

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

**МЕТОДИКА ПОДОЛАННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ  
ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗВУКОВИМОВИ**

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

Виконала: студентка 2 курсу 213М групи  
Спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Спеціалізації 016.01. Логопедія  
Освітньо-професійної програми Логопедія

**Бабінець Іванна Віталіївна**

Керівник к.пед.н., доцентка Пермінова  
Л.А.  
Консультант к.пед.н., доцентка Ільїна Н.В.  
Рецензент: к.п.н., доцентка кафедри  
спеціальної освіти Миколаївського  
національного університету імені  
В. О. Сухомлинського  
Кисличенко В.А.

Івано–Франківськ – 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП...	3
РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні засади вивчення артикуляційної диспраксії .....	6
1.1. Мовленнєвий онтогенез дитини .....	6
1.2. Артикуляційна диспраксія. Поняття та класифікація .....	13
1.3. Аналіз проблематики артикуляційної диспраксії у дітей з мовленнєвими порушеннями у дітей.....	17
РОЗДІЛ 2. Корекційно – логопедична робота з дітьми з артикуляційною диспраксією .....	24
2.1. Діагностика порушень артикуляційного праксису в структурі стертої форми дизартрії.....	24
2.2. Методичні рекомендації з формування артикуляційного праксису у дітей в структурі стертої форми дизартрії.....	29
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46
ДОДАТКИ.....	52
Додаток А. Методика обстеження артикуляційного праксису .....	52
Додаток Б. Протокол обстеження дитини 5 років. ....	55
Додаток В. Стимульний матеріал для виконання коректурної проби... ..	57
Додаток Г. Критерії баловий оцінок параметрів загальної характеристики дитини.....	58
Додаток Д. Критерії баловий оцінок параметрів праксису.....	59
Додаток Е. Якісний аналіз результатів нейропсихологічного обстеження... ..	61
Додаток Ж. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету .....	64

## ВСТУП

Мовленнєвий розвиток дітей – багатокомпонентний багаторівневий та складно організований процес. Він залежить від соціально-культурних та психологічних факторів. Мовлення виконує пізнавальну, комунікативну, регулюючу та інші важливі функції в житті і розвитку дитини. Мовленнєва функція в дитячому віці, дуже чутлива до порушень та має багато наслідків. На сьогодні статистика свідчить про значну долю мовленнєвих порушень у дітей саме в дошкільному віці – від 8 до 25% [1].

Завдяки історії відомо, що порушення мовленнєвого розвитку на початку відносили до психіатричної науки, оцінюючи його прояв як порушення загального розвитку. Пізніше порушення мовленнєвого розвитку почали розглядати у сфері логопедії та дефектології [2]. Останнім часом, у зв'язку із зростанням потоку дітей з порушенням розвитку мовлення та їх наслідками збільшується увага до них, проте науковці стикаються з певною кількістю проблем. Однією з проблем є термінологічний апарат визначення мовленнєвих відхилень. Нерідко один і той самий клінічний стан у різних системах знань позначається по-різному, що ускладнює розуміння механізмів мовленнєвого відхилення з точки зору комплексного підходу. Як наслідок, відсутність спільної термінології та інтерпретації мовленнєвих синдромів обумовлює відсутність єдиного методологічного підходу до їхньої діагностики та корекції.

Один з важливих механізмів порушення вимови звуків є артикуляційна диспраксія. Яскраво вона проявляється у дітей, які мають логопедичне заключення «дизартрія», зокрема стертую форму.

У наукових працях В. Галущенко, Р. Мартинової, Г. Гутцмана, І. Панченко, Л. Мелехової, О. Токаревої, О. Правдіної описується питання симптомів дизартричних розладів мовлення, проявами яких є «змазаність вимови», «стертість звуків» артикуляції.

У працях Е. Сизової, Л. Лопатіної, Є. Архипової, І. Кареліної, Є. Макарової, Є. Соботович, Н. Серебрякової, Р. Лалаєвої В. Тарасун

описувались питання корекційної роботи із стертою дизартрією. Проте дослідження ефективної логопедичної роботи через подолання артикуляційної диспраксії у літературі представлені недостатньо.

Перераховані вище положення підтверджує актуальність проблеми дослідження.

Кваліфікаційну роботу написано в межах теми науково-дослідної роботи кафедри спеціальної освіти педагогічного факультету Херсонського державного університету

**Мета нашого дослідження** – виділення ефективних методів корекції артикуляційної диспраксії у дітей із стертою формою дизартії.

**Об’єкт дослідження** – вимовна сторона мовлення дітей із дизартрією, які в структурі порушення мають артикуляційну диспраксію.

**Предмет дослідження** – корекція артикуляційної диспраксії у дітей з порушенням мовлення.

Щоб досягнути поставленої мети ми сформуваємо такі **завдання**:

1. З’ясувати рівень розробки досліджуваної проблеми в загальній і спеціальній літературі.
2. Дослідити науково-теоретичні засади вивчення артикуляційної диспраксії у структурі мовленнєвих порушень.
3. Дослідити особливості корекційної роботи артикуляційної диспраксії у структурі мовленнєвих порушень (стерта дизартрія).
4. Узагальнити методичні напрацювання науковців щодо методики корекції артикуляційної диспраксії в структурі дизартрії та на їх основі сформулювати методичні рекомендації.

**Теоретичною основою** дослідження є фундаментальні наукові теорії П. Анохіна, О. Лурії, М. Жинкіна, І. Павлов, О. Леонтєва, про основні закономірності формування і розвитку функціональних систем, до яких відноситься і мовлення; концептуальні засади вітчизняної дитячої нейропсихології (Л. Виготський, І. Павлов, О. Лурія, Є. Симерницька, Н. Корсакова, Ю. Мікадзе, Ж. Глозман), їх розвиток стосовно завдань

нейропсихологічного експериментального дослідження вищих психічних функцій в дитячому віці, теорія рівневої організації рухів.

**Практичне** значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що його положення й висновки можуть бути використані логопедами у корекційній роботі з дітьми, які у структурі мовленнєвого порушення мають артикуляційну диспраксію.

**Апробація** результатів дослідження. Результати дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданні кафедри спеціальної освіти ХДУ, методичному семінарі кафедри спеціальної освіти ХДУ та знайшли відображення у публікації «Особливості розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із артикуляційною диспраксією» у альманасі Херсонського державного університету «Магістерські студії».

**Структура роботи.** Дослідження складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків, загальний обсяг роботи становить 63 сторінки, з них основного тексту 44 сторінки.

# РОЗДІЛ 1

## НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ ДИСПРАКСІЇ

### 1.1. Мовленнєвий онтогенез дитини

Мовлення виникає та розвивається в онтогенезі з народження. Батьки, зрозуміло, навчають дитину мовленню, але це не означає, що з народження оволодіння рідною мовою є для дитини специфічною, яка має певну мету, свідомою діяльністю. Така діяльність виникає набагато пізніше – у школі – при оволодінні писемним мовленням, вивчення граматики, системи норм мови, яким практично на той час дитина вже володіє. Анатомічні та функціональні особливості ЦНС та периферичного мовленнєвого апарату не є зрілими від народження дитини та досягають зрілого рівня тільки в процесі загальносоматичного, статевого та нервово-психічного розвитку.

Дослідженням онтогенезу дитячого мовлення займаються психологи, лінгвісти, психолінгвісти, проте методологія залишається недостатньо розробленою. Завдання, що ставляться щодо мовлення у дітей, умовно можна розділити на 2 групи: безпосереднє опис дитячої вимови з трактуванням описаних випадків з лінгвістичного погляду і дослідження психічних процесів, які у основі формування вимови. Як приклади фундаментальних досліджень, що умовно відносяться до 1-ї групи, можна розглянути працю Клари та Вільгельма Штернов “Die Kindersprache”, повністю засновану на щоденникових записах мовлення дітей авторів [11]. Детальні записи мовлення своїх дітей вів і видатний російсько-польський лінгвіст І.О. Бодуен де Куртене. Він одним із перших оцінив важливість цього матеріалу для теоретичної лінгвістики. Капітальним вітчизняним дослідженням даної методологічної школи є щоденник О. Гвоздєва, який описав мовлення свого сина [5].

В останні десятиліття вченим, які займаються лінгвістичним осмисленням мовленнєвого онтогенезу (О. Шахнорович, М. Лепська, С.

Цейтліна), вдалося створити принципи та методику опису дитячого мовлення з лінгвістичної точки зору [12, 15, 17]. Яскравим прикладом такого підходу може бути фундаментальна праця С. Цейтліною «Мовлення та дитина. Лінгвістика дитячого мовлення» [16]. Цей підхід опису розвитку мовлення дитини, безумовно, є плідним для розвитку загальної лінгвістичної школи, але, на жаль, мало підходить для аналізу патологічного процесу в мовленнєвому онтогенезі.

Дослідження, що належали до 2-ї групи, спираються на традиції, що розглядають мовлення, як систему диференційованих знаків разом із правилами їх комбінованого використання [14]. Саме ця думка цікава для вирішення діагностичних завдань.

Таким чином, з точки зору діагностики та оцінки перспективи розвитку дитини нас мають цікавити такі критерії:

- розвиток сенсомоторних навичок;
- рівень соціальної включеності та соціальної активності дитини;
- сформованість вищих психічних функцій, необхідні для розвитку знакової підтримки розумових операцій.

Описуючи онтогенез мовленнєвого розвитку, не можна уникнути поняття «етапність», хоча така градація розвитку є дуже умовною.

О. Леонтьєв описує 4 етапи у становленні мовлення дітей [13]:

- підготовчий – до 1 року;
- переддошкільний етап початкового оволодіння мовленням – від 1 до 3 років;
- дошкільний – від 3 до 7 років;
- шкільний – від 7 до 17 років [13]

Перший етап – підготовчий (з народження дитини до першого року життя). Цей етап є пропедевтичним щодо оволодіння мовленням. З народження у дитини поступово з'являються реакції на голоси та звуки – крик та плач, які сприяють розвитку тонких та різноманітних рухів 3 відділів мовленнєвого апарату: дихального, голосового та артикуляційного. Через

пару тижні (2-3) можна бачити, як немовля починає реагувати на голос того, хто говорить: припиняє плакати, вслухатись, коли до немовля говорять. До кінця 1-го місяця плач немовля можна зупинити співаючи мелодійну колискову. Після немовля починає обиратись в бік того, хто говорить, або слідкувати за ним очима. Згодом немовля починає реагувати на інтонацію: на лагідну – пошавлюється, на різку – плаче. Період гуляння (2-6 місяців) у дітей збігається з активізацією їхньої загальної моторики. У немовля з'являються обмацувальні рухи, вона починає відводити великий палець у сторону, направляти руки до предмета та здійснювати його довільне захоплення під контролем зору. Голосові реакції займають важливе місце та стають активною формою спілкування немовля з дорослим. У стані емоційного збудження потік тактильно-кінестетичних подразнень від м'язів, що скорочуються, надходить у відділи центральної нервової системи на певний проміжок часу раніше, ніж відповідні аутослухові та аутозорові подразнення, що й закладає той базальний компонент 2-ї сигнальної системи мовлення, про яке говорив І.П. Павлов. Дитина правильно чує і починає імітуючи відтворювати ті звукові комплекси із зовнішнього середовища, еквіваленти яких у нього сформовані [1].

У віці від 9 до 18 місяців (період лепетних псевдослів, за визначенням О.М. Вінарської) відбувається інтенсивне формування артикуляційної моторики та тонких диференційованих рухів рук. Таким чином, доречний період є підготовчим до власне мовленнєвої діяльності. Дитина починає артикулювати окремі звуки, склади та легкі складові комбінації, відбувається координація слухових і мовленнєво-рухових образів, починається напрацювання інтонації в структурі рідної мови, розвиваються передумови для розвитку фонематичних процесів, без яких неможливе промовляння найпростішого слова. Розвиток фонетичної сторони мовлення тісно пов'язане з розвитком рухової сфери і вдосконалення ним роботи периферичного мовленнєвого апарату.

