

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ГОЛУБ АЛЛА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК - 376-056.264(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ
**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ПРИ
ДИЗАРТРИЯХ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ А. В. Голуб

Науковий керівник – Конопляста Світлана Юріївна,
доктор педагогічних наук, професор

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Голуб А.В. – Корекція порушення усного мовлення у дітей при дизартріях. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.03 – корекційна педагогіка. – Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. – Київ, 2019.

Дисертаційна робота присвячена формуванню та розвитку усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку шляхом розробки комплексної методики корекційно-розвиваючої логопедичної роботи на основі констатації актуального стану сформованості компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного) на засадах синергетично-емергентного підходу; з урахуванням профілів усного мовлення, модулів усного мовлення, категорії дітей з дизартріями (діти з дитячим церебральним паралічем та ізольованою дизартрією розвитку (діти зі складними органічними ураженнями головного мозку та діти без складних уражень головного мозку), ступенів тяжкості дизартрії (мінімальні дизартричні розлади, виражена дизартрія, глибока дизартрія), форми дизартрії (синдромологічний підхід), станом програмного забезпечення усного мовлення у старших дошкільників з дизартріями.

Метою дослідження є підвищення рівня усного мовлення у дітей з дизартріями за допомогою комплексної методики формування та корекції порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.

Теоретико-емпіричний аналіз діагностичного етапу дослідження усного мовлення старших дошкільників з дизартріями підтвердив та розкрив актуальність, складність, масштабність та багатогранність проблеми корекції усного мовлення дітей з дизартріями; вдалося осучаснити поняття усного мовлення, виділити історичні періоди вивчення дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми, дати структуру усного мовлення, розкрити складність, різноплановість та багатоаспектність дизартрії як

наукової проблеми; розкрити механізми та глибину дефекту при дизартричних розладах у дітей, визначити дизартрію у дітей як «дизартрію розвитку», враховуючи механізми та симптоматику розладів дизонтогенетичного типу у дітей, які суттєво відрізняються від набутих порушень у дорослих; встановити місце дизартрії у систематиці мовленнєвих порушень.

Розроблено комплексну багатofункціональну методику вивчення актуального стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку на практично-діагностичному етапі. Здійснено багатовекторне дослідження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку у чотирьох стратегічних напрямках (психолого-педагогічному, нейропсихологічному, лінгвістичному та психолінгвістичному). Це забезпечило можливість отримання багатоаспектних даних щодо розвитку усного мовлення дітей з дизартріями, – розкрити об’ємну картину усного мовлення старших дошкільників з дизартріями. Встановлено, що природа і механізми порушень усного мовлення при дизартріях мають складний, багаторівневий, мультифакторний характер. Якісно-кількісний аналіз стану усного мовлення забезпечив розуміння як глибини так і тяжкості порушень усного мовлення даної категорії дітей. Виділені категорії та підкатегорії дітей з дизартріями (діти з дитячим церебральним паралічем (27,7%) та ізольованою дизартрією розвитку (72,3%) (діти зі складними органічними ураженнями головного мозку (4,2%) та діти без складних уражень головного мозку (68,1%)) та зазначена нова типологія профільно-модульних варіантів порушень усного мовлення у старших дошкільників з дизартріями.

Профільно-модульний аналіз усного мовлення визначено як своєрідний логопедичний естамп зв’язку покомпонентного аналізу усного мовлення із моделлю програмного забезпечення УМ. Якісна оцінка стану усного мовлення забезпечила можливість виділити такі *профілі усного мовлення*: онтогенетичний (46,1%) (діти з мінімальними дизартричними розладами

(артикуляційними диспраксіями та просодичним дефіцитом) та дизонтогенетичний: а) класична («чиста») дизартрія (16,9%); б) дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту (дизартрія+заїкування (13,5%) та дизартрія+моторна алалія (23,5%). Кількісна (рівнева) оцінка стану УМ дозволила виділити модулі УМ (МУМ): помірно порушений (23,6%), середньо порушений (22,5%), важко порушений (18,8%), глибоко порушений (12,8%), тотально порушений (22,3%).

Розроблена решітка варіантів модулів усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку на підставі кількісних (рівневих) показників стану сформованості структурних компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного), категорії дітей з дизартріями та кількості дітей.

Профільно-модульний (якісно-кількісний) аналіз усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку дозволив: визначити просодичний дефіцит у дітей з дизартріями на підставі вперше виділеного третього рівня моторної програми синтагми – рівня регуляції інтонації; осучаснити класифікацію дизартрій за ступенем тяжкості; здійснити порівняльне дослідження стану усного мовлення у дітей з ізольованою дизартрією розвитку та дизартріями при дитячому церебральному паралічу; виділити чотири клінічні групи дітей з дизартріями; визначити логоструктуру усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку як агрегованого результату дослідження усного мовлення дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів. Це забезпечило диференційований підхід формування та корекції порушень усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

На підставі інноваційних підходів розуміння механізмів та структури усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку розроблена комплексна методика формування та корекції порушень усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку на засадах синергетично-емергентного підходу та експериментально доведена її ефективність.

Впровадження як класичних, так й інноваційних (енерго-вібраційних та англо-інформаційних) технологій, диференційоване забезпечення усного мовлення старших дошкільників з дизартріями корекційно-розвивального етапу підсилило ефективність комплексного диференційованого підходу до корекції порушень усного мовлення з дизартріями цих дітей та забезпечило значне покращення у всіх дітей стану м'язового тону мимічної, артикуляційної мускулатури, системи дихання та голосу. Можливості профільно-модульного аналізу усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку на етапі формувального експерименту запевнили у його універсальній здатності забезпечення не лише логопедичної діагностики, але й корекції. Є усі підстави *профільно-модульний аналіз* усного мовлення дітей з будь-якими мовленнєвими порушеннями назвати *мета-підходом* - *діагностично-формувальним інструментом* міждисциплінарного дослідження усного мовлення дітей старшого дошкільного віку.

Диференційована системна корекція усного мовлення старших дошкільників з дизартріями забезпечила позитивну кількісно-якісну зміну стану усного мовлення дітей з дизартріями, яка проявила себе у позитивній динаміці на користь більш сформованих рівнів усного мовлення (динамічній зміні решітки модулів усного мовлення) та можливого переході та динамічній зміні профілів усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Доведено ефективний перехід дизонтогенетичних профілів УМ на профілі меншої складності та зміну модуля УМ з нижчого на більш вищий рівень: УН - з 46,1% до 64,3% абсолютної норми (МУМ від ПП до Н); Д+А - з 23,% до 9,3% без алалічної симптоматики (МУМ: від ГП та ТП до ВП та ПП); Д+З з 13,5% до 6,7 % та 2,8% до заїкування без дизартрії (МУМ: від ГП до ВП та СП). Таке підвищення рівня усного мовлення у старших дошкільників з дизартріями збільшило їх кількість майже утричі до мовленнєвої норми. Це забезпечило можливість вийти цим дітям із групи

логопедичного ризику, відповідно пройти успішну адаптацію в загальноосвітньому інтегрованому просторі.

Синергетично-емергентні засади комплексної методики формування та корекції усного мовлення дітей з дизартріями, на наш погляд, дозволили урівноважити терези значущості між діагностичним та корекційним процесами та визначити подальшу перспективність розвитку даної наукової проблеми. Ми вважаємо, що ідея аналізу корекції та формування усного мовлення дітей з дизартріями з точки зору синергії та емергентності одночасно є одним із перспективних напрямлень сучасної логопедії.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що *вперше*: розроблено сучасну історичну періодизацію вивчення дизартрії як наукової проблеми; визначено нову типологію профільно-модульних варіантів порушень усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку; встановлено просодичний дефіцит у дітей з дизартріями на підставі вперше виділеного третього рівня моторної програми синтагми – рівня регуляції інтонації; розроблено логоструктуру усного мовлення старших дошкільників з дизартріями як агрегованого результату дослідження усного мовлення дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів; розроблено та обґрунтовано комплексну методику діагностики, формування та корекції порушень УМ при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку;

уточнено та поглиблено: дефінітивний аналіз поняття усного мовлення як логоінтеграційного утворення; класифікацію дизартрій за ступенем тяжкості;

набуло подальшого розвитку питання порівняльного аналізу стану усного мовлення у дітей з ізольованою дизартрією розвитку та дизартріями при дитячому церебральному паралічу.

Практичне значення дослідження полягає в розробці комплексної діагностики актуального стану усного мовлення дітей з дизартріями, що дає змогу встановити рівень сформованості кожного базового компонента усного мовлення для визначення загального рівня усного мовлення у дітей старшого

дошкільного віку. Розроблена комплексна методика корекційно-розвивальної логопедичної роботи підвищує рівень сформованості усного мовлення в цілому і за всіма його базовими компонентами та може використовуватися в логопедичній роботі в дошкільних закладах освіти, у навчально-виховному процесі в умовах інтегрованої освіти. Отримані результати можуть бути використані в навчальному процесі вищих педагогічних закладів; на відповідних курсах у системі підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців за спеціальністю 016 Спеціальна освіта; у подальших наукових дослідженнях.

Ключові слова: старший дошкільний вік, усне мовлення, дизартрія, структурні компоненти усного мовлення, програмне забезпечення, профільно-модульний аналіз, форми дизартрії, ступені тяжкості дизартрії, решітка усного мовлення, синергетично-емергентний підхід.

Список публікацій здобувача

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Статті у вітчизняних фахових виданнях:

1. Голуб А.В. Актуальні проблеми діагностики та корекції мовлення при різних формах дизартрії у дітей старшого дошкільного віку // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. Вип. 17. С. 46-49.
2. Голуб А.В. Нейропсихологічний напрям дослідження усного мовлення у дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 22. С. 39-41.
3. Голуб А.В. Психологічний підхід дослідження усного мовлення у дітей з дизартріями // Наукові записки. Серія Психолого-педагогічні науки (Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя):зб. наук. праць. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2012. Вип. 7. С. 68-72.

4. Голуб А.В. Текст як психолінгвістична одиниця діагностичної роботи порушень усного мовлення у дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. Вип. 23. С. 45-47.

5. Голуб А.В. Синдромологічний підхід при дослідженні усного мовлення дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2013. Випуск 24. С. 66-69.

6. Голуб А.В. Сучасний стан дослідження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку // Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2014. Випуск 27. С. 48-52.

7. Голуб А.В. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях // Наук.-метод. журнал «Логопедія», 2018. № 12. С. 19-23.

Стаття та тези у зарубіжних фахових виданнях:

8. Голуб А.В. Исследование базовых компонентов устной речи при дизартриях у детей старшего дошкольного возраста // Совершенствование методов диагностики и коррекции нарушений речи у детей с различными вариантами дизонтогенеза: материалы II междунар. науч. конф., посвященной памяти д-ра пед. наук, проф. Р.И.Лалаевой. СПб.: ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2013. С. 41-44.

9. Голуб А.В. Методологія, організація та зміст програмно-методичного комплексу формування та корекції порушення усного мовлення дітей при дизартріях старшого дошкільного віку // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): зб. наук. праць. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори, 2018. Вип. 11. С.81-90.

SUMMARY

Golub A.V. Correction of speech disorders in dysarthria. - Manuscript.

Dissertation for a Candidate of Pedagogical Sciences Degree in Specialty 13.00.03 - Correctional Pedagogy. - Drahomanov National Pedagogical University. - Kiev, 2019.

The dissertation is devoted to the formation and development of oral speech of children with dysarthria of senior preschool age through the development of a complex methodology of corrective and logopedic work on the basis of finding the actual state of formation of the components of oral speech (neuropsychological, linguistic and psycholinguistic) on the basis of synergistic-emergent approach; taking into account oral profiles, speech modules, categories of children with dysarthria (children with cerebral palsy and isolated developmental dysarthria (children with complex organic brain lesions and children without complex brain lesions), severity of dysarthria (minimal dysarthria) dysarthria, deep dysarthria), forms of dysarthria (syndromic approach), the state of oral speech software in older preschoolers with dysarthria.

The aim of the study is to increase the level of oral speech in children with dysarthria using a comprehensive methodology for the formation and correction of speech disorders in older preschool children with dysarthria.

Theoretical and empirical analysis of the diagnostic stage of the study of oral speech of senior preschool children with dysarthria confirmed and revealed the relevance, complexity, scale and versatility of the problem of correction of oral speech of children with dysarthria; managed to modernize the concept of oral speech, to distinguish the historical periods of study of dysarthria as a medical-psychological-logopedic problem, to give the structure of oral speech, to reveal the complexity, diversity and multidimensionality of dysarthria as a scientific problem; to reveal the mechanisms and depth of the defect in dysarthric disorders in children, to define dysarthria in children as "development dysarthria", taking into account the mechanisms and symptoms of disorders of dysontogenic type in children, which are significantly different from the acquired disorders in adults; to establish the place of dysarthria in the systematics of speech disorders.

The complex multifunctional method of studying the actual state of speech formation of children with dysarthria of the preschool age at the practical-diagnostic stage is developed. A multi-vector study of verbal speech of children with preschool age dysarthria in four strategic directions (psychological-pedagogical, neuropsychological, linguistic and psycholinguistic) was carried out. This provided the opportunity to obtain multidimensional data on the development of oral speech of children with dysarthria - to open up a three-dimensional picture of oral speech of older preschoolers with dysarthria. It is established that the nature and mechanisms of speech disorders in dysarthria are complex, multi-level, multifactorial. Qualitative and quantitative analysis of the state of speech provided understanding of both the depth and severity of speech disorders of this category of children. Selected categories and subcategories of children with dysarthria (children with cerebral palsy (27.7%) and isolated developmental dysarthria (72.3%) (children with complex organic brain lesions (4.2%) and children without complex brain lesions (68.1%)) and mentioned a new typology of profile-modular variants of speech disorders in older preschoolers with dysarthria.

Profile-module analysis of oral speech is defined as a kind of logopedic printmaking of the linkage of component analysis of oral speech with the UM software model. Qualitative assessment of the speech condition provided an opportunity to distinguish the following oral speech profiles: ontogenetic (46.1%) (children with minimal dysarthric disorders (articulatory dyspraxia and prosodic deficits) and dysontogenic: a) classical ("pure") dysarthria (16.9%)); b) dysarthria as a part of a combined speech defect (dysarthria + stuttering (13.5%) and dysarthria + motor alalia (23.5%). Quantitative (level) assessment of the condition of the UM allowed to distinguish the modules of the UM (MUM): moderately disturbed (23.6%), moderately disturbed (22.5%), severely disturbed (18.8%), deeply disturbed (12.8%), totally disturbed (22.3%).

The lattice of variants of oral speech modules for children with dysarthria of preschool age is developed on the basis of quantitative (level) indicators of the state of formation of structural components of oral speech (neuropsychological,

linguistic, psycholinguistic), category of children with dysarthria and number of children.

Profile-modular (qualitative-quantitative) analysis of oral speech in children with dysarthria of older preschool age allowed to: determine the prosodic deficit in children with dysarthria on the basis of the first selected third level of the motor program of the syntagm - the level of regulation of intonation; update the classification of dysarthria by severity; to carry out a comparative study of speech in children with isolated developmental dysarthria and dysarthria in pediatric cerebral palsy; identify four clinical groups of children with dysarthria; to define the logostucture of oral speech of children with preschool age dysarthria as an aggregate result of the study of oral speech of children with dysarthria from the point of view of interdisciplinary and etiopathogenetic approaches. This provided a differentiated approach to the formation and correction of oral speech of children with preschool age dysarthria.

On the basis of innovative approaches to understanding the mechanisms and structure of oral speech of children with older preschool age dysarthria, a complex methodology for the formation and correction of oral speech disorders in children with older preschool age is developed based on the synergistic-emergent approach and its effectiveness is experimentally proven.

The introduction of both classical and innovative (energy-vibration and Anglo-information) technologies, differentiated provision of verbal speech for older preschool children with correction and developmental stages has enhanced the effectiveness of a complex differentiated approach to correction of speech disorders with dysarthria of these children and ensured significant children of muscle tone of mimic, articulatory muscles, respiratory system and voice. Possibilities of profile-module analysis of verbal speech of children with dysarthria of the preschool age at the stage of the forming experiment were assured in its universal ability to provide not only speech therapy diagnosis but also correction. There is every reason to call the profile-module analysis of oral speech of children

with any speech impairment a meta-approach - a diagnostic and formative tool of interdisciplinary study of oral speech of children of pre-school age.

Differentiated systematic correction of oral speech of senior preschool children with dysarthria provided a positive quantitative and qualitative change in the oral language of children with dysarthria, which manifested itself in positive dynamics in favor of more formed levels of oral speech (dynamic change of the lattice of modules of oral speech) and a dynamic transition speech in children with preschool age dysarthria.

The effective transition of the dysontogenetic UM profiles to the less complex profiles and the change of the UM module from the lower to the higher level were proved: UH - from 46.1% to 64.3% of the absolute norm (MUM from PP to H); D + A - from 23,% to 9,3% without alallic symptomatology (MUM: from GP and TP to VP and PP); D + C from 13.5% to 6.7% and 2.8% to stuttering without dysarthria (MUM: from GP to VP and JV). This increase in the level of mind in older preschoolers with dysarthria increased their number almost three times to the norm of speech. This provided an opportunity for these children to be excluded from the logopedic risk group, and thus to undergo successful adaptation in a comprehensive integrated space.

The synergistic and emergent principles of the complex methodology of formation and correction of verbal speech of children with dysarthria, in our opinion, made it possible to balance the weights of significance between the diagnostic and corrective processes and to determine the further perspective of the development of this scientific problem. We believe that the idea of analyzing the correction and formation of verbal speech of children with dysarthria in terms of synergy and emergence is at the same time one of the promising areas of modern speech therapy.

The scientific novelty of the obtained results is that for the *first time*: a modern historical periodization of the study of dysarthria as a scientific problem has been developed; defined a new typology of profile-modular variants of speech disorders in children with preschool age dysarthria; established prosodic deficiency

in children with dysarthria on the basis of the first selected third level of the motor program of the syntagm - the level of regulation of intonation; the logostructure of verbal speech of senior preschoolers with dysarthria has been developed as an aggregated result of the study of oral speech of children with dysarthria from the standpoint of interdisciplinary and etiopathogenetic approaches; developed and substantiated a comprehensive methodology for the diagnosis, formation and correction of disorders of the MRI in dysarthria in older preschool children;

defined and deepened: definitive analysis of the concept of oral speech as logointegration formation; classification of dysarthria by severity;

the issue of comparative analysis of oral speech in children with isolated developmental dysarthria and dysarthria in pediatric cerebral palsy was further developed.

The practical significance of the study is to develop a comprehensive diagnosis of the actual state of speech of children with dysarthria, which allows to determine the level of formation of each basic component of oral speech to determine the overall level of oral speech in older children. The complex method of correction and development logopedic work increases the level of oral speech formation in general and for all its basic components and can be used in speech therapy in preschool educational institutions, in the educational process in the context of integrated education. The results obtained can be used in the educational process of higher education institutions; on relevant courses in the system of training, retraining and advanced training of specialists in the specialty 016 Special education; in further scientific research.

Key words: senior preschool age, oral speech, dysarthria, structural components of oral speech, software, profile-module analysis, forms of dysarthria, severity of dysarthria, oral speech grating, synergistic-emergent approach.

LIST OF ABBREVIATIONS

OS - oral speech
 NSPCOS - neuropsychological component of oral speech
 LCOS - linguistic component of oral speech
 PSLCOS - psycho-linguistic component of oral speech
 Cerebral palsy - cerebral palsy
 IDD - isolated dysarthria development
 COBL - complex organic brain lesion
 WCBD - without complicated brain damage
 OSP - oral speech profile
 OSM - oral speech module
 CN - conditionally normative
 CD - classical dysarthria
 D + S - dysarthria + stinging
 D + A - dysarthria + alalia
 MDR - minimal dysarthria
 AD - articulation disorientation
 PD - prosodic deficit
 PD - pronounced dysarthria
 DD - deep dysarthria
 LRI - level of regulation of intonation
 MD - moderately disturbed
 SP - moderately disturbed
 EV - expressly violated
 DD - deeply disturbed
 TB - totally broken
 FUS - phonetic underdevelopment of speech
 FFUS - phonetic and phonemic undeveloped speech
 GUB - general underdevelopment of broadcastin

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	16
ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА РОЗВИТКУ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЯМИ В СУЧАСНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД)	23
1.1. Усне мовлення як багаторівневий, складно-організований процес.....	23
1.2. Дизартрія як медико-психолого-логопедична проблема в контексті історико-культурного екскурсу.....	39
Висновки до першого розділу	66
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЯМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	69
2.1. Концептуальні засади комплексної діагностики усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях	69
2.2. Алгоритм діагностичного міждисциплінарного обстеження розвитку усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку.....	74
2.3. Агреговані результати дослідження актуального стану сформованості структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.....	82
Висновки до другого розділу	106
РОЗДІЛ 3. КОМПЛЕКСНА МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ УСНОГО МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЯМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	111
3.1. Науково-методологічне обґрунтування комплексної методики формування та корекції порушень усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку	111

3.2. Мета, завдання, організація та зміст навчального експерименту.....	118
3.3. Комплексна методика забезпечення корекції та розвитку усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку.....	127
3.4. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції порушень усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.....	156
Висновки до третього розділу 3	179
ВИСНОВКИ	184
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	193
ДОДАТКИ	206

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

УМ – усне мовлення

СДВ – старший дошкільний вік

НПСКУМ – нейропсихологічний компонент усного мовлення

ЛКУМ – лінгвістичний компонент усного мовлення

ПСЛКУМ - психолінгвістичний компонент усного мовлення

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ІДР – ізольована дизартрія розвитку

СОУГМ – складні органічні ураження головного мозку

БСУГМ – без складних уражень головного мозку

ПУМ – профіль усного мовлення

МУМ – модуль усного мовлення

УН – умовно-нормативний

КД – класична дизартрія

Д+З – дизартрія + заїкання

Д+А – дизартрія + алалія

МДР – мінімальні дизартричні розлади

АД – артикуляційна диспраксія

ПД – просодичний дефіцит

ВД – виражена дизартрія

ГД – глибока дизартрія

РРІ – рівень регуляції інтонації

ПП – помірно порушений

СП – середньо порушений

ВП – виражено порушений

ГП – глибоко порушений

ТП – тотально порушений

ФНМ – фонетичний недорозвиток мовлення

ФФНМ – фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення

ЗНМ – загальний недорозвиток мовлення

ВСТУП

Актуальність теми. Народжуваність дітей з порушеннями ЦНС (відповідно, з дизартріями) сьогодні має стійку тенденцію до збільшення як в усьому світі, так і в Україні зокрема (О.Архіпова, Л.Белякова, О.Винарська, Н.Волоскова, М.Ейдінова, С.Зінченко, О.Корнєв, В.Мартинюк, О.Мастюкова, С.Миронова, Aronson, Brown, Greweel, Darley та ін.). Ці діти мають складні порушення в розвитку - мовленнєвому, комунікативному, психологічному. Дефекти усного мовлення (УМ), які зазвичай супроводжують цю категорію дітей, ускладнюють, а, інколи, й унеможливають процес їх успішної адаптації в загальноосвітньому інтегрованому просторі. Безперечно, такі діти складають стійку групу логопедичного ризику.

Дизартрія як медико-психолого-логопедична проблема є багатогранною та міжгалузевою. Зазначене мовленнєве порушення визначається як складний мовленнєвий синдром органічного генезу, що проявляється в неврологічних, психологічних та мовленнєвих симптомах, які виникають внаслідок впливу різних етіопатогенетичних факторів. Згідно досліджень О. Архіпової, Л. Лопатіної, О. Правдіної-Винарської, Н. Серебрякової, Л.Позднякової, В. Тарасун, С. Коноплястої, В. Галущенко, М. Шеремет, Н. Пахомової, О. Боряк та ін. провідними в структурі мовленнєвого дефекту є фонетичні розлади: порушення звуковимови та просодичних компонентів мовлення, які обумовлені іннерваційною недостатністю м'язів мовленнєвих органів (дихальних, голосових, артикуляційних). Структура дефекту при дизартрії у спеціальній літературі представлена як порушення всієї вимовної сторони та немовленнєвих процесів (О.Боряк, В.Галущенко, Л.Журба, С.Конопляста, Л.Лопатіна, І.Мамайчук, Н.Манько, Н.Пахомова, Л.Позднякова, О.Правдіна-Винарська, Н.Романенко, В.Тарасун, М.Шеремет, Л.Шипіцина та ін.).

Розвиток УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку (СДВ) сьогодні в Україні залишається однією із найбільш складних та недостатньо вирішених логопедичних проблем. Сьогодення вимагає сучасних розширених підходів до дефінітивно-понятійного змісту терміну «усне

мовлення». Науково-дефінітивний аналіз трактування поняття усного мовлення в різних наукових школах (Т.Ахутіна, М.Бахтін, Л.Виготський, О.Леонтьєв, Ю.Лотман, О.Лурія та ін.) показав, що, УМ не має однозначного визначення. У даному дослідженні *усне мовлення* – це логоінтеграційна система взаємозалежних структурних компонентів (психологічного, лінгвістичного, нейропсихологічного, психолінгвістичного, педагогічного), які і є показниками УМ – тим індикатором, інформаційною системою, яка відображає стан, динаміку формування УМ як процесу, що контролюється.

Останні десятиріччя вивчення мовленнєвого розвитку дітей з дизартріями здійснювалося, в основному, в руслі логопедагогічних позицій – йдеться переважно про лінгвістичний підхід (О.Архіпова, О.Боряк, Л.Брюховських, В.Галущенко, С.Конопляста, Л.Лопатіна, Н.Пахомова, Є.Серебрякова, В.Тарасун, М.Шеремет та ін.). Сьогодні відчувається гострий дефіцит досліджень інших структурних компонентів УМ, які є не менш важливими для розуміння об'ємної картини УМ у дітей з дизартріями. Наявна практика одновекторного підходу до вивчення УМ пояснює фрагментарність вивчення проблеми дизартрії, тим самим не дає можливості розкрити глибину та тяжкість порушень мовленнєвого розвитку при дитячих дизартріях.

В Україні немає сучасних комплексних міждисциплінарних досліджень УМ дітей з дизартріями СДВ: пропонуються загальні підходи логокорекційної роботи без урахування форм дизартрії. Дефіцит системних робіт щодо корекції порушень УМ при дизартріях (є лише загальні вказівки) гальмує загальний рівень ефективності подолання порушень УМ при дизартріях. Гостро стоїть питання спеціального диференційованого діагностично-корекційного впливу по подоланню вад УМ при дизартріях у старших дошкільників.

Це підтверджує актуальність теми дисертаційного дослідження **«Корекція порушення усного мовлення у дітей при дизартріях»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до тематичного плану науково-дослідницької роботи кафедри логопедії та логопсихології НПУ імені М.П.Драгоманова «Корекція усного мовлення дітей з тяжкими вадами мовлення». Тема дисертації затверджена на засіданні Вченої ради НПУ імені М.П.Драгоманова (протокол № 7 від 19.12.2010 р.) та узгоджена в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 5 від 24.05.2011 р.).

Об'єкт дослідження: корекційно-навчальний процес в спеціальних закладах для дітей з мовленнєвими порушеннями.

Предмет дослідження: комплексна методика корекції усного мовлення у старших дошкільників з дизартріями.

Мета дослідження: підвищення рівня усного мовлення у дітей з дизартріями за допомогою комплексної методики формування та корекції порушень усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні **завдання:**

1. Здійснити системний теоретико-методологічний, історичний та емпіричний аналіз проблеми УМ дітей з дизартріями СДВ з позиції міждисциплінарного підходу.
2. Розробити комплексну діагностику актуального стану УМ дітей з дизартріями
3. Дослідити стан сформованості усіх базових складових УМ у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.
4. Науково обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективність комплексної методики формування та корекції порушень УМ у старших дошкільників при дизартріях.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення наукових даних у галузі логопедії, лінгвістики, психолінгвістики та нейропсихології з досліджуваної проблеми з метою

визначення теоретико-методологічних засад дослідження, стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її вирішення); емпіричні (аналіз історій хвороб та анамнестичних даних, бесід, анкетування; опитування батьків, логопедів; експерименти констатувального та формувального характеру для визначення стану сформованості структурних компонентів УМ дітей з дизартріями, рівнів їх розвитку та перевірки ефективності механізму реалізації комплексної методики корекційного впливу на розвиток УМ дітей з дизартріями СДВ); методи обробки даних (якісний аналіз та кількісна обробка результатів експерименту за допомогою методів математичної статистики (гіпотеза нормальності, критерій χ^2 -Пірсона).

Теоретико-методологічною основою дослідження є культурно-історична теорія розвитку людини та її вищих психічних функцій (Л.Виготський, О.Запорожець, О.Леонтьєв, О.Лурія та ін.); психолого-педагогічна теорія корекційної спрямованості навчання та виховання дітей з порушеннями психофізичного розвитку (Л.Виготський, М.Земцова, О.Литвак, І.Моргуліс, В.Синьов, Л.Фомічова та ін.); психолінгвістичні та нейропсихологічні вчення про розвиток УМ дитини в процесі онто- та дизонтогенезу (Т.Ахутіна, В.Бельтюков, Р.Левіна, О.Лурія, В.Орфінська, Є.Соботович, В.Тарасун, С.Цейтлін, М.Шеремет та ін.); вчення про взаємообумовленість та взаємозалежність між УМ та станом моторної сфери дитини (О.Архіпова, О.Винарська, І.Горєлов, М.Жинкін, М.Кольцова та ін.); вчення про мовну здатність та мовну активність (О.Лурія, М.Хомський та ін.); холістичне вчення про людину (Б.Ананьєв, Ф.Капра, В.Мерлін, Н.Шрівастава, К.Юнг, U.Rai та ін.).

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що

вперше: розроблено сучасну історичну періодизацію вивчення дизартрії як наукової проблеми; визначено нову типологію профільно-модульних варіантів порушень УМ у дітей з дизартріями СДВ; встановлено просодичний дефіцит (ПД) у дітей з дизартріями на підставі вперше

виділеного третього рівня моторної програми синтагми – рівня регуляції інтонації; розроблено логоструктуру УМ дітей з дизартріями СДВ як агрегованого результату дослідження УМ дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів; розроблено та обґрунтовано комплексну методику діагностики, формування та корекції порушень УМ при дизартріях у дітей СДВ;

уточнено та поглиблено: дефінітивний аналіз поняття УМ як логоінтеграційного утворення; класифікацію дизартрій за ступенем тяжкості;

набуло подальшого розвитку питання порівняльного аналізу стану УМ у дітей з ізольованою дизартрією розвитку (ІДР) та дизартріями при ДЦП.

Практичне значення дослідження полягає в розробці комплексної діагностики актуального стану УМ дітей з дизартріями, що дає змогу встановити рівень сформованості кожного базового компонента УМ для визначення загального рівня УМ у дітей СДВ. Розроблена комплексна методика корекційно-розвивальної логопедичної роботи підвищує рівень сформованості УМ в цілому і за всіма його базовими компонентами та може використовуватися в логопедичній роботі в дошкільних закладах освіти, у навчально-виховному процесі в умовах інтегрованої освіти. Отримані результати можуть бути використані в навчальному процесі вищих педагогічних закладів; на відповідних курсах у системі підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців за спеціальністю 016 Спеціальна освіта; у подальших наукових дослідженнях.

Експериментальна база дослідження. Упровадження в практику результатів дослідження відбулося в медичних та освітніх закладах: Ніжинська центральна міська лікарня ім. М.Галицького (акт впровадження від 21.04.2017); Одеський СДНЗ «Ясла-садок» № 193 (акт впровадження від 18.05.2017); Комунальний заклад «Дошкільний навчальний заклад (Ясла-садок) № 2» (м.Білгород-Дністровський) (акт впровадження від 16.05.2017); державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м.Миколаїв) (акт впровадження від 14.04.2017).

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційної роботи доповідалися на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях: I Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми логопедії» (Київ, 2011); III Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Корекційна освіта: історія, сучасність та перспективи розвитку» (Кам'янець-Подільський, 2012); II Международная научно-практическая конференция «Совершенствование методов диагностики и коррекции нарушений речи у детей с различными вариантами дизонтогенеза» (С.-Петербург, 2013); II Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми логопедії» (Київ, 2014); Всесвітній навчальний семінар «Диференційна діагностика важких мовленнєвих порушень у дітей раннього та дошкільного віку» (Київ, 2016); «Інтеграція науки і практики в умовах модернізації корекційної освіти України (Херсон, 2018). Проміжні та кінцеві результати дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри логопедії та логопсихології факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ імені М.П.Драгоманова.

Публікації. Основний зміст і результати дослідження висвітлено в 8 статтях у наукових фахових виданнях (1 стаття – у іноземному науковому виданні, зареєстрованому у наукометричній базі) та 1 тезах у іноземному науковому виданні.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційне дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (146 найменування, з них 8 іноземною мовою), додатків обсягом 167 сторінок. Текст дисертації викладено на 192 сторінках, містить 8 рисунків, 4 таблиці та 1 схему.

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА РОЗВИТКУ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЯМИ В СУЧАСНОМУ ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРИ (МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД)

1.1. Усне мовлення як багаторівневий, складно-організований процес

У спеціальних словниках поняття усного мовлення (УМ) тлумачиться не завжди. Як правило, усне мовлення ототожнюється із терміном «говоріння».

Так, за Великим тлумачним словником сучасної української мови УМ розглядається у двох позиціях: *усний* - виражений у звуковій формі словами, що вимовляються, а не пишуться; викладений словами, розказаний; *мовлення* - спілкування людей між собою за допомогою мови; мовленнєва діяльність[19].

«Тлумачний словник Т. Єфремової» усне мовлення не розглядає, а тлумачить «говоріння» як усну форму продуктивної мовленнєвої діяльності (у лінгвістиці) [48].

Не зустрічається пояснення усного мовлення і в тлумачному перекладознавчому словнику (Мазуро). Говоріння ж розглядається як: а) один із видів мовленнєвої діяльності, що полягає у вираженні думки словесно, повідомленні чого-небудь; б) те саме, що мова; в) володіння усним мовленням [72].

Очевидно, що говоріння ототожнюється з усним мовленням.

П'ятимовний словник лінгвістичних термінів (Мазуро) усне мовлення подає серед форм мовлення (усної та письмової), які різняться зовнішніми засобами вираження висловлення. Усна форма мовлення – мовлення, яке звучить. А «говоріння» пояснює як приведення до дії членороздільне мовлення, що є результатом фізіологічного процесу, яке визначається словами «експірація», «фонація» та «артикуляція» [70].

За новим словником методичних термінів та понять (Е. Азімов, А.Щукин) усне мовлення – це мовлення в усній формі, що складається із комплексного вміння розуміти чуже мовлення (аудіювання) і вміння відтворювати мовленню звуковій формі (говоріння). Говоріння – це продуктивний вид мовленнєвої діяльності, за допомогою якої (спільно з аудіюванням) здійснюється усне вербальне спілкування. Змістом говоріння є вираження думок в усній формі. В основі говоріння лежать як навички

звукосимволу, так і лексичні та граматичні навички. У більшості методів навчання говоріння є однією з основних цілей навчання мови [1].

Очевидно, єдиним в інтерпретації усного мовлення в усіх словниках є те, що вони визначають його як вид (форму) мовленнєвої діяльності.

Філософська та культурологічна думка мовлення (УМ) людини розглядає в основному як форму спілкування, яка склалась історично в процесі матеріальної перетворювальної діяльності людини, пов'язує з її культурним надбанням (Ю.Солотін, Є.Соколов, Ю.Мілютін, Ю.Лотман та ін.) або з розвитком духовної сфери людини (Є.Кассіпер, М.Монтессорі та ін.).

Безперечно, поняття *усного мовлення* є прерогативою психологів, лінгвістів, психолінгвістів, нейропсихологів, та педагогів (дошкільних педагогів та логопедів).

У психології мовлення проблема *усного мовлення* пов'язана в першу чергу з іменами видатних психологів світового значення – П. Блонського, Л.Виготського, О. Лурії, С. Рубінштейна та ін., які у своїх працях дану проблему розглядали, в основному, у контексті розвитку пізнавальних процесів дітей, її когнітивної сфери.

Для П. Блонського головним було дослідження динаміки становлення мислення і мовлення. Вчений вважав, що зовнішнє (усне) і внутрішнє мовлення з'являються одночасно у ранньому віці і пов'язані відпочатково більше з пам'яттю, а ніж з мисленням. Блонський П. висував теорію наслідування як основу виникнення внутрішнього мовлення і доводив, що мислення, зовнішнє і внутрішнє мовлення виникають одночасно, причому зовнішнє і внутрішнє мовлення тісно пов'язані із спілкуванням.

Для Л. Виготського – засновника культурно-історичної школи в психології – найбільш важливим представлялось вивчення ролі мислення і мовлення у зміні природної психіки людини, перетворення її в «культурну», тобто у вищі психічні функції: «Розвиток усного мовлення, імовірно, найбільш зручне явище для того, щоб прослідкувати механізм формування

поведінки і співставити підхід до цих явищ, типовий для вчення про умовні рефлекси, з психологічним підходом до них. Розвиток мовлення представляє перш за все історію того, як формується одна із найважливіших функцій культурної поведінки дитини, яка лежить в основі накопичення її культурного досвіду» [32, с.631]. Відоме висловлювання Л. Виготського про те, що думка не втілюється у слові, а здійснюється в ньому, виділило головну тезу в теорії Л. Виготського про усне мовлення: мислення є мовленнєвим.

Психологічний зміст усного мовлення С. Рубінштейн вбачав, перш за все, в його *ситуативності* (визначається ситуацією мовленнєвого спілкування). Ця «ситуативність» мовлення визначається рядом факторів: по-перше, у розмовному мовленні вона обумовлена наявністю *загальної ситуації*, яка створює *контекст*, в середині якого передача та прийом інформації суттєво спрощуються. По-друге, усне мовлення має ряд емоційно-виразних засобів, які полегшують процес комунікації, що роблять більш точною та економною передачу та прийом інформації; невербальні знаки мовленнєвої діяльності – жести, міміка, паузування, голосове інтонування – також створюють ситуативність усного мовлення. По-третє, усне мовлення має цілий ряд засобів, які залежать від мотиваційної сфери і прямо або посередньо представляють собою прояв загальної психічної або мовленнєвої активності.

Лурія О. зазначав, що *усне мовлення* формується у процесі природного спілкування дитини з дорослим, яке раніше було «симпрактичним» (включеним у «контекст» практичної діяльності дитини) і лише потім стає особливою, самостійною формою усного мовленнєвого спілкування: «...в ній ...завжди зберігаються елементи зв'язку з практичною ситуацією, жестом і мімікою» [70, с. 271].

Слід зазначити, що саме психологи одні з найперших, хто став розглядати питання впливу середовища (духовного, культурного, генетичного, соціального) на особистісний психічний розвиток дитини,

відповідно, і на розвиток усного мовлення (М. Басов, П. Блонський, Л.Виготський, О.Лурія, М. Монтессорі та ін..).

Таким чином, завдяки психологічному напрямку вивчення усного мовлення (П. Блонський, Л. Виготський, О. Лурія, С. Рубінштейн та ін.), виділяють *семантичну* (або *сигніфікативну*) мовленнєву функцію, оскільки мовлення стає засобом, формою вираження думки завдяки тому, що воно позначає ті чи інші предмети, явища, дії, якості і т.п. Проте роль мовлення в процесі мислення цим не обмежується. Засвоюючи мову як громадсько-фіксовану знакову систему, людина оволодіває нерозривно пов'язаними з нею логічними формами та операціями мислення. Мовлення стає засобом *аналізу та синтезу*, порівняння та узагальнення предметів та явищ дійсності.

Отже, *усне мовлення* у психологічному контексті можна визначити як *засіб (форму) вираження думки, яке визначається ситуацією мовленнєвого спілкування*.

Лінгвістика (мовознавство) як наука про мову, наука порівняльного дослідження мов, *усне мовлення* трактує в контексті вивчення проблеми мови та мовлення, яку вважають нині однією з найважливіших і найскладніших у сучасному мовознавстві. Дихотомія «мова-мовлення» напрямами сучасного мовознавства визначається чи не найбільшим досягненням лінгвістики 20 ст..

Перші висловлювання, пов'язані з розмежуванням мови та мовлення належать представникам дососсюрівського періоду (до вчення Ф. де Соссюра), зокрема В. фон Гумбольдту, який розрізняв мову – діяльність духу, форму мови – постійні елементи та зв'язки, що реалізуються в мовленнєвій діяльності, та продукт цієї діяльності – мовлення.

Основоположник психологізму у мовознавстві Г. Штейнталь розрізняв мовлення (=говоріння), здатність говорити і мовний матеріал. Мова, за його уявленням, - це сукупність мовного матеріалу одного народу. Засновник Казансько-Петербурзької лінгвістичної школи І. Бодуен де Куртене розмежовував два види одиниць мови – одиниці мовні та функціонально-мовленнєві. Інший мовознавець дососсюрівського періоду Габеленц

розрізняє три поняття: «мовлення» - «конкретна мова» - «мовна здатність» (пізніше поняття «*мовленнєвої здатності*» стійко увійде у психолінгвістику завдяки вченню О. Леонтьєва про структурні одиниці мовленнєвої діяльності). Представник молодограматизму Г. Пауль хоч не розрізняв понять мови та мовлення, проте звертав увагу на протиставлення узуального та індивідуального, психічного і фізичного, що пізніше Ф. де Соссюром було покладено в основу дихотомії «мова – мовлення».

Вперше розрізнення мови і мовлення в лінгвістичну науку ввів Ф. де Соссюр, вважаючи їх (мову та мовлення) двома сторонами більш загального явища – мовленнєвої діяльності, яка «будучи одночасно фізичною, фізіологічною та психічною, крім того, відноситься і до сфери індивідуального і соціального» [94, с.48]. Мова, згідно точки зору Ф. де Сосюра, є соціальна та психологічна сторона мовленнєвої діяльності, а мовлення – її індивідуальна і психофізіологічна сторона.

Ідеї Ф. де Соссюра були розвинені у працях Л. Щерби – видатного російського та радянського мовознавця, учня одного із найближчих філологів 19-20 ст. І. Бодуена де Куртене. Щерба Л. виділяє як три аспекти мови наступні характеристики: 1) *мовленнєва діяльність*, що охоплює процеси говоріння і розуміння; 2) *мовний матеріал*, тобто сукупність усього сказаного і написаного; 3) *мовна система* (словники і граматики мов). Він зауважує, що це якоюсь мірою штучне розмежування, оскільки «мовна система і мовний матеріал – це лише різні аспекти єдиної даної в досвіді мовленнєвої діяльності» [94; 25]. На відмінну від Ф. де Соссюра Л. Щерба стверджував, що мова – це не конкретна, а абстрактна сутність, яка конструється шляхом розумових операцій вчених. Щерба Л. увів у науку важливе з психологічної точки зору розмежування *механізму* (мовленнєвої організації людини) і процесу (мовленнєвої діяльності), а також процесу (мовленнєвої діяльності) і продукту (мовного матеріалу). На думку О. Леонтьєва, саме погляди Л. Щерби справили найбільш сильний вплив на

психологічну і лінгвістичну науку при виникненні радянської школи психолінгвістики.

М. Андреев і Л. Зіндер, розвиваючи ідеї Л. Щерби, запропонували чотириелементну побудову: *мова, мовлення, мовленнєвий акт і мовленнєвий матеріал*. Під мовленнєвим матеріалом розуміється конкретна реалізація системи мови; під мовленнєвим актом – процес, породженням якого є мовленнєвий матеріал; під мовленням – система сполучень мовних елементів у тексті.

Очевидно, що під «мовленням» лінгвістика розуміла *усне мовлення* та намагалась дати йому диференційні риси по відношенню до мови.

Лише з появою концепції російського мовознавця О. Смирницького у мовленні сучасне мовознавство виділяє не лише *усне мовлення*, але й писемне. Згідно концепції О. Смирницького мовлення має декілька форм свого існування: усне, писемне та мисленнєве. Усну і писемну форму він відносить до зовнішнього мовлення, а мисленнєву – до внутрішнього (мовлення «про себе», без вимови вслух).

Подібну до теорії Щерби Л. трихотомічну концепцію запропонувала М. Черемисіна: «*мова – мовлення – текст*», що поширює наше уявлення про *усне мовлення*.

У наш час стверджується достатньо широко розповсюджена думка про те, що статусу *тексту* відповідають результати як писемної, так і *усної форми мовлення*, причому не лише монологічного, але й діалогічного (Т.Ніколаєва, О. Лаптева, О. Селіванова). Відтепер текст сприймається як форма комунікативної ситуації, а, значить, як форма усного мовлення.

Безумовно, лінгвістика тексту поглиблює наше уявлення про текст як *форму усного мовлення*, вербальний твір.

Сучасна лінгвістика формулює поняття *мови – мовлення – мовленнєвої діяльності*, що є важливим для подальшого тлумачення *усного мовлення*.

Мова того чи іншого колективу – це система елементів, одиниць різних ярусів (слів, значущих частин слів і т.д.), що знаходяться в

розпорядженні цього колективу, плюс система правил функціонування цих одиниць, також єдина для всіх, хто користується даною мовою. Систему одиниць називають інвентарем мови; систему правил функціонування одиниць, тобто правил «породження» осмисленого висловлювання і, відповідно, правил розуміння змісту цього висловлювання – граматикою (в широкому сенсі) цієї мови.

Під *мовленням* розуміють окремий мовленнєвий акт, який являє собою двосторонній процес: при *усному мовленні* він охоплює не лише говоріння (експресивне мовлення), але і слухове сприйняття і розуміння почутого, яке відбувається паралельно і одночасно (імпресивне мовлення); при писемному спілкуванні - письмо та читання (зорове сприйняття і розуміння написаного). Мовленнєвий акт є проявом мовленнєвої діяльності. У мовленнєвому акті створюється *текст*. Нагадаємо, у термінологічному вживанні це не лише записаний, зафіксований так чи по-іншому текст, але і будь який «*мовленнєвий твір*» - висловлювання, ряд висловлювань або навіть мовлення про себе.

Мовленнєва діяльність відрізняється від мови – норми і мовленнєвого відрізка (тексту) тим, що вона передбачає розгляд мови, по-перше, як процесу породження тексту, а по-друге, як взаємодію мови та людини, яка говорить. Мовленнєва діяльність – один із видів практичної та теоретичної діяльності людей. З однієї сторони, це психофізична діяльність; вона вивчається як мовленнєво-мисленнєвий акт, як взаємовідносини між тим, хто говорить і тим, хто слухає. З іншої сторони, це соціальна діяльність. Мовленнєвий акт, який безпосередньо породжує текст (усне та писемне мовлення), представляє собою складну взаємодію між мовою та мовленнєвою діяльністю тих, хто говорить та пише.

Отже, з лінгвістичної точки зору можна дати наступне визначення *усного мовлення*: *це система сполучень мовних елементів у тексті (висловлюванні=говорінні).*

Та істинна цінність трихотомії «мова – мовлення – мовленнєва діяльність» для практичної логопедії лише зазначається психолінгвістами (О. Леонтьєв, В. Артьомов, Н. Жинкін, І. Зимня, Л. Цветкова, Т. Ахутіна, А. Шахнарович, Є. Соботович, В. Тіщенко, В. Глухов, та ін..).

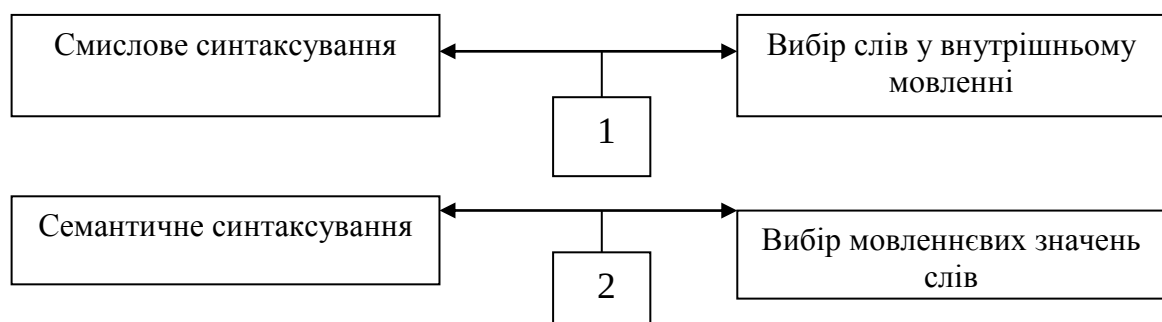
Психолінгвістика як самостійна наука, що вивчає психологічні і лінгвістичні аспекти мовленнєвої діяльності людини, соціальні й психологічні аспекти використання мови у процесах комунікації та індивідуальної мовленнєво-мисленнєвої діяльності, *мову* визначає як *систему знаків*, за допомогою якої здійснюється взаємодія людей у процесі пізнання світу, у процесі сумісної трудової або іншої громадсько-корисної діяльності, а *мовлення* – як *психофізіологічний процес породження і сприйняття мовленнєвих висловлювань*. На думку сучасної психолінгвістики найбільш повним та вдалим у методичному плані є визначення *мовленнєвої діяльності*, запропоноване І. Зимньою: *«Мовленнєва діяльність представляє собою процес активного, цілеспрямованого, опосередкованого мовою і обумовленого ситуацією спілкування взаємодії людей між собою (один з одним). Мовленнєва діяльність може входити до іншої, більш широкої діяльності, наприклад, громадсько-виробничої (трудової), пізнавальної. Проте, вона може бути і самостійною діяльністю; ... кожний вид МД має своє «професійне втілення», наприклад, МД говоріння визначає професійну діяльність лектора, письмо – письменника ...»* [44, с. 28-29].

Усне мовлення психолінгвістика розглядає як форму організації мовленнєвого спілкування, як форму мовлення, відповідно, як *спосіб* здійснення мовленнєвої діяльності. У теоретичній концепції мовленнєвої діяльності М. Жинкіна – І. Зимньої *мовлення* як процес породження та сприйняття мовленнєвих висловлювань розглядається одночасно і як сукупність *способів* здійснення мовленнєвої діяльності. Думка того, хто говорить і пише, може бути по-різному сформульована за допомогою одних і тих же мовних засобів, тобто словника та граматики даної мови. У зв'язку з цим у загальній структурі мовленнєвої діяльності поряд із *засобами*

виділяють *способи* її здійснення – різні способи формування та формулювання думки. Їм відповідають різні форми організації мовленнєвого спілкування і, відповідно, різні форми мовлення. Таких форм три – зовнішнє усне, зовнішнє писемне та внутрішнє мовлення (А. Леонтьєв, Н. Жинкін, І.Зимня). Зовнішнє (усне та писемне) мовлення представляє собою зовнішній спосіб формування та формулювання думки та передачі інформації. Основними формами *зовнішнього усного мовлення* є *діалогічне, монологічне та полілогічне (групове) мовлення*.

Надзвичайно важливим аспектом поняття усного мовлення є питання механізму його породження. У психолінгвістиці модель механізму породження мовленнєвого висловлювання розглядається як складний багаторівневий процес (О. Леонтьєв, І. Зимня). Він починається з мотиву, який об'єктивується у задумі, а задум формується за допомогою внутрішнього *програмування* (О. Леонтьєв, І. Зимня). За нейролінгвістичною теорією Т. Ахутіної, у моделі породження мовлення існує чотири етапи (рівні) програмування мовлення: 1) етап внутрішньої (смислової) програми висловлювання, на якому здійснюється «смислове синтаксування» та вибір слів у внутрішньому мовленні для розгорнутого висловлювання; 2) рівень семантичної структури речення, на якому відбувається семантичне синтаксування та вибір мовних значень слів; 3) рівень лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем); 4) етап моторної кінетичної організації («моторна програма синтагми») співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку).

Механізм породження мовлення



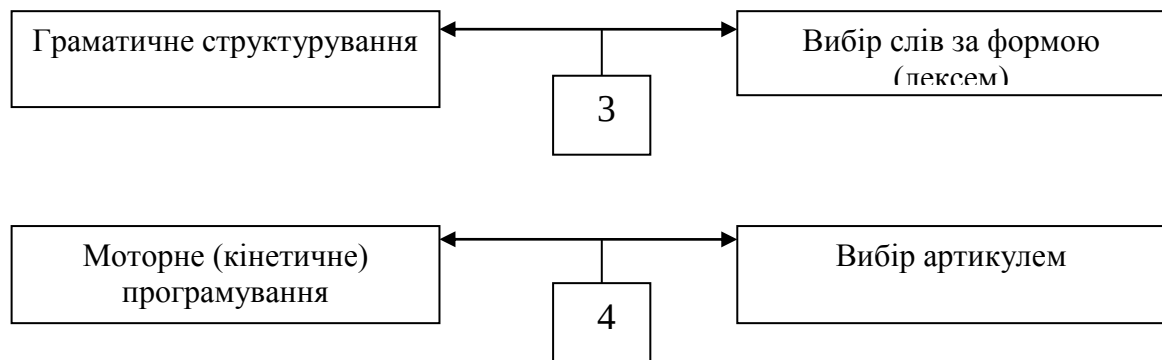


Рис.1.1. (Цифрами позначений вихід відповідного рівня: 1 – внутрішня (смислова) програма висловлювання; 2 – семантична структура речення; 3 – лексико-граматична структура речення; 4 – моторна програма синтагми (Т.Ахутіна).

Отже, психолінгвістичне визначення *усного мовлення* можна тлумачити як *форму здійснення мовленнєвої діяльності*.

Наука про мозкову організацію вищих психічних функцій людини – *нейропсихологія* – розглядає *усне мовлення* в контексті мозкової організації мовлення загалом. Завдяки дослідженням нейропсихологів встановлено, що мовлення має *динамічну* мозкову організацію, визначені конкретні зони, які здійснюють її різні сторони (А.Лурія, Є.Хомська, Т.Ахутіна, О.Винарська, Т.Глезерман, Р.Левіна, Н.Бернштейн, П.Анохін, Н.Жинкін, В.Шкловський та ін..). *Усне мовлення* нейропсихологами тлумачиться як тісний взаємозв'язок внутрішнього та зовнішнього мовлення, імпресивного *усного* (сприйняття та розуміння) та експресивного *усного* (відтворення) мовлення.

Мозкові механізми *внутрішнього мовлення* відносяться до числа маловивчених проблем у нейропсихології. У нейропсихологів не виникає сумніву, що воно здійснюється за рахунок інтегративної роботи мозку, проте домінуючу роль в її організації відіграють лобні долі. Це обумовлено тим, що внутрішнє мовлення вміщує програму будь-якого висловлювання, а функція програмування взагалі належить лобному відділу мозку. У виникненні внутрішньомовленнєвого задуму принципово важливе значення має «глибина» мозку, яка забезпечує *інтенцію та мотивацію* внутрішнього мовлення. Роль скроневих, тім'яних та потиличних ділянок у мозкових механізмах

внутрішнього мовлення не достатньо в'ясна. Виходячи з положення Л.Виготського про те, що внутрішнє мовлення максимально згорнуте акустично (внутрішнє звучання слів), нейропсихологи припускають, що ліва скронева доля (слухова, мовленнєва кора) задіяна незначно. Відносно тім'яно-премоторної кори (внутрішніх артикуляційних опор (засад) майбутнього висловлювання) нейропсихологи також не мають визначених даних. Це відноситься й до потиличних відділів кори мозку, які відповідальні за зорові образи та символи, що «стоять за словом».

Мозкові механізми *зовнішнього (усного) мовлення* нейропсихологія розглядає диференційовано, оскільки вони відносяться до різних рівнів (одні – до гностико-праксічного, інші – до мовного) та різних модальностей.

Імпресивне усне мовлення (сприйняття мовлення) здійснюється переважно за рахунок лівої скроневої кори. При цьому первинні поля цієї ділянки, які є корковим кінцем слухового аналізатору, забезпечують (разом з первинними полями правої скроневої кори) фізичний слух. За рахунок вторинних полів набувається та використовується у подальшому функція мовленнєвого слухового гнозису, тобто здатність розпізнавати мовленнєві сигнали. Завдяки діяльності кори на рівні третинних полів забезпечується формування та подальше використання фонематичної системи мови. Це здійснюється зоною перекриття скроневої, тім'яної та потиличної ділянок. Вона відповідальна також за розуміння складних логіко-граматичних обертів мовлення.

Експресивне мовлення, також, як й імпресивне, реалізується за рахунок різних рівнів мозку. На гностико-праксічному рівні здійснюється артикуляційний праксис: аферентний (кінестетичний – здатність відтворювати окрему артикулему) пов'язаний з функціонуванням нижньої тім'яної (постцентральної) зони, еферентний (кінетичний – здатність відтворювати серію артикулем, які входять в слово або фразу) артикуляційний праксис забезпечується премоторною корою мозку (О.Лурія, О.Винарська).

На символічному (мовному) рівні мозкові механізми мовлення актуальні для фонологічної (фонематичної) системи мови, а також для лексичної та синтаксичної системи. У межах лексичної системи мови основним видом мовленнєвої діяльності є називання – функція, яка здійснюється переважно третинною (скронево-потиличною) зоною зліва (за О.Кок). Мозкова організація синтаксичної системи мови (фразового мовлення) має найбільш складну різнорівневу структуру. На рівні глибинного («ядерного») синтаксису основну роль відіграють лобні долі мозку. Ядерна синтаксична структура фрази – це, по суті, її максимально згорнена програма. Вона відрізняється високим ступенем логічності і, відповідно, близька до мисленнєвої діяльності в цілому.

Поверхнева синтаксична структура фрази являє собою «розворот» її ядерної частини. Вона здійснюється переважно за рахунок задньо-лобних відділів лівої півкулі, де «зберігаються» типові моделі фраз, а також за рахунок тім'яних часток мозку, які відповідальні за морфологічні мовні операції.

Нейропсихологами (О.Лурія, Є.Хомська, Т.Ахутіна, О.Винарська та ін..) доведений тісний взаємозв'язок усного мовлення з когнітивним, моторним розвитком, розвитком регуляторних функцій (у першу чергу, вербальної регуляції мимовільної дії). Нейропсихологічний підхід до вивчення проблеми усного мовлення є надзвичайно важливим у розрізі дизартрії – мовленнєвої вади, яка викликана органічними ураженнями нервової системи.

Таким чином, *усне мовлення у нейропсихології – це складна динамічна мозкова організація, яка відображається на сприйнятті та розумінні мовлення (імпресивне усне мовлення) та його відтворенні (експресивне усне мовлення).*

У сучасній логопедії усне мовлення, точніше його сформованість, розглядається як основа мовленнєвої готовності – одна із необхідних умов - дітей старшого дошкільного віку до навчання у школі (А.Богущ,

М.Вашуленко, В.Гербова, Ю.Гільбух, Н.Гуткіна, Л.Дейниченко, З.Ленів, І.Марченко, Н.Пахомова, М.Шеремет та ін.). Дані вчені під *сформованістю УМ* розуміють готовність до використання одиниць мови й усвідомлення її знакової системи, що забезпечує спеціальні вміння з читання та письма.

У зв'язку з цим діагностика рівня розвитку усного мовлення дитини у дошкільному віці, як правило, проводиться через дослідження кожного компоненту мовленнєвої системи (фонетико-фонематичних процесів, лексико-граматичної будови, зв'язного мовлення з його просодичним оформленням (О.Гвоздєв, Є.Соботович, В.Тіщенко, В.Тарасун, С.Конопляста, В.Галущенко) – стан сформованості експресивного мовлення; стан сформованості імпресивного мовлення (обсяг і якість пасивного словника, розуміння інструкцій, виражених фразою) та дослідження психоемоційних станів, що здійснює значний вплив на формування мовленнєво-комунікативної компетенції дітей дошкільного віку (О.Гопіченко, В.Кондратенко, М.Шеремет, З.Ленів та ін.).

Один із провідних вчених у галузі логопедії не лише в Україні, але і за її межами, Є.Соботович, обґрунтовувала та реалізувала сучасні теоретичні та методологічні підходи до вивчення та удосконалення змісту та методів діагностики та корекції порушень мовленнєвого розвитку у дітей (розумово відсталих, з дитячим церебральним паралічем, затримкою психічного розвитку, загальним недорозвитком мовлення, моторною алалією, фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення), тим самим розширила пошуки корекції усного мовлення у дітей із дизартріями. На основі синтезу та творчого переосмислення новітніх досягнень корекційної педагогіки, спеціальної психології, нейропсихології, психолінгвістики Є.Соботович створила нову цілісну концепцію системного порушення мовленнєвого розвитку, його аналізу та диференціації, а також теорію корекції мовленнєвих дефектів, що базується на сучасному вченні про структуру мовленнєвої діяльності та її психологічному механізмі.

У сучасній логопатології абсолютно по-новітньому інтерпретує усне мовлення засновник логопатології дитячого віку – О.Корнєв. Розвиток усного мовлення О.Корнєв представляє у контексті психологічних і психолінгвістичних закономірностей та основних етапів розвитку мови та мовлення, у контексті запропонованої вченим функціональної системи мови та мовлення (ФСММ), яка виявилася комплексним синтезованим знанням фізіології ВНД (теорії функціональних систем П.Анохіна), психолінгвістики (теорії мовленнєвої діяльності О.Леонтьєва, моделі породження мовлення О.Леонтьєва і Т.Ахутіної), нейропсихології (теорії і моделі О.Лурія структурно-функціональної організації мозку як субстрата психічної діяльності). Модель функціональної системи мови та мовлення включає три основні підсистеми: 1) семіотичну; 2) програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) регуляційну.

Семіотична мовна підсистема у межах функціональної системи мови та мовлення є вищим знаковим рівнем комплексу мовленнєвих вмінь та навичок (за М.Бернштейном, який своєю загальною теорією рухової діяльності довів, що набуття будь-якої рухової навички обумовлене не повторюванням однакових іннерваційних команд, а виробленням вміння кожного разу заново вирішувати рухове завдання, тобто рух спрямовується «...моделлю необхідного майбутнього...») та забезпечує формування мовних одиниць, засвоєння та використання конвенціонального набору правил їх використання у процесі породження висловлювання. У лінгвістиці виділяють наступні рівні цієї підсистеми (вони ж називаються рівнями системи мови): фонематичний (фонологічний), лексичний, граматичний.

Оволодіння звуковою будовою мовлення відбувається у двох взаємопов'язаних напрямках. Дитина засвоює артикуляцію (тобто рухи і позиції мовленнєвих органів, необхідних для відтворення звуків) і одночасно з цим – систему диференціальних ознак, необхідних для їх розрізнення. Сприймання мовленнєвих звуків формується у процесі активного артикуляторного досвіду і у дошкільному віці набуває закінченого характеру.

Таким чином, формування звукової сторони мовлення залежить, в основному, від ступеня сформованості кінестетичного та фонематичного сприймання, а також їх взаємодії між собою у мовленнєвій практиці.

Лексичне, синтаксичне, морфологічне значення мови передається за допомогою звукових одиниць в усній формі і за допомогою графічних одиниць – у писемній формі. Роль звукових одиниць в утворенні мовних значень описується: а) з позиції функціонального підходу, тобто артикуляція і сприймання; б) з позиції фонетичного підходу, тобто їх звучання.

Процес функціонування *підсистеми програмування висловлювань, інтерпретації мовленнєвих актів та контролю за процесом їх реалізації та декодування* власне і є основним змістом багаточисельних моделей породження та розуміння мовлення (М.Жинкін, 1958; О.Леонтьєв, 1997; Т.Ахутіна, 1989; Є.Соботович, 1997; О.Лурія, 1975 та ін.). Відомо, що первинний задум висловлювання являє собою слабко структуроване аморфне утворення. Він повинен поступово перетворитися у більш чітко оформлене у змістовному розумінні та сегментоване засобом змістовного або глибинного синтаксування (Т.Ахутіна). Отриманий продукт має бути перетворений у знакову форму з використанням мовних одиниць різного рівня (фонологічного, лексичного, морфологічного). Оскільки мовленнєві висловлювання реалізуються лише лінійно, у сукцесивній формі, важливим моментом програмування слід вважати операцію поверхневого синтаксування. Синтаксування або процес лінійної організації фраз включає операції трансформації симультанно представленого матеріалу у сукцесивно організований ряд. Відомо, що усі перераховані перетворення здійснюються практично паралельно (І.Зимня, Т.Ахутіна, Є.Соботович, В.Тарасун, В.Тіщенко, А.Залевська та ін.). «...Це вимагає ефективного управління когнітивними ресурсами одночасно на різних рівнях, у різних підсистемах ФСММ, що є можливим лише за умови нормального функціонування регуляторної підсистеми» (О.Корнєв, В.Тіщенко).

Регуляційна підсистема забезпечує координацію, співдружність, ресурсне забезпечення ФСММ.

Отож, *педагогічний (логопедичний)* підхід традиційно пояснює *усне мовлення* як процес фонетико-фонематичних та лексико-граматичних операцій мовленнєвої діяльності; досліджує особливості фонетичних та фонематичних операцій, стан лексичної сфери, здатність до словотворення та словозміни; здатність розуміти мовлення, яке звучить.

