

**Дніпропетровський національний університет
імені Олеся Гончара
Кафедра педагогіки та корекційної освіти**

М.В. Лепетченко

Л О Г О П Е Д І Я

ДИЗАРТРИЯ

***ДНУ
2015***

УДК 376-056.264

ББК 74.57

Ухвалено засіданням кафедри педагогіки та корекційної освіти як навчально-методичний посібник «25» травня 2015 р., протокол № 15

Рецензенти:

Гладуш Віктор Антонович – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки та корекційної освіти ДНУ імені Олеся Гончара;

Рейда Кароліна Віталіївна – кандидат педагогічних наук, директор Навчально-реабілітаційного центра «Шанс» Дніпропетровської обласної ради.

Лепетченко М. В. Логопедія. Дизартрія : навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта] / М. В. Лепетченко – Д., 2015. – 36 с.

У навчально-методичному посібнику представлено теоретичні та методичні аспекти профілактики, діагностики та корекції дизартрії. Подано методичні рекомендації до теоретичної та практичної підготовки студентів до практичних занять за змістовим модулем «Дизартрія». Посібник складається з двох блоків: практичного, що містить завдання для практичних занять та самостійної роботи, перелік рекомендованих літературних джерел; та теоретичного, що містить основні ключові теоретико-методичні відомості, необхідні для формування провідних професійних компетентностей майбутніх логопедів.

Для студентів ДНУ, що здобувають освіту за напрямом підготовки 6.010105 Корекційна освіта.

ББК 74.57

© Лепетченко М.В., 2015

Вступ

Навчальна дисципліна «Логопедія з практикумом» є одним з провідних курсів у системі підготовки фахівця корекційної освіти.

Засвоєння четвертого змістового модуля «Дизартрія», що складається з 6 тем, вивчення яких здійснюється на лекційних та практичних заняттях, спрямовано на: ознайомлення студентів із науково-теоретичними та методичними засадами вивчення та корекції дизартрії. Формування, розширення та поглиблення знань студентів про особливості мовленнєвого дизонтогенезу при дизартрії, методи профілактики, діагностики та корекції мовленнєвого порушення: напрямів, принципів, методів, форм, завдань логопедичної корекції.

Завдання вивчення змістового модуля «Дизартрія»:

- актуалізація знань студентів етапів та закономірностей розвитку мовлення в нормі та в умовах мовленнєвого дизонтогенезу;
- формування у студентів знань етіології, механізмів, структури та симптоматики дизартрії;
- оволодіння студентами сучасними методиками діагностики, профілактики та корекції мовленнєвих та немовленнєвих розладів при дизартріях, що забезпечить повноцінний гармонійний розвиток особистості із ПМР.

У результаті засвоєння змістового модуля «Дизартрія» студент повинен

знати:

- особливості мовленнєвого онтогенезу та дизонтогенезу при дизартріях;
- етіопатогенез дизартрій;
- синдроми дизартрії;
- методи попередження та діагностики дизартрій;
- диференційовані методики корекційного впливу при різних формах дизартрій.

вміти:

- реалізовувати серію заходів з профілактики дизартрій;
- проводити логопедичне обстеження;
- використовувати методи та прийоми диференційної діагностики;
- організовувати ефективну корекційно-розвивальну роботу з логопатами різного віку;
- надавати консультативну допомогу батькам дітей-логопатів.

I. ПРАКТИЧНИЙ БЛОК

Методичні рекомендації щодо роботи з модулем

Робота з модулем передбачає засвоєння лекційного матеріалу, участь у обговоренні питань під час практичних занять, написання повідомлення (окремими студентами), самостійну роботу над деталізацією окремих питань теми.

У ході роботи з модулем:

- ознайомтесь з планом проведення практичних занять, продумайте аргументовані відповіді та складіть тези виступу з кожного питання;
- для самостійного вивчення окремих питань ознайомтесь з рекомендованою літературою та виконайте запропоновані завдання;
- проаналізуйте першоджерела з питань теми та підготуйте конспект першоджерел.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 17. Етіопатогенез дизартрії.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: сформувати знання етіології дизартрії, особливостей порушень мовленнєвої та немовленнєвої сфер при дизартріях.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Визначення та характеристика дефекту при дизартрії.
2. Характеристика відділів мовленнєворухового апарату.
3. Симптоми та синдроми дизартрій.
4. Клініко-фізіологічні аспекти дизартрій.
5. Причини виникнення дизартрії.
6. Клініко-психологічна характеристика дітей із дизартрією.
7. Психолінгвістичні аспекти дизартрії.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ підготувати конспект першоджерела до теми.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.

2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.
4. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.
5. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. – 1985 – 236 с.
6. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
7. Хрестоматія по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 18. Класифікація дизартрій.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: сформувані знання особливостей мовленнєвого дизонтогенезу при різних формах дизартрії.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Бульбарна дизартрія.
2. Псевдобульбарна дизартрія.
3. Екстрапірамідна дизартрія.
4. Мозочкова дизартрія.
5. Коркова дизартрія.
6. Три ступені дизартрії.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ скласти схему, що відображає сутнісні характеристики різних форм дизартрій.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.

4. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.
5. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. – 1985 – 236 с.
6. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
7. Хрестоматія по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 19. Обстеження дитини із дизартрією.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: сформувати вміння проводити обстеження дітей з дизартрією.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Принципи логопедичного обстеження.
2. Напрями та особливості обстеження дитини з дизартрією.
3. Характеристика пізнавальної діяльності дітей із дизартрією.
4. Мета та зміст обстеження дітей із дизартрією.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ скласти схему обстеження дитини з дизартрією.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.
4. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. Логопедическое обследование: метод. Пособие / Н.В. Микляева. – М.: Айрис-пресс, 2007. – 96 с.
5. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.

6. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте: метод. пособие / Сост. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 224 с.
7. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник/ Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
8. Хрестоматія по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 20. Корекційна робота при дизартріях.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: оволодіння методикою корекції дизартрії.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Основні напрямки корекції мовлення при дизартріях.
2. Система корекційно-педагогічної роботи при дизартріях: основні положення, етапи.
 - Вироблення контролю за положенням роту.
 - Артикуляційна гімнастика.
 - Розвиток голосу.
 - Корекція мовленнєвого дихання.
 - Розвиток відчуттів артикуляційних рухів та артикуляційного праксису.
 - Корекція звуковимови.
3. Особливості відновлюваної роботи з дітьми з дизартрією.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ підготувати конспект першоджерела з теми.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.
4. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.

5. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте: метод. пособие / Сост. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 224 с.
6. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 123 с.
7. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. – 1985 – 236 с.
8. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
9. Хрестоматія по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 21. Стерта дизартрія. Методика логопедичної корекції.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: оволодіння методикою діагностики та корекції стертої форми дизартрії.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Характеристика дефекту при стертій дизартрії.
2. Особливості мовлення дитини зі стертою дизартрією.
3. Особливості діагностики стертої дизартрії.
4. Особливості логопедичної роботи при стертій дизартрії.
5. Методика подолання фонетичних порушень при стертій дизартрії.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ підготувати презентацію.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.

4. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. Логопедическое обследование: метод. Пособие / Н.В. Микляева. – М.: Айрис-пресс, 2007. – 96 с.

5. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.

6. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте: метод. пособие / Сост. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 224 с.

7. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учеб. пособие / Под ред. Е.А. Логиновой. – СПб.: «Союз», 2005. – 192 с.

8. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. - СПб: Образование, - 1994. – 209 с.

9. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. –1985 – 236 с.

10. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник/ Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.

11. Хрестоматія по логопедії Ч. 1/ Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ

Тема 22. Диференційна діагностика дизартрій.