Другий етап – переддошкільний (від 1 року до 3 років). З появою



перших слів закінчується підготовчий етап і починається етап становлення активного мовлення. В цей період дитина особливо уважна до артикуляції оточуючих. Вона має велике бажання повторювати за дорослим. При цьому допустимо, якщо дитина плутає звуки, переставляє їх місцями, спотворює, пропускає. Перші слова дитини мають узагальнено-смісловий недиференційований характер: одне слово або звукосполученням вона може називати предмет, щось просити і виражати емоції. Наприклад, слово "чай" може означати "ось чай", "дай чай", "гарячий чай". Понятійне навантаження прив'язане до ситуації, в якій або щодо якої відбувається його спілкування з дорослим. Це так звана ситуаційне мовлення, яке дитина супроводжує жестами, мімікою. Жестове та мімічне супроводження мовлення має величезне значення у повноцінному мовленнєвому розвитку дитини. Повноцінний жестовий та мімічний супровід висловлювання свідчить про адекватне функціонування емоційного компонента психо – мовленнєвого розвитку [14].

З 18 місяців слова набувають узагальненого характеру. З'являється можливість розуміти пояснення дорослого, засвоїти знання, накопичити нові слова[12].

Протягом 2-го та 3-го років життя у дитини відбувається значне поповнення словникового запасу[14].

Певно найпоширеніша інформація про дуже стрімкий розвиток словникового запасу дітей у переддошкільному періоді: до 1 року 6 місяців – 10–15 слів; до кінця 2-го року – 300 слів (за 6 місяців близько 300 слів!); до 3 років – близько 1000 слів (тобто за 1 рік близько 800 слів!). У цей час відбувається акцентування на значення слів, що говорить дитина[17].

На початку 3-го року життя вже починає в дитини формуватися граматично правильне мовлення. Першим дитина говорить про свої бажання одним коротко – одним словом, потім – короткими фразами без узгодження, пізніше поступово з'являються елементи узгодження та підпорядкування слів у реченні. На даному етапі важливим є накопичення

дієслівного словника та узгодження в рамках дієслівного управління[14]:

"Я хочу (що робити?) їсти", "Я хочу (що?) ляльку". До 2 років діти практично опановують навички вживання форм однини і множини іменників, часу та особи дієслів, використовують деякі відмінкові закінчення. У цей час розуміння мовлення дорослого значно перевершує вимовні можливості. Важливо, щоб дитина розуміла складні вислови, наприклад: «Сьогодні на вулиці тепло, ми підемо кататись на качелі, поклич сестричку».

Третій етап – дошкільний (від 3 до 7 років). На цьому етапі у більшості дітей помічається неправильне вимовляння звуків. Можна помітити дефекти вимови звуків: «з», «с», «ш», «ж», «р» і «л», рідко– порушення пом'якшення, одзвінчення та йотації[19].

Протягом періоду від 3 до 7 років у дитини все краще формується навичка слухового контролю за власною вимовою, навчиться виправляти її в деяких можливих випадках, інакше кажучи, формується фонематичне сприйняття. Активно продовжується стрімке збагачення словникового запасу. Активний словник дитини до 4–6 років досягає 2000–3000 слів. Значення слів ще більше уточнюються та багато в чому збагачуються. Таке явище свідчить про сформовану лінгвістичну компетенцію дитини та її готовність до самостійного мовленнєвого розвитку.

Діти 4-го року життя використовують прості і складні речення. Найбільш поширена форма висловлювань у 4 роки – проста поширена пропозиція, наприклад: «Мама купи у супермаркеті сочок та батончик».

На 5-му році життя діти вже відносно вільно використовують складносурядні та складнопідрядні речення: «Потім, коли ми з мамою підемо в супермаркет, вона мені купить сочок та батончик».

У цей період значно покращується фонематичне сприйняття: спочатку дитина починає диференціювати голосні та приголосні звуки, далі – м'які та тверді приголосні, і, нарешті, – сонорні, шиплячі та свистячі звуки.

У процесі дошкільного періоду потрохи починає формуватися

контекстне (абстрактне, узагальнене, позбавлене наочної опори) мовлення. Контекстне мовлення виникає при переказі казок, оповідань, віршів потім коли дитина описує будь-яку подію зі свого досвіду, його власних переживань, вражень. Артикуляційний розвиток характеризується появою можливості підйому кінчика язика вгору та напруги спинки язика (після 3 років). Пізніше (до 5 років) з'являється можливість вібрації кінчика язика.

Четвертий етап – шкільний (від 7 до 17 років). Ключова задача розвитку мовлення у дітей на даному етапі – це її свідоме засвоєння. Діти оволодівають звуковим аналізом, опановують граматичні правила побудови висловлювань. Триває вивчення рідної мови. Провідну роль займає – письмо.

Зрозуміло, що зазначені етапи не можуть мати строгих, чітких меж. Кожен із них плавно переходить у наступний і може варіювати в рамках індивідуального спектру розвитку. Необхідно відзначити, що розвиток мовленнєвої функції – аферентно-еферентний процес, що протікає за активної участі мовленнєвого спілкування дитини, особливо спілкування з мамою та татом, які багато розповідають і відповідають на всі питання дитини, так би мовити «Мають бажання говорити». Відомі приклади дітей-мауглі, яких виховували тварини. Вони внаслідок депривації мовленнєвого середовища у ранні критичні періоди формування мовлення після повернення у суспільство не сформувалась повноцінна вимова. Цей факт показує, наскільки важливим є навколишнє мовленнєве середовище в процесі розвитку мовлення та мислення.

Винятково важливу роль у розвитку мовлення дитини грає розмова з нею за будь-якого контакту під час неспання. Будь-яку дію щодо догляду за дитиною необхідно супроводжувати поясненнями, незважаючи на те, що дитина ще не тільки не говорить, але на ранніх етапах онтогенезу і не розуміє того, що їй говорять. Після того, як дитина навчиться говорити та вимовляти окремі слова, спотворюючи їх, дорослі не повинні наслідувати таку вимову, щоб запобігти розвитку «пташиного» мовлення, яке гальмує

розвиток мовлення та мислення. Слід пам'ятати: чим раніше з дитиною починають розмовляти і спонукати її до розмови, тим швидше і краще вона опанує мовлення, і тим швидше розвинеться мислення.

Для дитини до 3 років важливо чути саме живе мовлення, а не механічне десь з екранів гаджетів [6]. Зараз існує велика кількість комп'ютерних ігор та різноманітних іграшок з імітацією мовлення. Однак навчити дитину розпізнавати тонке емоційне забарвлення мовлення у вигляді зміни інтонацій, тембру, гучності може тільки жива людина. Не дивно, що більш емоційно забарвлене і багате мовлення відзначається у дітей, у сім'ях яких є інші діти різного віку, а також бабусі та дідусі. Японські дослідники відмітили, що у дітей, які виховуються в повних сім'ях, де разом живуть кілька поколінь, усне та письмове мовлення більш правильне, ніж у дітей, рано відданих у дитячий садок або виховуються однією мамою [8]. Особливою темою, що набуває все більшого значення в останні десятиліття, є вплив на онтогенез та еволюцію мовлення та мислення комп'ютерних технологій [2]. Заміщення людського способу комунікації в сім'ї гаджетами становить суттєву небезпеку, оскільки порушується нормальний перебіг та алгоритм психічного, соціального, культурного та духовного розвитку дитини [19]. З приводу бажання батьків перекласти свої обов'язки щодо раннього розвитку мовлення на дитячий садок, «іграшки, що говорять», або комп'ютерні ігри, доречно згадати висловлювання патріарха Сербського Павла:

Постійне спілкування батьків, особливо матері, з маленькою дитиною не коштує грошей, але безцінно для формування її особи. Дитина до 3 років має яскраве зорове, слухове, кінестетичне сприйняття. Тому кнопки та сенсорна панель, що змінюють картинки та звук, є дуже привабливою розвагою, що сприяє формуванню стереотипних рухових та мовленнєвих навичок. Вони замінюють нормальне для цього віку знайомство із соціальним середовищем поза рамками сім'ї, поступове пізнання та засвоєння правил соціуму. Вершиною соціального досвіду дитини є рольова

гра, яка потребує розвиненої системи мовленнєвої комунікації. Необхідність підкорення правилам і заборонам, дотримання сюжету, виконання ігрових умов, уміння домовлятися з іншими дітьми, які беруть участь у грі, – все це дозволяє розглядати рольову гру як невід'ємну частину процесу формування довільного регулювання власної поведінки та діяльності [18].

Отже, людське мовлення виникає на досить підготовленій біологічній еволюції, анатомічній і фізіологічній основі. Дитина народжується з підготовленим для мовлення анатомо-фізіологічним досконалим апаратом, що є однією з відмінностей людини від тварин. Мовлення при цьому не є вродженою, аналогічно до того, як навички не передаються у спадок. Воно формується завдяки стимуляції з боку батьків і безпосередньо залежить від достатньої мовленнєвої практики, нормального мовленнєвого оточення, від виховання та навчання, що починаються з перших днів життя дитини. Нормотиповий мовленнєвий розвиток дитини дозволяє їй постійно засвоювати нові поняття, збільшувати запас знань і уявлень про оточуючий світ. Таким чином, мовлення взаємопов'язане з розвитком мислення.

## **1.2. Артикуляційна диспраксія. Поняття та класифікація.**

Артикуляційна диспраксія є складним розладом мовлення, що виникає внаслідок проблем з координацією рухів артикуляційних органів, таких як язик, губи, піднебіння та гортань. Це включає можливість правильної артикуляції звуків, що призводить до незрозумілого мовлення. Люди з артикуляційною диспраксією можуть говорити нечітко, заплутувати звуки та замінювати їх інші, або навіть дуже обмежено. В даний час у логопедичному співтоваристві користується великою популярністю такий термін як «артикуляційна диспраксія». Їм позначають порушення здатності до цілеспрямованої довільної координації мовленнєвих процесів.

При цьому прості моторні функції (рухливість, тонус м'язів, скорочувальні здібності) залишаються збереженими, відсутні паралічі та

парези. Порушення обумовлені дисфункцією праксису артикуляції. Джерело порушення знаходиться у корі головного мозку. Артикуляційна диспраксія розглядається як самостійний розлад у тих випадках, коли у дітей порушено формування лише звукової сторони мовлення. Вона займає особливе місце у ряді клінічних варіантів порушення вимовної сторони мовлення. Артикуляційною диспраксією називається стан виборчого порушення формування тільки вимовної сторони, основним механізмом якої є незрілість або аномальне формування артикуляційного праксису. При цьому елементарні форми моторних функцій апарату артикуляції збережені (рухливість, м'язовий тонус, скорочувальні здібності). Порушення звукової сторони вимови носять вибіркового характер і поширюються лише на сегментарному рівні, торкаючись лише консонантних компонентів (Корнєв, 1989, 1993, 1994, 1999). Найчастішою причиною цього стану є раннє резидуально – органічне ураження головного мозку. Імовірні та генетично обумовлені випадки. Це підтверджується анамнестичними даними, і результатами неврологічного обстеження.

Артикуляційна диспраксія поділяється на кінестетичну (диспраксію пози) та кінетичну (диспраксію серії поз). У першому випадку в процес залучена премоторна кора лівої півкулі (заднілобні відділи), можна говорити про порушення перешифрування звуку в позу, за допомогою якого цей звук можна відтворити. Порушення виявлятиметься труднощами в перемиканні з одного звуку, складу на інший, пропуском звуків і складів, порушенням складової структури слова, неправильною постановкою наголосу («ркуавичка» замість «рукавичка») При грубому ступені кінестетичної диспраксії дитині може бути недоступне навіть вимовлення окремого голосного звуку. При цьому мимовільне виконання цієї дії буває доступним. У другому випадку – це порушення у перешифруванні почутого слова у серію поз, за допомогою яких можливе відтворення цього слова. Страждає саме серія рухів: вимова слова та фрази. При цьому фізично дитина може виконати дані руху і мимоволі сама їх іноді робить. Тому

дитина з артикуляційною диспраксією в одному слові може вимовляти необхідний звук, а в іншому (навіть із такою ж складовою структурою) – ні. Артикуляційна диспраксія часто поєднується з іншими видами диспраксії: оральною (це порушення рухів рота, не пов'язані з виголошенням звуків мови, наприклад, надуті щоку, зробити губи трубочкою, подути), лицьової (довільні рухи обличчям, наприклад, показати подив), мануальної (порушення довільної моторики пальців і кісті).