Таким чином, враховуючи багатогранне міждисциплінарне вчення про усне мовлення, можна дати наступні його визначення: *усне мовлення* — це багаторівневий, складно-організований процес, форма мовленнєвої діяльності, яка включає розуміння мовлення, яке звучить (*імпресивне мовлення*), та здійснення мовленнєвих висловлювань у звуковій формі (говоріння; експресивне мовлення). Усне мовлення може здійснюватися при безпосередньому контакті співрозмовників або може бути опосередковане технічними засобами (телефоном, скайпом і т.п.), якщо спілкування відбувається на значній відстані. Основним проявом усного мовлення є мовленнєвий акт — елементарна одиниця комунікації, навмисне, цілеспрямоване, регулююче правилами соціальної та мовленнєвої поведінки висловлювання в усній формі, яке має адресата у визначеній мовленнєвій ситуації. Мовленнєвий акт є проявом мовленнєвої діяльності. У мовленнєвому акті створюється *текст*. У термінологічному вживанні це не лише записаний, зафіксований так чи по-іншому текст, але і будь який «*мовленнєвий твір*» - висловлювання, ряд висловлювань або навіть мовлення про себе. Усне мовлення має складну структуру, яка відображає психологічний, лінгвістичний, психолінгвістичний, нейропсихологічний та педагогічний аспекти.

Іншими словами, *усне мовлення (УМ)* — це логоінтеграційна система структурних компонентів (психологічного, лінгвістичного, нейропсихологічного, психолінгвістичного, педагогічного). *Компоненти УМ*

– показники УМ – і є той *індикатор*, інформаційна система, яка відображає стан, зміну УМ як процесу, що контролюється.

Отже, в основу теорії усного мовлення ми вкладаємо міждисциплінарний взаємозв'язок, що, на наш погляд, дозволить здійснити *якісний* аналіз проблеми корекції порушень усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку.

1.2. Дизартрія як медико-психолого-логопедична проблема в контексті історико-культурного екскурсу

Проблема дизартрії багатоаспектна, багаторівнева та міжгалузева. Історичний еккурс проблеми дизартрії, на наш погляд, дозволить глибше розкрити її неоднозначність, актуальність та міждисциплінарність. На нашу думку, відсутність чіткої періодизації вивчення проблеми дизартрії значно звужує уявлення про цілісність даної проблеми, про її стан вивченості. Сьогодні ми вважаємо, що є усі підстави для розробки періодизації вивчення проблеми дизартрії в історичному аспекті.

Дослідження дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми в контексті історико-культурного екскурсу, дозволило нам виділити наступні періоди (умовно): 1) *перший (початковий) період* (кінець 19 ст.) - *період клінічної симптоматики або клініко-симптомологічний*, який представлений вченими-лікарями зарубіжної та російської дореволюційної наукових шкіл (В.Літтль, А.Куссмауль, Оппенгейм, Заммерлінг, В.Муратов та ін.);

2) *другий період (перша половина 20 століття)*– *період уточнення клінічної симптоматики, початковий лого-симптоматичний період*, який представлений вченими зарубіжної школи (Г. Гутцман, Лері) та вченими радянської школи (М.Маргуліс, І.Філімонов, М.Аствацатуров, К.Вітторф, М.Гуревич, М.Озерський та ін.);

3) *третій період (середина 20 ст.)* - *діагностично-термінологічний*, який представлений вченими зарубіжної (Brain (1948), Peocher (1948), Grewell (1957), Harard Hugot (1964), G. Tardien (1968)) та радянської школи (Л.Литвак (1959), М.Ейдінова, О.Правдіна-Винарська (1959));

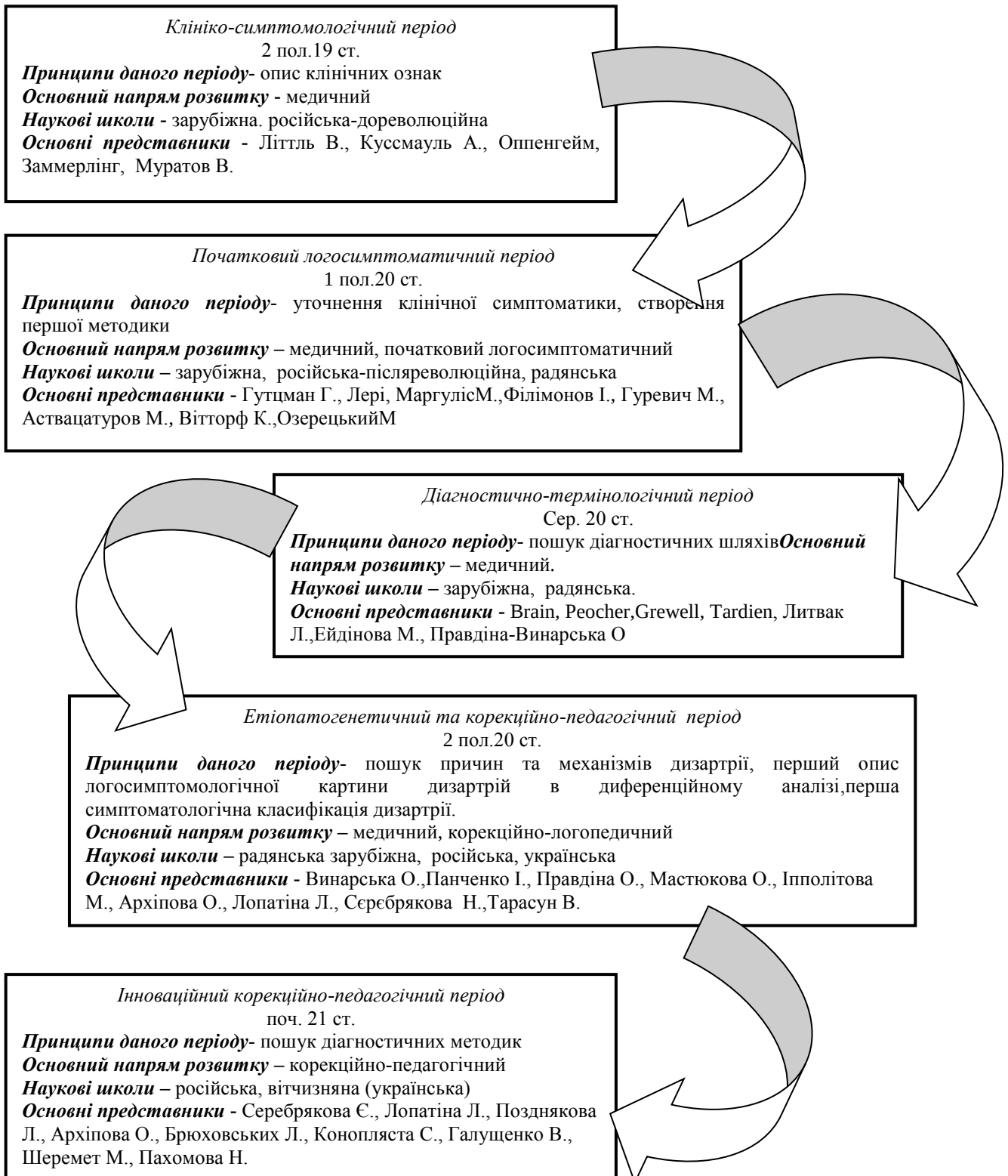
4) *четвертий історичний період вивчення проблеми дизартрії (друга половина 20 ст.) - етіопатогенетичний та корекційно-педагогічний* (М.Ейдінова (1983); О.Правдіна-Винарська, А.Пулатов (1984); Л. Литвак, І.Панченко, О. Архіпова (1989), М.Climent, Т. Twitchell, R.Neilson (1984), G. Tardien);

5) *п'ятий період (початок 21 ст.) - інноваційний корекційно-педагогічний* (Л.Лопатіна, 2001, 2004, 2005; Л.Позднякова, 2004; О.Архіпова, 2006, 2007, 2008; О.Корнєв, 2006; С.Конопляста, В.Галущенко, 2008; М.Шеремет, Н.Пахомова, 2009; Л.Белякова, Н.Волоскова, 2009 та ін. (рис. 1.2).

Історичний шлях вивчення порушень мовлення при дизартрії як наукова проблема розпочався з другої половини 19 століття в Західній Європі, саме в Німеччині.

Початкове вивчення проблеми дизартрії проводилось лікарями, в основному невропатологами, в межах уражень різних ділянок мозку у дорослих хворих. У 1853 році відомий німецький лікар-невролог В.Літтль вперше описував детальну клінічну картину ДЦП, відмічав специфічні порушення мовлення у дітей з бульварними та псевдобульбарними паралічами на тлі ураження моторних систем організму, не називаючи дану мовленєву ваду ні дизартрією, ні іншим терміном. Автор пов'язував мовленнєві розлади з порушеннями мовленнєвих м'язів. В.Літтль зазначав про порушення звуковимови у дітей з церебральним паралічем, які обумовлені внутрішньоутробним ушкодженням мозку при народженні. Вчений писав, що «...м'язи мовлення також зазвичай уражені, і розлади мовлення спостерігаються від простої незрозумілості у вимові деяких букв до повної втрати розбірливого мовлення. Часто мовлення важке та уповільнене, як й інші вольові акти. Ковтання утруднене в перші місяці життя, й тільки за довготривалий час дитина вчиться не давати слині витікати із рота та ковтати її» [125, стор.12].

Рис 1.2. Періодизація історичного розвитку дизартрії



Вперше термін «дизартрія» був використаний німецьким терапевтом, видатним клініцистом та спеціалістом з нервових хвороб А.Куссмаулем (1879), який розглядав дизартрію як одну із форм лалопатій. Вчений зосереджував увагу на природі центральної (інтрацеребральної) дизартрії, підкреслюючи її органічне походження. На нашу думку цінним у теорії

А.Куссмауля про дизартрію є те, що автор вперше звернув увагу на системне порушення мовлення при дизартрії, та порушення просодичної площини, розглядаючи цей аспект у контексті поняття дикції : «...це мішаний чуттєво-інтелектуальний акт, за допомогою якого слова, як чуттєві знаки для вираження думок не тільки пов'язуються з уявленням, але й приймають граматичну форму та синтаксичне поєднання...» [125 ,стор.35].

Використовуючи знання про дизартрію своїх попередників, Оппенгейм та Заммерлінг (1886–1895) розширили клінічні уявлення про дану мовленнєву ваду. Описуючи клініку псевдобульбарного параліча, вони виявили наявність атетоїдних гіперкінезів як у мовленнєвій, так і у загальній моториці, вказували не лише на мовленнєві порушення, але і на розлади дихання та серцевої діяльності.

Проблема дизартрії в Росії стала розглядатися лише наприкінці 19 століття. Наприкінці 60-х років XIX ст. від терапії відділилася як самостійна медична галузь - невропатологія. Першу кафедру нервових хвороб не тільки у Росії, але і загалом у світі було створено у Московському університеті у 1869 році. Її очолив видатний вчений О.Кожевніков (1836-1902), наукові праці якого стали відомі у світовій літературі.

Саме дореволюційна Росія вперше продемонструвала досвід дослідження дизартрії у дитячому віці. Видатний російський вчений, учень засновника російської наукової неврологічної школи професора О.Кожевнікова В.Муратов детально вивчав дитячі церебральні паралічі та виділив окремі клінічні форми цього захворювання. У 1898 році виходять його «Клінічні лекції з нервових хвороб дитячого віку», де В.Муратов зазначав, що дизартрія при церебральному паралічі має спастичний та паретичний характер. По суті, це була перша спроба класифікувати дизартрію (ідеї В. Муратова значно пізніше знайдуть підтримку і подальший розвиток в працях І. Панченко (1972), які є актуальними і на сьогодні).

Професор А.Капустін, аналізуючи значення діяльності В.Муратова, пише: «... Муратов В.А. был первым из учеников Кожевникова, уделившим

значительное внимание патологии нервной системы у детей, был основателем отечественной детской психопатологии. Муратов В.А. первым организовал преподавание нервных болезней детского возраста на медицинском факультете МГУ. Муратов В.А. первым опубликовал специальный курс лекций по нервным болезням детского возраста (1898 г.). Муратов В.А. был первым из учёных, *последовательно проводивших нозологическое направление, как на лекциях, так и в основных своих работах*» [126, с. 57].

З огляду на зазначене вище відкривається новий факт, який засвідчує В. Муратова як першого науковця, хто започаткував пошук місця дизартрії у систематиці мовленнєвих вад, тобто спробував класифікувати дизартрію.

Не можна не звернути увагу на те, що вчені другої половини 19 ст., характеризували дизартрію, в основному, описуючи її клінічні ознаки. Саме тут зароджується медичний напрям дослідження проблеми дизартрії, який буде провідним впродовж багатьох років (до другої половини 20 століття з появою першої фронтальної логопедичної методики, запропонованої І.Панченко у 1974 р.).

Таким чином, ми визначили (умовно) *перший (початковий) період* вивчення розвитку дизартрії – це *період клінічної симптоматики або клініко-симптомологічний*, який представлений вченими-лікарями зарубіжної та російської дореволюційної наукових шкіл (В.Літтль, А.Куссмауль, Оппенгейм, Заммерлінг, В.Муратов та ін..).

Наступний історичний період вивчення дизартрії, який розпочався на початку 20 століття та представлений роботами Г.Гутцмана, Лері, пізніше М.Маргуліса, І.Філімонова, в яких автори детально розкривають особливості порушення мовлення при псевдобульбарному паралічі, *називаємо (умовно) другим періодом – періодом уточнення клінічної симптоматики та початковим логосимптоматичним періодом*.

Другий (умовно) період вивчення проблеми дизартрії продовжує розвиватися в Західній Європі та післяреволюційній Росії в першій половині

20 ст. – століття протистояння та потрясіння. Усі глобальні процеси цього періоду (революції, дві світові війни, початок економічної кризи) пов'язані не лише із соціальними, але і з технічними та науковими революціями.

Наука 20 ст. здійснила прорив до глибини осягнення матерії. Не залишилось жодної наукової сфери, яка б збереглася на рівні попереднього століття. Завоювання науки виявилися настільки значними, що стали вимагати від суспільства усвідомлення зв'язку усіх людських вчинків з глобальними процесами. Соціальні, технічні та наукові революції початку століття 20-го здійснили прорив до глибини осягнення матерії.

В таких культурологічних умовах з новаторським науковим диханням розпочався наступний історичний період вивчення дизартрії, який представлений роботами Г.Гутцмана, Лері, пізніше М.Маргуліса, І.Філімонова, М.Аствацатурова, К.Вітторф.

Так, у 1911 р. Г.Гутцман – представник німецької логопедичної школи, логотерапевт, який відомий, в основному, як прихильник силового методу по усуненню назалізації при ринолалії, дав детальний опис псевдобульбарної дизартрії: «...загальна характеристика усіх розладів - розмитість, стертість артикуляції різного ступеня... Рухи язика уражені у кожному випадку більшою або меншою мірою... Більшою частиною спостерігаються лише слабкість і утруднення рухів. Часто висовування язика реалізується досить нормально, але вгору, вниз, рухи до піднебіння або в сторону неможливі. Після багаторазових рухів, при легкій втомлюваності, рухи робляться неповними, повільними... Розлади артикуляції визначаються тим, які м'язеві групи найбільш уражені. В залежності від того, чи переважають розлади губ, язика або мускулатури піднебіння, розрізняють різні порушення» [126, с. 9].

Розвиваючи наукові ідеї попередників (В.Літтля, А.Куссмауля та ін.), Г.Гутцман вважав, що при даному мовленнєвому відхиленні буває порушена діяльність дихання, артикуляційного апарату та голосу, тим самим не помилився, а лише розширив уявлення про структуру дефекту при даній мовленнєвій ваді. Автор вперше запропонував методику виправлення

мовлення, яка не удосконалювалася понад півстоліття, включно до 1974 року, з появою фундаментальних науково-теоретичних та практичних розробок про дизартрію у дітей з ДЦП І.Панченко. Саме Г.Гутцман виділив дві форми дизартрії: центральну та периферичну, що зберігає свою об'єктивність і сьогодні.

Після революційна Росія народжує нові наукові імена, які продовжили шлях історичного розвитку проблеми дизартрії. Саме у даний період зароджується психологічний напрям в дефектології, який пов'язаний з фундаментальними працями видатного психолога із світовим ім'ям Л.Виготського про закономірності особистісного розвитку дитини, про психологічні засади дефектології в педагогіці.

На даному історичному етапі значний внесок М.Маргуліса (1926) у розумінні патогенезу та механізмів дизартрії є важливим науковим кроком на сучасне тлумачення даної мовленнєвої вади. М.Маргуліс – представник Московської наукової школи, учень професора П.Преображенського, російський дореволюційний та радянський клініцист-невролог, професор - продовжує дослідження Г.Гутцмана про центральну дизартрію, поглибивши знання з даного питання (периферична форма дизартрії залишилась поки що поза увагою). Вчений вперше чітко відмежував дизартрію від моторної афазії. М.Маргуліс відносив до дизартрії усі рухові розлади мовлення за винятком тих, які пов'язані з ураженням «кортикальної ділянки рухових образів слова» та які мають прояв у клініці моторної афазії та апраксії. Усі дизартрії він розділив на бульбарну та церебральну форми, при цьому церебральна ділилась ним на кортикальну та субкортикальну. До останньої М.Маргуліс відносив різні варіанти капсулярних, екстрапірамідних та мозочкових дизартрій. Отже, автор вперше запропонував класифікацію церебральних форм дизартрії на основі локалізації ділянки ураження головного мозку, що в подальшому знайшло відображення в неврологічній літературі, а потім у підручниках логопедії [7], а саме у висвітленні питання про сучасну класифікацію дизартрії за принципом локалізації, яка буде

найбільш вживана у логопедичній практиці, починаючи з другої половини 20 століття. З ім'ям М.Моргуліса започатковується радянська наукова школа з вивчення проблем дизартрії.

Послідовник ідей М.Маргуліса І.Філімонов – відомий радянський невролог, керівник морфологічного сектору інституту мозку АМН СРСР та одночасно завідувач кафедри нервових хвороб Українського психоневрологічного інституту у Харкові (1932-1936), один із засновників еволюційної нейроморфології в СРСР, зробив значний внесок у розвиток вчення про локалізацію функцій, клініко-морфологічні та клініко-фізіологічні дослідження центральної нервової системи, тим самим укріпив та розширив підґрунтя для класифікації дизартрії за принципом локалізації.

У 30х-40х роках 20 століття, продовжуючи наукові інтереси О.Муратова про нервові хвороби у дітей, звертається увага вчених М.Аствацатурова, К. Вітторф, представників Ленінградської наукової школи, на розлади мовлення при дизартрії у дитячому віці при церебральному паралічі. Так, важкий ступінь дизартричних розладів, які представляють собою нечленороздільне мовлення, що складається із неможливості вимовляти диференційовано звуки та об'єднувати їх у склади та слова, була описана М.Аствацатуровим (1933) під терміном «анартрія» (пізніше, у 60-х роках 20ст., Тардьєном (G.Tardien) буде виділено анартрію як четвертий ступінь важкості мовленнєвих порушень при дизартрії, а І. Панченко (1977) з часом класифікує її за тяжкістю прояву). М.Аствацатуров (1933) розглядав розвиток мовлення як результат засвоєння зовнішніх звукових вражень, рухових образів та поживлення слідів цих образів, розвиток зовнішніх реакцій. Він вважав, що в основі мовлення лежить вироблення шляхом вправ міцних поєднаних зв'язків між слідами від певних звукових вражень та слідами тих рухів, які відтворюються мовленнєвою мускулатурою, що відтворюють словесний знак. Аналіз М.Аствацатуровим усіх цих механізмів у дітей з церебральними паралічами показує, що ураження моторики має генералізований характер, однотиповий як для скелетної, так і для

мовленнєвої мускулатури. В основі патології рухів лежить значне, до ступеня ригідності, підвищення тону мускулатури при будь-якому активному русі та меншою мірою при пасивному русі. В цьому аналізі ми вбачаємо першу спробу нейропсихологічного опису мовленнєвого процесу – перші вчення саме про кінестетичні відчуття (аналіз та синтез), але стан наукового розвитку того часу (в першу чергу, відсутності нейролінгвістики як науки), звісно, не дозволяв зробити більш глибокий аналіз-опис даного питання (пізніше, у 1958 році М.Жинкін в «Механізмах мовлення» відмічав велику роль кінестетичних відчуттів у розвитку мовлення).

Слідом за М.Аствацатуровим К.Вітторф (1940) описала мовленнєві вади дітей при псевдобульбарному паралічі. Було зазначено, що у всіх дітей, які страждають на псевдобульбарний параліч, спостерігаються розлади мовлення, порушення мимовільних рухів у мускулатурі обличчя та язика, також розлади жування, ковтання, слиновиділення та голосу.

Варто зазначити, що у цей період спостерігається підвищений науковий інтерес до особистісного розвитку дітей з дитячим паралічем, а саме до особливостей їх пізнавальної діяльності. Представники Московської наукової школи, психіатр М.Гуревич та психолог М.Озерецький (1935), які на той час сумісно видали посібник з психомоторики, відмічали при ДЦП втрату та «западіння» одних інтелектуальних функцій при збереженості інших. На нашу думку, це були перші психологічні дослідження про пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем.

Саме у цей період з'являється перше педагогічне визначення дизартрії. У 1937 році виходить перше видання «Логопедія» як навчального посібника для педагогічних інститутів, автором якого є М.Хватцев. Вчений дає наступне визначення дизартрії (*дис-якісне розходження, артрон – з'єднання*): «недорікуватість, викликана органічним ураженням або функціональним розладом мовленнєвого апарату та їх зв'язків між собою у головному мозку -від кори до ядер довгастого мозку включно» (, с. 24). Дизартрія розглядається М.Хватцевим як один із видів недорікуватості у

розділі «Дислалии (косноязычие). Общее учение о дислалиях». Дизартрія, на думку вченого, представляє собою всі форми недорікуватості від спотворення звуків, «змазаного мовлення» до гугнявої невиразної вимови.

Таким чином, вченими першої половини 20 століття було уточнено клінічні ознаки дизартрії (Г.Гутцман, М.Маргуліс, М.Аствацатуров, К.Вітторф та ін.), вперше запропоновано методику педагогічного впливу при даній мовленнєвій ваді (Г.Гутцман), започатковано класифікацію дизартрії на основі принципу локалізації (М.Маргуліс), виявлено першу психологічну спробу дослідити пізнавальну діяльність дітей з церебральним паралічем (М.Гуревич, М.Озерецький, 1935) та запропоноване перше логопедичне визначення дизартрії (М.Хватцев, 1937). Можна помітити, що саме в даний період зароджується психолого-педагогічний напрям дослідження проблеми дизартрії, - радянська наукова школа з вивчення даної проблеми.

Керуючись зазначеним вище історичний період вивчення проблеми дизартрії (*перша половина 20 століття*) логічно назвати *другим періодом* – *періодом уточнення клінічної симптоматики, початковим лого-симптоматичним періодом*, який представлений вченими зарубіжної школи (Г.Гутцман, Лері) та вченими радянської школи (М.Маргуліс, І.Філімонов, М.Аствацатуров, К.Вітторф, М.Гуревич, М.Озерецький, М.Хватцев).

На нашу думку, наступний (*третій*) історичний період вивчення розвитку дизартрії розпочинається з *середини 20 століття*, який впевнено можна назвати *діагностично-термінологічним*. На перший план виступають питання наукового пошуку діагностичних шляхів і методик вивчення дизартрії, узгодження наукового тезаурусу (термінології). Даний період, представлений, в основному, роботами зарубіжних вчених Brain (1948), Peocher (1948), Grewell (1957), HarardHugot (1964), а також працями радянських вчених: М.Ейдінової та О.Правдіної-Винарської (1959), С.Ляпідевського (1965). Відчуваючи потреби сьогодення, а саме необхідність діагностики та чітких класифікацій дизартрії та разом з тим їх відчутна

відсутність на практиці, вчені активно спрямовують зусилля на діагностику та класифікацію дизартрії.

Однією із найдетальніших класифікацій дизартрій за нейрофізіологічним принципом була класифікація Reocher (1948), згідно якої розрізнялися наступні форми дизартрій: коркова; субкортикальна; педункулярна; супрануклеарна (псевдобульбарна); бульбарна нуклеарна; церебелярна; диенцефальна; мезенцефальна; периферична (пов'язана з ураженням черепних нервів); дизартрія, яка пов'язана з розладами глибокої чутливості; дизартрія при дифузних ураженнях мозку; дизартрія при епілепсії; дизартрія при міастенії; дизартрія при субкортикальній експресивній афазії (апраксихна) [125].

Автор цієї клінічної класифікації усвідомлював її недосконалість, що обумовлено в першу чергу нечіткістю самого терміну «дизартрія» . Клінічне розуміння дизартрії значно ширше самого терміну. Оскільки, за Reocher термін повинен означати тільки дефекти артикуляції при периферичному або центральному ураженні нервової системи, проте в клінічній практиці він застосовується до усіх моторних порушень мовлення.

Не всі перераховані цим автором форми дизартрії відносяться до розладів артикуляції, нерідко вони виявляються дефектами голосоутворення, мовленнєвого дихання, просодичної сторони мовлення: ритмічної, темпової, мелодійної та ін. З огляду на сучасні дослідження О.Винарської [26] сьогодні буде більш правомірним ці порушення назвати дистоніями, диспневміями, диспрозодіями. Проте в клінічній літературі дані терміни вживаються мало, і лікар, як правило, користується нечітким, але стійким терміном «дизартрія» (О.Правдіна-Винарська та ін..).

Деякі автори вважають, що не слід іти шляхом великої кількості форм дизартрій на основі ще не добре вивчених «клініко – анатомічних кореляцій». Цим авторам здається більш важливим підкреслити деякі інші сторони проблеми. Так, Grewell (1957) розрізняв чисті дизартрії та дизартрії асоціативні, при яких моторні розлади мовлення комбінуються з порушенням

процесів уваги та пам'яті. Grewell підкреслював початкову важливість вміння розрізняти перш за все мовленнєві розлади (афазії) від розладів говоріння або, іншими словами, за думкою О.Винарської, від розладів технічних функціональних засобів, за допомогою яких категорії мови реалізуються в акті мовлення. У своїй класифікації мовленнєвих розладів Grewell зазначав місце дизартрій серед інших порушень процесів говоріння: дизартрії (порушення, які обумовлені органічним ураженням центральної або периферичної нервової системи); дислалії (порушення артикуляції у зв'язку з анатомічними дефектами периферичного мовленнєвого апарату); фізіологічна недорікуватість (як затримка мовленнєвого розвитку); вторинні розлади говоріння у зв'язку з туговухістю; психічні розлади мовлення (заїкування та ін.)

Таким чином, для Grewell дизартрії – це розлади говоріння внаслідок ураження різних відділів мозку, а тому йдеться про розлади не лише артикуляції, але й мовленнєвого дихання, голосоутворення та просодії. Цікавою є думка автора про те, що розлади артикуляції, обумовлені факторами, які не залежать від ураження моторного забезпечення мовлення, до дизартрій не відносяться.

Дослідник Harard Hugot (1964) ще більш звужував зміст поняття «дизартрія». Дизартрією він називає лише порушення артикуляції, які обумовлені розладами загальної моторики пірамідного, екстра-пірамідного або церебелярного характеру. Розлади спеціальної мовленнєвої моторики, які розвиваються у людини паралельно з формуванням категорій мовлення, автор виключав з числа дизартричних і визначав як анартрію.

Такі громіздкі класифікації дизартрії не могли застосовуватися у логопедії, оскільки їх діагностика та термінологія вимагала спеціальних професійних неврологічних знань, спеціальної професійно-неврологічної підготовки).

У цей період вивчення проблеми дизартрії здійснюється важливий перехід від клінічного вектора до педагогічного. Саме французький

невропатолог G.Tardien у 1968 р. приблизив клінічний вектор дослідження дизартрії до логопедичної практики. Ним була запропонована оригінальна класифікація дизартрій за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих, яка активно застосовується і в сучасній логопедії. Вченим було виділено чотири ступеня тяжкості мовленнєвих порушень у дітей з церебральним паралічем. *Перший*, найлегший ступінь, коли порушення звуковимови виявляється тільки спеціалістом у процесі обстеження дитини. *Другий* - порушення вимови помітні кожному, але мовлення зрозуміле для оточуючих. *Третій* - мовлення зрозуміле тільки близьким дитини. *Четвертий*, найважчий ступінь - мовлення відсутнє або незрозуміле навіть близьким дитини.

Радянська школа вивчення проблеми дизартрії в середині 20 ст. представлена післявоєнним періодом для країни, коли відроджувалися й осередки культури та науки.

Проте, не багаточисленні, але продуктивні наукові пошуки проблеми дизартрії даного періоду дали свої позитивні результати. У 50-х роках 20 ст. увагу вчених все більше привертають діти із церебральним паралічем. Найбільш повну та чітку класифікацію дизартрії при церебральному паралічі запропонували М.Ейдінова та О.Правдіна-Винарська (1959), виділяючи наступні форми дитячого псевдобульбарного параліча: паралітичну, спастичну, гіперкінетичну, мішану, рудиментарну або стерту. При цьому автори відмічали, що виділення перерахованих форм умовне і засноване на перевазі того чи іншого клінічного симптому.

Важливим для даного періоду є видання підручника з невропатології для корекційного напрямку, автором якого був С.Ляпідевський (1965), відомий на той час як і дефектолог, і лікар-невролог (Ляпидевский С. Невропатология. Естественные научные основы специальной педагогики). Вчений, на нашу думку, намагався приблизити медичний вектор дослідження дизартрії до педагогічного. Дану подію ми розцінюємо як першу спробу міждисциплінарного підходу у логопедії.

У даному підручнику С.Ляпідевський дизартрію розглядає як мовленнєве порушення, яке викликане ураженням центральної нервової системи та має прояв у розладах артикуляції, фонації та дихання. Ляпідевський С. виділяє декілька форм «дизартричних розладів» у дітей з ДЦП, в залежності від локалізації ураження нервової системи: бульбарну, псевдобульбарну, коркову, мішану та мозочкову. Аналізуючи форми дизартрій дитячого віку, С.Ляпідевський застосовує ті ж моделі, механізми та класифікацію, що й у дорослих.

І лише наступний період (друга половина 20 ст.) у розвитку проблеми дизартрій представляє інноваційні підходи до розгляду даної проблеми. Це обумовлене виникненням нейролінгвістики – особливої галузі науки, яка вивчає відношення «мова-мозок» Її поява була підготовлена успішним розвитком неврології (Є.Симерицька, Л.Орбелі, П.Анохін, Н.Бернштейн), лінгвістики (В.Гумбольдт, О.Потебня, І.Бодуен де Куртене, О.Шахматов, Л.Щерба), психології (М.Басов, П.Блонський, Л.Виготський, О.Лурія).

Відповідно, у даному періоді зароджуються новітні напрями дослідження дизартрії – психолінгвістичний (Н.Жинкін, І.Зимня, Т.Ахутіна, В.Горєлов, С.Цейтлін та ін.) та нейропсихологічний (О.Лурія ,С.Цветкова; О.Винарська, Є.Хомська та ін.). Намічені даними вченими проблеми нейропсихологічного та психолінгвістичного аспекту дослідження дизартрії залишаються не до кінця вирішеними та відкритими і сьогодні.

З ім'ям провідного радянського вченого, доктора медичних наук, *другої половини 20 ст.* О.Винарської, роботи якої з питань психофізіології, нейролінгвістики, логопатології відомі в усьому світі, розпочинається *четвертий (умовно) історичний період вивчення дизартрії, який називаємо етіопатогенетичним та корекційно-педагогічним.* У даний період основні акценти вивчення дизартрії як наукової проблеми зміщено у бік пошуку причин та механізмів вади. Саме О.Винарська зробила особливий, найбільш значущий, цінний внесок у вивченні проблеми дизартрії. Спираючись на нейрофізіологічні та нейропсихологічні дослідження О.Лурії, І.Горєлова,

О.Винарською у 1968 р. вперше було проведено комплексне нейролінгвістичне вивчення дизартрії при певних ураженнях мозку у дорослих хворих – вчена вперше використала комплексний, етіопатогенетичний підхід до вивчення проблеми дизартрії. Продовжуючи наукові пошуки Л.Литвака, які пов’язані з локалізаційними принципами при класифікації дизартрії, О.Винарська уточнює класифікацію форм дизартрії, дає перший опис логосимптомологічної картини дизартрій в диференційному аналізі.

Вивчення природи дизартрій знайшло відоме відображення у подальшій практиці логопедії. Так, у підручнику О. Правдіної, поняття дизартрії визначається вже з неврологічних позицій, зсилаючись на роботи О.Винарської.

Найбільш детально дизартрія описана у дітей з церебральним паралічем (М.Ейдінова (1983); О.Правдіна-Винарська, А. Пулатов (1984); О.Архіпова (1989)). У зарубіжній літературі представлена роботами M.Climent, T.Twitchell, R.Neilson (1984).

Саме в даний період у роботах О. Винарської та А. Пулатова (1984) розпочинається вивчення слухового методу фонетичного аналізу дизартричного мовлення, який в подальшому займе значне місце у їх дослідженнях. О.Винарська та А.Пулатов найбільш повно (систематично) описали бульбарну та псевдобульбарну дизартрію у монографії «Дизартрія та її топіко-діагностичне значення», яка вийшла у 1984 році. Вченими уточнена класифікація форм дизартрії з урахуванням принципу локалізації, успішно вирішене питання лого-симптоматичної характеристики бульбарної дизартрії, розпочате Л. Литваком у 1959 році.

Панченко І. (1972), використовуючи досвід своїх попередників, зроблена серйозна спроба розібратися в патогенезі клінічних проявів дизартрії у дітей з дитячим церебральним паралічем.

Панченко І., провівши клініко-логопедичне дослідження дітей з дизартріями та анартріями та розробивши систему логопедичних занять з

дітьми з ДЦП у процесі комплексного курсу лікування у стаціонарі, прийшла до висновків, що розлади усного мовлення при дизартріях залежать від наявності різних рухових розладів мовленнєвого апарату: спастичного парезу, ригідності, гіперкінезів, атаксії, апраксії; у частини дітей з дизартріями крім суто рухових виконавчих розладів, спостерігаються додаткові дефекти за типом апраксій (артикуляційної, фонаторної, дихальної); кожному неврологічному мовленнєворуховому синдрому при дизартріях відповідають характерні мелодико-ритмічні особливості мовлення.

За формою мовленнєворухового дефекту І.Панченко виділила наступні форми дизартрій у дітей з церебральним паралічем (ДЦП): 1) спастико-паретичну (провідний синдром – спастичний парез); 2) спастико-ригідну (провідні синдроми – спастичний парез та тонічні порушення управління мовленнєвою діяльністю за типом ригідності); 3) спастико-гіперкінетичну (провідні синдроми – спастичний парез та гіперкінези); 4) спастико-атактичну (провідні синдроми – спастичний парез та атаксія); 5) атактико-гіперкінетичну (провідні синдроми – атаксія та гіперкінези), 6) змішані форми.

Фундаментальні дослідження І.Панченко про стан м'язів у дітей із церебральним паралічем в подальшому лягли в основу синдромологічного підходу сучасної класифікації дизартрії. Кандидатська дисертація І.Панченко присвячена проблемі підкоркової дизартрії. Автор проводить систематизацію різних форм підкоркової дизартрії за симптоматико-неврологічним принципом. Нею виділяються форми дизартрії, кожна з яких обумовлена порушенням однієї із трьох основних функцій підкірки, які описані М.Бернштейном: метрики (співрозмірності), пластики та ритмічності рухів мовленнєвих органів. Панченко І. підкреслює, що на практиці мають місце переважно змішані форми дизартрії, такі як спастико-ригідна, спастико-гіперкінетична, спастико-паретична та інші, що для логопеда є справжнім проривом у розумінні структури дефекту та можливість поєднати різні

форми корекційної роботи при дизартріях. Нажаль, в логопедичній практиці така класифікація дизартрій не закріпилася.

Слід зазначити, що саме у даний період виявлені перші спроби класифікувати дизартрії у дітей, що є складним і дискусійним питанням і сьогодні.

Так, однією із ранніх спроб класифікувати дизартрію у дітей представлена у роботах О.Мастюкової (1966,), де автор виділяє категорії дітей з дизартрією за клініко-психологічною характеристикою в залежності від їх загального психофізичного розвитку: дизартрія у дітей з нормальним психофізичним розвитком; дизартрія у дітей з церебральним паралічем; дизартрія у дітей з олігофренією; дизартрія у дітей з гідроцефалією; дизартрія у дітей із затримкою психічного розвитку; дизартрія у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією.

Така «систематизація» дає уявлення про те, що у дітей з дизартріями може спостерігатися широкий діапазон їхнього психічного стану: від олігофренії до норми. Останнє (норма), на думку О.Корнева, на практиці зустрічається надзвичайно рідко. Цей фон, як вважає О.Корнев, «...насправді не такий уже нейтральний по відношенню до лінгвопатологічної симптоматики, що суттєво впливає на стан усієї мовленнєвої сфери в цілому» [58, 186]. Вчений підкреслив зв'язок порушень моторної сфери із мовленнєвим та інтелектуальним розвитком дитини.

Слід зазначити, що усі автори відмічають своєрідність форм дизартрій у дітей порівняно з дизартріями у дорослих. Ніхто із дослідників дитячої дизартрії не виділяє бульбарної форми, оскільки порушення стану продовгуватого мозку, яке відбувається при бульбарному паралічі, не сумісний із життям немовляти (Бадалян Л., 1982). У тих випадках, коли виділяється бульбарна форма, мається на увазі ураження периферичних нервів або їх корінців в наслідок захворювань у дітей у постнатальному онтогенезі (вірусні інфекції, захворювання вуха, тощо).

Загальна симптоматика дизартрії у цьому періоді представлена у «Невропатології» Л.Бадаляна (1982): «При дизартрії страждає вимова окремих звуків в ізольованому положенні та особливо у зв'язному мовленні. Крім того, страждають темп, виразність, модуляція» [11, с.190]. Загальними клінічними ознаками дизартрії є (Л.Бадалян, 1982): • порушення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі, які мають різний характер в залежності від локалізації ураження мозку; • обмеження рухливості артикуляційних м'язів у результаті паралічів та парезів; • порушення голосоутворення за рахунок порушення іннервації м'язів гортані; • порушення дихання, що пов'язане з розладом координації між диханням та артикуляцією; • при деяких формах дизартрії (особливо при псевдобульбарній) спостерігається підсилене слиновиділення. (Пізніше О.Корнєв внесе поправку до останнього: у дітей-дизартриків не існує «гіперсаливації» - у них порушений рефлекс автоматичного ковтання слини, яка накопичується (Корнєв О., 2006).

Початок 70-х рр. 20 ст. можна охарактеризувати як, безперечно, початок корекційно-педагогічного періоду. Очевидно, що провідна роль у даному періоді відведена логопеду. Передові позиції зайняла плеяда логопедів, яка займалася питаннями корекції дизартрій: О.Правдіна (1973), О.Мастюкова (1977; 1989), М.Іпполітова (1989), О.Архіпова (1989), Л.Лопатіна (1994, 1999), Н.Серебрякова (1994) та ін. З'являються нові методики, підходи, пропонуються шляхи діагностики та корекційної роботи з урахуванням локалізації ураження рухової сфери.

Усі автори відмічають необхідність специфічної цілеспрямованої роботи по розвитку загальної моторики, артикуляційної моторики, дрібної моторики пальців рук, а також проведення пальчикової гімнастики, дихальних та голосових вправ. Про себе впевнено заявляє психолого-педагогічний напрям дослідження проблеми дизартрії, в якому переважають пошуки технологій корекції та розвитку мовлення дітей-дизартриків.

Вагомий внесок у вивченні проблеми дизартрії наприкінці 80-их років 20 ст. зробила О.Архіпова (1989), запропонувавши корекційну роботу з дітьми з церебральним паралічем домовленнєвого періоду. Вченою виділено чотири рівні домовленнєвого розвитку дітей з церебральним паралічем, охарактеризовано голосову активність, функцію спілкування, сенсорний розвиток, орієнтовно-пізнавальну діяльність, руховий розвиток, артикуляційний апарат, голос та дихання кожного рівня; поставлені основні завдання та розроблені основні напрямки корекційно-педагогічної роботи з дітьми на кожному із чотирьох домовленнєвих рівнів розвитку. Архіпова О. визначає дизартрію, як мовленнєву патологію, яка проявляється у розладах фонетичного та просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи та виникає як наслідок органічного ураження головного мозку [с.11].

Отже, у даному періоді проблема дизартрії дитячого віку інтенсивно розроблялась як у клінічному, так і в нейролінгвістичному та психолого-педагогічному напрямках.

З початком 21 ст. розпочинається наступний (умовно) п'ятий період дослідження проблеми дизартрії, який ми називаємо сучасним інноваційним.

На початку 21 ст. в логопедичній практиці відбувається активний пошук нових корекційно-педагогічних методик по усуненню дизартрії у дітей (Є.Серебрякова, 2001; Л.Лопатіна, 2001, 2004, 2005; Л.Позднякова, 2004; О.Архіпова, 2006, 2007, 2008; М.Шеремет, Н.Пахомова, 2009; С.Конопляста, В.Галущенко, 2011).

Вперше комплексну корекційно-логопедичну роботу по подоланню стертої дизартрії у дітей представляє Архіпова О.Ф. (2008): детально описує клініко-педагогічну характеристику даної категорії дітей; визначає етапи та направлення логопедичної роботи при дизартрії (рекомендує обов'язкове залучення батьків до корекційно-логопедичної роботи); визначає мету та завдання логопедичного масажу в комплексній системі подолання мовленнєвих вад у дітей із дизартрією, представляє методику проведення

крапкового, зондового та ручного масажу; вперше в логопедичній практиці пропонує диференціальні прийоми масажу в залежності від патологічної симптоматики у м'язовій системі при різних мовленнєвих порушеннях; розглядає сучасні методи нормалізації дихання, моторних функцій мовлення, постановки звуків мовлення; пропонує авторську методику автоматизації та диференціації звуків з використанням тактильно-кінестетичної стимуляції.

В українській логопедії успішно вирішується проблема формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку із дизартрією до навчання в школі (М. Шеремет, Н.Пахомова, 2009), проблема розвитку просодичної сторони мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії (С.Конопляста, В.Галущенко, 2011).

Шеремет М. та Пахомова Н. (2009) встановили, що мовленнєва готовність дітей зі стертою дизартрією — це інтегрований результат оволодіння мовленнєвою і комунікативною компетенціями в процесі мовленнєвої підготовки дітей до школи, одна з базисних характеристик особистості майбутнього школяра. Визначивши критерії та показники мовленнєвої готовності старших дошкільників до шкільного навчання зі стертою дизартрією(фонетичну, лексичну, граматичну, діалогологічну та комунікативну компетенції), розробили організаційно-дидактичну модель та методику формування мовленнєвої готовності старших дошкільників зі стертою дизартрією до навчання у школі. Вчені довели, що діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією до навчання в школі є необхідною передумовою корекційного процесу; успішність та темпи формування мовленнєвої готовності старших дошкільників зі стертою дизартрією до школи зумовлені змістовим аспектом навчально-мовленнєвої діяльності в дошкільному закладі й необхідністю створення спеціальних умов корекційно-педагогічного навчання; формування мовленнєвої готовності старших дошкільників зі стертою дизартрією до школи зумовлюються комунікативною спрямованістю навчання рідної мови та відповідним корекційно-педагогічним впливом;

темпи формування мовленнєво-комунікативної готовності дітей зі стертою дизартрією до шкільного навчання підвищуються за умови комплексного підходу до планування корекційно-мовленнєвих завдань та системи організаційно-методичних і корекційно-логопедичних заходів із урахуванням складових мовленнєвої та комунікативної компетенцій на кожному логопедичному занятті, залежать від мотиву й занурення дітей в ситуації мовленнєвого спілкування як на спеціальних заняттях, так і в повсякденному житті, та від активної участі дорослих у корекційно-мовленнєвій діяльності таких дітей.

Конопляста С. та Галущенко В. (2011), досліджуючи особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії, виявили загальні та специфічні особливості порушень просодики у дітей із різними клінічними формами стертої дизартрії та вперше виокремили сенсорно-перцептивні канали модальності; виділили 5 рівнів сформованості просодичного компоненту мовлення: достатній, задовільний, середній, низький, елементарний.

Автори запропонували оригінальну корекційно-логопедичну методику через такі напрями: розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації як початкової ланки формування просодики, формування просодичних компонентів, як складових регулюючих фізіологічних процесів та комунікативно-емоційних засобів спілкування; розвиток та вдосконалення навичок керування просодичним оформленням висловлювання.

Вчені встановили, що найбільш результативному розвитку та корекції компонентів просодичної сторони мовлення у дітей з дизартрією сприятиме проведення логоритмічних занять та (або) використання засобів логопедичної ритміки під час проведення корекційної (логопедичної) роботи. Вчені довели, що діагностика мовленнєвого та моторного розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією є необхідною передумовою корекційного процесу; успішність і темпи корекції просодичної сторони мовлення старших дошкільників із дизартрією зумовлені диференційованим

підходом під час логоритмічного впливу до різних форм дизартрії й необхідністю створення спеціальних умов для корекційно-педагогічного навчання; темпи нормалізації просодичної сторони мовлення, немовленнєвих та мовленнєвих функцій дітей старшого дошкільного віку з дизартрією підвищуються за умови комплексного підходу до планування та проведення системи організаційно-методичних і корекційно-логопедичних заходів з урахуванням складових компонентів просодичної сторони мовлення.

На початку 21 ст. актуальним залишається питання діагностики та класифікації дизартрії (О.Винарська, 2005; О.Корнєв, 2006; Л.Бєлякова, Н.Волоскова, 2009).

У даний період О.Винарська (2005) розглядає об'єктивні фонетичні ознаки дизартричного мовлення хворого, за якими можна описати та диференційно діагностувати дизартрію, враховуючи патогенез та топіку. Значне місце зайняв слуховий метод фонетичного аналізу дизартричного мовлення з якісним аналізом отриманих результатів на основі сучасних психолінгвістичних і системних фізіологічних уявлень. Аналіз О.Винарською публікацій по інструментально-фонетичному дослідженню дизартрії запевняє її в тому, що такі дослідження продуктивні лише в тому випадку, коли вони базуються на ретельно вивченому та диференційованому клінічному матеріалі. Трудомістке інструментальне дослідження «дизартричного мовлення», на думку О.Винарської, взагалі не заслуговує уваги.

Інноваційні підходи щодо діагностики та класифікації дизартрії застосовує сучасний дослідник логопатології дитячого віку О.Корнєв (2006). Вчений наголошує на принциповій позиції диференціювати дизартрію у дорослих та дизартрію у дітей. На думку вченого, за сформованою традицією у вітчизняній неврології та логопедії терміном «дизартрія» позначаються два різних стани: набуті порушення звуковимови і аномалія формування вимовних здібностей, яка обумовлена грубою неповноцінністю іннервації артикуляторних органів (Є.Мастюкова, М.Іпполітова, 1985, О.Винарська,

О.Пулатов, 1989). Враховуючи, що механізми та симптоматика розладів дизонтогенетичного типу у дітей суттєво відрізняються від набутих порушень у дорослих, О.Корнєв вважає доцільним розмежувати ці два різних клінічних явища термінологічно. Він пропонує називати «дитячу дизартрію» як «дизартрію розвитку» (M.Morley, 1972), терміном, який прийнятий в англomовних країнах для позначення даної мовленнєвої патології у дітей. «Як резидуально-органічний стан дизартрія розвитку – це тяжке, тотальне порушення формування вимовних навичок, яке обумовлене раннім органічним ураженням головного мозку. При цьому спостерігається тотальне порушення усіх функцій, які беруть участь в акті фонації, артикуляції, інтонаційно-мелодичного забарвлення мовлення, мовленнєвого дихання. Внаслідок цього мовлення виявляється нечітким, малозрозумілим, маловиразним» [11,184].

Корнєв О. зазначає, що ілюзію вивчення механізмів дизартрії розвитку, її природу створювали однакові підходи (модель, механізми та класифікація) вивчення дизартрії у дітей та дорослих (О.Токарева, 1969, Т.Філічева, Н.Чевельова, Г.Чиркина, 1989, К.Беккер, М.Совак, 1981 та ін.).

Вчений наголошує, щона відміну від набутої дизартрії дорослих, дизартрія розвитку вивчена значно менше. Щодо класифікації дизартрії розвитку, він схиляється до класифікації M.Morley (1972): дизартрії при дитячому церебральному паралічі (ДЦП), дизартрії при мінімальному розладі моторики та ізольована дизартрія розвитку.

Подібною до позиції О.Корнєва є погляди Л.Белякової та Н.Волоскової (2009) на проблему дизартрії у дітей. На їх думку, більшість вчених виділяють як подібні клінічні ознаки дизартрій у дорослих та дітей (порушення м'язевого тону, артикуляційної моторики, голосоутворення, дихання), такі феномени, які у межах клінічних проявів мають різну вираженість та інший характер. Дослідники зазначають, що органічне ураження мозку у дітей передуює розвитку мовлення. Отже, спотворюється хід онтогенезу мовленнєвої діяльності і тому ці порушення, на думку

Л.Белякової та Н.Волоскової (2009), можна віднести до дизартрії розвитку. «Відсутність у дітей із самого початку мовленнєвого розвитку рухових образів елементів мовлення (порушення кінестезії як наслідок параліча) утруднюють формування слухових диференціальних ознак мовленнєвих звуків, створюючи вторинні порушення у вигляді фонематичного недорозвитку» [16, с. 107].

Наступну різницю між клінічною картиною дизартрії у дорослих та дітей Л.Белякова та Н.Волоскова (2009) вважають ще і в тому, що у дорослих дизартрії викликані локальним ураженням мозку, а у дітей дифузними порушеннями мозкової діяльності інколи без чітко вираженої локалізації.

Вчені класифікують дизартрію як то *дизартрії у дорослих*, до якої автори відносять основні клінічні форми дизартрії за топічним діагнозом (бульбарна, псевдобульбарна, мозочкова, підкіркова (або екстрапірамідна), коркова форми дизартрії); та *дизартрії у дітей*, де автори розглядають дизартрії при ДЦП, пропонуючи синдромологічну класифікацію (спастико-паретичні форми дизартрії, гіперкінетична та атонічно-астатична форми дизартрії).

На поч. 21 століття залишається актуальним питання вивчення механізмів порушень мовлення при дизартрії через визначення місця дизартрії у систематиці мовленнєвих порушень.

Сьогодні у сучасній логопедії традиційно користуються двома класифікаціями мовленнєвих порушень: *клініко-педагогічною та психолого-педагогічною, або педагогічною (логопедичною)*. Оскільки мовленнєві дефекти тривалий час були предметом вивчення дисциплін медико-біологічного циклу, природно, що й перші класифікації вад мовлення мали клініко-етіопатогенетичний напрям. Однією з визнаних і поширених у практиці є *клініко-педагогічна* класифікація мовленнєвих порушень, засновниками якої вважаються М.Хватцев, О.Рау, О.Правдіна, С.Ляпідєвський, Б.Гріншпун та ін. За цією класифікацією розрізняють різні форми (види) мовленнєвої патології, кожна з яких має власну симптоматику

та динаміку виявів. Увага акцентується на тих порушеннях, що є об'єктом логопедичного впливу, та спирається на медичні дані, клінічні характеристики, які пояснюють причини розладів мовлення. Ця класифікація базується на клінічних критеріях (клінічним критеріям відводиться роль уточнювальних).

За Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10, 1994), яка є прикладом клінічної класифікації, дизартрія не включена до рубрики «Специфічні розлади розвитку мови та мовлення (F80-F89) (клас 5 «Розлади психіки та поведінки»)), де розглядаються: а) специфічний розлад мовленнєвої артикуляції (F80.0); б) розлади експресивного мовлення (F80.1); в) розлади рецептивного мовлення (F80.2). І лише у розділі «Розлади мовлення, не класифіковані в інших рубриках» включена дизартрія (R 47.1), яка розглядається у класі 18 «Симптоми, ознаки та відхилення від норми, виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках».

Психолого-педагогічна класифікація на відміну від клінічної, насамперед, спрямована на виявлення мовленнєвої симптоматики (симптомологічний рівень) на основі психолого-лінгвістичних критеріїв. Симптомологічний рівень аналізу мовленнєвих порушень дає змогу охарактеризувати зовнішні симптоми недорозвитку мовлення у дітей, виявити ушкоджені компоненти мовленнєвої системи.

У психолого-педагогічній (симптомологічній) класифікації порушень мовлення зазначається, які структурні компоненти мовлення є порушеними і якою мірою. Згідно з цією класифікацією виокремлюють такі групи порушень мовлення: 1) фонетичний недорозвиток мовлення (ФНМ); 2) фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ); 3) лексико-граматичний недорозвиток мовлення (ЛГНМ); 4) загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ I, II, III, IV рівні).

За даною класифікацією традиційно більшість авторів відносять дизартрію до групи з ФФНМ (О.Архіпова, В.Селіверстов, М.Корнєв, В.Тіщенко та ін..) інші до ЗНМ (Л.Лопатіна, Є.Серебрякова).

Найновітніші погляди на класифікацію мовленнєвих порушень висвітлюють сучасні вчені О.Корнєв та С.Конопляста, запропонувавши уточнену термінологію: *клінічну* (замість клініко-педагогічної) та *психолого-лінгвістичну* (замість психолого-педагогічної). Оскільки «...два такі різні підходи, як педагогічний (тобто орієнтований на практику цілеспрямованого педагогічного впливу, навчання...) і клінічний не є практично рядоположними... Те, що у діагностичні заключення можуть входити дефініції, взяті з різних класифікацій, ще не означає, що відбувається інтеграція двох різних класифікацій у третю, що поєднує ознаки двох попередніх...» (О.Корнєв, 2006, с. 154). Дані вчені вважають запропоновану класифікацію як більш науково коректною. Оскільки вона «... базується на нозологічному та патогенетичному принципах, де основною діагностичною одиницею виступають клінічні симптоми, відомі механізми та патогенез, що мають самостійні характеристики і відрізняються від схожих станів, називати клінічною» (С.Конопляста, 2008, с. 62).

Безумовно, вимоги сучасної логопедії передбачають обов'язкове використання обох класифікацій вад мовлення з метою визначення логопедичного заключення про стан усного мовлення дитини-дизартрика та подальшої його корекції.

Таким чином, початок 21 ст. (умовно п'ятий історичний період вивчення проблеми дизартрії) можна охарактеризувати як період пошуку нової корекційно-логопедичної роботи; це період відкритого питання диференційної діагностики та корекції порушень усного мовлення дітей при дизартріях.

Отже, здійснений аналіз дослідження дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми в контексті історико-культурного екскурсу дозволяє розкрити складність та різноплановість дизартрії, яка проявляється, по-

перше, в характеристиці даної мовленнєвої вади; по-друге, класифікації дизартрії; по-третє, у визначенні місця дизартрії в систематиці мовленнєвих порушень.

Висновки до першого розділу

1. Актуальність та перспективність дослідження проблеми «Корекція порушення усного мовлення у дітей при дизартріях» зумовлена: стійкою тенденцією до збільшення народжуваності дітей з порушеннями ЦНС (відповідно, з дизартріями); наявною практикою одновекторного підходу до діагностики, формування та корекції порушень усного мовлення при дизартріях у дітей СДВ; фрагментарністю вивчення проблеми дитячих дизартрій; недостатнім рівнем ефективності логопедичної корекції порушень усного мовлення дітей з дизартріями; відсутністю в Україні сучасних комплексних міждисциплінарних досліджень УМ дітей з дизартріями СДВ; необхідністю спеціального диференційованого діагностично-корекційного впливу по подоланню вад УМ при дизартріях у старших дошкільників.

2. Здійснено системний теоретико-методологічний, історичний та емпіричний аналіз проблеми УМ дітей з дизартріями СДВ з позиції міждисциплінарного підходу. Досліджено дефініцію усного мовлення з позиції психологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного, нейропсихологічного, педагогічного підходів. Виділено структурні (базові) компоненти УМ та розкрито їх зміст: *психологічний компонент* (рівень пізнавальної діяльності, афективно-емоційна сфера, середовище, ситуативність); 2) *лінгвістичний компонент* (фонологічні (фонетико-фонематичні) процеси: експресивний та імпресивний рівні УМ); 3) *психолінгвістичний компонент* (структурні одиниці мовленнєвої діяльності (рівень називання (слово як психолінгвістична одиниця) та рівень смислового зв'язного мовлення), основні форми зовнішнього усного мовлення (діалогічне, монологічне, полілогічне)); 4) *нейропсихологічний компонент*

(когнітивний рівень, стан моторної сфери та регуляторної функції); 5) педагогічний компонент (освітній простір).

3. Доведено, що усне мовлення – це логоінтеграційна система взаємозалежних структурних компонентів (психологічного, лінгвістичного, нейропсихологічного, психолінгвістичного, педагогічного), які і є показниками УМ – тим індикатором, інформаційною системою, яка відображає стан, динаміку формування УМ як процесу, що контролюється. Саме такий підхід покладено в основу сучасного розуміння УМ.

4. Здійснено історіографічне дослідження дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми. Це дозволило, *по-перше*, виділити наступні історичні періоди вивчення дизартрії: перший (початковий) період (кінець 19 ст.) - клініко-симптомологічний; другий період (І пол. 20 ст.) – початковий лого-симптоматичний період; третій період (сер. 20 ст.) - діагностично-термінологічний; четвертий період (II пол. 20 ст.) – етіопатогенетичний та корекційно-педагогічний; п'ятий період (поч. 21 ст.) – інноваційний корекційно-педагогічний. *По-друге*, розкрити складність, різноплановість та багатоаспектність дизартрії як наукової проблеми. *По-третьє*, визначити дизартрію у дітей як «дизартрію розвитку» (Л.Белякова, Н.Волоскова, О.Корнєв, М.Морлей), враховуючи механізми та симптоматику розладів дизонтогенетичного типу у дітей, які суттєво відрізняються від набутих порушень у дорослих. *По-четверте*, встановити місце дизартрії у систематиці мовленнєвих порушень (С.Конопляста, О.Корнєв).

Зміст першого розділу дисертаційного дослідження висвітлено у таких публікаціях автора:

1. Голуб А.В. Актуальні проблеми діагностики та корекції мовлення при різних формах дизартрії у дітей старшого дошкільного віку // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. Наукових праць / відп.ред. Синьов В.М.- К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. - № 17, с. 46-49.

2. Голуб А.В. Нейропсихологічний напрям дослідження усного мовлення у дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. Наукових праць / відп.ред. Синьов В.М.- К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. - № 22, с. 39-41.

3. Голуб А.В. Психологічний підхід дослідження усного мовлення у дітей з дизартріями // Наукові записки. Серія «Психолого-педагогічні науки» (Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя) / за заг. ред. проф. Є.І. Коваленко. – Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2012 - № 7. – с. 68-72.

4. Голуб А.В. Текст як психолінгвістична одиниця діагностичної роботи порушень усного мовлення у дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. Наукових праць / відп.ред. Синьов В.М.- К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. - № 23, с. 45-47.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЯМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. Концептуальні засади дослідження стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях

Попередній теоретичний аналіз проблеми усного мовлення дітей з дизартріями з одного боку показав недостатність досліджень даної проблеми, з другого – підтвердив актуальність зазначеної проблеми з огляду на вимоги сучасного освітнього простору.

Результатом системного аналізу поняття усного мовлення стало уявлення про його складну організацію, багаторівневість та ієрархічність. Усне мовлення у дітей з дизартріями ми передбачали досліджувати, перш за все, як феномен мовленнєвої діяльності взагалі. Усне мовлення як складноорганізована система дозволила виділити наступні його структурні компоненти: *психологічний* (М. Басов, П. Блонський, Л. Виготський, О.Лурія, М. Монтезорі, С. Рубінштейн та ін.), *лінгвістичний* (Т. Ніколаєва, О. Лаптева, О. Селіванова, Ч. Пірс, М. Бахтін, Ю. Лотман та ін.), *психолінгвістичний* (О. Леоньєв, М. Жинкін, І. Зимня, Є. Соботович та ін.), *нейропсихологічний* (О. Лурія, Є. Хомська, Т. Ахутіна, О. Винарська, Т. Глезерман, Р. Левіна, Н. Бернштейн, П. Анохін, Н. Жинкін, В. Шкловський, Т. Візель та ін.), *педагогічний* (О. Архіпова, Л. Лопатіна, Є. Серебрякова, Л. Позднякова, В. Тарасун, С. Конопляста, В. Галущенко, М. Шеремет, Н. Пахомова та ін.). Зазначені компоненти усного мовлення стали висхідними до міждисциплінарного діагностичного дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Ми вважали стратегічно необхідним обрати тактику дослідження усного мовлення дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного підходу, враховуючи тенденції сучасної світової та вітчизняної логопедії про якісну методологію, яка поєднує антропологічний, феноменологічний, герменевтичний, гендерний, психологічний та інші підходи при дослідженні

певного явища (реальності) (М. Магнуссон та ін.), про мультидисциплінарний підхід у наукових дослідженнях логопедії (Є. Соботович, М. Шеремет, С. Конопляста, В. Тарасун та ін.).

Саме такий підхід дозволив досліджувати усне мовлення дітей з дизартріями, беручи до уваги зміст базових складових усного мовлення: 1) *психологічного* (рівень пізнавальної діяльності, афективно-емоційна сфера, середовище, ситуативність); 2) *лінгвістичного* (фонологічні (фонетико-фонематичні) процеси: експресивний та імпресивний рівні усного мовлення); 3) *психолінгвістичного* (структурні одиниці мовленнєвої діяльності (рівень називання (слово як психолінгвістична одиниця) та рівень смислового зв'язного мовлення (основні форми зовнішнього усного мовлення (діалогічне, монологічне, полілогічне); 4) *нейропсихологічного* (когнітивний рівень, стан моторної сфери та регуляторної функції); 5) *педагогічного* (освітній простір: створення методик щодо діагностики та корекції вад усного мовлення).

Рис. 2.1 Структурні компоненти усного мовлення, їх зміст



У межах констатувального дослідження психологічний базовий компонент усного мовлення при дизартріях у діагностичній моделі розглядався як фон особистісного розвитку дитини-дизартрика.

Багатофункціональна комплексна методика виправдовувала доцільність здійснення міждисциплінарного аналізу картини стану сформованості усного мовлення дітей СДВ з дизартріями, враховуючи вікові показники, структуру дефекту, нейропсихологічний статус тощо.

Комплексне, багатовекторне вивчення особливостей розвитку усного мовлення дітей з дизартріями через призму багатокомпонентної структури усного мовлення, дозволив інтегрувати увесь масив експериментальних даних, теорій, накопичених у суміжних до логопедії наукових галузях, і вибудувати стратегію та тактику діагностики та корекції порушень усного мовлення дітей-дизартриків.

Ми використали наукові засади як засновників психолінгвістики у особі М.Жинкіна, І.Горєлова, Н.Швачкіна та ін., так і їх послідовників - О.Шахнаровича, Н.Лепської, С.Цейтлін, Т.Фотєкової, Т.Ахутіної та ін., які започаткували та розгорнули вивчення таких проблем у психолінгвістиці як: породження та розуміння мовлення, співвідношення вербальних та невербальних компонентів у мисленні людини, розвиток мови та мовлення у філо- та онтогенезі, феномен внутрішнього мовлення, породження та розвитку мовленнєвої здатності людини, співвідношення звука і змісту у мовній свідомості та ін. і вважаються класиками даного напрямку.

У діагностичну модель стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку закладено взаємозв'язок базових (структурних) компонентів усного мовлення із моделлю породження мовлення Т.Ахутіної – нейролінгвістичною теорією програмного забезпечення. Такий зв'язок був проаналізований з акцентом на здатність дитини з дизартріями старшого дошкільного віку до програмного забезпечення УМ, що є важливим підґрунтям для показників стану сформованості структурних компонентів УМ у дітей з дизартріями.

Тобто, опис лінгвістичної, психолінгвістичної та нейропсихологічної симптоматики усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку забезпечив можливість поглибленого аналізу етапу внутрішнього *програмування*, який є ключовим етапом породження мовлення, та базовим при логопедичному заключенні. Саме взаємозв'язок моделі породження мовлення (згідно Т.Ахутіна) з основними компонентами усного мовлення – закладений у стратегію та тактику діагностичного етапу констатувального дослідження (рис.2.2).

Визначаючи стан усного мовлення при різних формах дизартрії, ми класифікували дизартрію за синдромологічним підходом (І.Панченко), в основі якого покладений провідний неврологічний синдром та провідні порушення моторики (тонусний стан м'язової системи). Схилитись до такої класифікації нас запевнив досвід І.Панченко, О.Приходько, І.Левченко та погляди О.Корнєва, Л.Белякової та Н.Волоскової на природу та механізми дизартрій у дітей та дорослих.

Ми передбачали, що саме тонусний підхід щодо класифікації дизартрій допоможе: по-перше, з'ясувати особливості усного мовлення при дизартріях, враховуючи онтогенетичний розвиток усного мовлення (перш за все забезпечується моторною здатністю); по-друге - розкрити механізми та природу дитячої дизартрії – «дизартрії розвитку» (О. Корнєв), що дозволило отримати більш об'єктивні результати при дослідженні усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку.

