

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**МИКОЛАЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ В. О. СУХОМЛИНСЬКОГО**

**Кисличенко В. А.**

**Сорочан Ю.Б.**

**Навчально-методичний посібник  
ЛОГОПЕДІЯ З ІСТОРІЄЮ ЛОГОПЕДІЇ**

**Частина II**

**для студентів III курсу спеціальності «Корекційна освіта. Логопедія»  
( розділи «Дизартрія», «Порушення темпу мовлення несудомного характеру»  
та «Заїкання»)**

**Миколаїв, 2017 р.**

**УДК 376.36**

**ББК 74.3**

Рекомендовано кафедрою спеціальної освіти  
Миколаївського національного університету  
ім. В. О. Сухомлинського  
( протокол № від р.)

**Рецензенти:**

Доктор педагогічних наук,  
професор МНУ ім. В. О. Сухомлинського  
Н. В. Савінова

Кандидат педагогічних наук,  
доцент МНУ ім. В. О. Сухомлинського  
.....

Навчально - методичний посібник містить інструктивні матеріали, рекомендації для студентів педагогічних університетів. До практичних та лабораторних занять визначено завдання та методичні рекомендації до їх виконання. Збірник містить теоретичний матеріал до змісту практичних занять, критерії оцінювання, список літератури та інтернет-джерел, завдання для самоконтролю рівня засвоєних знань.

Видання адресоване викладачам, студентам спеціальності «Корекційна освіта. Логопедія». Матеріали посібника допоможуть студентам в організації підготовки до практичних і лабораторних занять з курсу «Логопедія з історією логопедії»: Навчально - методичний посібник. - Миколаїв: Атол, 2017. – 45 с.

**УДК 376.36**

**ББК 74.3**

**В. А. Кисличенко  
Ю. Б.Сорочан, 2017**

## Зміст

|   |     |
|---|-----|
| Мета та основні завдання курсу «Логопедія з історією логопедії».....      | 4   |
| Методичні вказівки для викладача та студентів.....                        | 9   |
| Плани практичних та лабораторних занять.....                              | 10  |
| Теоретичний матеріал до практичних та лабораторних занять.....            | 25  |
| Методичні рекомендації щодо організації самостійної роботи студентів..... | 123 |
| Блок завдань у підготовці до заліку.....                                  | 126 |
| Методичні рекомендації до індивідуальної роботи.....                      | 128 |
| Література.....   | 131 |

## Передмова

### *Значення курсу у підготовці логопедів*

**Метою** викладання курсу «Логопедія з історією логопедії» є надання теоретичних та практичних знань з предмету, що забезпечує професійну підготовку дефектологів та базовий запас знань з дисципліни, які необхідні майбутнім фахівцям (учителям-логопедам), а саме: ознайомлення студентів із теоретичними та методологічними основами логопедії, методами та прийомами корекційної роботи з подолання тяжких порушень мовлення за нозологічним спрямуванням. Професійна діяльність майбутнього логопеда полягає в наданні медико–педагогічної допомоги дітям з різноманітними мовленнєвими порушеннями. Ця допомога полягає в організації системи корекційних занять, спрямованих на виправлення мовленнєвих порушень, викликаних вродженими або набутими вадами психофізіологічного характеру на фундаменті медичних та психолого–педагогічних знань.

**Завданням** вивчення дисципліни «Логопедія з історією логопедії» є формування професійної компетентності у студентів спеціальності Корекційна освіта. Логопедія

- **практичні:** навчити

Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти

**повинні знати:**

- нормальний та патологічний онтогенез мовлення, механізм та вікові особливості його формування
- загальну характеристику різних мовленнєвих порушень в історичному аспекті, етіологію, механізми, симптоматику, класифікацію, динаміку перебігу порушень мовлення за умов спонтанного та цілеспрямованого навчання та виховання;
- питання організації логопедичної допомоги та профілактики мовленнєвих порушень;

**повинні вміти:**

- діагностувати та класифікувати рівні мовного та мовленнєвого розвитку;
- на основі узагальнення вміти формувати логопедичне заключення,
- діагностувати певну мовленнєву ваду та визначати ефективні шляхи корекційного впливу для різних категорій дітей із ТПМ;
- складати перспективний план логопедичної корекції з урахуванням порушень первинного характеру
- самостійно проводити корекційно-виховну роботу з дітьми;
- методично правильно будувати заняття з дітьми;
- застосовувати різноманітні прийоми корекції певної вади мовлення;
- виготовляти та використовувати посібники та необхідний дидактичний матеріал для логопедичної роботи;

– проводити кваліфіковане психолого-педагогічне обстеження з метою вивчення перебігу психічного розвитку, відповідності його віковим нормам, а також структури дефекту при певній мовленнєвій ваді.

## **Програма навчальної дисципліни**

### **Модуль 1. Дизартрія**

**Тема 1.** Дизартрія. Етіологія та механізми дизартрії.

**Тема 2.** Класифікація дизартрій.

**Тема 3.** Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Питання діагнозу.

**Тема 4.** Характеристика різних форм дизартрії.

**Тема 5.** Диференціація дизартрії від інших мовленнєвих порушень.

**Тема 6.** Особливості організації корекційної роботи при дизартрії.

**Тема 7.** Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.

**Тема 8.** Самостійна корекційно-логопедична робота по подоланню дизартрії у дітей дошкільного віку.

### **Модуль 2. Порушення темпу мовлення несудомного характеру**

**Тема 9.** Порушення темпо-ритмічної організації мовлення несудомного характеру (брадилалія, тахілалія).

**Тема 10.** Мовленнєві та немовленнєві порушення під час баттаризму (парафазії) та полтерну (спотикання).

**Тема 11.** Система корекційного впливу для осіб з порушеннями темпу мовлення несудомного характеру.

### **Модуль 3. Заїкання**

**Тема 12.** Мовленнєві судоми.

**Тема 13.** Класифікація заїкання.

**Тема 14.** Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих.

**Тема 15.** Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих.

| Назви змістових модулів і тем   | Кількість годин |              |               |         |     |
|---|-----------------|--------------|---------------|---------|-----|
|   | усь<br>ого      | у тому числі |               |         |     |
|   |                 | лекц./<br>з. | практ<br>./з. | лаб./з. | с/р |
|   | 96              | 30           | 16            | 20      | 30  |
| <b>Модуль 1. Дизартрія</b>  |                 |              |               |         |     |
| <b>Тема 1.</b> Дизартрія. Етіологія та механізми дизартрії.   | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Тема 2.</b> Класифікація дизартрій.  | 6               | 2            |               | 2       | 2   |
| <b>Тема 3.</b> Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Питання діагнозу.                    | 8               | 2            |               | 4       | 2   |
| <b>Тема 4.</b> Характеристика різних форм дизартрії.  | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Тема 5.</b> Диференціація дизартрії від інших мовленневих порушень.  | 8               | 2            |               | 4       | 2   |
| <b>Тема 6.</b> Особливості організації корекційної роботи при дизартрії.                                      | 8               | 2            |               | 4       | 2   |
| <b>Тема 7.</b> Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.  | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Тема 8.</b> Самостійна корекційно-логопедична робота по подоланню дизартрії у дітей дошкільного віку.      | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Всього:</b>  | 54              | 16           | 8             | 14      | 16  |
| <b>Модуль 2. Порушення темпу мовлення несудомного характеру</b>   |                 |              |               |         |     |
| <b>Тема 9.</b> Порушення темпо-ритмічної організації мовлення несудомного характеру (брадилалія, тахілалія).  | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Тема 10.</b> Мовленнєві та немовленнєві порушення під час баттаризму (парафазії) та полтерну (спотикання). | 6               | 2            |               | 2       | 2   |
| <b>Тема 11.</b> Система корекційного впливу для осіб з порушеннями темпу мовлення несудомного характеру.      | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Всього:</b>  | 18              | 6            | 4             | 2       | 6   |
| <b>Модуль 3. Заїкання</b>   |                 |              |               |         |     |
| <b>Тема 12.</b> Мовленнєві судоми.  | 6               | 2            | 2             |         | 2   |
| <b>Тема 13.</b> Класифікація заїкання.  | 6               | 2            |               | 2       | 2   |
| <b>Тема 14.</b> Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих.                                       | 6               | 2            | 2             |         | 2   |

|   |    |   |   |   |   |
|---|----|---|---|---|---|
| <b>Тема 15.</b> Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих. | 6  | 2 |   | 2 | 2 |
| <b>Всього:</b>  | 24 | 8 | 4 | 4 | 8 |



## **Методичні рекомендації до проведення практичних занять**

Практичні заняття відіграють важливу роль у навчанні студентів. Вони передбачають посилену практичну, діяльність майбутніх спеціалістів і можуть проводитися у формі семінарських, лабораторних, тренувальних вправ тощо.

**Мета практичного заняття:** поглибити, розширити та закріпити знання, отримані на лекції в узагальненій формі; сприяти виробленню навичок професійної діяльності.

### *Вимоги до практичних занять:*

- чітко визначені мета і план заняття, які мають бути усвідомлені не лише викладачем, а й студентами;
- оптимальна динаміка заняття;
- поступове зростання складності виконуваних завдань;
- оптимальне співвідношення репродуктивних і творчих завдань;
- індивідуальний підхід до студентів, урахування їхнього рівня підготовки й інтересів, що відображаються в розроблених завданнях і плані заняття;
- визначення ролі викладача в процесі педагогічного спілкування (консультант, помічник, радник).

Структура практичного заняття здебільшого має такий вигляд:

- вступне слово викладача;
- відповіді на запитання студентів з матеріалу, який вони не зрозуміли;
- самостійна письмова робота, практична частина як планова;
- оцінювання роботи студентів;
- висновки.

## **Методичні рекомендації до проведення лабораторних занять**

Відповідно до програми, лабораторні заняття проводяться не більше як з однією групою студентів згідно з розкладом, запропонованим кафедрою, навчальною частиною та деканатом.

На лабораторних заняттях викладач надає студентам більш детальні відомості щодо діагностики, характеру прояву, корекції та профілактики тяжких порушень мовлення, вторинних порушень та їх вплив на подальший розвиток дитини. Поряд з цим він роз'яснює студентам приклади виконання тих чи інших лабораторних завдань, передбачених цими методичними вказівками. Під час проведення лабораторної роботи викладач пропонує до самостійного виконання кожному студенту індивідуальний варіант завдання згідно запропонованої теми.

Студенти повинні систематично відвідувати всі лабораторні заняття. Якщо студент з тих чи інших причин не відвідував лабораторні заняття, він самостійно відпрацьовує лабораторну роботу за наданою літературою, згідно з цими методичними вказівками і виконує відповідне завдання, отримуючи консультації у викладача. Тільки після цього студент може розпочинати захист лабораторної роботи для отримання певної оцінки.

## **Практичне заняття №1 – 2 год.**

### **Тема: Дизартрія. Етіологія та механізми дизартрії.**

#### ***Теоретична частина***

1. Історичний аспект вивчення дизартрії.
2. Причини виникнення дизартрії:
  - а) екзогенного походження;
  - б) ендogenousного походження.
3. Механізми дизартрії (клініко-фізіологічний аспект):
  - а) порушень центрального характеру;
  - б) порушень периферичного характеру.
4. Психолінгвістичне вивчення дизартрії.
5. Класифікація дизартрії

#### ***Практична частина***

1. Розкрийте положення про те, що дизартрія є складним системним порушенням мовлення.
2. Поясніть причини виникнення дитячого церебрального паралічу (ДЦП).
3. Розкрийте механізми порушення при дизартрії. Пригадайте механізми мовлення, значення центрального та периферичного відділів мовленнєворухового аналізатора.

**Персоналії:** Е.Ф.Архипова. І.А.Поварова.

**Словник:** Атаксія. Синергії. Персеверація.

**Тести.** Скласти 13 тестових завдань.

#### **Література:**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Б.В. Петровского. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энциклопедия, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

## **Лабораторне заняття №1 – 2 год.**

### **Тема: Класифікація дизартрій.**

#### ***Теоретична частина***

1. Класифікація дизартричних порушень.
2. Симптоматика дизартрії.
3. Порушення звуковимови:
  - а) дефекти звуковимови;
  - б) розлади тону м'язів артикуляційного апарату;
  - в) порушення рухливості органів артикуляції;
  - г) насильницькі рухи та оральні синкінезії в артикуляційній мускулатурі;
  - д) недостатність артикуляційного праксису.
4. Порушення дихання.
5. Порушення голосової функції та мелодико-інтонаційні розлади.

#### ***Практична частина***

1. Пояснити, яким чином і чому порушується координація трьох систем (артикуляційної, дихальної та голосової) при дизартрії.
2. Законспектувати статтю: Семёнова К.А., Мاستюкова Е.М., Смуглин М.Я. Дизартрии. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селивёрстова. – М.,: Просвещение, 1997. – С. 173-182.
3. Опишіть особливості порушення просодичного боку мовлення при дизартрії та заповніть таблицю: «Діагностика псевдобульбарної дизартрії у дітей з ДЦП (за матеріалами М. А. Поваляєвої).

**Персоналії:** А.М.Пулатов.

**Словник:** -

**Тести.** -

#### ***Література:***

1. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
2. Логопедия. / Под ред. Волковой Л.С. и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
3. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
4. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.

5. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
6. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

### **Лабораторне заняття №2– 4 год.**

**Тема: Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Питання діагнозу.**

#### ***Теоретична частина***

1. Загальні фізичні параметри.
2. Обстеження артикуляційної моторики.
3. Мовленнєві симптоми. Обстеження мовленнєвого праксису.
4. Обстеження просторового гнозису.
5. Діагностика стертих та мінімальних проявів дизартрії.
6. Питання встановлення діагнозу.

#### ***Практична частина***

1. Заповнити таблицю: «Диференційна діагностика стертої форми дизартрії та дислалії» (за матеріалами М. А. Поваляєвої).
2. Підготовка документації для самостійного обстеження дітей дошкільного віку з дизартрією (розробка питальників, схеми обстеження загальної і дрібної моторики, мовленнєвої карти для обстеження стану всіх сторін мовлення, спец.вправ і завдань для обстеження дихання і просодики; їх аргументація, висновки і прогнози).

**Персоналії:** В.И.Селиверстов.

**Словник:** -

**Тести.** -

#### ***Література***

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энциклопедия, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.

8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

### **Практичне заняття №2– 2 год.**

#### **Тема: Характеристика різних форм дизартрії.**

##### ***Теоретична частина***

1. Коркова дизартрія. Три варіанти.
2. Псевдобульбарна дизартрія, форми та прояви (спастична, паретична).
3. Екстрапірамідна дизартрія.
4. Мозочкова дизартрія.

##### ***Практична частина***

1. Виписати у робочий зошит назву черепно-мозкових нервів та зазначити функції, які вони виконують, заповнити таблицю:

**Таблиця: Черепно-мозкові нерви**

| № пари нервів | Назва нерва | Назва ядер | Локалізація ядер | Функції нерва, область його іннервації |
|---------------|-------------|------------|------------------|--|
|               |             |            |                  |  |

2. Робота з таблицями: «Форми дизартрії». «Діагностика дизартрії за локалізацією осередку ураження». Вид дизартрії. Ділянка ураження. Патогенез. Синдроми фонетичних порушень.

**Персоналії.** М.Н.Никитина.

**Словник.** -

**Тести.**-

##### **Література:**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.

7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

### **Лабораторне заняття №3 – 4 год.**

#### **Тема: Диференціація дизартрії від інших мовленнєвих порушень.**

##### ***Теоретична частина***

1. Диференціація дизартрії та дислалії:
  - а) характер та механізми порушення;
  - б) особливості моторики;
  - в) особливості мовлення;
  - г) особливості поведінки;
  - д) ставлення до дефекту;
  - е) неврологічна симптоматика;
  - є) тип дихання;
  - ж) особливості розвитку психічних процесів.
2. Диференціація дизартрії та моторної алалії:
  - а) загальна характеристика вимови звуків (стан моторики артикуляційного апарату, види порушень вимови звуків);
  - б) особливості спотворення звуковимови;
  - в) особливості заміни звуків;
  - г) особливості пропусків звуків.

##### ***Практична частина***

Робота з таблицями. Заповнити таблицю: «Порівняльна характеристика звуковимови у дітей з алалією та дизартрією».

**Персоналії:** Г.Ф.Городецкая.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 5 тестових завдань.

##### **Література**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.

5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

#### **Лабораторне заняття №4– 4 год.**

#### **Тема: Особливості організації корекційної роботи при дизартрії.**

##### ***Теоретична частина***

1. Мета та провідні завдання логопедичної роботи при дизартрії.
2. Принципи логопедичного впливу при дизартрії:
  - а) комплексність;
  - б) системність;
  - в) принцип обхідного шляху;
  - г) принцип індивідуального підходу;
  - д) врахування вікових особливостей;
  - е) патогенетичний принцип;
3. Етапи логопедичного втручання при дизартрії (мета, завдання, зміст):
  - а) підготовчий етап;
  - б) етап формування первинних комунікативних навичок.

##### ***Практична частина***

1. Визначити, від чого залежить успіх логопедичного втручання при дизартрії.
2. Розкажіть, як принцип комплексності реалізується при корекції дизартрії, наведіть приклади.
3. Назвати провідні завдання підготовчого етапу роботи з подолання дизартрії, яке значення надається медикаментозному впливу на цьому етапі.
4. Розкрийте загальний зміст логопедичної роботи з подолання дизартрії, назвіть її основні розділи, обґрунтуйте їх необхідність. Для відповіді на це питання пригадайте структуру дефекту при дизартрії.
5. Робота з таблицями. Заповнити схему: «Комплексний характер та етапи логопедичного впливу при дизартрії».
6. Законспектувати статті: 1) Собонович Е.Ф., Чернопольская Н.Ф. Проявление стёртых дизартрий и методы их диагностики. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Волковой Л.С. и Селивёрстова В.И. – М.,: Владос, 1997. – С. 208-213.

- 2) Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих лёгкими формами дизартрии и функциональной дислалией. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Волковой Л.С. и Селивёрстова В.И. – М.,: Владос, 1997. – С. 214-218.

**Персоналії:** Г.С.Гуменная. И.Ю.Абелева.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 10 тестових завдань.

**Література:**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энциклопедия, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос. 1997. – 556 с.

**Практичне заняття №3 – 2 год.**

**Тема: Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.**

***Теоретична частина***

1. Характеристика реабілітаційних програм (Методика Бобата, метод Войта, кондуктивна методика Петью).
2. Функціональний комплекс В.Козьявкіна.
3. Зміст системи нейрофізіологічної реабілітації.

***Практична частина***

1. Назвіть типи установ, де виховуються та навчаються діти, які страждають на дизартрію.
2. Розкрийте поняття „анартрія”, дайте клініко-психолого-педагогічну характеристику дітям з анартрією. Розкажіть про особливості корекційно-педагогічної роботи із зазначеною категорією дітей.



3. Дайте характеристику поняттям „пасивна гімнастика”, „пасивно-активна гімнастика”, „активна гімнастика”, розкрийте методику проведення цих видів гімнастики.
4. Законспектувати із статей в хрестоматії з логопедії:
  - а) Е.Ф. Архиповой «Четыре уровня доречевого развития детей с детским церебральным параличом» раздел «Коррекционно-педагогическая работа с детьми с церебральным параличом в доречевой период».

**Персоналії:** Л.В.Лопатина.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 5 тестових завдань.

### **Література:**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энцикл-я, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос. 1997. – 556 с.

### **Практичне заняття №4 – 2 год.**

**Тема:** Самостійна корекційно-логопедична робота по подоланню дизартрії у дітей дошкільного віку.

#### ***Теоретична частина***

1. Підготовка і проведення фрагментів фронтальних занять.
2. Підготовка конспектів індивідуальних занять. Етапність проведення.

#### ***Практична частина***

1. Скласти план - конспект фронтального заняття для дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії.

2. Скласти план - конспект індивідуального заняття для дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії.
3. Розробити схему аналізу логопедичного заняття для дітей: а) дошкільного віку; б) молодшого шкільного віку.

**Персоналії:** Л.Ф.Спирова.

**Словник:** -

**Тести.** -

#### **Література**

1. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
2. Большая энциклопедия. / Под ред. Петровского Б.В. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энциклопедия, 1977.
3. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
4. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
5. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
6. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
7. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
8. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

#### **Практичне заняття №5 – 2 год.**

**Тема: Порушення темпо-ритмічної організації мовлення несудомного характеру (браділалія, тахілалія).**

#### ***Теоретична частина***

1. Класифікація порушень темпу мовлення. Визначення.
2. Проаналізувати розвиток проблеми порушення темпу мовлення на прикладі українського та закордонного досвіду.
3. Визначити механізм та структуру дефекту у людей з тахілалією та браділалією.

#### ***Практична частина***

1. Підготувати відеороліки про дітей з різними порушеннями темпу мовлення несудомного характеру.
2. Робота з таблицями. Заповнити таблицю: «Порушення темпу мови. Класифікація».

3. Виписати у зошит синоніми терміну «Тахілалія».

**Персоналії:** М.Надолечны, 1926.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 5 тестових завдань.

**Література:**

1. Беккер К.П. Совак М. Логопедия. М., 1981.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. М., 1985 и др.
3. Зеeman М. Дети с ускоренной речью (тахилалией)// Расстройства речи в детском возрасте. М., 1962.
4. Кочергина В.С. Брадилалия, тахилалия, спотыкание//Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
5. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
6. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. - М., 1969, с. 134-138.
8. Селиверстов В.И. Заикание у детей. М., 1979.
9. Тяпугин Н.П. Заикание у детей. М., 1966.
10. Хрестоматия по логопедии. Под редакцией Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч.1 - с. 120-162.

**Лабораторне заняття № 5– 2 год.**

**Тема: Мовленнєві та немовленнєві порушення під час баттаризму (парафазії) та полтерну (спотикання).**

**Теоретична частина**

1. Мовленнєві порушення (зовнішнє, внутрішнє та письмове мовлення).
2. Особливості немовленнєвої симптоматики.
3. Обстеження дітей з порушеннями темпу мовлення.
4. Система лікувально-педагогічної комплексної роботи.

