтується у знайомих предметах, які часто використовує в побуті (іграшки;

їжа, яку вона любить вживати; знає як звать родичів), але не розрізняє на зображень предметів, іграшок на картинках, навіть якщо дитина їх часто бачить в побуті;

- Номінативний. Дитина добре орієнтується в назвах предметів, які зображені на окремих картинках, але труднощі викликають назви дій на сюжетних картинках. Дитина зовсім не розуміє непрямі питання і відмінки;

- Предикативний. Цей рівень характеризується розумінням дій, дитина орієнтується в назвах дій, які зображені на сюжетних картинках. Розуміє значення прийменників, може виконати інструкції: «Посади ведмедика на стілець», «Посади kota в кошик». На предикативному рівні дитина не орієнтується у граматичних формах слів;

- Розчленований. Дитина повністю розуміє мовлення, їй зрозумілі категорії числа: однина і множина. Розуміє різні значення, які утворюються за допомогою закінчень, префіксів, суфіксів (кіт – коти, прийшов – пішов, яблуко – яблучко) [18].

На цьому етапі логопеду треба пам'ятати, що дитина орієнтується не на звуковий образ слова, а на контекст висловлювання. Тому вкрай важливими є підказки. При цьому варто зазначити, що не лише слова можуть виконувати роль підказок, дуже дієвою підказкою є умовний жест (методика Т. Грузінової);

- Етап другий. Робота з експресивним мовлення. Корекційна робота ведеться згідно онтогенетичного принципу, акцентується увага на послідовності етапів, неприпустимо переходити до наступного етапу, якщо попередній не засвоєно. Прийнятною є наступна послідовність: однослівна фраза, речення з двох слів на основі однослівного речення, речення, що складається з підмета і присудка.

- Етап третій. Основним завданням цього етапу є формування мовленнєвих умінь у діалогічному спілкуванні і оволодіння простими формами словотворення та словозміни. Слід приділити увагу розвитку слухового сприйняття, що потім стане гарним підґрунтям для постановки звуків. Також

робота триває в напрямках розширення активного словника, подолання парафазій, включення фрази у зв'язне мовлення дитини;

- Етап четвертий. Формування висловлювання як базової одиниці мовлення. Корекційна логопедична робота на цьому етапі починається з завдань на складання простих речень за картинкою і наочною ситуацією. Добре себе зарекомендували мовленнєві конструктори фраз і речень, за допомогою яких можна складати речення, робити переказ тексту, складати сюжетну розповідь із серії картинок. Подібні конструктори сприяють формуванню лексико-граматичних уявлень.

- Етап п'ятий. На п'ятому етапі основна увага приділяється роботі по формування комунікативних умінь, також продовжується робота зі зв'язним мовленням. Після того як у дитини сформувалася діалогічне мовлення, слід переходити до формування монологічного мовлення з опором на інтерес дитини. Матеріали для занять використовуються такі ж самі, як і на попередньому етапі: мовленнєві конструктори, сюжетні картинки, символічні зображення, мнемотаблиці і схеми.

На кожному з вищевказаних етапів проводиться робота з розвитку загальної, дрібної та артикуляційної моторики.

Другий блок «Психокорекційний блок». До основних напрямів роботи в цьому блоці віднесемо:

- Стимулювання психічної активності дитини і постійна активізація потреби до продуктивної взаємодії з дорослим шляхом емоційно забарвленого спілкування з постійною зміною комунікативних ситуацій;

- Корекція вищих психічних функцій;
- Робота з усіма сенсорними системами, особлива увага на ті сенсорні системи, які відрізняються дисфункцією;
- Стимулювання ігрової діяльності за віком;
- Робота з мелодіями і ритмами.

В «Нейропсихологічному блоці» основний акцент ми робимо на сенсорній інтеграції, тому вважаємо за потрібно зупинитися на ній детальніше.

«Сенсорна інтеграція, - пише Е. Дж. Айрес, - є упорядкування відчуттів, які потім будуть використані. Відчуття дають нам інформацію про фізичний стан нашого тіла та навколишнього середовища» [1, с. 21].

Існує сім сенсорних систем: вестибулярна, тактильна, пропріоцептивна, слухова, зорова, смакова і нюхова системи.

Мовлення як складний психічний процес, відмічає М. Линська, формуються на базі сенсорних систем, особливо зорової, слухової і тактильної.

«Багаторічний досвід свідчить, - пише М. Линська, - що активне включення тактильного, смакового та нюхового аналізаторів суттєво змінює результати логопедичної роботи, позитивно впливаючи на мотиваційний та сенсомоторний рівні мовленнєвої діяльності» [40, с. 139].

Розглянемо приклади гіперчутливості і зниженої чутливості по кожній із сенсорних систем.

Вестибулярна система має безпосередній вплив на рівновагу тіла і координацію рухів, м'язовий тонус (напругу м'язів) і планування рухів (уповільнення і прискорення, швидкість і ритмічність).

В якості прикладу гіперчутливості вестибулярної системи може бути: острах кругового руху, дитина не хоче кататися на каруселі, яка крутиться, намагається встати під час катання; дитині не комфортно їздити на автомобілі через напади нудоти; дитина уникає активних рухових дій в компанії інших дітей, вона боїться впасти (як прояв гравітаційної невпевненості); дитина не хоче грати в активні ігри з м'ячем, особливо у футбол, вона боїться, що її вдарять м'ячем.

Прикладом зниженої чутливості вестибулярної сенсорної системи є гіперінтерес до гойдалок і бажання тривалий час на них гойдатися. Дитина, яка має такий тип дисфункції вестибулярної сенсорної системи, так себе стимулює.

Тактильна сенсорна система - це найбільша сенсорна система в організмі людини, на площі шкіри розташовано безліч рецепторних клітин, за допомогою яких людина на дотик може дізнатися про силу (погладжування, стискання, біль), про величину предмета (великий, середній, маленький), його форму,

температурні характеристики (холодний, теплий, гарячий), основні властивості (м'який, твердий, колючий).

Прикладом порушень сенсорної тактильної системи є гіперчутливість. Дитина може бути занадто чутлива до дотиків, їй неприємно, коли до неї торкаються (не любить дотиків до голови і як наслідок дитину складно причесати, постригти, помити волосся). Дитині не комфортно у вузькому одязі, вона не любить носити кофти, які втискають щільно прилягають до шиї, дитина відчуває дискомфорт від етикеток на одязі. Така дитина постійно носить один і той же одяг, їй складно вмовити одягти щось нове.

Частою дисфункцією є неможливість дитини терпіти стоматологічні або інші процедури в ротовій порожнині через підвищений блювотний рефлекс. Дитині можуть бути неприємні на дотик деякі предмети і консистенції (сир дуже липкий, клей – холодний і в'язкий). Така дитина може уникати фізичного контакту навіть з членами родини, їх неприємні обійми, погладжування по голові.

Дисфункція сенсорної тактильної системи буває вкрай різною. Дитина може не проявляти сильних реакцій і просто терпіти легкий дискомфорт, а може відчувати сильну тривогу, яка призведе до істерики.

Іншою дисфункцією сенсорної системи є гіпочутливість до дотиків. Така дитина навпаки шукає тактильного фізичного міцного контакту через знижене відчуття болю. Вона може навмисно зробити собі боляче і відчувати при цьому фізичне задоволення. Дитина дуже міцно стискає іншу людину під час обіймів, втискається підборіддям у плече.

Така дитина провокує інших дітей, стає винуватцем бійки. Щоб зняти внутрішній дискомфорт може проявляти аутоагресію (б'є, кусає, дряпає себе).