МЕТА ЗАНЯТТЯ: оволодіння методикою диференціальною діагностикою дизартрій.

ЗАВДАННЯ 1. Згадати, повторити пройдений матеріал попередніх дисциплін і вивчити матеріали з теми заняття.

ЗАВДАННЯ 2. Вивчення матеріалу лекції.

ЗАВДАННЯ 3. Підготуватися до обговорення питань:

1. Диференційна діагностика дизартрій за локально-діагностичною ознакою.

2. Диференційна діагностика дизартрій за ступенем ураження мовленнєвої системи.

3. Диференційна діагностика дизартрій від подібних порушень мовлення.

4. Основні показники діагностики дизартрій.

САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ ДО ТЕМИ скласти

таблицю, що відобразить диференційні ознаки різних форм дизартрій.

Література:

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедія. Підручник, друге видання. / За ред. М.К. Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2013. – 672 с.
3. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.
4. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. Логопедическое обследование: метод. Пособие / Н.В. Микляева. – М.: Айрис-пресс, 2007. – 96 с.
5. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.
6. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте: метод.пособие / Сост. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 224 с.
7. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учеб.пособие / Под ред. Е.А. Логиновой. – СПб.: «Союз», 2005. – 192 с.
8. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. - СПб: Образование, - 1994. – 209 с.
9. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. 1985 – 236 с.
10. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.
11. Хрестоматия по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.

II. ТЕОРЕТИЧНИЙ БЛОК

У ході опрацювання змістового модуля зверніть увагу на такі ключові аспекти:

1. ДИЗАРТРИЯ ЯК РІЗНОВИД МОВЛЕННЄВОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗУ

Дизартрія – порушення звуковимови та просодичного компоненту мовлення, викликані порушеннями іннервації мовленнєвого апарату, пов'язані із органічним ураженням центральної та периферійної нервової систем.

Патогенез дизартрії визначається органічним ураженням центральної і периферійної нервової системи під впливом різних несприятливих зовнішніх (екзогенних) факторів, що впливають у внутрішньоутробному періоді розвитку, у момент пологів і після народження. Серед причин важливе значення мають асфіксія і родова травма, ураження нервової системи при гемолітичній хворобі (руйнування еритроцитів), інфекційні захворювання нервової системи, черепно-мозкові травми, рідше – порушення мозкового кровообігу, пухлини головного мозку, вади розвитку нервової системи, наприклад вроджена аплазія ядер черепно-мозкових нервів, а також спадкові хвороби нервової і нервово-м'язової систем.

Дизартричні порушення мовлення спостерігаються при різних органічних ураженнях мозку, які у дорослих мають більш виражений очаговий характер. У дітей частота дизартрії передусім пов'язана з частотою перинатальної патології, (ураженням нервової системи плода та новонародженого). Найбільш часто дизартрія спостерігається при дитячому церебральному паралічі.

Відзначається взаємозв'язок між ступенем тяжкості і характером ураження рухової сфери, частотою і тяжкістю дизартрії. При найбільш важких формах дитячого церебрального паралічу, коли відзначається ураження верхніх і нижніх кінцівок і дитина практично залишається нерухомою (подвійна геміплегія), дизартрії (анартрія) спостерігаються практично у всіх дітей. Відзначено взаємозв'язок між тяжкістю ураження верхніх кінцівок і порушеннями мовленнєвої мускулатури (О. М. Мастюкова)

Клініко-фізіологічні аспекти дизартрії визначаються локалізацією і тяжкістю ураження мозку. Анатомічний і функціональний взаємозв'язок в розташуванні і розвитку рухових та

мовленнєвих зон і провідних шляхів визначає часте поєднання дизартрії з руховими порушеннями різного характеру і ступеня вираженості.

Порушення звуковимови при дизартрії виникають в результаті ураження різних структур мозку, необхідних для управління руховим механізмом мовлення.

Особливістю дизартрії у дітей є часто її змішаний характер з поєднанням різних клінічних синдромів. Це пов'язано з тим, що при впливі шкідливого фактора на мозок, який розвивається, пошкодження частіше має більш поширений характер, і тим, що ураження одних мозкових структур, необхідних для управління руховим механізмом мовлення, може сприяти затримці дозрівання і порушувати функціонування інших систем. Цей фактор визначає часте поєднання дизартрії у дітей з іншими мовленнєвими розладами (затримкою мовленнєвого розвитку, загальним недорозвиненням мовлення, моторною алалією, заїканням).

У дітей ураження окремих ланок мовленнєвої функціональної системи в період інтенсивного розвитку може призводити до складної дезінтеграції всього мовленнєвого розвитку в цілому. У цьому процесі певне значення має ураження не тільки власне рухової ланки мовленнєвої системи, але і порушення кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів.

При дизартрії чіткість кінестетичних відчуттів часто порушується і дитина не сприймає стан напруженості, або, навпаки, розслабленості м'язів мовленнєвого апарату, насильницькі мимовільні рухи або неправильні артикуляційні уклади.

Зворотня кінестетична аферентація є найважливішою ланкою цілісної мовної функціональної системи, що забезпечує постнатальне дозрівання коркових мовленнєвих зон.

Симптоматика. Основними ознаками дизартрії є дефекти звуковимови і голосу, що поєднуються з порушеннями мовленнєвої, насамперед артикуляційної, моторики і мовленнєвого дихання.

1. Синдром артикуляційних розладів.

Для всіх форм дизартрії характерні порушення артикуляційної моторики, які проявляються рядом ознак. Порушення м'язового тону і порушення рухливості артикуляційних м'язів, характер яких залежить насамперед від локалізації ураження мозку.

Виділяють наступні **форми порушень м'язового тону** артикуляційної мускулатури при дизартріях: спастичність артикуляційних м'язів – постійне підвищення тону в мускулатурі

язика, губ, в лицьовій і шийній мускулатурі. Підвищення м'язового тонузу може бути більш локальним і поширюватися тільки на окремі м'язи язика.

При вираженому підвищенні м'язового тонузу язик напружений, відтягнутий у глибину ротової порожнини, спинка його вигнута, піднята вгору, кінчик язика не виражений. Напружена спинка язика, піднята до твердого піднебіння, сприяє пом'якшенню приголосних звуків. Тому особливістю артикуляції при спастичності м'язів язика є палаталізація, що може сприяти фонематичному недорозвитку, дитина може утруднюватися в диференціюванні значень слів, що мають схоже звучання. Підвищення м'язового тонузу в м'язах обличчя і шиї ще більш обмежує довільні рухи в артикуляційному апараті.

Наступним видом порушення м'язового тонузу є гіпотонія. При гіпотонії язик тонкий, розпластаний в порожнині рота, губи мляві, відсутня можливість їх повного змикання. У силу цього рот зазвичай напіввідкритий, виражена гіперсаливація. Особливістю артикуляції при гіпотонії є назалізація, коли гіпотонія м'язів м'якого піднебіння перешкоджає достатньому руху м'якого піднебіння вгору і притисненню його до задньої стінки глотки. Струмінь повітря виходить через ніс, а струмінь повітря, який виходить через рот, надзвичайно слабкий.

Порушення м'язового тонузу в артикуляційною мускулатурі при дизартрії можуть виявлятися також у вигляді дистонії (мінливого характеру м'язового тонузу): у спокої відзначається низький м'язовий тонуз в артикуляційному апараті, при спробах мовлення – тонуз різко наростає. Характерною особливістю цих порушень є їх динамічність, мінливість спотворень, замін і пропусків звуків.

Порушення артикуляційної моторики при дизартрії є результатом обмеження рухливості артикуляційних м'язів, яка посилюється порушеннями м'язового тонузу, наявністю мимовільних рухів (гіперкінезів, тремору) і діскоордінаційними розладами.