**Практична частина**

1. Аналіз науково-методичних посібників з корекції вад темпо-ритмічної сторони мовлення несудомного характеру у дітей, підлітків та дорослих.
2. План лікувально-педагогічної комплексної роботи.

**Персоналії:** Тяпугин Н.П.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 5 тестових завдань.

## **Література:**

1. Беккер К.П. Совак М. Логопедия. М., 1981.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. М., 1985 и др.
3. Зеeman М. Дети с ускоренной речью (тахилалией)// Расстройства речи в детском возрасте. М., 1962.
4. Кочергина В.С. Брадилалия, тахилалия, спотыкание//Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
5. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
6. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. - М., 1969, с. 134-138.
8. Селиверстов В.И. Заикание у детей. М., 1979.
9. Тяпугин Н.П. Заикание у детей. М., 1966.
10. Хрестоматия по логопедии. Под редакцией Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч.1 - с. 120-162.

## **Практичне заняття №6 – 2 год.**

**Тема: Система корекційного впливу для осіб з порушеннями темпу мовлення несудомного характеру.**

### ***Теоретична частина***

1. Корекційна робота з усунення брадилалії:
  - а) використання читання у корекції брадилалії;
  - б) нормалізація темпу мовлення на логоритмічних заняттях;
  - в) використання співу, рухливих ігор.
2. Етапи корекційного впливу з корекції тахилалії. Особливості використання логопедичної ритміки.
3. Логопедична робота з усунення баттаризму та полтерну.

### ***Практична частина***

1. Робота з таблицями. Заповнити таблицю: «Логопедична корекція порушень темпу мовлення».
2. «Порівняльна характеристика зупинок несудомного та судомного характеру» за В.І.Селіворстовим.

**Персоналії:** Кочергина В.С

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 5 тестових завдань.

## **Література:**

1. Беккер К.П. Совак М. Логопедия. М., 1981.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. М., 1985 и др.
3. Зеeman М. Дети с ускоренной речью (тахилалией)// Расстройства речи в детском возрасте. М., 1962.
4. Кочергина В.С. Брадилалия, тахилалия, спотыкание//Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
5. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
6. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. - М., 1969, с. 134-138.
8. Селиверстов В.И. Заикание у детей. М., 1979.
9. Тяпугин Н.П. Заикание у детей. М., 1966.
10. Хрестоматия по логопедии. Под редакцией Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч.1 - с. 120-162.

## **Практичне заняття №7 – 2 год.**

### **Тема: Мовленнєві судоми.**

#### ***Теоретична частина***

1. Локалізація судом.
2. Судоми дихального апарату.
3. Судоми артикуляційного апарату.
4. Лицьові судоми.
5. Феномен фіксованості на ваді. Ступені.

#### ***Практична частина***

1. Мати малюнки будови центрального та периферичного відділів мовленнєвого апарату.
2. Робота з таблицями. Заповнити таблицю: « Типи мовленнєвих судом. Локалізація судом. Тяжкість виявлення мовленнєвих судом».
3. Законспектувати статтю. Шкловський В.М. «Особенности заикания при нервно-психических заболеваниях» Хрестоматия М.: Секачев, из-во «ЭКСМО-Пресс», 2001.
4. Виписати у зошит значення терміну «Логофобія».

**Персоналії:** Ю.А.Флоренская.

**Словник:** -

**Тести. -**

**Література**

5. Белякова Л., Дьякова О. Заикание. Учебное пособие.-М.,1999.-340 с.
6. Волкова Г. Преодоление заикания у дошкольников.-М.,1985.-125 с.
7. Волкова Л.С. Логопедия.М.: «Владос», 2004.
8. Миронова С. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения.-М.,1975.
9. Селиверстов В. Заикание у детей.- М.,1994-208 с.
10. Чевелева Н. Исправление заикания у школьников в процессе обучения.-М.,1978.-112 с.
11. Шкловский В. Заикание.- 1994.-250 с.

**Лабоаторне заняття №6 – 2 год.**

**Тема: Класифікація заїкання.**

***Теоретична частина***

1. Питання класифікації в роботах А.Alister з урахуванням клінічної картини.
2. Класифікація заїкання за анатомо-фізіологічними ознаками (Е.С.Никитин, М.Ф.Брунс, 1939).
3. Вивчення молодших дошкільників із заїкуванням в роботах А.Ф.Шельтинг.
4. Вивчення заїкання у підлітків та дорослих.
5. Характеристика неврозоподібної форми заїкання. Клінічні варіанти церебрастенічного синдрому.
6. Характеристика невротичної форми заїкання. Логофобічний та істеричний механізм утворення.

***Практична частина***

1. Робота з таблицями. Скласти у зошиті порівняльну таблицю: «Клінічна характеристика різних форм заїкуватості» за М.Буяновим або В.І.Селіверстовим.
2. Розібрати на дошці а) показники психічного і психічного розвитку осіб з різними формами заїкуватості; б) вплив соціальних, психічних і соматичних чинників на характер прояву різних форм заїкуватості; в) дані параклінічних обстежень при різних формах заїкуватості.

**Персоналії:** М.Зеєман. М.Буянов.

**Словник: -**

**Тести.** Скласти 10 тестових завдань.

**Література**

3. Белякова Л., Дьякова О. Заикание. Учебное пособие.-М.,1999.-340 с.

4. Волкова Г. Преодоление заикания у дошкольников.-М.,1985.-125 с.
5. Волкова Л.С. Логопедия.М.: «Владос», 2004.
6. Миронова С. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения.-М.,1975.
7. Селиверстов В. Заикание у детей.- М.,1994-208 с.
8. Чевелева Н. Исправление заикания у школьников в процессе обучения.-М.,1978.-112 с.
9. Шкловский В. Заикание.- 1994.-250 с.

## **Практичне заняття №8 – 2 год.**

**Тема: Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих.**

### ***Теоретична частина***

1. Типи та етапність обстеження заїкуватих.
2. Основи методики логопедичного обстеження.
3. Порівняльна характеристика обстеження дитини дошкільного, шкільного віку та дорослої людини.
4. Питання діагнозу (заключення).
5. Прогноз подолання заїкання.
6. Питання профілактики.

### ***Практична частина***

1. Мати схему методики логопедичного обстеження заїкуватих. Вміти застосовувати засоби реєстрації результатів. Обґрунтувати відповідь, застосовуючи приклади.
2. Підготувати практичний матеріал для перевірки стану загальної та дрібної моторики пальців рук, мимічної та артикуляційної моторики хворого на заїкування.
3. Законспектувати статтю. Ястребова А.Б. «Особенности речевой коммуникации и учебной деятельности заикающихся детей преддошкольного возраста».

**Персоналії:** Л.М.Крапивина. М.С.Лебединский.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 8 тестових завдань.

### **Література**

1. Белякова Л., Дьякова О. Заикание. Учебное пособие.-М.,1999.-340 с.
2. Волкова Г. Преодоление заикания у дошкольников.-М.,1985.-125 с.
3. Волкова Л.С. Логопедия.М.: «Владос», 2004.
4. Миронова С. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения.-М.,1975.
5. Селиверстов В. Заикание у детей.- М.,1994-208 с.

6. Чевелева Н. Исправление заикания у школьников в процессе обучения.-М.,1978.-112 с.
7. Шкловский В. Заикание.- 1994.-250 с.

### **Лабораторне заняття №7 – 2 год.**

**Тема: Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих.**

#### ***Теоретична частина***

1. Методики логопедичних занять із заїкуватими дошкільниками. Їх періоди (методики Н.А.Власової, Є.Ф.Рау, Н.А.Чевельової, С.А.Міронової та В.І.Селіверстова).
2. Методики логопедичних занять з подолання заїкання у дітей шкільного віку . Особливості використання для молодших та старших школярів.
3. Логопедична робота з подолання заїкання у підлітків та дорослих на прикладі методики С.С.Ляпідевського та інших.
4. Правила формування плавної мови за А.Гутцманом.

#### ***Практична частина***

1. Порівняйте форми організації логопедичної допомоги заїкуватим в системі освіти та охорони здоров'я.
2. Скласти порівняльну таблицю: «Методики логопедичних занять із заїкуватими».
3. Скласти таблицю: «Етапність логопедичної роботи із заїкуватими».

**Персоналії:** Л.П.Голубева. Н.Ф.Синицина.

**Словник:** -

**Тести.** Скласти 8 тестових завдань.

#### **Література**

1. Беякова Л., Дьякова О. Заикание. Учебное пособие.-М.,1999.-340 с.
2. Волкова Г. Преодоление заикания у дошкольников.-М.,1985.-125 с.
3. Волкова Л.С. Логопедия.М.: «Владос», 2004.
4. Миронова С. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения.-М.,1975.
5. Селиверстов В. Заикание у детей.- М.,1994-208 с.
6. Чевелева Н. Исправление заикания у школьников в процессе обучения.-М.,1978.-112 с.
7. Шкловский В. Заикание.- 1994.-250 с.



# Теоретичний матеріал до практичних та лабораторних занять

## Модуль 1. Дизартрія

### Тема 1. Дизартрія. Етіологія та механізми дизартрії.

#### 1. Історичні аспекти вивчення дизартрії

Дизартрія — порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату. Провідним дефектом при дизартрії є порушення звуковимовної й просодичної сторони мовлення, що зумовлені органічними ураженнями центральної й периферичної нервової систем.

Дизартрія – термін грецький, у перекладі означає розлад членороздільного мовлення – вимови (dis – порушення ознаки або функції, arthroo – розчленовую). При визначенні дизартрії більшість авторів не виходять з точного значення цього терміна, а трактують його більш широко, відносячи до дизартрії розлади артикуляції, голосоутворення, темпу, ритму й інтонації мовлення.

Порушення звуковимови при дизартрії виявляються в різному ступені і залежать від характеру і тяжкості ураження нервової системи. У легких випадках маються окремі перекручування звуків, «змазане мовлення», у більш важких – спостерігаються перекручування, заміни і пропуски звуків, страждає темп, виразність, модуляція, у цілому вимова стає невиразною.

При важких ураженнях центральної нервової системи мовлення стає неможливим через повний параліч мовнорухових м'язів. Такі порушення називаються анартрією (а – відсутність даної ознаки або функції, ar + troo – розчленовую).

Дизартричні порушення мовлення спостерігаються при різних органічних ураженнях мозку. У дітей частота дизартрії насамперед зв'язана з частотою перинатальної патології (ураженням нервової системи ембріону і плоду). Часто дизартрія спостерігається при дитячому церебральному паралічі, за даними різних авторів, від 65 до 85% (М. Ейдінова, О. Правдіна-Вінарська, 1959; Є. Мастюкова, 1969,1971). Відзначається взаємозв'язок між ступенем тяжкості і характером ураження рухової сфери, частотою і тяжкістю дизартрії. При найбільш тяжких формах дитячого церебрального паралічу, коли наявне ураження верхніх й нижніх кінцівок і дитина практично залишається нерухомою (подвійна геміплегія), дизартрії (анартрії) спостерігаються практично у всіх дітей. Відзначено взаємозв'язок між тяжкістю ураження верхніх кінцівок й ураженнями мовленнєвої мускулатури.

Менш виражені форми дизартрії можуть спостерігатися у дітей без явних рухових розладів, які перенесли легку асфіксію або родову травму або, що мають в анамнезі вплив інших нерізно виражених несприятливих впливів під час внутрішньоутробного розвитку або в період пологів. У цих випадках легкі (стерті) форми дизартрії поєднуються з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції (Л. Журба й Є. Мастюкова, 1980).

Клінічна картина дизартрії вперше була описана більш ста років тому у дорослих у рамках псевдобульбарного синдрому.

Далі в 1911 р. Н. Gutzmann визначив дизартрію як порушення артикуляції і виділив дві її форми: центральну і периферичну. Початкове вивчення даної проблеми проводилося в основному невропатологами в рамках дослідження уражень мозку в дорослих хворих. Великий вплив на сучасне розуміння дизартрії зробили роботи М. Маргуліса (1926), що уперше чітко відмежував дизартрію від моторної афазії і розділив її на бульбарну і церебральну форми. Він запропонував класифікацію церебральних форм дизартрії на основі локалізації вогнища ураження головного мозку.

Важливим етапом у розвитку проблеми дизартрії є вивчення локально-діагностичних проявів дизартричних розладів (роботи Л. Литвака, 1959 і О.Винарської, 1973). О. Винарською уперше було проведено комплексне нейролінгвістичне вивчення дизартрії й осередкових уражень мозку в дорослих хворих. У даний час проблема дизартрії дитячого віку інтенсивно розробляється в клінічному, нейролінгвістичному, психолого-педагогічному напрямках. Докладно вона описана у дітей з ДЦП.

## **2. Причини виникнення дизартрії.**

В цілому дизартрія є проблемою глобального масштабу, тому як поширення її, як ми зазначили, доводиться повністю на функцію мови, а не на окремі елементи в ній. Відповідно, розглядається в такому випадку органічне ураження, якому піддалася ЦНС, за рахунок чого для дитини актуальна різка обмеженість у русі мускулатури.

Як найбільш істотного варіанту розглядається ураження мозку, на тлі якого і розвивається дизартрія. Найчастіше причиною цього стає перенесення матір'ю якого-небудь інфекційного захворювання в період вагітності, а також серйозної форми токсикозу. В рамках вагітності крім цього розглядаються такі варіанти впливу, що ведуть до дизартрії, як патологічний розвиток плаценти, стрімкі або, навпаки, затяжні пологи. При родах актуальні такі види травм як народження при асфіксії, крововилив в мозок, черепно-мозкова травма і пр.

Крім цього враховується в якості можливого фактора, що спровокував захворювання, перенесення дитиною інфекційних хвороб, що вражають мозок і його оболонки (менінгіт, менингоенцефаліт та ін.).

Слід окремо зазначити, що крім зв'язку з іншого типу патологіями, дизартрія може виступати і як симптом дитячого церебрального паралічу (ДЦП). В цьому випадку причини зв'язку вивчені недостатнім чином. Відносно недавно дотримувалися теорії про те, що ДЦП є результатом родової травми, проте в рамках проведених досліджень з'ясувалося, що порядку в 80% випадків дана патологія має вроджений характер, відповідно, розвивається ДЦП внутрішньоутробно. На процесі родової діяльності ця патологія може позначитися, крім того, актуальна патологія родової діяльності може спровокувати посилення першопричини.

## **3. Механізми дизартрії.**

Загальними клінічними ознаками дизартрії є:

- порушення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі, які мають різний характер в залежності від локалізації ураження мозку;
- обмеження рухливості артикуляційних м'язів внаслідок паралічів і парезів.

Обмеження рухливості артикуляційної мускулатури призводить до порушень звуковимови. Насамперед порушуються найбільш тонкі і диференційовані рухи, це насамперед піднімання язика вгору. В результаті цього розбудовується в першу чергу вимова передньоязичних звуків (р, л, т). При дизартрії порушуються узгоджені рухи м'язів мовленнєвого апарату, тому порушується вимова багатьох звуків, які потребують цих узгоджених рухів. Порушення звуковимови особливо виражені в мовленнєвому потоці, коли важливі узгоджені рухи артикуляційного апарату. При парезі кругової м'язи рота обмежена рухливість губ. Дитина не може витягнути вперед трубочкою або розтягнути кути рота в посмішці. У зв'язку з цим порушується вимова губних звуків (б, п, м, в, ф). За рахунок зменшення резонаторної порожнини грубо спотворюється звуковимову. Парези і паралічі губних м'язів зазвичай поєднуються з

порушенням функції інших м'язів нижньої частини обличчя, так як мускулатура губ іннервується лицьовим нервом.

При дизартрії м'яке піднебіння зазвичай мало рухається в результаті порушення іннервації м'язів піднебінних. М'язи м'якого піднебіння іннервуються руховими гілочками мовно-глоткового і блукаючого нервів. В залежності від рівня ураження зазначених нервів, їх ядер або під'ядерних зв'язків розрізняють периферичний і центральний парез м'язів м'якого піднебіння. При ураженні м'язів м'якого піднебіння голос набуває носового відтінку (відкрита гугнявість). При ураженні блукаючого нерва відкрита гугнявість і артикуляційні розлади нерідко поєднуються з хрипотою і порушенням голосу (афонія) внаслідок часткового або повного порушення функцій внутрішніх м'язів гортані.

Характерною особливістю дизартрії є порушення голосоутворення за рахунок порушень іннервації м'язів гортані. Голос при дизартрії зазвичай слабкий, з розладом модуляції. Для виникнення голосу велике значення має вібрація голосових зв'язок. При парезах м'язів голосового апарату вібрація голосових зв'язок порушується, тому сила голосу стає мінімальною. Можуть мати місце порушення вимови дзвінких приголосних і їх заміна глухими, артикуляція яких здійснюється за незімкнутих голосових зв'язках. Всі рухи гортані пов'язані з рухами язика, піднебіння і нижньої щелепи, тому порушення голосу і артикуляційні розлади найчастіше спостерігаються разом.

При дизартріях настають також порушення дихання. Вони можуть бути пов'язані з парезом дихальних м'язів, з порушенням центральної регуляції дихання, з розладом координації між диханням і артикуляцією. Порушення дихання проявляються у вигляді скороченого видиху, порушення ритму дихання особливо в момент мовлення. Багато дітей, незважаючи на те що у них постійно напіввідкритий рот, видихають через ніс; довільне ж дихання через рот часто виявляється неможливим. При деяких дизартріях спостерігається посилена слинотеча (гіперсалівація). Гіперсалівація особливо характерна для псевдобульбарної дизартрії, що пов'язано з обмеженням рухів м'язів язика, порушенням довільного ковтання, парезом губних м'язів. Воно часто посилюється за рахунок слабкості відчуттів в артикуляційному апараті (дитина не відчуває витікання слини) і зниження самоконтролю. У дітей особливо часто зустрічається псевдобульбарна дизартрія. Ця форма дизартрії спостерігається при псевдобульбарному паралічі. При псевдобульбарній дизартрії відзначаються підвищення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі, обмеження рухів губ, язика, м'якого піднебіння, слинотеча, порушення дихання, жування, іноді ковтання. Мовлення змазане, малозрозуміле, голос глухий, немодульований. Бульбарна дизартрія спостерігається при бульбарному паралічі, вона відрізняється від псевдобульбарної дизартрії тим, що крім порушення ковтання, поперхування при їжі, попадання харчових мас в ніс, порушення голосоутворення (голос глухий з носовим відтінком), порушення звуковимови (мова змазана, малозрозуміла), обмеження рухливості м'якого піднебіння, нерухомості голосових зв'язок відсутні глотковий і піднебінний рефлекс, виражена атрофія м'язів язика й глотки.

При ураженні підкіркових відділів мозку спостерігається підкіркова, або екстрапірамідна, дизартрія. Характерними рисами цієї форми дизартрії є мимоволі мінливий м'язовий тонус в артикуляційній мускулатурі (язик, голосові зв'язки, губи різко напружені, то розслаблені), виражені порушення модуляції, виразності, темпу мовлення. Іноді виникають гіперкінези в м'язах обличчя і артикуляційного апарату, грубе порушення дихання і голосоутворення. При ураженні мозочкової системи розвивається мозочкова форма дизартрії, яка характеризується вираженою асинхронністю артикуляції,

голосоутворення та дихання, порушенням темпу і плавності мови. Порушені модуляції. Відсутня правильна розстановка наголосів. Спостерігається згасання голосу до кінця виголошення фрази. При ураженні кіркових зон в області передньої центральної звивини, де відбувається аналіз імпульсів з м'язів артикуляційного апарату, виникає коркова дизартрія. Вона характеризується більш ізольованими вадами вимови окремих звуків, відсутністю слинотечі і порушень голосоутворення.

#### **4. Психолінгвістичне вивчення дизартрії**

Визначення структури дефекту при дизартрії на сучасному рівні розвитку науки неможливо без залучення даних психолінгвістики про процес породження мовлення. При дизартрії порушується реалізація рухової програми за рахунок несформованості операцій зовнішнього оформлення висловлювання: голосових, темпо-ритмічних, артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень. В останні роки увагу багатьох лінгвістів залучається до просодичних засобів висловлювання (розстановка пауз, виділення окремих елементів висловлювання акцентом, включення потрібної інтонації) в аспекті вивчення співвідношення семантики і синтаксису.

При дизартрії просодичні порушення можуть викликати своєрідні семантичні порушення і ускладнювати комунікацію.

Труднощі розгорнутого висловлювання при дизартрії може бути обумовлені не тільки чисто моторними утрудненнями, але і порушеннями мовленнєвих операцій на рівні процесів, пов'язаних з вибором потрібного слова. Порушення мовленнєвих кінестезій можуть призводити до недостатнього зміцнення слів, і в момент мовленнєвого висловлювання порушується максимальна ймовірність спливання саме потрібного слова. Дитина відчуває виражені труднощі в знаходженні потрібного слова. Це проявляється в труднощах введення лексичної одиниці в систему синтагматичних зв'язків і парадигматичних відносин.

При дизартрії за рахунок загальних порушень мозкової діяльності можуть виникати специфічні труднощі у виділенні істотних і гальмуванні побічних зв'язків, що призводить до недостатності формування загальної схеми висловлювання, які посилюються за рахунок недостатнього підбору потрібних лексичних одиниць.

При дизартрії, що поєднується з більш локальним ураженням (або дисфункцією) тім'яно-потиличних відділів лівої півкулі, вказує на недостатню сформованість симультанних просторових синтезів, що ускладнює формування складних логіко-граматичних відносин. Це проявляється в труднощах формування висловлювання і його декодування.

#### **5. Класифікації дизартрії.**

У основу класифікації покладений принцип локалізації, синдромологічний підхід, ступінь зрозумілості мовлення для навколишніх. Найбільш розповсюджена класифікація у вітчизняній логопедії створена з урахуванням неврологічного підходу на основі рівня локалізації поразки рухового апарату мови (О.В. Правдіна й ін.).

Розрізняють наступні форми дизартрії: бульбарну, псевдобульбарну, екстрапірамідну (або підкіркову), мозочкову, кіркову. На основі синдромологічного підходу виділяють наступні форми дизартрії стосовно до дітей з церебральним паралічем: спастико-паретичну, спастико-ригідну, спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну, атактико-гіперкінетичну (И.И. Панченко, 1979).