Пропріоцептивні рецептори відповідальні за планування і контроль рухів, їх плавність. Проявами дисфункції пропріоцептивної системи є невідповідність отримання і обробки інформації про положення власного тіла, неспроможність чітко реагувати на сигнали рухів, є проблеми у самообслуговуванні: дитина не утримує предмети у руках, вони часто падають; порушена сила стискання

предметів (стискає або занадто слабо, або занадто сильно); дитина відчуває труднощі при зміні положення тіла, їй дуже складно відтворити пози.

Дитина починає компенсувати дисфункцію пропріоцептивної системи іншими сенсорними системами, частіше включаються компенсаторні можливості зорової сенсорної системи.

Зорова сенсорна система є найбільшим джерелом інформації для людини, через зір ми отримуємо дев'яносто відсотків інформації про світ.

У дитини з дисфункцією зорової сенсорної системи є проблеми зі знаходженням предметів, які рухаються. Дитина часто зосереджує увагу на окремих деталях, не може уявити цілу картину. Така проблема виникає при збиранні картин з пазлів. На побутовому рівні є складнощі з підбором одягу, особливо парного (знайди дві однакові шкарпетки). Можлива не зовсім адекватна реакція на світло і колір.

Частим порушенням у дітей є дисфункція слухової сенсорної системи. Дитина боїться різких і гучних звуків, особливо звуків побутової техніки (пилосос, електрична м'ясорубка, фен для сушіння волосся) і будівельної техніки (перфоратор, відбійний молоток, бензопила), дитина страждає на гіперакузію, закриває вуха руками при гучних звуках.

Дисфункція нюхової сенсорної системи проявляється у гіперчутливості до запахів. Сильні запахи можуть викликати напади нудоти і навіть призвести до фізіологічної евакуації вмісту шлунку. В нескладних випадках дитина просто відчуває дискомфорт від запахів (запах прального порошку на одязі, парфуми дорослих), у дитини може зіпсуватися настрій і вона починає капризувати.

Дисфункції смакової системи проявляються в тому, що дитина їсть лише певні продукти та лише в одному і тому ж вигляді (наприклад, дитина їсть картоплю тільки в вигляді пюре, п'є тільки апельсиновий сік). Інші страви дитина відмовляється куштувати, якщо батькам вдається покласти нову їжу до рота дитини, вона її випльовує.

Такій дитині вкрай важко диференціювати смаки, вона погано відчуває температуру страви. При гіпочутливості, дитина може їсти неїстівні продукти, лизати предмети і власні руки.

При дисфункціях сенсорних систем, деякі області нервової системи працюють в «аварійному режимі», тобто неправильно, а інші працюють злагоджено, тому в чомусь розвиток дитини буде відповідати її віку, а в чомусь у дитини буде відставання [70, с. 8].

Дисфункції сенсорних систем - це серйозна проблема, бо порушення сенсорного розвитку проявляється нестійкістю емоційно-вольової сфери і емоційними розладами. Характерними особливостями сенсорного профілю такої дитини є тривожність, роздратованість, підвищена плаксивість, немотивована агресія і афективні спалахи гніву.

Нижче подаємо приклад конспекту індивідуального заняття.

Конспект заняття №1

Логопедичний блок:

1. Артикуляційна гімнастика. Мета: засвоєння правильності рухів артикуляційного апарату;

2. Дихальна гімнастика (за методикою О. Стрельникової). Мета: формування подовженого ротового видиху під контролем рухів діафрагми та черевного пресу;

3. Гра «Потяг зі звірятами»:

Мета: розвиток номінативного і предикативного словнику, відпрацювання дієслів наказового способу, активізація слів і простих фраз.

Обладнання: Для гри використовується м'який потяг «Ферма» (фірма «Масік»). У наборі потяг і 4 різнокольорових вагончиків із зображенням геометричних фігур. З боків вагончиків - липучки для кріплення. Зверху – вирізи, куди вставляються картки з мешканцями ферми: баранчиком, поросям, курчам, котиком і собачкою.

Алгоритм: Потяг і вагони знаходяться у коробці. Логопед разом дитиною роздивляється потяг і вагони. Слід підкреслити, що для дитини, яка практично

не говорить, дуже важливими є сенсорні відчуття. Потяг і вагони м'які, при стисканні одного з вагонів дитина почує шарудіння, а інший порадують тихим звуком, схожим на дзвіночок;

Потім логопед дає схему, за якою разом з дитиною збирає потяг;

Дитина зацікавлена, їй хочеться погратися і покатати потяг. Але логопед каже, що потяг не може вирушати в мандрівку, бо немає машиніста і пасажирів. Заздалегідь прибираємо звірят у коробку і ставимо коробку на поличку, яка розташована біля стола;

Просимо дитину подивитися на схему і назвати (словом або звуконаслідуванням) або показати, хто саме машиніст. Дитина на схемі знаходить курча. Логопед питає: «Де курча?». Дитина озиряється навколо і не бачить. Непомітно, відволікши дитину в інший бік, достаємо курча з коробки і ставимо на полицю;

Дитина бачить курча. Логопед просить разом покликати курча: «Курча, іди!», тим самим відпрацьовуємо дієслова наказового способу.

Аналогічно знаходимо і всіх пасажирів. Кличемо по черзі пасажирів. Якщо дитині важко вимовляти назви тварин, можна придумати тваринам прізвиська: порося Пепа (наприклад, «Пепа, іди!», собака Боб (наприклад, «Боб, іди»), вівця Доллі («Доллі, іди»).

Аналогічно можна пограти з дієсловом наказового способу «Сиди» (посадити тварин у вагони і сказати, щоб вони не пустували і сиділи. Логопед просить дитину попросити Пепу сидіти рівно, щоб не впасти: «Пепа, сиди!»).

Мовленнєвий матеріал для активізації словнику: назви і прізвиська тварин, дієслова наказового способу «іди», «сиди».

4. Розминка для пальців з використанням фіджет-іграшки стіку «Мокуру».

5. Використання комп'ютерного додатку «Логоритмика». Мета: перехід на етап активного повторення слів, розвиток слухомовленнєвої моторики, розвиток почуття ритму.

Психокорекційний блок:

1. Гра «Веселий дощик».

Мета: розвиток слухової уваги, тактильної чутливості, робота з розумінням мовлення, робота зі швидкістю реакції, рухова активність, додавання до іменника обставинного прислівника «тут».

Обладнання: яскрава парасолька, пульверизатор з водою, зелений килим, квіти з картони, іграшкові гриби.

Алгоритм: Логопед пропонує дитині встати і погуляти на галявинці. Заздалегідь на підлозі вже лежить зелений килим, на якому квіти (вирізані з яскравого кольорового картону) і гриби (іграшкові). Логопед каже «Дивись це галявина. Це квіти. Тут квіти. Це гриби. Тут гриби. Скоро буде дощ, але у мене є парасолька. Ось вона. Я буду тримати її в своїх руках, як тільки я скажу слово «Дощик», ти мерщій ховайся під парасольку». Якщо при слові «Дощик» дитина не ховається під парасольку, то дорослий прискає на неї водою з пульверизатора і коментує: «Ти потрапив під дощик. Мокро. Тут мокро». Якщо ховається під парасолькою, то вода потрапляє на парасольку. Коментар: «Ти встиг сховатися. Сухо. Тут сухо»). Гру слід проводити дуже емоційно, постійно використовуючи вигуки: «Ой», «Ух».

Мовленнєвий матеріал для активізації словнику: вода, дощ, квіти, гриби, сухо, мокро, тут сухо, тут мокро.

2. Комплекс нейрокорекційних вправ.

Мета: стимулювання координованої роботи вестибулярної, пропріоцептивної, тактильної, зорової і слухової сенсорних систем; розвиток уваги.

Обладнання: сенсорні доріжки різної фактури, балансир (дошка Белгау), сенсорні мішечки різного розміру, м'яч, кольорові відра.