При недостатній рухливості артикуляційних м'язів порушується звуковимова. При дизартрії, на відміну від дислалії, може порушуватися вимова як приголосних, так і голосних звуків.

При парезах м'язів язика, порушеннях їх м'язового тонузу часто виявляється неможливим зміна конфігурації язика, її подовження, укорочення, висування, відтягування назад.

Порушення звуковимови ускладнюються обмеженою рухливістю м'язів м'якого піднебіння (які натягують і піднімають його). При

парезах цих м'язів підйом м'якого піднебіння в момент мовлення утруднений, або неможливий, відбувається витік повітря через ніс, голос набуває носового відтінку, спотворюється тембр мовлення, недостатньо виражені шумові ознаки звуків мовлення.

Парези м'язів мускулатури обличчя також впливають на звуковимову. Парези скроневих м'язів, жувальної мускулатури обмежують рухи нижньої щелепи, в результаті чого порушується модуляція голосу, його тембр. Ці порушення стають особливо вираженими, якщо є неправильне положення язика в порожнині рота, недостатня рухливість м'якого піднебіння, порушення тону м'язів дна порожнини рота, язика, губ, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки.

Характерною ознакою порушень артикуляційної моторики при дизартрії є координаційні розлади. Вони проявляються в порушенні точності та пропорційності артикуляційних рухів. Особливо порушено виконання тонких диференційованих рухів. Так, при відсутності виражених парезів в артикуляційній мускулатурі довільні рухи виконуються неточно і непропорційно, часто з гіперметрією (надмірною руховою амплітудою). Наприклад, дитина може виконати рух язиком вгору, торкаючись їм майже кінчика носа, і одночасно не може помістити язик над верхньою губою в місце, точно позначене логопедом. Ці порушення зазвичай поєднуються з труднощами в чергуванні рухів, наприклад хоботок – оскал та ін., а також з труднощами збереження певних артикуляційних поз внаслідок появи насильницьких рухів – тремору (дрібного тремтіння кінчика язика).

При дискоординаційних розладах звуковимова порушується здебільшого не на рівні вимови ізольованих звуків, а під час вимови автоматизованих звуків у складах, словах і реченнях. Це пов'язано з запізненням включення деяких артикуляційних рухів, необхідних для вимовляння окремих звуків і складів. Мовлення стає сповільненим і сканованим.

Наявність гіперкінезів і оральних синкінезій в артикуляційній мускулатурі. Вони спотворюють звуковимову, роблячи мовлення малозрозумілим, а у важких випадках – майже неможливим; зазвичай посилюються при хвилюванні, емоційному напруженні, тому порушення звуковимови різні залежно від ситуації мовного спілкування. При цьому відзначаються посмикування язика, губ іноді в поєднанні з гримасами обличчя, дрібне тремтіння (тремор) язика, у важких випадках – мимовільне відкривання рота, викидання язика вперед, насильницька посмішка. Насильницькі рухи спостерігаються і в

спокої, і в статичних артикуляційних позах, посилюються при довільних рухах або спробах до них. Цим вони відрізняються від синкінезій – мимовільних супутніх рухів, які виникають тільки при довільних рухах, наприклад під час піднімання язика вгору часто скорочуються м'язи, що піднімають нижню щелепу, а іноді напружується вся шийна мускулатура і дитина виконує цей рух одночасно розгинанням голови. Синкінезії можуть спостерігатися не тільки в мовленнєвій мускулатурі, а й в скелетній, особливо в тих її відділах, які анатомічно і функціонально найбільш тісно пов'язані з мовленнєвою функцією. Під час рухів язика у дітей з дизартрією нерідко виникають супутні рухи пальців правої руки (особливо часто великого пальця).

Характерною ознакою дизартрії є порушення пропріоцептивної аферентної імпульсації від м'язів артикуляційного апарату. Діти слабо відчують положення язика, губ, напрямок їх рухів, вони утрудняються за наслідуванням відтворити і зберегти артикуляційний уклад, що затримує розвиток артикуляційного праксису.

Частою ознакою дизартрії є недостатність артикуляційного праксису (диспраксія), яка може бути як вторинною за рахунок порушень пропріоцептивної аферентної імпульсації від м'язів артикуляційного апарату, так і первинною у зв'язку з локалізацією ураження мозку.

При дизартрії можуть виявлятися рефлекси орального автоматизму у вигляді збережених смоктального, хоботкового, пошукового, долонно-головного та інших рефлексів, характерних в нормі для дітей раннього віку. Їх наявність ускладнює довільні ротові рухи.

Порушення артикуляційної моторики, поєднуючись між собою, складають перший важливий синдром дизартрії – синдром артикуляційних розладів, який видозмінюється в залежності від тяжкості та локалізації ураження мозку і має свої специфічні особливості при різних формах дизартрії.

2. Другий синдром дизартрії – синдром порушення мовленнєвого дихання.

При дизартрії за рахунок порушення іннервації дихальної мускулатури порушується мовленнєве дихання. Ритм дихання не регулюється смисловим змістом висловлювання, в момент мовлення воно зазвичай прискорене, не досить глибоке, після вимовлення окремих складів або слів дитина робить поверхневі судомні вдихи,

активний видих скорочений і відбувається зазвичай через ніс, незважаючи на постійно напіввідкритий рот. Неузгодженість у роботі м'язів, що здійснюють вдих і видих, призводить до того, що у дитини з'являється тенденція говорити на вдиху. Це ще більше порушує довільний контроль над дихальними рухами, а також координацію між диханням, фонацією і артикуляцією.

3. Наступною характерною особливістю дизартрії є порушення голосу і мелодико-інтонаційні розлади.

Порушення голосу пов'язані з парезами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, голосових складок, м'язів гортані, порушеннями їх м'язового тону і обмеженням їх рухливості. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату може повністю виключити можливість вібрації голосових складок, що буде різко порушувати процес утворення дзвінких приголосних. Вібрація голосових складок порушується також при слабкості і паретичності м'язів голосового апарату, сила голосу в цих умовах стає мінімальною. При дизартрії порушення голосу вкрай різноманітні, специфічні для різних її форм. Найбільш часто вони характеризуються недостатньою силою голосу (голос слабкий, тихий, вичерпується в процесі мовлення), порушеннями тембру голосу (глухий, назалізований, хрипкий, монотонний, здавлений, тьмянний; може бути гортанним, форсованим, напруженим, переривчастим і т. д.), слабкою виразністю чи відсутністю голосових модуляцій (дитина не може довільно змінювати висоту тону).

Таким чином, основні симптоми дизартрії – порушення звуковимови і просодичного компоненту мовлення – визначаються характером і ступенем вираженості проявів артикуляційних, дихальних і голосових розладів.

При дизартрії порушується нижчий фонологічний рівень мовлення.

Розлад фонологічного рівня мови в період інтенсивного розвитку мовної функції в деяких випадках може призводити до складної дезінтеграції та патології всього мовленнєвого розвитку дитини. У зв'язку з цим у дітей з дизартрією має місце затримка темпів мовленнєвого розвитку, мовленнєва інактивність, вторинні порушення лексико-граматичного ладу мовлення.

2. ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЄЮ

Мета обстеження дитини з дизартрією – вивчення стану сформованості позамовленнєвих функцій (гнозису і праксису), мовленнєвих процесів (експресивного й імпресивного мовлення, читання, письма), а також інтелектуальних можливостей. Результати обстеження мають:

- по-перше, забезпечити відмежування наявних у дитини розладів від інших порушень мовлення не дизартричного ряду;

- по-друге, допомогти логопеду достовірно описати ту чи іншу форму дизартрії, з якою він має справу. При цьому важливо при обстеженні стану мовленнєвого розвитку дитини враховувати особливості її домовленнєвого періоду (до 8 місяців) – який голос у дитини, чи було гуління, лепіт (не залежно від віку), чи реагувала і реагує на інтонацію дорослого, чи відшукує джерело звуку у просторі, чи маніпулює іграшками, чи робить вибір іграшок; як дитина їсть (чи витікає їжа з рота, чи захлинається при її ковтанні; чи було звуконаслідування, коли з'явилися перші слова, чи виконує елементарні вербальні інструкції, чи виконує прості маніпуляційні дії з іграшками за вербальною інструкцією;

- по-третє, виділити ті основні ланки патологічної картини, які зумовлюють виникнення низки вторинних (системних) порушень мовлення і психічних процесів;

- психолого-педагогічне обстеження вважається завершеним тоді, коли виявлено основний чинник, що зумовив виникнення ознак (симптомів) мовленнєвого порушення, і логопед зможе передбачити зміни, які виникнуть у порушеній функції під час проведення запланованої корекційно-розвивальної роботи.

У загальній програмі обстеження логопед значну увагу приділяє виявленню стану загальної рухової і мовленнєворухової сфери.

Для вивчення стану сформованості загальної рухової сфери дітей дошкільного віку педагог аналізує:

- виконання дитиною таких завдань: біг, ходіння, стрибки (на правій нозі, на лівій, навперемінно); кидання предмета; як дитина витягує в одному напрямку ногу і руку, як витягує ногу в одному напрямку, а руку – в другому. Ці завдання дають змогу логопеду зробити висновок про особливості стану сформованості загальної моторики дитини: структури бігу, стрибків, кидків, а також про стан

функції переключення рухів. Виявлена неправильна структура їх, у свою чергу, свідчатиме про стан і вираженість таких рефлексів, як шийно-тонічні, що характеризують різну патологію тонусу: стрибкоподібність наростання напруження від спроби до спроби; різкі сплески і падіння тонусу; збереження впродовж усього обстеження постійно підвищеного напруження, що було виявлено після першого повороту голови;

- стан тих функцій рухової сфери, порушення яких утруднює навчальну діяльність дитини. Це стан таких локомоторно-статичних функцій, як пряме стояння, пересування, можливість самостійного вільного ходіння, стан рухів кисті і пальців рук. Під час обстеження у дітей здебільшого може спостерігатися затримка формування основних локомоторно-статичних функцій, порушення структури їх, а також зниження фізичних якостей руху: швидкості, сили, витривалості, координації;

- характер і швидкість рухів рук, що може виявити їхню значну своєрідність, зумовлену парезами м'язів або різким підвищенням тонусу, поганою ізолюваністю моторного акту. Найбільше при цьому впадає у вічі значна скованість рухів, їх пасивність, млявість або, навпаки, судомість рухів, руки з синкінезіями. Усе це призводить до значних порушень у загальній структурі рухів з предметами, особливо грубі порушення виявляють у структурі функції хапання: пальці напружені і напівзігнуті або зігнуті в кулак; стискання і утримування м'яча тільки великим і вказівним пальцями (інші пальці зігнуті); взяття й утримування олівця, м'яча тільки великим і вказівним пальцями, кінчиками пальців, кистю другої руки. При цьому можна спостерігати чітко виражену асиметрію в положенні рук. Часто можуть бути зафіксовані незадані перехресні рухи рук, тобто утруднення у виборі раціонального напрямку руху рук, зумовлене нерівномірним розвитком їх і просторовими порушеннями;

- стан моторно-зорової координації, що дає змогу виявити у деяких дітей із дизартричними розладами відсутність пошуково-підготовчих рухів очей, рухів очей «навздогад» або у протилежний бік. Рухи очей тільки на логопеда спостерігаються або є типовими для дітей, які не впевнені в собі, безпомічні в самостійній діяльності. Це свідчить про недостатню організацію їхнього довільного рухового акту.

Для вивчення стану мовленнєво-моторної сфери дитини при логопедичному обстеженні пропонується використати спеціальну серію проб. Унаслідок її застосування фахівець зможе отримати якісну

характеристику рухів язика, а саме: обсягу, точності, сили рухів; стану статичної координації мовленнєвих рухів; стану мовленнєвої динамічної координації; диференційованості рухів органів мовленнєвого апарату, а також стану кінестетичної чутливості мовленнєворухової сфери дитини. При цьому зауважимо, що саме цю серію завдань можна і потрібно використовувати також для виявлення стертих форм дизартрії.

Під час вивчення стану сформованості моторики язика застосовують пробу, розроблену М. Ейдіною та Е. Вінарською. Дитина, наслідуючи логопеда, виконує такі рухи: висуває язика вперед, піднімає вгору, облизуючи язиком губи, робить язик широким, вузьким, тобто виконує рухи, що дають змогу аналізувати стан під'язикового нерва.

Для виявлення обсягу рухів органів артикуляційного апарату логопед може запропонувати дитині виконати пробу М. Піскунова, а саме: загасити свічку, закрити або зажмурити очі, надути щоки, тобто виконати рухи, які дають можливість зробити висновки про стан нерва обличчя.

Із метою визначення статичної координації мовленнєвих рухів можна запропонувати дитині одночасне виконання рухів органами артикуляції: відкриваючи рота, одночасно піднімати язик вгору.

Мовленнєву динамічну координацію вивчають у процесі мовлення. З цією метою використовують малюнки, де у назвах зображених на них предметів враховується різний рівень фонетичних труднощів, тобто у групи одно-, дво-, трискладових слів добирають слова простої і складної (зі збігом приголосних) конструкцій (запропоновані слова дитина вимовляє самостійно і відображено).

З метою глибокого вивчення можливостей вимовляння дитини можуть бути запропоновані для відображеної вимови слова, в структурі яких наявні збіги із 3-4 приголосних типу: дитинство, спортсмен та ін.

Диференційність рухів органів мовленнєвого апарату перевіряють, пропонуючи дитині (за інструкцією і за наслідуванням) віддиференціювати рухи губ, язика, нижньої щелепи під час виконання таких проб: притиснути кінчик язика до нижніх різців і подмухати на язик; ударити кінчиком язика по верхніх різцях за нерухомої нижньої щелепи.

Диференціацію язиково-губної і губно-губної фрикації (щілини) і змикання перевіряють під час виконання дитиною таких завдань:

вистягнути губи вперед і подмухати в щілину між губами; опустити кінчик язика вниз, підняти його вгору і притиснути до зубів.

Стан сформованості рухової функції язикоглоткового нерва і кінестетичної чутливості мовленнєворухового апарату обстежують за допомогою таких проб:

- рухову функцію язикоглоткового нерва вивчають, досліджуючи функцію м'якого і твердого піднебіння, тобто скорочення їх під час фонації звука *a*;

- кінестетичну чутливість вивчають за допомогою шпателя, яким логопед піднімає язик дитини вгору, опускає вниз, притискує до верхніх різців, відводить назад. Потім дитина повинна самостійно, спираючись тільки на свої рухові відчуття, відтворити ці рухи.

Під час виконання всіх зазначених проб враховують силу, легкість виконання рухів і характер переходу від одного руху до іншого. У процесі обстеження можуть бути виявлені такі особливості мовленнєвої моторики:

- напруженість усіх м'язів мовленнєвого апарату; слабкість, млявість м'язів артикуляційного апарату; руховий неспокій язика; асиметричні рухи язика, піднебіння; труднощі знаходження й утримання заданих положень язика;

- труднощі знаходження заданих положень язика на основі його пасивних зміщень; порушення переключення рухів; не диференційованість рухів язика в процесі вимовляння звуків; порушення динамічної координації мовленнєвих рухів.