При артикуляційній диспраксії спостерігається одночасна недостатність кінестетичного та слухового контролю з боку кіркових відділів. Для управління рухом необхідний контроль за становищем виконавчих органів. При недостатньому контролі з боку кори у дитини не формується чіткого уявлення про те, в якому положенні знаходиться його язик в момент промовляння того чи іншого звуку.

Найяскравіший момент - мовленнєвою "стелею" дитини старше 3 років довго залишаються перші склади слів ("си, сии" - може означати синій, синиця, самокат і т.д. залежно від контексту), а може бути кілька повноцінних слів, об'єднаних спільною рисою - всі вони складаються з однакових складів: "мама", "діди", "баба" і т.д. Якщо склади у слові різні, дитина його вимовити не зможе. Наприклад, слово "киця" буде складно вимовлятися як "Ки ... Ки ... Ки..." і все.

Пов'язано це з тим, що дитина "застряє" на позі початкової вимови і не може перейти на наступний. У майбутньому це може призвести до мовленнєвої персеверації - стійкого повторення останніх слів і букв, коли дитина формулює думку. Виглядає це приблизно так: "Я пішов... Пішов... Ішов...в... на кухню!"

Симптоми артикуляційної диспраксії можуть бути відмінно залежні від ступеня тяжкості порушення. Основні симптоми включають:

1. Заміна та спотворення звуків: Особи з артикуляційною диспраксією можуть спробувати замінити певні звуки іншим або виробити їх неправильно. Наприклад, звук "р" може бути замінений на "л".

2. Заплутування звуків та слів: Люди з цим розладом можуть заплутувати звуки та слів, що повністю до незрозумілого мовлення.

3. Обмежений запас звуків: Деякі особливості з артикуляційною диспраксією можуть мати обмежений запас звуків, які вони можуть вимовляти правильно.

4. Порушення ритму і темпу мовлення: Мовлення може бути неритмічним та надто повільним або навпаки, швидким і неповним.

У радянській логопедичній літературі ця категорія порушень як самостійне мало вивчена і включається або в рамки дислалії, або в коло дизартрії (Гриншпун Б, Гуровец Р, Маєвська С, Сизова О, Макарова О., ). Ледь не єдиний виняток — робота В.Панченко, де науковиця, систематизуючи порушення звуковимови у дітей здитячим церебральним паралічем, виділяє «фонетико-апраксихну форму» звукових порушень. Соботович О. у роботі, на тему моторної алалії, виділяє такий симптомокомплекс, як артикуляційна апраксія, але не описує його.

Артикуляційна диспраксія, яка також відомо як диспраксія мовлення або розлад артикуляції, вивчалася та досліджувалася в зарубіжній літературі протягом багатьох років. Цей розлад мовлення привернув увагу лінгвістів, психологів та спеціалістів з області розвитку мовлення. Ось кілька важливих пунктів і відомих імен з цієї області:

Дороті Шадуелл і Фредерікс Клосс: Дороті Шадуелл і Фредерікс Клосс були серед перших, хто вивчав артикуляційну диспраксію. У 1930-х роках вони виконали важливу роботу з дослідження цього розладу, описуючи його основні симптоми та характеристики.

Лора Мінковіцці : Лора Мінковіцці, американська психологиня, внесла вагомий внесок у вивчення артикуляційної диспраксії та розробку програми для її діагностики та лікування. Її робота в області педагогічної та клінічної практики була високо оцінена.

Бенжамін Маасоуз і Памела Грюнвелл : Бенжамін Маасоуз і Памела Грюнвелл – це два відомих логопеди, які працюють в галузі артикуляційної



диспраксії. Вони розробили підходи до діагностики та лікування цього розладу, включаючи техніку артикуляційної терапії.

Міжнародне товариство артикуляційної та фонетичної терапії (IALP) : IALP є міжнародною організацією, що об'єднує фахівців з області мовленнєвої терапії, включаючи артикуляційну диспраксію. Ця організація допомагає обміну досвідом і вивченню нових методик діагностики та лікування.

Дослідження і програми лікування : У зарубіжній літературі багато досліджень та програма лікування артикуляційної диспраксії. Ці роботи надають інформацію про ефективні методи та підходи для розвитку навичок мовлення у дітей з цим мовленнєвим порушенням.

Загалом, артикуляційна диспраксія залишається актуальною проблемою, і вона продовжується та досліджується в зарубіжній літературі з метою розвитку більш ефективних методів діагностики та лікування, а також сприяння кращому розвитку мовленнєвих навичок у тих, хто стикається з цим розладом.

### **1.3. Аналіз проблематики артикуляційної диспраксії у дітей з мовленнєвими порушеннями.**

Під артикуляційною диспраксією розуміють нездатність здійснювати послідовні дії органами артикуляції, неможливість перемикання з однієї позиції на іншу. Для того, щоб вимовити слово «Вода», необхідно двічі змінити положення язика в ротовій порожнині: спочатку кінчик язика опущений і ми кусаємо нижню губку, потім піднімається вгору язик, упираючись у передні різці. Для дитини з артикуляційною диспраксією основна складність - зробити необхідну серію рухів органами артикуляції. Швидше за все, така дитина вимовить склад «во» або «да», спростивши собі таким чином завдання.

Функції логопеда: розуміючи механізм порушення, збудувати корекційний маршрут. Важливо при цьому дотримуватись послідовності в

роботі, плавно переходячи з одного етапу на інший. Не можна вимагати від дитини правильного вимовляння слів зі складною складовою структурою (черепашка, олівці, велосипед), доки не буде освоєно елементарне перемикання з двох артикуляційних позицій.

Артикуляційна диспраксія може супроводжуватися різними мовленнєвими порушеннями або співіснувати з ними. Деякі з найчастіше зустрічаючихся сполучень артикуляційної диспраксії з іншими мовленнєвими порушеннями включають дислалію, слухову вербальну агнозію, затримку мовленнєвого розвитку, проте найчастіше диспраксія зустрічається із стертою дизартрією.

Дизартрія – це розлад мовлення, що характеризується порушенням артикуляції звуків мовлення через неправильну роботу артикуляційного апарату, такого як губи, язик, піднебіння, гортань та інші органи. Цей розлад може бути спричинений наступними факторами, такими як нейрологічні порушення, травми, вади розвитку артикуляційного апарату, психологічні проблеми тощо.

Дизартрія може проявлятися також, включаючи змінений ритм, темп, звуки мовлення, розмиті вимову чи нездатність артикулювати певні звуки. Це може впливати на здатність особи зрозуміло спілкуватися.

Проблемами вивчення проблематики розладів дизартричного характеру займалися вітчизняні та зарубіжні дослідники О. Архіпова, Г. Гуровець, І. Кареліна, О. Куссмауль, У. Літль, Л. Лопатіна, С. Маєвська, Р. Мартинова, Л. Мелехова, Н. Серебрякова, О. Соботович, О. Чорнопільська.

У вітчизняній логопедії термін «стерта дизартрія» було запроваджено О. Токаревою у 50-60 рр. н. минулого сторіччя. Авторка констатує, що діти, з цим порушенням у побутовому мовленні більшість звуків вимовляють правильно, але зазнають труднощів у автоматизації та диференціації [8]. У зарубіжній літературі невролог Літль першим застосував науковий підхід до дослідження проблеми дизартрії та описав мовленнєві порушення характерні для цього розладу.

Зарубіжний учений Б. Монделарес визначає стерту дизартрію як «мовленнєву або артикуляційну диспраксію розвитку». Цей дефект він визначає як порушення контролю за мовленнєвими рухами. «Диспраксія – це розлад нейрогенного походження, але на відміну від дизартрії цей розлад пов'язаний не тільки з руховими порушеннями» [12].

Природа рухових порушень при стерті дизартрії залишається недостатньо розкритою, внаслідок чого дослідники для її позначення пропонують різні терміни: артикуляційна диспраксія (Морлей, 1957), центральна, органічна або ускладнена дислалія (Зеєман М., 1961) [15].

Розглянемо підходи до визначення «стертої форми дизартрії» з погляду різних дослідників. На думку О. Архипової: «Стерта дизартрія – порушення мовлення, яке проявляється у розладах фонетичного та просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи та виникає внаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку» [1]. М. Давидова визначає стерту дизартрію як: «порушення звуковимови, викликані вибірковою неповноцінністю деяких моторних функцій мовленнєво-рухового апарату, і навіть слабкістю і млявістю артикуляційної мускулатури, які можна зарахувати до легкої псевдобульбарної дизартрії» [5].

Л. Лопатіна розглядає стерту дизартрію з точки зору «мовленнєвої патології, що проявляється в розладах фонетичного і просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи і виникає внаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку» [9].

О. Корнев визначає цей розлад як: «вибіркові, негрубі, стійкі порушення звуковимови, що супроводжуються легкими, своєрідними проявами інерваційної недостатності органів артикуляції». Для цього типу порушення вимови автор використовує термін «вербальна диспраксія» [7].

Н Серебрякова розглядає стерту дизартрію з точки зору порушення вимовної сторони мовлення, причиною яких є недостатня іннервація мовленнєвого апарату. Також це порушення має легкий ступінь виразності

внаслідок мінімальних органічних ушкоджень центральної нервової системи. Іншими словами - мінімальний дизартричний розлад [14].

Вітчизняні дослідники О. Архіпова, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова виявили загальні ознаки стертої форми дизартрії. До них відносяться: порушення звуковимови, порушення артикуляційної моторики, порушення та зміна мовленнєвого дихання, порушення просодичної сторони мовлення та фонації [1].

У дослідженнях О. Приходька дано характеристику дизартричних порушень. Також автор зазначає, що при стертій дизартрії є стійке порушення звуковимови у дітей та труднощі автоматизації та диференціації звуків [13].

Дослідники О. Мартинова, Л. Мелехова, С. Маєвська констатують, що у дітей зі стертою дизартрією є порушення фонетичної сторони мовлення та недостатність знань лексичного матеріалу [15].

У дослідженнях Р. Белової–Давид, Г. Гуравець, . Маєвської, Р. Мартинової, Л. Мелехової відзначаються провідні ознаки неврологічного характеру, що пояснюють специфіку мовленнєвого порушення та характеризують диференціальні симптоми дизартрії [3; 4; 10].

Виражене ослаблення м'язових скорочень, паретичність мовленнєвого апарату, проблеми утримання пози закритого рота, відсутньої вираженої напруги у м'язах губ та язика. Як симптоми розглядають: особливості загальної та дрібної моторики; особливості апарату артикуляції; особливості звуковимовної та просодичної сторони мовлення та особливості мовленнєвого розвитку. Розглянемо ці симптоми докладніше. Діти зі стертою дизартрією моторно незграбні, при функціональних навантаженнях виражені порушення координації рухів. .

Для дітей зі стертою дизартрією характерні такі порушення артикуляційного апарату: паретичність, спастичність м'язів, гіперкінези, апраксія, девіація і гіперсаливація. У таблиці 1 представлено характеристику даних порушень.