Алгоритм:

2.1. Дитина спочатку у шкарпетках, а згодом і голими ногами по черзі крокує доріжками різної фактури під коментарі логопеда. Перша доріжка (м'яке і приємне покриття, що схоже на траву), потім доріжка «Морське каміння»

(доріжка з морського каміння), остання доріжка «Їжачок» (доріжка з резиновими колючками середньої жорсткості).

2.2. Дитина на балансири виконує комплекс вправ:

- Рухи по черзі правою і лівою руками;
- Синхронні рухи обома руками;
- Перекидання сенсорних мішечків з однієї руки в іншу;
- Утримання сенсорних мішечків різного розміру на голові;
- Гра з м'ячем на балансири: дитина ловить м'яч, кидає його в відра

різного кольору тощо.

3. «Вгадай звук музичного інструменту».

Мета: розвиток слухового сприйняття, розвиток уміння відтворення ритму.

Обладнання: ширма, два однакові комплекти музичних інструментів (до комплекту входить: дзвіночок, гармошка, ксилофон, сопілка, дитяче брязкальце).

Алгоритм завдання: Логопед показує дитині музичні іграшки (два однакових комплекти), наголошує, що вони однакові, демонструє як звучить кожна іграшка, пропонує дитині спробувати самостійно. Не слід поспішати, треба дати дитині ознайомитися з кожною іграшкою. Потім ховає один комплект музичних іграшок за ширму, а другий комплект кладе перед дитиною і пропонує дитині вгадати як звучить кожна іграшка. За ширмочкою педагог по черзі грає музичними іграшками. Дитина повинна вказати, що звучало, показати на музичний інструмент зі свого комплекту.

Логопед бере ксилофон і грає спочатку тихо, а потім гучно. Пропонує дитині спробувати пограти тихо, і пограти гучно. Логопед і дитина грають по черзі, потім разом.

Мовленнєвий матеріал для активізації словнику: тихо, гучно, однакові.

4. Гра «Віка, Діма і Вова захворіли».

Мета: навчання сюжетно-рольової гри, активізація смакової і нюхової сенсорної системи, додавання до іменника (односкладові та двоскладові) службової вказівної частки «це», робота з розумінням дієслів.

Обладнання: три ляльки (Віка, Діма, Вова), іграшковий набір «Лікаря», цілий лимон, цілий апельсин, порізані кружечками свіжий лимон і апельсин, пляшечка етилового спирту, вата, бинт, набір іграшкового посуду, вода.

Алгоритм: Логопед пропонує дитині пограти «в лікарів». По черзі показує ляльок. «Це Віка. Вона захворіла. Віка хвора. У Віки болить вухо. Це Діма. Він біг і впав. У Діми болить нога. Діма хворий. Це Вова. Він з'їв багато морозива. У Вови болить горло. Вова хворий. Давай їх лікувати». Логопед бере будь-яку ляльку і запитує: «Хто це? Як звать ляльку? Правильно, Діма. Це Діма». І далі «Що болить у Діми?». Тут припустима підказка жестом. «Так, правильно. Нога. У Діми болить нога. Як будемо лікувати?». Логопед бере спирт, вату і бинт. Чітко називає кожен предмет, бере в руки вату і запитує у дитини: «Що це? Вата. Це вата». Разом з дитиною лікують Діму. Логопед відкриває спирт, капає трошки на вату і обережно дає дитині понюхати і коментує: «Фу. Пахне неприємно. Це спирт». Дімі протирають ватою зі спиртом ногу, а потім забинтовують її.

Одну ляльку (Вову) непомітно для дитини логопед ховає у шухлядку. Потім логопед і дитина лікують Віку за тією ж інструкцією, закачують їй у вухо краплі. Логопед: «Ми з тобою вже вилікували Діму і Віку, але я не бачу Вову. Напевно, він сховався, бо боїться лікуватися, нам треба його знайти. Давай разом його покличемо: «Во-ва». Вова знайшовся, йому лікують і промовляють мовленнєву інструкцію як і з Дімою.

Потім логопед достає іграшковий посуд, наливає воду з чайника у чашки і дістає цілий лимон. Пропонує дитині понюхати: «Це лимон. Лимон – фрукт. Він жовтий. Лимон цілий. У мене є порізаний лимон. Хочеш його спробувати?». Перед заняттям логопед просить дозволу у батьків на те, що дитина спробує (лизне) лимон і апельсин, якщо дозволу немає, просто даємо понюхати. Дитина лизнула лимон, логопед коментує: «Лимон кислий». Логопед показує цілий апельсин проговорює аналогічну мовленнєву інструкцію, пропонує понюхати і спробувати. Акцентується увага дитини на кольорі і смакових якостях фрукту «помаранчевий», «солодкий»).

Логопед: «Тепер давай пригостимо Діму, Вову і Віку чаєм с лимоном». У кожної ляльки своя чашка. Логопед: «Це Діма. Діма п'є чай. Хто це? (Діма). Що робить Діма? (П'є). Діма їсть лимон. Що робить Діми? (їсть). Що їсть Діма? (Лимон). Який лимон? (Кислий)».

Мовленнєвий матеріал для активізації словнику: імена дітей (Віка, Діма, Вова), назва фруктів (лимон, апельсин), додавання до іменника (односкладові та двоскладові) службової вказівної частки «це» (це Віка), прикметник «кислий», «жовтий», «солодкий», «помаранчевий», «цілий», «хвора», «хворий»; дієслова «хворіє», «впав», «їсть», «п'є».

Таким чином, при розробці нашої синтезованої методики ми спиралися на принципи системності і комплексності. Дослідницька програма складається з двох основних блоків: «Логопедичний блок» і «Психокорекційний блок».

На перших етапах роботи по формуванню мовлення, на нашу думку, доцільним є робота саме з передумовами мовлення. В першому блоці слід звернути увагу на роботу зі стимулювання мовленнєвої мотивації і активізацію прагнення дитини до спілкування. Також у перший блок увійшли артикуляційні і дихальні вправи, завдання на розвиток пальцевого праксису і моторики.

У другому блоці, на нашу думку, вкрай важливою є робота з дисфункціями сенсорних систем і когнітивними процесами. Тому ми виділяємо три важливих передумови формування мовлення: мотиваційні передумови, перцептивні (сенсорні) передумови і когнітивні передумови.

Також значна увага звертається на розвиток слухової і зорово-мовленнєвої уваги, пам'яті і мислення. Під час «Психокорекційного блоку» діти отримують завдання на рухову активність, метою яких є формування рухових функцій. Дітям пропонується велика кількість вправ на розвиток тактильно-кінестетичних відчуттів, нюхові і смакові експрес-тренінги у вигляді сюжетно-рольової гри.

3.2. Перевірка ефективності методики формування мовлення у дітей із моторною алалією

Корекційна робота з формування мовлення у дітей із моторною алалією (дошкільний вік) відбувалася в процесі індивідуальних логопедичних занять, які проходили три рази на тиждень (чотири дитини: понеділок, середа, п'ятниця; чотири дитини: вівторок, четвер, субота) о першій половині дня.

Діти займалися на індивідуальних заняттях в логопедичному центрі «Світлячок» (м. Дніпро) з 15 березня по 5 червня. Курс занять для кожної дитини: 35 індивідуальних занять. П'ять дітей пройшли курс логопедичного активуючого масажу за методикою О. Новікової (15 сеансів).

Загальна тривалість індивідуального заняття 60 хвилин: 30 хвилин – логопедичний блок; 25 хвилин – психокорекційний блок; 5 хвилин – спілкування з батьками, роз'яснення домашнього завдання.

Логопедичний масаж проводився в другій половині в дні, коли у дітей не було індивідуальних занять. Тривалість логопедичного масажу (30 хвилин).

Наша синтезована методика є варіативною, тому завдання з блоків можуть змінюватися у своїй послідовності в залежності від особливостей кожної дитини, її емоційного стану на конкретному занятті.