Як зазначалося вище, методика вивчення цієї категорії дітей передбачає також завдання, зміст яких спрямований на визначення стану сформованості інших позамовленнєвих (невербальних) функцій, тобто практичних і гностичних процесів.

Отже, для вивчення гностичної організації праксису (тобто побудови рухового процесу) логопед може використати таку низку проб:

- відтворення позиції руки в просторі, якщо права рука дитини перебуває у стані парезу, її просять відтворити пози, коли кисть руки розміщується то горизонтально, то вертикально. Якщо в дитини немає парезів або вони незначні, то найкращим способом обстеження порушення просторового праксису є проби, в яких обидві руки розміщуються в тій чи іншій площині одна щодо одної. Під час виконання цих проб можуть виявлятися труднощі утримування симультанно (одночасно) співвідношення обох рук;

- вивчення апраксії пози потребує інших прийомів. У цьому разі дитині дають завдання відтворити запропоновану позу руки. До таких проб належить відтворення різних поз пальців руки. Важливо зазначити, що за стертих форм праксичних розладів дитина довго шукає потрібні позиції пальців і відтворює низку проб, перш ніж знайти потрібну позу;

- для обстеження предметно-символічного праксису вивчають, якою мірою дитина здатна знайти комплекс рухів для виконання осмислених предметних або символічних дій. Виконувати ці завдання можна у двох варіантах: у реальній предметній ситуації (застібнути гудзики, зашнурувати черевики тощо); в уявній ситуації, тобто відтворити або описовий (як забивають гвіздок), або смисловий (поманити пальцем до себе, посварити пальцем) жест. В останньому випадку виконання завдання істотно ускладнює необхідність підкоритися умовності ситуації;

- обстеження особливостей мовленнєвого праксису передбачає використання проби на збереження глибокої чутливості язика шляхом оцінювання дитиною пасивно наданих логопедом положень її язика (кінестетична чутливість). Вивчення стану сформованості праксису мовленнєвого апарату, зокрема, передбачає виявлення: стану виконання проби на відтворення низки «конструктивних» актів, показаних дитині (торкнутися язиком до верхньої губи, покласти його між верхньою губою і зубами тощо); виконання тієї самої дії за словесною інструкцією; відтворення низки свідомих символічних актів (свисту, цокання, поцілунку);

- обстеження динамічної організації праксису (або кінестетичних рухових мелодій) з використанням завдань на: рухове виконання ритмів, які логопед відстукує олівцем по столу; переключення рухів (проби «кулак – долоня – ребро» (дитина повинна послідовно змінювати три позиції руки); «кулак – кільце»; на реципрокно координацію (проба Озерецького): швидко і одночасно змінювати позиції обох рук);

- вивчення стану сформованості гностичних процесів охоплює діагностичні завдання на вивчення: оптичного (предметного) гнозису; просторових синтезів; сукцесивних (послідовних) синтезів;

- для вивчення особливостей розвитку оптичного (предметного) гнозису використовують серію проб, що складається з трьох завдань: показ одиничних геометричних фігур і швидкий показ групи із 4-6 простих геометричних фігур (дитина повинна назвати

сприйнятті нею фігури); показ зображень предметів, які дитина має назвати або знайти серед запропонованої групи малюнків. При цьому логопед може запропонувати зображення предметів, намальованих реалістично, контурно, силуетно. Спеціальним варіантом є фігура Поппельрейтера, в якій дитина повинна розібрати накладені один на одного контурні зображення. Спеціальною пробою, що дає змогу чітко встановити збереженість активних форм сприйняття, є проба Рево д'Аллона, коли дитині пропонують виділити фігури із однорідного фону; показ сюжетних малюнків, об'єднаних в одне смислове ціле. Серію цих проб слід починати із зображення наочних ситуацій, зміст яких може бути визначений безпосередньо (наприклад, діти катаються на санчатах), і закінчувати складними малюнками, зміст яких можна зрозуміти лише внаслідок зіставлення деталей. В останньому разі, щоб зрозуміти зміст складного сюжетного малюнка, дитина має одночасно сприйняти низку предметних зображень, знайти провідну смислову ланку малюнка і встановити смислові зв'язки, що існують між його істотними елементами, відкинувши інші як неістотні;

- обстеження стану сформованості просторового гнозису передбачає використання такої серії проб: безпосереднє спостереження за орієнтацією дитини в просторі; копіювання серій геометричних фігур, елементи яких мають певну просторову організацію. Це завдання дитина може виконувати або малюванням фігури, або викладанням її із сірників, або знайшовши потрібну серед кількох запропонованих на вибір фігур; проба Хеда, за якої дитина має відтворити положення рук поверненої обличчям до неї людини, по думки здійснивши потрібне переміщення дзеркально сприйнятого положення; зображення схем просторових співвідношень, наприклад, плану логопедичного кабінету, кімнати групи, плану шляху з групи до спортивної зали; розпізнавання символічно позначених просторових співвідношень. Це передбачає розпізнавання дитиною правої і лівої сторін свого тіла; правої і лівої сторони оберненого обличчям до дитини логопеда; розпізнавання названих логопедом пальців своєї руки. Дітям шкільного віку можна запропонувати завдання на розпізнавання і написання римських цифр (IX і XI, IV і VI), що відрізняються просторовими співвідношеннями;

- для обстеження стану розвитку сукцесивних (послідовних) синтезів найзручнішим методом є серія проб на сприймання, утримання і відтворення ритмів. Вона складається з таких завдань: дитині пропонують послухати низку ритмічних ударів (два або три послідовних) і оцінити, з яких із них складається ця група (короткі або

довгі); після проведення цієї проби дитині пропонують назвати кількість ударів (наприклад, два удари і ще один або два сильні і три слабкі удари тощо); дитині пропонують відтворити заданий ритм. Якщо ритм відтворено неправильно, то зазначають, якою мірою дитина усвідомлює цю неточність у відтворенні ритмів.

Використання логопедом описаних серій методик дає можливість скласти уявлення про характер функціональних порушень ще до обстеження стану мовленнєвих процесів дитини. Результати виконання цих завдань є основою для вивчення мовленнєвої діяльності, тобто її чотирьох видів: слухання, говоріння, розуміння і писемного мовлення (письма, читання).

Вивчення стану сформованості усного мовлення.

Розлади звуковимови у дітей з дизартричними порушеннями досліджують з кількох позицій. З позиції структурної фонетики вивчають:

- акустичні дані звуковимовного процесу, а саме: характеристику голосу (його висоту, силу, рухомість, здатність до модуляції), тобто застосовують метод слухового фонетичного аналізу;
- просодичну організацію звукового потоку (ритм, темп, мелодику мовлення);
- інтонаційні можливості звукової будови мовлення;
- артикуляційні дані звуковимовного процесу (характеристику сили, точності, плавності, швидкості, співрозмірності, синхронності, симетричності, вільності артикуляційних рухів);
- фонетичну забарвленість звуків – визначення характеру дефектного вимовляння звуків (пропуски, спотворення, заміну, добавляння звуків).

З позицій структурної лінгвістики в логопедичній практиці обстежують особливості використання дитиною фонемних одиниць вимовляння в процесі читання та письма.

З позиції психолінгвістики вивчають особливості:

- смислового змісту звукового потоку – семантичного та емоційного (як говорять герої казки – сумно, весело тощо);
- фонематичного сприйняття мовлення, розпізнавання і диференціації звукової будови мовлення;
- особистісної готовності до вдосконалення звукової системи мовлення;
- неусвідомленого і свідомого контролю за динамічною організацією звукової програми висловлювання.