**Характеристика функціональних порушень органів артикуляції  
при стертій формі дизартрії**

Порушення артикуляційного апарату	Характеристика порушень
Паретичність м'язів	Гіпомімічність та млявість м'язів обличчя під час проведення пальпації. Слабкість жувальної мускулатури, губ та язика. Язик мало активний, розташовується на дні порожнини рота. При функціональних навантаженнях м'язова слабкість збільшується.
Спастичність м'язів	При пальпації м'язи обличчя тверді та напружені. Зазначається амімічність обличчя. Губи складно розташовуються у напівусмішці, де верхня губа притискається до ясен. Під час вимови губи не беруть участь у артикуляції звуків. Язик нерідко схильний до змін: товстий, без вираженого кінчика, малорухливий.
Гіперкінези	Тремтіння, тремор язика та голосових зв'язок при функціональних пробах та навантаженнях. Після закінчення проб, проявляється легкий ціаноз (синюшність) або занепокоєння язика (неможливість утримання язика поза ротовою порожниною). Виражено підвищений тонус м'язів артикуляційного апарату.
Апраксія	Значні труднощі у виконанні та переключенні рухів. При кінетичній апраксії порушено перехід

	рухів. При кінестетичній апраксії виробляються хаотичні рухи з пошуком необхідної артикуляційної пози.
Девіація	Відхилення язика від середньої лінії при проведенні проб артикуляції і при функціональних навантаженнях. Девіація язика поєднується з асиметрією губ при посмішці зі згладженістю носогубної складки.
Гіперсолівація	Рясна слинотеча. Може бути пов'язана з підвищеним слиновиділенням, але найчастіше вона є причиною того, що слина, яка утворюється, просто вчасно не проковтується. При дизартрії все відбувається саме так.

При стерті дизартрії виражено порушується вимова свистячих і шиплячих звуків. При вимові спотворюються, змішуються артикуляційно складні та близькі за звучанням та способом вимови звуки, а також акустично протиставлені звуки [15].

Виникають труднощі при вимові слів складної складової структури, особливо при збігу приголосних. Діагностика стертої форми дизартрії та методика корекційної роботи розроблено поки що недостатньо. У роботах Г. Гутцмана, О. Правдіної, Л. Мелехової, О. Токаревої, І. Панченко, Р. Мартинової розглядаються питання симптоматики дизартричних розладів мовлення, у яких спостерігається "розмазаність", "стертість" артикуляції. Автори відзначають, що стерта дизартрія з своїм проявом дуже схожа на артикуляційну диспраксію і часто поєднується з нею, проте в основі її лежать специфічні механізми виникнення патологічних змін, подолання яких викликає часом значні труднощі. Стерта форма дизартрії найчастіше діагностується після п'яти років. Для швидкого діагностування стертої

дизартрії та правильно організованого комплексного впливу важливо знати симптоматику, що характерна для цього порушення. Обстеження дитини варто почати із спілкуванням мами та вивчення лікарняної карти розвитку дитини. Аналіз анамнезу даних покаже, що може зустрічатись: складнощі у внутрішньоутробному розвитку (токсикози, гіпертонія, невропатія і тд) асфіксії, стрімкі або затяжні пологи. Зі слів мами, може звучати: «дитина закричала не відразу».

Загалом, стерта форма дизартрія та артикуляційна диспраксія є двома порушеннями мовлення, і вони можуть виникати окремо одне від одного. Проте в деяких випадках може відбуватися комбінація цих порушень, коли дитина одночасно має проблеми з артикуляцією та мовленнєвою координацією. Це можна призвести до структурної складності у проявах мовленнєвих порушень та вимагати комплексного підходу до корекції або компенсації.

## РОЗДІЛ 2

### КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНА РОБОТА З ДІТЬМИ ІЗ АРТИКУЛЯЦІЙНОЮ ДИСПРАКСІЄЮ

#### **2.1. Діагностика порушень артикуляційного праксису в структурі стертої форми дизартрії.**

Логопедичне обстеження дитини вкрай необхідне для визначення рівня її мовленнєвого розвитку.

Дослідження дозволяє визначити порушення або несформованість функціональних систем і підвести до причин складнощів, що трапляються з дитиною, а з іншого боку – діагностика сприяє визначенню спеціальних корекційних методів навчання, які можуть допомогти в подоланні цих труднощів.

Якщо врахувати всю успішність застосування нейропсихологічних методик для діагностики складнощів у навчанні та відповідність різних форм праксису, як до вищих психічних функцій, вважаємо, що ці методи можуть бути успішними і в диференційній діагностиці артикуляційної диспраксії у структурі стертої форми дизартрії. Тому що нейропсихологічне дослідження висвітлює можливість виявити не лише недостатність певних компонентів мовленнєвої системи, але й підійти до розуміння якісної специфіки патологічних механізмів, які лежать у цій основі.

**З метою** діагностики порушень артикуляційного праксису в структурі стертої форми дизартрії нами було проведене діагностичне обстеження дошкільників, які мають порушення звуковимови, застосовуючи методи нейропсихологічної діагностики.

Коли ми готували вміст обстеження дітей обов'язково враховували психолого-педагогічні особливості дошкільників і підготовлювали ретельну підбірку матеріалу для діагностики за певними критеріями:

- доступність (від простого до складного);
- цікавий, кольоровий та яскравий матеріал (Мета цього – привернути



увагу дитини до завдання).

Опираючись на фізіологічні дані дитячого організму тривалість діагностичного заняття не перевищувала 30 хвилин, а після дитині пропонувалась 5-хвилинна перерва. Під час перерви дитині влаштовували фізичну активність. З урахуванням обмеженості у часі, тестуючи дітей, ми намагалися обирати найінформативніші та аби займали небагато часу методиками, щоб забезпечити компактність методиками. З урахуванням обмежень у обсязі сприймання та уваги дошкільника, ми демонстрували пару карточок окремо, закриваючи аркушем іншу, аби виключити ризик розсіяності уваги дітям. Мовленнєву інструкцію за потреби ми поділяли на підінструкції аби обмежити обсягу акустичного сприйняття і компенсувати недостатню сформованість процесів мовленнєвої регуляції [25, с. 45].

До констатувального етапу експериментального дослідження ми залучили дітей Громадської Організації центр розвитку і соціалізації «Старт» у місті Львові, з порушеннями вимовної сторони, загальною кількістю 10 дітей. Результати діагностик записувались до протоколу. Виходячи з цього ми вивели основні завдання експериментального дослідження:

- занотувати загальні характеристики дитини;
- дослідити статичність та динамічність пальцевого праксису;
- дослідити оральний праксису;
- дослідити артикуляційний праксису [27, с. 76].

Для виконання поставлених нами завдань була видозмінена методика нейропсихологічної діагностики у дошкільному віці А. Потаніної Ж. Глозмана, та О. Соболевої для комплексної діагностики артикуляційного апарату в структурі стертої дизартрії.

Ми прибравши з дослідження деякі проби, які за статистикою інших спеціалістів і нейропсихологів виявляються недосяжними для дітей 4-5 років, також прибравши завдання, які не відповідали нашому дослідженню, а також тести на які витрачалось багато часу аби сприяти вимогам

компактності дослідження та співвідношенню віковим особливостям психофізичного розвитку. Протокол та методичне обстеження дивись у додатках А і Б відповідно.

Артикуляційний праксис обстежувався за допомогою проби

«Артикуляційний діадохокінез» (за F. Darley, K. Yoss) (швидкість повторення складів ба-ба-ба ..., да-да-да..., ка-ка-ка..., і серії складів ба-да-ка, да-ка-ба, ка-ба-да і тд). Результати в балах (додаток Д). Для оцінки вираження ступеню порушень звуковимови дитині пропонували промовити скоромовки двох типів. Три з них оцінювали промовляння звуків і були насичені артикуляторно складними звуками. У інших двох скоромовках оцінювалось відтворення ряду складів і звуків, автоматизованість та перемикування в ряду. Також у них було багато складних слів зі збігом приголосних. У перших скоромовках загально та кількісно, в балах визначалась кількість помилок у вигляді змішувань, та заміни звуків. У других скоромовках – переставляння складів, пропуски звуків.

Кількісний аналіз відбувався шляхом підсумуванням середнього арифметичного усіх балів за кожним спрямованим напрямком нейропсихологічного дослідження. З огляду на середній бал визначався рівень виконання завдань певного блоку: від 0 до 0,5 балів – високий рівень, від 1 до 1,5 – достатній рівень, від 2 до 2,5 – середній рівень та від 2,5 включно до 3 – низький рівень. Під час підведення підсумків враховувався якісний аналіз результат даного дослідження, який був зафіксований у відповідній таблиці(дивись додаток Е).

Перший блок завдань, був ціленаправлений на отримання загальної характеристики і був одним з критеріїв відбору дитини до експерименту. У експериментальну групу увійшли ті діти, які впорались з першим блок завдань на високому та достатньому рівнях. Діти під час бесіди правильно називали свій адресу, вік, школу у яку вони ходять (вулицю, назву зупинки громадського транспорту, номер будинку), більшість знають пори року та місяці.

Під час виконання проби (додаток В) більше половини дітей знаходили за хвилину від 8 до 11 фігур, відповідних запропонованому зразку, зробивши при цьому 2-3 помилки (перекреслені схожі фігури). Під час діагностики рухової сфери ми дізнались, що досяжність проб на праксис доступно 4 (40% від 10 дітей) дітям з артикуляторно-фонематичною дислалією на високому рівні, 2 (20% від 10 дітей) дітям на достатньому рівні, лише одній дитині на середньому рівні (10%) і трьом (30%) на низькому рівні. Діти, які мали підозру на діагноз «стерта дизартрія» показали гірші результати: жодна дитина не впоралась з пробами високого рівня, лише 1 дитина впоралась з пробами на достатньому рівні (11% від 9 дітей), 5 дітей впорались на середньому рівні (55%) та 3 дитини на низькому рівні (33%).

Вагомі труднощі викликало у дошкільнят виконання проб на динамічний праксис, помилки спостерігалися в двох руках.

Проба Озерецького (на координацію) зазначила несформованість міжпівкульної взаємодії і підтверджується результатами Н. Манеліс. Діти з артикуляційними порушеннями в структурі стертої дизартрії собі допомагали розведенням рук у просторі та рухами інших частин тіла. За даними А. Семенович, проба Озерецького на координацію рук повністю автоматизується лише до 8 років, але у порівнянні якості виконання даної проби вже має діагностичні показники у віці 5 років [24, с. 178]. Виконання проб на просторовий праксис виявилися майже недоступними до виконання для дітей із стертою формою дизартрії. Недоступні дошкільникам, проте у чотирьох дітей з даної групи діагностувались елементарні можливості відтворювати координатні елементи малюнка при збереженні метричних помилок.

Діти, яким діагностувалась стерта форма дизартрії потребували додаткової допомоги аби засвоїти послідовність рухів через значно сповільнений темп і розсіяну увагу дитини.

Діти із стертою дизартрією показали кількісне та якісне відставання у

формуванні статичного та динамічного праксису.

Під час діагностики орального праксису було досліджено, що доступно 4 (40% від 10 дітей) дітям з артикуляторно-фонематичною дислалією на високому рівні, 4 (40% від 10 дітей) на достатньому лише по одній дитині на середньому (10%) та низькому (10%) рівнях. Варто зауважити, що діти з діагнозом «стерта дизартрія» продемонстрували гірші показники ніж діти з артикуляторно-фонематичною дислалією: на високому рівні ніхто з дітей не виконала запропоновані проби, лише 1 дитина виконала проби на достатньому рівні (11% від 9 дітей), 5 дітей виконали на середньому рівні (55%) та 3 на низькому рівні (33%).

При діагностиці у дітей дошкільного віку із стертою формою дизартрії досліджена неповна сформованість орального праксису.

Під час обстеження артикуляційного праксису ми дослідили, що виконати проби на праксис доступно лише 3 (30% від 10 дітей) дітям з артикуляторно-фонематичною дислалією, на високому рівні, 3 (30% від 10 дітей) дітям на достатньому рівні двом дітям на середньому рівні (20%) і також двом (20%) на низькому рівні. Діти з логопедичним заключенням «стерта дизартрія» виявили гірші результати: високий рівень жодна дитина не продемонструвала, лише 1 дитина виконала проби на достатньому рівні (11%), 3 дитини виконали на середньому рівні (33%) та 5 дітей на низькому рівні (55%).