Після проведення формувального етапу дослідження, ми знову провели діагностику дітей із моторною алалією за методикою Г. Волкової. Основна увага була зосереджена на мовленнєвому розвитку дітей.

Чотири дитини (Тимур Д., Іван С., Віра Ш., Вероніка К.) освоїли етап повторення і оволоділи фразовим мовленням, у дітей значно збагатився активний словниковий запас, однак мовлення вирізняється великою кількістю аграматизмів і типовістю. Але вважаємо цей результат добрим і можемо констатувати, що Тимур Д., Іван С., Віра Ш., Вероніка К. з першого рівня загального недорозвинення мовлення перейшли на другий.

Одна дитина (Денис Т.) оволодів розгорнутим фразовим мовленням, активно використовує дієслова, прикметники і займенники (я, ти, мені, тобі,

мій, моя, мої, твій, твоя, твої), диференціює однину і множину, складнощі у Дениса викликає середній рід. Денис почав використовувати прийменники, є неточності в закінченнях (наприклад, «Кіт сидить під стіл» – замість «Кіт сидить під столом»). Рівень розвитку мовлення Дениса Т. відповідає третьому рівню загального недорозвинення мовлення.

У однієї дитина (Давид К.), яка на етапі первинної діагностики показала другий рівень загального недорозвинення мовлення, в значній мірі збагатився словниковий запас, як пасивний, так і активний. Але поряд з цим у Давида багато аграматизмів при узгодженні частин мовлення і вживанні однини / множини. Тому не зважаючи на позитивну динаміку, ми не можемо діагностувати у Давида третій рівень загального недорозвинення мовлення.

Дві дитини (Софія Ш., Тимофій Т.) також показали позитивну динаміку, але фразове мовлення не засвоїли. Дівчинка демонструє успіхи у імпресивному мовленні, дівчинка почала розуміти складні інструкції, пасивний словник практично в межах вікової норми, в активному словнику з'явилося більше дієслів, є прикметники. Софія почала використовувати особовий займенник «Я». Батьки дитини бачать позитивну динаміку, дівчинка буде продовжувати відвідувати індивідуальні заняття.

Найскладніша ситуація з Тимофієм. До кінця не вдалося подолати прояви негативізму і емоційного напруження. Але разом з тим, у хлопчика збільшився пасивний словниковий запас, покращилося розуміння мовлення. Почав використовувати займенник «Я», на питання «Як тебе звать?», відповідає «Тіма». В активному словниковому запасі стало більше слів (загальний активний словниковий запас налічує близько 50 слів), з'явилися основні дієслова «їсти», «пити», «спати». Але Тимофій не з'єднує їх з іменниками і займенником «Я». За рішенням батьків, хлопчик продовжує займатися з логопедом в корекційному центрі «Світлячок».

Представимо в таблиці 3.1. порівняльні результати рівня ЗНМ на констатувальному і контрольному етапах дослідження.

Таблиця 3.1.

**Порівняльні результати дослідження рівня загального
недорозвинення мовлення на констатувальному і контрольному етапах**

Ім'я дитини	Констатувальний етап	Контрольний етап
Софія Ш.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень
Іван С.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень
Тимофій Т.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень
Тимур Д.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень
Денис Т.	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень	Загальне недорозвинення мовлення третій рівень
Віра Ш.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень
Давид К.	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень
Вероніка К.	Загальне недорозвинення мовлення перший рівень	Загальне недорозвинення мовлення другий рівень

Отже, після проходження курсу індивідуальних занять за нашою синтезованою методикою, ми отримали наступні результати:

- Одна дитина має третій рівень загального недорозвинення мовлення, що дорівнює 12,5 % (на констатувальному етапі – 0 %);
- П'ять дітей мають другий рівень загального недорозвинення мовлення, тобто 62,5 % (на констатувальному етапі – 25 %);
- Дві дитини залишилися на першому рівні загального недорозвинення мовлення, що дорівнює 25 % (на констатувальному етапі – 75 %).

Представимо результати діагностування мовлення (рівнів мовленнєвого недорозвинення) наочно.

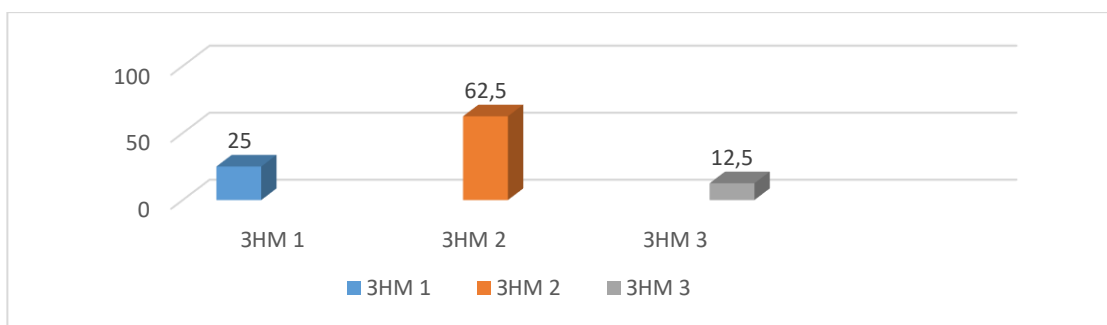


Рис. 11. Результати дослідження рівня загального недорозвинення мовлення на контрольному етапі.

Після проходження курсу індивідуальних занять за нашою синтезованою методикою, ми отримали наступні результати дослідження блоків «Зорове сприйняття і зорова пам'ять», «Конструктивний праксис» і «Інтелектуальний розвиток»: дві дитини (Денис Т., Тимур Д.) – високий рівень 25 % (високий рівень на констатувальному етапі – 0 %); п'ять дітей (Софія Ш., Іван С., Віра Ш., Давид К., Вероніка К.) – середній рівень 62,5 % (середній рівень на констатувальному етапі – 62,5 %); одна дитина (Тимофій Т.) залишилася на низькому рівні 12,5 % (низький рівень на констатувальному етапі – 37,5 %).

У таблиці 3.2. представимо порівняльні результати дослідження блоку «Зорове сприйняття і зорова пам'ять», «Конструктивний праксис» і «Інтелектуальний розвиток» на констатувальному і контрольному етапах.

Таблиця 3.2.

Порівняльні результати дослідження блоку «Зорове сприйняття і зорова пам'ять», «Конструктивний праксис» і «Інтелектуальний розвиток» на констатувальному і контрольному етапах.

Ім'я дитини	Констатувальний етап		Контрольний етап	
	Бали	Рівень	Бали	Рівень
Софія Ш.	12	Низький	19	Середній
Іван С.	14	Низький	21	Середній
Тимофій Т.	10	Низький	14	Низький
Тимур Д.	28	Середній	32	Високий
Денис Т.	29	Середній	33	Високий
Віра Ш.	23	Середній	27	Середній
Давид К.	26	Середній	30	Середній
Вероніка К.	24	Середній	28	Середній

Під час всього курсу логопедичних індивідуальних занять проводилася робота з пальцевим праксисом, дрібною і загальною моторикою, також для батьків в якості домашніх завдань був розроблений комплекс для розвитку пальцевого праксису, завдання для розвитку дрібною і загальною моторики. На заняттях активно використовувалася фіджет-іграшка стік «Мокуру» для розвитку моторики рук і швидкості реакції. По завершенню курсу можна констатувати, що у 75 % дітей (Денис Т., Давид К., Тимур Д., Іван С., Віра Ш., Вероніка К.) суттєво покращилася дрібна моторика і пальцевий праксис.

З відтворенням простого ритму по завершенню курсу впоралися сім з восьми дітей, серед яких у однієї дитини (Денис Т.) є дисфункція слухової сенсорної системи, яку вдалося частково подолати.