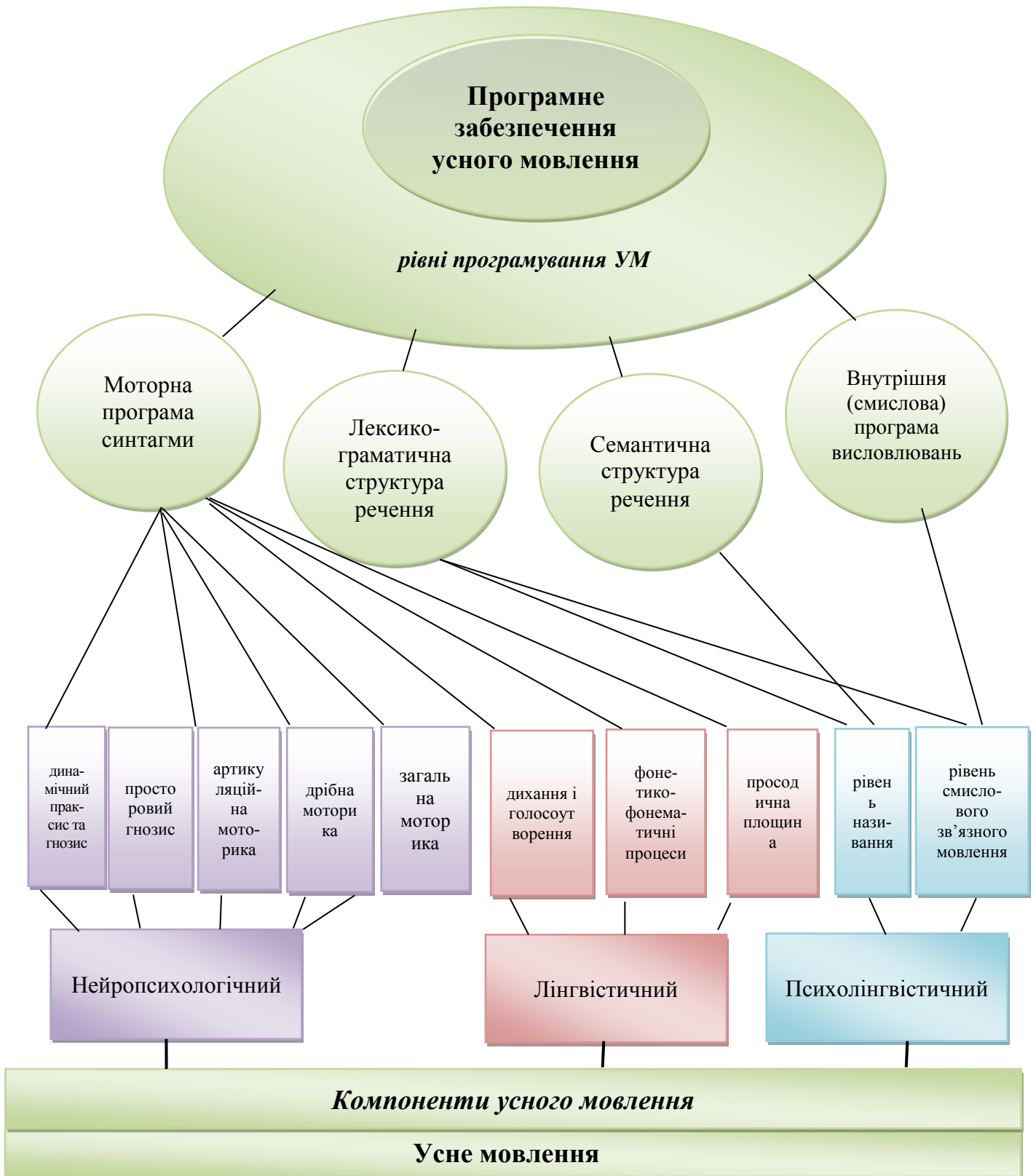


Рис. 2.2 Зв'язок структурних компонентів усного мовлення з програмним його забезпеченням

2.2. Алгоритм діагностичного міждисциплінарного обстеження розвитку усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку

Усне мовлення у дітей з дизартріями досліджувалося перш за все, враховуючи вчення про складну організацію усного мовлення як феномену мовленнєвої діяльності взагалі, в результаті якого можна виділити наступні базові (структурні) компоненти усного мовлення: *психологічний, лінгвістичний, психолінгвістичний, нейропсихологічний, педагогічний*. Саме міждисциплінарний комплексний підхід дослідження структурних (базових) компонентів усного мовлення у дітей з дизартріями, на нашу думку, дозволив: по-перше, здійснити опис особливостей актуального стану розвитку усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку; по-друге, здійснити диференційну діагностику та корекцію порушень усного мовлення при складному мовленнєвому відхиленні – дизартрії – на якісно новому рівні.

Для того, щоб розкрити особливості розвитку усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку ми поставили за мету виявити закономірності розвитку його структурних компонентів та прослідкувати особливості їх перебігу.

Зокрема постала проблема міждисциплінарного дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; поглибленого аналізу етапу внутрішнього *програмування*, який є ключовим етапом породження мовлення, та базовим при логопедичному заключенні.

Стратегія і тактика констатувального етапу дослідження базувалася на сучасних позиціях лінгвістичного, психолінгвістичного та нейропсихологічного трактування усного мовлення, враховуючи основні закономірності та етапи його становлення; на зв'язку структурних компонентів усного мовлення із його програмним забезпеченням.

Мета констатувального етапу дослідження – вивчення актуального стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку з різними формами дизартрії (синдромологічний підхід).

Досягнення поставленої мети на діагностичному етапі передбачало вирішення наступних завдань:

- розробити методику комплексної діагностики вивчення актуального стану та особливостей розвитку усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку;
- визначити критерії оцінки усіх порушених рівнів усного мовлення;
- визначити стан сформованості нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного структурних компонентів усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку;
- прослідкувати зв'язок структурних компонентів усного мовлення з рівнями програмування мовлення;
- описати лінгвопатологічну, психолінгвістичну та нейропсихологічну симптоматику порушень усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку та виявити актуальний стан сформованості усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.

Алгоритм дослідження актуального стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях являє собою системну методику дослідження стану сформованості структурних компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного), яка передбачає їх вивчення у тісному зв'язку із програмним забезпеченням усного мовлення (із моделлю породження мовлення).

Згідно з алгоритмом актуального стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях розроблено відповідну діагностичну методику, яка складається з двох етапів: підготовчого (психолого-педагогічного напрямку) та основного (чотирьох блоків: три з яких досліджують відповідні основні компоненти усного мовлення (нейропсихологічний, лінгвістичний, психолінгвістичний), четвертий – є оцінювальним – визначає кількісну оцінку усного мовлення (подані критерії оцінок у балах кожного із показників усного мовлення згідно його основним

структурам). Усі етапи розраховані на можливість комплексного міждисциплінарного обстеження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Комплексне обстеження передбачало використання як методик психолого-педагогічної спрямованості, так і нейропсихологічних та психолінгвістичних – для дослідження нейропсихологічного, психолінгвістичного статусу дітей з дизартріями старшого дошкільного віку та дослідження формування програмного забезпечення усного мовлення.

Зміст діагностичної методики розроблено з урахуванням вікових нормативних показників розвитку усного мовлення (старший дошкільний вік) та забезпечує дослідження стану усного мовлення згідно основних структурних його компонентів (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного). Саме таке розташування діагностичного матеріалу забезпечило можливість здійснення багатовекторного, наскрізного дослідження рівнів сформованості усіх складових розвитку усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

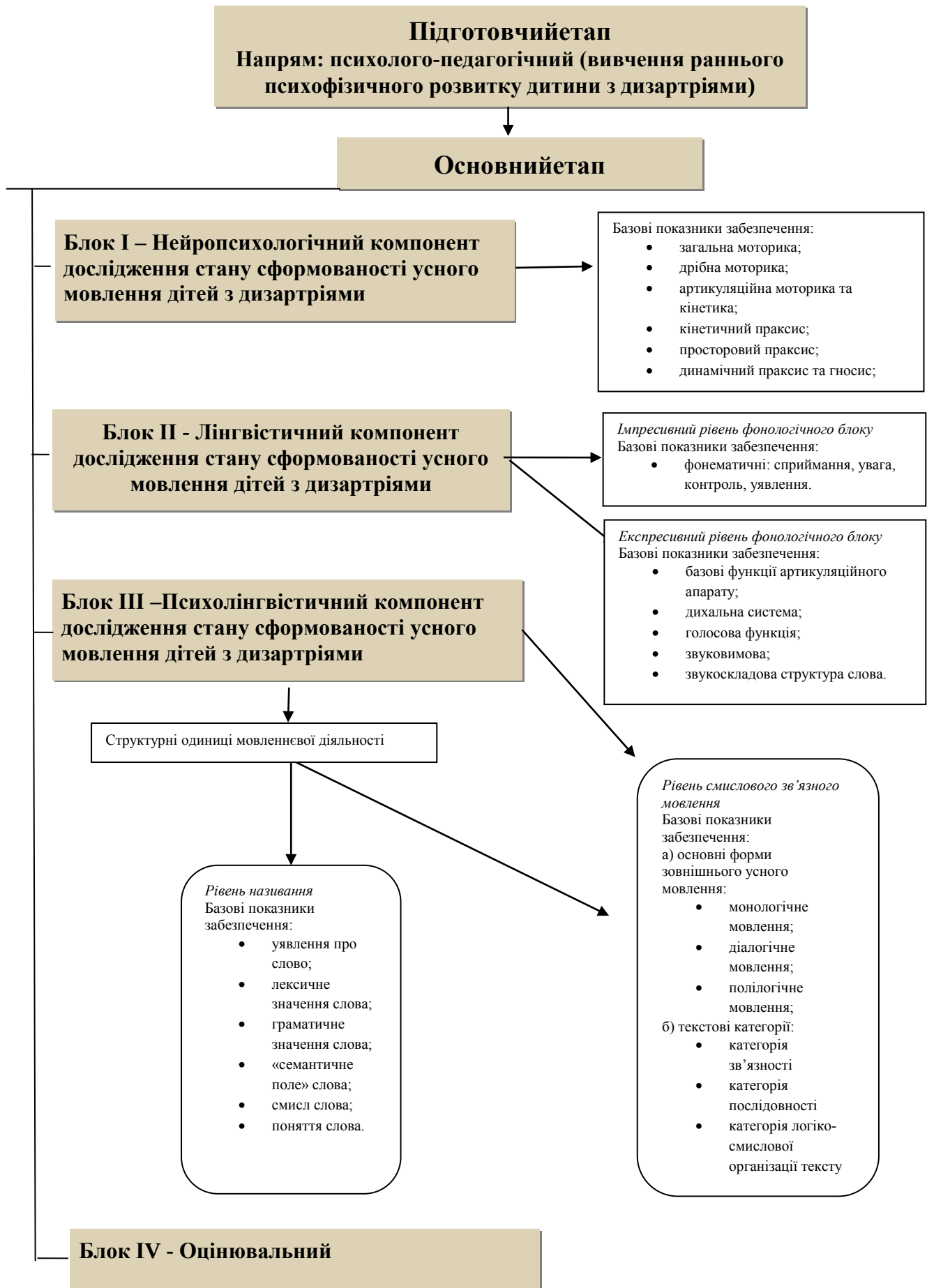


Рис. 2.3. Алгоритм дослідження актуального стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях

Методичний зміст вивчення актуального стану усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях

Мета та загальна спрямованість етапів діагностичного процесу

I етап – підготовчий етап, який представлений психолого-педагогічним напрямом дослідження усного мовлення дітей з дизартріями та направлений на вивчення раннього психофізичного розвитку дитини-дизартрика.

Мета: виявлення особливостей перебігу раннього психофізичного розвитку дитини.

II етап – основний етап – етап симптоматологічної діагностики, який представлений чотирма **змістовими блоками**: 1-й – нейропсихологічний компонент дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; 2-й – лінгвістичний компонент дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; 3-й – психолінгвістичний компонент дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; 4-й – оцінювальний.

Блок I. *Нейропсихологічний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.*

Мета: діагностика стану нейропсихологічного розвитку дитини з різними формами дизартрії, виявлення сильних та слабких ланок для подальшої навчально-корекційної роботи.

Блок II. *Лінгвістичний компонент дослідження усного мовлення дітей з дизартріями.*

Мета: визначення факту наявності/відсутності відхилень фонетико-фонематичного розвитку усного мовлення дитини з дизартріями старшого дошкільного віку (враховуючи норми мовлення у даний віковий період) для кожної із форм дизартрії (синдромологічний підхід).

Блок III. *Психолінгвістичний компонент дослідження усного мовлення дітей з дизартріями.*

Мета: виявлення стану сформованості структурних одиниць мовленнєвої діяльності: рівня називання (слово) та рівня смислового зв'язного мовлення

(висловлювання (речення, текст) як функціонально-оперативних одиниць) для кожної із форм дизартрії (синдромологічний підхід).

Блок IV. Оцінювальний.

Мета: розробити критерії оцінювання у балах для кожного із структурного компонента УМ, враховуючи кожний його складовий показник; забезпечити їх кількісну оцінку з метою рівневого аналізу стану УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Експериментальні бази дослідження: досвід логопедичної роботи понад 20-ти років у Ніжинській центральній міській лікарні імені Миколи Галицького (дитяча поліклініка) (м. Ніжин, вул. Московська, 21); Одеський СДНЗ «Ясла-садок» № 193 компенсуючого типу Одеської міської ради Одеської області (м. Одеса, вул. Гайдара 14а); Комунальний заклад «Дошкільний навчальний заклад (Ясла-садок) № 2 «Буратіно» м. Білгорода-Дністровського Одеської області (вул.. Сонячна, 10); Державний комплекс соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Миколаїв, вул. 3 Слобідська, 55).

Загальна кількість задіяних у дослідженні - 261 дитина: з них 73 дитини - це діти з ДЦП та 188 - діти із ізольованою дизартрією розвитку (ІДР). Залучалися до співпраці логопеди дошкільних навчальних закладів, вихователі, батьки дітей. Експериментальне дослідження проводилося протягом 2012-2017 н.р.

Підготовчий етап

Напрямок дослідження: медико-психологічний

Базові показники забезпечення: пренатальний (інтранатальний) період розвитку, ранній моторний розвиток, ранній психо-емоційний розвиток, ранній мовленнєвий розвиток.

Зміст дослідження:

Даний етап обстеження передбачав аналіз раннього психофізичного розвитку дитини з дизартріями старшого дошкільного віку.

Основна *мета* медико-психологічного анамнезу – виявлення особливостей перебігу раннього фізичного та психічного розвитку дитини (1-

ий рік життя). Основний акцент на цьому етапі приділявся детальному аналізу домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку (1-ий рік життя) дитини-дизартрика (зі слів матері). Обов'язково бралися до уваги медичні заключення лікаря-невролога та дані проведення анкетування батьків.

О с н о в н и й е т а п

Напрями дослідження:

Блок I - нейропсихологічний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

Блок II – лінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

Блок III – психолінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

Блок IV - оцінювальний

Зміст обстеження:

I. Нейропсихологічний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

За основу дослідження нейропсихологічного компоненту усного мовлення дітей з дизартріями ми взяли нейропсихологічну діагностику в дошкільному віці Ж.Глозман, О.Потаніної, О.Соболевої, як найдоцільнішу, на наш погляд.

Базові показники забезпечення: дрібна, артикуляційна моторика та кінетика, кінестетичний, просторовий та динамічний праксис та гнозис, дослідження когнітивної сфери.

II. Лінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

За основу дослідження лінгвістичного компоненту усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях було використано методику психолого-педагогічного вивчення дітей різного віку із вродженими незрощеннями губи та піднебіння С.Коноплястої, - (основний етап,

лінгвопатологічне обстеження) - яка, на наш погляд, найглибше розкриває лінгвістичні аспекти, які нас цікавили.

Базові показники забезпечення експресивного рівня: звуко-складова структура слова, голос, дихання, просодика.

Базові показники забезпечення імпресивного рівня: фонематичні уявлення, фонематичний слух (сприймання), фонематична (слухова) увага, фонематичний (слуховий) контроль.

III. Психолінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями.

Базові показники забезпечення структурних одиниць мовленнєвої діяльності:
рівня називання (уявлення про слово, значення слова «слово», імпресивний та експресивний словник, словотворення та словозміна); *рівня смислового зв'язного мовлення* (розуміння фраз та логіко-граматичних конструкцій, зв'язне (монологічне, діалогічне) мовлення, дослідження текстових категорій (*зв'язності, послідовності та логіко-смислової організації тексту*)).

Таким чином, певний паттерн сформованості кожного із трьох базових складових усного мовлення і усієї системи взагалі, ми розглядали як основу логопедичного заключення.

Аналіз одержаних результатів проводився відповідно зазначеної у методиці програмної послідовності констатувального етапу дослідження. У процесі діагностики стану сформованості усного мовлення дітей з дизартріями (старший дошкільний вік) передбачено визначення п'яти рівнів (за шкалою балів) по кожному зазначеному у діагностичній методиці показнику сформованості усного мовлення та співставлення їх з нормативними показниками розвитку.

2.3. Агреговані результати дослідження стану сформованості структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

Проведення констатувального дослідження у чотирьох стратегічних напрямках (психолого-педагогічному, нейропсихологічному, лінгвістичному, психолінгвістичному) забезпечило можливість отримати багатоаспектні дані щодо актуального стану усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Результати психолого-педагогічного напрямку дослідження усного мовлення дітей з дизартріями (особливості раннього моторного, психоемоційного та мовленнєвого розвитку дітей-дизартриків) дали підстави розмежувати дітей з дизартріями на дві категорії дітей як носіїв дизартрії: 1) діти з *ДЦП* (73 дитини (28%); 2) та діти із *ІДР* (ізолювана дизартрія розвитку) – 188 дітей (72%). Більш того, вдалося визначити навіть підкатегорії дітей із *ІДР*: а) *діти з дизартріями* на фоні резидуально-патологічно зміненому ґрунті – складних органічних уражень головного мозку (*СОУГМ*, 10 дітей (4%) - (пухлини головного мозку, гідроцефалії, черепно-мозкові травми тощо); б) *діти з дизартріями* без складних уражень головного мозку (*БСУГМ*, 178 дітей (68%).

Результати нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного напрямів вивчення усного мовлення дітей-дизартриків різних категорій та з різними формами дизартрії (синдромологічний підхід) забезпечили можливість здійснити об'ємний якісно-кількісний аналіз актуального стану сформованості УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку та виявити сильні та слабкі ланки кожного структурного компонента УМ у дітей різних категорій з дизартріями старшого дошкільного віку.

Міждисциплінарний підхід до теорії усного мовлення як складного багаторівневого процесу та змісту комплексного діагностичного обстеження УМ, дозволив здійснити не лише якісно-кількісну оцінку стану

сформованості базових компонентів УМ у дітей різних категорій з дизартріями, але й співвіднести узагальнені результати з унікальною моделлю програмного забезпечення усного мовлення Т. Ахутіної, що дозволило здійснити вперше в логопедії *профільно-модульний аналіз* УМ дітей різних категорій з дизартріями.

Трьохкомпонентний аналіз (*нейропсихологічний, лінгвістичний, психолінгвістичний*) усного мовлення дітей з дизартріями дозволив розкрити як *глибину (якість)* дефекту УМ при дизартріях – описати *профілі (симптомокомплекси)* УМ дітей-дизартриків, так і його *тяжкість* – визначити *модулі (рівні)* – *кількісну оцінку* - УМ дітей-дизартриків різних категорій.

За визначеннями більшості тлумачних словників (В. Даль, С. Ожегов, Т. Єфремова, «Малий академічний словник української мови») *профіль*—це: 1) сукупність параметрів та характеристик, що визначають сутність явища, поняття і предмета (напр., профіль місцевості, профіль компанії); 2) подовжній перетин, вертикальний розріз; 3) спрямованість, спеціалізація (наприклад, профіль діяльності, профільне навчання).

А тому, *профіль усного мовлення* у нашому дослідженні визначено як сукупність симптомів (симптомокомплекс=синдром), який визначається *якісним* станом сформованості нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного компонентів усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях різних категорій.

«Розріз» (аналіз із середини) УМ дітей різних категорій з дизартріями з позиції міждисциплінарного підходу дозволив зрозуміти глибинні механізми дизонтогенезу мовленнннєвої діяльності дітей-дизартриків та *схарактеризувати* основні симптоми порушень УМ у дітей різних категорій дітей з дизартріями. Симптоматичний аналіз дозволив виділити *варіанти профілів УМ* дітей різних категорій з дизартріями та описати їх. Саме це, на нашу думку, дало підстави визначити необхідність забезпечення

диференційованого змісту логопедичної роботи по подоланню вад УМ у дітей різних категорій при дизартріях.

Системний аналіз отриманих результатів дозволив виділити два ядерні варіанти профілів УМ у дітей різних категорій з дизартріями: *умовно-нормативний (онтогенетичний)* – той, що затриманий лише у темпах розвитку та *ненормативний (дизонтогенетичний)* – порушений: а) класична («чиста») дизартрія (ФФНМ); б) дизартрія у контексті комбінованого мовленнєвого дефекту (дизартрія+заїкування; дизартрія+алалія).

Щодо модуля, то загалом, *модуль* (від лат. *modulus* - міра), визначається як «... відносно самостійна частина якої-небудь системи, організації» (одне із значень поняття «модуль» за «Тлумачним словником» С.Ожегова, «Тлумачним словником української мови»). Іншими словами, модуль – це *міра* яких-небудь величин. У нашому дослідженні такою мірою ми вважаємо кількісні показники у рівнях усного мовлення. Тобто, *модуль усного мовлення* (МУМ) – *рівнева кількісна оцінка якісного стану усного мовлення*, тобто відповідного профілю УМ у дітей різних категорій з різними формами дизартрії. Нами виділено наступні *модулі УМ*: *помірно порушений* (рівень: *достатній*); *середньо порушений* (рівень: *середній*); *важко порушений* (рівень: *важкий*); *глибоко порушений* (рівень: *низький*); *тотально порушений* (рівень: *вкрай низький*). *Решітку варіантів модулів УМ* дітей з дизартріями старшого дошкільного віку визначили на підставі кількісних (рівневих) показників структурних компонентів УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного), категорії дітей з дизартріями (ДЦП, ІДР (діти із СОУГМ та БСУГМ) та кількості дітей. Де, ПП –помірно порушений, СП – середньо порушений, ВП – важко порушений, ГП – глибоко порушений, ТП – тотально порушений; НПКУМ – нейропсихологічний компонент УМ; ЛКУМ – лінгвістичний компонент УМ; ПСЛКУМ – психолінгвістичний компонент УМ; ІДР – ізольована дизартрія розвитку, ДЦП – дитячий церебральний параліч.

Модуль УМ	Структурні компоненти УМ			Категорія дітей	Кількість дітей (%)
	НПКУМ	ЛКУМ	ПСЛКУМ		
ПП	165-179 б.	150-164 б.	135-149 б.	ІДР ДЦП	23,6 1,4
СП	150-164 б.	135-149 б.	120-134 б.	ІДР ДЦП	18,3 2,8
ВП	135-149 б.	120-134 б.	105-119 б.	ІДР ДЦП	8,5 10,3
ГП	120-134 б.	105-119 б.	90-104 б.	ІДР ДЦП	3,7 9,1
ТП	105-119 б.	90-104 б.	75-89 б.	ІДР ДЦП	18,2 4,1

Табл. Решітка модулів усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

Можна сказати, що *профільно-модульний* аналіз УМ - це своєрідний логопедичний *естапп* зв'язку результатів *покомпонентного* аналізу УМ дітей різних категорій при дизартріях із *моделлю програмного забезпечення* УМ. Таким чином, нам вдалося отримати об'ємну картину про актуальний стан УМ дітей різних категорій з різними формами дизартрії старшого дошкільного віку, використавши *профільно-модульний* аналіз УМ. Суть *профільно-модульного* аналізу УМ дітей з дизартріями різних категорій полягав у глибині розуміння етіопатогенетичної природи формування УМ у дітей при дизартріях.

Так, *умовно-нормативний (онтогенетичний)* варіант профілю УМ дітей з дизартріями різних категорій і *достатній* (помірно порушений) модуль УМ при ФНМ та *середній* (середньо порушений) модуль УМ при ФФНМ показало 157 дітей з ІДР (60%) та 10 дітей з ДЦП (4%). Це стало можливим на підставі експериментально одержаних результатів та особливостей кожного компоненту усного мовлення (УМ).

Стан *нейропсихологічного компоненту* усного мовлення дітей *онтогенетичного профілю УМ* як *достатнього так і середнього модулів УМ* характеризувався специфічними порушеннями орального та динамічного праксису. Їх специфічність, на нашу думку, виражалася у незначних проявах

усіх тонусно-м'язевих станів органів артикуляції. Йдеться про дітей із *артикуляційними диспраксіями (АД)*. Саме ця ланка – ланка орального та динамічного праксису – визначена нами як слабка. Сильна ланка нейропсихологічного компоненту зазначеного *профілю та модулів УМ* виділена на підставі збереженості гностичних функцій та інтелекту.

Слід відмітити, що такі особливості нейропсихологічного компоненту УМ в основному спостерігалися у дітей з ІДР (149 дітей (57, 4%). І значно менший відсоток (4%) АД діагностувалася у дітей з ДЦП (10 дітей) – саме при парезі нижніх кінцівок. Це підкреслювало залежність артикуляційної моторики дітей від стану моторної функції пальців рук.

Варто окремо наголосити на дітях, які складали найменш чисельний відсоток дітей з дизартріями: 8 дітей (3,1%) з ізольованою дизартрією розвитку 5 дітей БСУГМ, 3 дитини зі СОУГМ). У цих дітей не виявлена жодна слабка ланка нейропсихологічного компоненту УМ, окрім порушень загальної та дрібної моторики, що обумовлено первинними порушеннями опорно-рухового апарату у дітей-дизартриків при ДЦП, а у дітей з ІДР як наслідок складних органічних уражень головного мозку. Але віднести їх до категорії дітей-дизартриків нам дозволили особливості наступного компоненту УМ – *лінгвістичного*.

Найслабша ланка *лінгвістичного компоненту УМ* у цих дітей відмічена як порушення просодичної площини, відповідно порушення дихання та голосу. Інші показники експресивного мовлення – звуковимова – збережені, відповідно і показники імпресивного рівня в нормі. Такі діти виявили до себе неабияку зацікавленість. Ми запропонували новий термін щодо логопедичного заключення для таких дітей – це діти з *просодичним дефіцитом (ПД)*. Модуль УМ виділений як *помірно порушений*.

Стан лінгвістичного компоненту усного мовлення решти дітей (дітей із АД усіх категорій: 149 д. з ІДР та 10 дітей з ДЦП) характеризувався слабкою ланкою експресивного рівня: порушення звуковимови – 1-ий рівень звукових порушень – та сильною ланкою імпресивного рівня при ФНМ (фонематичні

процеси в нормі). У дітей із ФФНМ зазначена слабка ланка експресивного рівня – звуковимова (2-ий рівень звукових порушень) та імпресивного рівня – фонематичні процеси порушені.

Сильною (достатньо сформованою) ланкою лінгвістичного компоненту УМ дітей з АД усіх категорій і при ФНМ і при ФФНМ виявлена ланка експресивного рівня – саме просодична площина.

Стан психолінгвістичного компоненту усного мовлення усіх категорій дітей-дизартників *онтогенетичного профілю УМ як достатнього так і середнього модулів УМ виявився нормованим*: стан рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення фактично збережені (в основному діти володіли лексичними та синтаксичними висловлюваннями, можна сказати про відносну збереженість текстових категорій усного мовлення).

Таких дітей ми умовно віднесли до ***I групи***, у якій виділили дві підгрупи: *підгрупа А (діти із АД: ФНМ, ФФНМ); підгрупа Б (діти із ПД)*.

Таким чином, особливості стану показників базових компонентів УМ дітей –дизартників (АД, ПД) різних категорій забезпечив можливість аналізу моделі породження усного мовлення (Т. Ахутіна) у таких дітей. Порушення усного мовлення (УМ) ***I групи*** (АД, ПД) дітей-дизартників обумовлене лише специфічним відхиленням етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку) – для дітей з АД. Саме у цьому на наше переконання криється причина порушень лінгвістичного компоненту усного мовлення у дітей з дизартріями. Останні три етапи (рівні) програмування мовлення виявилися відносно збереженими (рівень внутрішньої (смислової) програми висловлювання; рівень семантичної структури речення, рівень лексико-граматичної структури речення).

Саме виділення просодичного дефіциту (ПД) у дітей-дизартників різних категорій дозволило нам розширити наше уявлення про поняття моторної програми синтагми, що є надзвичайно важливим для розуміння

структури дефекту УМ при дизартріях. На підставі емпіричного аналізу актуального стану сформованості компонентів УМ за допомогою профільно-модульного аналізу УМ дітей-дизартриків різних категорій через призму зв'язку із унікальною теорією породження мовлення Т. Ахутіної ми наважились зробити свої доповнення щодо механізму проявів моторної програми синтагми. Ми з упевненістю можемо заявити, що до двох основних рівнів моторної кінетичної організації мовлення (моторної програми синтагми) за Т. Ахутіною - це рівень моторного (кінетичного) програмування мовлення та рівень вибору артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку), - слід віднести і третій, визначений нами, рівень – це *рівень регуляції інтонації (просодичної площини як програми (способу та реалізації побудови задуманого)*. Відповідно, *просодичний дефіцит* – це порушення третього рівня моторної програми синтагми - *рівня регуляції інтонації*.

Таким чином, на підставі аналізу зв'язку особливостей базових показників УМ дітей з дизартріями різних категорій з моделлю породження мовлення ми визначили *профіль УМ* як *онтогенетичний* (умовно-нормативний) та при цьому виділили два основні *модулі УМ* як *достатній*(помірно порушений) у дітей з *ФНМ при дизартріях* та *середній* (середньо порушений) у дизартриків з *ФФНМ*.

Профільно-модульний аналіз, у свою чергу, дозволив нам зробити наступні заключення щодо проявів дизартричних розладів у дітей з даним профілем та модулями УМ. Це діти або із порушеннями іннервації артикуляційного апарату - артикуляційною диспраксією (АД) -, або діти із порушеннями лише просодичної площини. Це діти з просодичним дефіцитом (ПД). Є усі підстави розглядати дані мовленнєві патології як *легкі* прояви дизартричних розладів, які ми віднесли до мінімальних дизартричних розладів (МДР).

Іншими словами, профільно-модульний аналіз УМ дітей-дизартриків різних категорій забезпечив можливість класифікувати дизартрію за ступенем тяжкості. *Мінімальні дизартричні розлади (МДР)* ми визначили як

1-ий (легкий) ступінь дизартричних розладів, при яких спостерігаються порушення або іннервації артикуляційного апарату, або просодичної площини усного мовлення дитини-дизартрика. До МДР ми віднесли артикуляційні диспраксії (АД) та запропонований нами термін «просодичний дефіцит» (ПД). По суті цей ступінь дизартричних розладів не є класичною «чистою» дизартрією і саме МДР спостерігаються при онтогенетичному профілі УМ.

Отже, на підставі викладеного, ми мали змогу розширити зміст *онтогенетичного (умовно-нормативного) профілю УМ* дітей-дизартриків різних категорій, зазначаючи ступінь дизартричних розладів. *Онтогенетичний профіль УМ* зазначений у дітей з 1-им (легким) ступенем дизартричних розладів, у дітей із МДР: діти з АД мають модуль УМ - помірно порушений у дітей з ФНМ ; модуль УМ - середньо порушений у дітей ФФНМ, а у дітей з ПД модуль УМ виділений лише як *помірно-порушений*.

Наступний варіант профілю УМ – ***дизонтогенетичний***– виділено у більшості дітей-дизартриків різних категорій. При цьому зазначено модулі УМ у дітей як *середньо порушений, важко порушений, глибоко порушений та тотально порушений*. У свою чергу ми виділили два підваріанти ***дизонтогенетичного профілю УМ*** дітей різних категорій з дизартріями: а) ***класична («чиста») дизартрія***; б) ***дизартрія у контексті комбінованого мовленнєвого дефекту*** (дизартрія+заїкування та дизартрія+моторна алалія).

Класичну «чисту» дизартрію дизонтогенетичного профілю УМ ми виділили на підставі наступних особливостей покомпонентного аналізу УМ дітей з дизартріями різних категорій (34 д. (13,2%) діти з ДЦП, 10 д. (3,7%) діти із ІДР, СОУГМ) (безумовно, у контексті подальшого аналізу їх зв'язку із моделлю програмного забезпечення Т. Ахутіної).

Особливості нейропсихологічного компоненту УМ дітей різних категорій з дизартріями зазначеного профілю УМ характеризувався наявністю вираженої слабкої ланки орального та динамічного праксису.

В результаті чого нами були виявлені виражені тонусні порушення м'язів органів артикуляції у дітей з ДЦП (за допомогою лікаря-невролога) та виділені такі форми дизартрії, враховуючи синдромологічний підхід: *спастико-паретичну* (спастичність+гіпотонія), *спастико-ригідну* (спастичність+ригідність), *гіперкінетичну* (дистонія+гіпотонія), *атактичну* (гіпотонія) та *мішані* форми дизартрії (спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну, спастико-атактико-гіперкінетичну). Слід зазначити, що подібні тонусні стани ми спостерігали і у дітей з ІДР.

Щодо рівня інтелекту, то у дітей з ІДР при *класичній дизартрії* він виявився відносно збереженим, що дозволило нам виділити цю ланку нейропсихологічного компоненту УМ у дітей з ІДР як сильною.

Виявився різний стан і *лінгвістичного компоненту УМ* у дітей різних категорій при *класичній «чистій» дизартрії дизонтогенетичного профілю УМ*. Слабкими ланками у більшості дітей визначені як експресивний рівень (порушення звуковимови, просодичної площини, дихання, голосоутворення), такий імпресивний рівень (порушення усіх фонематичних процесів: уявлення, приймання, уваги та контролю). Йдеться про дітей з ФФНМ (2-им та 3-ім рівнями звукових порушень).

Але виявлені й такі діти-дизартрики, у яких імпресивний рівень лінгвістичного компоненту УМ виявився збереженим (усі фонематичні процеси в нормі). Це були діти з ФНМ: 1-ий рівень звукових порушень.

Проте, ми спостерігали різний стан сформованості не лише звукових порушень, але і просодики дітей при класичній дизартрії як у дітей при ДЦП так і ІДР. Слід зазначити, що стан просодії не завжди залежав від рівня звукових порушень у дітей з дизартріями. Різний стан просодичної площини, визначався, на нашу думку, характером тонусних порушень артикуляційного апарату у дітей з дизартріями. Найскладніший стан просодики відмічено при атактичній та гіперкінетичній формах дизартрії як у дітей з ДЦП так й ІДР.

Наше пояснення даного явища (просодики) із проявами порушень тонусу м'язів артикуляційного апарату підкреслювало зв'язок просодії із

моторною програмою синтагми, тим самим ще раз відмітили та підкреслили визначений нами *рівень регуляції інтонації* як необхідний складовий до основних рівнів моторної програми синтагми.

Стан *психолінгвістичного* компоненту усного мовлення дітей різних категорій при класичній «чистій» дизартрії *дизонтогенетичного профілю УМ* виявився відносно збереженим. В основному діти володіли лексичними та синтаксичними висловлюваннями. Незначні відмінності полягали у стані сформованості рівня називання: у дітей з ДЦП помітно збіднений словник, що обумовлено ЗПР при ДЦП (на відміну від дітей з ІДР). У дітей з 3-ім рівнем звукових порушень при ДЦП (спастико-паретична, гіперкінетична форми дизартрії) були відмічені також лексико-граматичні порушення УМ (рівень смислового зв'язного мовлення: текстова категорія – категорія зв'язності), відповідно, ланка психолінгвістичного компоненту УМ у них визнана як частково слабка (16 дітей з ДЦП (6,8%).

При таких якісних особливостях УМ дітей різних категорій при класичній дизартрії нами виявлені кількісні показники базових компонентів УМ. Виділено модулі УМ при класичній «чистій» дизартрії як то: *середньо порушений, важко порушений та глибоко порушений*.

Дітей з класичною «чистою» дизартрією ми умовно віднесли до **II групи**, у якій виділили дві підгрупи: підгрупа А (діти із ФНМ); підгрупа Б (діти із ФФНМ), підгрупа В (діти із ЗНМ).

Таким чином, особливості стану показників базових компонентів УМ **II групи** дітей-дизартриків різних категорій забезпечили можливість аналізу моделі породження усного мовлення у таких дітей. Порушення усного мовлення (УМ) **II групи** дітей-дизартриків обумовлене, в основному, відхиленням етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування, вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку) та рівнем регуляції інтонації. Саме у цьому криється причина порушень лінгвістичного компоненту усного мовлення у дітей з дизартріями. У дітей з

3-ім рівнем звукових порушень спостерігались відхилення рівня лексико-граматичної структури речення. Останні два етапи (рівні) програмування мовлення виявилися відносно збереженими (рівень внутрішньої (смислової) програми висловлювання та рівень семантичної структури речення). А тому, у дітей-дизартриків при ДЦП з 3-ім рівнем звукових порушень ми діагностували ЗНМ без алалічної симптоматики.

Таким чином, на підставі аналізу зв'язку особливостей базових показників УМ дітей з дизартріями різних категорій з моделлю породження мовлення, ми визначили *профіль УМ* як *дизонтогенетичний* (порушений): класична «чиста» дизартрія (діти з ФНМ, ФФНМ, ЗНМ), а *модулі УМ*: *середньо порушений, важко порушений та глибоко порушений*.

Така специфічність якісно-кількісного аналізу УМ дітей різних категорій з дизартріями, яка виявилась своєрідною проекцією дизонтогенетичного профілю УМ класичної «чистої» дизартрії та модулів УМ як то *середньо порушеного, важко порушеного та глибоко порушеного*, дозволила нам продовжити класифікацію дизартрії за ступенем тяжкості. Відповідно, нами виділено такі наступні ступені дизартричних розладів як 2-ий ступінь: виражені дизартричні розлади (*виражену дизартрію*) та 3-ій ступінь: глибокі дизартричні розлади (*глибоку дизартрію*) у дітей різних категорій.

До 2-го ступеня дизартричних розладів нами віднесено такий симптомокомплекс, який логічно назвати *вираженою дизартрією (ВД)* – це *виражений ступінь дизартрії*. Йдеться про системні порушення лінгвістичного компоненту УМ такого рівня, коли суттєво страждає і звуковимова, як наслідок порушень іннервації артикуляційного апарату, і просодичний компонент мовлення, як наслідок порушень систем дихання та голосоутворення. При цьому експресивне мовлення дитини із *ВД* залишається зрозумілим для оточуючих. Проте можна зазначити різний стан вираженої дизартрії, який визначає профіль УМ та модуль УМ (якісно-кількісна оцінка).

Виражена дизартрія при класичній «чистій» дизартрії має прояв у дітей з ДЦП (28 дітей (13,2%) та ІДР (СОУГМ, 10 дітей (3,7%): модуль УМ – *середньо-порушений* (при ФНМ) та *важко порушений* (ФНМ+глибокі порушення просодії (атактична, гіперкінетична форми дизартрій) та діти з ФФНМ (2-ий рівень звукових порушень).

3-ій ступінь дизартричних розладів – глибокий. Це *глибока дизартрія (ГД)* - системні симптоматичні порушення усного мовлення в такій мірі, при якій мовлення дитини малозрозуміле (або не зрозуміле) для оточуючих; зрозуміле лише для близького соціального оточення. *Глибока дизартрія* при класичній «чистій» дизартрії зустрічається у дітей лише з ДЦП: модуль УМ – глибоко порушений. Це діти із ЗНМ (II-III рівень). Можна сказати, що глибока дизартрія - це помежовий стан між анартрією та вираженою дизартрією у дітей з ДЦП (16 дітей (6,8%).

По суті, саме *виражений та глибокий ступені дизартрії* – ВД (виражена дизартрія) та ГД (глибока дизартрія) – є класичною «чистою» дизартрією. Класичну «чисту» дизартрію (виражений ступінь) як дизонтогенетичний профіль УМ ми зустрічали у дітей з ІДР лише із СОУГМ.

Результати констатації дозволили нам зробити наступний висновок: профільно-модульний аналіз виявив можливість виділити ступені дизартричних розладів і в той же час ми усвідомлювати, що різний стан ступенів дизартричних розладів визначає профільно-модульний аналіз УМ дітей-дизартриків різних категорій. Так, наприклад, при вираженій дизартрії (дизонтогенетичний профіль УМ, класична «чиста» дизартрія) ми зазначили різні модулі УМ: середньо порушений та важко порушений. Це засвідчувало, з одного боку, про взаємозв'язок та взаємообумовленість між якістю та кількістю мовленнєвого дефекту, з іншого - запевняло нас, що в одній якості кількісні показники можуть проявлятися по-різному. На нашу думку, це підтверджувало той факт, що між якісними та кількісними показниками навіть одного мовленнєвого дефекту прямий причинно-наслідковий зв'язок не завжди прослідковується. Близькі за походженням якісно-кількісні

операції мають близький субстрат (клітини, кровопостачання, нейромедіатори), а тому операції-родичі, які страждають в одному синдромі, кількісно можуть страждати по-різному.

Решту дітей-дизартриків різних категорій об'єднувало те, що на тлі основної мовленнєвої вади – дизартрії, були виявлені інші мовленнєві патології. Це дозволило нам виділити **комбінований дефект дизонтогенетичного профілю УМ дітей різних категорій з дизартріями: а) дизартрія+заїкування; б) дизартрія+моторна алалія**. Нами були виявлені діти з дизартрією та ринолалією одночасно, але такі діти не брали участі в експерименті, оскільки достатньо досліджені С. Коноплястою («Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією»).

Наступні особливості актуального стану УМ дітей з дизартріями різних категорій (у контексті зв'язку з моделлю програмного забезпечення) дозволили нам виділити **комбінований дефект дизонтогенетичного профілю УМ дітей різних категорій з дизартріями – дизартрія+заїкування**.

Стан сформованості *нейропсихологічного* компоненту УМ дітей з дизартрією та заїканням різних категорій характеризувався слабкою ланкою – це порушення оральної динамічної праксису та мовної ланкою – збереженістю гностичних функцій та інтелекту.

Щодо стану сформованості *лінгвістичного* компоненту УМ дітей різних категорій з дизартріями, то його особливості мали специфічний характер. Системне порушення експресивного рівня супроводжувалося порушеннями темпо-ритмічної організації мовлення, яке обумовлене судомним станом мовленнєвого апарату. Ми виділили різний ступінь *заїкування*: легкий ступінь (клонічний характер), неврозоподібна форма (13 дітей з ІДР (6,7%), МДР); середній ступінь (13 дітей з ДЦП (6,8%), ВД) та важкий ступінь (клоно-тонічний характер), комбінована форма (3 дитини (2,2%) з ДЦП; ГД). Відповідно ця ланка визначена нами як слабка.

Різним виявився і стан сформованості імпресивного рівня лінгвістичного компоненту УМ у дітей різних категорій з дизартріями+заїкання: фонематичні процеси (слух, увага, контроль) в нормі у дітей з ФНМ (1-ий рівень звукових порушень; спастико-паретична форма дизартрії). Ланка визначена сильною. У дітей з ФФНМ (2-ий рівень звукових порушень, спастико-ригідна, спастико-паретична форма дизартрій) у одних в нормі фонематична увага та контроль (фонематичне сприймання порушене); у інших – порушення усіх фонематичних прикмет (3-ій рівень звукових порушень; спастико-паретична, гіперкінетична форми дизартрії). Відповідно, ланка імпресивного рівня УМ у дітей з ФФНМ визнана як слабка.

Стан сформованості *психолінгвістичного* компоненту УМ у дітей різних категорій з дизартріями при легкому та середньому ступенях заїкування виявився відносно збереженим. Структурні одиниці мовленнєвої діяльності (стан рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення) фактично збережені: в основному, діти володіють лексичними та синтаксичними висловлюваннями, можна сказати про відносну збереженість текстових категорій усного мовлення.

Щодо дітей-дизартриків з важким ступенем заїкування, то ми спостерігали у них порушення граматичного значення слова: порушений стан граматичної системи слова та граматичної системи словотворення (при дослідженні рівня називання). Рівень смислового зв'язного мовлення порушений лише на рівні граматичних зв'язків між реченнями та його частинами (членами речення).

Такі покомпонентні особливості УМ дітей різних категорій з дизартріями та заїкуванням забезпечили можливість аналізу моделі породження усного мовлення у таких дітей. Порушення усного мовлення дітей-дизартриків із заїкуванням описаної групи обумовлене, в основному, лише двома етапами (рівнями) програмного забезпечення: *по-перше*, етапом моторного забезпечення, що є онтогенетичним відхиленням усного мовлення при дитячій дизартрії (при легкому, середньому та важкому ступенях

заїкування), *по-друге* – етапом (рівнем) лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем) – у дітей-дизартриків з важким ступенем заїкування. Останні два рівні програмного забезпечення усного мовлення (рівень внутрішньої (сміслової) програми висловлювання та рівень семантичної структури речення виявилися збереженими.

Такі особливості актуального стану структурних компонентів УМ у взаємозв'язку із рівнями програмного забезпечення виявили можливість визначити профіль УМ дітей з дизартріями різних категорій як то дизонтогенетичний профіль, а саме дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту – дизартрія+заїкування та виділити таких дітей до **III групи**, у складі якої виділили **підгрупу А** (ФНМ, легкий ступінь заїкування; модуль УМ - помірно порушений), **підгрупу Б** (ФФНМ, середній ступінь заїкування; модуль УМ – середньо порушений), **підгрупу В** (ЗНМ без алаїчної симптоматики, важкий ступінь заїкування; модуль УМ – важко порушений).

Слід зазначити, що при профільно-модульному варіанті УМ дизартрія+заїкування різних категорій спостерігали такі ступені дизартрії: МДР (АД) у дітей з ІДР (13 дітей (4,2%); виражена дизартрія (ВД) у дітей з ДЦП (13дітей (12,3%) та ІДР (5 дітей (12,2%); глибока дизартрія (ГД) у дітей з ДЦП (9 діт. 11,2%).

Наступний дизонтогенетичний профіль УМ дітей різних категорій з дизартріями у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - дизартрія+моторна алаїя (16 дітей (6,2%) з ВД; 34 дитини (13,4%) з МДР – це діти з ІДР та 8 дітей (3,1%) з ВД, 3дит. (1,1%) з ГД – це діти з ДЦП).

У дітей-дизартириків різних категорій комбінованого дефекту дизонтогенетичного профілю УМ *дизартрія+моторна алаїя* виявилися як специфічні (атипові) так і типові симптоми порушень усного мовлення при дизартріях. У дітей спостерігалось поєднання порушень усіх компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного). Дефекти звуковимови, просодичної площини

(лінгвістичний компонент УМ) пов'язані із вродженими дефектами моторного управління, порушеннями кінетичного праксису, що є типовим для порушення усного мовлення у дітей-дизартриків. Йдеться про тісний зв'язок лінгвістичного та нейропсихологічного компонентів усного мовлення, які у моделі породження мовлення знайшли своє відображення на етапі моторної кінетичної організації («моторна програма синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку). Поруч з цим в усному мовленні дітей зазначеного профілю УМ нами виявлені грубі порушення рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення при дослідженні стану психолінгвістичного компоненту усного мовлення: низький рівень та практична його відсутність сформованості значення слова (лексичного, граматичного), «семантичного» поля слова, смислу слова, його поняття; відмічалась несформованість основних форм зовнішнього усного мовлення (діалогічного, монологічного). Дослідження текстових категорій підтверджують складність стану усного мовлення у дітей даної групи: порушені предикативні смислові зв'язки, зв'язки предикативної пари з другорядними членами речення; відсутні смислові зв'язки між частинами оповідання, логічні та граматичні зв'язки між реченнями, зв'язок між частинами (членами речення), характерна незавершеність вираження думки. Виявлені основні порушення послідовності тексту, як вербального твору: пропуски, перестановка членів послідовності, змішання різних рядів послідовності. Повна відсутність логіко-смислової організації тексту. Низький рівень показників текстових категорій (його зв'язність, послідовність, логіко-смислова організація) говорить також і про стан інтелектуальної сфери, який виявився затриманим. Це підтвердилось результатами аналізу нейропсихологічного компоненту усного мовлення.

Такі системні порушення психолінгвістичного компоненту усного мовлення дітей різних категорій при дизартріях, обумовлені, на наш погляд, відхиленнями у розвитку наступних етапів (рівнів) програмування мовлення:

1) етапом внутрішньої (сислової) програми висловлювання, на якому здійснюється «сислове синтаксування» та вибір смислів у внутрішньому мовленні для розгорнутого висловлювання; 2) рівнем семантичної структури речення, на якому відбувається семантичне синтаксування та вибір мовних значень слів; 3) рівнем лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем). Зазначене засвідчує про тотальне порушення усіх рівнів процесу *програмування* моделі механізму породження мовленнєвого висловлювання, що дозволяє нам виявити *алалічну симптоматику при дизартрії*.

А тому, на підставі викладеного *профіль УМ* дітей з дизартріями різних категорій ми визначили як *дизонтогенетичний - дизартрія у контексті комбінованого мовленнєвого дефекту (дизартрія+моторна алалія)*, - а модуль *УМ* - як *вкрай низький (тотально порушений)*. Дітей з такими особливостями *УМ* ми умовно віднесли до *IV групи*.

Слід зазначити, що при профільно-модульній картині (дизартрія+моторна алалія) ми спостерігали такі ступені тяжкості дизартричних розладів: МДР (АД+моторна алалія) у дітей з ІДР (БСУГМ) – 34 дит. (13%), виражену дизартрію (ВД+моторна алалія) у дітей різних категорій: 16 діт. (6%) у дітей з ІДР (БСУГМ); 8 діт. (3%) у дітей з ДЦП. Глибока дизартрія у складі моторної алалії мала прояв лише у дітей з ДЦП (5 діт (2%).

Важко сказати, яка із мовленнєвих вад у комбінованому порушенні є первинним дефектом, а яка вторинним. Проте, якісна оцінка стану показників усного мовлення дітей з дизартріями забезпечила можливість співставити прояв двох складних мовленнєвих вад (дизартрії та алалії) у контексті індивідуального розвитку - виявити провідну (домінуючу) ваду із двох. Так, при провідній дизартрії у дітей спостерігається більш порушений рівень моторної кінетичної організації, проте фонематичні уявлення, слух, увага та контроль, порушення рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення більш збережені на відміну від дітей з провідною алалією.

Якісна оцінка стану показників усного мовлення дітей з дизартріями також дозволила нам поглиблено проаналізувати зв'язок мовленнєвого дефекту при дизартріях із станом немовленнєвих функцій: з однієї сторони, отримані дані безумовно підтверджують цей зв'язок, з другої – запевняють нас, що між мовленнєвим та немовленнєвим дефектом прямого причинно-наслідкового зв'язку не існує. Близькі за походженням мовленнєві та немовленнєві операції мають близький субстрат (клітини, кровопостачання, нейромедіатори), а тому операції-родичі страждають в одному синдромі, але кількісно можуть страждати по-різному.

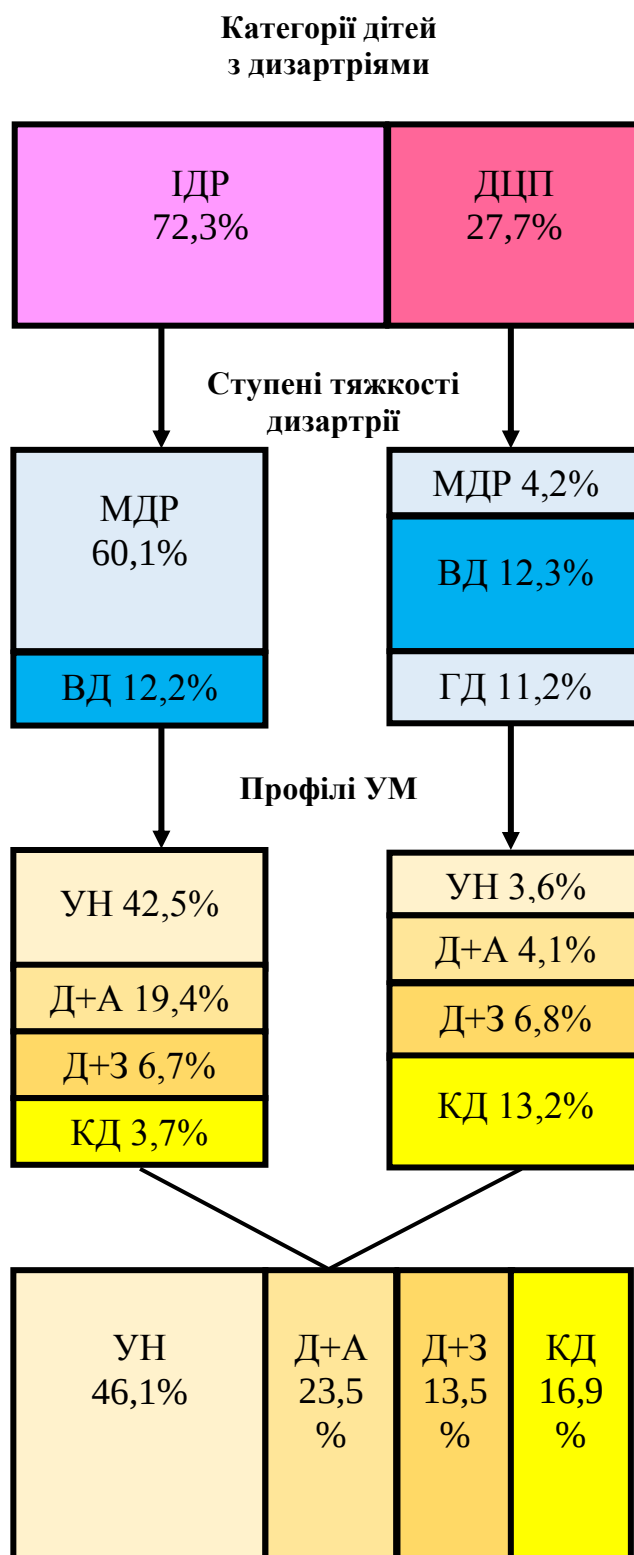
Саме цей факт і підтвердив здійснений нами профільно-модульний (якісно-кількісний) аналіз УМ дітей з дизартріями різних категорій

Таким чином, особливості профільно-модульного аналізу УМ дозволили нам виділити такі *клінічні* групи дітей з дизартріями: I група - профіль УМ - онтогенетичний (умовно-нормативний (46,1%); підгрупа А (діти із АД: ФНМ (МУМ - помірно порушений); ФФНМ (модуль УМ - середньо порушений); підгрупа Б (діти із ПД; модуль УМ - помірно порушений): 42,5% - діти з ІДР, 3,6% діти з ДЦП; II група - профіль УМ – дизонтогенетичний; класична «чиста» дизартрія (16,9%); підгрупа А (діти із ФНМ; модуль УМ – середньо порушений); підгрупа Б (діти із ФФНМ; модуль УМ - важко порушений), підгрупа В (діти із ЗНМ; модуль УМ - глибоко порушений): 3,7% - діти з ІДР, 13,2% - діти з ДЦП; III група - профіль УМ – дизонтогенетичний; дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту – дизартрія+заїкання (13,5%); підгрупа А (ФНМ, легкий ступінь заїкування; модуль УМ - помірно порушений), підгрупа Б (ФФНМ, середній ступінь заїкування; модуль УМ – середньо порушений), підгрупу В (ЗНМ без алалічної симптоматики, важкий ступінь заїкання; модуль УМ – важко порушений): 6,7% - діти з ІДР, 6,8% - діти з ДЦП; IV група - профіль УМ – дизонтогенетичний; дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - дизартрія+моторна алалія (23,5%); модуль УМ - як вкрай низький (тотально порушений): 19,4 % - діти з ІДР, 4,1% - діти з ДЦП.

Отже, проведений *профільно-модульний* аналіз УМ дітей різних категорій з різними формами дизартрії забезпечив можливість здійснити класифікацію дизартрії за ступенем тяжкості. Ми виділили такі ступені дизартричних розладів: 1-ий ступінь дизартричних розладів – легкий (мінімальні дизартричні розлади (МДР, 60,1 % - діти з ІДР, 4,2% - діти з ДЦП) – це діти або з АД (артикуляційними диспраксіями), або з ПД (просодичним дефіцитом); 2-ий ступінь – виражений (ВД – виражена дизартрія; 12,2% - діти з ІДР, 12,3% - діти з ДЦП); 3-ій ступінь – глибокий (ГД – глибока дизартрія, 11,2% - діти з ДЦП).

З одного боку, така класифікація дизартрії нагадує класифікацію даної мовленнєвої вади *G. Tardien за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих* (перший, найлегший ступінь, коли порушення звуковимови виявляється тільки спеціалістом у процесі обстеження дитини; *другий* - порушення вимови помітні кожному, але мовлення зрозуміле для оточуючих; *третій* - мовлення зрозуміле тільки близьким дитини; *четвертий*, найважчий ступінь - мовлення відсутнє або незрозуміле навіть близьким дитини). З іншого – є щось подібне з теорією *О. Корнєва*, де вчений схиляється до класифікації *М. Morley*: дизартрії при дитячому церебральному паралічі (ДЦП), дизартрії при мінімальному розладі моторики та ізольована дизартрія розвитку.

При схожості на вище зазначені класифікації дизартрії з упевненістю можна заявити, що запропонована нами класифікація дизартрій за ступенем тяжкості осучаснена. Оскільки було експериментально забезпечено відображення у ній інноваційних підходів щодо діагностики та розуміння структури і механізмів порушень усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку; обґрунтування етіопатогенезу порушень дизартрій. Крім того, наша класифікація має свої стильові відмінності.



**Рис. 2.4. Розподіл дітей з дизартріями старшого дошкільного віку
за категоріями дітей, ступенем тяжкості дизартрії та профільним
варіантом УМ**

По-перше, на відміну від класифікації Тардьєна – лікаря-невролога - наша класифікація дизартрії за ступенем тяжкості базується на аналізі особливостей структурних компонентів усного мовлення у контексті зв'язку із рівнями програмного забезпечення УМ. По-друге, ступені дизартричних розладів у дітей різних категорій виявлені на підставі профільно-модульного (якісно-кількісного) аналізу УМ. Така класифікація обумовлена глибиною та тяжкістю порушень УМ при дизартріях, взаємозв'язком між структурою УМ, структурою та механізмами мовленнєвого дефекту при дизартріях, здатністю програмного забезпечення УМ.

Щодо класифікації О. Корнєва, то часткове її відображення виявилось як логічне обґрунтування результатів психолого-педагогічного напрямку дослідження УМ дітей з дизартріями (особливості раннього моторного, психоемоційного та мовленнєвого розвитку дітей-дизартриків). Іншими словами, теорія О. Корнєва у нашій класифікації представлена (частково) категоріями дітей з дизартріями. Крім того, нам вдалося категорію дітей з ізольованою дизартрією розвитку (ІДР) уточнити підкатегоріями: *дизартрії у дітей зі складними органічними ураженнями головного мозку (СОУГМ)* та *дизартрії у дітей без складних уражень головного мозку (БСУГМ)*.

Отже, є усі об'єктивні підстави вважати нашу класифікацію дизартрій за ступенем тяжкості більш точною, симптоматичною, логопедичною, обґрунтованою – інноваційною.

Саме це забезпечило наукове підґрунтя для *порівняльного аналізу дизартрій у дітей з ДЦП та ІДР* (у межах констатувального дослідження) та зробити свої висновки. Корнєв О. зазначав (2006): «...зіставлення досліджень ізольованої дизартрії розвитку та дизартрії при ДЦП ми не зустрічали. Практичний досвід, проте, засвідчує, що їх симптоматика помітно відрізняється» [57, с. 273].

Порівняльний аналіз дизартрій у дітей з ДЦП та ІДР нам вдалося зробити на підставі профільно-модульного аналізу стану сформованості УМ дітей різних категорій та виявити як *схожість*, так і *відмінність* між ними.

Схожість ми вбачали у наступному: *по-перше*, дизартрії у дітей як при ДЦП, так ІДР можуть бути як центральними так і периферичними. На нашу думку, саме розподіл дизартрій на *центральні та периферичні* дозволяє уточнити структуру мовленнєвого дефекту при ДЦП.

Ми вважаємо, що дизартрія може бути як *другим первинним дефектом* при ДЦП (у випадку наявності центральної дизартрії), так і *вторинним дефектом* при ДЦП (у випадку наявності периферичної дизартрії). У дітей при ІДР цей дефект лише первинний (у дітей як зі СОУГМ, так і БСУГМ).

По-друге, у дітей з дизартріями як при ДЦП, так ІДР спостерігаються подібні тонусні порушення м'язів артикуляційного апарату, відповідно, подібні *форми дизартрії*: спастико-паретична (спастичність+гіпотонія), спастико-ригідна (спастичність+ригідність), гіперкінетична (дистонія+гіпотонія), атактична (гіпотонія) та мішані форми дизартрії (спастико-гіперкінетична, спастико-атактична, спастико-атактико-гіперкінетична).

По-третє, у дітей з ІДР та при ДЦП мають прояв, в основному, усі профільно-модульні варіанти УМ: *онтогенетичний профіль УМ* (модуль УМ: помірно порушений та середньо порушений); *дизонтогенетичний профіль УМ*. Проте, слід зазначити, що дизонтогенетичний профіль УМ у дітей з ІДР має свою специфіку. Зокрема класична «чиста» дизартрія (модуль УМ: середньо порушений, важко порушений) спостерігалася у дітей при ІДР лише зі СОУГМ. Комбінований мовленнєвий дефект при дизартріях (дизартрія+моторна алалія та дизартрія+заїкування; модуль УМ: тотально порушений та важко порушений) ми спостерігали у дітей при ІДР без складних уражень головного мозку (БСУГМ). Щодо глибокого модуля УМ класичної дизартрії, то такий профільно-модульний варіант має місце лише у дітей з дизартріями при ДЦП.

Щодо *відмінностей* між дизартріями при ДЦП та ІДР, то ми їх вбачали лише у різних проявах *ступенів тяжкості дизартрії*.

У дітей з дизартріями при *ДЦП* спостерігалися усі ступені тяжкості дизартричних розладів (більший відсоток (14% (37 діт) *вираженої дизартрії*, значний відсоток (10% (26 діт.) *глибокої дизартрії*, інколи мали прояв мінімальні дизартричні розлади при *ДЦП* (4% (10 діт.).

При *ІДР* характерні мінімальні дизартричні розлади (157діт. (60,1%): 149 діт. (56,2%) з АД, 8 діт. (3,9%) з ПД) та виражені дизартрії (31 діт.(12,2%). І ніколи не зустрічали *глибокої дизартрії* при *ІДР* (навіть у дітей зі складними органічними ураженнями головного мозку). *Виражену дизартрію* у дітей з *ІДР* ми зустрічали у дітей зі *СОУГМ* при класичній «чистій» *дизартрії* та у дітей у *БСУГМ* у складі комбінованого мовленнєвого дефекту *дизонтогенетичного профілю УМ*: *дизартрія+моторна алалія* та *дизартрія+заїкування* (важкий ступінь).

Порівняльний аналіз *дизартрій* у дітей з *ДЦП* та при *ІДР* виявив як подібні, так і відмінні риси. Відмінні риси зазначаються у помітно виражено-глибокій картині *дизартричних розладів* у дітей при *ДЦП*, ніж при *ІДР*. Це підтверджує факт *дизонтогенетичної* природи *дизартрії*, яка обумовлена органічним походженням етіопатогенезу.

Отже, агреговані результати вивчення актуального стану сформованості усного мовлення дітей з *дизартріями* старшого дошкільного віку показали, що різний стан *УМ* дітей-*дизартриків* залежить від ступеня *дизартрії*, профіля *УМ*, модуля *УМ*, здатністю до програмного забезпечення *УМ*, форми *дизартрії* та категорії дитини-*дизартрика* (*ДЦП*, *ІДР*). Це, у свою чергу, забезпечило можливість визначити решітку *УМ* дітей з *дизартріями* старшого дошкільного віку – логоструктуру *УМ* дітей з *дизартріями* *СДВ* як агрегованого результату дослідження *УМ* дітей з *дизартріями* з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів (табл. Решітка *УМ* дітей з *дизартріями* старшого дошкільного віку (див. додатки)). *Решітка УМ* представлена графічним записом (таблицею) для визначення актуального стану особливостей *УМ* дітей з *дизартріями*. Вздовж однієї сторони таблиці розташовані профілі *УМ* дітей з *дизартріями*, вздовж другої зазначені: 1)

модуль УМ; 2) ступінь тяжкості дизартричних розладів; 3) стан базових складових УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного компонентів УМ); 4) форма дизартрії; 5) здатність дитини з дизартрією до програмного забезпечення УМ; 6) категорія дитини-дизартика; 7) кількість дітей.

Таким чином, достатньо доказова багатокomпонентна експериментальна база дослідження усного мовлення у розрізі *профільно-модульного* аналізу УМ дітей-дизартриків різних категорій дозволила побачити та виявити *глибину* та *тяжкість* усного мовлення дітей різних категорій з дизартріями. У результаті міжсистемного багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики усного мовлення дітей з дизартріями різних категорій виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість стану сформованості базових компонентів УМ, структури та механізму дефекту при дизартріях як вадою УМ та здатності до програмного забезпечення УМ. Це вивело нас на простоту пояснення дизонтогенезу усного мовлення дітей з дизартріями та забезпечило можливість описати цілісну завершену картину усного мовлення у дітей різних категорій з дизартричними розладами старшого дошкільного віку.

Висновки до другого розділу

1. Розроблено комплексну багатофункціональну методику вивчення актуального стану сформованості УМ дітей з дизартріями СДВ на практично - діагностичному етапі. Здійснено багатовекторне дослідження УМ дітей з дизартріями СДВ у чотирьох стратегічних напрямках (психолого-педагогічному, нейропсихологічному, лінгвістичному та психолінгвістичному). Це забезпечило можливість отримання багатоаспектних даних щодо розвитку УМ дітей з дизартріями, – розкрити об'ємну картину УМ з дизартріями СДВ. Встановлено, що природа і механізми порушень УМ при дизартріях мають складний, багаторівневий, мультифакторний характер.