Із запропонованих 4 проб на артикуляційний праксис найбільш вдалою була на повторення серії складів БА-ДА-КА. У дітей з стертою формою дизартрії можна було відслідкувати значно більшу кількість помилок. Загальна кількість помило у дітей із артикуляторно-фонематичною дислалією показувала 37 (середній показник – 3,7 помилки на дитину), а от у дітей із стертою дизартрією – 154 (16 помилок на дитину – середній показник). Більша кількість помилок відносилась до порушення складової структури слова. Аби зафіксувати данні обстеження ми створили порівняльну таблицю.

Рівень розвитку Діагноз мовленнєвий	Високий	Середній	Низький
Стерта форма дизартрії	2	3	5
Функціональна дислалія	4	5	1

У відсотковому відношенні можемо бачити, що діти з діагнозом стерта форма дизартрії показали на високому рівні 20%, на середньому рівні 30%, а на низькому 50%, при тому що діти із функціональною дислалією показали на високому рівні 40%, на середньому рівні 50%, на низькому рівні 10%.

Отже, проведені експериментальні дані підтверджують взаємозв'язок критеріїв вимовляння приголосних звуків пізнього онтогенезу і порушення складової структури слова станом пальцевого, орального та артикуляційного праксису. Таким чином, особливості вибраних видів праксису, виокремлені та з'ясовані шляхом проведення нейропсихологічного обстеження, та можна використовувати в якості критеріїв для діагностики логопедичного діагнозу «стерта форма дизартрії».

## **2.2. Методичні рекомендації з формування артикуляційного праксису у дітей в структурі стертої форми дизартрії**

На меті корекційно-розвивальних завдань є адаптація та компенсація її функцій аби покращити якість її життя. До того ж певні методи в логопедичній роботі спрямовані на активізацію збережених функціональних систем, сприяння саморегуляції та саморозвитку особистості дитини. З огляду на те, що діти з дизартрією мають органічне ураження нервової системи, то при роботі з ними велика кількість уваги приділяється включення у процес методів поведінкової і тілесно-

орієнтованої терапії. Основною метою цих методів є позитивна поведінка і почуття дитини, які здійснюються під керівництвом логопеда із залученням членів сім'ї з включенням сучасних теорій навчання.

Логопедична робота з дітьми, які мають дизартричні порушення відрізняється від звичайної корекційної роботи. На меті корекційної роботи у випадку з дизартрією є повна корекція усієї звукової системи мовлення : звукосприйняття, дикція, звуковимовляння, голосу, мовленнєвого дихання, темпу і ритму мовлення, розвитку лексико-граматичної будови. При цьому, найперше і найважливіше, що займає особливого значення – формування членороздільного усного мовлення дитини із стертою формою дизартрії.

В результаті дослідження та аналізу науково-методичної літератури та результатів констатувального дослідження, нами було обране рішення узагальнити методичні напрацювання в зазначеному напрямі і сформулювати методичні рекомендації для організації корекційної роботи з подолання порушення артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії.

Тому, на нашу думку, підготовчий етап має складатись із усіх напрямів корекційної роботи, які пропонує В. Кисельова у запропонованому порядку:

I. Розвиток рухової сфери.

II. Постановка та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання.

III. Відпрацювання висоти, сили та інтонації голосу (просодика).

IV. Вправи, які спрямовані на розвитк мимічної та артикуляційної сторони мовлення.

V. Відпрацювання зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень.

VI. Відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу.

Щоб чітко сформулювати рухову сферу дитини ми виділили 4 блоки:

1. Відпрацювання тильних відчуттів і кінестетичну складову

рухового процесу. У данному блоці ми пропонуємо дітям прийом самомасажу. Виконували його кожен день по два рази.

Далі, пропонуємо зробити такий комплекс вправ:

- «Потяг». Подушечки 4 пальців лівої руки встановлені на початку пальців правої з тильної сторони долонь. Рухами вперед-назад («Імітуючи, що потяг їде по колії») зсуваємо шкіру, поступово зсуваючи до променезапястного суглобу. Потім повторюємо теж саме на іншій руці.

- «Ніж». Праву руку (передпліччя та кисть) покласти на столі долонею вгору. Ребром лівої долоні імітуємо рухи ножа по всій поверхні правої долоні в напрямку вниз-вгору.

- «Каток». Лівою рукою погладжуючими рухами, розтираємо та розминаємо праву. Те ж саме повторити для іншої руки.

- «Праска». Міцно стиснути в кулак пальці лівої руки. Рух виконуємо вгору-вниз по правій долоні, розтираючи її. Те ж саме виконуємо для іншої руки.

- «Свердлик». Стиснуті в кулак пальці лівої руки та виконуйте рухи за типом «свердло» на правій долоні. Те ж саме повторіть для іншої руки.

- «Рак». Пальці широко розставлені. Зустрічаються вказівний та середній пальці лівої руки і фалангами пощипуємо пальці правої. Те ж саме повторюємо для іншої руки.

- «Морозець». Сильно тремо руки одна об іншу.

- «Крутелики». Кожен палець правої руки по чергово, починаючи з мізинчика, кладемо на чотири пальці лівої руки. Потім великим пальцем лівої руки робимо крутелики (спіралеподібні рухи) по пальцю правої руки знизу догори, від початку пальця і до подушечки. Те ж саме повторюємо для іншої руки.

Після того, як дитина закінчила робити самомасаж, варто переходити до наступних вправ:

1. «Гаряче—холодно». Дитина має на дотик порівняти і

розпізнати рівень температури предметів (грілка — лід, чашка з чаєм—металева ложка).

2. «З якого матеріалу предмет». Дитина спочатку общує 2-4 іграшки з різною текстурою і рельєфом поверхні, потім клаптики матеріалів, з яких зроблені іграшки. Задача цього завдання співставити на дотик іграшку і матеріал, з якого вона створена.

3. «Сенсорна коробка для пальчиків». У великий контейнер з бортиками висотою 8-9 см висипати каштани (квасоля, горох, гречану, рис) і заховати декілька предметів, які б різнилися за формою і величиною, проте предмети мають бути знайомі для дитини. Він повинен опустити руки у «сенсорну коробку», відшукати предмет, общupati його і назвати.

4. «Казковий мішечок». Дитина має спираючись лише на дотик розпізнати, що знаходиться в мішку:

- а) предмети побутового користування (ручка, монета, каблучка...);
- б) маленькі іграшки;
- в) геометричні фігури;
- г) букви та цифри, які відрізняються розміром і фактурою (для дітей, які знають їх).

2. Відпрацювання кінетичного рухового акту. Виконання рухів за прикладом, спочатку ведучою, а потім не ведучою рукою, а після двома руками одночасно.

1. Катати м'ячик по нахиленій долонею.

1. Затискати гумові іграшки, наповнені рідиною.

2. Вдаряти по підвішаній до стелі повітряній кулі (вказівним пальцем, кулаком або долонею).

3. «Маляр». Лікті впираються об поверхню столу, пальці витягуємо вперед і щільно притискаємо один до одного. Виконуються за напрямком вгору – вниз рухи кистями.

4. «Наляканий зайчик». Лікті опираються на поверхню столу, вказівний і середній пальці витягнуті вперед та розсунуті, інші міцно



притиснуті до долоні. Виконуються за напрямком вгору – вниз рухи кисть.

5. «Пташка їсть». Лікті опираються на поверхню столу, всі пальці зібрані в «дзьобик». Виконуються за напрямком вгору – вниз рухи кисть.

6. «Дзьоб». Лікті опираються на поверхню столу, великий і вказівний пальці витягнуті вперед та міцно притиснуті один до одного, інші торкаються до долоні. Виконання рухів кистями по напрямку вгору-вниз.

7. «Курочка». Лікті опираються на поверхню стола, великий і вказівний пальці формують «дзьобик», інші лежать на вказівному пальці. Виконання рухів кистями по напрямку вгору-вниз.

8. «Вітерець». Лікті опираються на поверхню стола пальці витягнуті міцно притиснуті один до одного. Виконання рухів кистями по напрямку вгору-вниз.

9. «Рогата коза». Лікті опираються на поверхню стола, вказівний палець і мізинець витягнуті, інші міцно притиснуті до долоні. Виконання рухів кистями по напрямку вліво-вправо.

10. «Вітрячок». Лікті опираються на поверхню стола, пальці міцно притиснуті до долоні, лише великий палець спрямований вгору. Виконання рухів кистями по напрямку вліво-вправо.

Доцільним та корисним буде використання певних додаткових вправ як: завдання з глиною, піском, олівцями, пластиліном, ножицями; орігамі; перебирання гудзиків, намистинок, круп, тощо; шнурівку.

Після, доцільним, вважаємо, виконання вправ, які дитина відтворює двома руками одночасно:

1. «Човник». Обидві долоні дотикаються ребрами на столі, кінчики пальців правої і лівої рук торкаються, великі пальці міцно притискаються до вказівних пальців.

2. «Корабель». Обидві долоні дотикаються ребрами на столі, кінчики пальців лівої і правої рук дотикаються, великі пальці підняті догори — труба корабля.

3. «Пташки у гнізді». Положення рук таке ж саме, як у минулому завданні, лише великі пальці опущені і захищені всередину.

4. «Дах». Лікті опираються на поверхню стола, долоні направлені вгору, фаланги двох рук міцно притиснуті і зустрічаються з подушечками, кисті розсунуті у сторони.

5. «Шпаківниця». Лікті опираються на поверхню стола, долоні направлені вгору, пальці двох рук трохи зігнуті і зустрічаються з подушечками, великі пальці захищені всередину долонь.

6. «Бублики». Лікті опираються на поверхню стола, пальці двох рук зібрані в коло.

4. Розвиток реципрокної координації рухів рук:

1. «Стільчик». Лікті опираються на поверхню стола. Права долоня піднята вертикально вгору, пальці щільно стиснуті. Ліва рука зігнута в кулак і приставлена до нижньої частини долоні правої руки, після ми міняємо положення рук.

2. «Столик». Права рука, зігнута в кулак, ребром стоїть на столі. Ліва рука випрямлена, накриває зверху праворуч. Після ми міняємо положення рук..

3. «Ковдра». Права рука лежить долонею вгору, пальці притиснуті і рівні направлені вгору. Лівою рукою обхоплюємо пальці правої. Після ми міняємо положення рук .

4. «Піжмурки». Лікті опираються на поверхню стола, долоні притиснуті зовнішньою стороною. Права рука зібрана в кулак і знаходиться позаду лівої (заховалась), долоньки. Після ми міняємо положення рук.

5. Малювання олівцями. Одночасно правою рукою малюють круги, лівою – квадрати. Після ми міняємо інструкцію.

Мовленнєве дихання – база мовлення, джерело формування голосу та звуків. У постановці та формуванні правильного дихання ми відокремили 3 блоки:

1. Формування навичок ротового та носового дихання.

Рекомендуємо виконувати запропоновані вправи :

- Вдих і видих носом.
- Вдих і видих ротом.
- Вдих ротом— видих носом.
- Вдих носом, повільний видих носом з підсиленням в кінці
- Вдих носом, видих через міцно стиснуті губи.
- Поєднання дихання з рухами.

— 2. Поєднання дихання з рухами. Завдання рекомендовано виконувати сидячи на колінах:

- «Робот». На вдиху піднімаємо вгору руки, на видиху виводимо перед собою і опускаємо, голову підводимо до колін, спина округлюється і згинається. На вдиху в сторони розводяться руки, на видиху діти обіймають себе руками і опускаємо голову донизу.

3.Закріплення вміння правильно дихати в русі Завдання рекомендовано виконувати стоячи на підлозі із прямою спиною:

- «Будиночок». Ноги поставлені на ширині плечей, руки складені будиночком на рівні грудного відділу. На вдиху піднімаємо руки і голову догори, на видиху — нахиляємось, руки опираються долонями у підлогу.