Класифікація дизартрії за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих була запропонована французьким невропатологом G. Tardier (1968) стосовно до дітей з церебральним паралічем. Автор виділяє чотири ступені тяжкості мовленнєвих порушень у таких дітей.

Перший, найлегший ступінь, коли порушення звуковимови виявляються тільки фахівцем у процесі обстеження дитини.

Друга — порушення вимови помітні кожному, але мовлення зрозуміле для навколишніх.

Третя — мовлення зрозуміле тільки близьким дитини і частково для оточуючих.

Четверта, найважча — відсутність мовлення або мовлення майже незрозуміле навіть близьким дитини (анартрія).

## **Практична частина**

### **1. Розкрийте положення про те, що дизартрія є складним системним порушенням мовлення.**

Анатомічний і функціональний взаємозв'язок у розташуванні і розвитку рухових і мовленнєвих зон й провідних шляхів визначає часте поєднання дизартрії з руховими порушеннями різного характеру й ступеня. Порушення звуковимови при дизартрії виникають у результаті ураження різних структур мозку, необхідних для управління руховим механізмом мовлення. До таких структур відносяться:

— периферичні рухові нерви до м'язів мовленнєвого апарата (язика, губ, щік, неба, нижньої щелепи, глотки, гортані, діафрагми, грудної клітки);

— ядра цих периферичних рухових нервів, розташовані в стовбурі головного мозку;

— ядра, розташовані в стовбурі й у підкіркових відділах мозку і здійснюють елементарні емоційні безумовно-рефлекторні мовленнєві реакції типу плачу, сміху, скрикування, окремих емоційно-виразних вигуків.

Ураження перерахованих структур дає картину периферичного паралічу (парезу): нервові імпульси до мовленнєвих м'язів не надходять, обмінні процеси в них порушуються, м'язи стають млявими, спостерігається їхня атрофія й атонія, у результаті переривання рефлекторної дуги рефлексів з цих м'язів зникають, настає арефлексія.

Руховий механізм мовлення забезпечується також більш високо розташованими наступними мозковими структурами:

— підкірково-мозочковими ядрами і провідними шляхами, що здійснюють регуляцію м'язового тону і послідовність м'язових скорочень мовленнєвої мускулатури, синхронність (координованість) у роботі артикуляційного, дихального і голосового апарата, а також емоційну виразність мовлення. При ураженні цих структур спостерігаються окремі прояви центрального паралічу (парезу) з порушеннями м'язового тону, посилення окремих безумовних рефлексів, а також з вираженим порушенням просодичних характеристик мовлення – її темпу, плавності, емоційної виразності й індивідуального тембру;

— провідними системами, що забезпечують проведення імпульсів від кори мозку до структур нижчележачих функціональних рівнів рухового апарата мовлення (до ядер черепно-мозкових нервів, розташованих у стовбурі головного мозку). Ураження цих структур викликає центральний парез (параліч) мовленнєвої мускулатури з підвищенням м'язового тону в м'язах мовленнєвого апарату, посиленням

безумовних рефлексів і появою рефлексів орального автоматизму з більш вибіркоvim характером артикуляторних розладів;

— кірковими відділами головного мозку, що забезпечують як більш диференційовану іннервацію мовленнєвої мускулатури, так і формування мовленнєвого праксису. При ураженні цих структур виникають різні центральні моторні розлади мовлення.

Особливістю дизартрії в дітей часто є її змішаний характер зі сполученням різних клінічних синдромів. Це зв'язано з тим, що при впливі шкідливого фактора на мозок, що розвивається, ушкодження частіше має розповсюджений характер, і тим, що ураження одних мозкових структур, необхідних для управління руховим механізмом мовлення, може сприяти затримці дозрівання і порушенню функціонування інших. Цей фактор сприяє поєднанню дизартрії в дітей з іншими мовленнєвими розладами (затримкою мовленнєвого розвитку, загальним недорозвиненням мовлення, моторною алалією). 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 значення має ураження не тільки власне рухової ланки мовленнєвої системи, але і порушення кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів.

Роль мовленнєвих кінестезій в розвитку мовлення і мислення вперше була показана І. Сеченовим і надалі розвинута в дослідженнях І. Павлова, А. Ухтомського, В. Бехтерева, М. Кольцової. Велику роль кінестетичних відчуттів у розвитку мовлення відзначав М. Жинкін (1958): «... кінестезії є не що інше, як зворотний зв'язок, по якому центральне керування довідується, що виконано з тих наказів, що були послані на виконання... Відсутність зворотного зв'язку припинило б усяку можливість нагромадження досвіду для керування рухом і органами мовлення».

Кінестетичні почуття супроводжують роботу всіх мовленнєвих м'язів. Так, у порожнині рота виникають різні диференційовані м'язові відчуття в залежності від ступеня м'язового напруження при рухах язика, губ, нижньої щелепи. Напрями цих рухів й різних артикуляційних укладів відчуються при вимові тих або інших звуків.

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. Зворотна кінестетична аферентація є найважливішою ланкою цілісної мовленнєвої функціональної системи, що забезпечує постнатальне дозрівання кіркових мовленнєвих зон. Тому порушення зворотної кінестетичної аферентації в дітей з дизартрією може затримувати і порушувати формування кіркових мозкових структур: премоторно-лобної і тім'яно-скроневої областей кори — і сповільнювати процес інтеграції в роботі різних функціональних систем, що мають безпосереднє відношення до мовленнєвої функції. Таким прикладом може бути недостатній розвиток взаємозв'язку слухового і кінестетичного сприйняття в дітей з дизартрією.

## **2. Поясніть причини виникнення дитячого церебрального паралічу (ДЦП).**

Причин появи ДЦП у дітей дуже і дуже багато. Однак дуже складно сказати, чому з'явилося захворювання у кожному конкретному випадку. З чим це пов'язано? Вся справа в тому, що хвороба може почати розвиватися ще у період внутрішньоутробного росту дитини, а може початися після народження. Однак основними причинами все ж на сьогоднішній момент медики вважають наступні стани:

Порушення розвитку кори головного мозку, яка виникає з різних причин.

- Гіпоксія плода різного походження.
- Гіпоксично-ішемічні ураження головного мозку дитини під час пологів.
- Внутрішньоутробні інфекції, особливо зараження плоду вірусом герпесу.
- Несумісність крові матері і плоду, під час якої розвивається сильна жовтяниця новонародженого дитини.
- Ураження головного мозку під час пологів – ще одна причина того, чому народжуються діти з ДЦП.
- Отруєння плоду.
- Помилка лікаря при пологах.

Причини виникнення ДЦП у дітей дуже часто не залежать ні від матері, ні від лікарів, які приймають пологи. Найчастіше це захворювання розвивається при наявності якогось травмуючого фактора для малюка, особливо якщо розвиток хвороби було пов'язано з розвитком хронічної гіпоксії.

Доведено, що найчастіше причинами хвороби у плода стають такі фактори, як вік вагітної старше 40 років або навпаки, молодше 18, наявність у одного з батьків розумової відсталості або захворювання щитовидної залози у матері. І, звичайно, прийом під час вагітності алкоголю і наркотиків. Однак, як вже говорилося вище, визначити точну причину появи захворювання у новонародженого дуже часто просто неможливо.

### **3. Розкрийте механізми порушення при дизартрії. Пригадайте механізми мовлення, значення центрального та периферичного відділів мовленнєво-рухового аналізатора.**

Виражена форма дизартрії виражається у втраті членороздільності і повної невизначеності. Чому таке відбувається? З центрального відділу мовленнєвого і рухового аналізатора рухові команди передаються до периферичних органів мовлення по провідним нервовим шляхам. Якщо відбувається органічне ураження безпосередньо рухових нервів або мовленнєвих відділів в головному мозку, стає неможливою повноцінна передача нервових імпульсів, а в мовленнєвих м'язах розвиваються явища парезу або паралічу. А так як парези поширюються, крім м'язів губ і язика, і на піднебінні м'язи, м'язи голосових зв'язок, а також на м'язи органів дихання, то при цьому ми бачимо порушення артикуляції звуків, порушення голосоутворення і порушення мовленнєвого дихання.

Особливо страждає артикуляція при виражених парезах - порушується артикуляція практично всіх звуків, включаючи голосні звуки. При парезі м'якого піднебіння з'являється мовлення «в ніс», при парезі голосових зв'язок відбувається порушення голосоутворювального процесу і тембральної зміни голосу. Парез дихальних м'язів дає порушення мовленнєвого дихання - воно стає аритмічним і поверхневим, через що не формується повноцінний повітряний струмінь для голосоутворення.

Крім вищевикладеного у дитини з дизартрією спостерігається порушення чутливості мовленнєвих м'язів, а це призводить до того, що дитина майже не відчуває положення своїх органів артикуляції. І з цієї причини вона відчуває складнощі в знаходженні потрібної артикуляції. При вираженій формі дизартрії мовлення страждає в усіх своїх ланках.

**Центральний мовленнєвий апарат** знаходиться в головному мозку, переважно в лівій півкулі, й складається з кіркових центрів, підкіркових вузлів, ядер стовбура мозку, провідникових шляхів і нервів, що йдуть до дихальних, артикуляційних і голосових м'язів. Нормальна мовленнєва діяльність відбувається на основі рефлексів, особливо важливе значення має ліва півкуля мозку, її лобова, скронева, потилична і

тім'яна ділянки. Скроневі ділянки, а саме: задній відділ лівої верхньої скроневої звивини забезпечує сприймання чужого мовлення, тут міститься слуховий центр мовлення, званий мовленнєвим центром Верніке — мовленнєвослуховим. Лобові ділянки є мовленнєво – руховими, а саме: у задньому відділі лівої другої й третьої лобової нижньої звивини лівої півкулі розташований моторний (руховий) центр Брока, що забезпечує власне усне мовлення. Для розуміння мовлення має значеннятім'яна ділянка мозку, а потилична — забезпечує оволодіння писемним мовленням.

Підкіркові ядра беруть участь у виникненні ритму, темпу й виразності мовлення. В ядрах стовбура мозку починаються черепно-мозкові нерви. Трійчастий нерв (V пара) іннервує м'язи нижньої щелепи й забезпечує її рухливість. Лицевий нерв (VII пара) — мімічну мускулатуру, рухи при надуванні щік, рухи губ і рухи при втягуванні шиї. Язикоглотковий (IX пара) та блукаючий (X пара) нерви — м'язи гортані, голосових складок, глотки, м'якого піднебіння. Додатковий (XI пара) — іннервує м'язи шиї. Під'язиковий (XII пара) — забезпечує рухливість й різноманітність рухів м'язів язика.

Провідникові шляхи здійснюють зв'язок між центральним і периферичними відділами й мають два види нервових шляхів: аферентні й еферентні. Еферентні здійснюють зв'язок кори головного мозку з м'язами органів периферичного мовленнєвого апарату. Аферентні — починаються в пропріорецепторах й барорецепторах м'язів, сухожиллях та суглобах м'язів периферичного мовленнєвого апарату.

У фізіологічному відношенні мовлення є складним руховим актом, здійснюваним умовно-рефлекторно. Усне мовлення є наслідком роботи мовленнєвого апарату, який має центральний та периферичний відділи. Основу механізму оволодіння вимовлянням фонем дітьми становить повноцінне функціонування двох аналізаторних систем: мовленнєво–слухової та мовленнєво–рухової. Слухове сприймання забезпечує опанування усним мовленням на найбільш ранніх етапах розвитку дитини, далі приєднується артикуляція. Однак завершується все знову ж таки слухом, оскільки кінцевий продукт мовлення складається зі звуків і тільки слухом може контролюватися (М. Жинкін). Це одне з тих положень, які підкреслюють величезну роль слухового сприймання в оволодінні усним мовленням.

Мовлення утворюється на основі кінестетичних подразнень із мовленнєвої мускулатури — м'язів ротової порожнини, гортані й дихальних м'язів. В акті мовлення беруть участь різні аналізатори, та вирішальну роль відіграють мовленнєво-слуховий і мовленнєво-руховий. Мовленнєві зони кори взаємодіють між собою і пов'язані з діяльністю всієї нервової системи. Нервові імпульси мовленнєво-рухового аналізатора по провідних шляхах, черепно-мозкових нервах надходять до периферичних органів мовлення. Ці імпульси регулюють тонус м'язів, викликають їхнє скорочення та характерний для звуків шум. Завдяки цьому створюється можливість для вимовляння складів, слів. Шлях від центру до периферії мовленнєвого апарату (еферентний шлях) є лише однією частиною механізму мовлення.

Мовленнєво–руховий аналізатор забезпечує зворотний зв'язок, потрібний для побудови рухового акту, його регулювання та корекції. У формуванні відчуття положень і рухів артикуляційного апарату беруть участь м'язи, сухожилля, суглоби. Вони забезпечують контроль за власним мовленням. І. Павлов указував, що фізіологічною основою, або базальним компонентом, другої сигнальної системи є кінестетичні (рухові) подразнення, що надходять до кори головного мозку від мовленнєвих органів. Згідно теорії І. Павлова, у людей існує дві сигнальні системи подразників: перша — безпосередній вплив внутрішнього й зовнішнього середовища на різні рецептори, і друга сигнальна система, що складається тільки зі слів. Проте лише частина слів означає сенсорний вплив на людину, її робота полягає, перш за



все, в аналізі й синтезові узагальнених мовленнєвих сигналів. Саме друга складова частина механізму мовлення є оберненим зв'язком — від периферії до центру. Під час мовлення від голосових зв'язок, язика та інших органів мовлення до кори головного мозку надходять сигнали (кінестезії), які є основою координації рухів та контролю за правильним їх відтворенням. Розвиток мовленнєвої функції починається з формування умовних зв'язків у сенсорному відділі, які пов'язані з надходженням звукових, словесних подразнень із зовнішнього середовища через рецептор слуху та провідні шляхи до кіркового відділу мовленнєво-слухового аналізатора. Обернений зв'язок забезпечує автоматичне регулювання рухів органів мовлення. Особливу роль у цьому відіграє кінестетичний контроль, оскільки він дає змогу виправити помилку у відтворенні артикуляції до того, як звук вимовиться. Слуховий контроль може здійснюватися лише в момент вимовляння звука. Кора великих півкуль зв'язана з різними частинами периферичного мовленнєвого апарату аферентними й еферентними шляхами.

### **Периферичні органи мовлення.**

До складу периферичного мовленнєвого апарату входять три відділи або три системи забезпечення мовлення:

- енергетична система дихальних органів, необхідна для виникнення звука (складається з органів дихання — трахеї, бронхів, легенів, грудної клітини й діафрагми);
- генераторна система, необхідна для виникнення звукових вібрацій голосових зв'язок гортані, при коливанні яких утворюються звукові хвилі (голосотворюючі органи — глотка, гортань, надгортанник, голосові зв'язки);
- резонаторна система, необхідна для звуковідтворення артикуляційної програми, що виникає в результаті діяльності органів артикуляції (язик і під'язикова складка, губи й пригубні складки, верхня й нижня щелепи, тверде й м'яке піднебіння, нижні й верхні альвеоли) за командами для організації мовленнєвих рухів в корі головного мозку, що реалізуються в мовноруховій виконавчій частині мовленнєвого апарату — глотковому, носовому й ротовому (ніс, ротова порожнина, глотка, гортань) резонаторах.

### **Персоналії**

**Архіпова Олена Пилипівна** (професор кафедри логопедії, доктор педагогічних наук).

Наукова діяльність. О. П. Архіпова закінчила МДПІ ім. В. І. Леніна за напрямом "Логопедія" з присвоєнням кваліфікації «Вчитель-логопед шкільних, дошкільних та медичних закладів». У 1980 році захистила кандидатську дисертацію на тему: «Логопедична робота в домовленнєвий період з дітьми, які страждають церебральними паралічами» В МДГУ ім. М. А. Шолохова працює з 1983 року на посаді асистента та заступника декана дефектологічну факультету. У 1987 року обрана на посаду старшого викладача, а з 1991 року була обрана на посаду доцента. У 1992 році присвоєно вчене звання доцента. У 2005 році обрана за конкурсом на посаду професора кафедри логопедії.

У 2009 році нею була захищена докторська дисертація за темою «Інноваційна модель комплексного супроводу розвитку дітей з пренатальною енцефалопатією та її наслідками».

Сфера наукових інтересів. О. П. Архіпова є провідним фахівцем в області ранньої дошкільної педагогіки, автор понад 55 наукових робіт, у тому числі 3 монографії, 6 навчально-методичних посібників, 9 методичних рекомендацій, 2 програми; глави книг: «Відновлювальне лікування дітей з пренатальним

ураженням нервової системи та дитячим церебральним паралічем» у співавторстві з К. А. Семенової (обсяг глави 5,8 п. л.); Закон і порядок. Серія «Велика Росія. Спадщина». М. – 2008. Глави книг: Медична реабілітація і соціальна адаптація хворих дитячим церебральним паралічем (обсяг глави 2,5 п. л.). Ташкент – 1979 р.; Розділ Хрестоматії з логопедії. М. – 1997 р.; розділ у книзі «Методичне спадщина». М. – 2003 р. Результати наукових досліджень О. П. Архипової, проведених протягом сорока років, включені в навчальний курс лекцій «Логопедія з історією логопедії» (Розділ «Дизартрія»). Розроблені О. П. Архиповою навчальні посібники користуються популярністю у логопедів-практиків і студентів.

**Поварова Ірина Олександрівна** (доцент кафедри спеціальної педагогіки і психології). Член-кореспондент Міжнародної академії наук педагогічної освіти

Логопед вищої категорії. Вчений ступінь - кандидат педагогічних наук. Вчене звання - доцент.

Освіта, кваліфікація та досвід роботи: Московський державний педагогічний інститут ім. В. І. Леніна, дефектологічний факультет (1978 р.). Завідувач науково-дослідною лабораторією ЗФ АОУ ВПО «ЛДУ ім. А. С. Пушкіна».

Наукові інтереси: Питання розладів голосу і мови у підлітків і дорослих. Методологія особистісно-орієнтованої освіти. Науково-практичні дослідження, пов'язані з питаннями підвищення якості життя осіб з патологією голосу і мови. Член редколегії науково-методичного журналу «Логопедія».

#### **Словник:**

**Атаксія** - порушення узгодженості рухів різних м'язів за умови відсутності м'язової слабкості; одне з часто спостерігаються розлади моторики.

**Синергії** - підсумовуючий ефект взаємодії двох або більше факторів, що характеризується тим, що їхня дія істотно перевершує ефект кожного окремого компонента у вигляді їх простої суми.

**Персеверація** - стале повторення якоїсь фрази, діяльності, емоції, відчуття

#### **Тестові завдання:**

1. Дизартрія – це:

**а)** порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату;

**б)** порушення вимовної сторони мовлення через нестабільний стан нервової системи;

**в)** немає вірної відповіді.

2. При важкому ступені вираження дизартрії відбувається:

**а)** перекручування, зміна і пропуски звуків;

**б)** страждає темп, виразність, модуляція;

**в)** лише окремі перекручування звуків.

3. Дизартрія може виступати як симптом:

**а)** ЗНМ;

**б)** ДЦП;

**в)** ЗПР.

4. Загальними клінічними признаками дизартрії являються:

- а) порушення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі;
  - б) обмеження рухомості артикуляційних м'язів в результаті паралічів та парезів;
  - в) порушення центральної нервової системи.
5. При дизартрії м'яке піднебіння:
- а) зазвичай рухливе;
  - б) малорухоме;
  - в) не використовується у голосоутворенні.

## **Тема 2. Класифікація дизартрій.**

### ***Теоретична частина***

#### **1. Класифікація дизартричних порушень.**

В основі класифікації дизартрії різних авторів — різні критерії.

Перший критерій — принцип локалізації. Класифікація, в основу якої покладено цей принцип, є найбільш поширеною в логопедії. Вона створена з урахуванням неврологічного підходу на основі рівня локалізації ураження рухового апарату мовлення. В цій класифікації виділяють п'ять форм дизартрії:

- бульбарну,
- псевдобульбарну,
- екстрапірамідну (підкоркову),
- мозочок,
- кіркові.

Другий критерій, покладений в основу класифікації дизартрії — синдромологічний підхід. На основі синдромологічного підходу виділяють наступні форми дизартрії:

- спастико-паретичну,
- спастико-ригідну,
- спастико-гіперкінетичну,
- спастико-атактичну,
- атактико-гіперкінетичну.

Такий підхід вказує на те, що у зв'язку з поширеним ураженням мозку у дітей з церебральним паралічем рідко зустрічається дизартрія в чистому вигляді. Частіше дизартрії носять змішаний характер.

Оскільки в основі даної класифікації лежить тонка диференціація різних неврологічних синдромів (спастичний парез, ригідність, гіперкінез, атаксія), то ця класифікація не може бути проведена логопедом. Потрібно обов'язково мати висновок невропатолога про характер рухового розлади. У клініках, де спільно працюють невропатолог і логопед, користуються даною класифікацією.

Третій критерій, покладений в основу класифікації, — це міра зрозумілості мови для оточуючих. Дана класифікація стосовно до дітей з церебральним паралічем французьким невропатологом Тардье в 1968 році. В даній класифікації виділяють чотири ступеня тяжкості мовленнєвих порушень у дітей:

Перша — найлегша ступінь, коли порушення звуковимови виявляються фахівцями тільки у процесі обстеження. Друга — порушення вимови помітні кожному, але мова зрозуміла для оточуючих. Третя — мова зрозуміла лише близьким дитини і частково для оточуючих. Четверта — найважча — відсутність мови або мова незрозуміла навіть близьким дитини (анартрія).

Анартрія — повне або часткове відсутність можливості звуковимови в результаті паралічу мовно-рухових м'язів.

## **2. Симптоматика дизартрії.**

При дизартрії на різних рівнях порушена передача імпульсів з кори головного мозку до ядер черепно-мозкових нервів. У зв'язку з цим, до м'язів (дихальним, голосовим, артикуляційним) не надходять нервові імпульси, порушується функція основних черепно-мозкових нервів, що мають безпосереднє відношення до мовлення (трійчастий, лицьовий, під'язиковий, язикоглотковий, блукаючий нерви).