2. В основу розробленої діагностичної методики було закладено взаємозв'язок виділених базових компонентів УМ із моделлю породження мовлення Т.Ахутіної (нейролінгвістичною теорією програмного забезпечення мовлення), а також класифікацію дизартрії за синдромологічним підходом, в основі якого покладений провідний неврологічний синдром та провідні порушення моторики (тонусний стан м'язової системи) (Л.Белякова, Н.Волоскова, О.Корнєв, І.Левченко, І.Панченко, О.Приходько). Неврологічний статус дітей з дизартріями на усіх етапах дослідження був оцінений у тісному зв'язку з лікарем-неврологом.

3. Психолого-педагогічний напрям дослідження УМ забезпечив можливість встановити, що особливості психофізичного розвитку раннього віку дітей з дизартріями пояснюють природу, механізми та симптоматику дитячих дизартрій, що дозволило дослідити дизонтогенез УМ у цих дітей. З'ясовано, що дизонтогенез УМ у дітей з дизартріями обумовлений порушеннями вроджених програм ЦНС: дифузної обробки координації фонаторно-дихальних механізмів, слухових обернених аферентацій, моторної кінетичної програми та, у деяких випадках, смислової програми забезпечення та регуляції мовленнєвого акту.

4. Дослідження раннього психомоторного розвитку дітей з дизартріями забезпечило можливість виділити категорії дітей з дизартріями: 1) діти з ДЦП (27,7%); 2) діти із ІДР (ізольована дизартрія розвитку) (72,3%). Більш того, вдалося визначити навіть підкатегорії дітей із ІДР: а) діти з дизартріями зі складними органічними ураженнями головного мозку (СОУГМ (4,2%)) - (пухлини головного мозку, гідроцефалії, черепно-мозкові травми тощо); б) діти з дизартріями без складних уражень головного мозку (БСУГМ (68,1%)).

5. Використання на діагностичному етапі методик нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного змісту з урахуванням вікових нормативних показників розвитку, структури дефекту дало можливість багатоаспектної діагностики актуального стану УМ згідно основних параметрів УМ дітей з дизартріями СДВ. Здійснено *профільно-модульний* (якісно-кількісний) аналіз УМ дітей з дизартріями різних категорій. Профільно-модульний аналіз УМ визначено як своєрідний логопедичний естамп зв'язку покомпонентного аналізу УМ із моделлю програмного забезпечення УМ. Виділені такі *профілі УМ*: онтогенетичний (46,1%) (діти з мінімальними дизартричними розладами (артикуляційними диспраксіями та просодичним дефіцитом) та дизонтогенетичний: а) класична («чиста») дизартрія (16,9%); б) дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту (дизартрія+заїкування (13,5%) та дизартрія+моторна алалія (23,5%)). Кількісна (рівнева) оцінка стану УМ дозволила виділити модулі УМ (МУМ): помірно порушений (23,6%), середньо порушений (22,5%), важко порушений (18,8%), глибоко порушений (12,8%), тотально порушений (22,3%).

6. Розроблено решітку варіантів модулів УМ дітей з дизартріями СДВ на підставі кількісних (рівневих) показників стану сформованості структурних компонентів УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного), категорії дітей з дизартріями (ДЦП, ІДР) та кількості дітей. Достатньо доказова багатокомпонентна експериментальна база даних

дослідження УМ у розрізі профільно-модульного аналізу УМ дітей-дизартриків різних категорій дозволила побачити та виявити глибину та тяжкість УМ дітей різних категорій з дизартріями СДВ. У результаті багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики УМ дітей з дизартріями виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість стану сформованості базових компонентів УМ, структури та механізму дефекту при дизартріях та здатності до програмного забезпечення УМ. Це забезпечило можливість описати цілісну картину УМ у дітей з дизартричними розладами СДВ.

7. Класифіковано дизартрію за ступенем тяжкості: 1-ий ступінь дизартричних розладів – легкий (мінімальні дизартричні розлади (МДР, 60,1 % - діти з ІДР, 4,2% - діти з ДЦП) – це діти або з АД (артикуляційними диспраксіями), або з ПД (просодичним дефіцитом); 2-ий ступінь – виражений (ВД – виражена дизартрія; 12,2% - діти з ІДР, 12,3% - діти з ДЦП); 3-ій ступінь – глибокий (ГД – глибока дизартрія, 11,2% - діти з ДЦП). Вдалося пояснити зв'язок між профільно-модульним аналізом УМ дітей-дизартриків різних категорій та ступенями тяжкості дизартрії. Це дозволило провести паралелі між структурою УМ, дизонтогенезом УМ при дизартріях та структурою дефекту при дизартріях у дітей різних категорій. Це надало можливість розширити наше уявлення про моторну програму синтагми та вперше виділити третій рівень моторної програми синтагми (до двох базових за Т. Ахутіною) – *рівень регуляції інтонації*. Аналіз УМ у контексті трьохрівневого моторного програмного забезпечення виявив можливість розкрити механізм та структуру дизартричних розладів у дітей різних категорій з позиції етіопатогенезу порушень дизартрії. Це є підтвердженням того, що можливість поєднати такі показники лінгвістичного компоненту УМ як дихання, голосоутворення та просодії з моторною програмою синтагми виявилася виправданою.

8. Вперше здійснено порівняльне дослідження УМ у дітей з ІДР та дизартрією при ДЦП, враховуючи природу та механізми дизартричних

розладів, який утвердив, що актуальний стан сформованості структурних компонентів УМ в кількісно-якісних характеристиках має як подібні так і відмінні риси.

9. Виділено клінічні групи дітей з дизартріями: I група - профіль УМ - онтогенетичний (умовно-нормативний (46,1%); підгрупа А (діти із АД; ФНМ (МУМ - помірно порушений); ФФНМ (модуль УМ - середньо порушений); підгрупа Б (діти із ПД; модуль УМ - помірно-порушений): 42,5% - діти з ІДР, 3,6% діти з ДЦП; II група - профіль УМ - дизонтогенетичний; класична «чиста» дизартрія (16,9%); підгрупа А (діти із ФНМ; модуль УМ - середньо порушений); підгрупа Б (діти із ФФНМ; модуль УМ - важко порушений), підгрупа В (діти із ЗНМ; модуль УМ - глибоко порушений): 3,7% - діти з ІДР, 13,2% - діти з ДЦП; III група - профіль УМ - дизонтогенетичний; дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - дизартрія+заїкання (13,5%); підгрупа А (ФНМ, легкий ступінь заїкування; модуль УМ - помірно порушений), підгрупа Б (ФФНМ, середній ступінь заїкування; модуль УМ - середньо порушений), підгрупу В (ЗНМ без алалічної симптоматики, важкий ступінь заїкання; модуль УМ - важко порушений): 6,7% - діти з ІДР, 6,8% - діти з ДЦП; IV група - профіль УМ - дизонтогенетичний; дизартрія у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - дизартрія+моторна алалія (23,5%); модуль УМ - як вкрай низький (тотально порушений): 19,4 % - діти з ІДР, 4,1% - діти з ДЦП.

10. Розроблено та визначено решітку УМ, яка відображає логоструктуру УМ дітей з дизартріями СДВ як агрегований результат дослідження УМ дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів.

11. Багатовекторне дослідження УМ дітей з дизартріями СДВ забезпечило можливість здійснити цілісний підхід до проблеми дизартрії: розкрити глибину та тяжкість порушень УМ при дизартріях у дітей СДВ, механізми та структуру дизартричних розладів у цих дітей - зрозуміти етіопатогенетичну природу дитячих дизартрій.

Зміст другого розділу дисертаційного дослідження висвітлено у таких публікаціях автора:

1. Голуб А.В. Синдромологічний підхід при дослідженні усного мовлення дітей з дизартріями // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. Наукових праць / відп.ред. Синьов В.М.- К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. - № 24, с. 66-69.

2. Голуб А.В. Сучасний стан дослідження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. Наукових праць / відп.ред. Синьов В.М.- К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2014. - № 27, с. 48-52.

3. Голуб А.В. Исследование базовых компонентов устной речи при дизартриях у детей старшего дошкольного возраста // Совершенствование методов диагностики и коррекции нарушений речи у детей с различными вариантами дизонтогенеза: материалы II междунар. науч. конф., посвященной памяти д-ра пед. наук, проф. Р.И. Лалаевой, 11 декабря 2013 г. / под общ. ред. проф. В.Н. Скворцова. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2013. – с. 41-44.

РОЗДІЛ 3. Комплексна методика формування та корекції порушення усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

3.1. Науково-методологічне обґрунтування комплексної методики формування та корекції порушень усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Проведення констатувального експерименту у чотирьох стратегічних напрямках (психолого-педагогічному, нейропсихологічному, лінгвістичному та психолінгвістичному) забезпечило можливість розкрити глибину та тяжкість порушень усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку. Констатувальні факти засвідчили, що діти з дизартріями мають більш складні порушення усного мовлення, ніж традиційно вважалося в логопедії. Відповідно, подолати дизартричні розлади не можливо, враховуючи осучаснені дані про складну структуру усного мовлення як логоінтеграційного утворення, використовуючи запропонований профільно-модульний аналіз, здатність до програмного забезпечення УМ, враховуючи ступені тяжкості дизартрії та її форми, а також категорії дітей з дизартріями. Такий синергетично-емергентний підхід вимагав розробки нової комплексної методики (КМ) формування та корекції порушень усного мовлення у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку через створення відповідного алгоритму функціонування та забезпечення його змісту.

Концептуальними засадами корекційно-логопедичної роботи по подоланню вад усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку стали наступні науково-теоретичні положення.

1. *Міждисциплінарний підхід до теорії усного мовлення як логоінтеграційного процесу взаємодії структурних компонентів (С.Конопляста, А.Голуб): психологічного (М.Басов, П.Блонський, Л.Виготський, О.Лурія, М. Монтессорі, С.Рубінштейн та ін.); лінгвістичного (Т.Ніколаєва, О.Лаптева, О.Селіванова, Ч.Пірс, М.Бахтін, Ю.Лотман та ін.); нейропсихологічного (О.Лурія, Є.Хомська, Т.Ахутіна, О.Винарська,*

Т.Глезерман, Р.Лєвіна, Н.Бернштейн, П.Анохін, Н.Жинкін, В.Шкловський, Т.Візель та ін.): *психолінгвістичного* (О.Леонтьєв, М.Жинкін, І.Зимня, Є.Соботович та ін.), *педагогічного* (О.Архіпова, Л.Лопатіна, Є.Серебрякова, Л.Позднякова, С.Конопляста, В.Галущенко, В.Тарасун, М.Шеремет, Н.Пахомова та ін.).

2. Вчення Л. Виготського про складну структуру дефекту.

Виготський Л. висунув ідею про складну структуру аномального розвитку дитини, відповідно до якої наявність дефекту якогось одного аналізатора або інтелектуального дефекту не викликає випадіння однієї локальної функції, а призводить до цілого ряду змін, які формують цілісну картину своєрідного атипового розвитку. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності первинного дефекту, викликаного біологічним фактором, і вторинних порушень, що виникають під впливом первинного дефекту в ході подальшого розвитку.

У сучасному науковому світі корекційної педагогіки панує неоднозначна думка щодо дизартрій при ДЦП: одні вважають дизартрію вторинним дефектом при ДЦП, інші – другим первинним дефектом. Ми вважаємо, що дизартрія може бути як другим первинним дефектом при ДЦП (у випадку наявності центральної дизартрії), так і вторинним дефектом при ДЦП (у випадку наявності периферичної дизартрії).

Провідними у структурі мовленнєвого дефекту у дітей з дизартріями є порушення фонетичної сторони мовлення, які мають специфічний, складний механізм порушення. Порушення звуковимови обумовлені органічною недостатністю іннервації м'язів мовленнєвого апарату, що мають стійкий характер та негативно впливають на формування фонематичної сторони мовлення (О. Винарська, І. Панченко, О. Архіпова, Є. Соботович та ін.).

3. Нейрофізіологічні та нейrolінгвістичні засади корекції усного мовлення у дітей з дизартріями.

- *Вчення про рівневу організацію побудови рухів (М. Бернштейн).*

Бернштейн М. довів, що рівнева організація побудови рухів дозволяє розкласти складний руховий акт на складові компоненти та виявити їх роль у регуляції рухів та дій. Концепція системної організації рухової функції, взаємодія її різних ланок дозволяє у випадку порушення рухової функції компенсаторно перебудовувати функціональну систему шляхом спеціального навчання та вправ.

- *Вчення про роль кінестезій в управлінні рухами, взаємодії кінестетичної та кінетичної організації основ рухів* (П. Анохін, М. Жинкін, О. Лурія та ін.).

Для здійснення рухового акту необхідна наявність двох складових компонентів: його кінестетичної основи, яка забезпечує диференціальний рівень складних рухів, та його кінетичної структури, який складає основуутворення плавних рухових навичок (О. Лурія). Довільні рухи та дії потребують постійного співставлення спланованого акту з тим, що реально відтворюється. Безперервні обернені сигнали, які подаються від руху, що виконується, співставляються із запланованою дією та складають зміст оберненої аферентації (П. Анохін). Обернена кінестетична аферентація складає основу накопичення досвіду для управління рухами мовленнєвих органів (М. Жинкін та ін.).

- *Вчення між станом усного мовлення та станом моторної сфери дитини.*

При нормальному розвитку дитина оволодіває звуковою стороною мовлення одночасно з розвитком загальної моторики та диференціальних рухів рук. Систематичні вправи, які тренують рухи пальців рук, поряд із стимулюючим впливом на розвиток мовлення є потужним засобом підвищення працездатності кори головного мозку. Зазначений зв'язок особливо потужним має прояв при дизартріях (О. Винарська, Л. Данілова, М. Кольцова, О. Архіпова та ін.).

- *Психофізіологічні механізми оволодіння звуковимовою в онтогенезі.*

У дослідженнях В. Бельтюкова, М. Жинкіна, Р. Левіної, М. Хватцева та ін. зазначається, що сприйняття звуків та їх відтворення – це два взаємопов'язані та взаємообумовлені процеси. При цьому звукові одиниці розглядаються у трьох аспектах: перцептивному, артикуляторному, акустичному. Процес оволодіння правильною звуковимовою здійснюється за рахунок тісної взаємодії сенсорних та моторних функцій, які забезпечують поліморфну єдність мовленнєвої системи. Щоб оволодіти правильною вимовою, дитина повинна перш за все чітко та правильно сприймати звуки мовлення на слух, мати достатньо підготовлений для їх вимови артикуляційний апарат, у результаті роботи якого утворюються одиниці даної мовної системи (В. Бельтюков, М. Жинкін, Р. Левіна, М. Хватцев та ін.).

- *Специфічне співвідношення артикуляторних та акустичних характеристик звуків мовлення у нормі та в патології.*

Артикуляційні позиції звуків мовлення визначають своєрідність їх акустичних характеристик. Будь-яке, навіть незначне, відхилення положення артикуляторних органів призводить до зміни акустичного образу звука (В.Бельтюков, М. Жинкін, М. Хватцев та ін.).

4. *Лінгвістичні та психолінгвістичні засади корекції усного мовлення дітей з дизартріями.*

- *Лінгвістичне та психолінгвістичне вчення про поступове засвоєння мовних парадигм, які визначаються закономірностями їх засвоєння у процесі мовленнєвого онтогенезу; про необхідність засвоєння знань як парадигматичної, так і синтагматичної системи мови (О. Лурія, І. Зимня, І. Сикорський, Є. Соботович, В. Тарасун та ін.).*
- *Психолінгвістична теорія О. Лурії про розвиток зв'язного монологічного усного мовлення засобами писемного мовлення стверджує, що за інтонаційним малюнком та за синтаксичною структурою усне*

монологічне мовлення ближче до писемного мовлення, ніж до розмовного (О. Земська, О. Сиротіна, Н. Шведова та ін.).

Розмовне та писемне мовлення розрізняються, перш за все, за синтаксичним малюнком. Ситуація писемного мовлення вимагає такої побудови висловлювання, щоб усе було зрозуміло виключно із його особистого смислового змісту. Це призводить до високої мобілізації мовних засобів, до відбору цих засобів для більшої зрозумілості тексту. А тому, синтаксична структура писемного мовлення більш ускладнена: збільшується кількість складних синтаксичних конструкцій.

Враховуючи психолінгвістичні особливості писемного мовлення, можна припустити, що використовуючи прийом складання дитиною писемного тексту («листа», якого записує дорослий), можна досягнути значних результатів з розвитку зв'язного усного мовлення дитини-дизартрика в дошкільному віці. Оскільки мовлення, залишаючись усним за формою, буде у той же час будуватись на рівні розгорнутості та довільності, що є характерним для писемного мовлення. Ситуація писемного мовлення у дошкільному віці реалізується у прийомі складання «листа» (Є. Тихєєва).

- *Вчення про мовну здатність та мовну активність* (М. Хомський, О. Лурія та ін.).

Згідно з розвитком трансформаційно-генеративної граматики А. Хомського, мовна здатність – це здатність говорити рідною мовою, те, що можна назвати потенційним знанням мови; мовна активність – ті висловлювання, які відтворює носій мови, або процеси, які відбуваються при реалізації цієї здатності та мовленнєвої діяльності [с.93]. Таким чином, мовна здатність визначає мовну активність. На думку О. Леонтєєва, поняття мовної здатності об'єднує усі ті аспекти психіки людини, які безпосередньо обумовлюють мовленнєві процеси (сприйняття, пам'ять, мислення) [с.263]. Такі засади лежали в основі застосування нами англійської мови в корекційно-навчальному процесі з дітьми-дизартриками. Вчивши дитину-дизартрика англійській фонетиці, лексиці, інтонуванню, синтагмам, ми

вважали, що відразу розвивали її мовну активність, оскільки інформації про порушення мовної здібності дитини до англійської мови у неї не існувало (оскільки англійська не є рідною мовою). Це у свою чергу підвищувало (розвивало) її мовну здатність говорити рідною мовою. Таким чином, підвищувався рівень її мовної активності і в рідній мові. Також, ми враховували особливості фонетики та інтонації англійської мови, які відрізняються від фонетико-інтонаційних особливостей української мови та мають позитивний вплив на тонусний стан мовленнєвого апарату (дихання, голосоутворення, артикуляції) та просодичної площини дітей з дизартріями.

5. *Холістичне вчення про людину* (Б. Ананьєв, К. Юнг, В. Мерлін, П. Катаєв, Ф. Капра, Н. Шрівастава, U. Raïta ін.).

Розуміння цілісності пов'язується з теорією розвитку особистості (К. Абульханова-Славська, М. Каган, О. Петровський, С. Рубінштейн та ін.), з концепцією самопізнання і самосвідомості (В.Бахіров, А. Спіркін, К. Юнг, Н. Шріваставата ін.), з педагогічною теорією розвитку поведінки та психіки (Л. Виготський, В. Давидов, В. Тарасун, С. Конопляста, М. Шеремет, Н. Романенко, В. Синьов та ін.). Згідно даного підходу, енергетичний стан дитини впливає на її фізичне, ментальне, духовне середовище, а, значить, і на рівень її мовлення.

Енергетичний стан людини («тонке тіло») найбільш досліджене східними оздоровчими системами – йогою, зокрема сахаджа-йогою (Н. Шрівастава), яка об'єднує в єдиний комплекс енергетичні, психічні та фізіологічні ресурси людини і направляє їх на активну адаптацію в оточуючому соціальному та природному середовищі.

В основі сахаджа-йоги лежить унікальний метод пробудження прихованої всередині людини духовної енергії, яка отримала назву Кундаліні. Вона дається людині «сахадж», тобто з народження, і здатна дати їй йогу, що в перекладі з санскриту означає «союз». Це союз із Усепроникаючою Енергією Всесвіту (Вселенським Безсвідомим (К.Юнг), проекцією якої є Кундаліні. Звідси і назва вчення – сахаджа-йога. Отримання

цього союзу та практика сахаджа-йоги балансують енергетику людини. Вселенське без свідоме, яке дає людині внутрішній баланс

З точки зору енерго-інформаційної системи людини дизартрію можна розглядати як відповідні енергетичні блокування в цій «тонкій» (енергетичній) системі, точніше – порушення енергетичного балансу. Ці блокування можна усунути через живлення з боку парасимпатичної системи енергетичних сплетінь. Медитація, музикотерапія, масаж-пітх (масаж голови), пранаяма (система дихальня), акватерапія – це далеко не всі методи сахаджа-йоги, які допомагають відновлювати природний енергетичний баланс людини, активізувати якість її енергетичного потенціалу.

Приймаючи до уваги результати обстежень осіб, які практикують систему сахаджа-йоги (покращення соматичного стану, позитивні зміни в аналізах крові, сечі, електрокардіограмах, електроенцефалограмах, в частоті дихання, активізація структури лімбічної системи головного мозку, покращення психо-емоційного стану (U. Rai, T. Состамойнен та ін.), ми вважаємо, що сахадж-методи можуть позитивно впливати і на розвиток мовленнєвої діяльності дитини, яка має складну структуру дефекту.

На нашу думку, уражена енергетична система дитини-дизартрика призводить або до енергетичної напруги (спастичності), або до енергетичної в'ялості (паретичності), або до комбінованих та похідних варіантів, що відображається на центральній нервовій системі дитини і діагностується як органічні її ураження. Внаслідок такого порушеного енергетичного балансу і виникає дана мовленнєва вада будь-якої форми. Ми припускаємо, що саме блокування в енергетичних центрах «тонкого» тіла дитини і лежить в основі порушення кінестетичних відчуттів при дизартрії, які відіграють значну роль у розвитку мовлення та мислення дитини.

Ми передбачаємо, що методи сахаджа-йоги допомагають позитивно-енергетично впливати на роботу «тонкого» тіла дитини. Через енергетичний зв'язок відбувається живлення енерго-інформаційного тіла (системи) дитини-дизартрика, внаслідок чого енергетичні центри розслабляються, енергетичні

канали балансуються. Через спонтанний внутрішній глибинний процес відбувається гармонізація психо-фізичного стану дитини з даним мовленнєвим порушенням (U. Rai, T. Состамойнен та ін.).

Таким чином, активізація роботи парасимпатичної нервової системи методами сахаджа-йоги, на нашу думку, може прискорювати нормалізацію порушеної оберненої кінестетичної аферентації у дітей з дизартрією, що є важливою ланкою цілісної функціональної системи мови та мовлення, і забезпечує постнатальне дозрівання коркових мовленнєвих зон головного мозку. Саме живлення організму дитини з боку парасимпатичної нервової системи допоможе активізувати процес аналізу та синтезу імпульсів, які ідуть від рецепторів, від периферії до кори головного мозку, що контролює виконання окремих рухів – допомагає відродити симультанну, просторову організацію аферентного аналізу та синтезу. А тому через даний метод, на нашу думку, може ефективніше долатися затримка і порушення формувань коркових мозкових структур у дітей з дизартріями (премоторно-лобної, тім'яно-скроневої ділянок кори), відроджуватися процес інтеграції у роботі різноманітних функціональних систем (розвиток взаємозв'язку слухового і кінестетичного сприйняття у дітей з дизартріями).

3.2. Мета, завдання, організація та зміст навчального експерименту

Виявлені в результаті констатації варіанти стану сформовності УМ у дітей з дизартріями СДВ (онтогенетичного (умовно-нормативного) та дизонтогенетичного) логічно вимагає, з одного боку – чітко диференційованого, з іншого – інтегрованого підходів у корекційній роботі. *По-перше*, ми враховували варіанти порушень УМ (*профіль УМ, модуль УМ*); *по-друге* – структурні компоненти УМ (нейропсихологічний, лінгвістичний, психолінгвістичний), які визначали основні корекційні напрями логопедичного впливу; *по-третє* – враховували здатність до програмного забезпечення УМ дітей-дизартриків; *по-четверте* – брали до уваги складність дизартрії як мовленнєвої вади, а саме особливості тяжкості

дизартрії (її ступінь: МДР, ВР, ГР) та категорії дітей з дизартріями (ДЦП; ІДР (діти зі СОУГМ та діти БСУГМ)). Такі стратегічні шляхи, на нашу думку, дозволили забезпечити об'ємне подолання порушення УМ при дизартріях у старших дошкільників.

Враховуючи це, ми за мету поставили розробити спеціальну багатофункціональну *комплексну методика (КМ)* формування та корекції порушень усного мовлення при дизартріях з обов'язковим забезпеченням диференційованого та індивідуального підходів до дитини.

Крім того, ефективність корекційного процесу ми вбачали у *синергетично-емергентному* підході. Основними загальними засадами і синергії, і емергентності є *послідовність, системність та цілісність*. Проте саме *синергія* має забезпечити *міждисциплінарний* підхід формувального експерименту (*синергетичність* — важлива властивість комплексного міждисциплінарного підходу, ефективність якого визнавали саме в *системності* (від грец. *συνεργία* — (грец. *σύν*) разом; (грец. *ἔργον*) той, що діє, дія) — сумарний ефект, який полягає у тому, що при взаємодії двох або більше факторів їхня дія суттєво переважає ефект кожного окремого компонента у вигляді простої їхньої суми). Важливою була потенційна можливість передбачуваності появи нових особливостей УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку у корекційному процесі, які могли сформуватися лише в реалізації комплексного міждисциплінарного підходу — *синергетичного*.

Синергетичний підхід, у свою чергу, на наше переконання, дозволить забезпечити результат *емергентних* якісних нових властивостей УМ дітей з дизартріями у корекційно-формувальному експерименті, які були нами не передбачуваними. Специфіка емергентності («емерджентності») полягала у неподільності, непередбачуваності, у новизні, а також у відображенні чогось більшого (від англ. *emergence* — виникнення, поява нового (*емерджентність* в теорії систем — наявність у будь-якої системи особливих властивостей, не властивих її підсистемам і блокам, а також сумі

елементів, не пов'язаних системоутворюючими зв'язками; неможливість зведення властивостей системи до суми властивостей її компонентів).

Отже, емергентний підхід формувального експерименту мав забезпечити можливість зробити акцент на неподібності; переходу кількісних змін в якісні, акцентуючи увагу саме на якісній оцінці. Це означає, що саме *емергентність* забезпечить можливість не лише підвищити *якісні* показники УМ дітей СДВ з дизартріями у корекційному процесі, але й отримати нову *кількісну* оцінку. *Емергентність* одночасно забезпечить глибину та прозорість аналізу результатів навчального експерименту.

Також *емергентність* забезпечить можливість здійснити холістичний підхід в процесі формувально-експериментальної роботи. А саме впровадити та реалізувати нетрадиційні (інноваційні) методи в логопедії – енергетично-інформаційний напрям в корекційному процесі УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку. Це стане можливим за умови сучасних широких перспективних можливостей *емергентності*, а саме *емергентній еволюції*, яка робить акцент на цілісності та розглядає розвиток як стрибкоподібний процес, де поява нових якостей зумовлена втручанням ідеальних сил.

Отже, вираження *синергетично-емергентного підходу* як визначального у формувальному експерименті ми вбачали у *трьох площинах*. *Перша площина* представлена *синергетичними* (міждисциплінарними) засадами та обумовлена дефініцією усного мовлення як логоінтеграційним утворенням з його структурними компонентами (нейропсихологічним, лінгвістичним, психолінгвістичним) та їх зв'язком із програмним забезпеченням УМ. *Друга площина* представлена *емергентністю*, яка акцентувала увагу на новизні, неподібності, якості та глибині (інноваційні напрями дослідження УМ – енергоінформаційний та англоінформаційний). *Третя площина* об'єднала загальні підходи і *синергії*, і *емергентності*, а саме: *послідовності, системності та цілісності*. Ця площина підсилила сумісну кооперативну дію підсистем єдиної комплексної методики. Більш того, це уможливило згармонізувати тісний взаємозв'язок усіх напрямів, етапів та змістових блоків КМ формування та корекції УМ дітей з дизартріями СДВ.

Мета: розробити комплексну методику; здійснити ефективну корекцію та підвищити загальний рівень УМ у дітей з дизартріями на засадах синергетично-емергентного підходу, засобами спеціально розробленої КМ.

Завдання:

- 1) розробити спеціальну багатофункціональну комплексну методику формування та корекції порушень УМ при дизартріях у дітей СДВ на засадах синергетично-емергентного підходу; визначити його стратегію, алгоритм та зміст;
- 2) формування нейропсихологічного компонента УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку;
- 3) формування лінгвістичного компонента УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку;
- 4) формування психолінгвістичного компонента УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку;
- 5) прослідкувати зміни стану програмного забезпечення УМ дітей з дизартріями СДВ на етапі формування структурних компонентів УМ у старших дошкільників з дизартріями;
- 6) здійснити порівняльний аналіз результатів стану сформованості УМ у дітей з ДЦП та ІДР (ізолюваною дизартрією розвитку) (у межах формувального дослідження), враховуючи результати профільно-модульного аналізу актуального стану УМ дітей з дизартріями СДВ (профіль УМ, модуль УМ, здатність до програмного забезпечення УМ, ступінь тяжкості дизартрії, категорії дітей з дизартріями (СОУГМ, БСУГМ).

Етапи, напрями та блоки корекційно-логопедичної роботи по подоланню вад усного мовлення у дітей старшого дошкільного віку при дизартріях.

Комплексна корекція порушень усного мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартріями забезпечувалась чотирма блоками, двома етапами та шістьма напрямками, кожен із яких забезпечувався змістом та мав свою мету (рис.3.1).

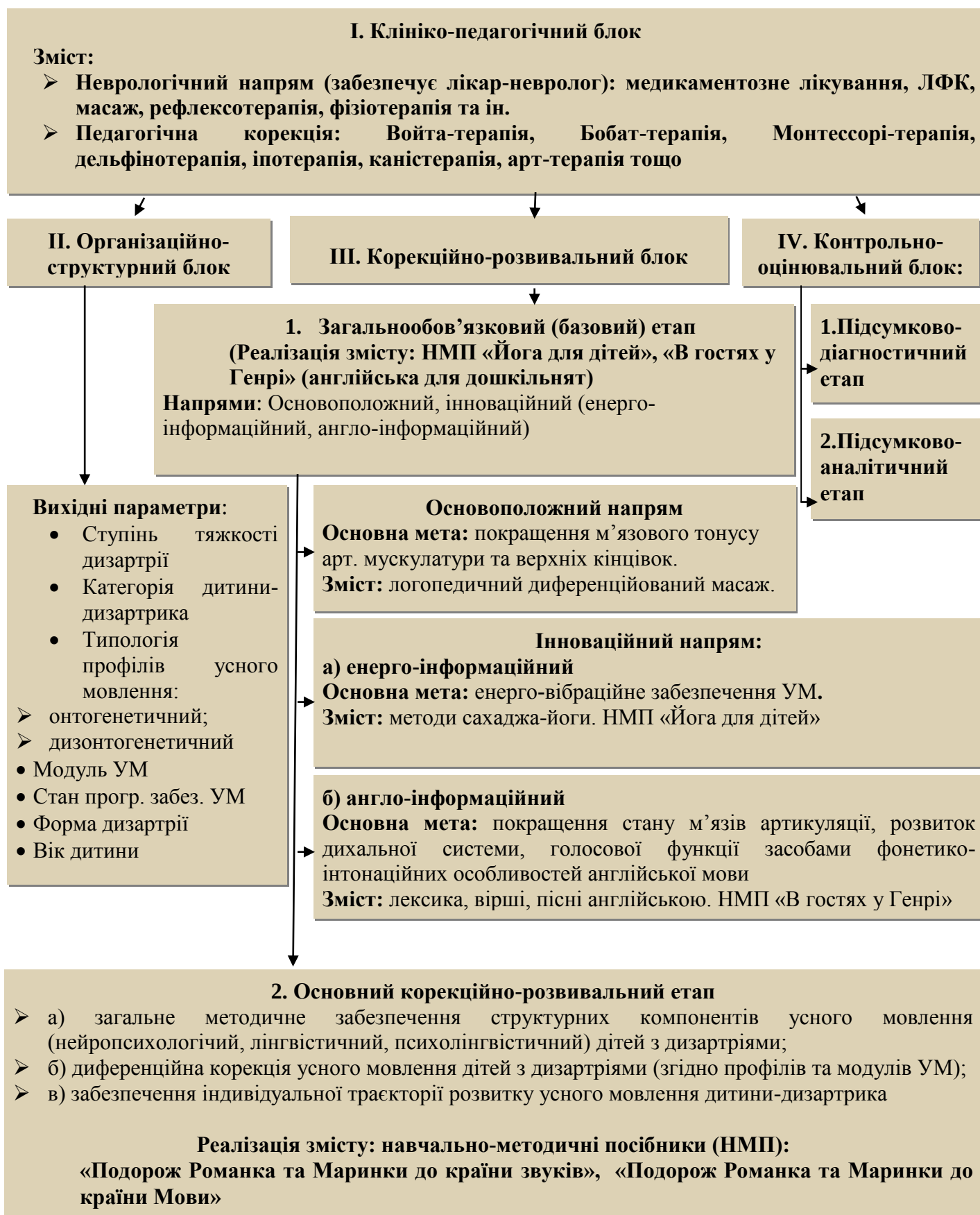


Рис. 3.1. Схема забезпечення комплексної методики формування та корекції порушень УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

I блок - клініко-педагогічний, зміст якого полягав у *медичному напрямі*, який забезпечувався лікарями-неврологами, рефлексотерапевтами, фізіотерапевтами, нейрокінезітерапевтами, середнім медичним персоналом (медикаментозне лікування, ЛФК, масаж, рефлексотерапія, фізіотерапія та ін..) та *напрямі спеціальної педагогічної корекції*, який забезпечувався дефектологами (Войта-терапія, Бобат-терапія, Монтессорі-терапія, дельфінотерапія, іпотерапія, арт-терапія, каністерапія та ін.).

II блок – організаційно-структурний представлений покроковими та одночасно узгоджено об'єднаними між собою вихідними параметрами – своєрідними трьома точками перетину: 1) категоріями дітей з дизартріями (діти з ДЦП та ізольованою дизартрією розвитку); 2) формами дизартрії; 3) профілем УМ; модулем УМ; програмним забезпеченням УМ; ступенем тяжкості дизартрії. Безперечно, таке глибоке підґрунтя організаційно-структурного блоку забезпечено діагностичним етапом дослідження УМ дітей старшого дошкільного віку (дослідження анамнестичних даних - вивчення раннього психофізичного розвитку дитини з дизартріями) – вихід на категорії дітей з дизартріями (діти з ДЦП та ІДР (СОУГМ та БСУГМ).

III блок – корекційно-розвивальний - представлений двома етапами: загальнообов'язковим (базовим) та основним корекційно-розвивальним, кожний з яких мав *напрями*.

I етап основного блоку - загальнообов'язковий (базовий) - розрахований для усіх дітей з дизартріями. Загальнообов'язковий (базовий) етап має два напрями – *основоположний* (представлений традиційними підходами щодо усунення вад УМ дітей з дизартріями) та *інноваційний* (представлений нетрадиційними авторськими методиками).

Основоположний напрям

Основна мета: покращення м'язового тону, мімічної, артикуляційної мускулатури.

Зміст: психомоторна база мовлення (логопедичний диференційний масаж, розвиток дрібної, загальної моторики).

Інноваційний напрям

А. Енерго-інформаційний

Основна мета: енерго-вібраційне забезпечення УМ дітей з дизартріями: пробудження внутрішньої (духовної) енергії (Кундаліні); регуляція психо-емоційного стану дитини з дизартріями, створення внутрішнього енергетичного балансу (рівноваги).

Зміст: методи сахаджа-йоги (самореалізація, медитація, масаж Пітх (масаж голови), дихальні вправи, акватерапія, музикотерапія, ствердження).

Методичне забезпечення: авторський навчально-методичний посібник «Йога для дітей».

Б. Англо-інформаційний напрям

Основна мета: покращення стану м'язів артикуляції, розвиток дихальної системи, голосової функції засобами фонетико-інтонаційних особливостей англійської мови.

Зміст: специфічна вимова англійських голосних, лексичний матеріал із різною вимовою голосних, лексичний матеріал із [h], [w]; специфічне інтонування на англійській мові (запитання, речення, вірші-мініатюри).

Методичне забезпечення: авторський навчально-методичний посібник «В гостях у Генрі» (подані основні лексичні теми: «Приємне знайомство», «Моя сім'я», «Предмети побуту», «Тварини». Форма подачі матеріалу: вивчення англійської через римування, пісні, вірші).

II етап основного блоку - основний корекційно-розвивальний представлений трьома напрямками.

А. Загальне методичне забезпечення структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного компонентів УМ).

Б. Диференційована корекція усного мовлення дітей з дизартріями (зазначалися: *профіль УМ; модуль УМ; ступінь тяжкості дизартрії; тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури (форма дизартрії); стан*

програмного забезпечення УМ; категорія дітей з дизартріями (діти з ДЦП та ІДР); напрями корекції усного мовлення).

Мета: покращення стану сформованості усного мовлення у старших дошкільників з дизартріями.

Зміст: представлений диференційованим змістовим основних напрямів УМ для кожного варіанта профіля та модуля УМ для дітей з дизартріями СДВ.

Методичне забезпечення: а) 19 ігрових вправ на розвиток нейропсихологічного компоненту УМ; 17 ігрових завдань на розвиток лінгвістичного компоненту УМ та 21 ігрове завдання на розвиток психолінгвістичного компоненту УМ. На кожну вправу (завдання) відводилося 7-11 хв. (в залежності від виконання: самостійно, за допомогою логопеда чи через супровід дорослого (мами, вихователя);

б) авторські навчально-методичні посібники «Подорож Романка та Маринки до країни звуків», «Подорож Романка та Маринки до країни Мови». Форма подачі матеріалу: лінгвістичні казки.

В. Забезпечення індивідуальної траєкторії розвитку усного мовлення дитини-дизартрика: передбачав розроблення індивідуального алгоритму з урахуванням специфіки розвитку кожної дитини з дизартрією.

IV блок - контрольно-оцінювальний

Мета: порівняльний аналіз показників стану сформованості структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного) з урахуванням типології профілів усного мовлення дітей з дизартріями, показників модуля усного мовлення, здатності до програмного забезпечення УМ, ступеня тяжкості дизартрії, форми дизартрії, категорії дітей-дизартриків, вікових та індивідуальних особливостей дитини-дизартрика.

Результати, отримані під час навчально-формульовального експерименту, аналізувалися шляхом порівняння якості виконання спеціального комплексу контрольно-діагностичних завдань. Завдання за

змістом та діагностичним призначенням були аналогічними до тих, що виконувалися на етапі констатувального дослідження. Якісний та кількісний аналіз результатів навчального експерименту здійснювався порівняно з результатами констатувального етапу дослідження. З огляду на це порівняльний аналіз здійснювався за показниками стану сформованості структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного) з урахуванням результатів на діагностичному етапі (261 дит.), контрольної групи дітей (24 дит.) та на етапі формування УМ дітей з дизартріями (237 дит.).

Розроблено відповідні критерії, оціночні шкали та порівняльні таблиці. Обчислення результатів проводилося аналогічно до технології обчислень у констатувальному експерименті з використанням методів математичної статистики (за програмою χ^2 Пірсона), бальна система обробки отриманих даних.

Комплексна методика апробована у Ніжинській центральній міській лікарні імені Миколи Галицького; Одеському СДНЗ «Ясла-садок» № 193 компенсуючого типу Одеської міської ради Одеської області; Комунальному закладі «Дошкільний навчальний заклад (Ясла-садок) № 2 «Буратіно» м.Білгорода-Дністровського Одеської області; Державному комплексі соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м.Миколаїв).

Формувальний експеримент тривав протягом трьох років з використанням різних форм роботи: індивідуальної, підгрупової, групової. Логопеди дошкільних закладів освіти отримали програмно-методичний комплекс та працювали з дітьми на місцях (підгрупова та групова форма роботи). Ігри та завдання для розвитку окремих структурних складових УМ були запропоновані батькам з чіткими інструкціями до виконання. Проте він мав особливості, які полягали в *інноваційному* напрямі корекційно-розвивального блоку, а саме енерго-інформаційному. Цей напрям навчально-методичного комплексу потребував спеціальної підготовки – знань та

практичного досвіду занять з сахаджа-йоги. А тому був застосований лише у м. Ніжин: виконаний особисто автором.

3.3. Комплексна методика забезпечення корекції та розвитку усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку

Корекційно-розвивальний блок

1. Загальнообов'язковий (базовий) етап

(для дітей з усіма ступенями тяжкості дизартрії, категорій дітей-дизартриків, профілями УМ, різними рівнями модуля УМ, формами дизартрій; вік: старший дошкільний)

Основоположний напрям.

Мета: нормалізація (покращення) м'язового тону, мимічної, артикуляційної мускулатури та м'язового тону верхніх кінцівок.

Зміст: застосування диференційного логопедичного масажу (розслаблюючого (при спастичності м'язів) або стимулюючого (при паретичності м'язів) в залежності від характеру порушення тону м'язів та моторики артикуляційного апарату в окремо взятої дитини; масажу кистей та пальців рук.

Логопедичний масаж – активний метод механічного впливу, який призводить до покращення стану нервів, кровоносних судин та тканин периферичного мовленнєвого апарату, як наслідок, до позитивної зміни стану м'язів артикуляційного апарату. Логопедичний масаж проводився на усіх етапах корекційного процесу, та особливо значущий його вплив на початковому етапі корекційно-логопедичної роботи.

Основні прийоми *логопедичного масажу*: 1 – погладжування, 2 – розтирання, 3 – глибоке розминання, 4 – вібрація, 5 – довге натискання. Такі прийоми, як сильна вібрація, глибоке розминання, пощипування застосовувалися лише при гіпотонії мускулатури; при підвищеному тонусі

м'язів артикуляційного апарату використовувались погладження та легка вібрація.

Основні правила застосування *логопедичного масажу*: 1) визначення комплексу масажних прийомів; 2) послідовність та методика їх проведення; 3) дозування масажу.

Масаж проводився пальцями, зубною щіткою, шпателем (палочкою з-під морозива).

При застосуванні диференційованого логопедичного масажу використовувалась як методика І. Левченко та О. Приходько, так і авторські прийоми.

Примітки: при логопедичній роботі із дітьми-дизартриками, що *заїкаються*, на початкових етапах корекційного впливу застосовується виключно *розслаблюючий масаж*, і лише потім *диференційований* (з початком роботи на звуковимову).

Робота по формуванню функціональних можливостей кистей та пальців рук: 1) здійснювати рухи руки за методикою Фелпса (захопивши передпліччя дитини в середній третині, виробляти легкі рухи: легко качати, трусити); 2) масаж та пасивні вправи кистей та пальців рук; 3) настільний теніс.

Масаж та пасивні вправи кистей та пальців рук:

- погладження, спіралеподібні, розминаючі рухи по пальцям від кінчика до їх основи;
- поплескування, поколювання, перетирання кінчиків пальців, а також область між основою пальців;
- поглажування та похлопування тильної поверхні кисті та руки (від пальців до локтя);
- поплескування зап'ястком дитини по руці педагога, по м'якій та жорсткій поверхні;
- обертання пальців (окремо кожного);

- кругові оберти кисті;
- рухи кисті вправо-вліво;
- рухи супінації (поворот руки долонею догори) – пронації (долонею донизу): гра «Покажи долоні», «Відімкни ключем», «Виключи світло»);
- почергове розгинання пальців кисті, а потім згинання пальців (великий палець розташований догори);
- масаж щіткою (від кінчиків пальців до зап'ястка);
- протиставлення великого пальця останнім (вправа «Кільця»);
- протиставлення (з'єднання) долонь та пальців обох рук.

Усі рухи тренуються спочатку пасивно, потім пасивно-активно та активно.

Для стимуляції *ізолюваних рухів вказівного пальця* (по-можливості, інших пальців рук) використовували наступні вправи: надавлювання пальцями по черзі на кнопки, вимикачі, клавіші фортепіано, пластилін; малювання фігур на піску (в муці, манці), обертання диска телефону, перебирання кнопок телефону, нанесення відбитків пальців на папір. Для тренування *протиставлення та відведення-приведення великого пальця* використовували наступні вправи: здавлювання м'яких іграшок, які звучать, вказівним та великим пальцями, розведення ножиць, пальчиковий театр. Для тренування *стискання предмета двома пальцями* корисно збирання предметів різної величини (кіндери, квасоля, горох тощо), малювання крейдою, олівцями, утримування чашки за ручку. *Рухи підведення-відведення кисті*: розфарбовування малюнків, стирання горизонтальних ліній гумкою.

Інноваційний напрям загальнообов'язкового (базового) етапу корекційно-розвивального блоку навчального експерименту представлений енерго-інформаційним та англо-інформаційним напрямками.

А) Енерго-інформаційний напрям.

Мета: енерго-вібраційне забезпечення усного мовлення дітей з дизартріями через підйом (пробудження) внутрішньої енергії (Кундаліні), активізацію енергетичного потенціалу дітей-дизартриків, регуляцію психо-емоційного стану як духовних засад розвитку усного мовлення у дітей з дизартріями.

Зміст: методи *сахаджа-йоги* (самореалізація, медитація, масаж Пітх, музикотерапія (біджа-мантри), акватерапія, ствердження).

Сахадж-напрямок відображений у навчально-методичному посібнику «Йога для дітей»; частково у навчально-методичному посібнику «Подорож Романка та Маринки до країни Мови».

ЙОГА ДЛЯ ДІТЕЙ

(енерго-вібраційний підхід)

Навчально-методичний посібник з логопедії

Вступне слово

Шановні колеги, батьки, бабусі та дідусі!

Одним із комплексних напрямів розвитку усного мовлення є позитивний вплив на духовну сферу дитини. Пробудження внутрішнього енергетичного потенціалу дитини, очищення та утримування уваги на істинних речах через її зв'язок із Космічним Простором (Божественною Любов'ю) – далеко не весь перелік можливостей дитини, яка займається сахаджа-йогою.

В основі сахаджа-йоги лежить унікальний метод пробудження прихованої всередині людини духовної енергії, яка отримала назву Кундаліні. Вона дається людині «сахадж», тобто з народження, і здатна дати їй йогу, що в перекладі з санскриту означає «союз». Це союз із Усепроникаючою Енергією Всесвіту, проекцією якої є Кундаліні. Звідси і назва вчення – сахаджа-йога. Отримання цього союзу та практика сахаджа-йоги балансують енергетику людини, що позитивно впливає на її фізичний, емоційний та ментальний стани – відповідно, і на мовлення дитини.

Метод самореалізації закладений у глибоких стародавніх знаннях про людину та її зв'язки з Абсолютом. Згідно з цими знаннями людина, крім фізичного тіла, має ще й «тонке» - невидиму енерго-інформаційну чи польову структуру. «Тонке» тіло як і фізичне, також має свою «анатомію» та «фізіологію».

Сахаджа-йога – система методів пробудження (активізації) внутрішнього енерго-вібраційного потенціалу людини та оздоровлення усіх аспектів людського організму (фізичного, психічного, соціального, інтелектуального, духовного) – названа та відкрита доктором філософії та медицини Н. Шріваставою (Шрі Матаджи).

На відміну від дорослих, діти за своїм природним призначенням та складом, мають більш чутливі, відкриті енергетичні центри, більш чисту польову структуру. А тому, елементарні методи позитивного впливу на енерго-інформаційне тіло дитини мають відразу відчутний результат: усі процеси (психічні, емоційні, фізичні) покращуються. Досліджено, що через спонтанний внутрішній глибинний процес методами сахаджи-йоги

відбувається енерго-вібраційний баланс дитини, як наслідок – гармонізація психо-фізичного стану дітей з дизартріями. Це забезпечує позитивний вплив на узгодження м'язів системи артикуляції, дихання та голосу дітей з дизартріями. Методи сахаджа-йоги допомагають активізувати роботу парасимпатичної нервової системи, прискорити нормалізацію порушеної оберненої кінестетичної аферентації у дітей з дизартріями, що є важливою ланкою цілісної функціональної системи мови та мовлення; енерго-вібраційне забезпечення усного мовлення дітей з дизартріями сприяє духовному (глибинному) розвитку усного мовлення таких дітей.

Вашій увазі пропонуються елементарні духовні вправи для підйому внутрішньої енергії людини (дитини) та покращення її енерго-вібраційних засад.

Джей, Шрі Матаджи!

Крок 1. Самореалізація. Ганеша – володар Царства Муладхари.

Мета: отримання самореалізації через пробудження Кундаліні.

Інструкція: метод самореалізації здійснюється через невимушену гру-казку; під час прослуховування пісні «Ганеша» обов'язково пропонується відбивати її темп на рахунок «три» (у випадках складних моторних порушень – на темп «один»).

Дидактичний матеріал: малюнки, пісня на санскриті «Ганеша», її відеозапис, мультимедіа про Ганешу.

Примітки-порада: батьки та їх діти працюють в унісон (обов'язково за власним бажанням). Перед подачею даної методики з'ясовується власна позиція батьків щодо методів сахаджа-йоги та їх дозвіл щодо застосування енерго-вібраційних методів сахаджа-йоги по відношенню до їх дітей. Усі подальші методи сахаджа-йоги працюють після отримання самореалізації.

Самореалізація Інформація для дорослих

Самореалізація – від терміну на санскриті «*атма сакшат кар*» – «прояв свого духу». По суті це духовна трансформація людини, яка дозволяє їй з'єднатися з Абсолютною енергією. Це з'єднання (союз, йогу) здійснює енергія Кундаліні. Самореалізація - це не ментальний процес, не гіпноз і не самонавіювання. Її можна відчутти як прохолодний вітерець над головою і на руках (через вібрації). Звідси, назва терміну «енерго-вібраційний».

Для дітей

Для пробудження Кундаліні направляйте, будь-ласка, ліву руку до сонця, а праву покладіть на серце. Закрийте очі та від чистого серця промовляйте (про себе або в голос): «Я дійсно є чистою, люблячою та доброю дитиною (людиною). Я є Чиста Любов». Долонь правої руки покладіть на лоба та щиро промовляйте: «Я ні на кого не ображаюсь. Я усіх прощаю». Потім долонь правої руки покладіть на тім'я: необхідно щільно притиснути центр долоні до голови та, здійснюючи кругові оберти за годинниковою стрілкою (своєрідний масаж), промовляти: «Я маю чисте бажання отримати свою самореалізацію». А також, звертаючись до своєї духовної внутрішньої енергії, Кундаліні, як до Матері, яка знає про нас усе, повторіть: «Матінко, будь-ласка, пробуди мою духовну силу, відкрий мій енергетичний потенціал».

Під час промови даних стверджень, увагу утримуйте на тім'ячку, позбавляйте голову від думок, розслабляйтесь. Якщо важко прогнати думки, покладіть умовно на голову лимон, та віддайте йому усю вашу напругу. За таких умов повторіть, будь-ласка, вище згадувані ствердження. Відкрийте очі, направте праву руку над головою та потримайте її, прислуховуючись до відчуттів: прохолоди, тепла, поколювання. Таку ж процедуру проведіть з лівою рукою та знову з правою. Ваша дитина та ви відчули

прохолоду?! Це дуже добре! Тисячепелюстковий лотос розпустився над вашими головами! Його необхідно захистити різнокольоровою веселкою (бандханом-захистом), яку легко утворити, виконавши аркоподібні рухи правою рукою з ліва направо та з права наліво над дитиною. Таких рухів необхідно виконати сім разів (Якщо ви відчули тепло, поколуювання – не варто засмучуватись. Кундаліні розпочала свої дії. Просто періодично повторюйте дану процедуру).

Завдання: для закріплення уваги на лотосі як чомусь таємничому та загадковому запропонуйте дитині намалювати себе із лотосом на голові під покровом райдуги. Розкажіть, що райдуга послана Богом на землю людям для їх захисту та радості. Повторіть з дитиною кольори веселки.

Оберегом Кундаліні (внутрішньої духовної енергії людини), її вічним стражем є хоробрий та відважний Шрі Ганеша. Він володар енергетичного Царства Муладхари – храму вічного дитинства й чистоти.

Тож, знайомтесь, будь-ласка, це Шрі Ганеша – божество-покровитель усіх дітей. Ганеша уособлює принципи невинності, цнотливості та мудрості, а також боронить їх від брехливості, лицемірства та двоякості.

Одного разу Ганеші та його брату Картикейї Мати дала завдання: хто швидше обійде землю, той отримає приз. Картикейя сів на дивовижно красивого павича та стрімко рушив навколо Землі. А Ганеша знав, що його Мати - Найвеличніша у Всесвіті, Велика Богиня, яка створила увесь світ та Землю у тому числі. А тому він сів на маленьку сіру мишку та здійснив свою подорож, об'їхавши лише навколо своєї Матінки. Ви здогадалися, що приз виграв, звісно, Ганеша!

Ганеша впевнено сидить на чотирьохпелюстковому лотосі, який утворює знак «свастику». Свастика – це давній символ розвитку, життя, Сонця, світла, благополуччя.

Завдання: Послухайте, будь-ласка, веселу пісеньку про Шрі Ганешу (<http://www.onesong.ru/29/Belgian-Bhajan-Band/tekst-pesni-12-Names-of-Shri-Ganesha>)

Ця пісня позбавляє людину від страхів та руйнує усю негативність як всередині, так і навколо неї. А ще сила цієї пісні полягає у тому, що вона звучить на санскриті, на прамові української, російської, білоруської та інших мов. Санскрит – перша книжна літературна мова. Сьогодні вона є мертвою, оскільки нею не спілкуються, але багато літературних пам'яток старовини написані саме на санскриті.

У пісні про Ганешу відображені 12 імен Шрі Ганеши. Це: 1) Той, Хто має найпрекрасніше та сприятливе обличчя; 2) Той, Хто має один бивень; 3) Той, Хто вирізняється червоно-коричневим кольором; 4) Той, Хто має вуха слона; 5) Той, Хто має величезний живіт; 6) Величезний; 7) Руйнівник перешкод; 8) Ватажок ганів (божеств); 9) Той, Чий прапор сірого кольору; 10) Той, у Кого під наглядом всі справи ганів; 11) Той, Чие чоло прикрашене місяцем; 12) Той, Хто має обличчя слона.

Тож, вашій увазі слова пісні «Ганеша». Співайте та плескайте ритмічно у долоні! Ця пісня купає ваших малюків у прохолодних вібраціях радості та вимиває енергетичні блоки з тонкого тіла.

Приспів: Ганеша (4 р.)

Джей, джей Шрі Ганеша!

Куплет № 1: Сумукха екаданта (2 р.)

Капіла гаджакарнака (2 р.)

Приспів:

Куплет № 2: Ламбодар віката (2 р.)

Вігхнанаша ганатхіп (2 р.)

Приспів:

Куплет № 3: Дхумракету ганадхйакша (2 р.)

Бхалачандра гаджананах (2 р.)

Приспів:

Завдання: Розслабтесь, позбавте голову від думок як про минуле (воно минуло, його не наздогнати), так і про майбутнє (воно нам невідоме, воно ще не існує). Знаходимося у теперішньому – реальності - те, що відбувається даної миті («... есть только миг между прошлым и будущим, именно он называется – жизнь...»). Про себе або в голос промовимо: «О, Божественна Матінко, Твоєю милістю, будь ласка, зроби мене невинним (невинною); укріпи мою чистоту та цноту», «Шрі Ганеша, будь-ласка, пробудись в мені».

Якщо вам сподобалось співати на санскриті, виконаємо мантру Шрі Ганеша (4 р.):

Ом твामева сакшат

Шрі Ганеша сакшат

Шрі Аді Шакті Матаджі

Шрі Нірмала Девіаї Намо Намаха

Заплющіть очі та під релаксаційну музику помедитуйте (3-7 хвилин). Головне під час медитації – позбавити голову від думок – досягти стану усвідомлення без думки.

Поради від Ганеші: 1) поважайте один одного у сім'ї; проявляйте щирість почуттів між собою, вдячність один одному, любов та повагу між собою та до дитини – така поведінка зміцнює царство Муладхари; 2) ходіть босоніж по землі, сидіть на ній, лежіть, віддавайтесь на волю матінці-землі; 3) пам'ятайте, що прояви двоякості, брехливості, будь-яких хитрощів та інтриг – це вороги духу, які створюють енергетичні дірки в тонкому тілі вашої дитини, тим самим роблять її вразливим до проявів зовнішньої негативності. *Подумайте про це!*

Крок 2. Пранаяма.

Мета: розвиток системи дихання методом пранаями (на тонкому рівні – підсилення підйому Кундаліні, закріплення самореалізації, на фізичному – покращення системи кровообігу, дихання).

Інструкція: пранаяма для дітей не вимагає дотримання чітких правил загальноприйнятої пранаями. Під час проведення процедури обов'язково спостерігати за станом дитини та контролювати її самопочуття.

Дидактичний матеріал: малюнки пейзажів, звуки природи, відеоматеріали «Медитація зі Шрі Матаджі. Пранаяма».

Примітки. А. Усі подальші методи сахаджа-йоги працюють після отримання самореалізації Б. Дитяча дизартрія як мовленнєве порушення з точки зору «тонкої» системи (енерго-інформаційної) має порушення (блоки) трьох енергетичних центрів у дітей з дизартріями: АНАХАТИ (4-й енергетичний центр (чакра) у тонкій системі людини, яка на фізичному рівні відповідає за систему дихання та серцево-судинну систему); ВІШУДДХІ (5-й енергетичний центр (чакра) у тонкій системі людини, яка на фізичному рівні відповідає за щитовидну залозу; шию, гортань, ніс, рот, зуби, вуха, шкіру, волосся, зовнішню частину ока; язик, мовлення, слух, рухливість очей; Вішуддхі є першим фільтром проти вірусів, бактерій, диму, різного роду негативності) та АГПІІ (6-й енергетичний центр (чакра) у тонкій системі людини, яка на фізичному рівні відповідає за мозок, мисленнєві процеси, зір). Наступний метод сахаджа-йоги – пранаяма – надзвичайно ефективний для одночасної корекції цих енергетичних центрів (Анахати, Вішуддхі та Агіі).

Інформація для дорослих.

Повітря є елементом Анахати-чакри, і не дивно, адже там знаходиться головний дихальний апарат - легені. Сам процес дихання дуже важливий для глибини медитації та підйому Кундаліні. Якщо поспостерігати за тим, як ми дихаємо, то відчуємо, що вдихаємо

повітря не на повні груди. Людина не повноцінно використовує потужний потенціал своїх легенів. Намагатися вдихати глибше дуже корисно, особливо якщо ми на природі. Необхідно спочатку себе контролювати, а потім таке дихання буде проявлятися спонтанно.

Під час чистки тонкого тіла повітрям необхідно зменшити кількість вдихів та видихів, їх частоту. Зробіть плавно найглибший за можливістю вдих, затримайте дихання (на час, максимально можливий, але без напруги), видихніть без різкості і знову затримайте дихання. З кожним разом час затримки дихання буде збільшуватися, і вже через короткий час можна помітити, що медитація стала глибшою, тобто думки вже не так домагаються і можна відчувати, що тіло ніби «втрачає кордон», - відчувати гармонію та радість. Кундаліні здатна піднятися з більшою силою.

Пранаяма (від санскр. *прана* – життєва енергія, *мана* - контроль) - це комплекс вправ через свідомий контроль дихання (система контролю дихання своєю свідомістю); техніка накопичення життєвої енергії. Через пранаяму Кундаліні здатна піднятися з більшою силою.

Життя - це дихання, без повітря ми не можемо прожити і двох хвилин. Багато років тому йоги виявили взаємний зв'язок емоційного, фізичного та розумового розвитку людини, тому всі системи нашого організму так чи інакше пов'язані з системою дихання. Тільки через постійне регулювання, контроль за диханням можна досягти високої працездатності серцево-судинної та дихальної систем, а отже, гарного здоров'я. Пранаяма особливо ефективна для корекції енергетичних центрів Анахати, Вішуддхі та Агії. Ось чому цей метод сахаджа-йоги так необхідний для дітей з дизартріями, враховуючи складність та системність цього мовленнєвого порушення (порушення звуковимови, дихання та голосоутворення як результат порушення іннервації мовленнєвого апарату, що є наслідком органічних уражень ЦНС).

Невід'ємною умовою контрольованого дихання, є дихання через ніс (вдих-видих носом). Кожен цикл дихання включає в себе три частини: вдих – пауза (затримка дихання) – видих.

УВАГА! Дитина, яка дихає ротом, має, як правило, недорозвинену щитовидну залозу, а також уповільнений розумовий розвиток (зв'язок Анахати чакри із Вішуддхі та Агією). Доведено, що дихання ротом часто призводить до хронічних тонзилітів, нежиті, захворювань шлунково-кишкового тракту. Від неправильного дихання страждає і нервова система. А тому, дихання повинно бути тільки через ніс і ні в якому разі не через рот.

Серед багаточисленних складних вправ пранаями ми рекомендуємо ті, які є найдоступніші для дітей.

Пранаяма для дітей

Вправа 1. Спочатку рекомендується поговорити з дитиною про її бажання. Підвести її до того, що нереалізовані бажання – це і є наші емоції. Головне – навчитися ними зараз керувати. Для цього необхідно просто зручно сісти, увагу утримати в Сахастрарі – вгорі над головою, місці де спостерігали за квіткою-лотосом. Усі емоції (свої бажання) віддати їй. Необхідно, щоб ці бажання отримали «світло» - просвітілись енергією Кундаліні – і тоді вони будуть мати можливість здійснитися. Іншими словами, емоції поміщуємо в Прану через Ману (в життєву енергію через свідомий контроль).

Тепер спостерігаємо за диханням. Робимо тривалий вдих носом, деякий час затримуємо дихання, і знову видихаємо (для дітей з дизартріями на початкових етапах не наполягати на тривалій затримці дихання; для затримки можна їм допомагати прикривати руками носа та ротика не на довгий час). Через декілька повторювань результат стає кращим. Повторити цикл рекомендується декілька разів (3-5 р.), після чого необхідно скоротити частоту вдиху та видиху (це досягається через декілька занять). Таке враження, що ніби людина не дихає, але насправді відбувається повнота процесу дихання, відчуття внутрішньої глибини та спокою.

Під час проведення дихальної процедури обов'язково регулювати увагу дітей: утримувати увагу на просторі затримки, яка повинна бути вільною; увагу на серці (тих же емоціях). Прислуховуватися до внутрішньої тиші, спокою, рівноваги. Така вправа встановлює стан медитації – усвідомлення без думки.

Вправа 2. Наступна вправа допомагає фізично керувати Увагою на рівні Вішуддхі та Агії. Вправа теж встановлює медитативний стан.

Етап 1. Голова рівно, рот закритий, язик необхідно підняти вгору та завернути його (звісно, за можливістю для дітей з дизартріями). На кінчику язика відчуті Божу благодать. Зробити вдих (носом) – ледь помітну затримку дихання – видих (носом), при цьому «підтягувати» м'язи живота, допомагаючи виходу повітря. Етап 2: руки опустити вздовж тулуба, відчуті їх вільне звисання; голову (підборіддя) нахилити до грудей – при цьому хребет рівний, особливо шийний відділ; язик спокійно лежить в порожнині рота. В такому положенні виконувати уповільнений вдих – коротку затримку – тривалий видих, підтягуючи м'язи живота. При виконанні вправи Увагу утримувати в Сахастрарі.

Після цього рекомендується нахилити голову вправо, відкриваючи лівий аспект Вішуддхі, та деякий час потримати увагу на даному аспекті та на Сахастрарі, тоді навпаки – вліво, відкриваючи правий аспект Вішуддхі.

Після виконання цих вправ бажано помедитувати 3-7 хв.

Крок 3. Музикотерапія. Біджа-мантри (первинне енергетичне підґрунтя мовлення).

Мета: розвиток голосової функції методом сахаджа-йоги – біджа-мантрами; чистка Анахати, Вішуддхі та Агії чакр у дітей з дизартріями енерго-вібраційним засобом - біджа-мантрами.

Інструкція: інформація дітям подається через казкові історії (ігрові вправи) про пелюстки чакр в тонкому тілі, кожний з яких має своє звучання («пісню»); дітям пропонується заспівати ці «пісеньки» та пробудити пелюсточки; спостерігати за вібраційним відчуттям на долоньках.

Дидактичний матеріал: таблиці на відео, відеозаписи біджа-мантр зі Шрі Матаджи (їх проговорювання); відеозапис із професійним їх музичним виконанням – (Арун Апте. Музикотерапія).

«Біджа-мантра – означає Вайкхарі. Вайкхарі – це енергія мовлення. Ця енергія перетворюється в мантри реалізованими людьми»

(Шрі Матаджи).

Інформація для дорослих.

Кожну чакру можна уявити як лотос з відповідною кількістю пелюсток. Коли якась чакра пошкоджена, Кундаліні важко проходити через неї. Використовуючи відповідні біджа-мантри, прискорюється розкриття лотосів чакр. Біджа на санскриті означає «насіння». При вимові (співу) біджа-мантр пошкоджена чакра отримує Біджу (насіння), яке повинно прорости.

Біджа-мантри самі по собі не мають перекладу, вони увібрали силу звуків, де приголосні - це чоловіча енергія, а голосні - жіноча (шакті). Медитація на чакри з використанням біджа-мантр є давньою практикою духовного вдосконалення.

Найперша мантра – біджа-мантра «Ом». «Ом» («Омкара») є проявом трьох первозданих енергій, які позначаються «А», «У», «М». Ці енергії створили і створюють Всесвіт.

«А» - це енергія бажання, енергія лівого енергетичного каналу, енергія Шрі Махакалі; «У» - енергія дії, енергія правого енергетичного каналу, енергія Шрі

Махасарасваті; «М» - первозданна енергія еволюції, енергія центрального енергетичного каналу, енергія Шрі Махалакшмі.

Склад «Ом» є перша біджа-мантра, він є джерелом усіх мантр. «Ом» - основний звук, з якого походять всі інші звуки та їх позначення - літери.

АУМ також означає принцип Божественної невинності і чистоти, який пронизує космос і уособлюється Шрі Ганешою, Божеством Муладхари-чакри, принцип якого є в кожній чакрі тонкого тіла людини.