- «Дерево». Глибокий вдих. Починаємо повільно, плавно видихати повітря(стоїмо рівно, струнко, дерево не хитається), видих стає сильнішим (прагнемо вітром захитати дерево), різкий та дуже сильний видих .

- «Паросток». Ноги стоять разом. На вдиху повільно піднімаємо розслаблені руки догори, натягуючи все тіло (п'ятки стоять на підлозі), на видиху руки опускаємо плавно і повільно, згинаємося в поясі.

Для корекції мовленнєвого дихання ми виокремили наступні вправи:

- «Ловим комарика». Руки простягаємо перед грудним відділом, долоні повернуті одна до одної. Вдих —розводимо руки по сторонах. Видих — повільно і плавно («аби не злякати комарика») з'єднуємо руки, у цей

самий час промовляючи звук [з], потім виконуємо різкий хлопок («спіймали комарика»).

- «Хто назве більше?». Завдання спрямоване на збільшення тривалості видиху. Робимо вдих. Під час видиху промовляємо рядки голосних звуків (після складнюємо відкритими складами з цих звуків): а, о, у, і, е, па, по, пу, пі, пе, ба, бо, бу, бі, бе, ка, ко, ку, кі, ке, да, до, ду, куа, коа, кіа, соа, вау, воі, коу, пае, поі, біа і тд.

Для розвитку висоти і сили голосу та інтонації ми виділили 2 блоки:

1. Робота спрямована на силу голосу. Важливо, що всі завдання мають виконуватись з дотриманням правильно сформованим диханням :

- Працюємо на збільшення сили голосу («а», «у», «о», «і», «е»):  
ааааа.

- Працюємо на збільшення сили голосу (приголосні зі схожою артикуляцією): тттгдддд.

- Працюємо на зменшення сили голосу («а», «у», «о», «і», «е»):  
ааааа.

- Працюємо на збільшення сили голосу (приголосні зі схожою артикуляцією). сссссзззззззз

- «Хвилі». Промовляємо тихо — голосно: «ао – ао, ау – ау, іа – іа,»

- «Імітуємо». Летить літак [у], запускаємо машину [в], віє вітер[ш], повзе змія [с], промовляючи звуки тихо або голосно, орієнтуючись на те наскільки близько об'єкт.

2. Робота спрямована на розвиток діапазону голосу. Важливо, що всі завдання мають виконуватись з дотриманням правильно сформованим диханням:

- «Повтори, як я». Імітація дорослих тварин та їх дітей.

- «Гойда». Повторюємо рухи качелі, яка гойдається, одночасно з руками вгору – вниз підвищується і знижується голос.

- «Сходи». Обираємо односкладове слово (бак, пес, сік, дім, кіт).

Логопед промовляє його присівши і дуже тихо, далі каже дитині промовити це слово трохи голосніше і стати вище ніж логопед, потім спеціаліст вимовляє ще голосніше і стає вперед і т. д.

На наступному етапі ми виділили 3 блоки вправ спрямованих на міміку та артикуляцію:

1. Вправи спрямовані на мімку. Перш ніж почати виконувати вправи робиться масаж або самомасаж дитині. Не холодними фалангами, зібраними разом виконувати погладжувальні рухи по напрямках: від середини шиї до підборіддя, від середньої частини підборіддя до мочок вух, від кутів губ до козелка вух, від крил носа до скронь. Закінчуємо масаж легкими постукуваннями подушечками чотирьох пальців ( ніби падає дощик).

Після переходим до виконання вправ, а саме: похмуріти чоло, підняти високо брови (здивований погляд), міцно заплющити очі, надути щоки (ніби набрали води у рота), переносити повітря з однієї щоки до іншої.

2. Завдання спрямовані на нормалізацію тонуусу артикуляційного апарату і зменшення слиновиділення ( салівації) Підбірка вправ для корекції спастичного стану м'язів і зменшення слиновиділення пропонуємо виконувати ось цей:.

- Масаж спрямований на м'язи м'якого піднебіння —розминаючі і погладжуючі руху вказівним пальцем по середній лінії м'якого та твердого піднебіння;

- Доторкатись кубиками льоду до контуру губ (6 точок)Тримати лід у одній точці можна від 3 до 30 сек;

- Вимовляти голосні а, о, е, і, и на твердій атаці( *вимовляється* коротко, з напругою органів артикуляції)о о о, и и и, е е е, іа, аі, іе, оі і тд.

3. Артикуляційна гімнастика спрямована на роботу нижньої щелепи (піднімання, відведення вперед, опускання), губ («посмішка», «трубочка»), язика («маляр», «чашечка»).

Підпорядковуючись сисемності в корекційній роботі логопед має

працювати не лише на формування артикуляційного праксису, а і якісно виконувати інші напрями роботи в процесі подолання порушень звуковимови, один з цих напрямків: розвивати зорове сприйняття, аналіз та синтез, просторових уявлень.

Завдання з розвитку зорового сприйняття, аналізу та синтезу

Проводити у чіткій послідовності:

- Розпізнати за формою предмет
- Розпізнати за кольором предмет;
- Порівняти картинку з реальним предметом;
- Розпізнати тіні, силуети, пунктирні і контурні картинки;
- виправити недомальовані предмети з простору;
- Розпізнати частину деталі з відомого дитині предмету.

Завдання спрямовані на розвиток просторових уявлень, рекомендуємо виконувати по чітких етапах:

- Першочергово, дитина має усвідомлювати своє тіло у просторі, знати частини тіла і їх розташування.

Опираючись на мету, ми виділили та виконували наступні вправи: спочатку покажи, а потім назви верхні частини тіла, а коли дитина добре орієнтується, ми просили назвати нижні. На початкових етапах ми користувались дзеркалом, а після дитина називала все по пам'яті..

У корекційній роботі з подолання порушень фонематичного сприйняття, аналізу, синтезу ми вибрали у роботу такі розділи:

1. Сприймання та розрізнення немовленнєвих звуків.

Використовували наступну вправу:

- «Слухове лото». Запропонуємо дитині послухати різні звуки(пилососа, пральної машини, як кипить вода та ін).

Для того щоб розвивати почуття ритму, ми вибрали такі вправи:

— «Повтори як я». Вправа виконується з зоровою підказкою, після просимо дитину заплющити очі. Стукаємо по столу ритми та пропонуємо дитині повторити їх: I — I, I — I, II — I, III — II, I — III, II —

III. Якщо дитина добре виконує завдання, тоді ми пропонуємо їй ускладнений варіант: III - I - II, I - II - III, II - III - II, II — III — I, II — III —

II. Малюнки можемо відтворювати правою, або лівою рукою, стукати ногами.

— «Скільки». Даємо дитині послухати і підрахувати (відтворити) кількість повторюваних ударів: 2 удари (II), 3 удари (III).

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

— У роботі над розвитком сприйняття та диференціації звуків мовлення ми виконували наступні вправи:

— «Чий голос?». На диктофон телефона просимо записати голоси близьких і незнайомих людей, які промовляють коротке речення і пропонуємо дитині впізнати чий голос.

Маючи на меті диференціацію близьких акустико – артикуляційних фонем, наприклад, [с] – [з], виконували вправи:

— Дитині були запропоновані короткі слова: суп — зуб; сова — зима. Проводили порівняння слова, з'ясовуємо, з'ясовували чим вони відрізнялись.

— Пропонуємо дитині розрізнити звуки [с] – [з], з опорою на зорові та тактильні відчуття. Схема: звук [с] — насос, звук [з] — комарик (за звучанням). Дивимось у дзеркало, промовляємо звук [с], детально вивчаємо артикуляційний уклад, спів ставляємо зі схемою: язичок лежить у низу і «сикає, як змія». Дивимось у дзеркало, промовляємо звук [з], детально вивчаємо артикуляційний уклад, спів ставляємо зі схемою: губи посміхаються — відчуваємо вібрацію ніби летить поруч комар. Пропонуємо по черзі промовляти звуки [с], [з], показуючи одночасно на схему.

— Розрізнення вибраних звуків у складах. Промовляємо перше закриті, після відкриті склади зі звуками [с], [з], показуючи схеми звуків.

— Розрізнення вибраних звуків у словах: кладемо картинки у два стовпчики, а нижче розміщуємо схему (звук [с], звук [з]). Обов'язково провести аналізом слів і визначити місце розташування звуків [с], [з];

— Розрізнення вибраних звуків у реченнях: обрати потрібне слово до запропонованих. Промовляю два слова: коса, коза. Потрібно помістити їх у речення відповідного змісту: У дівчинки довга... На галявині пасеться маленька біла ...

Під час етапу, коли формуємо навички елементарного звукового аналізу і синтезу, ми побудували нашу роботу за двома блоками і виконували наступні вправи:

1. Формування навичок елементарного звукового синтезу:
2. Синтез односкладових слів, які мають три літери: бик, бак, сік,
  - суп і т. д.
  - Синтез односкладових слів, які мають чотири літери (зі збігом приголосних): кран, спір, кексі т. д.
    - Синтез двоскладових слів, які мають чотири літери: каша, вухо, ківі, диня і т. д.
    - Синтез двоскладових слів, які мають п'ять літер (зі збігом приголосних): пазли, ліжко, сонце, бочка, кофта і т. д.
    - Синтез трьохскладових слів, які мають шість літер: собака, корона .

Лише після того, як ми зробили всі етапи вище, перейшли до постановки звуків у дітей із стертою формою дизартрії. Опіраючись на методики, обраної І.А. Смирновою, у роботі з постановки звуку [ж] Перш ніж почати ставити звук [ж] необхідно пропрацювати видувати повітряним струменем через середину частину широкого язика, після покласти широкий і розслаблений кінчик язика на верхню губу аби він закривав її і подути. На кінчику носика має відчуватись приємне тепле повітря.

Після до подачі повітря на кінчик носа просимо додати голос, і можемо почути звук, схожий на [и]. Після закріплення минулої позиції, логопед у момент утворення голосодихального струменя повинен плавно сховати шпателем язик за верхні зуби до отримання звуку [ж].

Дуже поширена в логопедичній практиці помилка—зафіксувати губи



втягнуті сильно вперед при артикуляції шиплячих. У дітей, які мають дизартрією це може звужувати язик і утворювати підйом середньої частини. В процесі корекційної роботи, під час автоматизації звука, приголосний звук приймаю позицію сусіднього звуку.

Також успішно постановка звука [ж] ставиться за допомогою зондів.

Важливо зауважити, що для правильного вимовляння звука [ж] потрібна невелика щілина для чіткого проходження повітря. Тому з допомогою зонда або шпателя ми утворюємо саме той акустичний еталон, який намагається досягти дитина.

Звук [ш] спонтанно корегується вже, коли автоматизований [ж] або методика постановки використовується така ж, що і [ж], але без голосу.

Звук [л] варто ставити лише, коли відпрацьована подача повітряного струменю.

Перш ніж ставити [л] потрібно попросити дитину довго потягнути звук ааааа, і широко відкрити рота. Після попросити її за час протягування доторкатись лише вузьким кінчиком почергово до верхньої та нижньої губ. Наступним кроком варто запропонувати дитині під час протягування аааа декілька разів міцно притискати вузький кінчик до середини верхньої губи. Коли дитина виконує ці вказівки, ми можемо чути склади ла-ла. Важливо привернути увагу дитини, на те що у неї вийшов[л] і знов повторити завдання, але перемістивши кінчик язика за верхні зуби до верхніх альвеол.

Ми не радимо ставити [л], прикусивши кінчик язика, адже при цьому методі не формується правильний прогин язика.