Для подолання тактильної гіпочутливості під час занять використовувалися сенсорні коробки з різними матеріалами і текстурами, ковдри з обтяжувачами, сенсорне тісто, вправи з глибоким тиском, м'яч анти-стрес, фіджет-іграшки. Значний позитивний ефект ми побачили від використання

сенсорних доріжок різної фактури. Софія Ш. і Тимофій Т. почали чітко диференціювати свої відчутті («м'яка», «каміння», «колюча»), на заняттях діти позбавилися звички переминати одяг. В якості заохочення між вправами на 30 секунд Софія і Тимофій отримували фіджет іграшки (гнучкий олівець, стік «Мокуру», пушпоперс (поп-іт), набір колючих магнітних кульок).

Щодо подолання пропріоцептивної дисфункції результативними виявилися вправи з використанням балансиру. На момент закінчення курсу дві дитини, які мають порушення пропріоцептивної сенсорної системи, почали тривати рівновагу на дошці Белгау з одночасним виконанням дій (перекладання та перекидання мішечків, вправи з м'ячем).

Негативізм на заняттях вдалося подолати у трьох з чотирьох дітей, які мали порушення емоційно-вольової сфери. Одна Дитина (Тимофій Т.) інколи демонструє прояви негативізму, але хлопчика вже можна досить швидко переключити на іншій вид діяльності і продовжити ефективно працювати. Тимофію допомагає переключення на рухову активність і сенсорні доріжки, після чого хлопчик спокійно може займатися за столом.

П'ять дітей проходили курс активуючого масажу (15 сеансів) за методикою О. Новікової. У всіх дітей покращився м'язовий тонус, але вони потребують проходження повторного курсу логопедичного масажу. Позитивна динаміка спостерігається у розвитку артикуляційної моторики, всі діти навчилися ізольовано відтворюють артикуляційні рухи, серію рухів відтворює три дитини.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що запропонована нами програма показала свою ефективність і може бути надалі використана для корекційних логопедичних занять з дітьми дошкільного віку із моторною алалією.

Висновки до 3 розділу

На заключному етапі дослідження, наша синтезована комплексна методика формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією пройшла апробацію на базі корекційного логопедичного центру «Світлячок», який знаходиться у м. Дніпро.

Вісім дітей займалися індивідуально за вищевказаною методикою впродовж трьох місяців, з кожною дитиною ми провели 35 індивідуальних занять. Індивідуальне заняття містить два блоки: «Логопедичний» і «Психокорекційний». Заняття триває 60 хвилин, які розподілені наступним чином: 30 хвилин - «Логопедичний блок», 25 хвилин – «Психокорекційний», 5 хвилин – спілкування з батьками, роз'яснення домашнього завдання.

Через три місяці ми провели повторну діагностику за тією ж методикою, що була використана нами на констатувальному етапі (методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення»).

Ми порівняли отримані дані на двох діагностичних етапах і отримали такі результати: загальне недорозвинення мовлення третій рівень: констатувальний етап – 0 %, заключний етап – (12,5 %); загальне недорозвинення мовлення другий рівень: констатувальний етап – 25 %, заключний етап – 62,5 %; загальне недорозвинення мовлення перший рівень: констатувальний етап – 75 %, заключний етап – 25 %.

Отже, у ході апробації запропонованої нами методики досягнутий позитивний ефект в розвитку мовлення дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Запропонована синтезована методика має комплексний характер. Основна увага приділяється формуванню мовлення у дітей із моторною алалією, але паралельно в межах «Психокорекційного блоку» робота ведеться над попередженням і корекцією вторинних відхилень у пізнавальній і інтелектуальній сферах, подоланні дисфункцій сенсорних систем, які впливають на емоційно-вольову сферу дитини.

ВИСНОВКИ

Дане магістерське дослідження присвячено особливостям формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією.

Наше дослідження, значною мірою, носить інтегративний характер, бо саме інтегрування матеріалу з різних областей знань дозволяє об'єднати їх у єдиний гносеологічний комплекс. Нами був проаналізована наукова літератури зі спеціальної педагогіки, психології і медицини.

Під час роботи над дослідженням ми досягли поставленої мети і вирішили завдання, які окреслили на початковому етапі, що дозволяє нам сформулювати наступні висновки та узагальнення:

1. Вивчено стан мовлення дітей дошкільного віку із моторною алалією. База дослідження: логопедичний корекційний центр «Світлячок» (м. Дніпро). До складу групи входило вісім дітей (три дівчинки і п'ять хлопчиків), які мали встановлений медичний діагноз «Моторна алалія». Вік дітей: дошкільний, віковий діапазон від чотирьох до п'яти років.

Для обстеження учасників групи була використана методика Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення». В основі методики Г. Волкової лежать принципи комплексності і системності, що характеризує дану методику як цілісну та динамічну, що враховує онтогенетичний, етіпатогенний, діяльнісний принципи та взаємозв'язок мовленнєвого і загального психічного розвитку.

З метою більш чіткої можливості прослідкувати наявність динаміки у мовленні дітей, ми провели аналогію клінічного діагнозу «Моторна алалія» з психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих порушень.

Для визначення рівня загального недорозвинення мовлення нами використана класифікація Р. Левіної.

Після завершення констатувального етапу ми отримали такі результати: шість дітей (75 %) мають загальне недорозвинення мовлення першого рівня і лише дві дитини (25 %) – загальне недорозвинення мовлення другого рівня.

Також в межах констатувального експерименту нами була проведена діагностика зорового сприйняття, зорової пам'яті, мислення і інтелектуального розвитку дітей. Результати діагностики свідчать про таке: високий рівень – 0 %, середній рівень – 62,5 %, низький рівень складає 37,5 %.

Під час дослідження у всіх дітей групи виявлені проблеми з загальною і дрібною моторикою, дисфункції сенсорних систем мають чотири дитини (50 %), порушення емоційно-вольової сфери діагностовано у чотирьох дітей (50 %), знижений тонус м'язів артикуляційного апарату діагностовано у п'яти дітей (62,5 %);

2. Нами розроблена синтезована методика формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією. Особлива увага приділяється передумовам виникнення мовлення. Виділено три важливих передумови формування мовлення: мотиваційні передумови, сенсорні передумови і когнітивні передумови.

Використовуючи принципи комплексності і системності, ми розробили авторську методику, за якою учасники групи займалися індивідуально впродовж трьох місяців. Було проведено 35 індивідуальних занять з кожним із учасників групи. Структура індивідуального заняття: два блоки: «Логопедичний» і «Психокорекційний». Заняття триває 60 хвилин, які розподілені наступним чином: 30 хвилин – «Логопедичний блок», 25 хвилин – «Психокорекційний», 5 хвилин – спілкування з батьками і роз'яснення щодо виконання домашнього завдання. Періодичність індивідуальних занять на тиждень: три рази на тиждень. Час проведення: перша половина дня.

3. Після завершення повного курсу індивідуальних занять нами проведена повторна діагностика за методикою Г. Волкової «Методи психолого-педагогічного обстеження дітей з порушенням мовлення».

Отримані результати ми порівняли з результатами на етапі констатувального експерименту: загальне недорозвинення мовлення третій рівень: констатувальний етап – 0 %, заключний етап – (12,5 %); загальне недорозвинення мовлення другий рівень: констатувальний етап – 25 %,

заключний етап – 62,5 %; загальне недорозвинення мовлення перший рівень: констатувальний етап – 75 %, заключний етап – 25 %.

Також ми порівняли результати проб, які входять до блоків «Зорове сприйняття і зорова пам'ять», «Конструктивний праксис» і «Інтелектуальний розвиток». Порівняльний аналіз даних, отриманих на констатувальному і заключному етапах: високий рівень – 25 % (на констатувальному етапі – 0 %); середній рівень 62,5 % (на констатувальному етапі – 62,5 %); низький рівень складає 12,5 % (низький рівень на констатувальному етапі – 37,5 %).