А-У-М означає час, простір та причину; минуле, сьогодення та майбутнє; народження, розвиток та смерть; початок, середину і кінець; дух, розум і матерію.

«Ом» - це амінь в християнських богослужіннях. «Ом» - це позначення Вищого Буття, Вічності, Абсолюту і Свідомості.

Коли зосереджувати увагу на звучанні мантри, розум заспокоюється. Як музика володіє чарівністю, так і звучання мантри заспокоює порушену свідомість.

При правильній вимові «Ом» звук зароджується з пупка з глибокою та гармонійною вібрацією і поступово піднімається до ніздрів, де звучить як носовий звук «М». Увага повинна підніматися паралельно звуку від Муладхари-чакри на звуки «А» та «У» до Сахасрари-чакри на звук «М».

Техніка проведення методу. Спочатку кілька разів (3 рази, або 7 разів, або довільно) на одному диханні співається біджа-мантра «Ом», тоді виконується Біджа-акшара (склад центрального аспекту чакри). Потім співаються склади-звуки кожної пелюстки чакри. При цьому голосний звук не тягнеться (співати: Л-А-А-А-М - неправильно), а співається на одному диханні ЛАМ, ЛАМ, ЛАМ. Увага при цьому слід тримати на Сахасрарі-чакрі і частково на чакрі, з якою працюємо.

Послідовність застосування біджа-мантр для дітей з дизартріями.

1. Виконання біджа-мантри «Ом» (АУМ). Є кілька способів:

а) співати окремо звуки «А», «У» та «М»;

б) співати склад «АУМ» разом, але для лівого каналу довше співати звук «А», для правого – «У», а для центрального – «М».

2. Чистка центрального енергетичного каналу: біджа-мантри співати на мелодію звуків нотної гами від ДО до СІ, а потім від СІ до ДО: СА, РЕ, ГА, МА, ПА, ДХА, НІ, СА (знизу вгору та з гори виз);

2. Чистка Анахати, Вішудхі, Агії.

Назва чакри та її центральний склад		Біджа-мантри
Анахата	ЯМ	1 - КАМ; 2 - КХААМ; 3 - ГАМ; 4 - ГХАМ; 5 - ГНЯН; 6 - ЧАН; 7 - ЧХАМ; 8 - ДЖАМ; 9 - ДЖХАМ; 10 - НЯН; 11 - ТАМ; 12 - ТХАМ
Вішуддхі	ХАМ	1 - АМ; 2 - ААМ; 3 - ІМ; 4 - ІІМ; 5 - УМ; 6 - УУМ; 7 - ХРУМ; 8 - ХРУУМ; 9 - ЛАМ; 10 - РЛАМ; 11 - ЕМ; 12 - АІМ; 13 - ОМ; 14 - АУМ; 15 - А; 16 - АХАМ
Агія	ОМ	1 - ХАМ; 2 - КШАМ

До кожного із завдань використовувати відеоматеріали – проговорювання біджа-мантр зі Шрі Матаджи, а потім виконувати музичне їх виконання у супроводі Аруна Апте (після виконання цих вправ медитація 3-7 хв. під медитативну музику).

Крок 4. Масаж голови - Масаж Пітх.

Мета: підсилення енерго-вібраційного стану дітей з дизартріями через чистку їх польової структури методом масажу Пітх.

Інструкція: кожний енергетичний центр тонкого тіла має свою проекцію на голові, а тому масаж відповідних точок голови очищує польову структуру, тим самим покращує енерго-вібраційний стан дитини. Масаж проводиться ніжно та делікатно. Масажуємо з любов'ю. Масаж здійснюється кожної чакри, при цьому увагу тримати в Сахасрарі (і дитині, і тому, хто масажує). Надзвичайно ефективно проводити масаж з маслом для волосся. Особливу увагу приділяти проекціям Анахати, Вішуддхі та Агії чакрам, враховуючи особливості ураження тонкого тіла у дітей з дизартріями. Масаж проводиться близько 7-11 хв. Можна використовувати медитативну музику під час проведення масажу. Під час масажу рекомендується перебувати в медитативному стані.

Дидактичний матеріал: медитативна музика, відеоматеріали «Масаж голови зі Шрі Матаджи» (самомасаж).

Примітки: масаж проводиться логопедом, батьками як домашнє завдання у випадку їх підтримки методів сахаджа-йоги

Проведення масажу Пітх

1. Великими пальцями обох рук здійснюється масаж «ямочки» внизу голови (потилиці) – це проекція 1-ого енергетичного центру в енерго-інформаційній системі людини – Муладхари чакри, яка на тонкому рівні відповідає за невинність, цноту, чистоту, мудрість, а на фізичному – за функції та органи сечостатевої системи, тазове сплетіння. Її ворогами є – брехливість.
2. За вухами масажувати 4-ма пальцями, натискаючи на 4 точки. Масаж здійснюється або легким дотиком, або у вигляді рухів-арочок – це проекція 2-го енергетичного центру в енерго-інформаційній системі людини – Свадіштана чакри, яка на тонкому рівні відповідає за творчість, чистоту знань, саме тут знаходиться чисте джерело мислення (правий аспект Свадіштана живить клітини головного мозку); на фізичному – нижню частину печінки, нирок, селезінку, підшлункову залозу, жовчний міхур, кишечник, сплетіння аорти. Її ворогами є роздратованість, нетерпимість, злість.
3. Пальцями обох рук легко масажувати місце верхньої частини потилиці, здійснюючи рухи за годинниковою стрілочкою або у вигляді рухів-арочок. Це проекція 3-го енергетичного центру в енерго-інформаційній системі людини – Набхі чакри, яка на тонкому рівні відповідає за задоволеність, щедрість, почуття власної гідності. На фізичному – за шлунок, верхню частину печінки, ліктьові та колінні суглоби, сонячне сплетіння. Її ворогом є жадібність.
4. Два вказівні пальці рухаються по обводку тімені (це проекція 4-го енергетичного центру в енерго-інформаційній системі людини – Анахати чакри (чакри серця). На тонкому рівні вона відповідає за Любов, впевненість, захищеність, хоробрість, відповідальність. На фізичному – за серцебиття, дихання, вироблення антитіл. Її ворогами є страх та прив'язливість.
5. Вказівними пальцями здійснювати рухи за годинниковою стрілочкою у верхній частині лоба (над чолом) по центру – місце початку волосся. Це проекція 5-го енергетичного центру – Вішуддхі чакри (інформація про її фізичний аспект детально подана вище). На тонкому рівні вона відповідає за дипломатичність, колективність. А ворогом її є заздрість.
6. Безіменним пальцем правої руки здійснювати рухи за годинниковою стрілочкою на місці точки бінді. Це проекція 6-го енергетичного центру в енерго-інформаційній системі людини – Агії чакри. На тонкому рівні вона відповідає за уміння прощати та

співчувати. Фізичний аспект – це мозок, мисленнєві процеси, зір. Її ворогом є марносластво.

7. Центр правої долоні на Сахасрарі (місце тімені); здійснювати масаж за годинниковою стрілкою ніжними, делікатними рухами. Сахасрара – це 7-ий енергетичний центр (чакра) в енерго-інформаційній системі людини. На тонкому рівні - це інтеграція усіх чакр, самореалізація, гармонія, єдність та цілісність. На фізичному – лімбічна область.

Для підсилення ефекту чистки тонкого тіла методом масажу Пітх, рекомендовано його здійснення разом зі Шрі Матаджи через відеоматеріали.

Крок 5. Ствердження

Мета: чистка мовленнєвої системи дітей з дизартріями (дихання, голосоутворення, вимова) на енергетичному рівні (чистка Анахати, Вішуддхі та Агії) методом ствердження.

Інструкція: у ствердженнях рекомендовано звертатися до Кундаліні як до Матері, як до духовного енергетичного (жіночого) начала у нас. Чистка відбувається за схемою: центральний аспект чакри – лівий – правий. Під час чистки відповідного аспекту ствердженням прикладати руку на цей аспект.

Дидактичний матеріал: схема тонкого тіла.

Ствердження

Будь-яка чакра уражена саме в тому випадку, коли якості, закладені в ній, не виявляються в належній мірі. У зв'язку з цим до кожної чакри тонкого тіла необхідна постійна підтримка, приділяючи свою увагу відповідним якостям. Щоб звернути увагу на якості і розвинути їх, використовуються ствердження.

Пропонуються ствердження для 4-ої, 5-ої, 6-ої чакр (Анахати, Вішуддхі, Агії), які найбільш блоковані у тонкому тілі у дітей з дизартріями, та 7-ої чакри.

Слід зазначити, що ствердження рівносильні молитві на рідній мові. Коли їх вимовляти, не обов'язково використовувати запропонований нижче шаблон. Нехай це нагадає основні якості окремих чакр, але звернення повинно бути від щирого серця.

Ствердження для центральних аспектів чакр.

Анахата-чакра (права рука на центрі грудної клітини): «Матінко, будь-ласка, зроби мене хороброю людиною».

Вішуддхі-чакра (права рука на центрі шиї): «Матінко, будь ласка, зроби мене колективною особистістю»

Агія-чакра (права рука на чолі): «Матінко, будь-ласка, зроби мене прощаючою людиною».

Сахасрара-чакра (права рука на тімені): «Матінко, будь-ласка, укріпи мою Самореалізацію».

Ствердження для лівих аспектів чакр.

Анахата-чакра (права рука на серці): «Матінко, Твоєю милістю я є Дух. Твоєю милістю я є знаряддя Твоєї любові»

Вішуддхі-чакра (права рука зліва кута плеча та шиї): «Матінко, я не винен. Оскільки я - Дух Твоєю милістю, хіба я можу бути винним?»

Агія-чакра (права рука біля правої скроні): «Матінко, Твоєю милістю, будь-ласка, прости мене».

Увесь лівий канал: «Матінко, Твоєю милістю, я щасливий бути в Увазі Святого Духу».

Ствердження для правих аспектів чакр.

Анахата-чакра (ліва рука на «правому» серці): «Ти є моя відповідальність. Істинно, Ти - це кордон гарної (належної) поведінки».

Вішуддхі-чакра (ліва рука справа кута плеча та шиї): «Матінко, Істинно, Ти є приємний вираз (солодкість, ніжність) моїх слів та справ».

Агія-чакра (ліва рука біля лівої скроні): «Матінко, я прощаю усіх, я прощаю себе».

Увесь правий канал: «Матінко, істинно, Ти – Та, хто усуває усі перешкоди на шляху мого духовного сходження; істинно, Ти є динамічність в мені».

Крок 6. Акваатерапія.

Мета: створення позитивного енергетичного настрою-заряду через акваатерапію.

Інструкція: цей метод проводиться через гру-бесіду з дитиною.

Дидактичний матеріал: склянка з водою, малюнки різних водойм, малюнки кристалів води з різною енергетикою.

А чи знаєте ви, що кожне слово, сказане нами, проектується в оточуючому світі та має також своє відображення у нашому тонкому тілі? Як відомо, більша частина нашої планети покрита водою (океани, моря, річки, озера...) – три чверті поверхні Землі. Людський організм на 90% складається також із води. А вода є одним з найсильніших природних енергетичних провідників. Вода здатна сприймати інформацію не лише із звукових вібрацій слова, а навіть із його чистої інформації. От і виходить, що слова та навіть думки мають вплив на організм людини та повітряний простір в цілому, адже частинки води в повітрі приймають відповідну структуру. Від слів любові та добра (чарівних слів) вода заряджається позитивною енергетикою, відповідно її кристали набувають красивої форми та ніжного кольору. І навпаки, від негативної інформації кристали води схожі на «Абру Кадабру», вони мають руйнівну силу на оточуючий світ та людину в цілому. Ось погляньте.

(Примітки: увазі дитини пропонуються знімки кристалів води з різною енергетикою; дитина обирає той, який їй найбільш сподобався).

Найбільш сильні позитивні слова, це слова *радості, любові, щастя, вдячності*. А тому, щоб мати здорову енергетику, гарний настрій та самопочуття важливо використовувати слова, які несуть позитивну інформацію. Ось чому так важливо говорити слова добра та любові! Вважається, що найбільш сильним позитивно зарядженим текстом є мантри та молитви.

Завдання: а) гра «Чарівні слова» (назвати чарівні слова, які знає ваша дитина); б) над склянкою з водою разом з дитиною проговорити її мрії щодо одужання, гарного чистого мовлення та випити її (цю воду) з вдячністю; в) шановні батьки, будь-ласка, разом із дитиною складіть міні-текст-молитву із гарними позитивними словами на щасливу долю вашої дитини.

Крок 7. Медитація

Мета: підтримка процесу самореалізації методом медитації як основного методу сахаджа-йоги.

Інструкція: для підсилення ефекту медитація проводиться під музику; дітям рекомендовано починати медитацію з 3 хв., поступово збільшувати час до 7 хв. Умова: сісти зручно, заплющити очі, увага в Сахасрарі (область тімені), ні про що не думати. На перших етапах для встановлення Уваги в Сахасрарі можна подумки покласти на голову лимон та утримати його.

Дидактичний матеріал: медитативна музика сахаджа йоги, звуки природи; відеоматеріали «Медитація зі Шрі Матаджи».

Інформація для дорослих

Медитація в сахаджа йозі - це повна відсутність думок при повній свідомості. Медитація - стан свідомості, в який ми потрапляємо спонтанно, як тільки Кундаліні проходить через Сахасрару-чакру. Це важлива подія на тонкому плані. Це і є Йога, союз з Божественним і початкова стадія цілком нового усвідомлення. Саме це усвідомлення ми повинні підтримувати. Однак, це не завжди легко при нашій неспокійній і нестійкій увазі.

Медитація - це головне в сахаджа йозі. Це злиття з Божественним, все інше другорядне. Якщо вся увага на механічному виконанні процедур, а не над тім'ячком, то Кундаліні не працює, вона чекає, коли ми закінчимо наші вправи. Адже, всю живу роботу робить Кундаліні і вібрації Усепроникаючої Енергії Любові.

У стані медитації Кундаліні спокійно та вільно піднімається через енерго-інформаційне тіло і виконує внутрішню глибинну енергетичну роботу – очищує тонке тіло. Вона (Кундаліні) знає про нас все, більше, ніж ми про себе. Це вона дає досвід самопізнання та духовного сходження.

Цей тонкий процес має свої прояви і на фізичному рівні (що доведено численними медичними науковими дослідженнями сахаджа-медитації): нормалізується хімічний склад крові, знижується підвищений артеріальний тиск, зникають симптоми самих різних захворювань, спостерігається підйом сил і настрою. Так 10-15 хвилин медитації при напрузі і втомі дає рекреаційний ефект, рівний декільком годинам повноцінного сну. Суб'єктивно результати сахаджа-медитації переживаються як «легкість», «розслаблення», «безтурботний спокій», «прояснення» свідомості, встановлення радісно-комфортного відчуття у всьому організмі, відчуття бадьорості.

Зрозуміло, не має сенсу медитувати протягом 24 годин на добу, але бути в стані медитації – це надзвичайно важливо. Сахаджа йоги практикують сахаджа-медитацію один-два рази на день протягом 10-15 хвилин. Цього цілком достатньо, щоб відбулося глибоке відновлення нервової системи і Кундаліні могла «зарядити» нашу тонку енергосистему. Важливо відзначити, що без активізації енергії Кундаліні практикувати медитацію за методикою Сахаджа Йоги марно. На першому етапі слід здійснити механізм Самореалізації, тобто пробудити енергію Кундаліні.

Слід пам'ятати, що сахаджа йога – це не припис, а перш за все, щоденна практика.

«...Що означає самореалізація? Це значить, що ми щось усвідомлюємо, але що таке «само-»? Пані та панове, «само-» означає, що в нас знаходиться божественна, космічна енергія, котра існує у кожної людини, але котра не пробуджена у більшості людей в світі. Духовні вчителі древності знали про це, говорили про це, але ця таємниця із таємниць ретельно приховувалася до тих пір, поки Шрі Матаджи з найвеличнішою мужністю та найвеличнішою мудрістю не вирішила прийти на свій власний розсуд знову на цю Землю у цей критичний час нашої історії, щоб поділитися своїм знанням та мудрістю – Сахаджа-Йогою, - спонтанною самореалізацією. Самореалізація потрібна для того, щоб активізувати спляче джерело, яке існує в нас, яке називається Кундаліні, і якому необхідно допомогти піднятися для того, щоб настало те, про що говориться в Біблії: «Ви створені по Моєму образу» (аплудисменти)...» [Промова Клауса Нобеля у Королівському Альберт-Холлі «Майбутнє планети знаходиться в серці кожної людини»; м. Стокгольм, Швеція, 3 липня, 1997 року].

Б) Англо- інформаційний

Основна мета: покращення стану м'язів артикуляції, розвиток дихальної системи, голосової функції засобами фонетико-інтонаційних особливостей англійської мови.

Зміст: специфічна вимова англійських голосних, лексичний матеріал із різною вимовою голосних, лексичний матеріал із [h], [w]; специфічне інтонування на англійській мові (запитання, речення, вірші-мініатюри).

В ГОСТЯХ У ГЕНРІ

(перше знайомство з англійською)

Навчально-методичний посібник з логопедії

Вступне слово

Шановні батьки, колеги!

Якщо у дитини спостерігаються вади мовлення, не відкладайте вивчення англійської мови після усунення мовленнєвих вад. Інколи ви чуєте в адресу своїх дітей: «Навчитися говорити рідною мовою – приступити до вивчення англійської». Зневажайте на це! Це думка людей, які не знають про чарівні властивості англійської мови. Впевнено приступайте до вивчення англійської!

Загадковий позитивний вплив англійської мови на мовлення дитини полягає у специфіці її фонетико-інтонаційних особливостей: багатогранність вимови голосних звуків, особливих приголосних [h], [w], англійських синтагм (інтонаційно-сміслової єдності). Особливості фонетики та інтонації англійської мови, які відрізняються від фонетико-інтонаційних особливостей української мови, мають також позитивний вплив на тонусний стан мовленнєвого апарату (дихання, голосоутворення, артикуляції) та просодії у дітей з дизартріями. Це підтверджує факт розвитку їх мовної активності, що у свою чергу підвищує (розвиває) їх мовну здатність говорити рідною мовою.

Запропонована методика надзвичайно проста у використанні. Для її застосування не обов'язково бути фахівцем з англійської мови. Головне – дотримуватися *специфіки фонетики* англійської мови та її *інтонування*. І через деякий час ви помітите, що вимова вашої дитини на рідній мові значно покращиться. Особливо корисною дана методика буде для дітей з дизартріями, артикуляційними диспраксіями, просодичним дефіцитом, із заїканням.

У посібнику використана ідея С. Лосевої про вивчення англійської через римування. Подані основні лексичні теми: «Приємне знайомство», «Моя сім'я», «Пори року», «Тварини» через лексику, запитання-відповідь. Методичний матеріал насичений словниковим матеріалом та віршами із звуками [h], [w].

Дана методика запропонована для дітей як середнього (старшого) дошкільного віку, так і для молодшого шкільного.

То ж приступайте! Зробіть свої перші кроки! Успіхів при знайомстві з англійською мовою! Приємного спілкування!

Крок 1. Чарівні звуки англійської мови.

Мета: зацікавити дітей знайомитись з англійською мовою.

Інструкція: на специфічну вимову англійських звуків звертається увага під час подачі лексичного матеріалу (дітям не подається окремо матеріал на постановку звуків та вивчення англійського алфавіту).

Дидактичний матеріал: таблиці для дорослих; малюнки з Генрі; малюнки, відео із зображенням Англії, звуки дзвону Біг Бена.

Знайомство з Генрі

- Привіт! Я – Генрі. Прибув із дивовижної країни Англії, яку я дуже люблю і хочу трішки вас познайомити з нею. Англія є частиною Великобританії – найбільшого острова у Європі. Столиця Англії - дивовижне загадкове затуманене місто Лондон. Англія відома в усьому світі як країна джентльменів, країна Шерлока Холмса – видатного лондонського приватного детектива; письменників – Чарльза Діккенса та Вільяма Шекспіра... А ще моя

Англія відома Біг Беном – дзвоном в середині башти Святого Стефана... Багато чого можна розповідати про мою країну!

А чи знаєте ви, що саме в Англії були винайдені шнурки (у 1790 році)?! От ви вже і посміхаєтесь... В Англії живуть переважно англійці, і розмовляють вони виключно англійською мовою. Хочу зазначити, що англійська також є мовою міжнародного значення. А тому, де б ви не були, в якій частині світу не знаходились, вас завжди зрозуміють, якщо ви будете говорити англійською. То ж вперед, до знань!

Голосні

Довгі звуки

[i:]	схожий на український [і]	me, he, bee
[a:]	схожий на український [а]	farm, arm, car
[ɔ:]	схожий на український [о]	four, fork, form
[u:]	схожий на український [у]	student, new, pupil
[ɜ:]	Середній звук між йо та о, як у слові <i>льоля</i>	her, girl, bird

Короткі звуки

[ɪ]	- схожий на український [і]	pin, it, is
[e]	- схожий на український [е]	red, ten, then
[æ]	- схожий на широкий український [е]	fat, hat, apple
[ɒ]	- схожий на український [о]	on, not, box
[ʊ]	- схожий на український [у]	book, put, look
[ʌ]	- схожий на український [а]	fun, bus, cut
[ə]	- схожий на український ненаголошений [е]	driver, actor, dancer

Дифтонги

[aʊ]	[aʊ]	brown, house, how
[eɪ]	[eɪ]	lake, face, cake
[ɔɪ]	[ɔɪ]	toy, boy
[aɪ]	[aɪ]	my, nine, kite
[əʊ]	[eʊ]	no. home, nose
[iə]	[ie]	near, here, ear
[eə]	[ea]	there, bear, hair

Приголосні

[b]	[б]	Bear, bag, book
[d]	[д]	Dog, door, dress
[f]	[ф]	Feet, fine, phone
[ʒ]	[ж] – м'який	Pleasure

[dʒ]	[дж] – м'який	Jam, large, Jill
[g]	[г]	Get, girl, go
[h]	[х] – вимовляючи, треба видихнути	Hen, house, hello
[k]	[к]	Cow, kitten, kitchen
[l]	[л]	Lion, lemon, lip
[m]	[м]	Moon, mouse, mouth
[n]	[н]	Nine, nice, nose
[j]	[й]	You, yes, yellow
[p]	[п]	Play, pupil, pencil
[s]	[с]	Sofa, seven, son
[t]	[т]	Ten, toy, twenty
[v]	[в]	Very, five, vegetable
[z]	[з]	Zebra, boys, zoo
[tʃ]	[ч] - м'який (у сполученнях ch, tch)	Teacher, chair, child
[ʃ]	[ш] – м'який (у сполученні sh)	Shop, ship, she
[r]	[р] – кінчик язика загинається вгору	Red, rose, rise
[θ]	міжзубний глухий [с] – язик поміщаєм між зубами(у сполученні th)	Thank, thick, thin
[ð]	міжзубний глухий [з] – язик поміщаємо між зубами(у сполученні th)	This, the, then
[ŋ]	[н] – спинка язика торкається піднебіння (у сполученні ng)	Evening, going, playing
[w]	[в] – губи складені як під час свисту	White, window, well

Крок 2. Приємне знайомство

Мета: розвиток м'язів артикуляції засобом вимови слів та фраз англійською.

Інструкція: слова та фрази повторювати декілька разів, звертаючи увагу дітей на специфіку їх вимови – адже, вони в Англії.

Дидактичний матеріал: малюнки (предметні та сюжетні) на тему знайомство, іграшки для ситуативної гри.

Йде гра «Впізнай мелодію»

Та ось останній гейм.

Ім'я та прізвище

Англійською – **name** ['neɪm].

«Як вас звати?» – запитала Джейн.

«Що за ім'я?» - **What is your name?** ['wɒt 'ɪz 'jə 'neɪm].

Я – Петрик, - каже хлопчик.

Відповідь така: **My name is Pete** ['maɪ 'neɪm 'ɪz 'pi:t].

«Скільки вам років?» –

Питання задаю.

Скільки вам років? – **How old are you?** ['haʊ 'əʊld 'ɑ: ju].

Мені – десять, дядя Сем.

Мені – десять. – **I am ten** ['ai 'æm 'ten].

«Де живете? Де живете?» -

Задає питання Стів.

Англійською ця фраза: **Where?**

Where do you live? » ['weɪ: 'du: 'ju: 'lɪv].

Я живу у місті Ніжин

Там я не один

Англійською це буде: **I live in Nizhyn** ['ai 'lɪv 'ɪn 'nɪzɪn].

«Звідки ви приїхали?» -

Звучить як довге «ОМ...»

Звідки ви? Звідки ви? –

Where are you from? ['weɪ: 'ɑ: 'ju: 'frɒm].

Я з України, - каже Джейн.

Відповідь така: **I am from Ukraine** ['ai 'æm 'frɒm ju: 'kreɪn].

Як живете, містер Браун?

Як? – запитайте: **How?** ['haʊ].

«Рада познайомитись.

Добрий день!» – кажу.

Добрий день! Вітаю! –

How do you do! ['haʊ 'du: 'ju: 'du:].

Крок 3. Моя сім'я

Мета: розвиток м'язів артикуляції засобом вимови слів та фраз англійською.

Інструкція: слова та фрази повторювати декілька разів, звертаючи увагу дітей на специфіку їх вимови.

Дидактичний матеріал: малюнки, лото, іграшки.

Ти не лінуйся, повтори:

Сім'я - це значить **family** ['fæmɪli].

Do you have a family? – Yes? I have a family.

['du: 'ju: 'hæv ə 'fæmɪli]

Подобаються алмази
 Моїй мамі – **mother** ['mʌðə]
I have a mother. I love my mother.
 ['ai 'hævə 'mʌðə]

А бабуся теж в алмазах.
 Бабуся англійською – **grandmother** ['gran(d)mʌðə]

Поїхав на турбазу
 Мій тато – **father** ['fɑ:ðə]

А дідусь з ним теж на базі.
 Дідусь англійською – **grandfather** ['gran(d)fɑ:ðə]

А доцю, як ви назвете?
 Дочка англійською – **daughter** ['dɔ:tə]

А синочок зламав кран.
 Син, синок англійською – **son** [sʌn]

Мріє стати артисткою
 Моя сестричка, моя – **sister** ['sɪstə]

Мій брат розбив сьогодні вазу.
 Мій брат – малюк,
 Мій братик – **brother** ['brʌðə]

Примітки: завдання для дітей – намалюй свою сім'ю.

Крок 4. Вірші для дошкільнят.

Мета: розвиток артикуляції, дихання, голосу засобами вимови англійською.

Інструкція: обов'язково акцентувати увагу на вимові відкритих голосних та приголосних [w], [h] та специфічному інтонуванні міні-речень. Вимова окремих слів, вимова речень разом, вимова віршів. Слухати вірші у аудіо записі.

Дидактичний матеріал: малюнки, іграшки.

I love my cat

I love my cat,
 It's warm and fat.
 My cat is grey.
 It likes to play.

Я люблю свого кота

Я люблю свого кота,
 Він теплий і товстий.
 Мій кіт сірий.
 Він любить гратися.

Примітки: а) розповідати вірш, ритмічно погладжуючи іграшку котика; б) після того, як дорослий з дитиною попрацював над змістом віршика, рекомендовано провести бесіду з нею (кого любиш ти? який твій улюбленець? що він любить робити?).

Rainbow

Gray, blue, violet and red,

My name's Billy, your name's Fred.

Violet, orange, red and yellow,

Look at the beautiful rainbow.

Веселка

Сірий, синій, фіолетовий і червоний

Мене звуть Біллі, тебе звуть Фред.

Фіолетовий, оранжевий, червоний і жовтий

Подивися на красиву веселку.

Примітки: а) розповідати вірш, намагаючись відбивати темп руками (плескати в долоні), ніжками, а потім, за можливістю, м'ячем (при назві кольорів); б) повторити кольори веселки за малюнком. Скласти різнокольорову пірамідку, зазначити з яких кольорів складається вона. Повторити англійською відповідь-запитання: як твоє ім'я? – моє ім'я

Seasons

Spring is green,

Summer is bright,

Autumn is yellow,

Winter is white.

Пори року

Весна зелена

Літо яскраве

Осінь жовта

Зима біла.

Counter

Own, two -

I love you.

Three, four -

Touch the floor.

Five, six -

Mix and mix.

Сім, вісім -

Це здорово.

Nine, ten -

Play again

Лічилочка

Раз, два -

Я люблю тебе.

Три, чотири -

Торкніться підлоги.

П'ять, шість -

Змішайте і перемішайте.

Seven, eight -

It is great.

Дев'ять, десять -

Грай знову

Примітки: лічилочка супроводжується рухами на розвиток загальної моторики.

Birdie

Fly, little, Birdie, fly!

Fly into the blue sky!

One, two, three, You are free!

Пташка

Лети, пташко, лети!

Лети в блакитне небо!

Раз, два, три, ти вільна!

Примітки: вірш супроводжувати рухами-імітацією польоту пташки.

Pig

I have a pig,

Not very little, not very big,

Not very pink, not very green,

Not very dirty, not very clean.

Свинка

У мене є свинка,

Не дуже мала, не дуже,

Не дуже рожева, не дуже зелена,

Не дуже брудна, не дуже чиста.

Примітки: провести розмову з дитиною (тебе називають поросятком? якщо так, то хто і коли?).

Rain, rain go away,

Дощ, дощ йде,

Come again another day.

Приходь знову ще один день.

Примітки: пригадати схожу українську закличку «Іди, іди дощику...» та виконати її в музичному супроводі під відеозапис (мультик).

Іди, іди, дощику,
Зварю тобі борщику
В полив'янім горщику!
Іди, іди, дощику,
Цебром, відром, дійницею
Над нашою пашницею!
Іди, іди, дощику,
Зварю тобі борщику!

Good night

Добраніч

Good night mother,
Good night father,
Kiss your little son.
Good night sister,
Good night brother,
Good night everyone.

Доброї ночі, матінко!
Доброї ночі, татко!
Поцілуй свого маленького сина!
Доброї ночі, сестро!
Доброї ночі, братику!
Доброї ночі всім!

Примітки: які ще чарівні слова ти знаєш? Чому вони називаються чарівними? Як вони звучать англійською (добрий день, добрий ранок, дякую). Давай їх вивчимо!

Willy

Віллі

Why do you cry, Willy?

Чому ти плачеш, Віллі?

Why do you cry?

Чому ти плачеш?

Why, Willy? Why, Willy?

Чому Віллі? Чому Віллі?

Why, Willy? Why?

Чому Віллі? Чому?

Примітки: скоромовку розповідати не швидко, головню чітко артикулювати та інтонувати. Провести розмову: «А чи плачеш ти? Якщо так, то чому? Як ти гадаєш, що краще робити – плакати чи сміятися? Чому?».

Крок 5. Пісні для дошкільнят.

Мета: розвиток артикуляції, дихання, голосу засобами співу на англійській мові.

Інструкція: дитині спочатку пояснюється (розповідається) зміст пісні, відпрацьовуються окремі слова, потім пісня виконується разом із дорослим і лише тоді під музичний супровід (аудіо та відеозаписи). Усі варіанти пісень супроводжувати можливою

ритмізацією (ходьба, плескання в долоні, інші додаткові рухи на розвиток загальної моторики).

Дидактичний матеріал: пісні, малюнки із зображенням головних героїв пісень, аудіо та відеозаписи.

Пісня 1.

Happy Birthday to you!	З Днем народження тебе!
Happy Birthday to you!	З Днем народження тебе!
Happy Birthday, dear Carmen!	З Днем народження тебе, люба Кармен!
Happy Birthday to you!	З Днем народження тебе!

Примітки: бесіда з дитиною на тему «Твій День народження»: Як тебе вітають з Днем народження? Які співають пісні? Кого ти запрошуєш до себе в гості? Які подарунки ти отримуєш? А чи любиш ти вітати інших?

Пісня 2.

What a happy day today!	Який сьогодні щасливий день!
Boys and girls are very gay!	Хлопчики та дівчатка дуже веселі!
They dance and play	Вони танцюють і грають.
What a happy, happy day!	Який щасливий, щасливий день!

Пісня 3.

If you're happy and you know it, clap your hands.
 If you're happy and you know it, clap your hands.
 If you're happy and you know it,
 And you really want to show it,
 If you're happy and you know it, clap your hands.

If you're happy and you know it, stomp your feet.
 If you're happy and you know it, stomp your feet.
 If you're happy and you know it,
 And you really want to show it,
 If you're happy and you know it, stomp your feet.

If you're happy and you know it, nod your head.
 If you're happy and you know it, nod your head.
 If you're happy and you know it,
 And you really want to show it,
 If you're happy and you know it, nod your head.

If you're happy and you know it, turn around.
 If you're happy and you know it, turn around.
 If you're happy and you know it,
 And you really want to show it,
 If you're happy and you know it, turn around.

If you're happy and you know it, say we are, we are.
 If you're happy and you know it, say we are, we are.
 If you're happy and you know it,
 And you really want to show it,
 If you're happy and you know it, say we are, we are.

Примітки: ця пісня використовується в основному як засіб логоритміки; ключові фрази та слова для дітей, які супроводжуються рухами, подані в таблиці

слово	транскрипція	переклад
if	[ɪf]	якщо
you	[ju:]	ти, ви
you are happy	[ju:] [a:] ['hæpi]	ти щасливий
know	[nəu]	знати
it	[ɪt]	це
clap	[klæp]	плескати
your	[jɔ:]	твій, твоя, твої, свій, ваш
hand	[hænd]	рука
and	[ænd]	і
really	['riəli]	дійсно, насправді
want	[wɒnt]	хотіти
show	[ʃəu]	показувати
stomp	[stɒmp]	тупати
foot	[fʊt]	нога, ступня (feet [fi:t]- ноги)
nod	[nɒd]	хитати (головою)
head	[hed]	голова
turn	[tɜ:n]	повертатися
around	['əraʊnd]	навкруг
say	[sei]	сказати
we	[wi]	ми

Та ось з'явився Генрі. Виявилося, що він увесь цей час спостерігав за дітьми. «Я дуже задоволений вашою грою, - звернувся Генрі до дошкільнят. – Бажаю вам і в майбутньому крокувати цією дивовижною країною – країною англійської мови. А перше знайомство з нею нехай залишить у вас лише позитивні приємні враження. Бувайте! Goodbye!»

Основний корекційно-розвивальний етап

А. Напрямок загального методичного забезпечення структурних компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного) (див. у додатках)

Б. Напрямок диференційної корекції усного мовлення дітей з дизартріями

Онтогенетичний (умовно-нормативний) профіль УМ при дизартріях

1) Профіль УМ: дизартрія (АД або ПД), ФНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР (АД або ПД).

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ, БСУГМ),

Модуль УМ: достатній (помірно порушений).

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+гіпотонія.

Форма дизартрії: спастико-паретична (1-й рівень звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку).

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент (розвиток орального та динамічного праксису); б) лінгвістичний компонент (формування звуковимови для дітей з АД; формування просодики, дихання, голосоутворення для дітей з ПД); в) психолінгвістичний компонент усного мовлення (залучення до навчального експерименту 2-ого етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою забезпечення підґрунтя розвитку усного зв'язного мовлення.

2) Профіль УМ: дизартрія (АД), ФФНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР (АД).

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ, БСУГМ),

Модуль УМ: середній (середньо-порушений).

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+гіпотонія; дистонія+гіпотонія; гіпотонія.

Форма дизартрії: спастико-паретична, гіперкінетична та атактична (2ий рівень звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку).

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент: робота над усіма ланками (крім когнітивної сфери); б) лінгвістичний компонент: формування звуковимови, просодики, дихання, голосоутворення та фонематичних процесів; в) психолінгвістичний компонент усного мовлення: залучення до навчального експерименту 2-го етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою покращення якості усного мовлення.

Дизонтогенетичні профілі УМ при дизартріях

3) Профіль УМ: класична «чиста» дизартрія (ФНМ, ФФНМ).

Ступінь тяжкості дизартрії: ВД, ГД.

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ).

Модуль УМ: виражено порушений, глибоко порушений.

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: усі тонусні порушення.

Форма дизартрії: усі форми дизартрії (1-й, 2-ий, 3-ій рівні звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку), рівнем регуляції інтонації.

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент: розвиток орального та динамічного праксису; б) лінгвістичний компонент: формування звуковимови, просодики, дихання, голосоутворення для дітей із ФНМ (ВД) та формування звуковимови, просодики, дихання, голосоутворення, фонематичних процесів для дітей з ФФНМ (ВД, ГД); в) психолінгвістичний компонент усного мовлення: робота над рівнем називання для дітей з ГД; залучення до навчального експерименту 2-ого етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою розвитку усного мовлення на етапах корекційного впливу.

Комбіновані мовленнєві дефекти дизонтогенетичного профілю УМ

4) Профіль УМ: дизартрія+заїкування (неврозоподібна форма, легкий ступінь, клонічний характер); ФНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР, ВД.

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ, БСУГМ).

Модуль УМ: достатній (помірно порушений), середньо-порушений, виражено-порушений.

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+гіпотонія.

Форма дизартрії: спастико-паретична (1-й рівень звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку), рівнем регуляції інтонації.

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент: розвиток орального та динамічного праксису, застосування логоритміки; б) лінгвістичний компонент: формування дихання, голосоутворення як провідних ланок корекційного впливу при заїкуванні; розвиток просодики, звуковимови; формування звуковимови; в) психолінгвістичний компонент усного мовлення: залучення до навчального експерименту 2-ого етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою

покращення якості усного мовлення) на останніх етапах корекційного впливу.

Примітки: для заїкуватих дітей з дизартріями необхідною умовою корекційного впливу є дотримання *мовленнєвого режиму* (режим обмеження мовлення, режим мовчання, техніки невербального спілкування, шепітне мовлення).

5) Профіль усного мовлення: дизартрія+заїкування (середній ступінь, неврозоподібна форма, клонічний характер); ФФНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР, ВД.

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ).

Модуль УМ: середньо-порушений, виражено-порушений.

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+гіпотонія; дистонія+гіпотонія.

Форма дизартрії: спастико-паретична, гіперкінетична (2-ий рівень звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторної кінетичної організації («моторної програми синтагми»), що співвідноситься з рівнем моторного (кінетичного) програмування та вибором артикулем (моторної схеми мовленнєвого звуку).

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент: робота над усіма ланками; б) лінгвістичний компонент: формування дихання, голосоутворення як провідних ланок корекційного впливу при заїкуванні; розвиток просодики, звуковимови та фонематичного сприймання; в) психолінгвістичний компонент усного мовлення: залучення до навчального експерименту 2-ого етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою покращення якості усного мовлення) на останніх етапах корекційного впливу.

6) Профіль усного мовлення: дизартрія+заїкування (важкий ступінь, неврозоподібна та комбінована форма, клоно-тонічний характер); ЗНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР, ВД, ГД.

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ).

Мовленнєвий модуль: важко порушений, глибоко порушений.

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+ гіпотонія; дистонія+гіпотонія.

Форма дизартрії: спастико-паретична та гіперкінетична (2-ий та 3-ій рівень звукових порушень).

Стан програмного забезпечення: порушення етапу моторного забезпечення та етапу (рівня) лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем).

Напрями корекції усного мовлення: а) нейропсихологічний компонент: робота над усіма ланками; б) лінгвістичний компонент: формування усіх складових ЛКУМ (лінгвістичного компоненту УМ); в) психолінгвістичний компонент усного мовлення: рівень називання – формування граматичної системи слова та граматичної системи словотворення; рівень смислового зв'язного мовлення – формування граматичних зв'язків між реченнями та його частинами (членами речення); залучення до навчального експерименту 2-ого етапу рівня смислового зв'язного мовлення (складання листа дитиною) з метою покращення якості усного мовлення, його розвитку на останніх етапах корекційного впливу.

7) Профіль УМ: дизартрія+моторна алалія; ЗНМ.

Ступінь тяжкості дизартрії: МДР, ВД, ГД.

Категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ, БСУГМ),

Модуль УМ: вкрай низький (тотально порушений).

Тонусний стан м'язів артикуляційної мускулатури: спастичність+ ригідність.

Форма дизартрії: спастико-ригідна, спастико-паретична (3-ій рівень звукових порушень).

Програмне забезпечення: системне порушення усіх рівнів програмування мовлення (рівня внутрішньої (смислової) програми

висловлювання, рівня семантичної структури речення, рівня лексико-граматичної структури речення, рівня моторного забезпечення).

Напрями корекції усного мовлення: системний, неперервний логокорекційний щодо формування кожного компонента УМ.

3.4. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях

Комплексна корекція вад УМ дітей СДВ при дизартріях здійснювалася у два етапи *корекційно-розвивального блоку* навчального експерименту. *Перший – загальнообов’язковий (базовий) етап* – передбачав застосування двох корекційних напрямів УМ для дітей з усіма формами дизартрії, з різними профілями УМ та різними показниками його мовленнєвого модулю: *основоположного* (здійснення логопедичного диференційованого масажу, розвитку дрібної та загальної моторики) та *інноваційного* (застосування методів сахаджа-йоги та англійської мови). Другий – корекційно-розвивальний етап – представлений трьома напрямками: *перший* спрямований на загальне методичне забезпечення структурних компонентів УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного); *другий* спрямований на диференційовану корекцію усного мовлення дітей з дизартріями, враховуючи різні варіанти профілів УМ дітей з дизартріями, модуль УМ, стан програмного забезпечення УМ, тонусний стан м’язів артикуляційної мускулатури (форму дизартрії), категорію дітей з дизартріями (діти з ДЦП та діти з ІДР (СОУГМ, БСУГМ)); *третій* забезпечував індивідуальну траєкторію розвитку УМ дитини-дизартрика СДВ. *Заклучний блок* навчального експерименту – *контрольно-оцінювальний* – представлений підсумково-діагностичним та підсумково-аналітичним етапами.

Так, перші позитивні результати ми отримали, використовуючи загальнообов’язкові (базові) засади корекційно-розвивального блоку навчального процесу по подоланню порушень усного мовлення для усіх дітей з дизартріями, які брали участь у формуальному експерименті.

Важливу роль на загальнообов'язковому етапі ми відводили логопедичному диференційованому масажу, який також був і складовою основоположного напрямку корекції УМ у старших дошкільників з дизартріями. Застосування дозованого логопедичного диференційованого масажу, розвиток дрібної, загальної моторики значно підвищили рівень психомоторної бази УМ усіх дітей різних категорій з дизартріями. У всіх дітей без виключення помітно покращувався стан м'язового тону, мимічної, артикуляційної мускулатури.

Відповідно, маючи психологічну (мотиваційну) базу на загальнообов'язковому етапі корекційного впливу діти проявляли підвищену зацікавленість при виконанні особливо завдань інноваційного напрямку. Застосування нетрадиційних методів корекції УМ (методів сахаджа-йоги та використання англійської мови) теж дало позитивні результати. Застосування методів сахаджа-йоги (самореалізація, медитація, масаж Пітх, акватерапія, пранаяма, ствердження) як енерго-інформаційного напрямку корекції УМ дітей з дизартріями через впровадження НМП «Йога для дітей» на усіх етапах корекції УМ також позитивно впливало на розвиток УМ. Є підстави говорити про покращення якості енергетичних засад УМ, створення енерго-психологічних умов для спонтанного внутрішнього (духовного) розвитку дитини на її усне мовлення. Це досягалося застосуванням методів сахаджа-йоги: діти активно залучалися до корекційного процесу, ставали більш уважними, зосередженими, позитивно-емоційними, більш працездатними (як діти ДЦП так й ІДР). Медитація сахадж-методу мала значний позитивний вплив на стан тону м'язової системи дітей з дизартріями. Помічено, що відразу після медитації зменшувалась напруга як у всьому тілі дитини, так і артикуляційному апараті (у дітей з ДЦП). Як результат – покращення стану УМ в цілому. Методи сахаджа йоги стали своєрідним підґрунтям для подальшого розвитку нейропсихологічного компонента УМ (загальний енергетично-вібраційний рівень забезпечив можливість зниження тонусної спастичності та підвищення паретичності).

Лінгвістичного (просодичної площини) під впливом пранаями та біджа-мантр – спеціальним комплексом дихальних та голосових вправ, які поєднували і рухи тіла. Досліджено, що методи сахаджа-йоги позитивно впливали на роботу «тонкого» енерго-інформаційного тіла (невидиму польову структуру) дитини. Через спонтанний внутрішній глибинний процес відбувався енерго-вібраційний баланс дитини, як наслідок – гармонізація психо-фізичного стану дітей з дизартріями. Це забезпечувало позитивний вплив на узгодження м'язів системи артикуляції, дихання та голосу дітей з дизартріями. Методи сахаджа-йоги допомогли активізувати роботу парасимпатичної нервової системи, прискорити нормалізацію порушеної оберненої кінестетичної аферентації у дітей з дизартріями, що є важливою ланкою цілісної функціональної системи мови та мовлення; енерго-вібраційне забезпечення УМ дітей з дизартріями посприяло духовному (глибинному) розвитку УМ таких дітей.

Ще більш виразні результати були отримані у випадках підтримки методів сахаджа-йоги батьками дітей-дизартриків, коли батьки та діти працювали в унісон. Самі батьки зазначали: «покращувався життєвий тонус», «з'являлися нові сили», «відкривалося друге дихання». І це було для нас очікуваним.

Використання англійської мови в корекційному логопедичному процесі через впровадження НМП «В гостях у Генрі» з дітьми-дизартриками усіх категорій також дали плідні результати. По-перше, у дітей з дизартріями як при ІДР так і ДЦП помітно збільшилась амплітуда рухів губ, рухливість щік завдяки спеціально підібраному лексичному матеріалу із звуком [w], що засвідчувало про позитивний вплив на тонусний стан артикуляційного апарату. По-друге, поява більш гучного голосу у дітей пояснюється використанням словникового матеріалу із [h] та специфічній вимові англійських голосних звуків. По-третє, підвищення довготривалості дихання у дітей з дизартріями та зменшення заїкування відбулося завдяки специфічному інтонуванню, використанню синтагм, які притаманні лише

англійській мові. Особливості фонетики та інтонації англійської мови, які відрізняються від фонетико-інтонаційних особливостей української мови, позитивно впливали на тонусний стан мовленнєвого апарату (дихання, голосоутворення, артикуляції) та просодії у дітей з дизартріями. Це підтверджувало факт розвитку їх мовної активності, що у свою чергу підвищувало (розвивало) їх мовну здатність говорити рідною мовою. Таким чином, англо-інформаційний напрям також послужив підґрунтям для подальшого розвитку лінгвістичного компонента УМ.

Отже, є підстави для ствердження, що інноваційні (нетрадиційні) методи корекційного впливу (*енерго-інформаційний та англо-інформаційний*) на формування УМ дітей з дизартріями стали своєрідним нестандартним підґрунтям для подальшого диференційованого розвитку структурних компонентів УМ: нейропсихологічного та лінгвістичного.

Системний, цілісний та диференційований характер навчального експерименту забезпечив ефективність логопедичного впливу, про що засвідчували показники базових складових усного мовлення. Порівняльний аналіз результатів дослідження виявив їх динамічне зростання.

Аналіз узагальнених результатів сформованості нейропсихологічного компонента УМ дітей з дизартріями СДВ

Зміст нейропсихологічного компонента УМ: загальна моторика; дрібна моторика; артикуляційна моторика та кінетика; кінетичний праксис; просторовий праксис; динамічний праксис та гносис; когнітивна сфера.

Методичний зміст забезпечення *нейропсихологічного напрямку формування* УМ полягав у нормалізації моторики органів артикуляції через артикуляційну гімнастику (пасивну - за допомогою рук логопеда та активну - за інструкцією логопеда); формування кінестетичної основи рухів органів артикуляції (вправи для губ, язика, щік); формування кінетичної основи рухів органів артикуляції (статичні вправи, динамічні вправи на координацію (послідовні рухи), динамічні вправи на реципрокну координацію (одночасні рухи); розвиток психомоторики та сенсорних процесів (розвиток загальної та

дрібної моторики, графомоторних навичок); розвиток тактильно-рухового сприймання; розвиток зорового сприймання; розвиток сприймання простору та часу; логоритмічні вправи як засіб розвитку координації та ритмізації рухів. Такий зміст забезпечив більш високий рівень сформованості *нейропсихологічного* компонента УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Безперечно, результати сформованості зазначеного компонента УМ залежали від профілю УМ, модуля УМ, ступеня тяжкості дизартрії, форми дизартрії, категорії дітей з дизартріями.

Так стан сформованості *нейропсихологічного компонента* усного мовлення дітей з дизартріями *онтогенетичного (умовно-нормативного) профілю УМ*, який характеризувався специфічними порушеннями орального та динамічного праксису показав найвищі показники в динаміці. Йдеться про дітей із *артикуляційними диспраксіями (АД)* - мінімальними *дизартричними розладами (МДР)*. Незначні прояви усіх тонусно-м'язевих станів органів артикуляції у дітей з АД прийшли в абсолютну норму (149 дітей з ІДР (БСУГМ) (57,3%) та 10 дітей з ДЦП (парез нижніх кінцівок) (3,9%) ($\chi^2=90,7, p<0,01$). Про це засвідчували кількісні показники *нейропсихологічного компонента УМ*: середній та достатній рівні перейшли у розряд високих (абсолютної норми) (див. табл. Динамічна зміна решітки модулів УМ у дітей з дизартріями СДВ).

А тому, зазначена ланка *нейропсихологічного компонента УМ* дітей з АД (МДР) *умовно-нормативного профілю*, яка на діагностичному етапі дослідження зазначена як слабка, після корекційно-формуального експерименту виявилася сильною. Щодо рівня інтелекту, то він в диференційній корекції УМ у дітей з АД (*умовно-нормативний профіль УМ*) нами не брався до уваги, оскільки на діагностичному етапі дослідження зазначений нами як сильна ланка.

Щодо стану сформованості *нейропсихологічного компонента УМ* дітей з дизартріями *дизонтогенетичного профілю УМ*, то тут виявилися результати

корекції УМ дітей-дизартриків більш неоднозначними та варіативними. Це пояснюється етіопатогенезом УМ мовлення дітей з дизартріями: перш за все, ступенем тяжкості дизартрії (ВД, ГД), а також профілем УМ та категорією дитини-дизартрика.

Так, стан сформованості *нейропсихологічного компонента* усного мовлення дітей з дизартріями *дизонтогенетичного профілю УМ класична («чиста»)* дизартрія мав ряд особливостей. Носієм класичної «чистої» дизартрії були діти як з ДЦП так ІДР (лише діти зі складними органічними ураженнями головного мозку (СОУГМ)). Якісно-кількісна динаміка корекції УМ зазначеної категорії дітей (профіль УМ: класична дизартрія) залежала, перш за все, від ступеня тяжкості дизартричних розладів.

Слід зауважити, що у всіх дітей з класичною дизартрією (13,2% діти з ДЦП та 3,7% діти з ІДР (СОУГМ) ($\chi^2=16,7$, $p<0,01$) ми спостерігали суттєві покращення орального та динамічного праксису: у всіх дітей помітно збільшився об'єм та амплітуда рухів органів артикуляційного апарату. Значно покращилась загальна та дрібна моторика у дітей з дизартріями. Особливо помітні зміни відбулися у дітей з ІДР (СОУГМ): стан їх загальної та дрібної моторики із виражено порушеного рівня піднявся на помірно-порушений.

Протекількісні показники *нейропсихологічного компонента* УМ засвідчували, що виражений рівень порушень орального та динамічного праксису у дітей з ВД класичної дизартрії (ДЦП, ІДР (СОУГМ)) не перейшов на рівень середньо-порушених. Це засвідчувало, що *виражені прояви* усіх тонусно-м'язевих станів органів артикуляції у дітей при вираженій дизартрії як з ДЦП (34 д. (13,2%)) так і у дітей із ІДР (СОУГМ) (10 д. (4,1%)) не перейшли в нову якість.

Нами зазначено, що на відміну від дітей з вираженою дизартрією (ВД) у дітей із глибокими дизартричними розладами (ГД) того ж профілю УМ (*класичної дизартрії*) ми спостерігали більш суттєві якісні зміни *нейропсихологічного компонента* УМ: глибоко порушений рівень орального та динамічного праксису у дітей з ГД перейшов у розряд виражено

порушених. Тобто, відбувся помітний перехід з позиції кількісно-якісної оцінки: глибокий ступінь дизартрії перейшов на рівень вираженого ступеня.

Проте, виражена слабка ланка орального та динамічного праксису у дітей з *класичною дизартрією* на початок формувального експерименту залишилась слабкою і наприкінці. Цей факт підтверджує стійкість *етіопатогенезу* дизартрій у дітей, підтверджує факт *тяжкості та глибини етіопатогенетичної* природи дизартрій у дітей - первинне порушення *моторної програми синтагми*, яке залишається стійким протягом усього життя у дітей з ДЦП та ІДР (СОУГМ) при класичній дизартрії (виражений ступінь дизартричних розладів).

Щодо рівня інтелекту, то він в диференційній корекції УМ у дітей з ДЦП та ІДР (СОУГМ) при *класичній дизартрії* як виражених так і глибоких дизартричних розладах (ВД та ГД) нами не брався до уваги, оскільки на діагностичному етапі дослідження зазначений нами як відносно сильна ланка.

Стан сформованості *нейропсихологічного* компонента УМ дітей з дизартріями наступного дизонтогенетичного профілю УМ – дизартрія у структурі комбінованого мовленнєвого дефекту, а саме *дизартрія та заїкання*, – мав ряд особливостей, які теж залежали від ступеня тяжкості дизартрії та категорії дітей з дизартріями.

На початку формування *нейропсихологічного* компонента УМ у дітей профілю УМ дизартрія + заїкування у колі наших наукових інтересів перед нами постало питання, чи було виявлення взаємозв'язку між тонусом артикуляційного апарату та станом мовленнєвих судом при заїкуванні. Слід відмітити, що такої залежності (зв'язку) нами не було помічено.

На етапі діагностичного дослідження стан сформованості *нейропсихологічного* компоненту УМ дітей з *дизартріями та заїканням* у всіх дітей характеризувався слабкою ланкою – це порушенням орального та динамічного праксису та сильною ланкою – збереженістю гностичних функцій та інтелекту.

У результаті диференційної корекції усі діти зазначеного профілю відчули динамічних змін орального та динамічного праксису (36 дит. (14,2%), ($\chi^2=27,3$; $p<0,01$). Проте, в абсолютну норму тонусний стан м'язів артикуляційного апарату перейшов у всіх дітей з артикуляційними диспраксіями (АД) - спастико-паретичних проявів (ІДР, АД (13 дітей (5,1%). Такий якісно-кількісний перехід спостерігався у дітей з ізольованою дизартрією розвитку без складних уражень головного мозку (ІДР (БСУГМ). Відповідно, кількісні показники орального та динамічного праксису нейропсихологічного компонента УМ з помірно-порушених та середньо-порушених перейшли на рівень абсолютної норми, а ланка нейропсихологічного компонента УМ стала сильною.

Суттєві позитивні зміни орального та динамічного праксису у дітей з дизартріями профілю дизартрія + заїкання помічені у 5 дит. (2,1%) з глибокими дизартріями (ДЦП). Кількісні показники зазначеної ланки з глибоко-порушених перейшли на рівень виражених. На противагу від 18 дітей (7,3%) з вираженими дизартріями (13 дит. (5%) з ДЦП та 5 дітей (2%) з ІДР (СОУГМ), кількісні показники орального та динамічного праксису яких залишились на тому ж рівні – вираженому. Відповідно, зазначена ланка нейропсихологічного компонента УМ у дітей профілю дизартрія + заїкання з вираженими та глибокими дизартріями не зазнала принципово якісних змін – залишилась слабкою. Це було зрозумілим для нас – пояснювалось стійкістю провідного дефекта при дизартріїху дітей – порушенням моторної програми синтагми.

Стан сформованості нейропсихологічного компонента УМ комбінованого мовленнєвого дефекту дизонтогенетичного профілю УМ, а саме *дизартрія+моторна алалія* залежав, перш за все, від складності профілю УМ, а також, безумовно, від ступеня тяжкості дизартричних розладів та категорії дітей з дизартріями.

На етапі констатувального дослідження нейропсихологічний компонент УМ у дітей з дизартріями профілю *дизартрія + моторна алалія*

характеризувався системним порушенням усіх складових ланок зазначеного компонента УМ. Відповідно, порушення орального та динамічного праксису, гностичних функцій та інтелекту визначені слабкими ланками.

Навчально-корекційна робота забезпечила динаміку розвитку нейропсихологічного компонента у дітей з дизартріями зазначеного профілю (63 дит. (24,2%), ($\chi^2 = 43,5p < 0,01$).

У всіх дітей з мінімальними дизартричними розладами, які поєднувалися із алалічними проявами, помірно-порушений та середньо-порушений рівні орального та динамічного праксису, гностичних функцій та інтелекту перейшли на рівень абсолютної норми. Такі суттєві кількісні показники ми спостерігали у 34 дітей (13,4%) з ІДР (БСУГМ). Відповідно, їх ланки нейропсихологічного компонента УМ із слабких перейшли на рівень сильних.

У дітей з вираженими дизартріями (діти з ДЦП (8 дит. (3,2%) та ІДР (СОУГМ) (16 дит. (6,1%) ми не спостерігали такої кількісної динаміки сформованості орального та динамічного праксису (виражений рівень їх порушень залишився стабільним). Проте важливо зазначити, що виражений рівень порушень гностичних функцій та інтелекту перейшли на рівень абсолютної норми у цих дітей.

Щодо дітей з глибокими дизартричними розладами (діти з ДЦП (5 дит. (1,9%) профілю дизартрія + моторна алалія, то у них відбувся якісно-кількісний перехід усіх складових нейропсихологічного компонента УМ: глибокий рівень порушень орального та динамічного праксису перейшов на виражений рівень, а виражені порушення гностичних функцій та інтелекту, які у дітей з ДЦП характеризувалися як ЗПР за парціальним недорозвитком психічних функцій, перейшли на рівень відносної норми у цих дітей. Відповідно, ланка орального та динамічного праксису залишилась слабкою в силу стійкості порушень моторної програми синтагми при дитячій дизартрії, а ланка гностичних функцій та інтелекту стала більш сильною.

Отже, диференційний аналіз сформованості нейропсихологічного компонента УМ дітей з дизартріями виділених нами профілів УМ засвідчував про позитивні зміни на рівні програмного забезпечення УМ, а саме *моторної програми синтагми, що відповідає за моторну кінетичну організацію УМ (рівня моторного (кінетичного) програмування та рівня вибору артикулем, який відповідає за моторну схему мовленнєвого звуку)*. Безперечно, це виявилось основним підґрунтям успішного формування наступного компонента УМ у дітей з дизартріями – *лінгвістичного*.

Аналіз узагальнених результатів сформованості лінгвістичного компонента УМ дітей з дизартріями СДВ

Зміст лінгвістичного компонента УМ: імпресивний рівень (фонематичні процеси: сприймання, увага, контроль, уявлення); експресивний рівень (дихальна система; голосова функція; звуковимова; звукоскладова структура слова).

Методичний зміст забезпечення *лінгвістичного напрямку формування УМ* полягав у розвитку мовленнєвого дихання; формуванні навичок раціональної подачі голосу та тривалості голосу; розвитку просодичної сторони мовлення; розвитку фонематичних процесів (фонематичного слуху (сприймання), фонематичної (слухової) уваги, фонематичного уявлення); постановці звуків при дизартріях, враховуючи індивідуальний підхід (враховувалася підготовленість артикуляційних укладів: дорсального, какумінального, альвеолярного), корекція голосних звуків (тривалість яких визначає розбірливість мовлення, темп, мелодико-інтонаційне забарвлення (емоційний компонент мовлення), корекція приголосних звуків (несуть семантичне навантаження); послідовність корекції звуків при дизартрії; автоматизація та диференціація звуків.

Як засвідчують отримані дані, стан сформованості лінгвістичного компонента УМ дітей з дизартріями залежав не лише від профілю УМ, модуля УМ, ступеня тяжкості дизартрії, категорії дітей з дизартріями (ДЦП та ІДР (СОУГМ, БСУГМ), але й від результатів сформованості

нейропсихологічного компонента УМ. Ми спостерігали пряму залежність стану сформованості моторної кінетичної організації УМ у дітей на формування у них звуковимови та просодії. Динамічні зміни рівня моторного (кінетичного) програмування та рівня вибору артикулем (складових моторної кінетичної організації мовлення) у дітей з дизартріями позитивно впливали на їх моторну схему мовленнєвого звуку, відповідно, на стан їх лінгвістичного компонента УМ. Це ще раз підтвердило, по-перше – взаємозалежність між структурними компонентами УМ та програмним забезпеченням УМ, по-друге – правильність обраної стратегії формування УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Оскільки найякісніші позитивні зміни моторної програми синтагми відбулися у дітей з дизартріями *умовно-нормативного профілю УМ*, а саме у дітей з артикуляційними диспраксіями (АД) мінімальних дизартричних розладів (МДР), то й рівень звукових порушень (*експресивний рівень*) з помірно-порушеного (діти з ФНМ, 1-й рівень звукових порушень) та середньо-порушеного (діти з ФФНМ, 2-ий рівень звукових порушень) перейшов на рівень абсолютної норми: (149 д. (57%) з ІДР (БСУГМ) та 10діт. (4%) з ДЦП ($\chi^2 = 90,7$, $p < 0,01$). Відповідно, слабка ланка звуковимови стала сильною.

Слабка ланка *імпресивного мовлення* у дітей з ФФНМ 2-им рівнем звукових порушень при артикуляційних диспраксіях теж перейшла на рівень сильної: виражений рівень порушень фонематичних процесів перейшов в норму. Діти з ФНМ не залучалися до корекції фонематичних процесів, оскільки на діагностичному етапі дослідження ланка *імпресивного мовлення у них* зазначена сильною.

Сильною (достатньо сформованою) ланкою лінгвістичного компонента УМ дітей з АД усіх категорій і при ФНМ і при ФФНМ виявлена ланка *експресивного рівня* – саме просодичні показники. А тому процесу формування вона не підлягала.

На противагу від дітей з *просодичним дефіцитом* (ПД), провідним та єдиним дефектом у яких було виявлено порушення просодичної площини, відповідно порушення дихання та голосу. Такі діти складали найменш чисельний відсоток дітей з дизартріями (8 діт. (3%). Диференційна корекція лінгвістичного компонента УМ у дітей з просодичним дефіцитом (ПД) умовно-нормативного профілю УМ забезпечила кількісно-якісне формування у них усіх складових просодії: стан дихання та голосоутворення перейшов на рівень норми (з помірно порушеного рівня). Відповідно, ланка, яка була слабкою виявилася сильною (8 діт. (3%): 5 діт. з ДЦП та 3 дит. з ІДР (СОУГМ), ($\chi^2 = 14,8$, $p < 0,01$).

Інші показники експресивного мовлення у дітей з просодичним дефіцитом (ПД) на етапі констатувального експерименту – звуковимова – були збереженими, відповідно і показники імпресивного рівня в нормі. А тому ця ланка лінгвістичного компонента УМ у дітей з ПД нами не залучалася до навчального процесу.

Слід наголосити, що у дітей з просодичним дефіцитом мінімальних дизартричних розладів відпочатково не виявлена жодна слабка ланка нейропсихологічного компонента УМ (окрім порушень загальної та дрібної моторики, що обумовлено первинними порушеннями опорно-рухового апарату у дітей-дизартриків при ДЦП, а у дітей з ІДР як наслідок складних органічних уражень головного мозку). І тому, діти з ПД не підлягали аналізу сформованості нейропсихологічного компонента УМ.

Проте, слід зазначити, що розвиток та корекція просодії у дітей з просодичним дефіцитом (ПД) посприяла не лише якісному формуванню лінгвістичного компонента УМ, але й позитивно вплинули на стан програмного забезпечення УМ, а саме *рівня регуляції інтонації – 3-го рівня моторної програми синтагми*, який окремо вперше виділений нами на етапі констатувального дослідження. Відповідно, *просодичний дефіцит* визначений нами як порушення третього рівня моторної програми синтагми - *рівня регуляції інтонації -просодичної площини як програми (способу та*

реалізації побудови задуманого). Але, дане заключення не описане нами в контексті аналізу сформованості нейропсихологічного компонента УМ у дітей з дизартріями умовно-нормативного профілю з просодичним дефіцитом (ПД), оскільки просодику ми відпочатково-традиційно віднесли до складових лінгвістичного компонента УМ.

Динамічно-яскравим та одночасно складним виявилось формування лінгвістичного компонента УМ у дітей з *класичною дизартрією дизонтогенетичного профілю УМ*, яке було обумовлене, перш за все, ступенем тяжкості дизартрії та категорією дітей з дизартріями.

Стан сформованості *лінгвістичного* компонента УМ дітей з дизартріями наступного дизонтогенетичного профілю УМ – дизартрія у структурі комбінованого мовленнєвого дефекту, а саме *дизартрія та заїкання*, – теж мав ряд специфічних особливостей, які залежали, на нашу думку, не лише від ступеня тяжкості дизартрії, категорії дітей з дизартріями, але і від ступеня тяжкості заїкання, форми (невротична, неврозоподібна) та його характеру судом (клонічного, тонічного, клоно-тонічного) у дітей-дизартриків – в основному, тобто – обумовлений профілем УМ – дизартрія у комбінації із заїканням.