Безумовно, в разі дизартричних порушень, крім звуковимови, забезпечується виявлення інших звуковимовних розладів (дихання, голосу, членороздільності). Ці порушення зазвичай є провідними в загальній картині зазначеної мовленнєвої патології. Якщо за дизартрії в дитини, крім вад звуковимови, також наявне загальне недорозвинення мовлення, то для вивчення стану її лексико-граматичного недорозвинення й особливостей розуміння мовлення застосовують методику, аналогічну методиці, яку логопед використовує в разі загального недорозвинення мовлення.

3. КОРЕКЦІЯ ДИЗАРТРІЇ

Тісний взаємозв'язок розвитку мовлення, сенсорних функцій, моторики та інтелекту визначає необхідність корекції порушень мовлення при дизартрії у дітей у поєднанні зі стимуляцією розвитку всіх її сторін, сенсорних і психічних функцій, здійснюючи тим самим формування мовлення як цілісної психічної діяльності.

Система логопедичного впливу при дизартрії має комплексний характер: корекція звуковимови поєднується з формуванням звукового аналізу та синтезу, розвитком лексико-граматичної сторони мовлення і зв'язного висловлювання. Специфікою роботи є поєднання диференційованого артикуляційного масажу і гімнастики, логопедичної ритміки, а в ряді випадків і з загальною лікувальною фізкультурою, фізіотерапією і медикаментозним лікуванням.

Ефективність логопедичних занять залежить від їх раннього початку і систематичності проведення.

Робота над звуковимовою будується з урахуванням наступних положень:

1. Залежність від форми дизартрії, рівня мовленнєвого розвитку та віку дитини.

2. Розвиток мовленнєвої комунікації. Формування звуковимови повинно бути спрямоване на розвиток комунікації, шкільної і соціальної адаптації дитини.

3. Розвиток мотивації, прагнення до подолання наявних порушень, розвиток самосвідомості, самоствердження, саморегуляції та контролю, почуття власної гідності і впевненості у своїх силах.

4. Розвиток диференційованого слухового сприймання та звукового аналізу.

5. Посилення перцепції артикуляційних укладів і рухів шляхом розвитку зорово-кінестетичних відчуттів.

6. Поетапність. Починають з тих звуків, артикуляція яких у дитини більш збереженою. Іноді звуки вибирають за принципом більш простих моторних координації, але обов'язково з урахуванням структури артикуляційного дефекту в цілому, в першу чергу працюють над звуками раннього онтогенезу.

7. При тяжких порушеннях, коли мовлення є повністю не зрозумілим для оточуючих, робота починається з ізольованих звуків і зі складів. Якщо мовлення дитини є щодо зрозумілим і в окремих словах вона може вимовляти дефектні звуки правильно, робота починається з цих «ключових» слів. У всіх випадках необхідна автоматизація звуків у всіх контекстах і в різних мовленнєвих ситуаціях.

8. У дітей з ураженням центральної нервової системи важливе значення має попередження важких порушень звуковимови шляхом систематичної логопедичної роботи в домовленнєвому періоді.

Логопедична робота при дизартрії проводиться поетапно.

Перший етап, підготовчий – основні його цілі: підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів, у дитини раннього віку – виховання потреби в мовленнєвому спілкуванні, розвиток і уточнення пасивного словника, корекція дихання та голосу.

Важливим завданням на цьому етапі є розвиток сенсорних функцій, особливо слухового сприймання та звукового аналізу, а також сприйняття і відтворення ритму.

Методи і прийоми роботи диференціюються залежно від рівня розвитку мовлення. При відсутності мовленнєвих засобів спілкування у дитини стимулюють початкові голосові реакції і викликають звуконаслідування, яким надають характер комунікативної значущості.

Логопедична робота проводиться на тлі медикаментозного впливу, фізіолікування, лікувальної фізкультури та масажу.

Другий етап – формування первинних комунікативних вимовних навичок. Основна його мета: розвиток мовленнєвого спілкування і звукового аналізу. Проводиться робота з корекції артикуляційних порушень: при спастичності – розслаблення м'язів артикуляційного апарату, вироблення контролю над становищем рота, розвиток артикуляційних рухів, розвиток голосу; корекція мовленнєвого дихання; розвиток відчуттів артикуляційних рухів і артикуляційного праксису.

Робота з розслаблення м'язів артикуляційного апарату починається із загального м'язового розслаблення, розслаблення шийної, грудної мускулатури, м'язів рук. Потім проводиться розслаблюючий масаж м'язів обличчя. Рухи починаються з середини лоба у напрямку до скронь. Вони робляться легкими погладжувальними рівномірними рухами кінчиками пальців в повільному темпі.

Розслаблюючий масаж проводиться дозовано, поширюється тільки на ті області обличчя, де є підвищення м'язового тону, у групах же м'язів млявих, ослаблених застосовується тонізуючий, зміцнюючий масаж. Другим напрямком розслаблюючого масажу обличчя є рух від брів до волосистої частини голови. Рухи проводяться рівномірно обома руками з двох сторін. Третім напрямком руху є рух вниз від лінії чола, через щоки до м'язів шиї і плеча. Потім приступають до розслаблення м'язів губ. Логопед поміщає свої вказівні пальці на точку, що знаходиться між серединою верхньої губи і кутом рота з обох сторін. Рухи йдуть до середньої лінії, так що верхня губа збирається у вертикальну складку. Такий же рух робиться з нижньою губою, потім з обома губами разом. У наступній вправі вказівні пальці логопеда поміщаються в те ж положення, але рухи йдуть вгору по верхній губі, оголюючи верхні ясна, і вниз по нижній губі, оголюючи нижні ясна. Потім вказівні пальці логопеда поміщаються в кути рота і губи розтягуються (як при посмішці). Зворотним рухом з утворенням зморшок губи повертаються у вихідне положення. Ці вправи проводяться при різному положенні рота: рот закритий, відкритий, напіввідкритий, широко відкритий.

Після розслаблення, а при низькому тонусі – після зміцнюючого масажу губ тренують їх пасивно-активні рухи. Дитину вчать захоплювати і утримувати губами льодяники, палички різного діаметру, вчать пити через соломинку.

Після загального м'язового розслаблення і описаних вище вправ приступають до тренування м'язів язика. При їх розслабленні важливо враховувати, що вони тісно пов'язані з м'язами нижньої щелепи. Тому рух вниз в порожнині рота спастично піднятого язика найпростіше досягається під час одночасного руху донизу нижньої щелепи (відкривання рота). Дітям шкільного віку подібні вправи пропонуються у вигляді аутотренінгу: «Я спокійний, абсолютно розслаблений, язик спокійно лежить у роті. Повільно опускаю його вниз, коли опускається нижня щелепа».

Якщо цих прийомів недостатньо, то корисно на кінчик язика покласти шматочок стерильної марлі або стерильну пробку. Таким виникає тактильне відчуття, що допомагає дитині зрозуміти, що щось заважає вільним рухам язика, тобто відчутти стан спастичності. Після цього логопед шпателем виконує легкі горизонтальні натиски. Наступним прийомом є легкі плавні погойдують язика в сторони. Логопед обережно захоплює язика шматочком марлі і плавно ритмічно рухає його в сторони. Поступово пасивна допомога логопеда зменшується, і дитина сама починає виконувати ці вправи. Масаж проводить фахівець (ЛФК), однак елементи його використовуються логопедом, батьками під обов'язковим контролем лікаря, з дотриманням необхідних гігієнічних правил.

Вироблення контролю за положенням рота. Відсутність контролю за станом рота у дітей з дизартрією значно ускладнює розвиток довільних артикуляційних рухів. Зазвичай рот у дитини відкритий, виражена слинотеча.