Трійчастий нерв іннервує жувальні м'язи, нижню частину обличчя. При ураженні - труднощі у відкриванні та закриванні рота, жуванні, ковтанні, рухах нижньої щелепи. Лицьовий нерв іннервує м'язи мимічної мускулатури особи. При ураженні - обличчя амімічне, маскоподібне, важко заплющити очі, нахмурити брови, надути щоки. Під'язиковий нерв іннервує мускулатуру двох передніх третин мови. При ураженні - обмежується рухливість мови, виникають труднощі в утриманні мови в заданому положенні. Язикоглоткового нерв іннервує задню третину мови, м'язи глотки і м'якого піднебіння. При ураженні - виникає носовий відтінок голосу, спостерігається зниження глоткового рефлексу, відхилення маленького язичка в сторону. Блукаючий нерв іннервує м'язи м'якого неба, глотки, гортані, голосових складок, дихальну мускулатуру. Поразка веде до неповноцінної роботи м'яз гортані і глотки, порушення функції дихання.

У ранньому періоді розвитку дитини ці порушення проявляються наступним чином:

Грудний вік: внаслідок паретичних м'язів мови, губ утруднено грудне вигодовування - до грудей прикладають пізно (3-7 добу), відзначається мляве смоктання, часті зригування, покашлювання. На ранньому етапі розвитку мови у дітей може бути відсутнім лепет, що з'являються звуки мають гугнявий відтінок, перші слова з'являються із запізненням (до 2-2,5 років). При подальшому розвитку мови грубо страждає вимова практично всіх звуків.

При дизартрії може мати місце артикуляційна апраксія (порушення довільних рухів артикуляційних органів). Артикуляційна апраксія може виникнути у зв'язку з недостатністю кінестетичних відчуттів у артикуляційній мускулатурі. Порушення звуковимови, зумовлені артикуляційною апраксією, відрізняються двома характерними особливостями:

- спотворюються і змінюються звуки, близькі за місцем артикуляції;
- порушення звуковимови не постійно, тобто дитина може вимовляти звук і правильно, і неправильно.

### **Виділяють два варіанти артикуляційної апраксії:**

– кінестетична, пов'язана з патологією тім'яних відділів головного мозку, характеризується труднощами знаходження окремої артикуляційної пози

– кінетична, обумовлена патологією при моторних відділів мозку. Порушена динамічна організація артикуляційних рухів, утруднений перехід від одного звуку (або коартикуляції) до іншого. При цьому спостерігаються повтори звуків, складів, пропуски, перестановки, вставки.

## **3. Порушення звуковимови**

Значні труднощі для дизартрика з обмеженими довільними рухами становить вимова слів зі збігом приголосних звуків. Звуки в разі збігу їх у словах зазвичай випадають, навіть якщо дитина уміє правильно вимовляти кожний окремий звук.

Мінливий (нестійкий) характер м'язового тону (його підвищення або зниження), залежність від впливу зовнішніх чинників, стану довільних рухів, емоційного стану дитини, положення її тіла і голови зумовлюють інші, ніж у першому випадку, порушення звуковимови. За цих порушень відсутні стабільні артикуляційні порушення, що спричинює непостійність порушень фонетичної сторони усного мовлення.

Якщо у спокійному стані мовленнєвої мускулатури виявлено дистонію, тобто мінливий характер м'язового тону (підвищення, пониження), то в разі намагання говорити спостерігається лише різке підвищення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі. Тонічні м'язові порушення можуть також поширюватися на дихальну мускулатуру і м'язи гортані, зумовлюючи своєрідні голосоутворення і дихання у цих дітей. Тому важливо враховувати, що довільне підключення голосу у них завжди ускладнене: минає певний латентний (прихований) період між беззвуквою артикуляцією і відповіддю дитини. У таких дітей завжди спостерігаються «особливі» труднощі усної відповіді. Важливо при цьому пам'ятати, що полегшення мовленнєвого висловлювання настає у зв'язному мовленні, а також у разі, коли питання поставлене не до конкретної дитини, а до її сусіда або до всього класу, треба враховувати, що у цих дітей передусім порушується функція спілкування. Мовлення стерте, нечітке, голос з гугнявим відтінком.

Наявність гіперкінезів (примусових рухів) у мовленнєвій мускулатурі грубо спотворює мовлення, іноді робить його малозрозумілим, часом неможливим для розуміння. Гіперкінези призводять до примусового відкривання рота і викидання язика вперед, що може призвести до повної втрати дитиною можливості говорити. Крім того, у дітей можуть спостерігатися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що грубо порушує дихання, плавність мовлення і в тяжких випадках призводить до виникнення насильницьких викриків, стогону.

Частоту оральних синкінезів слід відрізнити від гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі, що спостерігаються зазвичай у спокої і підвищуються в разі спроби до мовлення і довільного руху. Синкінези виникають за всіх типів активних рухів у кінцівках і особливо бувають виражені під час рухів правої руки, але виникають головним чином у процесі засвоєння нової рухової навички (наприклад, письма). Вони виявляються у відкриванні рота, в облизувальних рухах язика, губ. Важливо пам'ятати, що синкінези, на відміну від гіперкінезів, дитина може подолати вольовим зусиллям. Часто оральні синкінези поєднуються з гіперкінезами.

Порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату виявляється у слабкості або недостатності відчуттів положення і руху органів артикуляції. Діти слабо відчувають положення язика, губ, напрями їхніх рухів. Їм важко навіть за прикладом відтворити і зберегти артикуляційне положення язика, губ. У деяких випадках, навчившись виконувати той чи інший рух за наслідуванням, вони не можуть його повторити через дуже короткий відрізок часу. Це зумовлено нестійкістю кінестетичного наслідуваного образу в артикуляційній мускулатурі, тобто діти легко «забувають» положення і рухи органів артикуляції. У зв'язку з цим навіть за незначних парезів м'язів артикуляційного апарату ці діти важко засвоюють артикуляційні положення і рухи язика, губ, що спричинює труднощі у логопедичній роботі.

Вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату виявляється у тому, що стан м'язового артикуляційного апарату і можливість довільних рухів у ньому залежать від положення тулуба, голови, кінцівок. За деяких положень голови (наприклад, під час опускання голови донизу) м'язовий тонус в язиці посилюється і активні рухи його стають обмеженішими. Порушення м'язового тону і збільшення обмеженості довільних рухів по-різному виникають у тих чи інших положеннях дитини: сидячи, лежачи, стоячи. Наприклад, коли дитина сидить, за різко підвищеного м'язового тону вона не в змозі відкрити рота і висунути язик уперед. Однак у положенні лежачи дитина може виконувати ці рухи.

Розглянуті розлади артикуляційної моторики у всіх дітей з таким мовленнєвим порушенням зазвичай ускладнюються розладами дихання і голосоутворення. Дихальні порушення і розлади голосоутворення значною мірою визначаються тонічними спазмами дихальних і фонаційних м'язів та наявністю гіперкінезів.

Майже у всіх дітей спостерігається скорочене, уривчасте дихання з різко обмеженим видихом. Довільне підключення голосу утруднене, а тому діти під час усних відповідей можуть переривати не тільки фразу, а й слово. Для подолання труднощів усної відповіді вони починають говорити на вдиху, і їх мовлення набуває «захлинального» характеру.

#### **4. Порушення дихання.**

При дизартрії за рахунок порушення іннервації дихальної мускулатури порушується мовленнєве дихання. Ритм видиху не регулюється смисловим змістом мовлення, у момент мовлення воно звичайно прискорене, після вимовляння окремих складів або слів дитина робить поверхневі судорожні вдихи, активний видих укорочений і відбувається звичайно через ніс, незважаючи на постійно напіввідкритий рот. Неузгодженість у роботі м'язів, що здійснюють вдих і видих, приводить до появи тенденції говорити на вдиху. Це ще більше порушує довільний контроль над дихальними рухами, а також координацію між подихом, фонацією й артикуляцією.

При дизартрії порушення голосу вкрай різноманітні, специфічні для різних її форм. Найбільш часто вони характеризуються недостатньою силою голосу (голос слабкий, тихий), порушеннями тембру голосу (глухий, назалізований, хрипкий, монотонний, здавлений, тьмянний; може бути гортанним, форсованим, напруженим, переривчастим та ін.), слабкою виразністю або відсутністю голосових модуляцій (дитина не може довільно змінювати висоту тону).

#### **5. Порушення голосової функції та мелодико-інтонаційні розлади.**

Порушення голосу пов'язані з парезами м'язів язика, губ, м'якого неба, голосових складок, м'язів гортані, порушеннями їхнього м'язового тону й обмеженням їхньої рухливості. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату може цілком виключити можливість вібрації голосових складок, що буде різко порушувати процес утворення дзвінких приголосних.

Отже, основні симптоми дизартрії — порушення звуковимови і просодичної сторони мовлення — визначаються характером і ступенем виразності проявів артикуляційних, дихальних і голосових розладів. При дизартрії порушується нижчий фонологічний рівень мовлення.

Ураження фонологічного рівня мовлення в період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції в деяких випадках може привести до складної дезінтеграції і патології всього мовленнєвого розвитку

дитини. У зв'язку з цим в окремих дітей з дизартрією має місце затримка темпів мовленнєвого розвитку, вторинні порушення лексико-граматичного ладу мовлення.

При дизартрії поряд з мовленнєвими виділяють і немовленнєві порушення. Це прояви бульбарного і псевдобульбарного синдромів у вигляді розладів смоктання, ковтання, жування, фізіологічного дихання в сполученні з порушеннями загальної моторики й особливо тонкої диференційованої моторики пальців рук. Діагноз „дизартрія” ставиться на основі виявлених специфічних мовленнєвих і немовленнєвих порушень.

### ***Практична частина***

**2. Законспектувати статтю: Семёнова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Дизартрии. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селивёрстова. – М.,: Просвещение, 1997. – С. 173-182.**

Найбільш частими мовленнєвими порушеннями у дітей з церебральними паралічами є дизартрії. Незважаючи на те, що клінічна картина дизартрії у рамках псевдобульбарного синдрому була описана близько 100 років тому..., єдиного визначення цієї форми мовленнєвого порушення не існує. Одні автори відносять до дизартрії тільки ті форми мовленнєвої патології, при яких порушення звуковимовної сторони мовлення обумовлені парезами і паралічами артикуляційних м'язів. Інші тлумачать поняття «дизартрія» більш широко і відносять до неї всі порушення артикуляції, фонації та мовленнєвого дихання, що виникають в результаті ураження різних рівнів центральної нервової системи.

Патологічні зміни при дизартріях зводяться до пошкоджень кори головного мозку в передній ділянці прецентральної звивини, в передній центральній звивині, в *girus supramarginalis*, пошкоджень та недорозвитку пірамідних шляхів і екстрапірамідної системи, лобово-мозочкових систем і з'єднуюючих їх волокон, мозочка, ядер черепномозкових нервів в довгастому мозку. В залежності від локалізації ураження клінічні прояви дизартрії будуть неоднаковими.

Більшість авторів розрізняють у дітей з церебральними паралічами наступні форми дизартрії: 1) псевдобульбарну; 2) екстрапірамідну; 3) мозочок; 4) коркову.

Особливістю дизартрії у дітей з церебральними паралічами є їх змішаний характер, часте поєднання різних варіантів дизартрії у одного і того ж хворого. Це пов'язано з тим, що при дії шкідливого фактора на мозок, що розвивається, ушкодження нерідко мають поширений характер і ураження одних систем може сприяти недорозвиненню і порушувати функціонування інших.

### **Порушення м'язового тонусу в артикуляційній мускулатурі.**

Для більшості форм дизартрії характерна зміна м'язового тонусу мовленнєвої мускулатури. Зазвичай ці зміни тонусу мають складний патогенез, пов'язаний як з локалізацією ураження, так і зі складною дезінтеграцією всього рефлекторного, рухового і мовленнєвого розвитку. Тому в окремих артикуляційних м'язах тонуус може змінюватися по-різному. Зупинимось на окремих варіантах порушення м'язового тонусу при дизартріях.

Спастичність артикуляційних м'язів. При спастичності артикуляційних м'язів відзначається постійне підвищення тонуусу в м'язах язика та губ; язик в порожнині рота напружений, спинка його спастично вигнута, кінчик не виражений, язик відтягнутий назад. Губи спастично напружені. Активні рухи в артикуляційній мускулатурі різко обмежені. Спастичність артикуляційних м'язів має місце при

спастичній формі псевдобульбарної дизартрії. Поряд зі спастичністю мовної мускулатури у дітей відзначається спастичність і скелетних м'язів. Найбільш часто це має місце при спастичній диплегії.

Гіпотонія артикуляційних м'язів. Гіпотонія в артикуляційній мускулатурі найбільш часто відзначається при мозочковій формі дизартрії. Гіпотонія у мовленнєвій мускулатурі зазвичай поєднується з гіпотонією і слабкістю скелетних, м'язових і жувальних м'язів. Язик тонкий, розпластаний у порожнині рота, губи м'яві, відсутня можливість їх щільного змикання, в силу цього рот постійно напіввідкритий, виражена гіперсаливація. На відміну від бульбарних порушень не відзначається атрофії, фібрилярних посмикувань язика, ковтальний рефлекс збережений. Ця форма порушеного м'язового тону частіше має місце при деяких варіантах диплегії, ускладнених мозочковою недостатністю, особливо у перші місяці життя дитини, а також при астатично-атонічній формі церебрального паралічу.

Мінливий тонус артикуляційних м'язів зазвичай має місце при гіперкінетичній дизартрії. Порушення тону артикуляційних м'язів в цих випадках поєднується з їх гіперкінезами. Подібна картина відзначається й у скелетній мускулатурі. Це найчастіше спостерігається при гіперкінетичній формі церебрального паралічу.

Особливості м'язового тону при дизартріях у дітей з церебральними паралічами визначає перший важливий принцип мовленнєвої терапії цих дітей.

Мовленнєва терапія при дизартріях ґрунтується на тісній єдності із заходами, спрямованими на розвиток рухових функцій. Першим моментом мовленнєвої терапії є необхідність домогтися максимального м'язового розслаблення як в артикуляційних, так і в скелетних м'язах. Для цього перед тим, як приступити до логопедичного заняття, кожну дитину оцінюють з точки зору її рівня рухового розвитку. Потім визначають характер її м'язового тону як в артикуляційних, так і в скелетних м'язах і, що особливо важливо, встановлюють, як змінюється стан тону в залежності від положення тіла в просторі і положення голови по відношенню до тулуба. Потім визначають так звану «рефлексзаперечну позицію». Визначення цієї позиції засноване на наданні такого положення тілу і голові дитини, яке буде сприяти зменшенню дії примітивних, затриманих і збочених рефлексорних схем, що призводять до підвищення м'язового тону... Після того як визначена «рефлексзаперечна позиція», переходять до послідовного її закріпленню.

Обмеження рухливості артикуляційних м'язів залежить від зміненого м'язового тону, паралічів і парезів артикуляційної мускулатури, а також від оральної апраксії...

В результаті недостатньої рухливості мовленнєвих м'язів грубо порушується звуковимова. Особливо обмеженою стає рухливість язика. При цьому може спостерігатися недостатність підйому язика вгору в порожнині рота, що може мати місце при парезі або грубому порушенні м'язового тону у шило-під'язиковому, під'язиково-глотковому, щелепно-під'язиковому, язико-глотковому, шило-язиковому і язико-піднебінному м'язах. Відзначається порушена вимова звуків, для яких необхідним є рух язика вгору, а також звуків, що вимагають для свого відтворення поєднаної дії зазначених м'язів язика (л, н, ж, ш, ц, ч, д, т і деяких інших). Іноді спостерігається недостатність руху язика вниз. Це звичайно має місце при патологічному стані ключично-під'язикового, щитовидно-під'язикового, щелепно-під'язикового, підборідно-язикового, щелепно-під'язикового і двочеревного м'язів. Може порушуватися і вимова деяких голосних звуків (е, і).



При парезах м'язів язика, зміні його тонусу нерідко виявляється неможливою зміна конфігурації язика: подовження, висунення, вкорочення, відтягування тому і підняття окремих його частин, викривлення, різноманітні бічні рухи. Все це призводить до порушення звуковимови так званих язикових звуків, вимова яких пов'язана із зміною вигину спинки язика (а, е, і), піднебінно-язикових (х, з, ж, л, з, ш, к, т, г, д, р, н). Таким чином, при ураженні м'язів язика порушується звуковимова більшості звуків.

Поряд з обмеженою рухливістю язика зазвичай відзначається мала рухливість губ... стають неможливими або обмеженими деякі рухи: витягування губ трубочкою, розтягування кутів рота, а також інші рухи, які змінюють розмір і форму рота, надаючи тим самим вплив на резонування всієї ротової порожнини. При ураженні м'язів губ страждає головним чином вимова губних звуків (б, п, м, в, ф).

Мускулатура губ іннервується лицьовим нервом, тому парези і паралічі губних м'язів зазвичай поєднуються з порушенням функцій інших м'язів нижньої частини обличчя (області, що іннервується нижньою гілкою лицьового нерва), що характерно для центрального парезу лицьового нерва.

Обмежена рухливість м'якого піднебіння в результаті ураження піднебінних м'язів (м'язів, натягують м'яке небо, м'язів, що піднімають його, піднебінно-язикових м'язів) ще більше порушує звуковимову. М'язи м'якого піднебіння іннервуються руховими гілочками мовно-глоткового і блукаючого нервів. Деякий участь в іннервації піднебінної мускулатури приймає також трійчастий і лицьовий нерв. В залежності від рівня ураження зазначених нервів, їх шляхів або ядер розрізняють млявий і центральний парез м'язів м'якого неба.

При ураженні м'язів м'якого піднебіння голос набуває носового відтінку («відкрита гугнявість»). Іноді, навпаки, надмірна спастичність м'язів піднебіння може сприяти появі «закритої гугнявості». При ураженні блукаючого нерва «відкрита гугнявість» і артикуляційні розлади нерідко поєднуються з хрипотою і афонією внаслідок часткового або повного порушення функції внутрішніх м'язів гортані.

Виражені артикуляційні розлади визначають другий важливий принцип мовленнєвої терапії дизартрії — розвиток мовленнєвої артикуляції. У процесі роботи над артикуляцією, так само як і при роботі над загальною моторикою, важливим принципом є фактор тактильно-пропріоцептивного руйнування, розвиток статико-динамічного відчуття, чітких артикуляційних кінестезій і кінестетичного наслідувального образу рухів артикуляційних м'язів. Роботу проводять з максимальним підключенням інших аналізаторів (особливо зорового і тактильного).

Велике місце в роботі при дизартріях займає артикуляційна гімнастика.

Роботу рекомендується починати з навчання дитини проковтувати слину. Для цього проводять масаж жувальних м'язів, пасивно-активно викликаючи жувальні рухи і закидаючи голову дитини, просять її проковтнути слину. Для стимуляції жувальних рухів дитини на кожному занятті дають булочку або печиво і вчать її жувати перед дзеркалом. Потім дитину навчають довільному закриванню рота за рахунок пасивно-активних рухів нижньої щелепи. Спочатку ці вправи проводяться пасивно: одна рука логопеда поміщається під нижньою щелепою, під підборіддям, іншу кладуть на голову дитини; шляхом легкого натискання і зближення рук щелепи дитини замикаються. Там, де дозволяє ступінь і характер рухового ураження, ці рухи роблять за допомогою рук самої дитини. Надалі проводять активну гімнастику по тренуванню цих рухів під рахунок і по команді: «відкрий рот, закрій рот».

Для розвитку достатнього довільного напруження м'язів обличчя, кругового м'яза рота рекомендується застосування спеціальних серветок, трубочок. Дитина захоплює трубку губами і

намагається перешкодити спробам логопеда витягнути її з рота. Для розвитку м'язів губ застосовують спеціальні вправи на витягування губ вперед трубочкою, розтягування їх в сторони, по чергуванню цих рухів (хоботок-оскал, хоботок-оскал і т. д.). Ці вправи нерідко представляють дуже велику трудність для дитини з дизартрією і вимагають попередніх тренувальних вправ на опускання нижньої губи при фіксуванні верхньої та ін.

Особливо велика робота повинна проводитися над м'язами язика. Цю роботу рекомендується починати з виховання активного дотику кінцем язика до краю нижніх зубів. Потім приступають до відпрацювання загальних, менш диференційованих рухів язика, спочатку в пасивному плані (витягування язика вперед і прибирання його назад у порожнину рота). Відпрацювання м'язів кореня язика починається з їх рефлекторних скорочень. Так, подразнюючи корінь язика паперовою трубочкою, домагаються рефлекторного скорочення цих м'язів; ці рухи закріплюють на рефлекторах, а потім довільних кашлевих рухах. Після цього поступово переходять до відпрацювання більш тонких і диференційованих рухів язика, спочатку пасивні, а потім активні.

Проводячи артикуляційну гімнастику, працюючи над голосом і диханням, одночасно відповідно відпрацьовуваним артикуляційним укладам, у дитини викликають перші звуки. Працюючи над мовленнєвою мускулатурою, одночасно працюють над мімічними м'язами обличчя. Дитину вчать закривати і відкривати очі, одне око, притримуючи рукою інше, супити брови і т. д.

Робота над артикуляторною моторикою і мімікою завжди поєднується з роботою з розвитку моторики рук. У дітей поступово розвивають опорну, хапальну, маніпуляційну діяльність рук і тонкі диференційовані рухи пальців. При роботі над ручною моторикою для виховання чітких пальцевих кінестезій також застосовують тактильну стимуляцію за допомогою масажу. Якщо логопедичні заняття проводять з дитиною в положенні сидячи, то його руки поміщають на стіл, долоні та пальці притискають до столу. При проведенні гімнастики рук дітей вчать розминати і розкочувати пластилін, стискати руками гумові груші, захоплювати пальцями дрібні предмети, складати мозаїку, малювати, ліпити, вирізати, штрихувати, розфарбовувати картинки, застібати та розстібати гудзики, гачки, шнурувати черевики, користуватися ложкою і виделкою.