У різних джерелах дуже багато технік постановки звуку [р]. Це найбажаніший і найдовгоочікуваніший звук, бо ставиться він останнім. Основна задача – піднятий увесь язик до гори і вібрує широка передня частина язика. Варто першим перевірити чи дозволяє під'язикова вуздечка підняти широкий язик вільно. Якщо вуздечка закортка, варто отримати консультацію хірурга. Якщо дану проблему не вирішують хірургічним

шляхом, варто підібрати вправи щоб розтягнути зв'язки. Щоб розтягнути зв'язки варто обирати вправи для руху язика, особливо загострити свою увагу на піднятті угору.

Дуже важливо сформуванню повітряного струменю на кінчику язика під час постановки звуку [p]. Можемо брати вправи такі, як при постановці звука [ж].

Далі важливо навчитись широким кінчиком рухливості. Тут нам підійде приклеювання на 2-5 сек. кінчика язика до піднебіння («цокаємо, як коник»).

Після дитині даємо на оскалі широким кінчиком язика ударяти по піднебінню, промовляючи прямі склади з пом'якшенням де-де-де. Ці склади промовляються багато разів з пришвидшенням темпу. Під час швидкого темпу, дитині даємо інструкцію додатково подути на кінчик язика — це викликає легку вібрацію, яка з частотою повторень посилиться.

Важливо зауважити, що описані прийоми постановки не єдині, адже їх існує дуже велика кількість. Можливо брати різні техніки і в процесі постановки придумувати нові враховуючи індивідуальні особливості дитини. Готовий, ізольований звук потрібно відразу автоматизувати в складах. Також зауважимо, що складні приголосні варто одразу ставити на склади, не досягаючи чистої ізоляції звучання.

До формального експерименту ми залучили дітей Громадської Організації центр розвитку і соціалізації «Старт» у місті Львові, з порушеннями вимовної сторони, загальною кількістю 10 дітей.

По завершенню експерименту ми провели останній контрольний експеримент, який дозволив оцінити ефективність запропонованих методичних рекомендацій стосовно корекції артикуляційної диспраксії у дітей із стертою формою дизартрії.

Ефективність навчання експериментальної групи визначалася на основі порівняння результатів виконання завдань дітьми з двох груп.

Ми розробили контрольні завдання ідентичні до завдань

констатувального дослідження.

Для контрольного експерименту завдання ми роздали двом групам: контрольній і експериментальній. Ми оформили данні у вигляді таблиці.

*Таблиця 2.2*

**Порівняльні результати констатувальної та експериментальної груп**

Рівень	Високий	Середній	Низький
Мовленнєвий діагноз			
Стерта форма (КГ 5 дітей)	1	2	2
Стерта форма (ЕГ 5 дітей)	2	2	1
Функціональна дислалія (КГ 5 дітей)	3	1	1
Функціональна дислалія (ЕГ 5 дітей)	4	1	0

У дітей які мали артикуляційну диспраксію в структурі стертої форми дизартрії і були у експериментальній групі покращився процес пам'яті, переключення моторні, артикуляційні. Швидше формувалась складова структура слова, постановка звуків. Язик краще утримував статичні та динамічні положення. Такі діти, могли правильно виконувати моторну програму із відпрацюванням складової, а у дітей КГ виникали значні ускладнення.

Отже, можемо зробити висновок, що логопедична корекція артикуляційної диспраксії у дітей із стертою формою дизартрії з урахуванням описаних методичних рекомендацій дала можливість досягти кращих результатів у порівнянні із традиційною системою логопедичної роботи. У відсотковому відношенні діти, які були у контрольній групі на високому рівні 40%, на середньому рівні 30%, на низькому 30%, а діти які були у експериментальній групі на високому рівні 60%, на середньому 30%, на низькому 10%.

## ВИСНОВКИ

Вивчивши науково-теоретичні засади формування артикуляційного праксису та узагальнивши результати проведеного нами експериментального дослідження змогу дали основу для сформування таких висновків:

«Артикуляційна диспраксія» – це термін, яким позначають порушення артикуляційного праксису. «Артикуляційну диспраксію», цілком є правомірною, щоб виділяти її як особливу форму парціального недорозвинення мовлення, адже вона має відмінні самостійні від інших розладів мовлення специфічну, яка властива тільки для її симптоматики і своєрідну динаміку протягом усього онтогенезу. Ми вважаємо, що є цілком правомірним виділяти артикуляційну диспраксію як самостійне порушення у таких випадках, коли у дітей порушено формування тільки звуковимовної сторони. У всіх інших випадках (коли порушується використання інших мовленнєвих засобів) подібні звукові порушення визначаються як синдром, зокрема стерта форма дизартрії, яка посідає важливе місце в ряду клінічних порушення вимовної сторони мовлення.

М. Давидова позначає стертую дизартрію як «порушення звуковимови, спричинені вибірковою неповноцінністю певних моторних функцій мовленнєво – рухового апарату, а також спастичність або млявістю артикуляційної мускулатури» [23, с. 3].

О. Корнєв розумів під даним терміном «вибіркові і негрубі, проте досить стійкі порушення звуковимови, які супроводжувались легкими, порушеннями іннервації органів артикуляцій» [14, с. 41]. Саме він для пояснення механізму порушень запропонував термін «артикуляційна диспраксія» [14, с. 43].

З причини відсутності єдності термінології, трактування порушення відбувається по-різному, саме тому, недостатньо описаним лишається діагностичне питання та зміст роботи з розвитку артикуляційного праксису

у дітей зі стертою формою дизартрії.

Вчені (Є. Соботович, О. Мастюкова та ін.) зауважують, що основним показником стертої дизартрії є не неврологічна симптоматика, а порушення координації оральних рухів (симптоматика оральної апраксії).

Метою констатувального експериментального дослідження була діагностика стану та опис особливостей артикуляційного праксису у дітей старшого дошкільного віку із стертою дизартрією і артикулятоно-фонематичною дислалією.

Щоб реалізувати поставлені завдання ми використали методики О. Соболевої для диференційної діагностики стертої форми дизартрії та нейропсихологічної діагностики у дошкільному віці Ж. Глозмана, А. Потаніної. Артикуляційний праксис обстежувався за допомогою проби «Артикуляційний діадихокінез» (за F. Darley, K. Yoss) за K. Yoss, F. Darley.

Проведення експериментального дослідження показало, що діти із стертою дизартрією знаходяться на нижчому рівні розвитку артикуляційного, орального та пальцевого праксису, ніж їх ровесники із артикуляційно-фонематичною дислалією. Діти, що мали стерту дизартрію показали деякі особливості свого мовленнєвого розвитку: їм складно було утримувати моторну програму, вони спрощували програму, спостерігалася скандованість рухів під час виконання завдань на розвиток динамічного праксису, складність в орієнтації просторових рухів і дій, імпульсивність в праксисі пози, кінестетичні складнощі (довгий пошук пози), забування моторної програми на середині виконання, під час виконання завдань на артикуляційний праксис.

В результаті дослідження та аналізу науково-методичної літератури та результатів констатувального дослідження, нами було обране рішення узагальнити методичні напрацювання в зазначеному напрямі і сформулювати методичні рекомендації для організації корекційної роботи з подолання порушення артикуляційного праксису у дітей із стертою формою дизартрії.

Тому, на нашу думку, підготовчий етап має складатись із усіх напрямів корекційної роботи, які пропонує В. Кисельова у запропонованому порядку:

I. Розвиток рухової сфери.

II. Постановка та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання.

III. Відпрацювання висоти, сили та інтонації голосу (просодика).

IV. Вправи, які спрямовані на розвиток мимічної та артикуляційної сторони мовлення.

V. Відпрацювання зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень.

VI. Відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу.

Формування артикуляційного праксису (постановка звуків) у дітей із стертою формою дизартрії відбувалася за методикою І.А. Смирнової.

Логопедична корекція артикуляційної диспраксії у дітей із стертою формою дизартрії з урахуванням описаних методичних рекомендацій дала можливість досягти кращих результатів у порівнянні із традиційною системою логопедичної роботи. У відсотковому відношенні діти, які були у контрольній групі на високому рівні 40%, на середньому рівні 30%, на низькому 30%, а діти які були у експериментальній групі на високому рівні 60%, на середньому 30%, на низькому 10%.

Дане дослідження має ще багато аспектів проблеми через труднощі обраного мовленнєвого порушення та багатогранність питань, що входять до цієї теми та вимагає подальшого вивчення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросова В. М. Проблеми логопедичної допомоги дітям та дорослим [Електронний ресурс] 2018. Режим доступу до ресурсу: <https://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/5614/1/Androsova.pdf>.
2. Ананьев Б. Г., Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространственных отношений у детей. М.: Просвещение, 1964. 304с
3. Андрусихина Л. Є. Психологічні характеристики загальнофункціональних механізмів мовлення у старших дошкільників із ЗНМ. *Теорія і практика сучасної логопедії*: зб. наук. праць: Вип. 4. 2007. С. 18–24.
4. Айрес Дж., Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. М.: Теревинф, 2009. 272с.
5. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М: АСТ: Астрель, 2008. 254 с.
6. Архипова Е.Ф. Стертая форма дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель:Хранитель, 2007. 319 с.
7. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2010. 123 с.
8. Архипова Е.Ф. Исследование просодической стороны речи, 2006./ URL:<http://dou13.rybadm.ru/DswMedia/issledovanieprosodikidlyapedagogov.pdf> (дата звернення: 18.10.2020).
9. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медпрес-информ, 2019. 608с.
10. Банді А., Лейн Ш., Мюррей, Э. Сенсорная интеграция. Москва:Теревинф, 2017. 766 с.
11. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. М.: Гуманит.изд. центр ВЛАДОС, 2013. 287с.
12. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии). М.: Педагогика,

1977. с. 34.

13. Бернштейн Н. А. Очерки по физиологии движения и физиологии активности. – М., 1966. – 290 с.

14. Богуш А. М. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років : монографія. Вид. 2-ге. К.: Видавничий дім «Слово», 2010. 374 с.

15. Богуш А.М., Гавриш Н.В. Дошкільна лінгводидактика: Теорія і методика навчання дітей рідної мови: підручник. К. : Вища шк., 2007. 542 с.

16. Боряк О. В. Дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та соціальна психологія. 2011. Вип.17. С.30-34.

17. Вайзман Н. П. Психомоторика детей олигофренов. М.: Педагогика, 1976. 104 с.

18. Винарская Е. Н. Дизартрия: учеб. пособ. Москва: Астрель, 2006. 392с..

19. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. Теория и практика. 2-е изд. М.:«АСТ», 2021. 544с.

20. Визель Т.Г. Прикладная нейролингвистика. М.: Московский институт психоанализа, Когіто – Центр, 2020. 339с.

21. Гаврилова Н.С. Методика корекції порушень артикуляційної моторики кінестетичного типу. URL: <http://aqce.com.ua/vipusk-n10-2018/gavrilova-ns-metodika-korekicii-porushen-artikuljacijnoi-motoriki-kinestetichnogo-tipu.html> (дата звернення: 21.06.2021).

22. Галущенко В. І. Сучасний підхід до комплексного обстеження та планування корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2011. Вип. 18. – С. 34-36..

23. Галущенко В. І. Вплив перинатальних факторів в генезі порушень у дітей з різними формами стертої дизартрії. *Науковий часопис*



Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. Вип. 38. – С. 55-60..

24. Гаврилова Н.С. Методика корекції порушень артикуляційної моторики кінестетичного типу. URL: <http://aqce.com.ua/vipusk-n10-2018/gavrilova-ns-metodika-korekcii-porushen-artikuljacijnoi-motoriki-kinestetichnogo-tipu.html> (дата звернення: 21.06.2021).

25. Галушко Т.В. Застосування кінезіологічних вправ у корекційно-розвивальній роботі з дітьми із тяжкими порушеннями мовлення. *Логопед.* 2016. №2. С. 58–60.

26. Галущенко В.І. Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією: дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.03. Одеса, 2012. С. 247.

27. Дем'яненко О.В. «Мовенятко». *Логопедичний журнал.* № 1. 2020. С.75.