У 75 % дітей відмічене покращення дрібної моторики і пальцевого праксису. З дисфункціями сенсорних систем був досягнутий позитивний ефект, особливо з дисфункціями тактильної та пропріоцептивної систем.

Діти зі зниженого тону м'язів артикуляційного апарату проходили курс активуючого масажу за методикою О. Новікової, було проведено 15 сеансів. На момент закінчення курсу у дітей покращився м'язовий тонус, але проблеми ще залишаються і діти потребують проходження повторного курсу логопедичного масажу. Слід відмітити, позитивну динаміку у розвитку артикуляційної моторики: всі діти нашої групи ізольовано відтворюють артикуляційні рухи, серію рухів відтворює три дитини.

Таким чином, проведене нами дослідження підтвердило ефективність упровадження синтезованої методики формування мовлення у дітей дошкільного віку із моторною алалією. І тому її можна використовувати для занять з дітьми дошкільного віку з клінічним діагнозом «Моторна алалія», також її можна використовувати для дітей з сенсомоторною алалією (за умови рівня розуміння мовлення не нижче за номінальний рівень) і для дітей із затримкою мовленнєвого розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Айрес Е. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. Москва : Теревинф, 2009. 272 с.
2. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: уч. пособие для студентов пед. вузов. Москва : АСТ : Астрель. 2007. 224 с.
3. Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. О механизмах построения высказывания. Москва : Теревинф, 2015. 145 с.
4. Белова-Давид Р.А. Причины недоразвития импрессивной и экспрессивной речи у детей дошкольного возраста // *Нарушения речи у дошкольников*. Москва, 1982. С. 82-128.
5. Березан О. І. Неврологічні основи логопедії: навч. посіб. для студентів спеціальності «Корекційна освіта». Полтава : Друкарня Ткалич А.М., 2008. 92 с.
6. Бобылова М.Ю., Капустина А.А., Браудо Т.А. Моторная и сенсорная алалия: сложности диагностики // *Детская неврология*. Том 12. Вып. 14. 2017. С.32-42.
7. Брушневська І. Механізми становлення мовлення дітей у ранньому віці // *Педагогічний часопис Волині*. №4 (11). 2018. С. 171-177.
8. Визель Т.Г. Нейропсихологический анализ грубых нарушений речевого развития // *Вестник угрюдения*. № 3 (22). 2015. С. 95-105.
9. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вуза. Москва : В. Секачев, 2019. 264 с.
10. Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учеб.-метод. пособ. Москва : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. 144 с.
11. Выготский Л. С. Мышление и речь. Москва : Лабиринт, 1999. 352 с.
12. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2007. 471 с.

13. Глухоедова О.С., Тишина Л.А. Формирование речи неговорящих детей на ранних этапах коррекционного воздействия // *Педагогика*. 2014. № 10. С. 53-58.
14. Горчакова А. М., Чаладзе Е.А. Формирование языкового механизма у детей с экспрессивной (моторной) алалией через коммуникативные ситуации // *Специальное образование*. 2017. № 3 (47). С. 59-65.
15. Грузінова Т. В. Робота з дітьми, що не говорять: від нуля до фразової мови / Т. В. Грузінова. <https://igrolog-school.ru/seminars/start-communicate>.
16. Дегтяренко Т. Нейрологопедичний підхід у діагностиці та корекції тяжких порушень мовлення у дітей дошкільного віку // *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2016. № 1. С. 38-47.
17. Єрмак Н.М. Корекційно-розвивальні вправи та ігри з дітьми-алаліками старшого дошкільного віку // *Логопед*. 2014. № 3. С. 42-47.
18. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филічева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Екатеринбург : АРД ЛТД, 1998. 320 с.
19. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филічева Т.Б. Дифференциальный диагноз общего недоразвития речи. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Екатеринбург : ЛИТУР, 2005. 320 с.
20. Журавель В. Ігри з м'ячем для сенсомоторного розвитку // *Дошкільне виховання*. 2013. № 12. С. 14-17.
21. Заболотная А.М., Макарина-Кибак Л.Э., Гребень С.А. Расстройство экспрессивной и рецептивной речи: от этиологии до лечения // *Медицинские новости*. 2013. № 1. С. 44-49.
22. Заваденко Н.Н. Расстройства развития речи у детей: ранняя диагностика и терапия // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. 116 (12). С. 119-25.
23. Заваденко Н.Н., Холин А.А., Заваденко А.Н., Мичурина Е.С. Нарушения развития речи при эпилепсии: патофизиологические механизмы и

терапевтические подходы // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. 118 (8). С. 118-25.

24. Зелінська-Любченко К. О. Теоретичні засади вивчення проблеми моторної алалії: історичний аспект // *Науково-методичний журнал «Логопедія»*. № 9. 2016. С. 31 - 36.

25. Зелінська-Любченко К. О. Физиологические механизмы речевой деятельности // *Научный вестник Николаевского национального университета имени В. А. Сухомлинского. Педагогические науки*. 2016. № 1. С. 277-281.

26. Зелінська-Любченко К. О. Діагностика моторної алалії: зарубіжний досвід // *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць*. Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2017. Вип. 10. С. 116-124.

27. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. Санкт-Петербург : КАРО, 2006. 304 с.

28. Колесникова А.М. Экспрессивная алалия – сложный комплекс речезыковых и невербальных расстройств // *Дополнительное образование и воспитание*. 2006. № 11. С. 27-31.

29. Коломієць Ю. В., Апухтіна В.В. До проблеми механізмів алалії // *Науковий журнал НПУ імені М. П. Драгоманова. Сер. 19: Корекційна педагогіка і спеціальна психологія*. 2013. Вип. 23. С. 120-123.

30. Конопляста С.Ю. Логопсихологія: навч. посіб. Київ : Знання, 2010. 208 с.

31. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. Санкт-Петербург : Речь, 2006. 380 с.

32. Крутикова Н.В. Розвиток сенсомоторної сфери дітей із ЗНМ // *Логопед*. 2013. № 12. С. 33-35.

33. Левина Р.Е. К построению педагогической классификации аномалий речевого развития: тезисы докладов // *Современное состояние исследований в изучении, обучении, воспитании и трудовой подготовке детей с нарушениями умственного и физического развития*. Москва, 1975. С. 541-542.

34. Левина Р.Е. Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). Москва : Издательство Министерства просвещения РСФСР. 1951. 121 с.
35. Леонтьев А.А. Язык и речевая деятельность в общей и педагогической психологии. Избранные психологические труды. Москва : МПСИ, 2004. 536 с.
36. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. Москва : Просвещение, 1969. 214 с.
37. Лісова А.С. Вплив сенсомоторного розвитку на інтелектуальний розвиток дошкільника // *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Психологічні науки*. Чернігів : ЧНПУ, 2014. Вип. 121. С. 213-216.
38. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. Москва: Изд-во МГУ, 1969. 504 с.
39. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Москва : Изд - во Московского университета, 1973. 374 с.
40. Лынская М.И. Значение сенсорного воспитания в работе с детьми, страдающими алалией // *Проблемы современного образования*. № 2. 2013. С. 132-140.
41. Лынская М.И. К вопросу об актуальности разработки биоадекватной методики коррекции алалии на основе современных представлений об ее патогенезе // *Вестник Череповецкого государственного университета. Педагогические науки*. 2014. № 6. С. 105-109.
42. Лынская М.И. Преодоление алалии и задержки речевого развития у детей. Метод сенсорно-интегративной логотерапии. Конспекты занятий. Москва : ЛОГОМАГ, 2015. С. 90.
43. Лынская М. И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий. Москва : Парадигма, 2012. 128 с.
44. Малкова Е.Е., Машнина Е.М. Проблема определения критериев нарушения речи у современных дошкольников в аспекте междисциплинарного взаимодействия специалистов // *Педиатр*. 2019. Вип. 10. № 1. С. 117-126.