### **Порушення голосоутворення**

Характерною особливістю дизартрії є порушення голосу, що значною мірою залежить від патологічного стану м'язів гортані, особливо перснево-щитовидних, які натягують істинні голосові зв'язки. При ураженні цих м'язів голос стає слабким, немелодійним.

Всі рухи гортані пов'язані з рухами язика, піднебіння і нижньої щелепи, тому порушення голосу і артикуляційні розлади найчастіше виступають разом. Для виникнення голосу велике значення має вібрація голосових зв'язок. При слабкості і паретичності м'язів голосового апарату вібрація голосових зв'язок порушується, тому сила голосу стає мінімальною. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату іноді повністю виключає можливість вібрації голосових зв'язок... Тому патологічний стан м'язів голосового апарату може бути причиною порушення вимови дзвінких приголосних і заміни їх на глухі, артикуляція яких здійснюється при зімкнутих і не коливаючихся голосових зв'язках.

Порушення голосоутворення при дизартріях визначають необхідність при проведенні мовленнєвої терапії особливу увагу приділяти постановці голосу і окремих звуків... Ці прийоми є загальноприйнятими в логопедії і значною мірою ґрунтуються на поєднаних координованих рухів артикуляційних, дихальних

і фонаційних м'язів. Тому при постановці звуків у дітей з церебральними паралічами велике значення має ортофонічне лікування, засноване на руховій терапії голосу за допомогою артикуляційних і дихальних вправ. Велику увагу приділяють перебільшеним артикуляційним рухам перед дзеркалом і поєднанню їх зі звуком.

Проводячи артикуляційну гімнастику при постановці голосу, особливо велику увагу приділяють розвитку рухів нижньої щелепи вниз і рухів м'якого піднебіння. За допомогою цих рухів утворюються достатні резонаторні камери, необхідні для звучання голосу. Таким чином, всі заходи по постановці голосу і звуків у дітей з дизартрією проводять в загальному комплексі мовленнєвої терапії цих дітей.

Як при проведенні артикуляційної гімнастики, так і при роботі над голосоутворенням нерідко вимагається застосування медикаментозної терапії (стимулюючої, антихолінергічної і симптоматичної, спрямованої на зниження м'язового тону).

### **Порушення дихання**

Порушення дихання є частими при дизартріях у дітей з церебральними паралічами, особливо при гіперкінетичній і мозочковій формах. Ці порушення дихання мають складний патогенез. Передусім можуть мати значення паретичність дихальних м'язів, зміни їх тону, порушення їх реципрокної іннервації...

Велике значення в порушенні активного видиху у дітей з церебральними паралічами може мати загальний недостатній обсяг їх дихання, який значною мірою може залежати від вимушеного нерухомого положення дитини.

Розлади дихання у дітей з церебральними паралічами найбільш часто залежать від порушення центральної регуляції дихання, а також від патології рухової функціональної системи.

Клінічно порушення дихання у дітей з церебральними паралічами проявляються в розладах ритму і глибини дихання, порушеннях координації між артикуляцією і диханням. У момент мовлення дихання частішає, після вимовлення звуку дитина робить судомний вдих. У деяких випадках порушення дихання відзначаються і незалежно від мовлення, але завжди в момент мовлення ці порушення різко посилюються. Особливо страждає у дітей з церебральними паралічами можливість активного видиху. Незважаючи на постійно напіввідкритий рот, вони видихають через ніс, вільне видихання через рот часто є неможливим.

Роботу над диханням починають з перших місяців життя дитини. Це має велике значення насамперед для її загального соматичного стану, а також для стимуляції перших звуків.

З дітьми після року в процесі проведення логопедичних занять регулярно працюють над розвитком мовленнєвого дихання. Дитину вчать дихати через рот... Потім вдихати і видихати через ніс... Нарешті вдихати через ніс і довільно видихати через рот. З дітьми більш старшого віку всі ці заняття проводять у вигляді колективної дихальної гімнастики під рахунок або музику. Там, де дозволяють рухові можливості, підключаються рухи руками. Розробка мовленнєвого дихання проводиться в різних положеннях хворого дитини: на спині, сидячи, стоячи. З дітьми раннього віку при тяжкому руховому ураженні дихальні вправи в основному проводяться в положенні на спині — «рефлексзаперечній позиції». У процесі відпрацювання мовленнєвого дихання велике значення мають спеціальні ігри-вправи: видування мильних бульбашок, задування свічок, здування зі столу дрібних пушинок і папірців, гра на губній гармошці, різних сопілках, дуття у спеціальні паперові трубочки. Робота над диханням, фонацією і артикуляцією проводиться в тісній єдності; велике значення в цієї роботі мають спеціальні логоритмічні ігри.

## **Оральна апраксія**

У дітей з церебральними паралічами часто виявляється апраксія артикуляційних м'язів. При дизартрії виявлення апраксії нерідко утруднене із-за паралічів і парезів артикуляційних м'язів і порушень м'язового тону. Апраксія мовленнєвої мускулатури сприяє ще більшому обмеженню обсягу рухів артикуляційних м'язів. Зменшення проявів апраксії відбувається по мірі розвитку всієї мовленнєво-рухової функціональної системи, особливо її афферентної ланки.

Дуже важливим розділом мовленнєвої терапії є робота над розвитком орального та ручного праксису, кінестетичних відчуттів і кінестетичного наслідувального образу.

Асоціювання реакції проявляється в наростанні м'язового тону в артикуляційній мускулатурі і підсилює дизартричні порушення при всіх видах активних рухів в кінцівках. З іншого боку, спроби активних артикуляторних рухів сприяють посиленню м'язового тону скелетної мускулатури.

Важливим розділом мовленнєвої терапії є правильна організація логопедичних занять. Логопед прагне не допустити надмірних зусиль дитини, які можуть сприяти дифузному підвищенню м'язового тону як у скелетній, так і в мовленнєвій мускулатурі. Успіхи мовленнєвої терапії дизартрії у більшості залежать від раннього початку логопедичних заходів, тому рання діагностика дизартрії має дуже велике значення.

**Питання ранньої діагностики дизартрії.** Клінічні прояви дизартрії часто входять в симптомокомплекс так званого псевдобульбарного синдрому. Вже у новонароджених можна відзначити перші ознаки псевдобульбарних порушень: слабкість крику або його повна відсутність, порушення смоктання, ковтання, дихання, відсутність або слабкість деяких вроджених безумовних рефлексів (смоктального, пошукового, хобіткового, долонно-рото-головного). Крик у таких дітей тихий, погано модульований, нерідко з носовим відтінком, іноді у вигляді окремих схлипувань, які дитина робить у момент вдиху.

Діти не беруть груди або смокчуть дуже мляво, при смоктанні захлинаються, синіють. У важких випадках порушено і ковтання, і діти ковтають тільки в тих випадках, коли їжа потрапляє глибоко в порожнину рота. Може мати місце асиметрія обличчя, відвисання нижньої губи. Дихання у таких дітей поверхневе, нерідко прискорене і аритмічне. По мірі росту дитини виявляється, що він зовсім не може жувати, кусати, пити з чашки або з блюдця. Зазначені труднощі годування є причиною раннього переведення дітей на штучне вигодовування. В окремих важких випадках такі діти до 2-3 років харчуються через соску.

Все це, з одного боку, призводить до проявів гіпотрофії, анемії, гіпопротеїнамії, загальної соматичної ослабленості, з іншого — сприяє ще більш вираженій слабкості артикуляційних м'язів у зв'язку з відсутністю їх діяльності. Останнє значно ускладнює мовленнєві порушення у дітей.

## **Клінічні форми дизартрії**

Псевдобульбарна дизартрія. Як вже зазначалося вище, клінічні прояви псевдобульбарної дизартрії входять в симптомокомплекс псевдобульбарного синдрому і проявляються у дітей раннього віку головним чином у розладах смоктання, ковтання, жування, порушення дихання. Спастичність артикуляційних м'язів і фонаційних м'язів відіграє велику роль в патології мовлення у цих дітей. Відзначаються найрізноманітніші комбінації парезів черепномозкових нервів і спазмів різних артикуляційних і фонаційних м'язів.

В залежності від клінічних особливостей в логопедичній практиці виділяються дві форми псевдобульбарної дизартрії: спастична і паретична. Найбільш часто відзначається поєднання обох форм.

Спастична форма псевдобульбарної дизартрії. При спастичній формі псевдобульбарної дизартрії відзначається виражена спастичність артикуляційної і фонаційної мускулатури. Спастичність може переважати над парезами артикуляційних м'язів. В силу зміненого м'язового тону і паретичності рухливість артикуляційних м'язів різко обмежена. Як і при всякому центральному парезі, страждають найбільш тонкі, ізольовані рухи. Особливо це стосується рухів язика вгору. Тому при вказаній формі дизартрії порушена насамперед вимова передньоязичних звуків, для яких потрібно підняття кінчика язика вгору (р, л, ж, ш, ч). Нерідко обмежені рухи язика в сторони, вниз, вперед. У важких випадках є тільки обмежений рух вперед, і язик ледь торкається краю нижніх зубів. Як при всякому центральному парезі, вкрай утруднено довільне розслаблення; спроба до руху і рух викликають підвищення м'язового тону в артикуляційної, фонаційної, а також дихальної мускулатури, а в деяких випадках і в скелетних м'язах (асоційовані реакції).

Наступною особливістю цієї форми дизартрії є часте наявність синкезій, що продовжується. Найбільш характерною синкнезією є рух нижньої щелепи, нижньої губи при спробі підняття кінчика язика вгору. Характерною є відсутність довільних рухів при збереженні рефлекторних, автоматичних. Дитина не може довільно відкрити рот і вимовити звук «а», в той же час вона може позіхати, плакати, кашляти. Дитина не може по інструкції висунути язик вперед, а при вживанні їжі облизує губи.

У більш легких випадках псевдобульбарної дизартрії активні рухи артикуляційних м'язів зберігаються, але обсяг їх обмежений, дитина насилу утримує позу язика, губ.

Спастична псевдобульбарна дизартрія виникає в результаті двостороннього над'ядерного ураження кортико-нуклеарних шляхів на різному рівні їх довжини.

Паретична форма псевдобульбарної дизартрії. При цій формі псевдобульбарної дизартрії відзначається виражений парез мовленнєвих м'язів зі значною їхньою слабкістю і обмеженням активних рухів, різко підвищений або навіть знижений м'язовий тонус. Не всі автори виділяють паретичну форму в самостійну, однак у дітей раннього віку при деяких формах церебрального паралічу нерідко спостерігається переважання паретичних компонента над спастичним, що вимагає певних логопедичних прийомів. З цієї точки зору правомірним є виділення паретичної форми. При цій формі дизартрії спостерігається загальна слабкість лицьової, артикуляційної і жувальної мускулатури. Язик зазвичай млявий, широкий, розпластаний, займає всю ротову порожнину, рухливість його різко обмежена. Відзначається підвищена виснаженість мовленнєвої мускулатури. Жування вкрай ослаблене, рот напіввідкритий, посилена салівація. У фонетичному відношенні порушена насамперед вимова звуків, що вимагають найбільш точних диференційованих рухів язика (передньоязикові звуки) і досить сильних м'язових зусиль (проривні губні звуки — п, т, к, б, д, г), особливо губно-губні: п, б, м, язиково-альвеолярні звуки: р. При вираженій паретичності м'язів язика може страждати і вимова ряду голосних звуків, особливо тих, які потребують достатнього підйому спинки язика вгору і, и, у. Для цієї форми дизартрії характерно також те, що поряд з обмеженням активних рухів артикуляційних м'язів відзначається великі труднощі в утриманні потрібної артикуляційної пози. Язик може ухилитися в бік більш паретичної половини.

В силу паретичності м'язів м'якого піднебіння зазначається в тій чи іншій мірі вираженості відкрита гугнявість. Дитина вимовляє всі звуки з носовим відтінком. М'яке піднебіння провисає, рухливість його при вимові звуків обмежена.

Мовлення при паретичній формі псевдобульбарної дизартрії зазвичай повільне, афонічне, загасаюче, погано модульоване. У ряді випадків паретична форма дизартрії, так само як і спастична, ускладнюється порушенням кінестетичного сприйняття мовленнєвих м'язів та елементами оральної апраксії.

Переважає паралічу спостерігається і в лицьовій мускулатурі, тому амімія у дітей зазвичай значно виражена. Стан міміко-артикуляційної мускулатури аналогічний тому, який спостерігається в скелетній мускулатурі, де явища паралічу також переважають над спастичністю. Спастичність виявляється або у окремих групах м'язів при русі, або при певному положенні тіла (вертикальному) — в цьому випадку вона розвивається в аддукторах стегон і литкових м'язах, іноді в згиначах або розгиначах пальців. Підвищення тонусу при зміні положення тіла може виникати і в артикуляційних м'язах, але зазвичай він підвищується незначно і не доходить до ступеня вираженої спастичності, як це має місце при спастичній формі.

Локалізацією ураження при паретичній формі псевдобульбарної дизартрії, на думку ряду авторів, є область Варолієвого мосту... У хворих із цією формою дизартрії відновлення мовлення відбувається з великими труднощами — повільно регресують псевдобульбарні симптоми, дихальні порушення, з великим трудом розвивається координація між дихальними і артикуляційними рухами, тому порушення звуковимови поряд з афонією і носовим відтінком голосу тримаються довго.

Мовна терапія при псевдобульбарній дизартрії має починатися з перших місяців життя дитини. На першому році життя вона має наступні завдання: 1) виховання навичок ковтання, смоктання, жування; 2) розвиток пропріоцептивних відчуттів у мовній мускулатурі шляхом пасивно-активної гімнастики артикуляційних м'язів; 3) розвиток дихальної функції; 4) виховання голосової активності. В подальшому поряд з роботою над артикуляцією, фонацією, мовленнєвим диханням і фонематичним слухом велика увага приділяється вихованню мовних кінестезій, розвитку кінестетичного наслідувального образу як у мовленнєвій мускулатурі, так і в м'язах пальців рук. Вся мовленнєва терапія проводиться на тлі медикаментозної в єдиному комплексі реабілітаційних заходів.

Екстрапірамідна дизартрія. Мовні порушення при екстрапірамідній дизартрії залежать в основному від трьох чинників: 1) різкого зміни тонусу; 2) порушень емоційно-рухової іннервації; 3) появи гіперкінезів.

Відповідно до локалізації ураження питома вага і клінічні прояви кожного з трьох перерахованих компонентів будуть неоднаковими. В залежності від цього виділяють дві форми екстрапірамідної дизартрії: ригідну і гіперкінетичну. Нерідким є поєднання обох форм.

Для порушень м'язового тонусу характерні мінливий характер цього тонусу, його велика залежність від зовнішніх впливів, довільних рухів, емоційного стану хворого, положення його тіла і голови. Звідси виходить важлива клінічна відмінність екстрапірамідної дизартрії від псевдобульбарної. Для екстрапірамідної дизартрії характерною є відсутність стабільності артикуляційних порушень, тому і розлади фонації (звуковимови) менш постійні, ніж при псевдобульбарній. Так, дитина у спокійному стані може правильно вимовляти окремі звуки, особливо коли вона в процесі гри розмовляє зі своїми

іграшками, і та ж дитина не може вимовити цих звуків у бесіді з батьками, особливо з незнайомими людьми. Якщо в спокійному стані у мовленнєвій мускулатурі відзначається дистонія з труднощами утримання якої-небудь артикуляційної пози, то при спробі вимовляння слів спостерігається різке підвищення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі. Корінь язика різко напружується, і, дитина нерідко мимоволі вигукує окремі задньоязикові звуки — ги-ки і т. д. При менш вираженому порушенні м'язового тону дитина намагається говорити, але мовлення її змазане, невиразне, голос з гугнявим відтінком...

Тонічні м'язові порушення можуть поширюватися і на дихальну мускулатуру, і на м'язи гортані, обумовлюючи своєрідність розладів голосоутворення і дихання у цих дітей.

Наступні клінічні особливості цієї форми дизартрії залежать від порушень емоційно-рухової іннервації і проявляються в розладах так званої просодичної сторони моторного мовлення. У цих випадках страждає не стільки артикуляція, скільки мелодичність, темп мови, можливість говорити повільно або швидко, порушується інтонація. Емоційний відтінок мовлення втрачається, воно стає монотонним, одноманітним, немодульованим. Під час фразового мовлення відбувається поступове згасання, що переходить часом в неясне бурмотіння.

До особливостей цієї форми дизартрії слід віднести і часту наявність гіперкінезів як в мовленнєвих, так і в скелетних м'язах. Наявність гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі грубо спотворює мовлення, часом робить його малозрозумілим, часом неможливим. Так, в деяких випадках гіперкінези мовлення призводять до насильницького розкриття рота та викидання язика вперед, що може повністю позбавляти дитину можливості говорити. При гіперкінетичній формі дизартрії відзначаються також виражені гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що грубо порушує дихання, плавність мовлення і призводить до виникнення насильницьких вигуків, стогонів.

Особливістю цієї форми дизартрії є також різко виражені дихальні порушення.

Якщо для псевдобульбарної дизартрії характерна кінестетична апраксія, пов'язана з порушенням кінестетичного сприйняття і нестійкістю кінестетичного наслідувального образу, то при цій формі дизартрії частіше має місце кінестетична динамічна апраксія, яка призводить до великих труднощів при переході від однієї артикуляції до іншої, при переході від звуку до звуку, не від слова до слова, тобто на відміну від псевдобульбарної дизартрії тут найбільш різко страждає автоматизація артикуляторних рухів. Іноді ці моторні порушення мовлення можуть нагадувати фонетичні розлади при моторній алалії...

Особливості мовленнєвої терапії при екстрапірамідній формі дизартрії. Основним завданням мовленнєвої терапії при екстрапірамідній формі дизартрії є зміна характеру пропріоцептивної афферентної імпульсації, за якої було б можливим зменшення ригідності і гіперкінезів як в мовленнєвих, так і в скелетних м'язах. Це досягається насамперед шляхом нормалізації патологічної аферентації, шляхом зміни положення тіла дитини у просторі і положення голови по відношенню до кінцівок (переміщення дитини в «рефлексозаперечевальну позицію»)...

Одним із завдань мовленнєвої терапії при екстрапірамідній формі дизартрії є максимальний розвиток довільних рухів у артикуляційної, фонаційної, дихальної та скелетної мускулатури. Дитину не тільки вчать довільно керувати своїми мовленнєвими і скелетними м'язами, але і виховують у неї можливість рухів в певному ритмі і темпі, можливість довільного перетворення рухів і переключень з одного руху на інше. Усі мовленнєві заняття проводять на тлі стимулюючої, антихолінергічної і

симптоматичної терапії, спрямованої на зниження м'язового тонусу і зменшення гіперкінезів... Для розвитку довільного дихального ритму, координації між дихальними рухами, фонацією і артикуляцією всю мовленнєву терапію з цими дітьми рекомендують проводити під певні ритмічні подразники. Такими подразниками можуть бути слухові — музика, удари метронома, рахунок, зорові — ритмічні помаху руками логопеда і потім самої дитини. Важлива роль у роботі з цими дітьми належить співу і логоритміці.

У всіх випадках логопедичні заходи починаються з розробки ритмічного, довільного дихання... Для розвитку довільного дихання виключно велике значення мають спеціальні дихальні ігри-вправи – видування мильних бульбашок, задування свічок, здування різних дрібних предметів, гра на губних дитячих музичних інструментах (дудочки, сопілки, гармошка). Поряд з роботою над диханням проводяться спеціальні вправи з розвитку артикуляції і фонації. При проведенні цих вправ велика увага приділяється розвитку статико-динамічних відчуттів, чітких артикуляційних кінестезій.

З дітьми більш старшого віку, які володіють навичками ходьби, поряд з індивідуальними логопедичними заняттями проводиться колективна мовленнєва ігротерапія. Застосовуються різні ритмічні ігри, в процесі яких відпрацьовуються певний тип мовлення та рухи, можливість довільної зупинки. З цими дітьми можливе застосування окремих елементів аутогенного тренування для виховання можливості довільного розслаблення, довільного керування диханням, фонацією і артикуляцією.

Мозочкова дизартрія. Мозочкова дизартрія спостерігається при ураженні мозочка та його зв'язків. Для цієї форми дизартрії насамперед характерна виражена асинхронність між диханням, фонацією і артикуляцією. Мовлення стає сповільненим за темпом, товчкоподібним, з порушеною модуляцією наголосів, затуханням голосу до кінця фрази — «скандувальне мовлення».

Спостерігається мозочкова дизартрія при атонічно-астатичній формі дитячого церебрального паралічу, а також при деяких інших формах захворювання, ускладнених астатично-атонічним синдромом. Тонус в артикуляційній мускулатурі при цій формі дизартрії зазвичай знижений: губи і язик гіпотетичні, їх рухливість обмежена, м'яке піднебіння пасивно провисає, жування ослаблене, міміка млява. Зважаючи на гіпотонію і паретичність артикуляторних м'язів, атаксії з явищами гіперметрії дитина з труднощами відтворює і утримує певні артикуляційні уклади. У фонетичному відношенні страждає насамперед вимова тих звуків, для яких потрібна достатня чіткість і диференційованість артикуляторних рухів (передньоязикові звуки), а також достатня м'язова сила скорочення губних і мовленнєвих м'язів (губні і вибухові звуки). Зважаючи на паретичність м'язів м'якого піднебіння при цій формі дизартрії зазвичай має місце відкрита гугнявість. При мозочковій дизартрії, як і при деяких інших формах, нерідко відзначаються прояви оральної диспраксії з нечіткістю кінестетичного сприйняття у мовній мускулатурі.

У процесі становлення мовлення у цих дітей виключно важливе значення мають заняття з вироблення синхронності голосу і дихання. Велике місце в мовній терапії, так само як і при екстрапірамідній дизартрії, займають логоритміка, мовленнєва ігротерапія і спів. Велика робота ведеться над розвитком координації між диханням, фонацією, артикуляцією і рухом в скелетній мускулатурі.