28. Дем'яненко О.В. «Мовенятко» *Логопедичний журнал.* № 2. 2021. С. 51.

29. Диль Н.І. Подолання стертої форми дизартрії. Методи і форми логопедичного впливу. *Дефектолог.* 2014. №11. С. 44–46.

30. Дегтяренко Т.В., Шевцова Я.В. Стан психомоторики і когнітивних функцій у дітей з різним рівнем інтелектуального розвитку за результатами нейропсихологічного обстеження. *Наука і освіта,* №1, 2015. С. 50–55.

31. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2014. – 68 с..

32. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.: Медицина, 1981. 270с

33. Дідкова Л. М. Корекційна робота при стертій дизартрії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П.

Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. Вип. 23. – С. 63-66.

34. Конопляста С.Ю., Синиця А.О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Науковий часопис НПУ ім. В.П. Драгоманова* (Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи). Вип. 66. 2019. С. 111–116.

35. Кондратенко В. О. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з дизартрією. *Логопедія: Науково-методичний журнал*. 2013. №4. С. 40-44..

36. Конопляста С. Ю. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5: Педагогічні науки : реалії та перспективи* : зб. наук. праць. Київ : Вид-во НПУ ім.і М. П. Драгоманова. –2019. Вип. 66. – С. 111-116.

37. Клименко В.В. Механізми психомоторики людини. Київ, 1997. 192 с.

38. Логопедія. Підручник. Третє видання, перероблене та доповнене За ред. М. К. Шеремет. К.: Видавничий Дім «Слово», 2014. – 672 с.

39. Лурия О.Р. Высшие корковые функции человека. СПб.: Питер, 2008.

40. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., «Академия», 2001.

41. Лопатина Л.В. Проявления и диагностика фонетических нарушений при стертой дизартрии. *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2006. № 14. С. 219-230.

42. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. СПб.: Нева, 2001. 234 с.

43. Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). М.: Педагогика, 1978. 224 с.
44. Любомирский Л. Е. Управление движениями у детей и подростка. М.: Педагогика, 1974. 232 с.
45. Мартиненко І.В. Логопсихологія : курс лекцій. 2-ге вид., випр. і допов. Київ : ДІА, 2016. 115 с.
46. Мартинюк В.Ю. Медико-соціальні аспекти реабілітації дітей з клінічними проявами мінімальної мозкової дисфункції. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*. № 3-4 (11-12). 2017. С. 37–47
47. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., «Просвещение», 1985.
48. Матейко Н. М. Загальна психологія: навч. посіб. Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2013. 230 с.
49. Мороз Л. В. Застосування засобів рефлексотерапії у корекційно-логопедичній роботі при стертій дизартрії Актуальні питання корекційної освіти. 2017. С 188–197.
50. Ньюкиктъен Чарльз. Детская поведенческая неврология. В 2 томах. Том 1. М.: «Теревинф», 2012. 320 с.
51. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом под ред. И.В.Ипполитовой. М., 1989.
52. Пінчук Ю. В. Методичні засади фізичного виховання дітей дошкільного віку з порушенням мовлення. *Логопедія*. 2012. №2. С. 68 – 71.
53. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. М.: ВЛАДОС, 1997. 400 с.
54. Подгорна В. В. Взаємозв'язок корекції рухового і вербального розвитку дітей молодшого шкільного віку з важкими порушеннями мовлення: дис. канд. пед. наук: 13.00.03. Одеса, 2015. 232 с.
55. Розіна О. Д. Розвиток мови методами кінезіології. *Дефектолог*. 2010. №6. С. 16 – 19.
56. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії

та мінімальних проявів дизартрії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб. наук. праць. 2012. №21. С. 227–232.: «Генезис»,2017.

57. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. М.: Медицина, 1972.

58. Сімко А.В. Особливості психомоторного розвитку розумово відсталих дітей на різних рівнях побудови рухів. URL: <http://aqce.com.ua/vypusk-7-t-1-t-2/simko-av-osoblivosti-psihomotorного-rozvitku-rozumovo-vidstalih-ditej-na-riznih-rivnjah-pobudovi-ruhiv.html> (дата звернення: 21.06.2021).

59. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых дизартрии методы их диагностики. *Дефектология*. 1974. № 4. С.12-14.

60. Соботович Є. Ф. Критерії оцінювання мовленнєвого розвитку дитини (у його лексичній ланці) на різних вікових етапах. Нормативні показники мовленнєвого розвитку (у його граматичній ланці) дитини дошкільноговіку. *Дефектологія*. 2003. №2. С. 2–11.

61. 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», 2003р. 127 с.

62. 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.).

63. Форостян О. І. Адаптивне фізичне виховання в корекції рухової сфери дітей молодшого шкільного віку з порушеннями слуху О. І. Форостян. Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки. – 2015. – №2. – С. 196–200.

64. Чередніченко Н. В., Гайдаєнко В. В., Бурдейна О. А., Алексеева

Н. Ю., Мележик О. А. Формування та корекція складової структури слова у дітей з порушенням мовленнєвого розвитку. К.: 2019. 130с.

65. Хрестоматія з логопедії: Історичні аспекти. Дислалія. Дизатрія. Ринологія: Навчальний посібник (2-е вид., змін. і доп.) за заг. ред. Шеремет М. К., Мартиненко І. В. – К.: КНТ, 2008. – 380 с.

66. Шеремет М.К. Логопедія: підручник. Київ: Видавничий дім «Слово», 2018.– 856с.

67. Acoustic and Perceptual Consequences of Speech Cues for Children With Dysarthria [Електронний ресурс] / Erika S. Levy, Younghwa M. Chang, Joséphine A. Ancelle, Megan J. McAuliffe // Journal of Speech, Language, and Hearing Research – Режим доступу до ресурсу: [https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0274..](https://pubs.asha.org/doi/full/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0274..)

68. Acoustic changes in the speech of children with cerebral palsy following an intensive program of dysarthria therapy [Електронний ресурс] / Lindsay Pennington, Eftychia Lombardo, Nick Steen, Nick Miller // International journal language and Communications disorders. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1460-6984.12336>.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### Методика обстеження артикуляційного праксису

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

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

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

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

Симптоми, на які треба звернути увагу:

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

порівнянні з нормативними даними в коректурній пробі для кожної вікової групи).

1.13. Несформованість вибірковості в коректурній пробі:

1.13.1. Змішання перцептивно близьких фігурок.

1.13.2. Змішання перцептивно далеких фігурок.

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

Критерії бальних оцінок дивись додаток Г.

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

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

2. Проба на праксис пози пальців. Дитині пропонується пограти в

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

4. Проби на динамічний праксис. Дитині пропонують пограти в

«спритні ручки». Обстежуваний показує три рази різні послідовності рухів кисті («кулак—ребро» — спрощений варіант для дітей 3 років;

«кулак—ребро»/«долоня—кулак» — для дітей 4 років і «долоня—кулак—ребро»/«кулак—долоня—ребро» — для дітей старше 5 років). Потім просить повторити інший по черзі, починаючи з першої. Обстежуються обидві руки. Крім того, діти від 5 років виконують графічну пробу на динамічний праксис: продовжити малювати, не відриваючи олівець, візерунок, складений з двох елементів змінюються.

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

6. Проба на умовні реакції вибору (для дітей від 5 років). Дитині дається інструкція «пограти в уважних моряків-сигнальників»: у відповідь на порушене кулак підняти палець, а у відповідь на піднятий палець підняти кулак. Після засвоєння інструкції три рази відбувається послідовне чергування рухів — «палець—кулак» (створення рухового стереотипу), після чого двічі поспіль пред'являється одне і те ж рух, а потім інше (ломка стереотипу).

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

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

Симптоми, на які треба звернути увагу:

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

Критерії бальних оцінок дивись додаток Д



## Додаток Б

### Протокол обстеження дитини 5 років

Дата обстеження \_\_\_\_\_

В. Ф. (О.) \_\_\_\_\_

Як тебе звати? \_\_\_\_\_

Скільки тобі років? \_\_\_\_\_

Де ти живеш? \_\_\_\_\_

---

Яка зараз пора року? \_\_\_\_\_

Ходиш ти в дитячий сад? \_\_\_\_\_

В яку групу? \_\_\_\_\_

Як звуть твою маму? \_\_\_\_\_

---

Коректурна проба (додаток В):

кількість за хвилину \_\_\_\_\_ кількість помилок Реципрокна

координація

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

Права рука (долоня—кулак—ребро) \_\_\_\_\_ Права рука (кулак—долоня—ребро) \_\_\_\_\_ Ліва рука (1?) \_\_\_\_\_

Ліва рука (2?) \_\_\_\_\_

Праксис пози пальців:

Права рука: 2 2-3 5 3 2 1 5

Ліва рука: 5 2-5 2 1 2-3 2

Реакція вибору (палець—кулак):

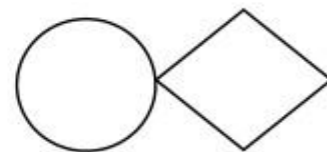
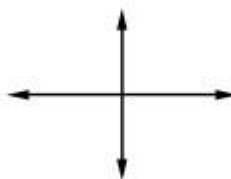
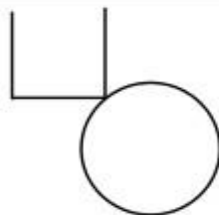
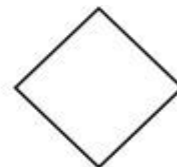
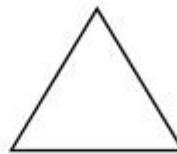
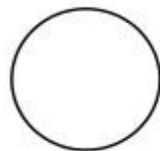
палець кулак палець кулак палець куркуль куркуль куркуль палець

Оцінка ритмічних структур II III II

Відтворення ритмічних структур по інструкції II III III Графічна проба на динамічний праксис



Копіювання



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

Артикуляційний праксис:

па-па-па ...

та-та-та -... та-та-та - ...

патака-натакой-патака- ...

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

Дзижчить над житом жвавий жук, бо жовтий він вдягнув кожух. Орел на горі, перо на орлі.

Женя з бджілками не дружив, завжди Женя бджіл дражнив. Летів перепел перед перепелицею, перед перепелятами.



## Додаток Г

### Критерії балових оцінок параметрів загальної характеристики дитини

#### Орієнтування:

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

#### Адекватність:

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

#### Критичність:

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

#### Коректурна проба:

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

## Додаток Д

### **Критерії балових оцінок параметрів праксису**

#### *Проба на реципрокну координацію:*

0 — Плавні дворучні руху.

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

1 — Декілька зазначених вище симптомів одночасно.

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

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

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

#### *Проба на умовну реакцію вибору:*

0 — Безпомилкове виконання.

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

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

3 — Ехопраксія, яка не піддається корекції.

#### *Проба на динамічний праксис:*

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

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

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

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

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

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

#### *Проба на копіювання простих геометричних фігур:*

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

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

1 — Декілька дизметричних помилок при загальній збереження форми.

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

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

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

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

0 — Безпомилкове виконання.

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

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

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

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

3 — Неможливість виконання проб.

*Проба на відтворення ритмічних структур:*

0 — Безпомилкове виконання.

1 — Зайві імпульси з самокорекцією.

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

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

## Додаток Е

Таблиця 2.1.

### Якісний аналіз результатів нейропсихологічного обстеження

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

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



## КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Кондратенко Ірина Миколаївна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

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

- дотримуватися:
  - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
  - принципів та правил академічної доброчесності;
  - нульової толерантності до академічного плагіату;
  - моральних норм та правил етичної поведінки;
  - толерантного ставлення до інших;
  - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
  - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
  - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
  - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
  - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
  - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
  - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
  - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
  - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
  - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
  - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
  - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
  - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
  - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
  - не підроблювати документи;
  - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
  - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
  - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
  - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі

університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;  
– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символики університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;  
– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;  
– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

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

\_\_\_\_\_  
(дата)



\_\_\_\_\_  
Бабінець Іванна  
(ім'я, прізвище)