Системна диференційна корекція порушень експресивного мовлення ускладнювалася саме патологією темпо-ритмічної організації мовлення у дітей-дизартриків, яке було обумовлене судомним станом центрального та (або) периферичного мовленнєвого апарату. А тому, відпочатково корекція УМ дітей з дизартріями + заїканням була спрямована на формування, перш за все, просодії. Нам довелося обов'язково враховувати структуру дефекту та механізми порушення УМ при заїкуванні: дотримання *мовленнєвого режиму* (режим обмеження мовлення, режим мовчання, техніки невербального спілкування, шепітне мовлення), виконання розслаблюючого масажу при заїканні, релаксаційні вправи для м'язів рук, ніг та корпусу, релаксаційні вправи для мимічних та артикуляційних м'язів, розвиток координації та ритмізації рухів, робота над формуванням правильного мовленнєвого

(діафрагмально-реберного) дихання, формування навичок раціональної голосоподачі, розвиток просодії. І лише потім застосовувався диференційний масаж при дизартріях, робота на постановку звуків, їх автоматизації та диференціації.

Такий диференційний підхід забезпечив динамічну зміну лінгвістичного компонента УМ у дітей профілю дизартрія + заїкання (29 дит. (12%), ($\chi^2 = 21,4$, $p < 0,01$).

Аналіз узагальнених результатів сформованості психолінгвістичного компонента УМ дітей з дизартріями СДВ

Зміст психолінгвістичного компонента УМ: рівень називання (уявлення про слово, лексичне значення слова, граматичне значення слова, «семантичне поле» слова, смисл слова, поняття слова); *рівень смислового зв'язного мовлення* (основні форми зовнішнього усного мовлення: монологічне мовлення, діалогічне мовлення, полілогічне мовлення; текстові категорії: категорія зв'язності, категорія послідовності, категорія логіко-смислової організації тексту).

Методичний зміст формування психолінгвістичного напрямку формування УМ полягав у забезпеченні рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення як структурних компонентів мовленнєвої діяльності у дітей з дизартріями. Формування у дітей якісного словника (знайомство дітей в ігровій формі з лексичним значенням слова, граматичним значенням слова, із смисловою його стороною, виділення «семантичного поля» слова, поняття слова); розвиток основних форм зовнішнього усного мовлення (діалогічного мовлення; монологічного мовлення; полілогічного мовлення); формування основних текстових категорій (зв'язності, послідовності, логіко-смислової організації тексту) через ряд творчих вправ та завдань позитивно посприяло розвитку таких рівнів програмного забезпечення як лексико-граматичної структури речення, семантичної структури речення та внутрішньої (смислової) програми висловлювання. Використання ситуації писемного мовлення (застосування методу «листа») також дало свої позитивні

результати: покращення та удосконалення монологічного мовлення, а саме розповіді як форми усного мовлення дітей з дизартріями. Як ефективний результат цього – підвищення рівня програмного забезпечення, а саме смислового зв'язного мовлення (семантичної структури речення та внутрішньої (смислової) програми висловлювань).

Формування *психолінгвістичного компонента УМ* відбувалося у дітей з наступними профілями УМ: дизартрія+моторна алалія; дизартрія+заїкування (важкий ступінь, ЗНМ без алалічної симптоматики) та при класичній дизартрії (3-ій рівень звукових порушень; ЗНМ на рівні порушень лексико-граматичної структури речення). У решти дітей з дизартріями цей базовий компонент УМ на етапі констатувального експерименту був виявлений відносно в нормі.

Слід зауважити, що саме *психолінгвістичний компонент УМ* успішно сформувався у всіх дітей зазначених профілів. Ми помітили, що результати сформованості зазначеного компонента УМ не залежали від профілю УМ, модуля УМ, ступеня тяжкості дизартрії, форми дизартрії та категорії дітей з дизартріями на противагу від нейропсихологічного та лінгвістичного компонентів УМ дітей з дизартріями. Цей факт підтвердив особливості етіопатогенезу дизартрій у дітей, провідним порушенням у яких є органічна (у деяких (багатьох) випадках стійка) патологія моторної програми синтагми.

Так стан сформованості *психолінгвістичного компонента* усного мовлення дітей з дизартріями *дизонтогенетичного профілю УМ у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - дизартрія + моторна алалія*, який характеризувався атиповими (специфічними) порушеннями УМ, показав високу динаміку (61 дит. (23%), ($\chi^2 = 63,2$, $p < 0,01$).

Найбільш помітно-виражені, системні порушення психолінгвістичного компонента УМ у дітей з дизартріями на етапі констатувального експерименту спостерігалися у дітей з дизартріями саме у складі комбінованого мовленнєвого дефекту - *дизартрія+моторна алалія (16 дітей*

(6%) з ВД; 34 дитини (13%) з МДР – це діти з ІДР та 8 дітей (3%) з ВД, 3 дит. (1%) з ГД – це діти з ДЦП).

При диференційній корекції УМ дітей з дизартріями при формуванні психолінгвістичного компонента УМ успішно подолались грубі порушення рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення: низький рівень та практична його відсутність сформованості значення слова (лексичного, граматичного), «семантичного» поля слова, смислу слова, його поняття на етапі констатуючого експерименту перейшли на рівень норми (на етапі формуючого експерименту). Відкорегувалась несформованість основних форм зовнішнього усного мовлення (діалогічного, монологічного, полілогічного) та текстових категорій. Діти навчилися вести діалоги, розмірковувати, підтримувати бесіду. Стали розумітися у предикативних смислових зв'язках, зв'язках предикативної пари з другорядними членами речення; сформувалися смислові зв'язки між частинами оповідання, логічні та граматичні зв'язки між реченнями, зв'язок між частинами (членами речення), навчилися виражати свою думку. Відносно успішно подолались основні порушення послідовності тексту, як вербального твору: в основному, діти перестали робити пропуски, переставляти членів послідовності, змішувати різні ряди послідовності. Повна відсутність логіко-смислової організації тексту до початку формування УМ наприкінці корекції УМ показала динамічний розвиток. Низький рівень показників текстових категорій (його зв'язність, послідовність, логіко-смислова організація) перейшов на рівень відносної норми.

Про такі динамічні зміни психолінгвістичного компонента УМ у дітей з дизартріями (профіль УМ: дизартрія + моторна алалія) засвідчували кількісні його показники: тотально-порушений рівень перейшов у розряд відносної норми. Слабкі ланки психолінгвістичного компонента УМ – рівень називання та рівень смислового зв'язного мовлення – стали сильними.

Відповідно, системна динамічна корекція психолінгвістичного компонента УМ у дітей з дизартріями дизонтогенетичного профілю УМ

дизартрія + моторна алалія посприяла успішному розвитку наступних етапів (рівнів) програмування мовлення: 1) етапу внутрішньої (сислової) програми висловлювання, на якому здійснюється «сислове синтаксування» та вибір смислів у внутрішньому мовленні для розгорнутого висловлювання; 2) рівню семантичної структури речення, на якому відбувається семантичне синтаксування та вибір мовних значень слів; 3) рівню лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем). Зазначене засвідчує, що якісне поновлення тотальних порушень усіх рівнів процесу *програмування* у моделі механізму породження мовленнєвого висловлювання, дозволило подолати *алалічну симптоматику при дизартріях*. І це для нас було професійним досягненням.

Щодо стану сформованості психолінгвістичного компонента УМ дітей з дизартріями дизонтогенетичного профілю УМ у складі комбінованого мовленнєвого дефекту, то підлягали аналізу діти-дизартрики також *профілів УМ дизартрія + заїкання* (важкий ступінь, комбінована форма (5діт. (2%) з ДЦП; ГД; ($\chi^2 = 12,7$, $p < 0,01$) та *класична дизартрія* (3-ій рівень звукових порушень; 16 (6%) дітей з ДЦП; ($\chi^2 = 18,3$, $p < 0,01$)). У цих дітей на етапі констатувального експерименту зазначений ЗНМ на рівні порушень лексико-граматичної структури речення без алалічної симптоматики. Успішне подолання у них порушення граматичного значення слова (формування граматичної системи слова та граматичної системи словотворення на рівні називання), граматичних зв'язків між реченнями та його частинами (членами речення) на рівні смислового зв'язного мовлення посприяли якісному формуванню такого рівня програмного забезпечення УМ як лексико-граматичної структури речення, якому відповідають граматичне структурування та вибір слів за формою (лексем).

Відповідно рівень психолінгвістичного компонента УМ з виражено порушеного рівня перейшов на рівень відносної норми, а зазначені ланки психолінгвістичного компонента УМ, які були частково слабкими стали сильними.

Таким чином, диференційований та комплексний підхід щодо корекції порушень УМ у дітей з дизартріями СДВ, використання спеціальних корекційно-розвивальних ігор-занять, ігрових, музичних вправ, впровадження навчально методичних посібників *«Казкові поради для батьків: «Подорож Романка та Маринки до країни звуків», «Лінгвістична казка «Подорож Романка та Маринки до країни Мови»* забезпечили динамічне підвищення рівнів кожного із трьох компонентів УМ. Це, у свою чергу, посприяло можливості підвищення якісного системного порівневого програмування УМ: моторного кінетичного програмування, лексико-граматичної структури речення, семантичної структури речення та внутрішньої (сміслової) програми висловлювання. Як наслідок, відбулися суттєві позитивні зміни у дітей різних категорій, з різними профільно-модульними варіантами, різними ступенями тяжкості дизартрії.

Отже, диференційована комплексна корекція УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку забезпечила кількісно-якісну зміну УМ, яка проявила себе у *динамічній зміні решітки модулів УМ*, а також у можливому переході та динамічній зміні профілів УМ у дітей з дизартріями СДВ.

Табл.3.1.

Динамічна зміна решітки модулів усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

Модуль УМ		Структурні компоненти УМ						Категорія дітей	Кількість дітей (%)	
		НПКУМ		ЛКУМ		ПСЛКУМ			до	після
до	після	до	після	до	після	до	після			
ПП	Н	165-179 б.	180-195 б.	150-164 б.	165-180 б.	135-149 б.	150-155 б.	ІДР ДЦП	23,6 1,4	60,7 1,7
СП	ПП	150-164 б.	165-179 б.	135-149 б.	150-164 б.	120-134 б.	135-149 б.	ІДР ДЦП	18,3 2,8	- 2,2
ВП	СП	135-149 б.	150-164 б.	120-134 б.	135-149 б.	105-119 б.	135-149 б.	ІДР ДЦП	8,5 10,3	4,8 9,6
ГП	ВП	120-134 б.	135-149 б.	105-119 б.	120-134 б.	90-104 б.	135-149 б.	ІДР ДЦП	3,7 9,1	- 10,1
ТП	ВП	105-119 б.	135-149 б.	90-104 б.	120-134 б.	75-89 б.	135-149 б.	ІДР ДЦП	18,2 4,1	6,8 4,1

Якісну оцінку УМ дітей з дизартріями формувального експерименту забезпечив саме профільний аналіз УМ та виявив ряд особливостей та специфіку корекції УМ дітей з дизартріями СДВ, яка полягала у наступному.

Так, при МДР, при артикуляційній диспраксії (АД) та просодичному дефіциті (ПД), у дітей різних категорій з дизартріями такий профіль УМ як умовно-нормативний (*онтогенетичний*) перейшов на рівень абсолютної норми. При *дизонтогенетичному* варіанті профіля УМ (*класична дизартрія*) спостерігали зміну ступеня тяжкості дизартричних розладів: перехід *глибокої* дизартрії у *виражену*. Відповідно, профіль УМ у дітей з класичною дизартрією залишився сталим (діти з ДЦП, ІДР (СОУГМ)). Щодо комбінованих мовленнєвих дефектів *дизонтогенетичного* профіля УМ (виражена дизартрія+моторна алалія) перейшов у розряд вираженої дизартрії у дітей з ДЦП та ІДР (СОУГМ) та у розряд онтогенетичного (нормативного) профілю УМ у дітей з ІДР (БСУГМ). Профіль УМ: дизартрія+заїкування переходить у ряд онтогенетичного у дітей з ІДР (БСУГМ) та залишається у профілю УМ: дизартрія+заїкування у дітей з ДЦП та ІДР (СОУГМ) з вираженими підвищеними рівнями модуля УМ (покращеним станом усіх компонентів УМ, важкий ступінь заїкування змінюється легким). В ході навчального експерименту, утворився новий профіль УМ – це діти із заїканням. Цей профіль УМ як вихід із профілю УМ дизартрія + заїкання (діти із артикуляційними диспраксіями).

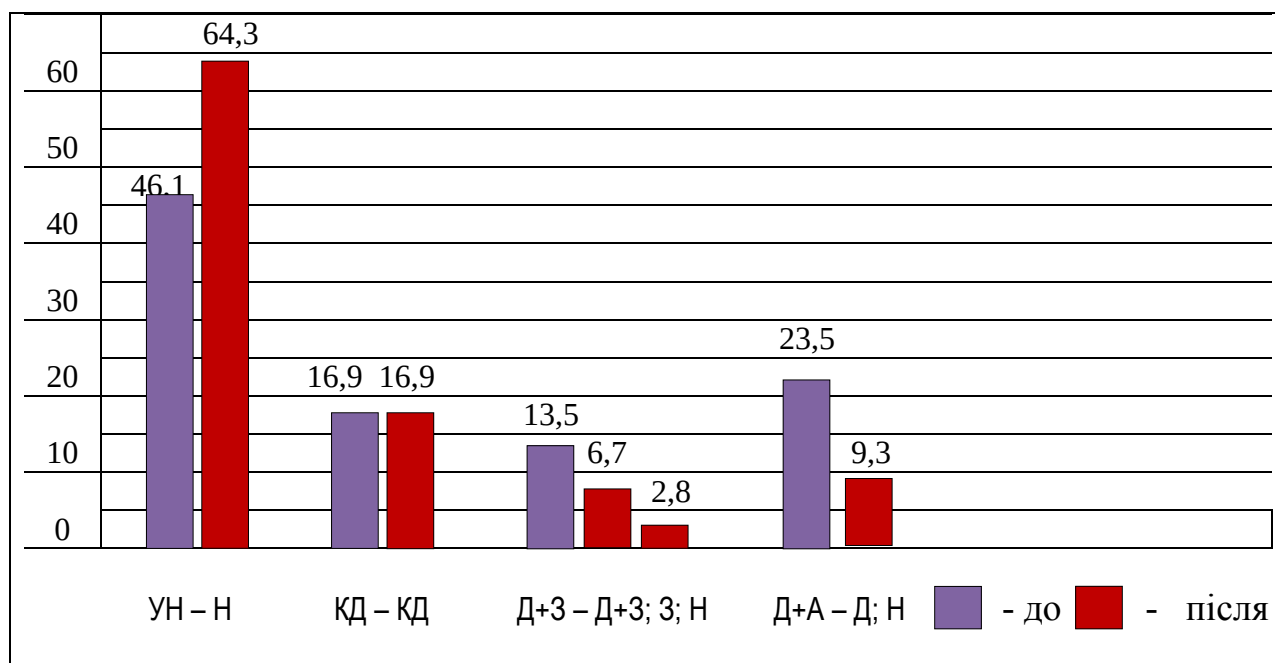


Рис. 3.2. Перехід та динамічна зміна профілів УМ дітей з дизартріями СДВ до та після експерименту (у %)

Системна, цілісна та диференційна корекція порушень УМ дітей з дизартріями продикувала необхідність порівняльного аналізу результатів сформованості структурних компонентів УМ у їх тісному взаємозв'язку, у якому кількісно-якісна оцінка представлена як єдине ціле, нероздільне. Вдалося виявити та простежити в цілому динамічну зміну *решітки* УМ у дітей з дизартріями старшого дошкільного віку - своєрідну констатувально-формувальну проекцію якісно-кількісної оцінки УМ у дітей з дизартріями у порівняльному аналізі, враховуючи диференційний підхід, яка виявила усі можливості формування (розвитку) УМ у дітей з дизартріями. (додаток 5: табл. Динамічна зміна решітки УМ дітей з дизартріями старшого дошкільного віку).

Складність та тяжкість етіопатогенетичної природи дефекту порушень УМ у дітей з дизартріями СДВ віку обумовили специфіку та особливості розвитку УМ таких дітей, що дозволило нам виявити три клінічні групи дітей з дизартріями наприкінці формувального експерименту (рис.2): I група - профіль УМ - класична дизартрія (виражений ступінь, 26,2%); діти з ДЦП та ІДР (СОУГМ) – перехід від профілю УМ КД у КД (16,9%) та від Д+А у КД (9,3%); II група – профіль УМ - дизартрія+заїкування (6,7%) (діти з ДЦП та

ІДР (СОУГМ)); III група – профіль УМ – заїкування (комбінована форма, легкий ступінь, клонічний характер (2,8%) – перехід від профілю УМ: АД+заїкування (комбінована форма, середній ступінь, клонічний характер); категорія дітей: ІДР (БСУГМ).

Диференційований підхід до корекції порушень УМ дітей з дизартріями СДВ дозволив також виявити ряд особливостей та продовжити порівняльний аналіз дизартрій у дітей з ДЦП та ІДР після корекційно-формувального експерименту. Такі науково-обґрунтовані результати полягали у наступному: повне усунення порушень УМ можливе лише у дітей з мінімальними дизартричними розладами (МДР: АД, ПД), як при ДЦП так і при ІДР, та з вираженою дизартрією (ВР) лише при ІДР у підкатегорії дітей БСУГМ (без складних уражень головного мозку) (профіль УМ: дизартрія+моторна алалія).

Слід зазначити, що швидше та якісніше долається складна мовленнєва вада - моторна алалія, на відміну від вираженої дизартрії (у структурі комбінованого мовленнєвого дефекту (профіль УМ: дизартрія + моторна алалія, модуль УМ: тотально порушений, ступінь тяжкості дизартрії: ВД; категорія дітей: ДЦП, ІДР (СОУГМ). У дітей з дизартріями успішно долаються порушення психолінгвістичного компонента УМ (нормалізується внутрішня (сміслова) програма висловлювань, відповідно такі рівні програмування як семантична та лексико-граматична структура речення також приходять в норму). Щодо вираженої дизартрії, то вона буде супроводжувати дитину, на жаль, усе її подальше життя. Цей факт засвідчує про складний патогенез дитячої дизартрії – стійке порушення моторної програми синтагми органічного походження.

Проте, практика показала, що діти з провідною дизартрією при алалічному синдромокомплексі (діти з ІДР), більш швидко оволодівають навичками дрібної моторики, зв'язним мовленням, процесом читання на відміну від дітей-дизартриків із провідною алалією.

У дітей з дизартріями при ДЦП ми спостерігали поетапний перехід УМ від його найскладнішого стану до меншої складності. Перехід від анартрії до глибокої дизартрії, від неї – до вираженої дизартрії. Однак ланка: *анартрія – глибока дизартрія – виражена дизартрія*, на жаль, не має продовження до мінімальних проявів дизартричних розладів в силу тяжкості свого дефекту. Дизонтогенетичний профіль УМ *класична «чиста» дизартрія* у дітей з ДЦП та ізольованою дизартрією розвитку (ІДР) зі складними органічними ураженнями головного мозку (СОУГМ) не представляється можливим перейти у ряд онтогенетичного; відповідно, повне усунення вад усного мовлення при класичній «чистій» дизартрії у таких дітей не можливе.

Отже, об'ємний аналіз диференційовано-корекційного впливу до формування УМ дітей різних категорій при дизартріях СДВ на засадах *профільно-модульного підходу* підтвердив факт складності та глибини розуміння етіопатогенетичної природи дефекту порушень УМ при дитячих дизартріях. Такі можливості профільно-модульного аналізу УМ дітей з дизартріями різних категорій СДВ на етапі формувального експерименту запевнили у його універсальній здатності забезпечення не лише логопедичної діагностики, але й корекції. Є усі підстави профільно-модульний аналіз УМ дітей з будь-якими мовленнєвими порушеннями назвати мета-підходом – діагностично-формувальним інструментом міждисциплінарного дослідження УМ дітей.

Таким чином, результати корекційно-навчальної роботи довели ефективність запропонованої міждисциплінарної комплексної диференційованої корекції порушення УМ дітей при дизартріях СДВ.

По-перше, виявлено динамічне зростання показників нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного компонентів УМ у всіх дітей експериментальної групи. Це, у свою чергу, забезпечило можливість відновлення порушених ланок програмування УМ у дітей різних категорій з дизартріями, що засвідчувало про тісний взаємозв'язок структурних компонентів УМ з його програмним забезпеченням та

підтверджувало правильність стратегічної позиції *покомпонентного* аналізу УМ дітей різних категорій при дизартріях з *моделлю програмного забезпечення* УМ – і це, *по-друге*.

По-третьє, слід підкреслити, що об'ємний аналіз диференційовано-корекційного змісту УМ дітей різних категорій при дизартріях з його особливостями забезпечив саме *профільно-модульний аналіз* УМ дітей різних категорій з дизартріями, що підтвердило факт складності та глибини розуміння етіопатогенетичної природи дефекту порушень УМ у дітей при дизартріях СДВ. Це підтвердило наступне: а) прослідковано перехід особливостей дизонтогенетичних варіантів УМ на профілі меншої складності, зміну модуля УМ з нижчого на вищий рівень; б) виявлено специфіку формування УМ у дітей різних категорій при корекції класичної «чистої» дизартрії та комбінованому варіанті УМ (дизартрія+заїкування, дизартрія+моторна алалія); в) зазначено можливі перебіги ступенів тяжкості дизартрії у дітей різних категорій; г) забезпечено можливість продовжити порівняльний аналіз дизартрій у дітей різних категорій (ДЦП та ІДР (СОУГМ, БСУГМ)).

По-четверте, усі зазначені вище результати та особливості формування УМ дітей СДВ різних категорій з дизартріями, підтвердили ефективність стратегічної позиції щодо комплексної міждисциплінарної диференційованої корекції порушень УМ дітей різних категорій з дизартріями, науковий сенс якої ми вбачали у застосуванні синергетично-емергентного підходу. *Синергетично-емергентний підхід* як визначальний у формувальному експерименті ми вбачали у *трьох площинах*. *Перша площина* представлена *синергетичними* (міждисциплінарними) засадами та обумовлена, перш за все, дефініцією УМ як логоінтеграційним утворенням з його структурними компонентами (нейропсихологічним, лінгвістичним, психолінгвістичним) та їх зв'язком із програмним забезпеченням УМ. *Друга площина* представлена *емергентністю*, яка акцентувала увагу на новизні, неподібності, якості та глибині. *Третя площина* об'єднала загальні підходи і

синергії, і емергентності, а саме: послідовності, системності та цілісності. Ця площина підсилила сумісну кооперативну дію підсистем єдиної комплексної методики, тим самим обумовила взаємозв'язок усіх напрямів, етапів та блоків комплексної методики формування та корекції усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку.

Синергетично-емергентні засади комплексної методики формування та корекції УМ дітей з дизартріями, на наш погляд, урівноважили терези значущості між діагностичним та корекційним процесами та визначили подальшу перспективність розвитку даної наукової проблеми. Ми вважаємо, що ідея аналізу корекції та формування УМ дітей з дизартріями з точки зору синергії та емергентності одночасно є одним із перспективних напрямів сучасної логопедії.

Отже, запропонована диференційована комплексна методика формування та корекції порушень УМ дітей СДВ з дизартріями відкриває подальші перспективи розвитку теорії та практики роботи з дітьми із тяжкими порушеннями мовлення. У такому синергетично-емергентному підході до проблеми корекції порушень УМ дітей з дизартріями СДВ мав відображення наш логопедичний світогляд.

Висновки до третього розділу

1. Обґрунтовано та апробовано комплексну методику (КМ) формування та корекції порушень УМ у дітей з дизартріями СДВ через створення відповідного алгоритму функціонування та забезпечення її змісту на підставі інноваційних підходів розуміння механізмів та структури УМ дітей з дизартріями СДВ на засадах синергетично-емергентного підходу та експериментально доведена її ефективність.

2. Вираження синергетично-емергентного підходу як визначального у формувальному експерименті ми вбачали у трьох площинах. Перша площина обумовлена синергетичними зв'язками між дефініцією УМ як логоінтеграційного утворення та його зв'язком із програмним забезпеченням УМ. Друга площина представлена емергентністю, яка акцентувала увагу на новизні, неподібності, якості та глибині (впровадження інноваційних напрямів корекції – енерго-інформаційного (методів сахаджа-йоги) та англо-інформаційного (застосування англійської мови). Третя площина об'єднала загальні підходи і синергії, і емергентності, а саме: послідовності, системності та цілісності. Ця площина підсилила сумісну кооперативну дію підсистем єдиної КМ, тим самим обумовила взаємозв'язок усіх напрямів, етапів та змістових блоків КМ формування та корекції УМ дітей з дизартріями СДВ.

3. Впровадження як класичних, так й інноваційних (енерго-вібраційних та англо-інформаційних) технологій, диференційоване забезпечення УМ дітей з дизартріями СДВ корекційно-розвивального етапу підсилило ефективність комплексного диференційованого підходу до корекції порушень УМ старших дошкільників з дизартріями та забезпечило значне покращення у всіх дітей стану м'язового тонусу мимічної, артикуляційної мускулатури, системи дихання та голосу.

4. Досліджено, що методи сахаджа-йоги позитивно впливали на роботу «тонкого» енерго-інформаційного тіла (невидиму польову структуру) дитини. Через спонтанний внутрішній глибинний процес відбувався енерго-

вібраційний баланс дитини, як наслідок – гармонізація психо-фізичного стану дітей з дизартріями. Це забезпечувало позитивний вплив на узгодження м'язів системи артикуляції, дихання та голосу дітей з дизартріями. Методи сахаджа-йоги допомогли активізувати роботу парасимпатичної нервової системи, прискорити нормалізацію порушеної оберненої кінестетичної аферентації у дітей з дизартріями, що є важливою ланкою цілісної функціональної системи мови та мовлення; енерго-вібраційне забезпечення УМ дітей з дизартріями посприяло духовному (глибинному) розвитку УМ таких дітей. Особливості фонетики та інтонації англійської мови, які відрізняються від фонетико-інтонаційних особливостей української мови, мали також позитивний вплив на тонусний стан мовленнєвого апарату (дихання, голосоутворення, артикуляції) та просодії у дітей з дизартріями. Це підтверджувало факт розвитку їх мовної активності, що у свою чергу підвищувало (розвивало) їх мовну здатність говорити рідною мовою.

5. Узагальнені результати впровадження комплексного підходу до корекції УМ дітей СДВ при дизартріях довели ефективність КМ корекції та формування порушень УМ дітей СДВ з дизартріями різних категорій. Вдалося забезпечити диференційований підхід з опорою на профілі УМ, модулі УМ, різну категорію дітей з дизартріями (ДЦП та ІДР), ступені тяжкості дизартрії (МДР, ВД, ГД), форми дизартрії (синдромологічний підхід), стан програмного забезпечення УМ у дітей з дизартріями СДВ. Виявлено динамічне зростання показників нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного компонентів УМ у всіх дітей експериментальної групи, що, у свою чергу, забезпечило формування порушених ланок програмування УМ у дітей різних категорій з дизартріями. Це підтверджує правильність стратегічної позиції покомпонентного аналізу УМ дітей різних категорій при дизартріях із моделлю програмного забезпечення УМ.

Диференційована системна корекція УМ дітей з дизартріями СДВ забезпечила позитивну кількісно-якісну зміну стану УМ дітей з дизартріями, яка проявила себе у позитивній динаміці на користь більш сформованих рівнів УМ (динамічній зміні решітки модулів УМ) та можливому переході та динамічній зміні профілів УМ у дітей з дизартріями СДВ. Якісно-кількісний аналіз особливостей корекції та формування УМ дітей з дизартріями на засадах синергетично-емергентного підходу забезпечив можливість динамічної зміни решітки УМ дітей з дизартріями СДВ - своєрідного констатувально-формуального результату об'ємного системного дослідження УМ у дітей з дизартріями СДВ у порівняльному аналізі, яка виявила усі можливості розвитку УМ у дітей з дизартріями СДВ: а) прослідковано перехід особливостей дизонтогенетичних варіантів УМ на профілі меншої складності, зміну модуля УМ з нижчого на вищий рівень; б) виявлено специфіку формування УМ у дітей різних категорій при корекції класичної «чистої» дизартрії та комбінованому варіанті УМ (дизартрія+заїкування, дизартрія+моторна алалія); в) зазначено можливі перебіги ступенів тяжкості дизартрії у дітей різних категорій; г) забезпечено можливість продовжити порівняльний аналіз дизартрій у дітей різних категорій (ДЦП та ІДР (СОУГМ, БСУГМ) у межах формуючого експерименту. Це підтвердило факт складності та глибини розуміння етіопатогенетичної природи порушень УМ у дітей при дизартріях СДВ.

6. Зазначено, що складність та тяжкість етіопатогенетичної природи порушень УМ у дітей з дизартріями СДВ віку обумовили специфіку та особливості розвитку УМ таких дітей, що дозволило виявити три клінічні групи дітей з дизартріями наприкінці формуального експерименту: I група - профіль УМ - класична дизартрія (виражений ступінь, 26,2%); діти з ДЦП та ІДР (СОУГМ) – перехід від профілю УМ КД у КД (16,9%) та від Д+А у КД (9,3%); II група – профіль УМ - дизартрія+заїкування (6,7%) (діти з ДЦП та ІДР (СОУГМ)); III група – профіль УМ – заїкування (комбінована форма, легкий ступінь, клонічний характер (2,8%) – перехід від профілю УМ:

АД+заїкування (комбінована форма, середній ступінь, клонічний характер); категорія дітей: ІДР (БСУГМ).

7. Доведено ефективний перехід дизонтогенетичних профілів УМ на профілі меншої складності та зміну модуля УМ з нижчого на біль вищий рівень: УН - з 46,1% до 64,3% абсолютної норми (МУМ від ПП до Н); Д+А - з 23,% до 9,3% без алалічної симптоматики (МУМ: від ГП та ТП до ВП та ПП); Д+З з 13,5% до 6,7 % та 2,8% до заїкування без дизартрії (МУМ: від ГП до ВП та СП). Таке підвищення рівня УМ у старших дошкільників з дизартріями збільшило їх кількість майже утричі до мовленнєвої норми. Це забезпечило можливість вийти цим дітям із групи логопедичного ризику, відповідно пройти успішну адаптацію в загальноосвітньому інтегрованому просторі.

8. Можливості профільно-модульного аналізу УМ дітей з дизартріями СДВ на етапі формувального експерименту запевнили у його універсальній здатності забезпечення не лише логопедичної діагностики, але й корекції. Є усі підстави *профільно-модульний аналіз* УМ дітей з будь-якими мовленнєвими порушеннями назвати *мета-підходом* - діагностично-формувальним інструментом комплексного міждисциплінарного дослідження УМ дітей СДВ.

Отже, синергетично-емергентні засади комплексної методики формування та корекції УМ дітей з дизартріями, на наш погляд, урівноважили терези значущості між діагностичним та корекційним процесами та визначили подальшу перспективність розвитку даної наукової проблеми. Ми вважаємо, що ідея аналізу корекції та формування УМ дітей з дизартріями з точки зору синергії та емергентності одночасно є одним із перспективних напрямів сучасної логопедії (намічено план створення медико-психолого-педагогічних програм для молоді та вагітних жінок з метою просвітницької діяльності та надання знань про збереження та розвиток енергетичного потенціалу людини, регуляції психо-емоційного стану, розвитку духовної сфери людини; програми для батьків дітей з ДЦП з метою

психотерапевтичного впливу, а також науково-методичного посібника «Йога в логопедичній практиці (енерго-вібраційний підхід»)).

Зміст третього розділу дисертаційного дослідження висвітлено у таких публікаціях автора:

10. Голуб А.В. Узагальнені результати впровадження інноваційного підходу до корекції усного мовлення дітей старшого дошкільного віку при дизартріях // Науково-методичний журнал «Логопедія» / за ред. М.К. Шеремет. – К.,: ДІА, 2018. - № 12. – с. 19-23.

11. Голуб А.В. Методологія, організація та зміст програмно-методичного комплексу формування та корекції порушення усного мовлення дітей при дизартріях старшого дошкільного віку // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 11 / за ре. В.М. Синьова, О.В. Гаврилова. – Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2018. – с. 81-90.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретико-експериментального дослідження зроблено такі висновки:

1. Здійснено теоретико-емпіричний аналіз діагностичного етапу дослідження УМ старших дошкільників з дизартріями: підтверджено та розкрито актуальність, складність, масштабність та багатогранність проблеми корекції порушень УМ дітей з дизартріями; актуальність та перспективність дослідження обраної проблеми зумовлена: стійкою тенденцією до збільшення дітей з порушеннями ЦНС (відповідно, з дизартріями); наявною практикою одновекторного підходу до діагностики, формування та корекції порушення УМ дітей з дизартріями СДВ; фрагментарністю вивчення проблеми дизартрії, що не дає можливості розкрити глибину та тяжкість порушень мовленнєвого розвитку при дитячих дизартріях; відсутністю в Україні сучасних комплексних міждисциплінарних досліджень УМ дітей з дизартріями СДВ; недостатнім рівнем ефективності логопедичної корекції; необхідністю спеціального диференційованого діагностично-корекційного впливу по подоланню вад УМ при дизартріях у старших дошкільників.

2. Здійснено системний теоретико-методологічний, історичний та емпіричний аналіз проблеми УМ дітей з дизартріями СДВ з позиції міждисциплінарного підходу.

Досліджено дефініцію усного мовлення з позиції міждисциплінарного підходу: психологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного, нейропсихологічного, педагогічного. Доведено, що УМ – це логоінтеграційна система взаємозалежних структурних компонентів (психологічного, лінгвістичного, нейропсихологічного, психолінгвістичного, педагогічного), які і є показниками УМ – тим індикатором, інформаційною системою, яка відображає стан, динаміку формування УМ як процесу, що контролюється. Саме такий підхід покладено в основу сучасного розуміння УМ.

Здійснено історіографічне дослідження дизартрії як медико-психолого-логопедичної проблеми. Це дозволило, по-перше, виділити історичні періоди вивчення дизартрії: перший (початковий) період (кінець 19 ст.) - період клінічної симптоматики або клініко-симптомологічний, який представлений вченими-лікарями зарубіжної та російської дореволюційної наукових шкіл; другий період (перша половина 20 ст.) – період уточнення клінічної симптоматики, початковий логосимптоматичний період, який представлений вченими зарубіжної школи та вченими радянської школи; третій період (середина 20 ст.) - діагностично-термінологічний, який представлений вченими зарубіжної та радянської школи; четвертий період (друга половина 20 ст.) - етіопатогенетичний та корекційно-педагогічний; п'ятий період (початок 21ст.) - інноваційний корекційно-педагогічний.

По-друге, розкрити складність, різноплановість та багатоаспектність дизартрії як наукової проблеми. По-третє, визначити дизартрію у дітей як «дизартрію розвитку», враховуючи механізми та симптоматику розладів дизонтогенетичного типу у дітей, які суттєво відрізняються від набутих порушень у дорослих. По-четверте, встановити місце дизартрії у систематиці мовленнєвих порушень.

3. Розроблено комплексну багатофункціональну методику вивчення актуального стану сформованості УМ дітей з дизартріями СДВ та викладено її результати на практично-діагностичному етапі.

Здійснено багатовекторне дослідження УМ дітей з дизартріями СДВ у чотирьох стратегічних напрямках (психолого-педагогічному, нейропсихологічному, лінгвістичному та психолінгвістичному). Це забезпечило можливість отримання багатоаспектних даних щодо розвитку УМ дітей з дизартріями, – розкрити об'ємну картину УМ з дизартріями СДВ. Встановлено, що природа і механізми порушень УМ при дизартріях мають складний, багаторівневий, мультифакторний характер. Якісно-кількісний аналіз стану УМ забезпечив розуміння як глибини так і тяжкості порушень УМ дітей з дизартріями. З'явилися науково-обґрунтовані підстави вперше

зазначити нову типологію профільно-модульних варіантів порушень УМ у дітей з дизартріями.

Психолого-педагогічний напрям дослідження УМ забезпечив можливість встановити, що особливості психофізичного розвитку раннього віку дітей з дизартріями пояснюють природу, механізми та симптоматику дитячих дизартрій, що дозволило дослідити дизонтогенез УМ у цих дітей. З'ясовано, що дизонтогенез УМ у дітей з дизартріями обумовлений порушеннями вроджених програм ЦНС: дифузної обробки координації фонаторно-дихальних механізмів, слухових обернених аферентацій, моторної кінетичної програми та, у деяких випадках, смислової програми забезпечення та регуляції мовленнєвого акту. Дослідження раннього психомоторного розвитку дітей з дизартріями забезпечило можливість виділити категорії дітей з дизартріями: 1) діти з ДЦП (27,7%); 2) діти із ІДР (ізолювана дизартрія розвитку) (72,3%). Більш того, вдалося визначити навіть підкатегорії дітей із ІДР: а) діти з дизартріями зі складними органічними ураженнями головного мозку (СОУГМ (4,2%)) - (пухлини головного мозку, гідроцефалії, черепно-мозкові травми тощо); б) діти з дизартріями без складних уражень головного мозку (БСУГМ (68,1%)).

Використання на діагностичному етапі методик нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного змісту з урахуванням вікових нормативних показників розвитку, структури дефекту дало можливість багатоаспектної діагностики актуального стану УМ згідно основних параметрів УМ дітей з дизартріями СДВ.

Здійснено *профільно-модульний* (якісно-кількісний) аналіз УМ дітей з дизартріями різних категорій. *Профільно-модульний аналіз* УМ визначено як своєрідний логопедичний естамп зв'язку покомпонентного аналізу УМ із моделлю програмного забезпечення УМ. Виділені такі *профілі* УМ: онтогенетичний (46,1%) (діти з мінімальними дизартричними розладами (артикуляційними диспраксіями та просодичним дефіцитом) та дизонтогенетичний: а) класична («чиста») дизартрія (16,9%); б) дизартрія у

складі комбінованого мовленнєвого дефекту (дизартрія+заїкування (13,5%) та дизартрія+моторна алалія (23,5%). Кількісна (рівнева) оцінка стану УМ дозволила виділити модулі УМ (МУМ): помірно порушений (23,6%), середньо порушений (22,5%), важко порушений (18,8%), глибоко порушений (12,8%), тотально порушений (22,3%).

Розроблена решітка варіантів модулів УМ дітей з дизартріями СДВ на підставі кількісних (рівневих) показників стану сформованості структурних компонентів УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного), категорії дітей з дизартріями (ДЦП, ІДР) та кількості дітей. Достатньо доказова багатокомпонентна експериментальна база даних дослідження УМ у розрізі профільно-модульного аналізу УМ дітей-дизартриків різних категорій дозволила побачити та виявити глибину та тяжкість УМ дітей різних категорій з дизартріями СДВ. У результаті багатофакторного аналізу агрегованих даних діагностики УМ дітей з дизартріями виявлено закономірності, взаємозалежність та взаємообумовленість стану сформованості базових компонентів УМ, структури та механізму дефекту при дизартріях та здатності до програмного забезпечення УМ. Це забезпечило можливість описати цілісну картину УМ у дітей з дизартричними розладами СДВ.

Класифіковано дизартрію за ступенем тяжкості: 1-ий ступінь дизартричних розладів – легкий (мінімальні дизартричні розлади (МДР, 60,1% - діти з ІДР, 4,2% - діти з ДЦП) – це діти або з АД (артикуляційними диспраксіями), або з ПД (просодичним дефіцитом); 2-ий ступінь– виражений (ВД – виражена дизартрія; 12,2% - діти з ІДР, 12,3% - діти з ДЦП); 3-ій ступінь – глибокий (ГД – глибока дизартрія, 11,2% - діти з ДЦП). Вдалося пояснити зв'язок між профільно-модульним аналізом УМ дітей-дизартриків різних категорій та ступенями тяжкості дизартрії. Це дозволило провести паралелі між структурою УМ, дизонтогенезом УМ при дизартріях та структурою дефекту при дизартріях у дітей різних категорій. Така екстраполяція лінійного зв'язку надала можливість розширити наше

уявлення про моторну програму синтагми та вперше виділити третій рівень моторної програми синтагми (до двох базових за Т. Ахутіною) – *рівень регуляції інтонації*. Аналіз УМ у контексті трьохрівневого моторного програмного забезпечення виявив можливість розкрити механізм та структуру дизартричних розладів у дітей різних категорій з позиції етіопатогенезу порушень дизартрії. Це є підтвердженням того, що можливість поєднати такі показники лінгвістичного компоненту УМ як дихання, голосоутворення та просодії з моторною програмою синтагми виявилася виправданою.

Вперше здійснено порівняльне дослідження УМ у дітей з ІДР та дизартрією при ДЦП, враховуючи природу та механізми дизартричних розладів, який утвердив, що актуальний стан сформованості структурних компонентів УМ в кількісно-якісних характеристиках має як подібні так і відмінні риси.

Розроблено та визначено решітку УМ, яка відображає логоструктуру УМ дітей з дизартріями СДВ як агрегований результат дослідження УМ дітей з дизартріями з позиції міждисциплінарного та етіопатогенетичного підходів. *Решітка УМ* представлена графічним записом (таблицею) для визначення актуального стану особливостей УМ дітей з дизартріями. Вздовж однієї сторони таблиці розташовані профілі УМ дітей з дизартріями, вздовж другої зазначені: 1) модуль УМ; 2) ступінь тяжкості дизартричних розладів; 3) стан базових складових УМ (нейропсихологічного, лінгвістичного та психолінгвістичного компонентів УМ); 4) форма дизартрії; 5) здатність дитини з дизартрією до програмного забезпечення УМ; 6) категорія дитини-дизартика; 7) кількість дітей.

Це забезпечило диференційований підхід формування та корекції УМ дітей з дизартріями СДВ

4. На підставі інноваційних підходів розуміння механізмів та структури УМ дітей з дизартріями СДВ обґрунтовано та апробовано комплексну методику (КМ) формування та корекції порушень УМ у дітей з

дизартріями СДВ через створення відповідного алгоритму функціонування та забезпечення його змісту на засадах синергетично-емергентного підходу та експериментально доведено її ефективність.

Вираження синергетично-емергентного підходу як визначального у формульованому експерименті ми вбачали у трьох площинах. Перша площина обумовлена синергетичними зв'язками між дефініцією УМ як логоінтеграційного утворення та його зв'язком із програмним забезпеченням УМ. Друга площина представлена емергентністю, яка акцентувала увагу на новизні, неподібності, якості та глибині (впровадження інноваційних напрямів корекції – енерго-інформаційного (методів сахаджа-йоги) та англо-інформаційного (застосування англійської мови). Третя площина об'єднала загальні підходи і синергії, і емергентності, а саме: послідовності, системності та цілісності. Ця площина підсилила сумісну кооперативну дію підсистем єдиної КМ, тим самим обумовила взаємозв'язок усіх напрямів, етапів та змістових блоків КМ формування та корекції УМ дітей з дизартріями СДВ.

Впровадження як класичних, так й інноваційних технологій базового етапу корекційно-розвивального блоку підсилило ефективність комплексного підходу до корекції порушень УМ дітей з дизартріями та забезпечувало значне покращення у всіх дітей стану м'язового тону мимічної, артикуляційної мускулатури, системи дихання та голосу. Досліджено, що методи сахаджа-йоги позитивно впливали на роботу «тонкого» енерго-інформаційного тіла (невидиму польову структуру) дитини. Через спонтанний внутрішній глибинний процес відбувався енерго-вібраційний баланс дитини, як наслідок – гармонізація психо-фізичного стану дітей з дизартріями. Це забезпечувало позитивний вплив на узгодження м'язів системи артикуляції, дихання та голосу дітей з дизартріями. Методи сахаджа-йоги допомогли активізувати роботу парасимпатичної нервової системи, прискорити нормалізацію порушеної оберненої кінестетичної аферентації у дітей з дизартріями, що є важливою ланкою цілісної функціональної системи

мови та мовлення; енерго-вібраційне забезпечення УМ дітей з дизартріями посприяло духовному (глибинному) розвитку УМ таких дітей.

Особливості фонетики та інтонації англійської мови, які відрізняються від фонетико-інтонаційних особливостей української мови, мали також позитивний вплив на тонусний стан мовленнєвого апарату (дихання, голосоутворення, артикуляції) та просодії у дітей з дизартріями, підтвердив факт розвитку їх мовної активності, що у свою чергу підвищувало (розвивало) їх мовну здатність говорити рідною мовою.

Узагальнені результати впровадження комплексного підходу до корекції УМ дітей СДВ при дизартріях довели ефективність КМ корекції та формування порушень УМ дітей СДВ з дизартріями різних категорій. Вдалося забезпечити диференційований підхід з опорою на профілі УМ, модулі УМ, різну категорію дітей з дизартріями (ДЦП та ІДР), ступені тяжкості дизартрії (МДР, ВД, ГД), форми дизартрії (синдромологічний підхід), стан програмного забезпечення УМ у дітей з дизартріями СДВ. Виявлено динамічне зростання показників нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного компонентів УМ у всіх дітей експериментальної групи, що, у свою чергу, забезпечило формування порушених ланок програмування УМ у дітей різних категорій з дизартріями. Це підтвердило правильність стратегічної позиції покомпонентного аналізу УМ дітей різних категорій при дизартріях із моделлю програмного забезпечення УМ.

Диференційована системна корекція УМ дітей з дизартріями СДВ забезпечила позитивну кількісно-якісну зміну стану УМ дітей з дизартріями, яка проявила себе у позитивній динаміці на користь більш сформованих рівнів УМ (динамічній зміні решітки модулів УМ) та можливому переході та динамічній зміні профілів УМ у дітей з дизартріями СДВ.

Виявлено специфіку формування УМ у дітей різних категорій при корекції класичної «чистої» дизартрії та комбінованому варіанті УМ (дизартрія+заїкування, дизартрія+моторна алалія); зазначено можливі

перебіги ступенів тяжкості дизартрії у дітей різних категорій; забезпечено можливість продовжити порівняльний аналіз дизартрій у дітей різних категорій (ДЦП та ІДР (СОУГМ, БСУГМ)).

Якісно-кількісний аналіз особливостей корекції та формування УМ дітей з дизартріями на засадах синергетично-емергентного підходу забезпечив можливість динамічної зміни решітки УМ дітей з дизартріями СДВ - своєрідного констатувально-формуального результату об'ємного системного дослідження УМ у дітей з дизартріями СДВ у порівняльному аналізі, яка виявила усі можливості розвитку УМ у дітей з дизартріями СДВ.

5. Доведено ефективний перехід дизонтогенетичних профілів УМ на профілі меншої складності та зміну модуля УМ з нижчого на більш вищий рівень: УН - з 46,1% до 64,3% абсолютної норми (МУМ від ПП до Н); Д+А - з 23,% до 9,3% без алалічної симптоматики (МУМ: від ГП та ТП до ВП та ПП); Д+З з 13,5% до 6,7 % та 2,8% до заїкування без дизартрії (МУМ: від ГП до ВП та СП). Таке підвищення рівня УМ у старших дошкільників з дизартріями збільшило їх кількість майже утричі до мовленнєвої норми. Це забезпечило можливість вийти цим дітям із групи логопедичного ризику, відповідно пройти успішну адаптацію в загальноосвітньому інтегрованому просторі.

Можливості профільно-модульного аналізу УМ дітей з дизартріями різних категорій СДВ на етапі формуального експерименту запевнили у його універсальній здатності забезпечення не лише логопедичної діагностики, але й корекції. Є усі підстави *профільно-модульний аналіз* УМ дітей з будь-якими мовленнєвими порушеннями назвати *мета-підходом - діагностично-формувальним інструментом* міждисциплінарного дослідження УМ дітей СДВ.

Отже, синергетично-емергентні засади комплексної методики формування та корекції УМ дітей з дизартріями, на наш погляд, дозволили урівноважити терези значущості між діагностичним та корекційним процесами та визначити подальшу перспективність розвитку даної наукової

проблеми. Ми вважаємо, що ідея аналізу корекції та формування УМ дітей з дизартріями з точки зору синергії та емергентності одночасно є одним із перспективних напрямів сучасної логопедії (створення медико-психолого-педагогічних програм для молоді та вагітних жінок з метою просвітницької діяльності та надання знань про збереження та розвиток енерго-вібраційного потенціалу людини, регуляції психо-емоційного стану, розвитку духовної сфери людини; науково-методичного посібника «Йога в логопедичній практиці (енерго-вібраційний підхід»)).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). – М.: Икар, 2009. — 448 с.
2. Актуальные проблемы коррекционной педагогики и психологии: сборник научных трудов / под общ. ред. М.К. Шеремет, Н.В. Базымы. – К.: ДІА. – 2015. – 314 с.
3. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания // Избр. психол. труды: в 2 т. – М.: Педагогика, 1980. –Т. 1. – с. 16-178.
4. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 319 с. – (высшая школа).
5. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель, 2008. – 254, [2] с.: ил. – (Высшая школа).
6. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2009. – 123, [5] с.: (Библиотека логопеда).
7. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, на первом году жизни: Методические рекомендации. – М., 1982. –27 с.
8. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. – М., 1989.- 215 с.
9. Ахутина Т.В., Горелов И.Н., Залевская А.А. Исследование речевого мышления в психолингвистике. – М.: Наука, 1985. – 237 с.
10. Бабина Г.В., Идее Р.Е. Лингвистические и психолингвистические аспекты организации работы произносительной стороны речи у детей с дизартрией //Психолингвистика и современная логопедия. - М., 1997. – С. 60-69.
11. Бадалян Л.О. Невропатология. Учебник для ВУЗов. 2-е изд., перераб. — М.: Просвещение, 1987. — 317 с: ил.
12. Бахтин М.М. Автор и герой: К философским основам гуманитарных наук. – М.: ACADEMIA, 2000. – С.265-280.

13. Бельтюков В.И. О закономерностях развития речевой функции в онтогенезе // Вопросы психологии, 1989, №.1, с. 15-22.
14. Бельтюков В.И. Системный процесс саморазвития живой природы. - М.; СПб.: НОУ- Союз, 2003. – 255с.: ил.
15. Бельтюков В.И. Системный анализ онтогенеза фонемного строя языка // Теоретические и прикладные исследования психологии речи / Под ред. Т.Н. Ушаковой, Н.Д. Павловой, И.А. Зачесовой. — М, 1988. — С. 72–91.
16. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
17. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов высших педагогических учебных заведений. Издание 2-е, дополненное и переработанное. – М.: В. Секачев, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 320 с.
18. Белякова Л.И., Филатова Ю.О. Диагностика речевых нарушений // Дефектология. - 2007. - № 3.
19. Бехтерев В.М. Объективная психология. – М.: Наука, 1991. – 480 с.
20. Блысина И. В. Массаж в коррекции артикуляторных расстройств [Текст] / И.В. Блысина, А.В. Ковшиков. С-Пб., 1995.
21. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»)..
22. Вежбицкая А. Язык. Культура. Познание. – М.: Русские словари, 1997. – С.291-323.
23. Вежбицкая А. Понимание культур через посредство ключевых слов. – М.: Языки славянской культуры, 2001. – (Язык. Семиотика. Культура. Малая серия). – С.13-61.
24. Великий тлумачний словник сучасної української мови [Текст]: Близько 170000 сл. та словосполучень / уклад. та голов. ред. В.Т. Бусел.– К.; Ірпінь: Перун, 2001. – 1440 с.

25. Винарская.Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. – М.: Просвещение, 1987. – 165 с.
26. Винарская Е.Н. Дизартрия. – М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. - 89, [3]с.
27. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. — Ташкент, 1989.-С.3-134.
28. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М.: АСТ: Астрель, 2009. – 384, [16] с.: ил.- (Высшая школа).
29. Волкова Л.С., Лалаева Р.И., Мастюкова А.М. и др. Логопедия. Учеб. Пособие высш. Учеб.для студентов пед. институтов по специальности Дефектология. — Под ред. Л.С. Волковой. — М.: Просвещение, 1989. — 528с.: ил.
30. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 272 с. – (Коррекционная педагогика).
31. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти т. – Т.4: Детская психология // Под ред. Эльконина Б.Д.- М.: Педагогика, 1984.- 432 с.
32. Выготский Л.С. Развитие устной речи / Л.С.Выготский // Собр.соч.: В.6 т. – М.: Просвещение, 1982. – Т.3. – с.164-176.
33. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Издательство «Лань», 2003. – 656 с. – (Учебники для вузов. Специальная литература).
34. Галущенко В.І. Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою формою дизартрії: дис...канд. пед. наук: 13.00.03 – К., 2012. – 247 с.
35. Гленн Доман. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга – What To Do About Your Brain-injured Child / Перевод С. Л. Калинина. — Рига: JuridiskaisbirojsVindex, SIA, 2007. — 329 с.
36. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. 2-е изд.- СПб.: Питер, 2008.- 80 с.
37. Глухов В.П. Основы психолингвистики. М.: АСТ: Астрель, 2008. – 351, [1]с.

38. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации / И.Н. Горелов. – М.: Издательство «Наука», 1980. – 104 с.
39. Горелов И.Н. Избранные труды по психолингвистике. – М.: Изд-во Лабиринт, 2003. – 320 с.: ил.
40. Дефектологічний словник / Бондар В.І., Синьов В.М., ... Соботович Є.Ф. та ін. За ред. акад. В.І. Бондаря, акад. В.М. Синьова. – К.: «МП Леся», 2011.
41. Діти з особливими потребами у початковій школі: поради батькам: Книга 3. / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К.: Наук. світ, 2006. – 212с.
42. Дьякова Е.Л. Логопедический массаж: Учебное пособие для студентов высш. уч. заведений. 2-е изд. испр. -М. Издательский центр "Академия", 2005. -96с. [8]л. ил.
43. Жукова Н.С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н.С.Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. - Екатеринбург: ЛИТУР, 2004. - 320 с.
44. Жукова Н.С.Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – М.: Соц.-полит. журн., 1994. – с. 3-96.
45. Заплатна С.М. Сучасний підхід до проблеми логопедичного обстеження дітей з недорозвитком мовлення // Педагогіка та методики: спеціальні Зб. наукових статей. Вип. II. – К.: Вид-во НПУ ім М.П. Драгоманова, 2002. – С. 8-13.
46. Зеньковский В.В. Психология детства: Учеб. пособие для вузов / В. В. Зеньковский. – Екатеринбург: Деловая книга, 1995. – 348 с. – (Философско-психологическая библиотека).
47. Зимняя И.А. Лингвопсихология речевой деятельности. – М., 2001.-429с.
48. Знание реальности (всемирная культура и духовность)// Альманах № 1. – Украина, Киев, 2001. – 80 с.
49. Ермолаева М.В. Психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками.— 2-е изд. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. – 176 с. (Серия «Библиотека школьного психолога»).

50. Ефремова Т.Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Русский язык, 2000. – 1233 с.
51. Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. - М., 1985.
52. Касавин И.Т. Миграция. Креативность. Текст. Проблемы неклассической теории познания. - СПб: РХГИ, 1999. – С.272-308.
53. Конопляста С.Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика: Монографія – Київ. – НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. – 287с.
54. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією: Автореферат дис... док. пед. наук. – К., 2010. – 46 с.
55. Конопляста С.Ю., Сак Т.В. Логопсихологія: навч. посіб. / С.Ю. Конопляста, Т.В. Сак; за ред. М.К. Шеремет. – К.: Знання, 2010. – 293 с.
56. Конопляста С.Ю. Ринолалія від А до Я: Монографія. – К.: Книга-плюс, 2015. – 312 с.
57. Кормич А.І., Багацький В.В. Культурологія (історія і теорія світової культури ХХ ст.). Навчальний посібник. Одиссей, Харків, - 2002.
58. Корнев А.Я. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты. – СПб.: Речь. - 2006. – 380 с.: ил.
59. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. Издание второе, дополненное. – М.: Педагогическое общество России, 2002. – 160 с.
60. Краузе Е.Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика: Практическое пособие. – 3-е изд. – СПб.: КОРОНА-Век, 2007. – 80 с.: ил.
61. Лазурский А.Ф. Психология общая и экспериментальная // Избранные труды по общей психологии. Психология общая и экспериментальная. – СПб.: Алетейя, 2001. – 288 с.

62. Лалаева Р. И. Методика психолингвистического исследования нарушений речи. Уч.-метод. Пос. СПб.:Наука Питер, 2006. - 103 с.
63. Лебединский В.В. Проблема развития в норме и патологии / Е.Д. Хомская, Т.В. Ахутина (ред.) I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сб. докладов. – М.: РПО, 1998, с. 193-201.
64. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.
65. Логопедическая диагностика и коррекция нарушений речи у детей: Сб. методических рекомендаций. – СПб., Москва: САГА: ФОРУМ, 2006. - 272 с.
66. Лопатина Л.В. Особенности восприятия и воспроизведения интонационной структуры предложения дошкольниками со стертой дизартрией // Психолингвистика и современная логопедия. - М., 1997.
67. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии). - СПб., 2001.
68. Лотман Ю.М. Семиотика культуры и понятие текста // Лотман Ю.М. Избранные статьи. Т. 1. - Таллинн, 1992. - С. 129-132.
69. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий у детей. – М.: Педагогика, 1978. – 224 с.
70. Лурия А.Р. Язык и сознание. Под редакцией Е. Д. Хомской. Изд-во Моск. ун-та, 1979, 320 с.
71. Любан-Плоцца Б., Побережная Г., Белов О. Музыка и психика: Слушать душой. / Б. Любан-Плоцца, Г. Побережная, О. Белов. – «АДЕФ-Украина». – 2002. – 200 с.
72. Ляпидевский С.С. Невропатология. Естественные основы специальной педагогики. Учебник для студентов вузов. — Под ред. В.И. Селиверстова. — М.: Владос, 2000. — 384 с. — (Коррекционная педагогика).
73. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами развития. - СПб., 2006.

74. Манелис Н.Г. Нейропсихологические закономерности нормального развития Школа здоровья, 1999, № 1, с. 8-24.
75. Мартинюк В. Ю. Мінімальна мозкова дисфункція : навч. посібник / В. Ю. Мартинюк, С. М. Зінченко. – К.: Інтермед., 2011. – 168 с. 8.
76. Марцинковская Т.Д. История детской психологии: Учебник для студ. пед. вузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 272 с.
77. Мастюкова Е.М. Дизартрия //Логопедия. - М., 1989 - 2002.
78. Мастюкова Е.М. Особенности личности учащихся с церебральным параличом // Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М., 1985.
79. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Основы генетики: Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и психологии: Учеб. пособие для студ. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова, Б.П. Пузанова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с. – (Коррекционная педагогика).
80. Матеріали міжнародних наукових конференцій: «Електромагнітні випромінювання в біології та практичне використання її позитивних ефектів», «Україна як первінь індоєвропейської спільноти: духовна місія, витоки, перспективи». – Біла Церква, 2004.- 101 с.
81. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению / Є.Ф. Соботович, Л.Е. Андрусишин, Л.И. Бартенева, Э.А. Данилавичюте, В.В. Тищенко, Л.И. Трофименко. – К.: ПП «Компанія «Актуальна освіта», 1998. – 127 с.
82. Микадзе Ю.В. Дифференциальная нейропсихология детского возраста // Вопросы психологии, 2002, № 4, с. 111-119.
83. Мухина, А.Я. Речедвигательная ритмика / А.Я. Мухина. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2009. – 123, [5] с.: ил. – (Библиотека логопеда).
84. Нелюбин Л.Л. Толковый переводоведческий словарь/Л.Л. Нелюбин. — 3-е изд., перераб.— М.: Флинта: Наука, 2003. — 320 с.

85. Никольская А.А. Возрастная и педагогическая психология дореволюционной России. – Дубна, 1995.
86. Нирмала Шривастава. Метасовременная эпоха: Пер. с англ. – Московский Союз Сахаджа Йогов, 1998. – 298 с.
87. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. – М.: Тривола, 1997. – 352с.: ил.
88. Пахомова Н. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: дис...канд. пед. наук: 13.00.03. – К., 2006.
89. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
90. Потебня А.А. Полное собрание трудов: Мысль и язык. – М.: Лабиринт, 1999. – С.27-45.
91. Приходько О.Г. Особенности логопедической работы при дизартрии с детьми, страдающими ДЦП и другими видами неврологической патологии // Развитие и коррекция. - М., 1999.
92. Приходько О.Г. Воспитание и обучение детей раннего школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Специальная дошкольная педагогика. - М., 2001.
93. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. – СПб. КАРО, 2008. – 160 с. – (Серия «Мастер-класс логопеда»).
94. Селіванова О.О. Сучасна лінгвістика: напрями і проблеми.- Полтава: Довкілля.- К., 2008.- 712 с.
95. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин МЛ. Дизартрии // Хрестоматия по логопедии: В 2-х тт. Т. I /Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.

96. Сербина Л.Ф., Волоскова Н.Н. Дизартрия: клинический, нейролингвистический, психолого-педагогический аспект проблемы. Учебно-методическое пособие. - Ставрополь, 1996.
97. Сикорский И.А. О развитии речи у детей // Собрание сочинений. – Киев, 1899. – Т. 2.
98. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: МГУ, 1985. – 192 с.
99. Словник української мови. В 11 т. — Київ: Наукова думка, 1970–1980.
100. Сметанкин А. А. Учитель здоровья. Дыхание по Сметанкину. – СПб.: ЗАО «Биосвязь», 2007. – 160 с.
101. Скворцов И. А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 372 с.
102. Скворцов И. А., Адаминская Г.А., Нефедова И.В. Модифицированная методика нейропсихологической диагностики и коррекции при нарушении развития высших психических функций у детей: Учебно-методическое пособие. – М.: Тривола, 2000. – 50 с., ил.
103. Соботович Є.Ф. Спеціальна педагогіка / Є.Ф. Соботович // Український радянський енциклопедичний словник. – К.: УРЕС, 1989.
104. Соботович Є.Ф. Порушення мовного розвитку в дітей та шляхи їх корекції: Навчально-методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995. – 204 с. Рос. мовою.
105. Соботович Є.Ф. Вибрані праці з логопедії. – К.: Видавничий дім Дмитра Бураго, 2015. – 308 с.
106. Совершенствование методов диагностики и коррекции нарушений речи у детей с различными вариантами дизонтогенеза: материалы II междунар. науч. конф., посвященной памяти д-ра пед. наук, проф. Р.И. Лалаевой, 11 декабря 2013г. / под общ. ред. проф. В.Н. Скворцова. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2013. – 328 с.
107. Состамоинен Т.В. Восточные оздоровительные системы психофизической рекреации. – СПб., 2008. – 450 с.

108. Соссюр Ф. де. Курс общей лингвистики. - Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 1999. – С.16-33.
109. Сохин Ф.А. Психолого-педагогические основы развития речи дошкольников. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. – 224 с.
110. Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / В.І. Бондар, Л.С. Вавіна, А.М. Висоцька, Є.Ф. Соботович та ін. За ред. акад. В.І. Бондаря. – Луганськ: «Альма-матер», 2003.
111. Супрун М.О. Педагогіка: підручник для духовних і світських закладів освіти / М.О. Супрун. - Київ: КДА, 2018. - 400 с.
112. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку: Аторефер. дис... док. пед. наук. – К., 1999. – 57 с.
113. Тарасун В.В. Морфофункціональна готовність дітей з особливостями у розвитку дошкільного навчання: діагностика і формування. Монографія. – К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2008. – 299 с.
114. Тарасун В.В. Логодидактика. - Київ-2004. К-сть сторінок, 1. MIME-type. MD5. Розмір файлу, 0 MB. Дата викладення: 2008.12.19.
115. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. 1. – К.: Актуальна освіта, 2004. – 168 с.
116. Теорія і практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. 4. – К.: Актуальна освіта, 2007. – 166 с.
117. Тищенко В.В. Ієрархія фонематичних процесів в онтогенезі дитячого мовлення // Теорія та практика сучасної логопедії: Зб. наукових праць: Вип. 4. – К.: Актуальна освіта, 2007.– С. 3-18.
118. Тищенко В.В., Рібцун Ю.В. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до 5 років: Поради батькам. К.: Літера ЛТД, 2006. – 128 с., іл.

119. Тищенко В.В. Перспективи вивчення особливостей пізнавальної та мовленнєвої діяльності дітей з ДЦП // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації. – Суми, 2012. – С. 53-56.
120. Труды второй международной конференции «Мораль. Здоровье. Мир: Восток- Запад». – СПб., 1996. – 227 с.
121. Український дефектологічний словник / В.І. Бондар, Л.С. Вавіна, А.М. Висоцька, Є.Ф. Соботович та ін. За ред. акад. В.І. Бондаря. – К.: Милосердя України. – 2001.
122. Флоренская, Ю.А. Избранные работы по логопедии / Ю.А. Флоренская; сост. Е.Е. Шевцова. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 223, [1] с., - (Библиотека логопеда).
123. Харт Лотос. Пришествие. / Лотос Харт. Перевод с английского Ю.В. Добровольского. – К., 2001. – 320 с.
124. Хватцев М.Е. Логопедия. Работа с дошкольниками. Пособие для логопедов, студ. пед. вузов и родителей. СПб.: КАРО. – 2004. – 272 с.: ил.
125. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с.: ил.
126. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 656 с.: ил.
127. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений. - 3-е изд., доп. - М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
128. Чистякова М.И. Психогимнастика / Под ред. М.И. Буянова. – 2-е изд. - М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. - 160 с.
129. Шевцова, Е.Е. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е.Е. Шевцова, Л.В. Забродина. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 222, [2] с. – (Высшая школа).