Кіркова дизартрія. Поняття коркової дизартрії є більш спірним, і не всі автори вважають можливим виділення цієї форми мовленнєвого ураження. Дійсно, у дітей з церебральними паралічами діагностика коркової дизартрії нерідко викликає труднощі, особливо в тих випадках, коли кіркова дизартрія не виступає ізольовано, а поєднується з іншими варіантами дизартрії або з моторної алалією.



У дітей з церебральними паралічами можна виділити дві форми коркової дизартрії: еферентну і аферентну. При еферентній формі коркової дизартрії ураження локалізується в області передньої центральної звивини, там, де представлена іннервація артикуляційної мускулатури...

У зв'язку з цим при корковій дизартрії страждає вимова тих звуків, які пов'язані з найбільш тонкими ізольованими рухами окремих м'язових груп язика (це насамперед деякі передньоязикові звуки р, л і ін). При коркової дизартрії на відміну від псевдобульбарної, немає слинотечі, немає порушень голосу і дихання.

В плані диференціального діагнозу коркову дизартрію необхідно відрізнити від функціональної дислалії. Тому діагностування коркової дизартрії у дитини раннього віку нерідко представляє великі труднощі. Встановлення діагнозу полегшується в процесі проведення логопедичної роботи над постановкою тих або інших звуків. При функціональній дислалії значно легше вдається поставити і ввести в мовлення відсутні звуки.

При аферентній корковій дизартрії відзначається своєрідна кінестетична апраксія у мовленнєвій мускулатурі і в пальцях рук, що змушує припускати наявність ураження в ретроцентральної області кори головного мозку.

Логопедичні заходи при коркових дизартріях проводяться на тлі медикаментозної терапії... Логопедична робота ставить своїм завданням розвиток тонких диференційованих артикуляційних рухів, кінестетичних відчуттів, орального і ручного праксису.

Особливістю дизартричних розладів у дітей з церебральними паралічами є часта недостатність фонематичного слуху, яка нерідко найбільш чітко проявляється в писемному мовленні цих дітей. Порушена звуковимова і виражена недостатність зворотного афферентного зв'язку (слабкість кінестетичного та слухового контролю) можуть призводити до недорозвинення слухової пам'яті і семантичної сторони мовлення.

Таким чином, незважаючи на те, що при всіх формах дизартрії у дітей, особливо на ранніх етапах захворювання, відзначається головним чином порушення фонетичного рівня мовленнєвої системи, це порушення в період формування мовленнєвої функції при відсутності або недостатності логопедичних заходів може призводити до складної мовленнєвої дезінтеграції і на більш пізніх етапах захворювання все більше починає виявлятися і недостатність смислового рівня мовленнєвої системи (фонематичні і семантичні порушення, патологія письмового мовлення і читання). Тому при роботі з дітьми, що страждають дизартрією, необхідно поряд з розвитком звуковимови велику увагу приділяти розвитку слухової функціональної системи, вихованню фонематичного слуху, працювати над розвитком розуміння мовлення, розвивати внутрішнє мовлення і інтелект цих дітей.

**3. Опишіть особливості порушення просодичного боку мовлення при дизартрії та заповніть таблицю: «Діагностика псевдобульбарної дизартрії у дітей з ДЦП (за матеріалами М. А. Поваляєвої)».**

Діагностика псевдобульбарної дизартрії у дітей з ДЦП (за матеріалами М. А. Поваляєвої)

| Показники | Стерта форма                            | Дизартрія середньої тяжкості             | Важка дизартрія                               |
|-----------|---|--|---|
| Міміка    | Виразна, симетрична; повний контроль за | Маловиразна, незначна асиметрія обличчя. | Стійка гіпомімія (амімія) обличчя, асиметрія. |

|                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
|                                      | мімікою, здатність керувати нею.  | Недостатній контроль за станом губ – в стані спокою рот відкритий.                             | Довільні мімічні рухи утруднені, синкінезії. Рот постійно відкритий, язик виходить за межі ротової порожнини.  |
| <b>Дихання</b>                       | Тип дихання змішаний (грудночеревний). Обидві половини діафрагми працюють рівномірно. | Дихання поверхневе, ключичне, можлива аритмія.   | Дихання слабке, поверхневе, аритмічне. Видих ослаблений, утруднене задування сірника.  |
| <b>Голосоутворення</b>               | Голосоподача м'яка. Голосодихальний струмінь працює в повному обсязі, тривалий.       | Голосоподача жорстка, голос згасаючий. Голосові складки повністю не змикаються (парез).        | Голос слабкий, переривчастий, згасаючий до повного зникнення. Можлива афонія. Змикання голосових складок нерівномірне, що відбивається на голосі (від тихого до різких вигуків). |
| <b>Рефлекторні рухи язика</b>        | У повному обсязі, достатньому темпі (жування, облизування губ).                       | Обсяг і темп дещо обмежені; виснаженість мовленнєвих функцій.                                  | Стійкі обмеження рухів, обсягу, темпу (жування, облизування).  |
| <b>Формоположення язика</b>          | По середній лінії, кінчик яскраво виражений.  | Широкий кінчик не сформований, девіації язика (відхиляється в здоровий бік).                   | Стійка асиметрія, колообразний або паретичний з односторонньою атрофією.   |
| <b>Утримання артикуляційної пози</b> | Без труднощів під рахунок до 10 і більше. Ціанічність відсутня. Незначна саливація.   | Утримується до 10, але спостерігаються елементи занепокоєння, тремору, ціанічності, саливації. | Утримується до 5 насилу. При спастичній і гіперкінетичній формах яскраво вираженим є тремор, збудження. При паретичній формі – язик виходить з ротової порожнини.                |
| <b>Довільні рухи язика</b>           | Всі рухи в повному обсязі і темпі; незначні порушення                                 | Легка асиметрія; темп уповільнений; утруднена зміна артикуляційних                             | Стійка асиметрія язика. Перехід від одного артикуляційного укладу  |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | диференційованих артикуляторних рухів.  | рухів; виснаженість мовленнєвих функцій.   | до іншого утруднений настільки, що мовлення стає незрозумілим.  |
| <b>М'яке піднебіння</b>                                | Розташоване по середній лінії. При кашлі на твердій атаці активно скорочується.                       | Асиметричне, паретичне. Можливий легкий назальний відтінок.                                  | М'яке піднебіння паретичне; піднебінно-глоткова змичка не утворюється; спостерігається відтік повітря в носову порожнину, сильна назалізація.                       |
| <b>Довільні рухи губ: трубочка, вібрація, посмішка</b> | Симетричні, здійснюються в повному обсязі і темпі. Можливі рухи з опором.                             | Асиметричні в здорову сторону, рухи виконуються в повільному темпі. Рухи з опором утруднені. | Асиметрія. Темп значно уповільнений. Обсяг різко обмежений. Опір відсутній.   |
| <b>Гіперкінези</b>                                     | Відсутні.   | Непостійні.  | Постійні. Ускладнюють мовлення.   |
| <b>Оральні синкінези</b>                               | Відсутні.   | Непостійні, слабо виражені.  | Постійні, при спробі мовлення посилюються, ускладнюють спілкування.   |
| <b>Вимова</b>  | Ізольовані звуки в нормі, але у спонтанному мовленні відзначається розмиття в усіх фонетичних групах. | Можлива правильна, але спостерігається незрозумілість; страждають певні групи звуків.        | Найчастіше спостерігаються спотворення (міжзубний, бічний сигматизм). Голос з назальним відтінком; страждає просодика: тембр, інтонація, темп, виразність мовлення. |

### Тестові завдання:

1. Дизартрія характеризується

а) порушенням передачі імпульсів від кори мозку до ядер області черепно-мозкових нервів;

б) зниженням м'язового тону голосових складок, а також появою швидкої стомлюваності і захриплістю голосу;

в) обидві відповіді вірні.

2. Як проявляються гіперкінези при дизартрії?

а) проявляються у вигляді тремтіння язика та голосових зв'язок;

б) проявляються у вигляді гіперсалівації;

в) обидві відповіді вірні.

3. Основними ознаками дизартрії є

а) порушення фонематичного слуху при збереженні слуху звичайного;

б) охриплість, гнусавість і осиплість голосу;

в) дефекти звуковимови в поєднанні з порушенням мовної, передусім артикуляційної, моторики і мовного дихання.

4. Оберіть правильне твердження:

а) при навантаженнях (логопедичній гімнастиці) м'язова слабкість не змінюється.

б) інтонаційно-виразне забарвлення мови дітей зі стертою дизартрією не порушене;

в) діти дошкільного віку з дизартрією, не мають відхилень у розвитку опорно-рухового апарату.

5. До мовленнєвої симптоматики стертої форми дизартрії можна віднести

а) діти прагнуть спростити по максимуму артикуляцію, замінюючи, таким чином, складні звуки на прості;

б) просодичні порушення, при яких відзначається маловиразність і монотонність мовлення;

в) словниковий запас дітей обмежений рамками повсякденно-побутової тематики.

**Тема 3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Питання діагнозу.**

**Тема: Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями. Питання діагнозу.**

*Теоретична частина*

**1. Загальні фізичні параметри.**

**2. Обстеження артикуляційної моторики.**

**3. Мовленнєві симптоми. Обстеження мовленнєвого праксису.**

**4. Обстеження просторового гнозису.**

**5. Діагностика стертих та мінімальних проявів дизартрії.**

**6. Питання встановлення діагнозу.**

Обстеження будується на загальному системному підході, розробленому у вітчизняній логопедії, з урахуванням специфіки описаних вище мовленнєвих і немовленнєвих порушень, загального психоневрологічного стану дитини та віку. Чим менше дитина і чим нижчий загальний рівень її мовленнєвого розвитку, тим більше значення в діагностиці має аналіз немовленнєвих порушень.

В даний час на основі оцінки немовленнєвих порушень розроблено прийоми ранньої діагностики дизартрії.

Найбільш частим першим проявом дизартрії є наявність псевдобульбарного синдрому, перші ознаки якого можна відзначити вже у новонародженого. Це — слабкість крику або його відсутність (афонія) - порушення смоктання, ковтання, відсутність або слабкість деяких вроджених безумовних рефлексів (смоктального, пошукового, хобіткового, долонно-рото-головного). Крик у таких дітей тривалий час залишається тихим, погано модульованим, нерідко з носовим відтінком, іноді у вигляді окремих схлипувань, які виробляються в момент вдиху.

Діти погано беруть груди, мляво смокчуть, при смоктанні захлинаються, синіють, іноді молоко витікає з носа. У важких випадках діти в перші дні життя взагалі не беруть груди, їх годують через зонд, відзначаються і порушення ковтання. Дихання поверхнєве, нерідко прискорене і аритмічне.

Ці порушення поєднуються з асиметрією обличчя, підтіканням молока з одного кута рота, відвисанням нижньої губи, що перешкоджає захопленню соски або соска.

По мірі зростання все більше виявляється недостатня інтонаційна виразність крику, голосових реакцій. Звуки гуління, белькотіння відрізняються одноманітністю і появою в більш пізні терміни. Дитина тривалий час не може жувати, кусати, давиться твердою їжею, не може пити з чашки.

Вроджені безумовні рефлексі, які були пригнічені в період новонародженості, проявляються значною мірою, утруднюючи розвиток довільної артикуляційної моторики.

По мірі росту дитини в діагностиці дизартрії все більшого значення починають набувати мовленнєві симптоми: стійкі дефекти вимови, недостатність довільних артикуляційних рухів, голосових реакцій, неправильне положення язика в порожнині рота, його насильницькі рухи, порушення голосоутворення та мовленнєвого дихання, затриманий розвиток мовлення.

Особливу складність представляє діагностика стертих або мінімальних проявів дизартрії.

#### **Основні критерії діагностики:**

- наявність слабо виражених, але специфічних артикуляційних порушень у вигляді обмеження обсягу найбільш тонких і диференційованих артикуляційних рухів, зокрема недостатність загинання кінчика язика вгору, а також асиметричне положення витягнутого вперед язика, тремор та неспокій у цьому положенні, зміни конфігурації;

- наявність синкезій, що продовжуються (рух нижньої щелепи при русі язика вгору, рухів пальців рук при рухах язика);

- уповільнений темп артикуляційних рухів;
- труднощі утримання артикуляційної пози;
- труднощі в переключенні артикуляційних рухів;
- стійкість порушень звуковимови і складність автоматизації поставлених звуків;
- наявність просодичних порушень.

У ряді випадків для діагностики мінімальних проявів дизартрії допомагають функціональні проби.

Проба 1. Дитину просять відкрити рот, висунути язик вперед і утримувати його нерухомо по середній лінії і одночасно стежити очима за предметом, що переміщається в бічних напрямках. Проба є позитивною і свідчить про дизартрію, якщо в момент рухів очей відзначається деяке відхилення язика в цю ж сторону.

Проба 2. Дитину просять виконувати артикуляційні рухи язиком, поклавши при цьому руки на його шию. При найбільш тонких диференційованих рухах язика відчувається напруга шийної мускулатури, а іноді і видимий рух з закиданням голови, що свідчить про дизартрію.

Діагноз ставиться спільно лікарем і логопедом. Важливо правильно описати мовленнєві і не мовленнєві прояви дизартрії, відзначити особливості загального мовленнєвого розвитку, визначити рівень мовленнєвого розвитку, а також дати якісну характеристику структури дефекту, зазначивши, є у дитини дефект тільки фонетичним або фонетико-фонематичним. У шкільному віці відзначається вплив мовленнєво-рухового дефекту на письмове мовлення, наявність фонематичної або артикуляційно-акустичної дисграфії.

У мовній картці дитини з дизартрією, поряд з клінічним діагнозом, який ставить лікар, відображаючи по можливості і форму дизартрії, необхідно написати логопедичний висновок, заснований на принципі системного підходу до аналізу мовленнєвих порушень. Наприклад:

1. Псевдобульбарна дизартрія. Фонетичний дефект.
2. Псевдобульбарна дизартрія. Фонетико-фонематичний недорозвиток.

У школяра може бути такий варіант: Псевдобульбарна дизартрія. Фонетико-фонематичний недорозвиток. Артикуляторно-акустична дисграфія.

3. Псевдобульбарна дизартрія. Загальний недорозвиток мовлення (III рівень).

При обстеженні дітей з дизартрією особлива увага звертається на стан артикуляційної моторики у спокої, при мімічних і загальних рухах, насамперед артикуляційних. При цьому відзначаються не тільки основні характеристики самих рухів (їх обсяг, темп, плавність перемикання, виснажуваність тощо), але й точність і довільність рухів, стан м'язового тону у мовленнєвій мускулатурі, наявність насильницьких рухів і оральних синкезій.

Стан артикуляційної моторики співвідноситься із загальними моторними можливостями дитини, відзначаються навіть незначні рухові розлади.

Для диференціальної діагностики дизартрії і дислалії необхідно зіставити вимову звуків у словах при називанні дошкільнятами картинок, школярами при доповненні слів і речень, а також при читанні відображено слідом за логопедом в словах і ізольовано в звуках і зіставити ці дані з особливостями спонтанного мовлення. Логопед визначає характер порушень артикуляційних рухів, що призводять до неправильної звуковимови. Найбільш частими порушеннями при дизартрії є: недостатній підйом кінчика язика, порушена швидкість в утворенні змички, неправильні структури, недостатня напруга, коротка тривалість контакту, уповільнене ослаблення або вихід з контакту, неправильний напрям повітряного потоку.

#### **Запис кінетичного аналізу**

| Помилки | Кінетичний фонетичний аналіз         |
|---------|--------------------------------------|
| в — б   | недостатній натяг губ                |
| в — ч   | ковзання губ замість ковзання язика  |
| б — м   | слабке скорочення м'якого піднебіння |
| л — ф   | слабке скорочення м'язів губ         |

Така оцінка дозволяє визначити моторний механізм порушеної звуковимови і обґрунтувати диференційовані прийоми артикуляційної гімнастики і масажу.

Порушення звуковимови оцінюються в залежності від характеру комунікаційного матеріалу, швидкості вимови і ситуації спілкування. Вони зіставляються з особливостями фонематичного сприйняття і звукового аналізу.

Важливо відзначити, чи помічає дитина порушення звуковимови в чужому і власному мовленні, як вона диференціює на слух нормально і дефектно вимовлені нею звуки (в словах, складах і ізольовано).

**Обстеження лексико-граматичної сторони мовлення** проводиться загальноприйнятими в логопедії прийомами.

Логопедичне обстеження дозволяє виявити структуру і тяжкість фонетико-фонематичного порушення, зіставивши його з тяжкістю ураження артикуляційної і загальної моторики, а також загальним психічним і мовленнєвим розвитком дитини.

### **Обстеження стану артикуляційного апарату**

Обстеження включає опис артикуляційного апарату, його анатомічної будови і рухової функції. Обстеження починається з огляду органів артикуляції, і ході якого виявляються особливості будови і дефекти анатомічного характеру наступних органів: губ, язика, зубів, м'якого піднебіння, під'язикової вуздечки, щелеп, твердого піднебіння.

Аналізуються: м'язовий тонус губ, язика, м'якого неба. Зазначаються: асиметричне положення витягнутого вперед язика, тремор, зміна конфігурації, гіперкінези язика, тонкі губи, млявість губ, провисання — підтягнутість м'якого неба.

### **Обстеження рухливості артикуляційного апарату.**

Дослідження рухової функції губ за словесною інструкцією після виконання за показом:

- зімкнути губи;
- округлити губи, як при вимові звуку «о» — утримати позу;
- витягнути губи в трубочку, як при вимові звуку «у» і утримувати даний артикуляційний уклад.

Дослідження рухової функції щелепи спочатку за показом, а потім за словесною інструкцією:

- широко розкрити рот як при вимові звуку «а» і закрити;
- зробити рух нижньою щелепою вправо;
- зробити рух нижньою щелепою вліво;
- зробити рух нижньою щелепою вперед.

Дослідження рухової функції язика (дослідження обсягу й якості рухів язика) за показом і словесною інструкцією:

- покласти широкий язик на нижню губу і потримати (рахунок від 1 до 5);
- покласти широкий язик на верхню губу і потримати (рахунок від 1 до 5);
- випинання язика лопаткою;
- підняти кінчик язика до верхніх зубів, потримати (рахунок від 1 до 5) і опустити до нижніх зубів.

Дослідження динамічної організації рухів артикуляційного апарату проводиться за показом, а потім за словесною інструкцією при багаторазовому повторенні проведеного комплексу рухів:

- вишкірити зуби, висунувши язик, потім широко розкрити рот;
- язик в бік, підняти вгору, висунути вперед;
- широко відкрити рот, доторкнутися кінчиком язика до нижніх різців, а потім підняти кінчик язика до верхніх різців і покласти на верхню губу.

### **Обстеження моторних і сенсорних функцій**

Для оцінки станів загальних моторних функцій і артикуляційної моторики у логопедичній практиці зазвичай використовуються тести, розроблені Н.І. Озерецьким (1930) і багато разів модифіковані багатьма дослідниками (К. І. Белякова, В. Кумала, Н.А. Ричкова та ін) і докладно висвітлені в роботах С. Л. Лопатіної (2002), Е. Ф. Архипової (2006). Тести спрямовані на визначення наступних показників:

- статична координація рухів;
- динамічна координація рухів;

- швидкість рухів;
- можливість здійснення одночасних рухів;
- виконання ускладненої рухової програми.

Оцінка виконання тестів дається, зазвичай, описово. Відзначаються наступні показники:

- підвищення напруженості м'язів, що не беруть участь у виконанні тесту;
- тремор та інші види гіперкінезів;
- синкінезії;
- повнота і точність виконання;
- узгодженість рухів рук і ніг;
- рухова пам'ять;
- якість статичної координації;
- якість динамічної координації.

При вивченні організації рухів і праксису використовується нейропсихологічна методика — батарея тестів, яку розробив О. Р. Лурія і модифікувала Т. В. Ахутіна (1994). У рекомендованій методиці виділяються блоки програмування і контролю, приймання, переробки і зберігання інформації, регуляції тону.

Всі ці проби направлено на дослідження динамічного праксису, координації рухів, виявлення ознак прихованої ліворукості, почуття ритму, міжаналізаторних зв'язків: слухомоторних, слухозорових координацій.

**Обстеження рухової сфери** починається з вивчення порушення або збереження загальних характеристик руху випробовуваних. Критеріями оцінки є: загальна рухливість, стійкість — нестійкість ходи, координація рухів, швидкість, плавність, переключення, ритмічність. Тести на виконання предметних дій виконуються за показом і за наслідуванням. Дається вербальна словесна інструкція і демонструється потрібне положення або дії рук.

**Праксис пози кисті руки** — дослідження спрямоване на вивчення кінестетичних відчуттів, які беруть участь в рухах, які забезпечуються тім'яними зонами кори головного мозку.

**Динамічний праксис** — досліджується динамічна організація рухів, їх послідовність, здатність до переключення з однієї дії (або елементу) на інші.

**Просторовий праксис** — його дослідження дає можливість судити про збереження (або порушення) просторової і соматопросторової організації предметних дій, виконання їх у просторі.

**Конструктивний праксис** — дослідження спрямоване на визначення сформованості просторового сприйняття і оптико-просторових дій.

**Оральний праксис** — дослідження спрямоване на визначення сформованості рухів артикуляційного апарату.

**Символічний праксис** — досліджується мимовільний семантичний рівень дій та ритуальних дій. А також досліджується підкірковий рівень рухового аналізатора.

Найбільш складний вид рухів (дій) являє собою рух за типом реакції вибору за мовленнєвою інструкцією. Ці проби направлено на дослідження найбільш високих рівнів організації довільних дій, регулюючої ролі мовлення в руховій системі.

**Дослідження динамічного праксису**



а) зміна 3-х положень кисті. Випробуваному пропонується послідовно надавати своїй руці положення кулака, розпрямленої кисті, розташованої ребром долоні. Завдання виконується правою і лівою руками;

#### **Методики обстеження дітей і підлітків з дизартрією**

б) дослідження реципрокної координації. Випробуваному пропонується покласти перед собою руки, одна з яких стиснута в кулак, а інша розпрямлена. Потім він повинен одночасно змінювати положення обох кистей, розправляючи одну і стискаючи іншу руку.