45. Манько Н.В. Значення внутрішньоутробної гіпоксії у виникненні вад мовленнєвого розвитку дітей раннього віку // *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №19. Корекційна педагогіка та психологія: збірник наукових праць*. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2005. Вип. 4. С. 112-118.

46. Манько Н.Л. Розвиток мовлення як засобу спілкування у дітей переддошкільного віку // *Актуальні проблеми дошкільної та початкової освіти в сучасних умовах: збірник наукових праць*. Херсон : Айлант, 2004. С. 156-160.

47. Мастюкова Е. М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии // *Дефектология*. 1981. № 6. С. 13-20.

48. Машталер А. С. Розвиток дрібної моторики у дітей із загальним недорозвиненням мовлення // *Таврійський вісник освіти*. 2015. № 4. С. 242-247.

49. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Санкт-Петербург : Аддис, 1994. 300 с.

50. Новикова – Иванцова Т.Н. Методическое пособие по формированию ритмико-мелодико-интонационной основы языка. Подготовительный этап. Москва : Авторское издание, 2020. 56 с.

51. Новикова – Иванцова Т.Н. Ритмы. Слоги. кн.1 ч.1. Москва : Авторское издание, 2015. 100 с.

52. Новикова – Иванцова Т.Н. Ритмы. Слоги. кн.1 ч.2. Москва : Авторское издание, 2019. 88 с.

53. Орфинская В. К. Методика работы по подготовке к обучению грамоте детей анартриков и моторных алаликов // *Уч. зап. Ленингр. гос. пед. ин-та им. А. И. Герцена*. 1963. Т. 25. С. 271-295.

54. Орфинская В. К. Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии / дис. ... д-ра пед. наук. Ленинград : 1960. 561 с.

55. Парфьонова Г.І. Реалізація лінгводидактичного підходу у процесі формування усного зв'язного мовлення у дітей із моторною алалією // *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Сер. 19 : Корекційна педагогіка та*

спеціальна психологія. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2014. Вип. 27. С. 152-156.

56. Парфенова Г. І. Стан сформованості усного зв'язного мовлення у дітей старшого дошкільного віку із моторною // *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2015. № 1. С. 64-71.

57. Прибальська Н. Сенсорне виховання в педагогіці Монтесорі // *Дошкільне виховання*. 2014. № 8. С. 9-12.

58. Рібцун Ю. В. Мовленнєві намистинки для маленької дитинки: навч.-метод. посіб. Київ : Літера, 2010. 160 с.

59. Рібцун Ю.В. Розмежування алалій та інших мовленнєвих і немовленнєвих порушень // *Професійний довідник учителя-логопеда ДНЗ*. Харків, 2013. С. 139-146.

60. Савінова Н. В. Формування мовленнєвої діяльності в онтогенезі // *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія*. Вип. 22 : зб. наук. праць. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. С. 233-238.

61. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. Москва : Академия. 232 с.

62. Січкачук Н. Д. Дослідження особливостей використання паралінгвістичних засобів спілкування в процесі формування емоційно-оцінної лексики у старших дошкільників з моторною алалією // *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»* : зб. наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. Вип. 15. С. 247-253.

63. Січкачук Н.Д. Розвиток темпо-ритмічного чуття та просодичного компоненту мовлення у старших дошкільників із моторною алалією засобами художньо-мовленнєвої діяльності // *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна*. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2012. Вип. 20. С. 401-408.

64. Січкачук Н. Д. Формування емоційно-оцінної лексики у дітей з моторною алалією // Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету. Кам'янець-Подільський : ПП В. С. Мошинський, 2008. Вип. 8. С. 261-266.

65. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции: (дети с нарушением интеллекта и мотор. алалией). Москва: Классикс-стиль, 2003. 160 с.

66. Соботович Е. Ф., Рождественская М. В. Особенности психического и речевого развития детей с моторной алалией // *Вопросы дефектологии*. Киев, 1975. Вып. 10. С. 70-86.

67. Сорочан Ю. Б. Особливості діагностики імпресивного рівня розвитку синтаксичного компонента мовленнєвої компетенцій у молодших школярів із моторною алалією // *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наукових праць*. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. №16. С. 219-223.

68. Сорочан Ю.Б. Особливості формування синтаксичної структури речення у мовленнєвому онтогенезі у дітей із моторною алалією // *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Сер.: Соціально-педагогічна*. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка 2012. Вип. 19. С. 422-429.

69. Таранціца С. Сходінки до пізнання світу. Перспективний план роботи з сенсорного розвитку дітей раннього // *Палітра педагога*. 2015. № 5. С. 14-20.

70. Телесные практики, сенсорная интеграция и эрготерапия // *Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями: сбор. методических материалов семинара в рамках образовательного форума / науч. ред. Ворошнина О.Р.* Пермь : Перм.гос. гуманит. пед. ун-т, 2018. 140 с.

71. Тищенко В.В. Моторна алалія в контексті психолого-педагогічних досліджень // *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*, 2010. Вип.15. С. 181-186.
72. Тищенко В. В. Як навчити дитину правильно розмовляти: від народження до 5 років : поради батькам. Київ : Літера ЛТД. 2006. 128 с.
73. Трауготт Н. Н. Как помочь детям, которые плохо говорят. Санкт-Петербург : Гармония, 1994.
74. Трауготт Н. Н. Лингвистический анализ афазии и алалии в работах В. К. Орфинской // *Специальное образование*. 2019. № 3. С. 12-35.
75. Тубичко Ю.О. Нейропсихологічна діагностика основних компонентів мовленнєвого розвитку і перцептивно-когнітивних функцій у дітей старшого дошкільного віку // *Наука і освіта*. 2013. № 1-2. С. 222-225.
76. Форостян О. І. Фізичне виховання дітей із сенсорними порушеннями на сучасному етапі // *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2015. № 2. С. 22-27.
77. Филичева Т.Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение: учебно-методическое пособие. Москва : «Изд-во ГНОМ и Д», 2000. 28 с.
78. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста : монография. Москва, 2000. 314 с.
79. Харахордіна К. Н. Диференційований підхід у роботі з активізації мовлення дітей, що не говорять // *Молодий учений*. 2020. № 25 (315). С. 428-430.
80. Чорна В.В. Розвиток сенсорного виховання учнів початкової школи в Україні у ХХ столітті: автореф. дис. ...канд. пед. наук. Мелітополь, 2014. 20 с.
81. Шеремет М.К., Боряк О.В. Неврологічні основи логопедії: навч. посібник. Суми: ФОП Цьома С.П., 2016. 252 с.
82. Шеремет М.К. Нейрофізіологічні засади мовленнєвої діяльності у дітей старшого дошкільного віку з моторною алалією // *Логопедія*. 2012. № 2. С. 3-6.

83. Шеремет М.К., Манько Н.В. До проблеми ранньої діагностики та корекції відхилень у мовленнєвому розвитку дітей перших трьох років життя // *Підвищення ефективності логопедичної роботи в умовах здійснення дошкільної та початкової освіти*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Херсон : Айлант, 2006. С. 105-109.

84. Штіль С. Нетрадиційні види роботи з дітьми-алаліками дошкільного віку // *Дефектолог*. 2012. № 2. С. 28-33.

85. Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой. Москва : Метафора. 2008. 280 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Адаптована методика діагностики Г. Волкової «Методика психологічного обстеження дітей з порушеннями мовлення».**1. Загальні відомості про дитину і її родину:**

1.1. ПІБ дитини _____

1.2. Дата народження дитини _____

1.3. Дитячий заклад, що відвідує _____

1.4. Висновок ІРЦ (за наявності) _____

1.5. ПІБ батьків:

Батько _____

Дата народження _____

Освіта _____ місце роботи _____

посада _____

Мати _____

Дата народження _____

Освіта _____ місце роботи _____

посада _____

Інші члени родини _____

2. Скарги батьків на рівень психічного і мовленнєвого розвитку дитини

3. Наявність генетичних хвороб _____**4. Загальний анамнез:**

4.1. Від якої вагітності народилася дитина _____

4.2. Вік матері на момент пологів _____

4.3. Ускладнення вагітності _____

4.4. Вага і зріст дитини при народженні _____

4.5. Особливості грудного вигодування _____

5. Особливості раннього моторного розвитку:

5.1. Тримає голову (норма з 2 місяців) _____

5.2. Сидить (норма з 7 місяців) _____

5.3. Стоїть (норма 9 – 10 місяців) _____

5.4. Ходить (норма 12 – 15 місяців) _____

5.5. Перші зуби з _____ міс., в рік _____

6. Перенесені хвороби у ранньому віці; облік у вузького спеціаліста

7. Дані, щодо розвитку мовлення в онтогенезі:

7.1. Гуління _____

7.2. Белькотіння _____

7.3. Перші слова (мама, тато, няня...) _____

8. Використання жестів і міміки _____

9. Особливості мовленнєвого середовища: _____

10. Особливості контакту _____

11. Реакція на оціночні висловлювання _____

11.1. Реакція на схвалення _____

11.2. Реакція на фруструючу ситуацію (ситуацію невдачі)

12. Гнозис кольору, форми і величини:

12.1. Основні кольорі _____

12.2. Відтінки _____

12.3. Основні геометричні форми _____

12.4. Величина (маленький, середній, великий) _____

13. Зорове сприйняття і зорова пам'ять:

13.1. Завдання «Тіні» _____

Обладнання: сюжетна картинка із зображенням глядацької зали та екрану, на якому тіні-зображення білки, повітряної кульки, парасольки, їжака; сюжетна

картинка з повним зображенням предметів, на якій є відповідні (білка, повітряна кулька, парасолька, їжак) та чотири інші предметні картинки.

Інструкція: Логопед показує дитині сюжетну картинку, розкладає предметні картинки. Дитина повинна співвіднести силуетні зображення на екрані з відповідними предметними картинками.

13.2. Завдання з контуром «Впізнай за контуром» _____

Обладнання: перший комплект: по чотири картинки з контурами тварин і предметів (кіт, слон, лев, свиня, каструля, виделка, чашка, пательня); другий комплект: картинки з повним кольоровим зображенням меншого розміру (кіт, слон, лев, свиня, каструля, виделка, чашка, пательня).

Інструкція: Дитині пропонується впізнати за контуром ті предмети, що зображені.

13.3. Завдання «Незакінчений малюнок» _____

Обладнання: три картинки: «Машина без колес», «Заєць без хвоста», «Стіл без ніжки»).

Інструкція: 1. «Покажи зайця»; 2. «Покажи чого немає у зайця?»

13.4. Завдання «Перекреслені фігури» _____

Обладнання: чотири картинки, перекреслені горизонтальними, вертикальними і хвилястими лініями); чотири картинки без перекреслених ліній.

Інструкція: Дитині пропонується впізнати що саме зображено. Логопед показує кольорову картинку і просить показати де така сама перекреслена.

13.5. Проба Поппельрейтера _____

Обладнання: накладені один на одного зображення-контури (чотири предмети із різних класифікацій на одному аркуші).

Інструкція: Логопед просить важко роздивись картинку і обвести пальцем, які саме предмети бачить дитина

13.6. Дослідження зорової пам'яті «Запам'ятай і знайди предмети» _____

Обладнання: шість предметів з однієї класифікації (іграшкові тварини одного розміру).

Інструкція: Дітям пропонується запам'ятати три предмети і потім впізнати їх в одному ряду з іншими предметами. Загальна кількість предметів у ряду дорівнювала шести.

Дослідження слухового сприйняття:

13.7. Направлення звуку _____

13.8. Диференціація того, що звучало _____

14. Просторовий гнозис:

11.3.1. Демонстрація правої / лівої руки на собі _____

11.3.2. Показ правої / лівої руки логопеда _____

15. Зорове орієнтування:

15.1.1. За проханням плескання в долоні зверху, внизу, за спиною _____

15.1.2. Розуміння прислівників («Посади ляльку на стілець», «Посади собаки під стіл») _____

16. Конструктивний праксис (мислення):

16.1. Пірамідка _____

16.2. Дошки Сегена (три рівня складності: перший рівень – чотири цілі фігура; другий рівень - фігури з двох частин; третій рівень - фігури з чотирьох частин) _____

16.3. Розрізні картинки (три рівня складності: з двох частин, з трьох частин, з чотирьох частин. _____

16.4. Класифікації, виключення зайвого (четвертий зайвий) _____

16.5. Складання за зразком _____

17. Динамічний праксис:

17.1. Відтворення простого ритму _____

17.2. Відтворення складного ритму _____

18. Дисфункції сенсорних систем: _____

19. Дослідження моторики:

19.1. Дослідження загальної моторики:

Пройти по лінії, яка накреслена на підлозі _____

Пострибати на двох ногах _____

Пострибати спочатку на одній, а потім на інший нозі _____

19.2. Ручний і пальцевий праксис:

Стиснути / розтиснути кулаки _____

Поплескати в долоні _____

Кулаком правої руки доторкнутися до долоні лівої руки, і навпаки

Показати ізольовано кожний палець кожної руки _____

По черзі показати один, два, три, чотири, п'ять пальців. Теж саме в зворотній послідовності _____

Застібнути гудзики різного розміру _____

Ведуча рука _____

Ліворукість _____

Амбідекстрія _____

20. Особливості координації кінцівок:

20.1. Рівновага _____

20.2. Переключення дій _____

20.3. Чи є супутні рухи _____

21. Інтелектуальний розвиток (серія сюжетних картинок за методикою Бернштейна, серія із чотирьох картинок) _____

22. Дослідження імпресивного мовлення:

22.1. Дослідження обсягу пасивного словника _____

22.2. Розуміння простих інструкцій _____

22.3. Розуміння двоступеневих інструкцій _____

22.4. Дослідження номінативного словника _____

23. Дослідження експресивного мовлення:

23.1. Лепіт _____

23.2. Окремі склади _____

23.3. Окремі слова _____

23.4. Фразове мовлення _____

23.5. Обсяг активного словника _____

24. Анатомічний стан артикуляційного апарату.

Губи	Зуби	Язик	Під'язикова вуздечка	Піднебіння

25. Обстеження рухливості артикуляційного апарату:

- Характер м'язового тону (нормальний, в'ялий, надмірно напружений) _____
- Об'єм руху (повний, неповний) _____
- Точність руху (наявний при цьому самоконтроль) _____
- Надання синкінезій, асиметрії рухів _____
- Рухливість мінімуму мимічної мускулатури _____
- Акти жування, ковтання _____
- Наявність слинотечі _____
- Окремі проби артикуляційних рухів для дітей з моторною еферентною алалією _____
- Серія рухів для дітей з моторною аферентною алалією _____

26. Особливості ігрової діяльності _____

Критерії оцінювання для завдань пункту 13 (6 завдань), пункту 17 (5 завдань), пункту 19 (1 завдання):

Високий рівень (3 бали): дитина відразу розуміє завдання і виконує його правильно за інструкцією, є чітка узгодженість дій, зацікавлений у кінцевому результаті.

Середній рівень (2 бали): дитина відразу починає співпрацювати з дорослим, але самостійно виконати завдання не може, після навчання самостійно виконує правильно.

Низький рівень (1 бал): дитина самостійно виконати завдання не може, процесі навчання поводить адекватно, але після навчання не переходить до самостійного виконання завдання, потребує сумісного виконання завдання.

Завдання не виконано: дитина не розуміє зміст завдання, веде себе неадекватно (розкидає матеріал), не робить спроби розпочати, не зацікавлений у кінцевими результатами.