Перший етап роботи – вправи для губ, що сприяють їх розслабленню і посиленню тактильних відчуттів у поєднанні з пасивним закриванням рота дитини. Увага фіксується на відчутті закритого рота, дитина бачить це положення в дзеркалі.

На другому етапі закривання рота проводиться пасивно-активним шляхом. Спочатку дитині легше закрити рот в положенні нахилу голови і легше його відкрити в положенні злегка закинutoю голови. На початкових етапах роботи використовуються ці полегшені прийоми. Перехід від пасивних рухів відкривання рота до активних стає можливим через рефлексорне позіхання.

На третьому етапі тренують активні відкривання і закривання рота за словесною інструкцією: «Відкрий рот широко», «Витягни губи вперед», «Збери губи в трубочку і поверни їх у вихідну позицію».

Пропонуються різні завдання з імітації положення рота, представленого на картинках. Поступово вправи трохи ускладнюються: дитину просять дути через розслаблені губи, виробляти вібраційні рухи.

Артикуляційна гімнастика. При її проведенні велике значення має тактильно-пропріоцептивна стимуляція, розвиток статико-динамічних відчуттів, чітких артикуляційних кінестезій.

На початкових етапах роботу проводять з максимальним підключенням інших, більш збережених аналізаторів (зорового, слухового, тактильного). Багато вправ проводять із закритими очима, привертаючи увагу дитини до пропріоцептивних відчуттів.

Артикуляційна гімнастика диференціюється залежно від форми дизартрії і тяжкості ураження артикуляційного апарату.

Перед роботою з розвитку рухливості мовленнєвої мускулатури проводять вправи для м'язів обличчя. Вже з дошкільного віку у дитини розвивають довільність і диференційованість м'язів обличчя і контроль за своєю мимікою. Дитину вчать за інструкцією закривати і відкривати очі, супити брови, надувати щоки, ковтати слину, закривати і відкривати рот.

Для розвитку достатньої сили м'язів обличчя, губ використовують спеціальні вправи з опором, застосовуючи стерильні серветки, трубочки. Дитина обхоплює трубочку губами і намагається її утримати, незважаючи на спроби дорослого витягнути її з рота.

Артикуляційна гімнастика язика починається з виховання активного дотику кінцем язика до краю нижніх зубів. Потім розвивають загальні, менш диференційовані рухи язика спочатку в пасивному плані, потім у пасивно-активному і, нарешті, активні рухи.

Стимуляція м'язів кореня язика починається з їх рефлексорних скорочень шляхом подразнення кореня язика шпателем. Закріплення здійснюють довільними покашлюваннями.

Важливим розділом артикуляційної гімнастики є розвиток більш тонких і диференційованих рухів язика, активізація його кінчика, відмежування рухів язика і нижньої щелепи. Корисні вправи зі стимуляції рухів кінчика язика при відкритому роті, нерухою щелепі. Розвиток артикуляційної моторики ведеться систематично, довготривало, використовуючи загальний комплекс і специфічні вправи. Робота полегшується використанням ігор, які підбираються залежно від характеру і ступеня тяжкості ураження артикуляційної моторики, а також з урахуванням віку дитини.

Розвиток голосу. Для розвитку та корекції голосу у дітей з дизартрією використовуються різні ортофонічні вправи, спрямовані на розвиток координованої діяльності дихання, фонації і артикуляції.

Робота над голосом починається після артикуляційної гімнастики і масажу, розслаблення шийної мускулатури, спеціальних вправ з виконання рухів на всі боки головою (м'язи шиї розслаблені) з одночасним промовлянням ланцюжків голосних звуків.

Велике значення для корекції голосу має активізація рухів м'якого піднебіння: ковтання крапель води, покашлювання, позіхання, вимовляння голосного звуку *a* на твердій атаці. Вправи проводяться перед дзеркалом, під рахунок. Використовуються такі прийоми:

стимуляція задньої частини язика і піднебіння легкими рухами за допомогою шпателя; навчання довільному ковтанню. Стимулюються кашлеподібні рухи, позіхання, піднебінний і глотковий рефлекс.

Для голосоутворення велике значення мають рухи щелеп: відкривання і закривання рота, імітація жування. Використовують щелепний рефлекс тримтільний: легко постукувальні ритмічні рухи по підборіддю викликають рух нижньої щелепи вгору.

Використовуються також спеціальні вправи з опускання нижньої щелепи. Спочатку на тлі м'язового розслаблення логопед допомагає у виконанні даного руху, домагаючись опускання нижньої щелепи приблизно на 1 – 1,5 см (закривання рота дитина робить самостійно).

Виробляють довільний контроль за обсягом і темпом виконання руху, використовуючи різні наочні прийоми (малюнок із зображенням опускання відра в колодязь, кулька, прив'язаний до мотузки, мімічні картинки і т. д.).

Потім ці вправи виконуються за словесною інструкцією з одночасною вимовою різних звукових сполучень: дон-дон, кар-кар, ав-ав і т. д.

Для зміцнення м'язів м'якого піднебіння використовуються вправи в чергуванні його розслаблення і напруги. Дитину просять до закінчення позіхального руху уривчасто вимовити звук *a*, а при широко відкритому роті перейти від вимови звуку *a* до звуку *n*, затримуючи повітря в роті під тиском. Увага дитини залучається до відчуття стану м'якого піднебіння. Використовують вправи з розвитку сили, тембру і висоти голосу: прямий рахунок десятками з поступовим посиленням голосу і зворотний рахунок з поступовим його ослабленням. Для розвитку висоти тембру і інтонації голосу велике значення мають різні ігри, читання казок за ролями, інсценування і т. д.

Корекція мовленнєвого дихання. Дихальна гімнастика починається з загальних дихальних вправ, мета яких збільшити обсяг дихання і нормалізувати його ритм.

Дитину вчать дихати при закритому роті, поперемінно затискаючи то одну, то іншу ніздрю, для посилення глибини вдиху перед ніздрями дитини створюється «віяло повітря».

Проводяться вправи з тренування носового видиху. Дитині дається інструкція не відкривати рот: «Вдихай глибоко і видихай тривало через ніс».

Наступна вправа спрямована на розвиток переважно ротового вдиху. Логопед закриває ніздрі дитини і просить її вдихати через рот до

того моменту, коли він її попросить вимовити окремі голосні звуки або склади.

Використовуються вправи з опором. Дитина вдихає через рот. Логопед кладе руки на грудну клітку дитини, як би перешкоджаючи вдиху протягом 1-2 секунд. Це сприяє більш глибокому і швидкому вдиху і більше подовженому видиху.

Дитину просять затримувати вдих, домагаючись швидкого і глибокого вдиху і повільного тривалого видиху.

Вправи проводять щодня по 5 – 10 хвилин. Під час цих вправ в момент видиху логопед вимовляє різні ланцюжки голосних звуків, стимулюючи дитину до наслідування, варіюючи при цьому гучність і тональність голосу. Потім дитину стимулюють до вимовлення щільних приголосних ізольовано і в поєднанні з голосними і інших звуків

При дихальній гімнастиці намагаються не перевтомлювати дитину, стежать, щоб вона не напружувала плечі, шию, не приймала патологічних поз, всі дихальні рухи повинні проводитися плавно, під рахунок або під музику.

Дихальна гімнастика проводиться до їжі, в добре провітреному приміщенні.

Розвиток відчуттів артикуляційних рухів і артикуляційного праксису. Для розвитку рухово-кінестетичного зворотного зв'язку необхідно проводити наступні вправи. Потряхування верхньої і нижньої губи; піднімання щік від зубної арки, опускання і піднімання нижньої щелепи.