#### **Дослідження просторового праксису**

Дане обстеження включає в себе проби Хеда:

а)одноручні:

- кисть руки до підборіддя, торкаючись його пальцями;
- кисть руки до підборіддя, пальцями назвні.

б)дворучні:

- кисть руки накладається тильною стороною на тильну сторону руки;
- до вертикально розташованої долоні однієї руки приставити перпендикулярно долоню іншої руки. Почергова зміна рук.

#### **Дослідження конструктивного праксису**

Здійснюється з допомогою тестів на дослідження просторового гнозиса, сприйняття простору:

- копіювання фігур, у тому ж просторовому розташуванні;
- копіювання геометричних фігур, просторово орієнтованих.

#### **Дослідження праксису пози руки**

Обстежуваний повинен запам'ятати серії поз пальців руки у відсутності зорового контролю з подальшим відтворенням кожної пози протилежною рукою:

а)пози запам'ятовуються і відтворюються на правій руці: витягнуті 2 і 3 пальці, інші стиснуті; 1 і 2 пальці в кільці, а 3, 4, 5 пальці витягнуті; 1, 3, 4 пальці в кільці, витягнуті 2 і 5 пальці;

б) пози запам'ятовуються і відтворюються на лівій руці: 1, 2 пальці в кільці, інші витягнуті; 2; 5 пальці витягнуті, інші стиснуті; 3, 4, 5 пальці витягнуті; 2, 3 пальці витягнуті — 1, 4 в кільці;

в) перенесення пози з правої руки на ліву руку;

г) перенесення пози з лівої руки на праву руку. Перед обстежуваним ставляться два завдання. Перша полягає в запам'ятовуванні і відтворенні положень пальців руки. Друге завдання після виконання першого полягає у відтворенні тієї ж пози «по пам'яті» на іншій руці. Набір включає в себе п'ять положень пальців руки: 2 і 3 пальці виставляються вперед, інші притиснуті до долоні; пальці випрямлені, 1 і 2 з'єднані в кільце; 3, 4, 5 пальці випрямлені 1 і 2 притиснуті до долоні; пальці випрямлені, 1 і 4 в кільце; 2; 5 пальці виставляються вперед, інші притиснуті до долоні. Тестування проводиться при відсутності зорового контролю. Експериментатор ставить пальці випробуваного в задане положення, потім розправляє їх і просить повторити положення пальців тієї ж рукою. Після відтворення пози пальці розпрямляють і просять виконати завдання протилежною рукою.

**Субтест №1** полягає в запам'ятовуванні положень пальців на правій руці з перенесенням на ліву руку.

**Субтест № 2** включає в себе запам'ятовування пози, встановленої на лівій руці та її перенесення на праву руку.

Фіксується кількість правильно відтворених поз кожною рукою в умовах «прямого» пригадування і при перенесенні на іншу руку. Протоколюється помилкове пригадування.

**Практична частина**

1. Заповнити таблицю: «Диференційна діагностика стертої форми дизартрії та дислалії» (за матеріалами М. А. Поваляєвої).

**«Диференційна діагностика стертої форми дизартрії та дислалії»  
(за матеріалами М. А. Поваляєвої).**

| Дислалія  | Стерта форма дизартрії  |
|---|---|
| 1. У соматично ослаблених дітей. Органіки немає.  | 1. Пов'язана з ураженням центральної нервової системи.  |
| 2. Неврологічна симптоматика відсутня.  | 2. Яскраво виражена асиметрія обличчя, язика, м'якого піднебіння; рот у спокої привідкритий через парез губ; згладженість носогубних складок. |
| 3. Рухова сфера без патології, сухожильні рефлекси живі, рівномірні.                          | 3. Страждає загальна, дрібна і артикуляційна моторика.  |
| 4. Страждає тільки звуковимова. Прогноз сприятливий.  | 4. Поряд зі звуковимовою страждає просодика; поставлені звуки автоматизуються з труднощами.   |
| 5. Голос дзвінкий, гучний, добре модульований.  | 5. Голос глухий, слабкий, здавлений, затухаючий, переривчастий.   |
| 6. Мовленнєва активність підвищена.   | 6. Мовленнєва активність знижена.   |
| 7. До свого дефекту дитина критична.  | 7. До дефекту відноситься байдуже.  |
| 8. Вегетативні порушення проявляються в пітливості кінцівок, в червоному дермографізмі шкіри. | 8. Вегетативні порушення грубо виражені: синюшні, холодні, вологі кінцівки.   |
| 9. Гігієнічні навички виробляються швидко, утримуються стійко; зовні дитина охайна.           | 9. Гігієнічні навички через моторні порушення виробляються з труднощами. Дитина неохайна.   |
| 10. Сон спокійний без нічних страхів і сновидінь.   | 10. Спостерігаються розлади сну, нічні страхи, сновидіння.  |
| 11. Діафрагмально-мовленнєве дихання в нормі.   | 11. Дихання поверхове, ключичне, діафрагмально-мовленнєве – не сформовано.  |
| 12. В контакт входить легко, поведінка  | 12. Поведінка нерівна, часті перепади   |

|  |  |
|--|--|
| <p>адекватна.</p> <p>13. Пам'ять, увага, працездатність, мисленнєві процеси, інтелект – в нормі, рідко спостерігається ЗПР.</p> <p>14. Дитина активна, рухлива, займається охоче, без труднощів перемикається з одного виду діяльності на інший.</p> | <p>настрою.</p> <p>13. Пам'ять знижена, короткочасна; увага нестійка; низька працездатність; інтелект знижений (ЗПР, олігофренія)</p> <p>14. Повільні чи розгальмовані, відхиляються від занять, скаржаться на головний біль, важко перемикаються з одного виду діяльності на інший.</p> |
|--|--|

3. Підготовка документації для самостійного обстеження дітей дошкільного віку з дизартрією (розробка питальників, схеми обстеження загальної і дрібної моторики, мовленнєвої карти для обстеження стану всіх сторін мовлення, спец.вправ і завдань для обстеження дихання і просодики; їх аргументація, висновки і прогнози).

### Логопедична картка обстеження дитини з дизартрією

#### I блок — Анкетні дані

Прізвище, ім'я дитини \_\_\_\_\_

Дата народження Вік на 1.09. \_\_\_\_\_

Рідна мова \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Звідкіля прибув у ДНЗ \_\_\_\_\_

Дата вступу у ДНЗ \_\_\_\_\_

Висновки ПМПК \_\_\_\_\_

#### II блок — Анамнез

а) сім'ї:

Відомості про батьків:

Мати Вік \_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_

Батько Вік \_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_

Скарги батьків \_\_\_\_\_

Мовлення батьків й інших членів родини \_\_\_\_\_

Наявність інших дітей у родині \_\_\_\_\_

Стосунки в родині \_\_\_\_\_

Спадкові й хронічні захворювання батьків \_\_\_\_\_

Вік матері при народженні дитини \_\_\_\_\_

Вік батька при народженні дитини \_\_\_\_\_

б) загального розвитку дитини:

Зачаття від якої вагітності \_\_\_\_\_

Протікання вагітності: токсикоз I половини, II половини, травми, інтоксикації, захворювання \_\_\_\_\_

Пологи: дострокові, термінові, швидкі, стрімкі, зневоднені \_\_\_\_\_

Стимуляція: механічна, хімічна, електростимуляція \_\_\_\_\_

Крик: був, не був Чи спостерігалася асфіксія: біла, синя \_\_\_\_\_

Резус-фактор: негативний, позитивний, сумісність \_\_\_\_\_

Вага зріст \_\_\_\_\_ за шкалою Ангара \_\_\_\_\_ дитини при народженні.

Перше годування на добу, як узяв груди \_\_\_\_\_

Вигодовування \_\_\_\_\_

З пологового будинку виписаний на добу, додаткове перебування в пологовому будинку, причини \_\_\_\_\_

Відхилення в поведінці в перші 3-и місяці життя \_\_\_\_\_

Перенесені захворювання:

до 1 місяця \_\_\_\_\_

до року \_\_\_\_\_

після року \_\_\_\_\_

до 3 років \_\_\_\_\_

після 3 років \_\_\_\_\_

в) розвитку мовлення дитини:

Утримання голови (1,5 міс.). Повзає (5 міс.). Сидить (6 міс.).

Ходить \_\_\_\_\_ (до 1р.). Перші зуби (6-8 міс.) Права, ліва, амбидекстр.

Характер моторики: гіперрухливий, не координований у рухах, неспокійний, загальмований, неповороткий, несвоєчасне переключення рухів \_\_\_\_\_

Гуління (2-3 міс.). Лепет (4-8 міс.). Перші слова \_\_\_\_\_ (1 р.).

Перша фраза (1,5-2 р.). Чи відзначалися грубі перекручування звукоскладової структури й аграматизми після 3 років \_\_\_\_\_

Які звуки довго вимовлялися неправильно \_\_\_\_\_

Використання жестів \_\_\_\_\_

Інші особливості \_\_\_\_\_

Висновки про порушення \_\_\_\_\_

III блок — Дані про нервово-психічний і соматичний стан дитини

Педіатр.....

Невропатолог.....

Окуліст.....

Отоларинголог.....

Психіатр.....

Хірург.....  
 Дефектолог.....  
 Логопед.....  
 Психолог.....

**IV блок — Обстеження психічних функцій**

Контактність дитини.....  
 Загальна обізнаність.....  
 Орієнтування (у схемі тіла, просторі, часі).....  
 Сприймання, зорове, слухове, тактильне (колір, форма, величина).....  
 Увага: стійкість, розподіл, концентрація.....  
 Пам'ять: зорова, слухова, рухова.....  
 Мислення: наочно-дійове, наочно-образне, словесно-логічне.....  
 Висновки про психічний розвиток.....

**V блок — Стан усного мовлення:**

5.1. Загальне звучання мовлення:

| Завдання  | Бульбарна дизартрія | Псевдобульбарна дизартрія | Мозочкова дизартрія | Підкіркова дизартрія | Кіркова дизартрія |
|---|---------------------|---------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| <b>Розбірливість мовлення</b><br>не порушена<br>знижена<br>невнятне<br>малозрозуміле<br>змазане |                     |                           |                     |                      |                   |
| <b>Темп:</b><br>норма<br>тахілалія<br>брадилалія<br>запинки<br>заїкання                         |                     |                           |                     |                      |                   |
| <b>Ритм:</b><br>норма<br>розтягнутий<br>скандований<br>залежить від<br>гіперкінезів             |                     |                           |                     |                      |                   |

**Висновки** .....

## 5.2. Дихання

| <b>Завдання</b>   | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|---|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Дихання грудне;<br/>верхньоключичне;<br/>нижньодіафраг.:</b><br>Вільне, утруднене<br>Поверхове, неглибоке<br>нерівне |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>Фізіологічний вдих:</b><br>глибокий недостатній<br>короткий<br>переривчастий   |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>Фізіологічний видих:</b><br>тривалий<br>укорочений<br>наявні гіперкінези<br>ригідність                               |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>Диференціація</b><br>носового і ротового<br>видиху   |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>Мовленнєвий видих:</b><br>Короткий,<br>переривчастий<br>Достатній, наявні<br>гіперкінези, ригідність                 |                        |                              |                        |                         |                      |

### **Висновки** \_\_\_\_\_

## 5.3. Голос

| <b>Завдання</b>   | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|---|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Голос:</b> сильний,<br>дзвінкий,<br>тихий; відсутній;<br>гучний; гнусавий; |                        |                              |                        |                         |                      |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| шепітний; хриплий;<br>звичайний  |  |  |  |  |  |
| <b>Недостатня сила<br/>голосу:</b> слабкий,<br>тихий,<br>виснажливий   |  |  |  |  |  |
| <b>Порушення тембру<br/>голосу:</b><br>глухий,, здавлений,<br>хриплий,<br>напружений,<br>переривчастий<br>дрижачий<br>гіпоназалізований<br>гіперназалізований<br>носова емісія |  |  |  |  |  |
| <b>Модуляції голосу:</b><br>виражені<br>слабі<br>слабковиражені<br>немодульований<br>монотонний  |  |  |  |  |  |
| <b>Синхронність<br/>дихання,<br/>голосоутворення,<br/>артикуляції:</b><br>норма<br>порушення   |  |  |  |  |  |

**Висновки** \_\_\_\_\_

#### 5.4. Будова і рухливість органів артикуляції

| <b>Завдання</b>  | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульб<br>арна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|--|------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| <b>Неврологічний<br/>синдром:</b> спастичний<br>парез, ригідність, |                        |                                  |                        |                         |                      |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| гіперкінези, атаксія, апраксія  |  |  |  |  |  |
| <b>Лицева мускулатура:</b><br>норма,<br>гіпомімія,<br>гіпертонус,<br>гіпотонус, дистонія.<br>Згладженість<br>носогубних<br>складок.<br>Оральні синкінезії.<br>Тремор підборіддя.<br>Асиметрії.<br>Гіперкінези.<br>Ригідність. |  |  |  |  |  |
| <b>Губи:</b> нормальні,<br>товсті, вузькі,<br>вкорочені, з<br>розщилиною.<br><b>Рухливість:</b><br>норма,<br>малорухливі,<br>парез.<br><b>Тонус:</b><br>гіпотонус,<br>гіпертонус, дистонія.                                   |  |  |  |  |  |
| <b>Зуби:</b> нормальні,<br>крупні, дрібні, рідкі,<br>зайві, протези,<br>відсутні.<br><b>Прикус:</b><br>правильний,<br>передній, боковий<br>відкритий,<br>прогнатія, прогенія.   |  |  |  |  |  |
| <b>Піднебіння</b> тверде:<br>нормальне, високе-<br>готичне, низьке,<br>вузьке, широке,  |  |  |  |  |  |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>наявність розщілин,<br/>обтюратор,<br/>післяопераційні<br/>шрами.</p>   |  |  |  |  |  |
| <p><b>Піднебіння м'яке:</b><br/>нормальне,<br/>вкорочене,<br/><b>Рухливість:</b><br/>рухоме, нерухоме,<br/>в'яле, щілина,<br/>напружене, парез<br/>повний чи<br/>односторонній,<br/>післяопераційні<br/>шрами.</p>   |  |  |  |  |  |
| <p><b>Язик:</b> норма,<br/>великий, малий,<br/>довгий, короткий,<br/>вузький, широкий,<br/>м'ясистий.<br/><b>Рухливість:</b><br/>рухливий,<br/>малорухливий,<br/>в'ялий, напружений.<br/><b>Тонус:</b><br/>гіпотонус,<br/>гіпертонус, дистонія,<br/>гіперкінези, тремор.<br/><b>Девіація.</b><br/><b>Посиніння кінчика<br/>язика.</b><br/><b>Об'єм рухів:</b><br/>Не висовується з<br/>рота.<br/>Верхнє підняття.<br/>Бокове відведення.<br/>Клацання.<br/>Облизування губ.<br/>Утримання<br/>артикуляц. пози.</p> |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Переключення.  |  |  |  |  |  |
| <b>Гіперсалівація.</b>                                 |  |  |  |  |  |
| <b>Жування:</b><br>жує,<br>не жує, утруднення.         |  |  |  |  |  |
| <b>Ковтання:</b><br>ковтає,<br>не ковтає,<br>давиться. |  |  |  |  |  |

**Висновки** \_\_\_\_\_

### 5.5. Обстеження звуковимови:

| завдання  | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова дизартрія |
|---|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------|
| <b>Голосних звуків</b>  |                        |                              |                        |                         |                   |
| Звуки:<br>[а, е, и, о, у, і]<br><b>Відображено</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах: |                        |                              |                        |                         |                   |
| <b>Приголосні: губні</b>  |                        |                              |                        |                         |                   |
| [п, б, в, м, ф]<br><b>Відображено</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:              |                        |                              |                        |                         |                   |
| <b>Передньоязикові</b>  |                        |                              |                        |                         |                   |
| [н, н', т, т', д, д']   |                        |                              |                        |                         |                   |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <p><b>Відображено</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:<br/><b>самостійно</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:</p>                                     |  |  |  |  |  |
| <b>Задньоязикові</b>  |  |  |  |  |  |
| <p>[к, г, ґ, х]<br/><b>Відображено</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:<br/><b>самостійно</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:</p>                    |  |  |  |  |  |
| <b>Свистячі</b>   |  |  |  |  |  |
| <p>[с, с',з, з',ц,<br/>ц',дз, дз']<br/><b>Відображено</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:<br/><b>самостійно</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:</p> |  |  |  |  |  |
| <b>Шиплячі</b>  |  |  |  |  |  |
| <p>[ш, ж, ч, дж]<br/><b>Відображено</b><br/>ізолювано:<br/>в складах:<br/>в словах:<br/><b>самостійно</b></p>   |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:  |  |  |  |  |  |
| <b>Сонорні</b>   |  |  |  |  |  |
| [л, л',р, р']<br><b>Відображено</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:   |  |  |  |  |  |
| <b>[й] та йотовані голосні звуки</b>   |  |  |  |  |  |
| [й, я, ю, є, ї]<br><b>Відображено</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b><br>ізолювано:<br>в складах:<br>в словах: |  |  |  |  |  |
| <b>М'які та тверді приголосні</b>  |  |  |  |  |  |
| <b>відображено</b><br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b><br>в складах:<br>в словах:  |  |  |  |  |  |
| <b>Глухі та дзвінкі приголосні</b>   |  |  |  |  |  |
| <b>Відображено</b><br>в складах:<br>в словах:<br><b>самостійно</b>   |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| в складах:<br>в словах:  |  |  |  |  |  |
| <b>складова<br/>структура<br/>слів (1-,2-,3-<br/>багатоскладові)</b> |  |  |  |  |  |

**Висновки** \_\_\_\_\_

**5.6. Обстеження фонематичних процесів (з 4 років):**

| Завдання   | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|--|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Обстеження процесів сприймання фонем (фонематичний слух):<br>та-да, да-та.<br>Коса-коза.   |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>фонематичний аналіз:</b><br><i>простий:</i> виділення звуку на фоні слова.<br><i>складний:</i><br>1. визначити місце звуку в слові;<br>2. послідовність звуків в слові;<br>3. кількість звуків в слові. |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>фонематичний синтез:</b><br>складання слів із звуків названих логопедом<br>с-и-н.   |                        |                              |                        |                         |                      |
| <b>Фонематичні уявлення:</b>   |                        |                              |                        |                         |                      |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| підбір картинок, слів у назві яких є названий логопедом звук. |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|

**Висновки** \_\_\_\_\_

**5.6. Обстеження словникового запасу:**

| Завдання   | Бульбарна дизартрія | Псевдобульбарна дизартрія | Мозочкова дизартрія | Підкіркова дизартрія | Кіркова дизартрія |
|--|---------------------|---------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
| Обстеження активного словника<br>Тема: Село.                                   |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Овочі.   |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Фрукти.  |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Продукти.  |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Свійські тварини.  |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Дикі тварини   |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Свійські птахи.  |                     |                           |                     |                      |                   |
| Тема: Пори року.<br>Осінь.   |                     |                           |                     |                      |                   |
| <b>Знання іменників;<br/>дієслів;<br/>прикметників та<br/>ін. частини мови</b> |                     |                           |                     |                      |                   |
| <b>Підбір антонімів<br/>та синонімів</b>                                       |                     |                           |                     |                      |                   |

**Висновки** \_\_\_\_\_

**5.7.Обстеження граматичної будови мовлення:**

| Завдання   | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|--|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| <p><b>Словозміна:</b><br/>змінювати слова за відмінками;<br/>утворювати форми родового відмінка;<br/>утворення іменників множини в називному відмінку;<br/>вживання прийменників, числівників.</p> |                        |                              |                        |                         |                      |
| <p><b>Словотворення:</b><br/>утворення іменників зменшувально-пестливої форми;<br/>прикметників від іменників;<br/>дієслів руху за допомогою префіксів.</p>  |                        |                              |                        |                         |                      |
| <p><b>Структура речення:</b><br/>використання простих, складних речень та ін.; узгодження слів у реченні.</p>  |                        |                              |                        |                         |                      |

**Висновки** \_\_\_\_\_

5.8. Обстеження зв'язного мовлення:

| Завдання | Бульбарна<br>дизартрія | Псевдобульбарна<br>дизартрія | Мозочкова<br>дизартрія | Підкіркова<br>дизартрія | Кіркова<br>дизартрія |
|----------|------------------------|------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
|          |                        |                              |                        |                         |                      |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| складання речення за сюжетною картинкою з однією дією                                 |  |  |  |  |  |
| складання оповідання за сюжетною картинкою:   |  |  |  |  |  |
| переказ прослуханого тексту:<br>5 років – 5-8 речень.<br>6 років – 6 і більше речень. |  |  |  |  |  |
| складання оповідання за серією сюжетних малюнків (з 5 років):                         |  |  |  |  |  |
| складання речень за опорними словами (з 6 років):                                     |  |  |  |  |  |

**Висновки** \_\_\_\_\_

**VI блок— Вивчення особистості дитини:**

Провідна діяльність: \_\_\_\_\_

Знання, вміння та навички з програми дошкільного закладу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Емоційно-вольова сфера \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Інтереси, поведінка \_\_\_\_\_

**VII блок — Узагальнений висновок про розвиток мовлення**



---

---

П.І.Б, група студента \_\_\_\_\_

Дата дослідження \_\_\_\_\_ Підпис студента \_\_\_\_\_

Оцінка за виконання практичного завдання: \_\_\_\_\_ Підпис викладача \_\_\_\_\_

**Тестові завдання:**

1. Найбільш частим першим проявом дизартрії є:
  - а) наявність бульбарного синдрому;
  - б) псевдобульбарного синдрому;**
  - в) мозочкового синдрому.
2. Ознаки псевдобульбарного синдрому:
  - а) афонія, порушення ковтання та смоктання;
  - б) відсутність чи слабкість деяких вроджених безумовних рефлексів;**
  - в) макрогლოსія.
3. Основні критерії діагностики стертих або мінімальних проявів дизартрії:
  - а) уповільнений темп артикуляційних рухів, труднощі утримання артикуляційної пози;
  - б) наявність просодичних порушень, складність автоматизації поставлених звуків.**
  - в) прискорений темп артикуляційних рухів, відсутність просодичних порушень.
4. Для діагностики мінімальних проявів дизартрії допомагають:
  - а) статистичні проби;
  - б) функціональні проби;**
  - в) візуальні проби;
5. Скільки існує проб для діагностики мінімальних проявів дизартрії:
  - а) три;
  - б) дві;**
  - в) чотири.