130. Шеремет М.К. Актуальні проблеми спеціальної освіти. // Науковий часопис. Зб. наукових праць. – К.: НПУ імені М.П., 2007.- № 7. – С. 79-81.
131. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. - СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», - 2001. – 272 с.
132. Шри Матаджи Нирмала Деви. Сахаджа йога: Пер. С англ./ Под ред.. Т.С. Грековой. – М.: ИВФ Антал, 1992. – 64с.
133. Шри Матаджи Нирмала Деви. Метасовременная эпоха. – К., 2003. – 302с., ил.
134. Шохор-Троцкая (Бурлакова) М.К. Коррекция сложных речевых расстройств. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2000. – 368 с.
135. Шохор-Троцкая М.К. Стратегия и тактика восстановления речи. Нейропсихологическое введение в логопедию. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, В. Секачев, 2001. – 432 с., ил.
136. Эволюционная неврология раннего детского возраста // Руководство по неврологии раннего возраста / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская. – К., Здоров'я, 1980. С. 5-18.
137. Эльконин Д.Б. Психология развития: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 144 с.
138. Ярошевский М.Г. Л.С.Выготский: в поисках новой психологии. – СПб.: Международный фонд истории науки, 1993. – 301 с.
139. Anastasi A. Психологическое тестирование. Книга 1, 2. М.: Педагогика, 1982.
140. Aram D. M., EiseleJ. A. Limits to a left hemisphere explanation for specific language impairment // J. Speech. Hear. Res.. 1994. V. 37. N 4. P. 824-830. 556.
141. Bates E., Bretherton I., Snyder L. From first words to grammar: Individual differences and dissociable mechanisms. N. Y., 1988.
142. Becker K.-P., Sovak M. Логопедия / Пер. с нем. М., 1981.
143. Bierwisch M. Насколько линейно упорядоченной является языковая обработка / Пер. с англ.// Новое в зарубежной лингвистике. Вып. XXIII. М.: Прогресс, 1998. С. 93-152.

144. Bishop D. V. Pre- and perinatal hazards and family background in children with specific language impairments: a study of twins.//Brain and Lang., 1997. V. 56. P. 1-26
145. Bruner J. (Брунер Дж.) Онтогенез речевых актов / Пер. с англ.//А. М. Шахнарович (Ред.) Психоллингвистика. М.: Прогресс, 1984. С. 21-49.
146. Butterworth C., Harris M. Принципы психологии развития / Пер. с англ. М., 2000.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Онтогенез усного мовлення (перший рік життя).

Для розуміння природи дизартрії у дітей, механізмів та структури порушень усного мовлення при дизартріях ми вирішили за необхідне розглянути питання онтогенезу усного мовлення саме на першому році життя.

Анатомічні та функціональні особливості центральної нервової системи (ЦНС) та периферичного мовленнєвого апарату не є зрілими від народження дитини. Вони досягають зрілого рівня лише в процесі загальносоматичного, статевого та нервово-психічного розвитку (Л. Белякова, О. Д'якова).

Перший рік життя, не дивлячись на те, що дитина не говорить, є надзвичайно важливим для розвитку тих систем мозку та психічної діяльності, які пов'язані із формуванням усного мовлення. Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини в перші тижні та місяці життя вже характеризує стан тих вроджених нервових механізмів, котрі будуть використані при становленні усного мовлення. Крик здорової дитини характеризується дзвінким та тривалим голосом, коротким вдихом та подовженим видихом. Крик є першою інтонацією, вагомою за своїм комунікативним змістом. При криці відбувається підсилення некоординованих рухів рук та ніг. Інтонаційне збагачення крику свідчить про те, що у дитини почала формуватися функція спілкування. Період інтенсивного інтонаційного збагачення крику збігається з певним етапом розвитку моторики (2-3 місяці). Дитина починає тримати голову вертикально, розжимати та стискати кулачки, утримувати предмет, вкладений в руку. У цей час дитина починає прислуховуватися до звуків мовлення, відшукує поглядом джерело звучання, повертає голову до того, хто говорить; зосереджує свою увагу на обличчі, губах дорослого. У 2-3

місяці життя з'являються специфічні голосові реакції – гуління. До них відносяться крехтіння, радісне попискування. Можна виділити звуки, котрі нагадують голосні (а, о, у, е), губні приголосні (п, м, б), які обумовлені фізіологічним актом ссання, та задньоязикові (г, к, х), які пов'язані із фізіологічним актом ковтання. У цей період дітям притаманні ехопраксії (повтор мимічних рухів) та ехолалії (наслідування голосових реакцій).

Наступний гарант усного мовлення – лепет, який з'являється між 4-м та 5-м місяцями життя дитини. Цей період співпадає з формуванням у дитини функції сидіння, яка остаточно формується до 6 місяців життя. У період лепетних звуків з'являються ознаки локалізованості та структурація складу. Голосовий потік, характерний для гуління, починає розпадатися на склади, поступово формується психофізіологічний механізм складоутворення.

Гуління та *перший етап лепету* здійснюються завдяки вродженим програмам центральної нервової системи. Вони не залежать від стану фізичного слуху дитини і не відображають фонетичну будову рідної мови, тобто вони є філогенетичною мовленнєвою пам'яттю у функціональній системі мовлення. У першому півріччі життя відбувається дифузна обробка координації фонаторно-дихальних механізмів, які лежать в основі формування усного мовлення (Л. Белякова, Є. Д'якова).

Лепетне мовлення є ритмічно організованим і тісно пов'язане із ритмічними рухами дитини, потреба у яких з'являється до 5-6 місяців життя. Ритм «та-та-та», «га-га-га» та ін. представляє собою архаїчну фазу мови, що пояснює його ранню появу в мовленнєвому онтогенезі (Л. Белякова, Є. Д'якова). А тому дуже важливо давати дитині свободу рухів, що впливає не лише на розвиток психомоторики, але і на формування мовленнєвих артикуляцій.

Подальший розвиток усного мовлення пов'язаний із обов'язковим мовленнєвим (слуховим) та зоровим контактом з дорослою людиною, тобто необхідна збереженість слуху (в першу чергу) та зору. На цьому етапі онтогенезу лепетного мовлення (*другий етап в розвитку лепету*) у дитини із

збереженим слухом прослідковуються явища аутоехолалії. При повторенні одних і тих же відкритих складів дитина зосереджено слухає себе.

Після 8-ми місяців частина лепетних звуків, які не відповідають фонемам мовлення, яке чує дитина, втрачається; з'являються нові мовленнєві звуки, подібні до фонемного мовленнєвого оточення. У цей період розвитку дитини починає формуватися власне мовленнєва онтогенетична пам'ять. Поступово у дитини завдяки слуховим оберненим аферентаціям формується фонетична система рідної мови. Моторний розвиток дитини характеризується активним повзанням, що розширює його пізнання оточуючого світу. Повзання готує ручки малюка до маніпуляцій з дрібними предметами, м'язи спини - до навантаження прямоходіння. Під час повзання зміцнюється зв'язок між правою та лівою півкулями мозку - це впливає на розвиток інтелекту та мовлення. Повзання - універсальна вправа, що зміцнює усі м'язи тіла. Крім того, вільне повзання дає малюку перший досвід самостійного пересування в просторі, зміцнює його впевненість у власних силах, підтримує його допитливість та наполегливість у досягненні мети.

Трохи пізніше дитина проявляє здатність самостійно ставати на ноги, притримуючись за опору. Маніпулятивний характер дій дитини є провідною діяльністю у віці 8-9 місяців: рухи з предметами стають координованими (обмацує, обертає, перекидає, кидає тощо). Провідною є зорово-моторна координація.

Третій етап в розвитку лепету (10-12 місяців життя) характеризується початком вимови «слів», які утворені повторенням одного й того ж складу за типом «ба-ба», «ма-ма». У спробах вербальної комунікації діти відтворюють найбільш типові характеристики ритму рідної мови. Цей етап лепету зазвичай буває коротким, і дитина незабаром починає говорити перші слова. Термін і темп розвитку розуміння мовлення оточуючих не співпадають із терміном та темпом формування усного мовлення. Уже у 7-8 місяців діти починають адекватно реагувати на слова та фрази, які супроводжуються відповідними жестами та мімікою. При багатократному повторенні дорослим

слів у поєднанні з показом предмету у дитини поступово утворюється зв'язок між зоровим уявленням предмета та словом, яке звучить.

Таким чином, розуміння почутого слова встановлюється задовго до того, як дитина може його вимовити. Закономірність переваги імпресивного словника над експресивним залишається у людини на все життя.

Перші слова з'являються наприкінці першого року життя. Цей період співпадає з новим етапом розвитку психомоторики. Дитина починає робити перші кроки, за короткий час навчається ходити. Розвивається активна маніпулятивна діяльність рук: при хватанні предмету починає працювати великий палець та кінцеві фаланги решти пальців. Провідним типом діяльності у цьому періоді є диференційний, функціональний характер дії (ляльку заколисують, гребінцем розчісуються, машину возять, слухалку прикладають до вуха тощо).

Мовленнєва активність дитини у цьому віці ситуативна, тісно пов'язана з предметно-практичною діяльністю дитини та суттєво залежить від позитивно-емоційної участі дорослого у спілкуванні.

З вище викладеного слідує, що розвиток усного мовлення в онтогенезі представлений по трьом основним аспектам: лінгвістичному (мовленнєві новоутворення), неврологічному (моторні новоутворення), психологічному (пізнавальні новоутворення). А тому наші погляди на усне мовлення як складний багаторівневий процес, який ми пропонуємо розглядати з позиції міждисциплінарного підходу (психологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного, нейропсихологічного та педагогічного), лише підтверджуються онтогенетичною теорією усного мовлення.

	Вік дитини	Новоутворення			Програма ЦНС
		Мовленнєві	Моторні	Пізнавальні	
1 півріччя	1 місяць життя	Крик (наявність голосу): дзвінкий тривалий голос, короткий вдих – подовжений видих (перша інтонація: комунікативний зміст);	Підсилення некоординованих рухів рук та ніг;	Початок формування функції спілкування;	Дифузна обробка координації фонаторно-дихальних механізмів; вроджена програма ЦНС – основа формування усного мовлення. Провідна програма ЦНС – філогенетична мовленнєва пам'ять у функціональній системі мовлення.
	2-3 місяці життя	Період інтонаційного збагачення, поява гуління (крихтіння, радісне попискування).	Утримання голови вертикально, розжимання-стискання кулачків; утримування предметів вкладених в руку;	Прислуховування до звуків мовлення, пошук поглядом джерела звучання; зосередження уваги на обличчі, губах дорослого (того, хто говорить);	
	4-5 місяців життя	Ехोलалії(звуки схожі на [а, о, у, е], [п, м, б, г, к, х]); ЛЕПЕТ 1 етап - ознаки локалізованості та структурація складу; - ритмічно організоване мовлення («та-та-га», «га-га-га»);	Початок формування функції сидіння;	Ехопраксії (повтор мімічних рухів) як розвиток психомоторики ;	
	5-6 місяців життя	- ознаки лепетного мовлення;	Ритмічні рухи, сидіння як основна моторна функція.	Розвиток психомоторики, формування мовленнєвих артикуляцій через свободу рухів;	
2 півріччя	7-8 місяців	2 етап - аутоехолалії (дитина зосереджено слухає себе))	Повзання	Мовленнєвий(слуховий) та зоровий контакт з дорослою людиною.	Розвиток слухових обернених аферентацій; формування фонетичної системи рідної мови. Мовленнєва онтогенетична пам'ять.
	8-9 місяців	Мовленнєві звуки подібні до мовленнєвого оточення; формування імпресивного словника; Розвиток розуміння мовлення оточуючих; маніпулятивна діяльність;	Перші кроки; Пізнавальні рухи з предметами; Зорово-моторна координація; Здатність самостійно ставати на ноги, притримуючись за опору.	Зв'язок між зоровим уявленням предмета та словом, яке звучить;	
	10-12 місяців	3 етап Початок вимови «слів» («ба-ба», «ма-ма»); Перші слова	Ходьба; розвиток активної маніпулятивної діяльності (робота великого пальця та кінцевих фаланг решти пальців).	Ситуативність мовленнєвої активності; провідний тип діяльності: предметно-практична. Позитивно-емоційне спілкування з оточуючим світом.	

Онтогенез усного мовлення

Отже, онтогенез усного мовлення дитини на першому році життя допомагає розкрити механізми та природу дизартрій у дітей. Виходячи із визначення дитячої дизартрії – аномалії формування вимовних здібностей, які обумовлені неповноцінністю іннервації артикуляційного апарату, голосоутворення, дихальної системив наслідок раннього органічного ураження головного мозку (Є.Мастюкова, М.Іпполітова, О.Винарська, О.Пулатовта ін.) та теорії онтогенезу усного мовлення, можна зробити висновки, що порушення усного мовлення у дітей-дизартриків обумовлені, *по-перше*, аномалією у них вродженої програми ЦНС – дифузної обробки координації фонаторно-дихальних механізмів, яка складає основу формування усного мовлення (1-е півріччя життя дитини), що забезпечує просодичний компонент усного мовлення; *по-друге*, аномалією розвитку слухових обернених аферентацій, які є основою для формування фонетичної системи рідної мови (2-е півріччя життя дитини), що забезпечує фонетико-фонематичні процеси. Зазначені програми ЦНС впливають на псимоторний розвиток дитини в цілому.

А тому, порушення усного мовлення у дітей з дизартріями відбувається по трьом основним аспектам: лінгвістичному, неврологічному, психологічному.

Додаток 2.**Методика діагностики стану сформованості усного мовлення при дизартріях у дітей старшого дошкільного віку*****Підготовчий етап*****(психолого-педагогічний напрям)**

Схема складання історії розвитку дитини (медико-психолого-педагогічний анамнез) представлений дослідженням: 1) анкетних даних про дитину та основними відомостями про родину; 2) особливостей перинатального періоду розвитку дитини; 3) раннього психо-моторного розвитку дитини (до трьох років); 4) стану здоров'я дитини на момент обстеження; 5) соціального оточення дитини (близького та дальнього).

Протокол дослідження медико-психолого-педагогічного анамнезу дитини-дизартрика поданий у додатках (див. додатки «Мовленнєва картка обстеження дітей з дизартріями старшого дошкільного віку»).

Мета: виявлення особливостей перебігу раннього фізичного та психічного розвитку дитини.

Основний етап**Блок I. Нейропсихологічний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків**

(Протокол обстеження дитини 5-6 років поданий у додатках «Мовленнєва картка обстеження дітей з дизартріями старшого дошкільного віку».)

1. Проведення з дитиною діалогу.

Мета: скласти загальну характеристику про дитину; виявити її критичність, адекватність поведінки та емоційних реакцій у ситуації обстеження; її орієнтацію у часі та місці.

Схема проведення діалогу додається до протоколу обстеження у додатках «Мовленнєва картка обстеження дітей з дизартріями старшого дошкільного віку».

2. Дослідження рухів та дій**• Проба на реципрокну координацію**

Мета: виявлення провідної руки у дитини з дизартрією.

Примітки: усі завдання дитині пропонуються починати із провідної руки; для виявлення ліворукості – праворукості дитини необхідно провести латералізацію функцій: їсть, причісується, чистить зуби, малює, б'є по м'ячу, перехрест пальців, перехрест передпліччя, провідне око (подивись у трубочку), провідне вухо (послухай годинник), провідна нога (поплигай на одній нозі).

Гра «Кулачок-долонь»

Хід обстеження: логопед кладе на стіл обидві руки, одна із яких зажата у кулак, а інша розпрямлена. Потім одночасно, не змінюючи положення рук на столі, логопед одночасно одну долонь розжимає, а другу зажимає.

Після декількох показів логопед пропонує дитині виконати завдання.

• Проба на праксис пози пальців

Гра «Спритні пальчики»

Хід обстеження: дитині пропонується повторити кожну із зазначених у протоколі поз пальців рук (витягнути по одному другий-п'ятий, другий і третій, другий і п'ятий пальці; скласти пальці в кільця, скласти пальці один на одного (див. додатки «Мовленнєва карта»)), По черзі обстежують дві руки, починаючи із провідної.

Права рука: 2, 2-3, 5, 3-2, 1, 0, 5

Ліва рука: 5, 2-5, 2, 1, 0, 2 2-3

Примітки: у дитини-лівши обстеження праксиса пози пальців розпочинають з лівої руки.

• Проба на оральний праксис

Гра «Кривляка».

Хід обстеження: дитині пропонується покривлятися перед здеркалом – послідовно імітувати кожний рух, показаний логопедом.

А. Стан артикуляційної моторики та кінетики:

тести на статичну координацію (виконання ізольованих артикуляційних рухів за словесною інструкцією та за зразком) губи (розтягнути губи в широку посмішку, «Трубочка»); язик (утримати язика на широкій лінії (10 сек.), утримати піднятий на верхню губу язик (10 сек.) «Лопаточка», «Годинник», «Гойдалка», «Смачне варення», «Коник», «Грибочок»

тести на динамічну координацію рухів артикуляційних органів

У процесі виконання послідовно організованих рухів: відкрити-закрити рота (5-7разів), уміня утримувати рот закритим, порухати в різні сторони нижню щелепу (3-5 разів), витягнути губи в трубочку, оскалити зуби (5-7 разів), торкнутися поперемінно верхніх-нижніх різців, підняти язик угору, покласти його між зубами, відтягнути назад (3-5 разів), витягнути широкий розпластаний язик – губи в трубочку (5-7 разів), висунути язик жалом – губи в трубочку – широкий оскал (5-7 разів)

У процесі виконання одночасно організованих рухів: відкрити рот, одночасно піднімати язик угору і просувати його вперед (5-7), відкрити рот, одночасно опускати язик донизу і просувати його вперед, витягнути язик і одночасно витягнути вперед губи «трубочкою».

Загальні показники артикуляційних рухів:

Плавність рухів (достатня, недостатня)
 Сила рухів (достатня, недостатня, малорухомість)
 Обсяг рухів (достатній, недостатній)
 Точність рухів (достатня, недостатня)
 Швидкість рухів (достатня, недостатня)
 Тонус (спастичність, гіпотонія, дистонія, норма)
 Наявність синкінезій, гіперкінезів, тремору, девіації (відхилення) язика в сторону

Б. Стан мимічної мускулатури: об'єм та якість руху м'язів лоба (нахмурити брови, підняти брови, зморщити брови), об'єм та якість руху очей (легко зімкнути віки, сильно стиснути віки, закрити праве око, закрити ліве око, підморгнути), об'єм та якість руху м'язів щік (надути ліву щоку, утримати позу 3 сек.; надути праву щоку, утримати позу 3 сек.; надути обидві щоки одночасно, утримати позу 3 сек.; надути щоки, переганяти повітря із однієї в другу; втягнути щоки в ротову порожнину між зубами та утримувати до 5 сек.).

Зазначити:

Об'єм рухів (повний, неповний, малорухомі, надрухомі)
 Точність виконання (збережена, порушена)
 Тонус (спастичність, гіпотонія, дистонія, норма; гіпомімія, зглаженість носогубних складок, оральні синкінезії, асиметрія обличчя, гіперкінези обличчя)
 Темп рухів (нормальний, уповільнений, прискорений)

Зазначити характер порушення м'язевого тонусу артикуляційної мускулатури (спастичність, гіпотонія, дистонія, ригідність, гіперкінези, атаксія, апраксія)

• Проба на динамічний праксис

Гра «Спритні пальчики»

Хід обстеження: логопед показує тричі різну послідовність рухів кисті (права рука (долонь-кулак-ребро), права рука (кулак-долонь-ребро). Досліджуються дві руки.

Графічна проба на динамічний праксис

Гра «Дослідники»

Хід обстеження: продовжити малювати, не відриваючи олівець, візерунок, який складається з двох елементів (див. додатки).

Гра «Художник»

Хід обстеження: копіювання простих геометричних фігур (див. додатки).

• Проба на відтворення ритмічних структур

Гра «радісти»

Хід обстеження: дитині пропонується пограти у радистів - послідовно відтворити провідною рукою групи ритмічних структур. Відтворення ритмічних структур різної складності II II I, I III I, II I II II, I I III I I.

3. Дослідження гнозису

- **Проба на предметний гнозис**

Гра «Жмурки»

Хід обстеження: дитині пропонується знайти заховані предмети – перекреслені та накладні зображення (див. додатки).

Примітки: звертати увагу на послідовність називання реальних предметів (зліва направо чи зправа наліво), увагу (ігнорування) до однієї із сторін простору, хаотичність та імпульсивність діяльності.

- **Проби на акустичний гнозис**

Гра «Радісти» - оцінка ритмічних структур (описана вище).

- **Впізнання просторово орієнтованих простих фігур**

Гра «Увага»

Хід обстеження: дитині пропонується з'єднати олівцем однакові фігури (модифікований тест Бентона).

- **Проба на ідентифікацію емоцій**

Гра «Світ емоцій»

Хід обстеження: пропонується зображення людей та тварин з різними емоційними станами (веселі, злі, перелякані) – по 3-4 зображень на кожний стан – усього 10 картинок). Внизу подаються 5 кішок: весела, сумна, зла, горда, перелякана. Дитині пропонується відправити (з'єднати ниточками / смужками різного кольору) усіх веселих тваринок та людей (червоний колір смужки) до веселої кішки, усіх злих (чорний колір) до злої кішки та усіх переляканих (жовтий колір) до переляканої кішки (див додатки).

Можливе також інше виконання завдання - форма класифікації окремих карточок із зображеннями емоційних станів за заданим зразком: 5 кішок у різних емоційних станах.

Примітки: реєструється загальна кількість та тип помилок (змішання емоцій (веселий/сумний) або якості емоції (веселий/гордий).

4. Дослідження пам'яті (мнестичних функцій)

- **Тести на слухомовленнєву пам'ять**

Гра «Запам'ятай»:

А. Слова

Хід обстеження: заучування 5-7 не пов'язаних за смыслом слів за три пред'явлення. Можливе додаткове (четверте) пред'явлення для дітей, які не досягнули вікового нормативу.

Б. Логічно пов'язаної інформації (див. психолінгвістичний напрям дослідження)

Хід обстеження: запам'ятовування після 1-2 пред'явлень та переказ з опорою на запитання логічно пов'язаної інформації оповідання «Миколка» (складається із 7 смислових елементів: прокинувся, шукає, шкарпетки на столі і під столом, кросівки під ліжком, немає другого кросівка у кімнаті, вошкається, запізнився).

- **Тести на рухову пам'ять**

Запам'ятовування 2 серій із 2-3 рухів.

- **Тести на зорову пам'ять**

Запам'ятовування та впізнання реальних предметів: вибір із 16 картинок:

- 1) градусник, гусак, банан;
- 2) чобіт, коза, куш (див. додатки).

5. Дослідження інтелекту

- **Тест на розуміння смисла оповідання** (див. психолінгвістичний напрям дослідження)
- **Тест на розуміння смисла сюжетної картинки та серії сюжетних картинок**

Пояснення сюжетної картинки «Що сталося?» («Справжня дружба») (див. психолінгвістичний напрям дослідження)

- **Виведення аналогій**

Дитина повинна вибрати із трьох альтернатив пару до картинки відповідно із заданим логічним співвідношенням (птаха – гніздо; собака (буда, кістка, щеня). (див. додатки).

- **Тести на дослідження узагальнюючих понять**

Гра «Четвертий зайвий»

Хід обстеження: серед поданого ряду предметних малюнків вибрати зайвий (каструля, чашка, собака, тарілка; шорти, сорочка, сукня, груша; кіт, сковорідка, корова, кінь; спідниця, яблуко, слива, вишня).

Гра «Продовж рядок»

Хід обстеження: продовж рядок предметних малюнків (каструля, чашка, тарілка...; шорти, сорочка, сукня...; кіт, корова, кінь...; яблуко, слива, вишня...) поданими малюнками (собака, груша, сковорідка спідниця).

Блок II. Лінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків

(Протокол обстеження дитини 5-6 років поданий у додатках «Мовленнєва картка обстеження дітей з дизартріями старшого дошкільного віку».)

I. Експресивне мовлення

A. Стан звуковимови

Голосні звуки (А, О, У, Е, И, І) – ізольована вимова, у складах, у словах (на початку, в середині, в кінці), у фразах, у зв'язному мовленні.

Приголосні звуки [к, к'; г, г'; х, х'; й; м, м'; п, п'; б, б'; ф, ф'; в, в'; т, т'; д, д'; н, н'; с, с'; з, з'; ц, ц'; ш, ш'; ж, ж'; ч, ч'; щ; р, р'; л, л'] – ізольована вимова, у складах (відкритих без збігу приголосних, закритих без збігу приголосних, під час збігу приголосних), у словах (на початку, в середині, в кінці), у фразах, у зв'язному мовленні.

Примітки: у висновках необхідно відзначити дефекти пом'якшення, дзвінкості (Так /Ні); заміни фрикативних на велярні, шиплячих на свистячі і міжзубні фрикативні (Так/Ні); дефекти вимови проривних звуків (Так/Ні); дефекти вимови губно-губних (Так/Ні); заміни задньоязикових на фрикативні задньоязикові (Так/ Ні), заміни сонорних на носовий [н], на проривний або фрикативний задньоязиковий (Так/Ні); інші типові та специфічні дефекти звуковимови

(Роздатковий матеріал поданий у додатках Г)

Б. Стан сформованості звуко-складової структури слова

- вимова ізольованих слів (дім-стіл-хліб; каша-кавун-сіно-рама)
- вимова багатоскладових слів (самостійно за малюнком, відображено): 1) акваріум, комп'ютер, велосипед, колобок;
2) помідор, капуста, рукавичка, підсніжник;
3) президент, телевізор, температура, мультфільм.
- повторити речення: «В акваріумі плавають риби», «Поліціант їздить на мотоциклі», «Хлопчики катаються на велосипеді»

Примітки:

а) необхідно відзначити особливості звуко-складової структури слова

скорочення груп приголосних звуків (Так/Ні)
переривання звучання приголосного в кінці слова (Так /Ні)
опускання першого приголосного звука (Так /Ні)
додавання зайвого приголосного звука у складі (Так/ Ні)
перестановки звуків у слові (метатезис), порушення послідовності звуків
уподібнення складів (дистантна асиміляція) (Так /Ні)
скорочення кількості складів (складова елізія) (Так/Ні)
заміна складів (парафазія) (Так /Ні)
повторення складів (персеверація) (Так/Ні)
збільшення кількості складів (Так/Ні)
правильність наголошення багатоскладових слів
інші особливості

б) Ступінь розбірливості мовлення (мовлення невиразне, змазане, малозрозуміле для оточуючих, розбірливість мовлення знижена, мовлення нечітке, розбірливість мовлення не порушена).

(Роздатковий матеріал поданий у додатках Д)

А.2. Стан дихальної та голосової функцій:

- тип фізіологічного дихання (ключичне, нижньореберне, діафрагмальне, черевне, грудне)
- об'єм, тривалість, плавність мовленнєвого видиху (достатній, недостатній; тривалий, нетривалий; плавний, неплавний або переривчастий)
- голос (по силі: тихий, слабкий, виснажений; по висоті: модульований, недостатньо модульований; за тембром: здавлений, хриплий, напружений, тремтячий, назалізований, глухий)_
- стан голосу під час сміху, плачу
- мовленнєвий видих (спрямованість: через рот і ніс; тільки через ніс; тільки через рот; порушення дихання: утруднене, поверхнєве, неритмічне, нерівне, шумне)

Примітки: зазначити синхронність дихання, голосоутворення при артикуляції (порушена, збережена)

А.3. Стан просодичних компонентів мовлення:

- темп (нормальний, уповільнений, прискорений, тощо)
- ритм (достатній, розтягнутий, скандований, не відповідає змісту фрази, прискорений, дисритмія, залежить від проявів гіперкінезів тощо)
- пауза (відсутня, нормальна, довготривала)
- наголос (правильний, неправильний)
- мелодика (порушення інтонаційного оформлення, відсутність голосових модуляцій, слабка вираженість голосових модуляцій, не порушена)

Емоційність мовлення (емоційний характер мовлення: живе, природне, емоційне, емоційно збіднене, безбарвне тощо)

II. Імпресивне мовлення

Б. Стан фонематичних процесів

Б.1. Фонематичні уявлення:

Гра «Злови звук»

Хід обстеження: впізнати та виділити (плеснути в долоні, підняти вгору руку, топнути ніжною тощо) звук з ряду звуків:

A – а, у, і, а, о, а ; У – у, о, е, у, у, о;

С – с, м, ж, с, з, с ; Д – д, к, д, т, м, д.

Гра «Злови склад»

Хід обстеження: впізнати та виділити заданий склад з ряду складів:

ЖА – ма, жа, со, ту, жа; ЗУ – на, да, зу, су, зу.

Завдання: «виділи (назви) перший звук у слові»: акула; осінь; стіл; шпак; риба.

Завдання: «виділи (назви) останній звук у слові»: рука; лосі; лати; дах; мак; ніс; морж.

Завдання: «пригадай слова із звуком» (заданим)

Завдання: розкласти малюнки на групи (без проговорювання, без опори на слух) на задані (опозиційні) звуки (*шапка – сапка; мишка – миска; рис – лис; перець – палець; Марина – малина;*)

Завдання: в ідібрати малюнки (іграшки) із заданим звуком

Примітки: відзначити фонематичні уявлення щодо... а) сформовані, б) несформовані.

Б.2. Фонематичний слух (сприймання):

- розрізнення слів-паронімів на слух (з опорою на наочність: рак-лак, коса-коза, слива-злива, миска-мишка, горіх-горох, сапка-шапка, Марина-малина, рис-лис, палець - перець)
- повторення за логопедом ряду складів, слів: па-ба-па, то-до-то, пити-бити-мити, вити-лити-рити.

Примітки: відзначити фонематичне сприймання опозиційних звуків: а) сформоване, б) несформоване.

Б.3. Фонематична (слухова) увага:

- чи правильно я називаю картинки: пігнівчик, півгнівчик (пінгвінчик); тевелізор, делевізор (телевізор); болоток, мотолок (молоток), данан, бабан, набан (банан) тощо?
- знайди малюнок із заданим звуком
- подивись на малюнки та покажи, де на малюнку *мак*, а де *рак*, де на малюнку *мак*, а де *лак*? Аналогічно приклади слів-паронімів.

Примітки: відзначити обсяг слухової уваги: а) задовільний; б) незадовільний.

Б. 4. Фонематичний (слуховий) контроль:

- послухай та скажи, чи правильно я назвала картинку (рак (лак), коса (коза), слива (злива), миска (мишка), горіх (горох), сапка (шапка), Марина (малина), рис (лис), палець (перець)); кафа, кася, катя (каша), пігнівчик (пінгвінчик), кошоладка (шоколадка), бемегот (бегемот), акета (ракета), мотолок (молоток) тощо.

Примітки: відзначити слуховий контроль щодо..... а) сформований (задовільний), б) несформований (незадовільний).

Блок III. Психолінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків

(Протокол обстеження дитини 5-6 років поданий у додатках «Мовленнєва картка обстеження дітей з дизартріями старшого дошкільного віку»)

Стан структурних одиниць мовленнєвої діяльності

I. Стан рівня називання. Дослідження семантичної структури слова

A. Дослідження значення слова.

A.1. Уявлення про слово.

- а) Завдання першого типу (самостійне називання («придумування») слова):
 - сказати, «які слова (слово) ти знаєш?»;
 - на слово (слова), які запропоновані експериментатором, сказати:
 - а) яке-небудь слово,
 - б) «схоже» слово,
 - в) «схожі» слова.
- б) Завдання другого типу (диференціація слів і не слів):
 - сказати, схожі слова чи ні;
 - сказати, яке слово зайве, несхоже;
 - сказати, це слово чи не слово.

Серед запропонованих варіантів «слів»: іменники, прикметники, дієслова, прислівники, речення, словосполучення, звуки і букви.

A.2 Лексичне значення слова.

Назви, будь-ласка:?

- Які ти знаєш фрукти, одяг, іграшки, посуд, меблі;
- що ти умієш (любиш) робити?
- яка у тебе мама (тато, сестра, брат, бабуся, дідусь).

Іменники:

- рівень узагальнення слів («Назви одним словом»):

Яблуко, груша, вишні, слива

Тарілка, чашка, каструля, ложка

Лялька, м'яч, ведмедик, кубик

Собака, котик, корова, коник

- назвати частини предметів, частини тіла тварин та людини (ляльки)
- назвати предмети за їх призначенням, а людей за родом їх занять:

«Як називається предмет, яким розчісують волосся?»

«Як називається предмет, за допомогою якого їдять борщ?»

«Як називають людину, яка лікує (навчає дітей і т. ін.)?»

Дієслова:

- що роблять або як пересуваються?

Пташка ; риба ; змія; собака; машина; хлопчик

- хто як подає голос?

Кіт ; півень ; корова; свиня; жабка; собака; коза; кінь

- що роблять цими предметами?

Лопатою; ложкою; рушником; віником; олівцем; сокирою.

Прикметники:

- підібрати ознаки до предметних малюнків (гра «Який? Яка? Яке? Які?»):

Лимон – який?

Подушка – яка?

Ліжко – яке?

- утворення присвійних прикметників (гра «Чий? Чия? Чие? Чий?»):

Чий хвіст? Чия морда? Чий вуха?

- утворення прикметників від іменників (гра «Які вони?»):

Мотрійка з дерева; ніж із заліза; банка із скла; пальто із шкіри.

Багатозначні слова:

- покажи, будь-ласка, за малюнками: а) спинку дитини, спинку стільчика; б) носик дитини, носик чайника; в) крило літака, крило птаха, крило носа
- разом із логопедом (самостійно) придумати речення («щось сказати») про слова із даним значенням

Протилежне значення слова (антоніми):

- продовж речення:

їжачок – маленький, а слон - ...; сніг білий, а земля - ...; вдень світло, а вночі - ...; калюжа мілка, а море - ...; лимон кислий, а цукерка -

- назви слова із протилежним значенням:

сухий - ...; м'який - ...; білий - ...; злий - ...; великий - ...; чистий - ..., веселий -

А.3. Граматичне значення слова.**Стан граматичної системи словозміни:**

- узгодження іменника з числівником:

олівець – (... ..); цукерка – (...); м'яч – (...)

- узгодження прикметника з іменником в роді та числі:

сукня; м'яч ...; яблуко; олівці -(за формою, кольором, смаком)

- утворення родового відмінку («Чого немає?»):

машинка (ки); м'ячик (ка); ручка (ки).

Стан граматичної системи словотворення:

- суфіксальне словотворення (утворення слів-іменників із зменшувально-пестливим значенням (за аналогією):

стіл і стільчик; яблуко і яблучко; миска і мисочка; дерево і деревце.

- префіксальне словотворення:
ходить _____; малює _____; співає _____.

Б. Дослідження «семантичного поля» слова.

Б.1. Смислові зв'язки однокорених слів (показати за малюнком: бігти – забігти – підбігти – прибігти; сунути – підсунути – засунути – зсунути; ліс – лісовий – лісник – лісочок).

Б.2. Смислові зв'язки в межах міжпредметних відносин:

- зв'язок «за ситуацією» (назви необхідне (пропущене) слово (на слух, за малюнком)):
Варіант 1: «У шафі висить ...», «На столі лежить...», «На стільчику сидить ... », «По телефону розмовляє ...», «Дівчатка читають ...», «З гори спускаються ...»;
Варіант 2: «Плаття у шафі», «На столі лимон», «На стільчику ... хлопчик», «Мама ... по телефону», «Дівчатка ... книжки», «Діти ... з гори»
Варіант 3: «Плаття висить у ...», «Лимон лежить на ...», «Хлопчик сидить на ...», «Мама розмовляє по ...», «Дівчатка читають ...», «Діти спускаються з ...».
- зв'язок за функціональним призначенням:
Варіант 1: Що робить корова? Що робить кіт? Що робить собака?;
Варіант 2: мукає, пасеться, доїться - _____; нявкає, лащиться, п'є - _____; гавкає, гризе, стереже - _____.

Б.3. Слово як стійкий звукокомплекс (див. фонематичні процеси у лінгвістичному напрямку дослідження усного мовлення).

В. Дослідження смислу слова (індивідуального значення слова):

- смисл слова «собака»:
 - а) собака – друг людини; б) собака – ворог кішки; в) собака – домашня тварина; г) собака – джерело небезпеки для людини; д) собака – охоронець; е) допомагає людині у різних видах її діяльності (собака-поводир, собака-пожежник, собака-мисливець).
- Етап 1: бесіда з дитиною про собаку: хто така собака? Що ти знаєш про цю тварину? Доповнення розповіді дитини.
- Етап 2: висновки проговореного (собака вживається у багатьох смислах, виконує багато ролей).
- Етап 3: гра «Собака-актор» - впізнай роль собаки.
- а) *Спить у буді біля хати,
Вискочить – почне гарчати,
Аж затруситься увесь.
Це страшний зубатий (пес);*
- б) *На пожежі собака Рекс врятував життя дитині;*
- в) *Біля ніг хлопчика ніжно лащився песик;*
- г) *Кіт Василь ледь утік від сусідського собаки – вчасно заліз на дерево (сторож, рятувальник (друг), безпека)*

Г. Дослідження поняття слова:

- Що таке комп'ютер?
- Хто така Людина-Павук?
- Хто такий Бетмен?
- Хто такий президент?

Примітки: саме «поняття слова» дозволяє перейти на дослідження наступної структурної одиниці мовленнєвої діяльності – рівня смислового зв'язного мовлення.

Відзначити стан сформованості структурної одиниці мовленнєвої діяльності - *рівня називання*: а) сформований – несформований; б) високий – низький; в) задовільний – незадовільний.

II. Стан рівня смислового зв'язного мовлення (висловлювання (від речення до тексту) як функціонально-оперативні одиниці)

Дослідження основних форм зовнішнього усного мовлення: діалогічного, монологічного як особливих видів реалізації мовленнєвої діяльності та текстових категорій (категорії зв'язності, послідовності та логіко-смислової організації тексту) як критеріїв усного мовлення.

1. Діалог (діалогічне мовлення): (Як тебе звуть? Як твоє прізвище? Скільки тобі років? Як звуть твою маму? Як звуть твого тата? Яка твоя улюблена іграшка? Чи ходиш ти до дитячого садочка? Де ти живеш?).

2. Монолог (монологічне мовлення) - (опис, розповідь, роздум)

2.1. Опис:

- опиши свою іграшку;
- складання опису за зразком.

Відзначити основні порушення *послідовності* викладення: пропуск, перестановка членів послідовності; змішання різних рядів послідовності (*послідовність* як текстова категорія)

Звернути увагу: на скільки повідомлення про факти дійсності знаходяться у відносинах *одночасності*; на скільки відображення основних властивостей або якостей предмету (явища) подані «у статичному стані».

2.2. Розповідь:

- складання речення за предметним малюнком (розкажи щось про... (за зразком і самостійно);
- складання речення за малюнком дії (що ти бачиш?);
- складання речення за серією предметних карток;
- складання розповіді за сюжетним малюнком;
- складання речень за серією малюнків;
- розкажи улюблену казку (переказ).

Звернути увагу: а) на *логіко-смислову* організацію тексту (*предикативний* смисловий зв'язок, зв'язок предикативної пари з другорядними членами речення); б) на логічні і граматичні зв'язки між реченнями; в) зв'язок між частинами (членами) речення; г) чи знаходяться повідомлення про факти у відносинах *послідовності*, на скільки дитина дотримується композиційної структури: введення, основної частини, заключення.

2.3. Роздум (елементарні роздуми):

- чому ці предмети не схожі («знайди п'ять відмінностей»)?;
- Гра «Буває-не буває». Чому? («Восени розпускаються підсніжники», «Влітку Андрій взув лижі і поїхав у ліс збирати полуниці», «З неба прилетів собака та замукав щосили»).

Звернути увагу: а) на *логіко-смислову* організацію висловлення; б) на скільки висловлювання дитини відображають *причинно-наслідкові зв'язки* якихось фактів (явищ) та структуру монологу-роздуму: *висхідний тезис* (інформація, істинність або неправдивість яку необхідно довести), *аргументуюча частина* (аргументи у користь або проти висхідного тезису) і *висновки*. Чи схильна дитина до ланцюга суджень, які утворюють умовисновки?

Блок IV. Оцінювальний

1. Оцінка стану сформованості нейропсихологічного компонента усного мовлення

Виконання завдання на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості відповідних нейропсихологічних процесів; 4 бали – *достатньому* рівню; 3 бали- *середньому*; 2 бали – *важкому*; 1бал - *низькому*; 0 балів – *вкрай низькому* рівню.

180-195 балів – високий рівень сформованості нейропсихологічного компоненту УМ;
165-179 балів – достатній рівень сформованості нейропсихологічногокомпоненту УМ ;
150-164 бали – середній рівень сформованості нейропсихологічногокомпоненту УМ;
135- 149 балів – виражений рівень сформованості нейропсихологічного компоненту УМ;
120-134 бали – низький рівень сформованості нейропсихологічногокомпоненту УМ;
105-119 балів – вкрай низький рівень сформованості нейропсихологічногокомпоненту УМ.

Загальна характеристика дитини

Оцінка стану трьох складових психічного функціонування: 1) **орієнтування** за місцем, часом, у деяких своїх особистих даних; 2) **критичність**; 3) **адекватність** поведінки та емоційнихреакцій у ситуації дослідження.

Критерії оцінок у балах

Орієнтування

5 балів –правильне називаннясвого місця перебування у даний момент, володіння інформацією про найблище та дальнє соціальне оточення; правильне називання пір року;
4 бали – відповідь на запитання невпевнена, з помилками, але самостійне виправляння своїх помилок без навідних запитань;
3 бали– правильна відповідь, але тільки після навідних запитань або можлива помилка лише на одне запитання;
2 бали – неможливість правильно відповідати не більш ніж на половину запитань;
1 бал –неможливість правильно відповідати на жодне запитання.

Адекватність

5 балів –абсолютний контроль своєї поведінки, яка відповідає ситуації обстеження;
4 бали – виявляється один із симптомів (неуважність, напруженість, розгубленість, тривожність), який є слабковираженим та піддається самостійній корекції;
3 бали – виявлений один симптом, який носить стійкий характер;
2 бали – виявлені декілька симптомів, які корегуються за допомогою дорослого;
1 бал –стабільні труднощі, які не коригуються.

Критичність

5 балів –зацікавленість в результатах дослідження та в оцінках дорослого, адекватне ставлення до зроблених помилок, старанність при виконанні завдання;
4 бали – намагання виправити допущенні помилки після зазначення на них дорослим;
3 бали – намагання виправити допущенні помилки після зазначення на них дорослим, але недостатньо прикладає зусиль до цього;

2-1 бали – повна або майже повна байдужість до результатів обстеження та виявленим помилкам.

Проба динамічної координації рухів артикуляційних органів:

А) У процесі виконання послідовно організованих рухів:

5 балів – виконання усіх завдань у повному обсязі;

4 бали – порушення виконання деяких проб лише за параметром темпу (зазвичай уповільнення);

3 бали – порушення виконання завдань у темпі, обсязі, точності рухів;

2 бали – порушення виконання завдань за всіма параметрами (темп, об'єм, точність, зміни м'язового тону, можливі синкінези, гіперкінези); порушення відтворення рухового ланцюжка;

1 бал – неможливість почергового виконання рухів;

0 бал – неможливість виконання будь-яких рухів.

Б) У процесі виконання одночасно організованих рухів:

5 балів – виконання усіх завдань у повному обсязі;

4 бали – правильне виконання завдань з незначними порушеннями координації рухів;

3 бали – порушення координації з правильним виконанням окремих рухів;

2 бали – порушення координації з випадінням окремих рухових ланок;

1 бал – різне у часі виконання рухів;

0 балів – неможливість здійснення жодної програми.

Тест на дрібну моторику

5 балів – безпомилкове і плавне виконання «кінетичної мелодії» не менше 3-х разів підряд з можливим переносом на іншу руку;

4 бали – безпомилкове і плавне виконання при наявності синкінезів в одній руці або легкої виснажливості;

3 бали – просторові помилки або стереотипії із самокорекцією при переході до другої серії рухів, або виражена виснажливість;

2 бали – численні помилки з частковою корекцією при інтенсивній допомозі дослідника (вербальній регуляції, спільному виконанні);

1 бал – при необхідності обох видів допомоги одночасно;

0 балів – неможливість виконання жодної програми за будь-якої допомоги.

Тест на зорову пам'ять

5 балів – правильне впізнання (вибір із дистракторів) усіх реальних зображень;

4 бали – одиничні самокорегуючі помилки вибору, або правильний вибір усіх стимулів, але помилки за групами (контамінації груп), або одиничні зміщення послідовності стимулів (для дітей від 5 років);

3 бали – одиничні перцептивні заміни або персеверації (подвоєння) стимулів з можливістю корекції при організації уваги дитини;

2 бали – пропуск або заміна двох та більше елементів при впізнанні або багаторазові помилки будь-якого типу без корекції;

1 бал – неможливість правильного впізнання жодної із серій малюнків або жодного елементу серії.

II. Оцінка стану сформованості лінгвістичного компоненту усного мовлення

Виконання завдання на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості відповідних лінгвістичних показників; 4 бали – *достатньому* рівню; 3 бали- *середньому*; 2 бали – *важкому*; 1 бал - *низькому*; 0 балів – *вкрай низькому* рівню.

165-170 балів – високий рівень сформованості лінгвістичного компоненту УМ;
150-164 балів – достатній рівень сформованості лінгвістичного компоненту УМ ;
135-149 бали – середній рівень сформованості лінгвістичногокомпоненту УМ;
120- 134 балів – важкий рівень сформованості лінгвістичного компоненту УМ;
105-119 бали – низький рівень сформованості лінгвістичного компоненту УМ;
90 -104 балів – вкрай низький рівень сформованості лінгвістичного компоненту УМ.

Оцінка експресивного мовлення

Оцінка стану звуковимови

5 балів – чітка вимова усіх звуків;
4 бали – порушення вимови до 3-х приголосних звуків, голосні в нормі;
3 бали – порушення вимови до 5- ти приголосних звуків, голосні в нормі;
2 бали - системні порушення звуковимови (і приголосних, і голосних), але мовлення зрозуміле для оточуючих;
1 бал – 0 балів - системні порушення звуковимови на рівні незрозумілості мовлення для оточуючих

Оцінка стану звуко-складової структури слова

5 балів – виразне, розбірливе мовлення;
4 бали – розбірливість мовлення не порушена;
3 бали – характерні перестановки звуків, складів; розбірливість мовлення не порушена;
2 бали - уподібнення звуків, складів; опускання першого приголосного звуку; мовлення не чітке;
1 бал – порушення усіх показників; мовлення малозрозуміле;
0 балів –тотальне порушення звуко-складової структури слова; мовлення змазане, не зрозуміле для оточуючих.

Оцінка стану дихальної та голосової функцій:

5 балів –стан дихальної та голосової функцій в нормі;
4 бали –незначні порушення плавності видиху, грудне дихання;
3 бали –голос тихий, напружений, видих поверхневий;
2 бали - видих нетриваливий, голос тихий, тремтячий;
1 бал – 0 балів– системні порушення дихання та голосу на рівні порушення синхронності дихання, голосоутворення та артикуляції

Оцінка стану просодичних компонентів мовлення

- 5 балів** – усі складові просодичного компоненту в нормі;
4 бали – порушення просодики лише за параметром темпу та інтонаційного оформлення;
3 бали – порушення темпу, наголосу та інтонації;
2 бали – слабка вираженість голосових модуляцій; мовлення емоційно збіднене;
1 бал – 0 балів – відсутність голосових модуляцій; мовлення безбарвне.

Оцінка імпресивного мовлення

Оцінка фонематичних процесів

- 5 балів** – сформованість усіх фонематичних процесів;
4 бали – порушення лише фонематичного контролю;
3 бали – порушення фонематичного (слухового) і контролю, і уваги;
2 бали – порушення фонематичного (слухового) і контролю, і уваги, і сприймання;
1 бал - 0 балів – порушення фонематичного (слухового) і контролю, і уваги, і сприймання, і уявлення;

III. Оцінка стану сформованості психолінгвістичного компоненту усного мовлення

Виконання завдання на 5 балів відповідало *високому рівню* сформованості відповідних психолінгвістичних показників; 4 бали – *достатньому* рівню; 3 бали – *середньому*; 2 бали – *важкому*; 1 бал – *низькому*; 0 балів – *вкрай низькому* рівню.

Оцінка стану рівня називання

- 150-165 балів** – високий рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ;
135-149 бали – достатній рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ;
120- 134 балів – середній рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ;
105-119 бали – важкий рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ;
90 -104 балів – низький рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ;
75- 89 балів – вкрай низький рівень сформованості рівня називання психолінгвістичного компоненту УМ.

Оцінка семантичної структури слова

- 5 балів** – сформованість усіх показників семантичної структури слова;
4 бали – порушення одного із показників семантичної структури слова;
3 бали – порушення 2х-3х показників семантичної структури слова;
2 бали – порушення більше 3-х показників семантичної структури слова;

- 1 бал** – можлива збереженість одного показника семантичної структури слова;
0 балів – порушення усіх показників семантичної структури слова.

Оцінка граматичного значення слова

- 5 балів** – сформованість усіх граматичних показників слова;
4 бали – одна-дві помилки при обстеженні граматичного значення слова;
3 бали – допускається не більше 3-х помилок;
2 бали – більше, ніж 3 помилки;
1 бал – 0 балів – дитина зовсім не володіє ні граматичною системою словозміни, ні граматичною системою словотворення.

Оцінка «семантичного поля» слова

- 5 балів** – дитина розуміється у всіх смислових зв'язках слова;
4 бали – помилки (1-2) при дослідженні смисла (індивідуального значення) слова;
3 бали – лише порушення смислових зв'язків слова як стійкого звукокомплексу;
2 бали – допускається не більше 3х помилок по усім показникам «семантичного поля» слова;
1 бал – 0 балів – системні порушення «семантичного поля» слова.

Оцінка поняття слова

- 5 балів** – дитина без зусиль пояснює запитане;
4 бали – дитина затрудняється з поясненням, але не потребує допомоги логопеда;
3 бали – дитина намагається щось пояснити за допомогою логопеда;
2 бали – пояснення лише двох запитань за допомогою логопеда;
1 бал – пояснення одного запитання за допомогою логопеда;
0 балів – дитина не знає пояснень запитаного, не намагається виконати завдання.

Оцінка стану рівня смислового зв'язного мовлення

- 50-55 балів** – високий рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ;
45-49 балів – достатній рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ;
40-44 бали – середній рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ;
35-39 балів – важкий рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ;
30-34 бали – низький рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ;
25-29 балів – вкрай низький рівень сформованості рівня смислового зв'язного мовлення психолінгвістичного компоненту УМ.

Оцінка діалогічного мовлення

- 5 балів** – дитина без зусиль веде діалог;
4 бали – допускається одна помилка;

3 бали – дитина не зовсім зацікавлена у діалозі, уникає контакту, але дає відповіді на запитання;

2 бали – дитина дає відповіді на запитання за допомогою дорослого;

1 бал – дає деякі відповіді на запитання за допомогою дорослого;

0 балів – повна відсутність діалогічного мовлення.

Оцінка монологічного мовлення

5 балів – дитина володіє монологічним мовленням в повному обсязі (уміє описувати, розповідати, роздумувати);

4 бали – допускаються помилки на рівні послідовності та одночасності, але виконує завдання самостійно;

3 бали – дитина виконує завдання за допомогою дорослого;

2 бали – дитина виконує деякі завдання за допомогою дорослого;

1 бал – порушення *монологічного мовлення на рівні* усіх текстових категорій (*зв'язності, послідовності та логіко-сислової організації тексту*);

0 балів – неможливість виконати завдання.

Оцінка на запам'ятовування оповідання

Балові оцінки проби на запам'ятовування логічно пов'язаної інформації базувалися на критерії передачі за запитаннями усіх смислових елементів оповідання.

3 бали – відтворенні за запитаннями усі смислові елементи тексту. Припускаються незначні семантичні заміни, які не спотворюють смисла оповідання, наприклад шкарпетка/панчоха;

2 бали – один із смислових елементів відтворюється після повторення та уточнення запитання; або недостатня концентрація уваги при першому пред'явленні оповідання, але при цьому впевнене та повне відтворення після другого пред'явлення; або багато численні семантичні заміни слів;

1 бал – не відтворені за запитаннями не менш половини смислових елементів тексту навіть після повторного пред'явлення, які частково корегуються повторними уточнюючими запитаннями (ті, які підказують);

0 балів – переказ неможливий після двох пред'явлень за будь-якої допомоги.

Додаток 3.

Мовленнєва картка

Підготовчий етап (психолого-педагогічний напрям)**Схема складання історії розвитку дитини****(психолого-педагогічний анамнез)****1. Анкетні дані дитини та основні відомості про родину**

П. І. дитини _____
 П. І. П. батьків _____
 Число, місяць, рік народження дитини _____
 Чи відвідує дитина дитсадок _____
 Число, місяць, рік народження батьків _____
 Освіта батьків _____
 Професія _____
 Місце роботи _____
 Контактний телефон _____
 Причини звернення до логопеда _____
 Сімейна ліворукість _____
 Склад родини: _____

2. Особливості перинатального періоду розвитку дитини**Протікання вагітності:**

Вік матері _____, батька _____ на початок вагітності. .

Емоційний стан батьків під час вагітності

Психотравмуюча ситуація: (так) - (ні).

Шкідливі звички батьків (матері, батька) (паління, вживання алкоголю та наркотиків) _____

Перша половина вагітності (необхідне підкреслити) – токсикоз (слабкий, виражений), анемія, ГРЗ, грип, медичне лікування (амбулаторне, стаціонар), загроза викидня (термін) _____

Друга половина вагітності – токсикоз, анемія, набряки, підвищений А.Т.

Пологи: вчасно, раніше, пізніше строку, самостійні, оперативні (планові, вимушені, стрімкі, затримані).

Пологова діяльність: стимуляція, крапельниця, механічне видавлювання плоду, застосування щупалець.

Дитина народилася у головному, сидничному, ножному передлежанні.

Вага _____; ріст _____.

Мали місце: обмотування пуповини навколо шиї (туге, ні).

Інша патологія під час пологів _____

Стаціонарне лікування дитини після пологів: так, ні.

Причина госпіталізації _____

Заклучення після стаціонару _____

Розвиток дитини після пологів (включно 7 днів) (необхідне підкреслити):

рухове _____ занепокоювання, часті _____ зригування, порушення сну, інше _____

3. Розвиток раннього віку дитини (до трьох років)

Моторні функції: голову тримає з ____ міс., сидить з ____ міс., повзає з ____ міс., ходить самостійно з ____ міс..

Відмічалися: гіпер/гіпотонус, здригування, тремор, тіки, енурез.

До року перехворіла _____

Лікування _____

Фізичний розвиток (форма ДЦП, фізична норма) _____

Мовленнєвий розвиток: гуління з ____ міс., лепіт з ____ міс., слова з ____ міс., фрази з ____ міс.

Активність мовленнєвого спілкування _____

Загальний емоційний фон _____

Активність щодо засвоєння оточуючого, зацікавленість _____

Ставлення до близьких та незнайомих дорослих _____

Оволодіння предметною діяльністю (коли дитина навчилася самостійно їсти, одягатись) _____

Термін формування навичок самообслуговування _____

Прояви самостійності, настирності _____

Які труднощі спостерігалися у поведінці дитини? _____

Улюблені заняття та ігри _____

Спостерігалась: неврологом _____, ін. спеціалістами _____, лікування _____

4. Стан здоров'я дитини на момент обстеження

Перенесені хвороби _____

Наявність травм та операцій, хронічні, часті хвороби _____

Випадки госпіталізації _____

Перебування дитини на обліку у психоневролога чи інших спеціалістів _____

Особливості сну та харчування дитини з моменту народження _____

5. Де і ким виховувалась дитина, починаючи з народження (соціальне оточення)

Хто доглядав за дитиною протягом перших двох років життя? _____

Відвідування дитиною ясел, дитячого садка або інших дитячих закладів (зазначити термін та тип закладу: цілодобові, денні, спеціальні (логопедичні, неврологічні та ін.) _____

Як дитина звикала до дитячих закладів, як складалися стосунки з дітьми, вихователями; чи були скарги вихователів? _____

Чи були різкі зміни в оточенні дитини, де вона росла (переїзди, розлучення батьків тощо), часті та довготривалі розлуки з батьками? Якщо так, то як на них реагувала дитина? _____

6. Що ще ви вважаєте за необхідне розповісти про свою дитину та сім'ю

Підпис _____ Дата заповнення _____

Основний етап

Блок I. Нейропсихологічний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків Протокол обстеження дитини 5-6 років

Дата обстеження _____

П.І.П. _____

Як тебе звуть? _____

Скільки тобі років? _____

Де ти живеш? _____

Яка зараз пора року? _____

Чи ходиш ти до дитячого садка? _____

У яку групу? _____

Як звуть твою маму? _____

Характер порушення м'язевого тону м'язів артикуляційної мускулатури (спастичність, гіпотонія, дистонія, ригідність, гіперкінези, атаксія, апраксія) _____

Оральний праксис (стан артикуляційної моторики та кінетики):

1) *тести на статичну координацію* (виконання ізольованих артикуляційних рухів за словесною інструкцією та за зразком):

Губи:

- розтягнути губи в широку посмішку _____
- «Трубочка» _____

Язик:

- утримати язика на широкій лінії (10 сек.) _____
- утримати піднятий на верхню губу язик (10 сек.) _____
- «Лопаточка» _____
- «Годинник» _____
- «Гойдалка» _____
- «Смачне варення» _____
- «Коник» _____
- «Грибочок» _____

2) *Тести на динамічну координацію рухів артикуляційних органів:*

У процесі виконання послідовно організованих рухів:

- відкрити-закрити рота (5-7 разів) _____
- уміти утримувати рот закритим _____
- порухати в різні сторони нижню щелепу (3-5 разів) _____
- витягнути губи в трубочку _____
- оскалити зуби (5-7 разів) _____
- торкнутися поперемінно верхніх-нижніх різців _____
- підняти язик угору, покласти його між зубами, відтягнути назад (3-5 разів) _____
- витягнути широкий розпластаний язик – губи в трубочку (5-7 разів) _____
- висунути язик жалом – губи в трубочку – широкий оскал (5-7 разів) _____

У процесі виконання одночасно організованих рухів:

- відкрити рот, одночасно піднімати язик угору і просувати його вперед (5-7) _____
- відкрити рот, одночасно опускати язик донизу і просувати його вперед _____

- витягнути язик і одночасно витягнути вперед губи «трубочкою»

Загальні показники артикуляційних рухів:

Плавність рухів (достатня, недостатня) _____

Сила рухів (достатня, недостатня, малорухомість) _____

Обсяг рухів (достатній, недостатній) _____

Точність рухів (достатня, недостатня) _____

Швидкість рухів (достатня, недостатня) _____

Тонус (спастичність, гіпотонія, дистонія, норма)

Наявність синкінезій, гіперкінезів, тремору, девіації (відхилення) язика в сторону _____

Стан мимічної мускулатури:

- об'єм та якість руху м'язів лоба (нахмурити брови, підняти брови, зморщити брови) _____
- об'єм та якість руху очей (легко зімкнути віки, сильно стиснути віки, закрити праве око, закрити ліве око, підморгнути) _____
- об'єм та якість руху м'язів щік (надути ліву щоку, утримати позу 3 сек.; надути праву щоку, утримати позу 3 сек.; надути обидві щоки одночасно, утримати позу 3 сек.; надути щоки, переганяти повітря із однієї в другу; витягнути щоки в ротову порожнину між зубами та утримувати до 5 сек.).

Зазначити:

Об'єм рухів (повний, неповний, малорухомі, надрухомі) _____

Точність виконання (збережена, порушена) _____

Тонус (спастичність, гіпотонія, дистонія, норма; гіпомімія, зглаженість носогубних складок, оральні синкінезії, асиметрія обличчя, гіперкінези обличчя)

Темп рухів (нормальний, уповільнений, прискорений) _____

Латералізація функцій _____ причісується _____ чистить зуби _____ малює _____

б'є по м'ячу _____ перехрест пальців _____ перехрест передпліччя _____ провідне око

(подивись у трубочку) _____ провідне вухо (послухай годинник) _____ провідна нога

(поплигай на одній нозі) _____

Динамічний праксис:

Права рука (долонь-кулак-ребро) _____

Права рука (кулак-долонь- ребро) _____

Ліва рука (1?) _____

Ліва рука (2?) _____

Праксис пози пальців (у дитини-лівши обстеження праксиса розпочинають з лівої руки):

Права рука: 2, 2-3, 5, 3-2, 1, 0, 5

Ліва рука: 5, 2-5, 2, 1, 0, 2 2-3

Впізнавання перекреслених відтворень _____

Впізнавання накладних відтворень _____

Відтворення ритмічних структур різної складності II II I, I III I, II III II, I I III I I _____

Графічна проба на динамічний праксис _____

Просторовий гнозис (з'єднай однакові фігури):

Копіювання:

Порядковий рахунок 1...10 _____

Ідентифікація емоцій (листок альбому):

Веселий (1) 1 4 7 9

Злий (2) 3 8 10 2

Переляканий (5) 2 5 6

Зорова пам'ять: вибір із 16 картинок:

3) градусник, гусак, банан;

4) чобіт, коза, куш.

Слухомовленнєва пам'ять(див. лінгвістичний напрям дослідження)

Четвертий зайвий: 4) _____; 5) _____; 6) _____; 7) _____; 8) _____; 9) _____

Продовж рядок: _____

Пояснення сюжетної картинки «Що сталося?» («Справжня дружба»)(див. психолінгвістичний напрям дослідження)

Зауваження _____

Висновки: _____

Блок II. Лінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків

Протокол обстеження дитини 5-6 років

I. Експресивне мовлення

A. Стан звуковимови

Голосні звуки (А, О, У, Е, И, І) – ізольована вимова, у складах, у словах (на початку, в середині, в кінці), у фразах, у зв'язному мовленні.

Висновки: _____

Приголосні звуки [к, к'; г, г'; х, х'; й; м, м'; п, п'; б, б'; ф, ф'; в, в'; т, т'; д, д'; н, н'; с, с'; з, з'; ц, ц'; ш, ш'; ж, ж'; ч, ч'; щ; р, р'; л, л']- ізольована вимова, у складах (відкритих без збігу приголосних, закритих без збігу приголосних, під час збігу приголосних), у словах (на початку, в середині, в кінці), у фразах, у зв'язному мовленні.

У **висновках** необхідно відзначити:

- дефекти пом'якшення, дзвінкості. Так _____. Ні _____
- заміни фрикативних на велярні, шиплячих на свистячі і міжзубні фрикативні. Так _____. Ні _____
- дефекти вимови проривних звуків. Так _____. Ні _____
- дефекти вимови губно-губних. Так _____. Ні _____
- заміни задньоязикових на фрикативні задньоязикові. Так _____. Ні _____
- заміни сонорних на носовий [н], на проривний або фрикативний задньоязиковий. Так _____. Ні _____
- інші типові та специфічні дефекти звуковимови _____

A.5. Стан сформованості звуко-складової структури слова:

- вимова ізольованих слів (дім-стіл-хліб; каша-кавун-сіно-рама) _____
- вимова багатоскладових слів (самостійно за малюнком, відображено): 1) акваріум, комп'ютер, велосипед, колобок;
2) помідор, капуста, рукавичка, підсніжник;
3) міліціонер, телевізор, температура, мультфільм.
- повторити речення: «В акваріумі плавають риби», «Міліціонер їздить на мотоциклі», «Хлопчики катаються на велосипеді» _____

Необхідно відзначити особливості звуко-складової структури слова:

- скорочення груп приголосних звуків. Так _____. Ні _____
- переривання звучання приголосного вкінці слова. Так _____. Ні _____
- опускання першого приголосного звука. Так _____. Ні _____
- додавання зайвого приголосного звука у складі. Так _____. Ні _____
- перестановки звуків у слові (метатезис), порушення послідовності звуків _____
- уподібнення складів (дистантна асиміляція). Так _____. Ні _____
- скорочення кількості складів (складова елізія). Так _____. Ні _____
- заміна складів (парафазія). Так _____. Ні _____
- повторення складів (персеверація). Так _____. Ні _____
- збільшення кількості складів. Так _____. Ні _____
- правильність наголошення багатоскладових слів _____
- інші особливості _____

Ступінь розбірливості мовлення

мовлення невиразне, змазане, малозрозуміле для оточуючих _____
розбірливість мовлення знижена, мовлення нечітке _____
розбірливість мовлення не порушена _____

A.2. Стан дихальної та голосової функцій:

- тип фізіологічного дихання (ключичне, нижньореберне, діафрагмальне, черевне, грудне) _____
- об'єм, тривалість, плавність мовленнєвого видоху (достатній, недостатній; тривалий, нетривалий; плавний, неплавний або переривчастий) _____
- голос (по силі: тихий, слабкий, виснажений; по висоті: модульований, недостатньо модульований; за тембром: здавлений, хриплий, напружений, тремтячий, назалізований, глухий) _____
- стан голосу під час сміху, плачу _____
- мовленнєвий видих(спрямованість: через рот і ніс; тільки через ніс; тільки через рот; порушення дихання: утруднене, поверхнєве, неритмічне, нерівне, шумне) _____

Зазначити синхронність дихання, голосоутворення та артикуляції(порушена, збережена) _____

A.3. Стан просодичних компонентів мовлення:

- темп (нормальний, уповільнений, прискорений, тощо) _____
- ритм (достатній, розтягнутий, скандований, не відповідає змісту фрази, прискорений, дисритмія, залежить від проявів гіперкінезів тощо) _____
- пауза (відсутня, нормальна, довготривала) _____
- наголос (правильний, неправильний) _____
- мелодика (порушення інтонаційного оформлення, відсутність голосових модуляцій, слабка вираженість голосових модуляцій, не порушена) _____

Емоційність мовлення (емоційний характер мовлення: живе, природне, емоційне, емоційно збіднене, безбарвне тощо) _____

II. Імпресивне мовлення

Б. Стан фонематичних процесів

Б.1. Фонематичні уявлення:

- впізнати та виділити (плеснути в долоні, підняти вгору руку, топнути ніжною тощо) звук з ряду звуків («Злови звук»):

A – a, y, i, a, o, a _____; Y – y, o, e, y, y, o _____;

C – c, m, ж, c, з, c _____; D – d, k, d, t, m, d _____.