Переведення язика над нижніми і верхніми різцями. Спочатку логопед проводить їх перед дзеркалом, потім без нього, очі дитини закриті, логопед робить той чи інший рух, а дитина називає його.

Необхідно тренування наступних артикуляторно-сенсорних схем:

- двугубна: губи пасивно змикаються, утримуються в цьому положенні. Увага дитини фіксується на зімкнутих губах, потім її просять дути через губи, розриваючи їх контакт;

- губно-зубна: вказівним пальцем лівої руки логопед піднімає верхню губу дитини, оголюючи верхні зуби, вказівним пальцем правої руки піднімає нижню губу до рівня верхніх різців і просить дитину дути;

- язиково-зубна: язик поміщається і утримується між зубами;

- язиково-альвеолярна: кінчик язика притискається і утримується у альвеолярного відростка, дитину просять дути, розриваючи контакт;

- язиково-піднебінна: голова дитини дещо закидається назад, задня частина язика піднімається до твердого піднебіння, дитину просять робити кашльові рухи, фіксуючи її увагу на відчуттях язика і піднебіння.

Для розвитку артикуляційного праксису велике значення має рано розпочата логопедична робота, розширення і збагачення мовленнєвого досвіду дитини, а також переважання спеціальних складових вправ над чисто артикуляційними. Підбираються серії складів, які потребують послідовної зміни різних артикуляційних рухів.

Корекція звуковимови. Використовується принцип індивідуального підходу. Спосіб постановки та корекції звуку вибирається індивідуально. При порушеннях вимови декількох звуків важлива послідовність в роботі. В першу чергу для корекції відбираються ті фонемі, які в певних контекстах можуть вимовлятися правильно, а також ті, моторні координації яких найбільш прості. Або вибирається звук, який найбільш легко піддається корекції, наприклад звук, який відображено вимовляється дитиною правильно.

Перед викликанням і постановкою звуків важливо домагатися їх розрізнення на слух. Моделюючи дитині той чи інший артикуляційний уклад, логопед стимулює викликання ізольованого звуку, потім його автоматизує в складах, словах і в контекстній висловлювання. Необхідне тренування слухового сприйняття, дитина повинна навчитися слухати саму себе, вловлювати різницю між своєю вимовою і нормалізованим звуком.

Існує кілька прийомів постановки звуків при дизартрії. Найбільш поширеним є метод так званої фонетичної локалізації, коли логопед язика та губам дитини пасивно додає необхідну позицію для того чи іншого звуку. Використовуються зонди, плоскі пластинки для язика і цілий ряд інших пристосувань. Увага дитини залучається до відчуття положень. Потім вона виконує рухи самостійно при деякій допомозі логопеда і без неї.

Основними методами роботи є: рухово-кінестетичні та слухозорово-кінестетичний. У процесі логопедичної роботи встановлюються міжканалізаторний зв'язок між рухом артикуляційних м'язів і їх відчуттям, між сприйняттям звуку на слух, зоровим образом артикуляційного укладу даного звуку і руховим відчуттям при його

вимові. Всі методи корекційної роботи засновані на закономірностях розвитку фонетико-фонематичної системи мовлення в нормі.

При формуванні звуковимови у різних ситуаціях мовної комунікації, попередженні та подоланні вторинних порушень мовлення логопед проводить роботу з автоматизації та диференціації звуків, формуванню вимовних навичок в різних ситуаціях спілкування. Звуки закріплюються в словах і реченнях.

Для автоматизації використовується прийом одночасної вимови звуку і зображення його символу – писання і говоріння. Ці вправи сприяють посиленню звуку, збагаченню його моторною дією. Для дітей, які не можуть писати, звук вимовляється одночасно з поплескуванням пальцями або постукуванням ногою. Потім новий звук закріплюється в різних складах. Поступово переходять від простих вправ до більш складних, прискорюючи темп вправ.

При роботі над звуковимовою важливо виявити збережені компенсаторні можливості дитини (збережені звуки, артикуляційні рухи, спеціальні звукосполучення і слова, в яких дефектні звуки вимовляються правильно). Робота будується з опорою на ці збережені ланки.

Корекція звуковимови поєднується з роботою над її виразністю. Робота проводиться шляхом наслідування. Дитину вчать прискорювати і сповільнювати темп мовлення в залежності від змісту висловлювання, рівномірно чергувати наголошені і ненаголошені склади, виділяти паузами або підвищенням голосу окремі слова або групи слів.

Зміст і методи роботи видозмінюються залежно від характеру і тяжкості дизартрії, від загального рівня мовленнєвого розвитку. При поєднанні дизартрії з мовним недорозвиненням здійснюється комплексна програма логопедичних занять, що включає фонетичну роботу, розвиток фонематичного слуху, роботу над словником, граматичним ладом, а також спеціальні заходи, спрямовані на попередження або корекцію порушень писемного мовлення. В інших випадках проводиться робота над звуковимовою та уточненням фонематичного слуху.

У всіх випадках основним завданням логопедичної роботи при дизартрії є розвиток і полегшення мовної комунікації, а не тільки формування правильної звуковимови. Використовуються прийоми ігрової терапії у поєднанні з індивідуальною роботою над артикуляцією, диханням, фонацією і корекцією звуковимови, а також над особистістю дитини в цілому.

При дизартрії необхідна рання, тривала і систематична логопедична робота. Успіх її в значній мірі залежить від взаємозв'язку в роботі логопеда і лікаря-невропатолога або психоневролога, логопеда і батьків, а при явних рухових порушеннях – логопеда і масажиста, фахівця з лікувальної фізкультури.

Список використаної літератури

1. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – вид. 3-тє, перер. та доповн. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. – 776 с.
2. Логопедия: Учеб.для студ. дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2006. – 680 с.
3. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Изд. 5-е. – Ростов на Дону: Феникс, 2006. – 445 с.: ил.
4. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте: метод.пособие / Сост. И.Ю. Кондратенко. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 224 с.
5. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 123 с.
6. Гуровец Г.В., Маевская С.И. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих стертой дизартрией и ринофонией и методы коррекционного воздействия. // Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых. М., 1981. – 112с.
7. Ипполитова М.В., Вабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Книга для родителей. – М., 1993. –204 с.
8. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учеб.пособие / Под ред. Е.А. Логиновой. – СПб.: «Союз», 2005. – 192 с.
9. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. - СПб: Образование, - 1994. – 209 с.
10. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. –1985 – 236 с.
11. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. Логопедическое обследование: метод. Пособие / Н.В. Микляева. – М.: Айрис-пресс, 2007. – 96 с.
12. Нарушение речи у дошкольников. / Под ред. Р.А.Беловой-Давид, - М.: Просвещение, 1972. – 230с.
13. Нарушения речи и голоса у детей. / Под ред. С.С.Ляпидевского, - М.: Просвещение, 1975. – 143с.
14. Хрестоматия по логопедии Ч. 1 / Под ред. Волковой Л.С., Селивёрстова В.И. – М.: Гуманист, 1997. – 560 с.
15. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник/ Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – 360 с.

	Зміст	
Вступ		3
I Практичний блок		4
II Теоретичний блок		11
1. Дизартрія як різновид мовленнєвого дизонтогенезу		11
2. Обстеження дітей з дизартрією		17
3. Корекція дизартрії		24
Список використаної літератури		34

Навчальне видання

Марина Вікторівна Лепетченко

**Логопедія.
Дизартрія**

Підписано до друку -2.09.2015. Формат 60x84/16. Папір друкарський.
Друк плоский. Ум друк. арк. 2,25. Ум.фарбовідб. 3,3. Тираж. 50 прим.