- впізнати та виділити заданий склад з ряду складів («Злови склад»):
ЖА – ма, жа, со, ту, жа _____; *ЗУ – на, да, зу, су, зу* _____.
- виділення першого звуку у слові:
акула _____; *осінь* _____; *стіл* _____; *шпак* _____; *риба* _____.
- виділення останнього звуку у слові:
рука _____; *лосі* _____; *лапи* _____; *дах* _____; *мак* _____; *ніс* _____; *морж* _____.
- пригадати слова із заданим звуком _____
- розкласти малюнки на групи (без проговорювання, без опори на слух) на задані (опозиційні) звуки (*шапка – сапка; мишка – миска; рис – лис; перець – палець; Марина – малина;*)
- відібрати малюнки (іграшки) із заданим звуком _____

Відзначити фонематичні уявлення щодо... а) сформовані, б) несформовані.

Б.2. Фонематичний слух (сприймання):

- розрізнення слів-паронімів на слух (з опорою на наочність: рак-лак, коса-коза, слива-злива, миска-мишка, горіх-горох, сапка-шапка, Марина-малина, рис-лис, палець-перець) _____

- повторення за логопедом ряду складів, слів: па-ба-па _____, то-до-то _____, пити-бити-мити _____, вити-лити-рити _____.

Відзначити фонематичне сприймання опозиційних звуків: а) сформоване, б) несформоване.

Б.3. Фонематична (слухова) увага:

- чи правильно я називаю картинки: пігнівчик, півгнівчик (пінгвінчик); тевелізор, делевізор (телевізор); болоток, мотолок (молоток), данан, бабан, набан (банан) тощо?
- знайди малюнок із заданим звуком _____.
- подивись на малюнки та покажи, де на малюнку *мак*, а де *рак*, де на малюнку *мак*, а де *лак*? Аналогічно приклади слів-паронімів.

Відзначити обсяг слухової уваги: а) задовільний; б) незадовільний.

Б. 4. Фонематичний (слуховий) контроль:

- послухай та скажи, чи правильно я назвала картинку (рак (лак), коса (коза), слива (злива), миска (мишка), горіх (горох), сапка (шапка), Марина (малина), рис (лис), палець (перець));
кафа, кася, катя (каша), пігнівчик (пінгвінчик), кошоладка (шоколадка), бемегот (бегемот), акета (ракета), мотолок (молоток) тощо.

Відзначити: слуховий контроль щодо..... а) сформований (задовільний), б) несформований (незадовільний).

Висновок: _____

Блок III. Психолінгвістичний компонент дослідження стану сформованості усного мовлення дітей-дизартриків

Протокол обстеження дитини 5-6 років

Стан структурних одиниць мовленнєвої діяльності

I. Стан рівня називання. Дослідження семантичної структури слова

A. Дослідження значення слова.

А.1. Уявлення про слово.

- а) Завдання першого типу (самостійне називання («придумування») слова):
- сказати, «які слова (слово) ти знаєш?»;
 - на слово (слова), які запропоновані експериментатором, сказати:
 - а) яке-небудь слово,
 - б) «схоже» слово,
 - в) «схожі» слова.
 - б) Завдання другого типу (диференціація слів і не слів):
 - сказати, схожі слова чи ні;
 - сказати, яке слово зайве, несхоже;
 - сказати, це слово чи не слово.

Середзапропонованих варіантів «слів»: іменники, прикметники, дієслова, прислівники, речення, словосполучення, звуки і букви.

А.2 Лексичне значення слова.**Назви, будь-ласка:?**

- Які ти знаєш фрукти, одяг, іграшки, посуд, меблі;
- що ти умієш (любиш) робити?
- яка у тебе мама (тато, сестра, брат, бабуся, дідусь).

Іменники:

- рівень узагальнення слів («Назви одним словом»):

Яблуко, груша, вишні, слива _____

Тарілка, чашка, каструля, ложка _____

Лялька, м'яч, ведмедик, кубик _____

Собака, котик, корова, коник _____

- назвати частини предметів, частини тіла тварин та людини (ляльки) _____

- назвати предмети за їх призначенням, а людей за родом їх занять:

«Як називається предмет, яким розчісують волосся?» _____

«Як називається предмет, за допомогою якого їдять борщі?» _____

«Як називають людину, яка лікує (навчає дітей і т. ін.)?» _____

Дієслова:

- що роблять або як пересуваються?

Пташка _____; *риба* _____; *змія* _____; *собака* _____; *машина* _____; *хлопчик* _____

- хто як подає голос?

Кіт _____; *півень* _____; *корова* _____; *свиня* _____; *жабка* _____; *собака* _____; *коза* _____; *кінь* _____.

- що роблять цими предметами?

Лопатою _____; *ложкою* _____; *рушником* _____; *віником* _____; *олівцем* _____; *сокирою* _____.

Прикметники:

- підібрати ознаки до предметних малюнків (гра «Який? Яка? Яке? Які?»):

Лимон – який? _____

Подушка – яка? _____

Ліжко – яке? _____

Олівці – які? _____

- утворення присвійних прикметників (гра «Чий? Чия? Чиє? Чий?»):

Чий хвіст? _____ Чия морда? _____ Чиї вуха? _____

- утворення прикметників від іменників (гра «Які вони»):

Мотрійка з дерева _____; ніж із заліза _____; банка із скла _____; пальто із шкіри _____.

Багатозначні слова:

- покажи, будь-ласка, за малюнками: а) спинку дитини, спинку стільчика; б) носик дитини, носик чайника; в) крило літака, крило птаха, крило носа _____
- разом із логопедом (самостійно) придумати речення («щось сказати») про слова із даним значенням _____

Протилежне значення слова (антоніми):

- продовж речення:

їжачок – маленький, а слон - _____; сніг білий, а земля - _____; вдень світло, а вночі - _____; калюжа мілка, а море - _____; лимон кислий, а цукерка - _____

- назви слова із протилежним значенням:

сухий - _____; м'який - _____; білий - _____; злий - _____; великий - _____; чистий - _____, веселий - _____.

А.3. Граматичне значення слова.

Стан граматичної системи словозміни:

- узгодження іменника з числівником:

олівець - _____; цукерка - _____; м'яч - _____

- узгодження прикметника з іменником в роді та числі:

сукня _____; м'яч _____; яблуко _____; олівці - _____

- утворення родового відмінку («Чого немає?»):

машинка - _____; м'ячик - _____; ручка - _____.

Стан граматичної системи словотворення:

- суфіксальне словотворення (утворення слів-іменників із зменшувально-пестливим значенням (за аналогією):

стіл і _____; яблуко і _____; миска і _____; дерево і _____

- префіксальне словотворення:

ходить _____; малює _____; співає _____.

Б. Дослідження «семантичного поля» слова.

Б.1. Смислові зв'язки однокорених слів (показати за малюнком: бігти – забігти – підбігти – прибігти; сунути – підсунути – засунути – зсунути; ліс – лісовий – лісник – лісочок).

Б.2. Смислові зв'язки в межах міжпредметних відносин:

- зв'язок «за ситуацією» (назви необхідне (пропущене) слово (на слух, за малюнком)):

Варіант 1: «У шафі висить ...», «На столі лежить...», «На стільчику сидить ... », «По телефону розмовляє ...», «Дівчатка читають ...», «З гори спускаються ...»;

Варіант 2: «Плаття у шафі», «На столі лимон», «На стільчику ... хлопчик», «Мама ... по телефону», «Дівчатка ... книжки», «Діти ... з гори»

Варіант 3: «Плаття висить у ...», «Лимон лежить на ...», «Хлопчик сидить на ...», «Мама розмовляє по ...», «Дівчатка читають ...», «Діти спускаються з ...».

- зв'язок за функціональним призначенням:

Варіант 1: Що робить корова? Що робить кіт? Що робить собака?;

Варіант 2: мукає, пасеться, доїться - _____; нявкає, лащиться, п'є - _____; гавкає, гризе, стереже - _____.

Б.3. Слово як стійкий звукокомплекс (див. фонематичні процеси у лінгвістичному напрямку дослідження усного мовлення).

В. Дослідження смислу слова (індивідуального значення слова):

- смисл слова «собака»:

а) собака – друг людини; б) собака – ворог кішки; в) собака – домашня тварина; г) собака – джерело небезпеки для людини; д) собака – охоронець; е) допомагає людині у різних видах її діяльності (собака-поводир, собака-пожежник, собака-мисливець).

Етап 1: бесіда з дитиною про собаку: хто така собака? Що ти знаєш про цю тварину? Доповнення розповіді дитини.

Етап 2: висновки проговореного (собака вживається у багатьох смислах, виконує багато ролей).

Етап 3: гра «Собака-актор» - впізнай роль собаки.

а) *Спить у буді біля хати,*

Вискочить – почне гарчати,

Аж затруситься увесь.

Це страшний зубатий (пес);

б) *На пожежі собака Рекс врятував життя дитині;*

в) *Біля ніг хлопчика ніжно лащився песик;*

г) *Кім Василь ледь утік від сусідської собаки – вчасно заліз на дерево (сторож, рятівник (друг), небезпека)*

Г. Дослідження поняття слова:

- Що таке комп'ютер?
- Хто така Людина-Павук?
- Хто такий Бетмен?
- Хто такий президент?

Примітки: саме «поняття слова» дозволяє перейти на дослідження наступної структурної одиниці мовленнєвої діяльності – рівня смислового зв'язного мовлення.

Відзначити стан сформованості структурної одиниці мовленнєвої діяльності - *рівня називання*: а) сформований – несформований; б) високий – низький; в) задовільний – незадовільний.

II. Стан рівня смислового зв'язного мовлення (висловлювання (від речення до тексту) як функціонально-оперативні одиниці)

Дослідження основних форм зовнішнього усного мовлення: діалогічного, монологічного як особливих видів реалізації мовленнєвої діяльності та текстових категорій (категорії зв'язності, послідовності та логіко-смислової організації тексту) як критеріїв усного мовлення.

1. Діалог (діалогічне мовлення): (Як тебе звуть? Як твоє прізвище? Скільки тобі років? Як звуть твою маму? Як звуть твого тата? Яка твоя улюблена іграшка? Чи ходиш ти до дитячого садочка? Де ти живеш?).

2. Монолог (монологічне мовлення) - (опис, розповідь, роздум)

2.1. Опис:

- опиши свою іграшку;
- складання опису за зразком.

Відзначити основні порушення *послідовності* викладення: пропуск, перестановка членів послідовності; змішання різних рядів послідовності (*послідовність* як текстова категорія) Звернути увагу: на скільки повідомлення про факти дійсності знаходяться у відносинах *одночасності*; на скільки відображення основних властивостей або якостей предмету (явища) подані «у статичному стані».

2.2. Розповідь:

- складання речення за предметним малюнком (розкажи щось про... (за зразком і самостійно);
- складання речення за малюнком дії (що ти бачиш?);
- складання речення за серією предметних карток;
- складання розповіді за сюжетним малюнком;
- складання речень за серією малюнків;
- розкажи улюблену казку (переказ).

Звернути увагу: а) на *логіко-смыслову* організацію тексту (*предикативний* смисловий зв'язок, зв'язок предикативної пари з другорядними членами речення); б) на логічні і граматичні зв'язки між реченнями; в) зв'язок між частинами (членами) речення; г) чи знаходяться повідомлення про факти у відносинах *послідовності*, на скільки дитина дотримується композиційної структури: введення, основної частини, закінчення.

2.3. Роздум (елементарні роздуми):

- чому ці предмети не схожі («знайди п'ять відмінностей»)?;
- Гра «Буває-не буває». Чому? («Восени розпускаються підсніжники», «Влітку Андрій взув лижі і поїхав у ліс збирати полуниці», «З неба прилетів собака та замукав щосили»).

Звернути увагу: а) на логіко-смыслову організацію висловлення; б) на скільки висловлювання дитини відображають *причинно-наслідкові зв'язки* якихось фактів (явищ) та структуру монологу-роздуму: *висхідний тезис* (інформація, істинність або неправдивість яку необхідно довести), *аргументуюча частина* (аргументи у користь або проти висхідного тезису) і *висновки*. Чи схильна дитина до ланцюга суджень, які утворюють умовисновки?

Висновки

Додаток 4.

Основний корекційно-розвивальний етап

А. Напрямок загального методичного забезпечення структурних компонентів усного мовлення (нейропсихологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного)

А.1. Методичне забезпечення нейропсихологічного компоненту усного мовлення

Мета: розвиток роботи мозку через координовані рухи артикуляційного апарату, загальної та дрібної моторики; вироблення основних артикуляційних укладів (дорсального, какумінального, альвеолярного, піднебінного); розвиток психомоторики, сенсорних функцій.

А.1.1. Нормалізація моторики органів артикуляції

А. Артикуляційна гімнастика

Для дітей із дизартріями артикуляційна гімнастика проводилась у трьох варіантах: пасивно, пасивно-активно, активно. Усі види артикуляційної гімнастики достатньо широко представлені у логопедичній літературі (Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Філічева, О. Архіпова, Л. Белякова та ін.).

При *пасивній гімнастиці* логопед механічно впливає на органи артикуляції руками або зондами, створюючи артикуляційні пози або рухи. Пасивні рухи викликають скорочення м'язів, тим самим створюють кінестетичну аферентацію. Це програмує схему власного руху.

Кожна пасивна вправа виконувалася у три стадії: 1-а стадія – вхід в артикуляційну позу (екскурсія); 2-а стадія – фіксація артикуляційного укладу (витримка); 3-я стадія – вихід із артикуляційного укладу (рекурсія); здійснювалися серіями по 3-5 рухів. Пасивні рухи проводилися плавно, повільно, з поступовим збільшенням навантаження. Пасивна гімнастика супроводжувалася зоровим контролем та мовленнєвою інструкцією.

А.1. Пасивна артикуляційна гімнастика (виконувалася за допомогою рук логопеда):

Для м'язів та губ(логопед пальцями створює рухи): 1) підняти брови; окремо ліву, праву, обидві одночасно; 2) закрити одне, друге око, обидва одночасно; 3) опустити куточки губ, підняти куточки губ; 4) перетягнути куточки рота окремо вліво-вправо; 5) наморщити ніс, лоб; 6) розтягнути куточки губ і зібрати в трубочку; 7) підняти верхню губу, опустити нижню.

Для нижньої щелепи: 1) логопед здійснює закривання та відкривання рота дитини; максимальне відкривання фіксується під рахунок; 2) висування нижньої щелепи вперед, вліво, вправо з фіксацією пози під рахунок.

Потім ці рухи виконуються пасивно-активно та активно.

Для язика: 1) кінчик язика утримується пальцями логопеда через носову хустинку, виконуються рухи в сторони до куточків рота, вниз, вгору; 2) шпателем утримувати язик на верхній губі, за верхніми зубами, біля куточків губ; прижати до нижньої губи, утримуючи язик широким.

А.2.Активна артикуляційна гімнастика – система вправ для органів артикуляції, які проводяться за інструкцією логопеда.

Мета: покращити якість артикуляційних рухів, виробити диференційні рухи, сформувати *кінстетичну* основу артикуляційних рухів, знакових для конкретних звуків.

Завдання: 1) гра із цукеркою на палочці (смоктати цукерку, почергово направляючи її за ліву-праву щоку; присмоктувати її язиком; тягнутися язиком до цукерки (вперед, вгору, вниз, вліво, вправо)); 2) виштовхування язиком марлевої серветки, яка засовувалася за щоки (почергово вліво-вправо); 3) переміщення в ротовій порожнині предметів різного розміру, фактури та форми (цукерки, гудзики, кульки та т.ін.); 4) утримування губами різних предметів (цукерки, пробки тощо); далі вправа із опором (логопед намагається відібрати предмети легкими ривками).

Вправи: «Паркан», «Вікно», «Міст», «Голочка», «Вітрило», «Трубочка», чергування «Паркан» - «Трубочка», «Лопата», «Лопата копає», «Смачне варення», «Теплий вітер», «Лопата», «Лопата копає», «Жук»,

«Коник», «Молоток», «Дятел», «Кулемет», «Холодний вітер», «Комар», «Пароплав» (три варіанта вправи), «Маляр», «Гойдалка», «Фокус» (за методикою О. Архіпової).

Комплекс вправ для свистячих звуків (дорсальна позиція): «Паркан»-«Вікно»-«Міст»-«Паркан»-«Холодний вітер».

Комплекс вправ для шиплячих звуків (какумінальна позиція): «Паркан»-«Вікно»-«Міст»-«Лопата»-«Лопата копає»-«Смачне варення»-«Фокус»-«Теплий вітер».

Комплекс вправ для сонорних звуків (альвеолярна позиція):

а) для звуку [р] – «Паркан»-«Вікно»-«Міст»-«Голочка»-«Вітрило»-«Коник»-«Молоток»-«Дятел»-«Кулемет»;

б) для звуку [л] – «Паркан»-«Вікно»-«Міст»-«Лопата»-«Пароплав»-«Пароплав гуде».

Б. Формування кінестетичної основи рухів органів артикуляції

Мета: створення стійких кінестезій через підсилення аферентних імпульсів різної модальності від м'язів, які задіяні в артикуляції, фонації та фонаційному диханні.

(Для розвитку рухливо-кінестетичного оберненого зв'язку у ході вправ уточнюється положення органів артикуляції при вимові збережених звуків. На початку є присутнім зоровий контроль, який поступово виключається.

Такий аналіз кінестезій сприяє організації диференційних рухових імпульсів до м'язів периферичного мовленнєвого апарату. Це відображається на якості артикуляційних рухів).

Б.1. Вправи для губ.

1. Перед дзеркалом виконати «Паркан» з одночасною вимовою звуку [і]. Визначити положення губ.

2. Перед дзеркалом виконати «Вікно» з одночасною вимовою звуку [а]. Визначити положення губ.

3. Перед дзеркалом виконати «Трубочка» з одночасною вимовою звуку [у]. Визначити положення губ.

4. Перед дзеркалом виконати вправи на переключення «Паркан» - «Трубочка» з одночасною вимовою звуків [i] - [y]. Визначити положення послідовність роботи губ.
5. Без дзеркала виконати «Паркан» з одночасною вимовою звуку [i]. Визначити положення губ.
6. Без дзеркала виконати «Вікно» з одночасною вимовою звуку [a]. Визначити положення губ.
7. Без дзеркала виконати «Трубочка» з одночасною вимовою звуку [y]. Визначити положення губ.
8. Без дзеркала виконати вправи на переключення «Паркан» - «Трубочка» - «Паркан» з одночасною вимовою звуків [i] - [y] - [i]. Визначити положення послідовності роботи губ.
9. Перед дзеркалом та без дзеркала виконати «Паркан» з одночасною вимовою звуку [i]. Визначити положення губ.
10. Перед дзеркалом та без дзеркала виконати «Вікно» з одночасною вимовою звуку [a]. Визначити положення губ.
11. Перед дзеркалом та без дзеркала виконати «Трубочка» з одночасною вимовою звуку [y]. Визначити положення губ.

Б.2. Вправи для язика.

1. Перед дзеркалом виконати «Міст» з одночасною вимовою звуку [i]. Визначити положення язика та його кінчика.
2. Перед дзеркалом виконати «Вітрило» з одночасною вимовою звуку [д]. Визначити положення язика та його кінчика.
3. Перед дзеркалом виконати «Гойдалку», до якої входить два положення – «Міст» та «Вітрило» - з почерговою вимовою [i] - [д]. Визначити положення язика.
4. Без дзеркала виконати «Міст» з одночасною вимовою звуку [i]. Визначити положення язика та його кінчика.
5. Без дзеркала виконати «Вітрило» з одночасною вимовою звуку [д]. Визначити положення язика та його кінчика.

6. Без дзеркала виконати «Гойдалку», з почерговою вимовою [i] - [д]. Визначити положення язика.

В. Формування кінетичної основи рухів органів артикуляції

Мета: покращення якості артикуляційних рухів (об'єму, амплітуди, чіткості, сили та ін.); об'єднання окремих рухів у серію послідовно організованих; розвиток переключаємості рухів.

В.1. Статичні вправи

1. Виконати вправу «Паркан» під рахунок до 5.
2. Виконати вправу «Вікно» під рахунок до 5.
3. Виконати вправу «Вікно», збільшуючи-зменшуючи його розміри (розкривати – прикривати порожнину рота). Утримувати під рахунок до 5 у кожному положенні.
4. Опустити нижню губу. Утримувати під рахунок до 5.
5. Підняти верхню губу. Утримувати під рахунок до 5.
6. Виконати вправу «Паркан» та перетягувати вліво-вправо куточки губ під рахунок до 5 утримувати в кожній стороні.
7. Виконати вправу «Лопата», при цьому «шльопати» язика губами під рахунок до 5.
8. Виконати вправу «Лопата», при цьому покусувати язика зубами під рахунок до 5.
9. Виконати вправу «Смачне варення» під рахунок до 5.
10. Виконати вправу «Міст»; утримувати плоский язик біля нижніх зубів під рахунок до 5.
11. Виконати вправу «Смачне варення» та перевести язик до верхніх альвеол. Утримувати під рахунок до 5.

В.2. Динамічні вправи на координацію (послідовні рухи)

1. Виконати вправи «Паркан» - «Трубочка».
2. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Лопата».

3. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Лопата» - «Лопата копає».
4. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Лопата» - «Лопата копає» - «Смачне варення» та прибрати за верхні зуби.
5. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Вітрило».
6. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Вітрило» - «Молоток».
7. Виконати вправи «Паркан» - «Вікно» - «Міст» - «Вітрило» - «Молоток» - «Дятел» (у подальшому додати вправу «Кулемет»).
8. Виконати вправу «Гойдалка», тобто із положення «Міст» перевести язик у положення «Вітрило» та навпаки.
9. Виконати вправу «Маляр».

В.3. Динамічні вправи на координацію (одночасні рухи)

1. Виконати вправу «Смачне варення»; декілька разів виконати рухи зверху-вниз, облизуючи губи.
2. Виконати вправу «Лопата», розтягуючи губи.
3. Виконати вправу «Лопата копає», 3-4 рази піднімати та опускати широкий кінчик язика.
4. Виконати вправу «Лопата» та потягнути кінчик язика униз.
5. Виконати одночасно з вправою «Вікно» і вправу «Лопата», тобто у момент відкриття роту висовувати широкий язик.

1.1.1. Розвиток психомоторики та сенсорних процесів

А. Розвиток загальної та дрібної моторики, графомоторних навичок.

А.1. Розвиток загальної моторики

Мета: розвиток відчуття особистого тіла, його рівноваги, узгодженості дій різних частин тіла.

Основні завдання: 1) гра у м'яч з іншою людиною (розвиток навичок ловити-відкидати; навчання правильному положенню рук); 2) перелазити через ряд низьких припон (розвиток впевненості у своїх рухах); 3) підняти предмети з підлоги (розвиток кращого контролю рівноваги); 4) рухатися по заданому шляху (покращення рівноваги та контроль координації); 5) підняти 2 коробки та віднести до іншого місця (при перенесенні предметів зберігати рівновагу); 6) підйом по сходах стрибками (покращення рівноваги та координації); 7) 10 разів нагинатися, торкаючись нижніх кінцівок (стимуляція гнучкості); 8) 5 сек. стояти на одній нозі (покращення рівноваги); 9) плигати на одній нозі, по чергово їх змінюючи (розвиток рівноваги); 10) передавати ногою м'яч іншій дитині; гра «Футбол» (розвиток координації очей на ніг; рівноваги тіла); 11) підстрибнути 10 разів, торкнутися предмета, що звисає зі стелі (розвиток координації рухів, укріплення м'язів кінцівок).

Кожну вправу бажано супроводжувати віршиками, загадками.

Рекомендований віршований матеріал (можлива (бажана) імпровізація рухів під вірші).

- З рук у руки м'яч стрибає

І до неба підлітає.

Ой, який же він прудкий,

Гарний м'ячик мій новий!

М'ячик скаче, м'ячик скаче.

В нього вдача не ледача.

М'яч не стане сумувати,

Коли можна пострибати.

- М'ячик ручкою стискаю,

Натискаю, відпускаю.

Буде сильною рука,

Ніби швидкая ріка

- Як не бий, він не заплаче, тільки сам завзято скаче.

- Круглий, гарний і легенький,

Високо літає.

Йому діти дуже раді,

Бо ним кожен грає.

- Плига, плига цілий день,

Через лаву, через пень,

Через куц і через квіти. Що за іграшка це, діти?

- Сам без ніг,

Малий, Пузатий,

А такий скакун завзятий!

Тільки вдариш добре в бік –

Як одразу в танець – скік!

За ці скоки його люблять

І ногами часто луплять.

А йому – мов так і треба:

Підлітає аж до неба.

- По порядку

Шикуйся в ряд!

На зарядку

Всі підряд!

- Ну а зараз, любі діти,

Час гімнастику зробити.

Отже, встаньте, стрепеніться,

Уперед-назад схиліться,

До сусідів оберніться

І у боки нахиліться.

Усміхніться всім одразу...

Так зробіть чотири рази!

- Дуб крислатий, височенький,

А трава під ним низенька.

Вітерець їх знай гойдає,

Вправо-вліво нахиляє,

Гнучкий стовбур вигинає.

Пташки з дуба відлітають,

Учні за столи сідають.

А. 2. Розвиток моторики пальців рук. Пальчикова гімнастика

Мета: розвиток навичок дій пальців рук.

Даний вид роботи достатньо широко представлений у спеціальній літературі. Ми використовували пальчикову гімнастику («Веселі пальчики» методика С. Школьнікової та Т. Агєєвої; «Граємо пальчиками та розвиваємо мовлення» методика В. Цвинтарного), пальчиковий театр, шнурування.

А.3. Розвиток графомоторики

Мета: розвиток координованих рухів кистей рук через спосіб утримання олівця/ручки, сили натиску («розфарбуй», «намалюй»), точності, ритмічності та темпу рухів, їх плавності; розвиток координації рухів руки та очей.

Завдання. Гра «Ну-мо, обведи!»

1) «Хмарка плаче» (проведи лінії прямо та під нахилом за пунктиром від хмаринки до калюжі: рухи здійснюються згори вниз); 2) «Листопад восени» (проведи лінії під нахилом, з'єднуючи пунктирні лінії, від дерева до листочків); 3) «Домалюй павутину» (допоможи павуку сплести павутину: рухи здійснюються під нахилом знизу вгору та згори вниз); 4) «Човен на хвилях» (допоможи човну здолати шторм: здійснюються плавні хвилеподібні рухи знизу вгору та згори вниз); 5) «Летить пташка» (допоможи пташці долетіти до гнізда: здійснюються плавні парціальні ритмічні рухи згори вниз та знизу вгору); 6) «Цвіркун плигає» (здійснюються рухи за зразком «Парканчик»); 7) «Машина їде» (проведи чіткі прямі лінії знизу вгору-праворуч-вниз-праворуч-вгору-праворуч-вниз....і т.д. – утвори дорогу, якою їде машина).

Основні правила застосування графомоторики: 1) сприйняття контуру/візерунка (разом розглянути його з дитиною, з'ясувати на що він схожий (парканчик, рух рибки, дорогу тощо); можна загадати відповідну загадку, прочитати віршика; 2) провести пальчиком по візерунку; 3)

повторити малюнок пальчиком у повітрі; 4) обвести контур на папері у заданому напрямку.

Б. Розвиток тактильно-рухового сприйняття

Мета: формування навичок сприйняття через тактильно-рухову функцію.

Завдання: 1) гра «Чарівний мішечок»: визначення на дотик величини предмета (великий-маленький-найбільший-найменший); визначення на дотик фігур-кіндерів (мавпа, жук, курка, півень, бегемот, жаба...); 2) робота з пластиліном; солоним тістом; кінетичним піском; 3) малюнки на муці, піску; 4) ігри з великою мозаїкою.

В. Кінестетичний та кінетичний розвиток

Мета: формування відчуття від різних поз тіла, вербалізація особистого відчуття (рухи та пози верхніх та нижніх кінцівок; рухи та пози голови за зразком; виразність рухів; імітація рухів); розвиток лицевої мускулатури засобами мімічної гімнастики (міогімнастики).

Завдання: 1) гра «Чотири стихії» (небо – руки вгору; земля – руки донизу; вода – руки перед собою; вогонь – руки зігнути в ліктях, прикласти до плечей та здійснювати кругові оберти);

2) гра «Про чаплю та їжака» (Мойсей Фішбейн)

- І не важко

анітрохи,
аніскільки,
анікраплі
на одній
нозі
стояти
довгоногій

чаплі. (дитина стоїть то на лівій нозі, то на правій, імітуючи чаплю; а руки на поясі)

І не важко
 аніскільки,
 анітрохи,
 анікрихти
 на маленьких
 ноженнях
 їжакові
 бігти. (дитина рухається вперед навшпиньках);

3) гра «Жабенята»

Подивись на цих малят -
 Двох зелених жабенят:
 Рано-вранці повмивались,
 Рушничком порозтирались,
 Ніженьками тупотіли,
 Рученьками ляскотіли,
 Вправо-вліво нахилялись
 І рівненько розпрямлялись.
 Про здоров'я, діти, дбайте,
 Сили в спорті набирайте!

3) гра «Курочка з курчатами»

Курочка з курчатами
 Вийшли на зарядку. (виходити)
 Дружно всі курчатка
 Стали по порядку. (шикуватись)
 Бігають навшпиньках, (бігати навшпиньках)
 Крильцями махають, (махати ручками)
 А голівки – вліво, (повертати голову вліво)
 Вправо повертають. (повертати голову вправо)

Притомилися. (витирати піт з чола)
 Присіли. (присідати)
 І хвилинку відпочили. (відпочивати)
 Посміхнулись всім навколо (посміхатись)
 І побігли знов по колу. (бігати по колу)

4) Гра «Кіт Василько»

Кіт Василько вранці встав,
 Потягнувся, (робити потягусі)
 Позіхав, (позіхати, долонькою легенько поплескувати по ротику)
 Личко лапками умив, (умиватись)
 Хутро гарно розпушив. (погладжувати себе ручками)
 Кішці Мурці підморгнув, (кліпати очима)
 Спинку, як дуга зігнув. (нагинатись)
 До стрибка приготувався (присідати)
 І за мишкою погнався. (бігти)

5) «Гра з Хмаринкою та Сонечком»

Діти! В коло всі зійшлися (ставати в коло)
 І за ручки узялися. (братися за руки)
 Швидко-швидко пострибали (плигати)
 І хмаринку наздогнали.
 З неба падають дощинки:
 Хлюп-хлюп-хлюп. (плескати в долоні)
 По калюжах ходять ніжки:
 Туп-туп-туп. (притопувати)
 Ми хмаринки розганяємо, (руки вгорі проганяють хмаринки)
 Ручки сонцю простягаємо. (руччята тягнуться до сонечка)
 Всі малята молодці, (погладжувати себе по голівці)
 Ловлять сонця промінці. (ловити промінці)

Спробуй втримати в руці

Ці веселі промінці. (підстрибувати, намагаючись піймати в долоню сонячний промінчик)

б) смачна гра «Чудо-дерево»

Виросло з зернинки

Дерево високе. (показувати висоту, підстрибуючи)

Виросли на ньому

Гілочки широкі. (показувати ширину, розводячи руками)

А на гілці по цукерці! (рахувати гілки вказівним пальцем)

Їх зберемо у відерце. (імітація руху «збирати»)

Жаль, з високих гілочок

Не дістать цукерочок. (розводити руками в розпачі)

Ручки вгору піднімаємо (піднімати руки вгору)

І цукерочки збираємо.

Пригощайтесь, діточки!

В рот кладіть цукерочки. (імітація руху «покласти до роту»)

Дуже смачно! (облизуватися)

7) гра «Дзеркало» (дитина сидить напроти педагога та відтворює його рухи у дзеркальному відображенні);

8) гра «Оркестр» (діти імітують гру на різних музичних інструментах: фортепіано, гітарі, скрипці, сопілці, барабані тощо);

9) гра «Повадки звірів» (собака, їжак, ведмідь, заєць, білка тощо; кожен образ супроводжується загадкою про нього або віршем);

10) гра «Мавпочка» (дитина перед дзеркалом відтворює мімічні рухи за дорослим: закрити-відкрити очі, підморгувати по черзі, надувати щоки, надувати щоки з переміщенням повітря з однієї половини рота в іншу, «набирати» повітря під верхню губу, під нижню та ін.; поступово дитина переходить до виконання завдань за словесною інструкцією та без контролю зору);

11) виконання символічних поз (вирази обличчя: «радість», «сум», «здивування» тощо); цьому завданню передуює гра «Будинки емоцій» (дитині пропонується спочатку диференціювати героїв: «в один будинок посели добрих героїв, у інший – злих»; «обличчя яких героїв виражають радість, сум, здивування, злість, хитрість»);

12) прийоми активізації невербальних способів спілкування (за методикою М.І. Чистякової): *зміст* етюдів не читається, а виразно-емоційно переказується запропонована ситуація (*вправи*: «Лисичка підслуховує» (із казки «Кіт та півник»), «Здивування», «Квіточка», «Сміливий заєць», «Два сердитих хлопчики», «Несподівана радість», «Гарний настрій», «Солоний чай», «Собака принохується»).

Г. Розвиток зорового сприйняття

Мета: формування навичок зорового аналізу та синтезу.

Завдання під девізом «очі уважно дивляться»: 1) гра «Якої деталі не вистачає»: а) знаходження відмінних та загальних ознак двох предметів: метелики, велосипеди, квіти тощо; б) якої деталі не вистачає метелику, велосипеду, квітці тощо, домалюй їх; 2) гра «Що змінилося» (з'ясувати, які предмети не на своїх місцях (в межах 4-6-ти предметів)); 3) Гра «Що зникло? (Чого не стало?)» (в межах 4-6-ти предметів); 4) завдання: а) серед поданих схожих 5-ти предметів знайди точнісінько такий, як у червоній рамці; б) серед шести подібних предметів знайди два однакових; в) знайди десять відмінностей; 5) гра «Загадкові малюнки» (малюнки з накладними предметами): уважно розглянь кожний малюнок і визнач, які предмети сховані на ньому; назви та покажи їх.

Для розвитку зорового сприйняття ми використовували методику Ю. Гільбуха «Розвивайте розум дітей», а також О. Барташнікова, І. Барташнікової «Інтелектуальна ігротека».

Розвиток сприйняття простору та часу

Сприйняття простору.

Зміст: 1) орієнтування на особистому тілі; 2) рухи у заданому просторовому напрямку (вперед, назад, ліворуч, праворуч, позаду, попереду); 3) орієнтування у кімнаті (визначення розположення предметів у приміщенні); 4) орієнтування у лінійному ряду: на листі паперу (центр, вгору, вниз, ліворуч, праворуч).

Дидактична гра: «Розвідники». *Мета:* розвиток просторової орієнтації.

Сприйняття часу.

Зміст: 1) сприйняття доби (ранок, день, вечір, ніч); послідовність часу доби; поняття «сніданок», «обід», «вечеря»; 2) поняття «сьогодні», «завтра», «учора»; 3) тиждень, сім днів тижня; 4) пори року.

Дидактичні ігри:

1) «Мій день» (відтворення основних дій дитиною у кожний період доби: прокидатися, умиватися, їсти, гратися, спати та т.і.);

2) «Веселий тиждень» (С. Жупань)

Зранку ми із добрим ділом день вітали (*понеділок*).

Ніченька минула скоро, зустрічаємо... (*вівторок*).

Далі спритна, молода поспішає ... (*середа*).

А четвертий день тепер називається ... (*четвер*).

Діло добре ладиться, як настане... (*п'ятниця*).

Дома скрізь кипить робота, як почнеться день... (*субота*).

А субота з хлібом-сіллю привела сестру... (*неділю*).

Ось і тижнів кінець. Хто трудився - ... (*молодець*).

8) «В гостях у Богині Флори» (знайомство дітей із порами року, їх прикметами; застосування предметного лото);

9) «Країна навпаки» (які малюнки-«прикмети» не на своїх місцях? Які малюнки заблудилися? Знайди своє місце для кожного з них);

10) «Буває-небуває» (гра у м'яча: правда – ловити м'яча, неправда – відкидати м'яча): нісенітниця по відношенню до пір року. Наприклад: прийшла весна – до дітей у гості завітав Дід Мороз (неправда – м'яч відкидається).

1.1.2. Логоритмічні вправи як засіб розвитку координації та ритмізації рухів

Мета: розвиток координації та ритмізації рухів у дітей з дизартріями засобами логоритміки.

Послідовність рухових вправ при логопедичній ритміці.

А) Ритмічна розминка.

Мета: розвиток ритмічних рухів під музику, в процесі чого уточнюються та розвиваються координовані рухи рук та ніг, формується уміння змінювати темп та ритм рухів.

Вправи: вільне марширування під музику із зміною напрямлення під команду «Вперед», «Назад», «В центр», «Ліворуч», «Праворуч», «Стій», «Руш» і т.д.

Б) Вправи, які регулюють м'язевий тонус.

Мета: зняття м'язевої напруги, перерозподіл м'язевої напруги, виховання пластичності рухів. Використовуються спеціальні вправи для напруги-розслаблення м'язів: стискання та розтискання рук, перекачування маси тіла з однієї сторони на іншу («Маятник», «Годинник», «Спекотно-холодно», «Ялинка-верба» та т.п.)

В) Вправи для розвитку почуття темпу та ритму.

Мета: ритмізація рухів від простих до складних – артикуляційних.

Використовується ходьба, відплескування та відстукування під різні музичні темпи та ритми, а потім проспівування складів та слів на заданий ритм. (Наприклад: вірш « А я у гай ходила» П.Тичина)

А я у гай ходила
По квітку ось яку!
А там дерева — люлі.
І все отак зозулі: Ку-Ку!
Я зайчика зустріла
Дрімав він на горбку.
Була б його спіймала
Зозуля ізлякала: Ку-Ку!

- пісні: ва-си-лек, ва-си-лек, мой лю-би-мый цве-ток; Пе-ту-шок, Пе-ту-шок, Зо-ло-той гре-бе-шок..
- вірші, які супроводжують рухи пальців рук, наприклад:

а) - Добрий день, добрий день, -

Пальчики сказали.

- Ми сьогодні всіх дітей

Зранку при-ві-та-ли (попарно працюють пальці обох рук, починаючи із великих пальців; заданий ритм – кожне слово, останнє «при-ві-та-ли» розбивається на склади (працюють 2, 3, 4, 5 пальці обох рук) –поскладовий ритм.

б) «По болоті чапля йде: раз, два, раз, два, (рух-ся по верхні столу 2-ий та 3-ій пальці рук)

Потім важко слон ступа: раз, два, раз, два... (рух-ся по верхні столу кулачки)

Гусінь повзає маленька — (рух-ся зігнуті пальці рук повільно)

Просувається швиденько(рух-ся зігнуті пальці рук прискорено)

- Також «Наша Таня громко плачет...» та т.п.

Г) Вправи для розвитку координації усного мовлення з рухами

Мета: ритмізація усного мовлення (під музику проговорювати текст та одночасно супроводжувати слова відповідними рухами). Наприклад, вірш «Весна у лісі» (Т. Лисенко)

Першим пролісок проснувся, - дитина піднімається, мов квітка росте

Снігом вмився, потягнувся , - імітація дій

Біленьку вдягнув сорочку, - демонстративно показувати вбрання (плані рухи руками зверху до низу)

Сонцю простягнув листочки, - руки тягнути вгору, підніматися навшпиньки

Чемно з лісом привітався - руки навхрест на грудях та зробити уклін вперед

Та од щастя розсміявся - ритмічно на *роз-смі-яв-ся* розводити руки в сторони, при цьому посміхатися.

Д) *Снів.*

Мета: корекція темпу мовлення та нормалізація мовленнєвого дихання.

Для цього обиралися ритмічні та мелодійні пісні: «В траве сидел кузнечик», «От улыбки хмурый день светлей», «В лесу родилась елочка», «Облака – белогривые лошадки», «Черепашка», «Чунга-чанга...» та ін.

1.2. Методичне забезпечення лінгвістичного компоненту усного мовлення

Зміст: розвиток дихання, голосової функції, просодичної площини, фонетико-фонематичних процесів.

А. Формування мовленнєвого дихання

1. Розслаблення плечового поясу: вправа «П'єро» (розслаблення м'язів шиї, потилиці; відчуття в'ялості та розслаблення у м'язах щік, губ, язика. На обличчі «маска спокою». Дихання спокійне, рівне (можна релаксувати під музику, провести медитацію).

Релаксаційні вправи для м'язів рук, ніг, корпусу («Олов'яні солдатики та ганчіркові ляльки», «Бурулька», «Квіточка», «Штанга», «Пеньочки та мотузочки», «Маятник», «Лялька стомилася», «Незнайка», «Неваляшка»)

2. Положення – лежачи на спині. Увага дитини на животі (на животі іграшка або книга). Вдих через ніс - «надуй м'ячик», «м'ячик лопнув» – видих через рот - вправа «М'ячик». Вправи проводяться без зусиль. Умова: «РОЗСЛАБСЯ, АЛЕ БУДЬ УВАЖНИЙ».

Вправи для формування діафрагмально-реберного дихання:

1) «Квітковий магазин» (тренування глибокого повільного вдиху через ніс: контроль діафрагмально-реберного дихання);

2) «Свічка» (тренування рівного, повільного видиху);

3) «Настирлива свічка» (тренування інтенсивного, сильного видиху); «Задуй свічку», «Гол», «Танок сніжинки», «Осінній листопад», «Лопнула шина (ш...ш...ш...)», «Накачай шину» або «Насос (с...с...с...)»,

«Повітряна кулька (ф...ф...ф...), «Жук (ж...ж...ж...)», «Ворона», «Гуси» та ін.

Б. Формування навичок раціональної подачі голосу та тривалості голосу

Необхідною умовою для розвитку голосової функції є дотримання норм правильного мовленнєвого (діафрагмального або діафрагмально-реберного) дихання.

Послідовність розвитку голосової функції.

1) Звук голосу доцільно викликати на стоні або імітації мукання, яке проводиться із закритим ротом, на видиху, коротко, повільно, спочатку тихо і повільно, при спокійному положенні язика: вимова звуку [м]. Звук повинен бути без напруги; атака звуку м'яка. Саме при вимові звуку [м] об'єм глоткового резонатора звужений, резонує носова порожнина і клієнт добре себе чує. Звук [м] – найбільш простий звук із анатомо-фізіологічної точки зору – за участю язика, губ, піднебінної фіранки; при його вимові значну роль відіграють тактильно-вібраційні відчуття (відчуття тремтіння губ, щік, крил носа, гортані, альвеолярного відростку, нижньої щелепи), які сприяють релаксації органів голосоутворення та артикуляції.

Виконати вправу «Голос в маску» (голова нахилена донизу, довготривало вимовляється [ммммммммммм...]).

2) Вимова складів: му-ма-мо-мі-ме

ум-ам-ом-ім-ем

мну-мна-мно-мне

мгу-мга-мго-мге

ну-на-но-не

нгу-нга-нго-нге

3) Кожний голосний звук проартикулювати без голосу (спочатку перед дзеркалом, потім без нього).

4) Кожний голосний звук вимовляти: шепотом, тихим голосом, голосом середньої гучності; голосно (гучно). Гра «Вітер (тихий-середній-сильний)», «Вовк (малий-більший-великий)».

4) Співання голосних, враховуючи їх правильну артикуляцію та атаку звука (придихальна, м'яка, тверда); вправи супроводжуються «диригуванням» руки: а) гра «Колисаночка», «Гірка», «Голосові клубочки», «Хвилі», «Парканчик» і т.д.: б) ряд звуків (гра «Голосове намисто»: АУО, УОІ, ОІА, АЕО, ІУО, ІІЕ; в) непереривчастий довгий ряд звуків.

Знайомство із лінгвістичною казкою «Дерево Мови» (навчально-методичний посібник із логопедії «Подорож Романка та Маринки до країни звуків»).

В. Розвиток просодичної сторони мовлення

Основні завдання нормалізації просодичної сторони мовлення:

- 1) розвиток навичок інтонаційного оформлення синтагм та фраз у відповідності з основними видами інтонації української мови (запитальна, оклична, завершена, незавершена);
- 2) нормалізація процесу мовленнєвого паузування;
- 3) формування навичок інтонаційного членування та виділення логічних центрів синтагм та фраз.

Вправи:

- 1) повторити з різними інтонаціями: *я?; я!; я; я...; іду?; іду!; іду; іду...; садочок?; садочок!; садочок; садочок...; я іду в садочок?; я іду в садочок!; я іду в садочок; я іду в садочок...;* (будь-які варіанти за зразком);
- 2) розповісти «Курочка Ряба» на мові «АОУІ» або «АОУ»;
- 3) провести діалог на задану тему на мові «АОУІ» або «АОУ» (вітання з днем народження друга (мами, тата, бабусі, дідуся); радісна новина (купили велосипед, ролики, «лего» тощо);
- 4) висловити добрі побажання один одному (на мові «АОУІ» або «АОУ»);

5) говорити добрі слова один одному, дивлячись в очі(на мові «АОУІ» або «АОУ»);

6) діалог по уявному телефону: з другом, мамою, татом, бабусею, дідусем, вихователем(на мові «АОУІ» або «АОУ»);

7) проінтонувати вірші А. Барто (на мові «АОУІ» або «АОУ»), які дитина знає напам'ять;

8) прочитати виразно вірші А. Барто, які дитина знає напам'ять.

Для розвитку просодики усного мовлення частково використовувалась методика О. Шевцової та Л. Забродіної.

Г. Розвиток фонематичних процесів

Г.1. Розвиток фонематичного слуху (сприймання):

Мета: формування слухового сприймання як основи формування фонематичного слуху.

- *Завдання під девізом «вуха уважно слухають»:* 1) виділення та розрізнення звуків оточуючого середовища (стогін, гудіння, дзижчання, шелест листя, шум шин тощо: гра «Вуха уважно слухають: а) у місті; б) у лісі» (назви, будь-ласка, що чуєш); 2) розрізнення звуків музичних інструментів; брязкалець: гра «Музичний театр» (що звучить за кулісами?); 3) розрізнення звуків сипучих круп: гречки, рису, квасолі, перловки (в однакові коробочки (з-під сірників, кіндерів тощо) кладуться названі предмети; педагог просить впізнати звучання кожного).

- Розрізнення слів-паронімів на слух (з опорою на наочність: рак-лак, коса-коза, слива-злива, миска-мишка, горіх-горох, сапка-шапка, Марина-малина, рис-лис, палець-перець, тощо).

- Що неправильно звучить у тексті? (на городі росте *палець*; у дитини на руці заболів *перець*; на ялині не листя, а *галки*; на дереві зламалася *голка*; дошку пиляють *палкою*; у дуплі живе *булка*).

Г.2. Розвиток фонематичної (слухової) уваги:

Мета: формування фонематичної уваги.

- Чи правильно я називаю картинки: півгнівчик, півгнівчик (пінгвінчик); тевелізор, делевізор (телевізор); болоток, мотолок (молоток), данан, бабан, набан (банан) тощо? Гра «Слова-перевертні».

- Знайди малюнок із заданим звуком

- Подивись на малюнки та покажи, де на малюнку *мак*, а де *рак*, де на малюнку *мак*, а де *лак*? (*Рома – рама – рана; мушка – мишка – мошка; пити – бити – лити – шити – нити – рити – вити*). Аналогічно приклади слів-паронімів.

- .Гра «Неслухняні букви».

А) В полі *комашки* білі-біленькі,

Над ними літають *ромашки* дрібненькі.

З *комашок* плету я матусі віночок,

Ромашки танцюють свій дивний таночок.

Б) Рибу в морі ловлять *майки*.

Познімали діти *чайки*,

В хвилі весело пірнають

І на сонці загорають.

В) Буратіно довгий *ліс*

У чорнильницю заліз.

Про халепу цю сорока

Стрекотала на весь *ніс*.

Г) Сир ворона ухопила,

На зелену *білку* сіла.

Гілочка знайшла горішки

І смачні пахучі шишки.

Д) Квітують на городі *раки*,

Живуть у нашій річці *маки*.

Зроблю букет я гарний з **раків**

І наловлю відерце **маків**.

(А. Сокол, О. Конечна)

- Відгадай загадку.

Я малесенька частина,

Я служу усім машинам.

Ч постав спочатку слова –

Я злетіти враз готова.

Коли **Ч** на **М** заміниш,

Влітку ти мене надінеш

(*гайка, чайка, майка*: малюнки-відповіді знаходяться перед дитиною).

- «Відпочинь та посміхнись»:

А) Ми з братом лісники від роду:

Пиляли п**А**лкою колоду.

Б) Де з'являється ба**Н**ан,

Там щезає вмить бур'ян.

В) Соловей затьохкав швидко,

Як побачив гарну к**Л**ітку.

(І. Січовик)

- Знайди помилки у тексті відомої тобі казки. Слухай уважно!

*Ішов дід густим лі**т**ом та й загубив рукавичку. От біжить миска, побачила рукавичку та й каже: «Тут я буду **шити**!». Коли це **ша**пка стрибає й питає: «А хто тут живе?»*

- *Миска. А ти хто?*
- ***Ш**апка. Пусти і мене **шити**.*
- *Іди.*

Чому тобі дуже смішно? Розкажи правильно. З якої казки цей уривок?

Г.3. Розвиток фонематичного уявлення.

- Впізнати та виділити (плеснути в долоні, підняти вгору руку, топнути ніжною тощо) звук з ряду звуків («Злови звук»): *Примітки:* на початкових етапах корекційного впливу дитині пропонуються ті звуки, які вона вимовляє (*голосні та приголосні*).

- Впізнати та виділити заданий склад з ряду складів («Злови склад»).

- Виділення голосного звука у слові:

а) на початку слова (*Аня, айстра, озеро, очі, Емма, екран, етажерка, Україна, указка та ін.*) – інтонаційно логічний наголос ставити на початкових голосних.

б) в кінці слова (*мама, тато, ліжко, собака, вікно, калачі, меблі, хочу, печу*) – інтонаційно логічний наголос ставити на кінцевих голосних.

в) в односкладових словах (*мак, лак, рак, дах, пень, день, мед, дим, син, сич, сир, мир, бог, мох, льод, льох, дуб, пух, пуп, суп, рік, сік, ніч, піч*);

г) двоскладових словах (*А-ня, Та-ня, Да-ша, ти-ша, Ро-ма, ди-ван, о-чі і т.д.*);

д) трьохскладових словах (*ко-ро-ва; во-ро-на; со-ба-ка; бе-ге-мот та ін.*);

- виділення приголосного звука у слові:

а) на початку слова (*диван, ніч, телевізор, камін, стіл, стілець*);

б) в кінці (*диван, ніч, телевізор, камін, стіл, стілець*);

в) знайди положення заданого звуку у слові (на початку, в середині, в кінці):

[к]: *кавун, якір, мак, ялинка*; [з]: *замок, коза, гарбуз, дзвоник і т. д.*;

- пригадати слова із заданим звуком;

- розкласти малюнки на групи (без проговорювання, без опори на слух) на задані (опозиційні) звуки (*шапка – сапка; мишка – миска; рис – лис; перець – палець; Марина – малина*;)

- відібрати малюнки (іграшки) із заданим звуком. Гра «Захворіли звуки». Мета: формування фонематичного уявлення.

Д. Постановка звуків при дизартріях

Правила роботи при постановці звуків (за О. Винарською):

а) індивідуальний підхід (враховується підготовленість артикуляційних укладів: дорсального, какумінального, альвеолярного;

б) корекція голосних звуків (тривалість яких визначає *розбірливість* мовлення, темп, мелодико-інтонаційне забарвлення (емоційний компонент мовлення));

в) корекція приголосних звуків (несуть *семантичне* навантаження).

Послідовність корекції звуків при дизартрії:

а) *голосні* – [е, а, і, и, о, у];

б) *приголосні* - [м' – м; н' – н; ј; л' – л; р' – р; п' – п; б' – б; т' – т; д' – д; к' – к; г' – г; ф' – ф; в' – в; с' – с; з' – з; ш – ж; х' – х; щ; ч; ц].

Така послідовність у виборі звуків для корекційної роботи пояснюється рядом факторів: 1) послідовністю формування звуків в онтогенезі; 2) можливістю опиратися на зоровий контроль, на кінестетичні відчуття; 3) опорою на тактильно-вібраційний контроль (за методикою О. Архіпової).

Застосовували ***основні способи постановки звуків***: 1) по наслідуванню; 2) від опорного звуку; 3) механічний спосіб; 4) мішаний спосіб.

Автоматизація та диференціація звуків

При автоматизації звуків ми дотримувалися послідовності як класично визнаної в логопедії (Т. Філічева), так і враховуючи особливості артикуляційної моторики у дітей з дизартріями (О. Винарська): 1) уточнення вимови голосних; 2) автоматизація звуку у складах (прямих наголошених, прямих ненаголошених, обернених, через збіг приголосних); 3) автоматизація звуку у словах (на початку слів, в середині, в кінці): лексичний матеріал підбирався з урахуванням поступового нарощування складової складності

слова: одно-двох-трьохскладові слова із прямими складами, слова із оберненими складами, складні слова); 4) автоматизація звуку в реченні; 5) автоматизація звуку у чистомовках та віршах; 6) автоматизація звуку в коротких потім довгих оповіданнях; 7) автоматизація звуку у розмовному мовленні.

Логопедична робота по постановці звуків достатньо широко представлена у спеціальній літературі (Н. Жукова, О. Мастюкова, Т. Філічева, О. Архіпова та ін.).

Методичне забезпечення: Навчально методичний посібник з логопедії «Подорож Романка та Маринки до країни звуків».

1.3. Методичне забезпечення психолінгвістичного компоненту усного мовлення

А. Рівень називання

Мета: формування у дітей якісного словника (знайомство дітей в ігровій формі з лексичним значенням слова, граматичним значенням слова, із смисловою його стороною, виділення «семантичного поля» слова).

Методичне забезпечення: «Подорож Романка та Маринки до країни Мови (навчально-методичний посібник з логопедії)».

Б. Рівень смислового зв'язного мовлення

Мета: розвиток основних форм усного мовлення (діалогічного та монологічного); формування основних текстових категорій (зв'язності, послідовності, логіко-смислової організації тексту).

Завдання.

1-ий етап.

1) Провести уявні діалоги «Розмова по телефону з другом»; «Діалог з вихователем»; «Розмова з бабусею» - рольові ігри.

2) «Опиши свою улюблену іграшку, тваринку» (розвиток *послідовності як текстової категорії*). *Мета:* формування викладення фактів дійсності у

відносінах одночасності, відсутність пропусків, перестановок членів послідовності, змішання різних рядів послідовності.

Для правильного формування категорії *послідовності* на початкових етапах доцільно ставити дитині запитання, на які вона дає повні відповіді.

3) Складання речення за предметним малюнком, малюнком-дії; синтаксичний аналіз простого речення (розвиток предикативного смислового зв'язку, зв'язку предикативної пари з другорядними членами речення, розвиток текстової послідовності, предметно-смислової організації; формування граматичних зв'язків у реченні).

Наприклад: а) Що робить Оля? – Оля миє руки. – Хто миє руки? – Оля. – Що робить Оля? – Миє. – Що миє Оля? – Руки.

б) *Кого* любить сонечко? – Сонечко любить бджілку (метелика, ягідку, дерева, квіти, жука тощо). *Кому* посміхається сонечко? – Сонечко посміхається бджілці (метелику, ягідці, деревам, квітам, жуку тощо). *Ким* милується сонечко? – Сонечко милується бджілкою (метеликом, ягідкою, деревами, квітами, жуком тощо).

4) Продовж речення (формування логіко-смислової організації тексту): «на городі виросла червона...»; «на брюках шкіряний...»; «у клітці лежить...»; «по озеру плаває...»; «Олеся надягла зелений...»; «на стіні висить...» (предметні малюнки знаходяться перед дитиною: калина, реп'ях, ремінь, лев, лебідь, жилет, картина).

5) Добери риму, не порушуючи логіко-смислової організації тексту: поглядає хитро кішка, не втече маленька...; в зошиті поставив крапку, вдягнув на голову я...; збирати з дерева я мушу солодкі та духмяні...; хустиночкою витер носик, збираю я гриби у ...; зранку вередулю нашу умовляють з'їсти...; у портфель, а не в кошик, я кладу і книжку, й...; на городі густо виросла...; схаменулась сіра мишка, із сосни упала...

6) Гра «Логічні задачі» (мета: розвиток логічного мислення, логіко-смислової категорії тексту, процесу обґрунтування): а) на груші виросло п'ять яблук, а на ялинці – лише два. Скільки всього яблук виросло? б) що

станеться з білою хусткою, якщо її занурити у Чорне море? в) у лютому в нашому дворі розквітли три ромашки та дві троянди. Скільки стало квітів? г) на подвір'ї гралося п'ять мишенят. Прибігла кішка і приєдналася до них. Скільки звірів стало на подвір'ї? д) скільки горіхів у порожній склянці?

7) Складання речення за серією предметних карток (формування логіко-сислової організації тексту, його послідовності та зв'язності). Наприклад: лимон, стіл (пов'язати ці картинки словом «лежить»); сукня, шафа (пов'язати ці картинки словом «висить»); хлопчик, велосипед (пов'язати ці картинки словосполученням «любить кататися») і т.д.;

8) Гра «Розповідь хлопчика-іноземця: як правильно треба говорити?!» (формування зв'язку між частинами (членами) речення; граматичних зв'язків між реченнями).

«Першого березня у Даринка день народження. Її прийшла привітати друзі. Тарас прине^{сти} набір картинок, Ігор подарува^{ти} квіти, а Іринка – ляльку. Діти гарно святкували іменини. Мама Даринки пригостив ді^{ти} смачними стравами».

9) Гра «Яких помилок припустився письменник?»: скільки текстів заховалося у творі, піднімати вгору картку із зображенням почутого (малюнки берези, зими) – (формування логічної організації тексту, його послідовності).

Наприклад. *«Біля дороги росла берізка. Насунули важкі сині хмари. Стовбур у неї рівенький. Ось пролетіла перша сніжинка. Гілки її тоненькі. Згодом їх стало більше. Листячко на дереві дрібненьке. Прийшла зима. Чудова берізка завжди».*

10) Гра «Правда-неправда» («Буває-не буває») - розвиток смислових зв'язків між частинами тексту (речення): «прийшла весна – на деревах пожовтіло листя»; «навесні розпускаються підсніжники»; «на дерево сіла ворона та зацвірінькала»; «в небі витьохкував соловей»; «пече сонце, досягає вишня – скоро Новий рік» тощо.

11) Складання розповіді за серією малюнків (*розвиток послідовності, зв'язності, логіко-сислової організації тексту*): якщо дитина губиться з виконанням даного завдання, необхідно піти їй на зустріч: на початкових етапах розповідати історію педагогу, а дитина шукає необхідний малюнок з зображенням почутого. Наступний етап: складання розповіді через повні відповіді на запитання і лише після цього – самостійна розповідь. Рекомендований матеріал: а) «Новий рік у лісі» (Яке свято зустрічають звірі? Як звірі готуються до Нового року? Що роблять друзі навколо ялинки? Хто почув радісний гомін тварин? Що подарував Дід Мороз звірям?); б) «Космічна подорож», в) «Пригода у саду» тощо.

12) складання розповіді за серією малюнків з творчим завданням (*розвиток послідовності, зв'язності, логіко-сислової організації тексту; формування ланцюга суджень при роздумі, причинно-наслідкових зв'язків*). Рекомендований матеріал: а) «Урок щедрості» (Що приготувала бабуся? Кого пригостила бабуся пиріжками? Що зробив з пиріжками Андрійко? Хто підійшов до хлопчика? Як себе почув хлопчик? Хто викрив Андрія та яким чином? Як себе почував хлопчик у колі друзів? Про кого говорять: сам не дам та другому не дам? Як ти вважаєш, ти щедра чи жадібна дитина? Чим найчастіше ти ділишся з іншими? Чому бути жадібним погано, а щедрим добре?); б) «Чарівна рибалка», в) «Похід до магазину».

13) складання розповіді за сюжетним малюнком (*розвиток послідовності, зв'язності, логіко-сислової організації тексту*). Рекомендований матеріал: «Літній відпочинок», «Зимові розваги», «Перший урок».

2-ий етап. Спрямований на складання «листа» дитиною як основного виду роботи з розвитку монологічного мовлення (ситуація писемного мовлення створюється шляхом «розподілу праці»: дитина диктує, логопед записує) - за методикою О. Тихеєвої, Ф. Сохіна.

При індивідуальному навчанні проводиться 4-и заняття, на яких використовується прийом складання «листа» за оповіданнями та за серією картинок.

1-е заняття – «переказ»-«лист»: дитина спочатку переказує текст, а потім складає «листа»; 2-е заняття – «лист» (прослухавши оповідання, дитина відразу складає «лист»); 3-е заняття - за серією сюжетних картинок складає розповідь, а потім – «листа»; 4-е заняття – дитина відразу складає «листа» за іншою серією сюжетних картинок.

Фронтальне навчання включає 5-ть занять, на яких основним прийомом є колективне складання «листа».

1-е заняття – педагог розповідає дітям спеціально складене оповідання. Його переказують дві дитини, а їх переказ записується на диктофон, непомітно для дітей. Після цього уся група складає «листа», якого педагог читає дітям.

2-е заняття – складання колективного «листа» після розповіді педагога; 3-е заняття – проводиться індивідуальне складання «листа» двома названими дітьми, а також колективне складання листа; 4-е заняття – дві дитини складають «листи» за малюнком, а потім за іншим сюжетним малюнком складають колективний «лист»; 5-е заняття – застосовувався прийом «редагування»: перебудування тексту з «нанизуванням» речень (інструкція: «текст «поганий», його склав маленький хлопчик, який ще не навчився розповідати добре. Послухай його розповідь: *«Горобчик плигав по двору, і кіт його побачив, і хотів його зловити, і він був голодний, і горобчик полетів»*. Будь-ласка, розкажи цю історію КРАЩЕ, а потім – склади «листа» для маленького хлопчика»). Після зачитування педагогом першого тексту викликаються дві дитини: одна – переказує, друга – складає «лист». За другим текстом складається колективний «лист».

Додаток 5.

Динамічна зміна решітки усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

Профіль УМ			Категорія дітей	Стан базових складових усного																					
				НСКУМ										ЛКУМ											
				Ступінь тяжкості дизартрії		Дрібна моторика		Загальна моторика		Просторовий праксис		Артикуляційний праксис та гнозис		Когнітивна сфера		Фонематичні процеси		Рівень звукових порушень		Дихання		Просодична площина		Голосування	
до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після		
Онтогенетич- ний	1	У Н	ІДР ДЦП	МДР (АД, ПД)	Н	СП	С	СП	С	С	С	СП	С	С	С	СП	С.	1-й 2-й	Н	С СП	С С	С СП	С С	С СП	С С
	2	К Д	ІДР ДЦП	ВД ГД	ВД	СП	СП	СП	СП	СП	С	СП	С	С	С	СП	С	1-й 2-й 3-й	1-й	СП	СП	СП	СП	СП	СП
	3	Д + 3	ІДР ДЦП	МДР ВД ГД	Н ВД	СП	С	СП	С	С СП СП	С С С	СП СП СП	С С С	С	С	С СП СП	С С С	1-й 2-й 3-й	Н 1-й	СП	СП	СП	СП	СП	СП
	4	Д + А	ІДР ДЦП	МДР ВД ГД	Н ВД	СП	С	СП	С	СП	С	СП СП СП	С СП СП	СП	С	СП	С	3-й	Н 1-й	СП СП	С С	СП СП	С СП	СП СП	С С

УН – умовно нормативний, КД – класична дизартрія, Д+З – дизартрія + заїкання, Д+А – дизартрія + алалія, ПП – помірно порушений, СП – середньо порушений, ВП – важко порушений, ГП – глибоко порушений, ТП – тотально порушений, Н – норма, НПКУМ – нейропсихологічний компонент УМ, ЛКУМ – лінгвістичний компонент УМ; ПСЛКУМ – психолінгвістичний компонент УМ; ІДР – ізольована дизартрія розвитку, ДЦП – дитячий церебральний параліч, СП – слабка (ланка), С – сильна (ланка), ЛЗС – лексичне значення слова, ГЗС – граматичне значення слова, СПС – семантичне поле слова, ПС – поняття слова, ВСПВ – внутрішня смислова програма висловлювання, ССР – семантична структура речення, ЛГСР – лексико-граматична структура речення, МПС – моторна програма синтагми, СПр – спастико-паретична, ГК – гіперкінетична, А – атактична, СР – спастико – ригідна.

Продовження Додатку 5

мовлення (УМ)														Форма дизайтрії	Модуль УМ	Програмне забезпечення УМ								Кількість дітей, %	
П С Л К У М																ВСПВ	ССР	ЛГСР	МПС						
Рівень називання								Рівень смислового зв'язного мовлення																	
ЛЗС		ГЗС		СПС		ПС		діалогічне		монологічне		полілогічне													
до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після							до	після	до	після	до	після
С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	СПр ГК А	ПП- Н СП- ПП	С	С	С	С	С	С	СЛ	С	23,6 18,3	60,7 1,7
С СЛ	С С	С СЛ	С С	С С	С С	С С	С С	С	С Л	С	СЛ	СЛ	С	Усі фор ми	ВП,Г П-ВП	С	С	С	С	СЛ	С	СЛ	СЛ	18,3 2,8	2,2
С С СЛ	С С С	С С СЛ	С С С	С С С	С С С	С С С	С С С	С СЛ СЛ	С С С	С	С	СЛ	С	Усі фор ми	ВП, ГП - СП	С	С	С	С	СЛ	С	СЛ	С СЛ СЛ	8,5 10,3	4,8 9,6
СЛ	С	СЛ	С	СЛ	С	СЛ	С	СЛ	С	СЛ	С	СЛ	С	СПр СР	Т – Н,ВП	С Л	С	С Л	С	СЛ	С	СЛ	С СЛ СЛ	18,2 4,1	6,8 4,1