**Тема 4. Характеристика різних форм дизартрії.**

***Теоретична частина***

**1. Кіркова дизартрія. Три варіанти.**

Кіркова дизартрія може бути пов'язана зі спастичним парезом деяких м'язів, і супроводжуватися апраксією. Апраксія — це рівневе порушення психофізіологічних механізмів руху, при якому виконавчі механізми збережені. При цьому спостерігається порушення таких довільних дій, як оскалювання, витягування губ, надування щік та інше. В той же час ці ж рухи можуть здійснюватися мимоволі.

Кіркова дизартрія порушує тільки рухову сторону усного мовлення. Як правило, при корковій дизартрії відсутні порушення голосу і дихання, немає слинотечі.

Корковий парез має схожість з порушеннями кортикально-ядерних шляхів, проявляючись у зниженні регуляції функціональної активності ядер, що знаходяться в стовбурі мозку.

Кіркова дизартрія спостерігається при ураженні домінантної півкулі в нижньому відділі передньої центральної звивини (постцентральных і прецентральных полів). Якщо ці порушення односторонні, то вони поступово компенсуються за рахунок аналогічних зон мозку протилежного боку.

Розрізняють еферентну (премоторну) і аферентну (постцентральну) форми коркової дизартрії.

**Еферентна форма** коркової дизартрії виникає при ураженні області передньої центральної звивини, де представлена іннервація артикуляційної мускулатури. Відзначається ізольоване порушення артикуляторних рухів. При цьому не порушується змістовна сторона мовлення, що кардинально відрізняє коркову дизартрію від афазії. Важливо відзначити, що артикуляторна кіркова дизартрія стосується тільки специфічних мовленнєвих рухів, в той час як інші довільні і мимовільні рухи язика і губ залишаються в цілості. В силу анатомічної близькості зон іннервації м'язів язика та кистей рук, при корковій дизартрії може бути підвищений тонус м'язів рук.

Найчастіше страждають руху кінчика язика, у зв'язку з чим порушується вимова передньоязичних звуків.

Артикуляційні рухи уповільнені, вони розпадаються на окремі ланки. Узагальнена схема руху замінюється сумою дезавтоматизованих актів. У пацієнтів з цією формою коркової дизартрії відзначаються труднощі відтворення серій послідовних рухів за завданням. Поряд з порушенням тону м'язів спостерігається зниження кінестетичної і кінетичної пам'яті, автоматизації. Артикуляція звуків спотворюється, з'являються множинні синкінезії. Ці синкінезії виразно проявляються в спеціалізованих пробах: спостереження очима за рухом пальця вліво-вправо викликає рух висунутого язика, при малюванні язик рухається в сторону руки, очі закриваються, морщиться лоб і т. п.

З порушенням тону м'язів пов'язані труднощі фонетичної інтеграції. У мовленні відзначаються труднощі переключення з одного звука на інший; загальна уповільненість мовлення; відсутність плавності, велика кількість пауз всередині слова, особливо при збігу приголосних, іноді поскладове мовлення; гучний голос при розмові.

Звуки у вигляді усередненої артикуляції («т» і «д» — «мс» і т. п.), зміна голосних (нечіткі, наближаються до усередненого «а» — «е»), голосні ударних складів подовжуються; приголосні (початкові і кінцеві) нерідко подовжуються; вставка додаткових звуків, пропуски звуків.

Нерідко спостерігається спастичний правобічний геміпарез, виникають хапальні рефлексії (симптоматика псевдобульбарної дизартрії). Кіркова дизартрія часто поєднується з моторною афазією.

**Афферентна форма** коркової дизартрії виникає при ураженні постцентральных областей кори великих півкуль. У дорослих геміпаретична дизартрія буває, головним чином, при пухлинах мозку. Така дизартрія у дорослих може бути компенсована після видалення пухлини.

У хворих з такою формою часто, але не обов'язково, спостерігається правобічний спастичний геміпарез (при лівій домінантній півкулі), розлад шкірної та м'язово-суглобової чутливості на тій же половині тіла. При цій формі спостерігається апраксія в рухах руки і оральна апраксія («пошуки» рухів).

Дизартрія проявляється в нечіткій артикуляції звуків, активних пошуках правильної артикуляції, а значить мовлення переривається під час цих пошуків, робиться розчленованим, неплавним. У найбільш легких випадках — тільки порушення плавності мовлення, пов'язане з пошуком артикуляції (схоже на заїкання). У більш важких випадках — змазана і невиразна артикуляція. Тільки в рідких випадках буває

чиста постцентральна апраксія, тобто Страждає лише рухова сторона мовленнєвих актів без афатичних порушень.

**Виділяють три варіанти аферентної дизартрії.** При першому варіанті спостерігається спастичний парез мовленнєвої мускулатури. Страждають найбільш тонкі і складні рухи язика, в першу чергу це рухи кінчика язика і вимова «ш», «ж», «р». При більш важких формах порушуються апікальні приголосні — кінчик язика - «з», «с», «л».

У більш легких випадках маються порушення тільки темпу і швидкості тонких диференційованих рухів м'язів кінчика язика. При проголошенні передньоязичних звуків сповільнюються мовленнєві артикуляції. Так як інші звуки вимовляються не в уповільненому, а в звичайному темпі, то ритм мовленнєвого висловлювання порушується і мовлення в цілому справляє враження дизритмічного.

**Другий варіант.** Порушення звуковимови не постійне, що пов'язано з неможливістю запам'ятовування й утримання в моторній пам'яті артикуляторної пози, пов'язаної з образами правильного звучання звука.

Рух на запит виконуються тільки при зоровому контролі. При відсутності зорового контролю пацієнти намагаються здійснити рух з допомогою рук (обмацують язик, розпластують).

Такі порушення супроводжуються тривалим пошуком необхідного артикуляційного укладу, що уповільнює темп мовлення і порушує її плавність.

Це нерідко поєднується з недостатністю міміки і лицевого гнозиса: ці пацієнти неточно визначають ділянку точкового дотику до обличчя і, особливо, в області артикуляційного апарату.

**При третьому варіанті** спостерігаються поєднання симптомів першого і другого варіантів динамічної кінстетичної артикуляційної апраксії.

Африкати розпадаються на свої складові частини; щілинні звуки замінюються проривними, спостерігаються пропуски звуків у збігу приголосних.

## **2. Псевдобульбарна дизартрія, форми та прояви (спастична, паретична).**

Псевдобульбарна дизартрія виникає при двосторонньому ураженні рухових кірково-ядерних шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер черепних нервів стовбура. Для псевдобульбарної дизартрії характерне підвищення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі по типу спастичності — спастична форма псевдобульбарної дизартрії. Рідше на тлі обмеження обсягу довільних рухів спостерігається незначне підвищення м'язового тону в окремих м'язових групах або пониження м'язового тону — паретична форма псевдобульбарної дизартрії. При обох формах відзначається обмеження активних рухів м'язів артикуляційного апарату, у важких випадках — майже повна їхня відсутність.

При відсутності або недостатності довільних рухів відзначається збереженість рефлексорних автоматичних рухів, посилення глоткового, піднебінного рефлексів, також в ряді випадків збереження рефлексів орального автоматизму. Наявні синкінезії. Язик при псевдобульбарній дизартрії напружений, відтягнутий назад, спинка його закруглена і закриває вхід у глотку, кінчик язика не виражений. Довільні рухи язика утруднені, дитина не може висунути язик з порожнини рота, однак амплітуда цього руху обмежена, вона із трудом утримує висунутий язик по середній лінії; язик відхиляється убік або опускається на нижню губу, загинаючись до підборіддя. Бічні рухи висунутого язика відрізняються малою

амплітудою, уповільненим темпом, дифузійним переміщенням усієї його маси, кінчик при всіх його рухах залишається пасивним і звичайно напруженим.

Особливо важким при псевдобульбарній дизартрії є рух висунутого язика вгору з загинанням його кінчика до носа. При виконанні руху видно підвищення м'язового тону, пасивність кінчика язика, а також виснажливість руху. У всіх випадках при псевдобульбарній дизартрії порушуються в першу чергу найбільш складні і диференційовані довільні артикуляційні рухи. Мимовільні, рефлекторні рухи збережені. При обмеженості довільних рухів язика дитина під час їжі облизує губи, але не може вимовити дзвінких звуків, вона їх вимовляє коли кашляє, чхає, сміється. Дисоціацією у виконанні довільних і мимовільних рухів при псевдобульбарній дизартрії визначаються характерні порушення звуковимови — вибіркові труднощі у вимові найбільш складних і диференційованих за артикуляційними укладами (р, л, ш, ж, ц, ч). Звук р втрачає віброуючий характер, дзвінкість, часто замінюється щілинним звуком. Для звуку л характерна відсутність певного фокусу утворення, активного прогинання спинки язика вниз, недостатнє підняття країв язика і відсутність або слабкість змикання кінчика з твердим піднебінням.

Таким чином, при псевдобульбарній дизартрії, так само як і при кірковій, порушується вимова найбільш складних по артикуляції передньоязикових звуків, але на відміну від кіркової порушення носять більш розповсюджений характер, поєднуючись з викривленою вимовою й інших груп звуків, порушеннями дихання, голосу, інтонаційно-мелодійної сторони мовлення, часто — слиновиділенням.

### **3. Екстрапірамідна дизартрія.**

Екстрапірамідна система автоматично створює те тло готовності, на якому можливе здійснення швидких, точних і диференційованих рухів. Вона має важливе значення в регуляції м'язового тону, послідовності, сили і рухливості м'язових скорочень, забезпечує автоматизоване, емоційно-виразне виконання рухових актів.

Порушення звуковимови при екстрапірамідній дизартрії визначаються наступними факторами:

- змінами м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі;
- наявністю насильницьких рухів (гіперкінезів);
- порушеннями пропріцептивної аферентації від мовленнєвої мускулатури;
- порушеннями емоційно-рухової іннервації.

Обсяг рухів у м'язах артикуляційного апарата при екстрапірамідній дизартрії, на відміну від псевдобульбарної, може бути достатнім. Особливі труднощі дитина переживає в збереженні і відчутті артикуляційної пози, що пов'язано з постійно мінливим м'язовим тоном і насильницькими рухами. Тому при екстрапірамідній дизартрії часто спостерігається кінестетична диспраксія. У спокійному стані в мовленнєвій мускулатурі можуть відмічатися легкі коливання м'язового тону (дистонія) або деяке його зниження (гіпотонія), при спробах мовлення в стані хвилювання, емоційного напруження спостерігається різке підвищення м'язового тону і насильницькі рухи. Язик збирається у грудку, підтягується до кореня, різко напружується. Підвищення тону в м'язах голосового апарату й у дихальній мускулатурі виключає довільне підключення голосу, і дитина не може вимовити жодного звуку. При менш виражених порушеннях м'язового тону мовлення змазане, невиразне, голос з носовим відтінком, різко порушена просодична сторона мовлення, її інтонаційно-мелодична структура, темп. Емоційні відтінки в мовленні не виражені, мовлення монотонне, одноманітне, немодульоване. Спостерігається загасання голосу, що переходить в незрозуміле бурмотання. Особливістю екстрапірамідної дизартрії є відсутність стабільних і

однотипних порушень вимови, а також велика складність при автоматизації звуків. Екстрапірамідна дизартрія нерідко поєднується з порушеннями слуху по типу нейросенсорної туговухості, при цьому страждає слух на високі тони.

#### **4. Мозочкова дизартрія.**

При цій формі дизартрії має місце ураження мозочка і його зв'язків з іншими відділами центральної нервової системи, а також лобно-мозочкових шляхів. Мовлення при мозочковій дизартрії уповільнене, поштовхоподібне, скандоване, з порушеною модуляцією наголосів, затуханням голосу до кінця фрази. Відзначається знижений тонус у м'язах язика і губ, язик тонкий, розпластаний у порожнині рота, рухливість його обмежена, темп рухів уповільнений, відзначаються труднощі утримання артикуляційних укладів і слабкість їхніх відчуттів, м'яке піднебіння провисає, жування ослаблене, міміка млява.

1. Легкий ступінь псевдобульбарної дизартрії характеризується відсутністю грубих порушень моторики артикуляційного апарату. Труднощі артикуляції полягають у повільних, недостатньо точних рухах язика, губ. Розладжування й ковтання виявляється не яскраво, у рідких схлипуваннях. Вимова у таких дітей порушено внаслідок недостатньо чіткої артикуляційної моторики, мовлення трохи вповільнене, характерна змазаність при вимові звуків. Частіше страждає вимова складних за артикуляцією звуків: ж, ш, р, ц, ч. Дзвінки звуки вимовляються з недостатньою участю голосу. Важкі для вимови м'які звуки, що вимагають додавання до основної артикуляції підйому середньої частини спинки язика до твердого піднебіння. Недоліки вимови чинять несприятливий вплив на фонематичний розвиток. Більшість дітей з легким ступенем дизартрії відчувають деякі труднощі у звуковому аналізі. Основним дефектом у дітей, що страждають на псевдобульбарну дизартрію в легкому ступені, є порушення фонетичної сторони мови.

2. Середній ступінь. Діти із середнім ступенем дизартрії становлять найбільш численну групу. Для їх мовлення характерною є відсутність рухів лицьових м'язів. Дитина не може надути щоки, витягнути губи, щільно зімкнути їх. Рухи язика обмежені. Дитина не може підняти кінчик язика вгору, повернути його вправо, уліво, утримати в даному положенні. Значні труднощі представляє перемикання від одного руху до іншого. М'яке піднебіння буває часто малорухомим, голос має назальний відтінок. Характерною є рясна слинотеча. Утруднені акти жування й ковтання. Мовлення таких дітей звичайно дуже невиразне, змазане, тихе. Характерна нечіткість через малорухомість губ, язика артикуляція голосних, вони вимовляються зазвичай із сильним носовим видихом. Частіше дзвінки приголосні замінюються глухими. Нерідко звуки наприкінці слова й у сполученнях приголосних опускаються. Діти з подібним порушенням не можуть успішно навчатися в загальноосвітній школі. Найбільш сприятливі умови для їхнього навчання й виховання створені в спеціальних школах для дітей з важкими порушеннями мови, де до цих учнів здійснюється індивідуальний підхід.

3. Важкий ступінь псевдобульбарної дизартрії ї анартрія характеризується глибоким ураженням м'язів і повною бездіяльністю мовленнєвого апарату. Обличчя дитини, що страждає анартрією, маскоподібне: нижня щелепа відвисає, рот постійно відкритий. Язик нерухомо лежить на дні ротової порожнини, рухи губ різко обмежені. Утруднено акти жування й ковтання. Мовлення відсутнє повністю, іноді є окремі нечленороздільні звуки. Діти з анартрією при гарному розумовому розвитку також можуть навчатися в спеціальних школах для дітей з важкими порушеннями мовлення, де завдяки спеціальним

логопедичним методам успішно опановують навичками письма й програмою по загальноосвітніх предметах.

### **Практична частина**

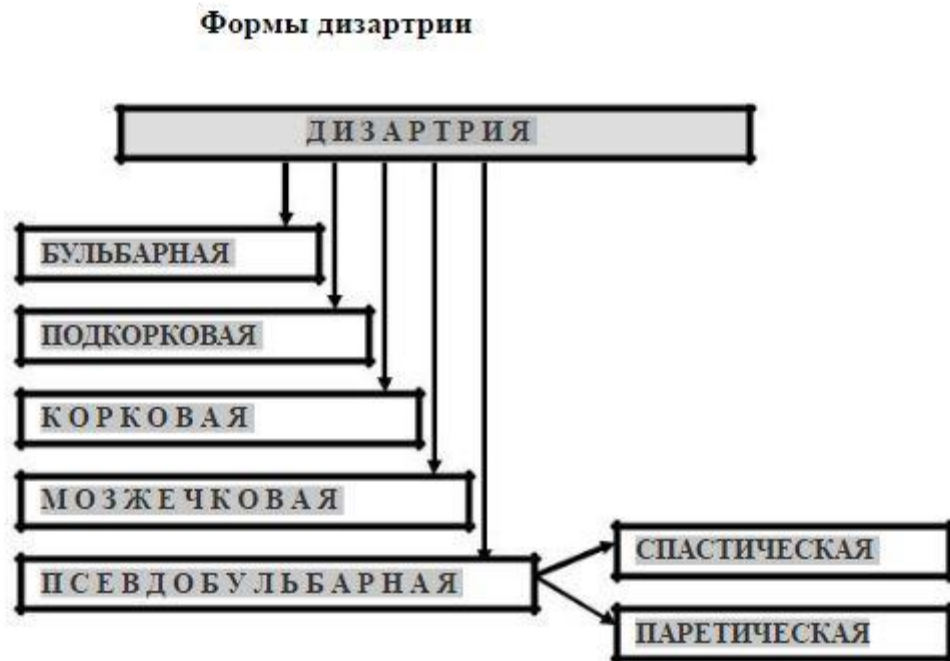
- 1. Виписати у робочий зошит назву черепно-мозкових нервів та зазначити функції, які вони виконують, заповнити таблицю:**

**Таблиця: Черепно-мозкові нерви**

| № | Назва нерва | Назва ядер                                      | Локалізація ядер  | Функції нерва, область його іннервації   |
|---|-------------|---|---|--|
| 1 | Нюховий     | Скупчення нейронів                              | Область гачка і парагіпокампальної звивини  | Нюх, орган нюху  |
| 2 | Зоровий     | Скупчення нейронів                              | Латеральне колінчасте тіло, сірий шар верхнього горбика, задня частина внутрішньої капсули, потилична частка  | Зір, сітківка  |
| 3 | Окоруховий  | Рухове, парасимпатичне (додаткове)              | Покришка ніжок мозку на рівні верхніх горбків, вентральні частини центральної сірої речовини (додаткове попереду від рухового)  | Рух очей, чотирьох очних м'язів  |
| 4 | Блоковий    | Рухове  | Покришка ніжок мозку на рівні нижніх горбків (перед центральною сірою речовиною)  | Рух очей, один м'яз ока  |
| 5 | Трійчастий  | Рухове, чутливе                                 | Область краніальної ямки.<br>В проекції блакитного місця.<br>На всьому протязі довгастого мозку до СІ-СV.<br>Зверху від рухового.   | Рух щелеп, рецептори дотику та болю; м'язи щелепи, зуби, шкіра обличчя                 |
| 6 | Відвідний   | Рухове  | В петлі коліна лицьового нерва (в глибині лицьового горбика)  | Рух очей, один м'яз ока  |
| 7 | Лицьовий    | Рухове, чутливе, парасимпатичне (слиновидільне) | Ретикулярна формація моста (латеральніше лицьового горбика)<br>В глибині, латеральніше прикордонної борозни (від покришки мосту до СІ)<br>Ретикулярна формація моста, поверхнево і латеральніше рухового. | Слиновиділення, міміка, відчуття солодкого, кислого, солоного; щокви, м'язи лиця, язик |

|    |                         |  |   |  |
|----|-------------------------|--|---|--|
| 8  | Присінково – завитковий | Передне завиткове, задне завиткове, медіальне вестибулярне, латеральне вестибулярне, верхнє вестибулярне, нижнє вестибулярне | Збоку від вестибулярних ядер<br>Вестибулярне поле   | Слух, рівновага; равлик, напівкругові канали                                   |
| 9  | Язикоглотковий          | Рухове, чутливе, парасимпатичне  | Ретикулярна формація, в проекції каудальної ямки<br>В глибині, латеральніше прикордонної борозни (від покришки мосту до СІ)<br>Ретикулярна формація довгастого мозку (між нижнім оливним і подвійними ядрами) | Сприйняття гіркокого смаку, ковтання; язик, глотка, мускулатура                |
| 10 | Блукаючий               | Рухове, чутливе, парасимпатичне  | Ретикулярна формація, в проекції каудальної ямки<br>В глибині, латеральніше прикордонної борозни (від покришки мосту до СІ)<br>Поверхнево, в області трикутника блукаючого нерва                              | Мовлення, ковтання, зниження серцевого ритму; гортань. Глотка, серце, кишечник |
| 11 | Додатковий              | Рухове   | Лежить нижче подвійного ядра, тягнеться до CV-CVI(між переднім та заднім рогами)  | Рух голови; голова та шия  |
| 12 | Під'язиковий            | Рухове   | В глибині однойменного трикутника   | Рух язика; язик  |

2. Робота з таблицями: «Форми дизартрії». «Діагностика дизартрії за локалізацією осередку ураження». Вид дизартрії. Ділянка ураження. Патогенез. Синдроми фонетичних порушень.



**Діагностика дизартрії за локалізацією ділянки ураження**

| Дизартрія        | Ділянка ураження  | Патогенез  | Синдроми фонетичних розладів і вторинної системної недостатності   |
|------------------|---|--|--|
| <b>Бульбарна</b> | Одностороннє (праве чи ліве) чи двостороннє ураження периферичних рухових нейронів V, VI, IX, X, XII черепно-мозкових нервів грудного рівня | Вибіркові в'ялі паралічі м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, гортані, глотки, дихальних м'язів та м'язів, що піднімають нижню щелепу.<br>Атрофія та атонія цих м'язів (язик в'ялий, млявий)<br>Знижені чи відсутні глотковий та нижньоглотковий рефлекси.<br>Розлади мимовільних рухів у відповідних групах м'язів. | Голос слабкий, глухий, голосні та дзвінки приголосні оглушені.<br>Тембр мовлення змінений по типу відкритої гугнявості.<br>Артикуляція голосних наближена до нейтрального звуку Э.<br>Артикуляція приголосних спрощена: змичні та Р замінюються щілинними, домінують глухі пласко-щілинні звуки.<br>Мовлення уповільнене, монотонне, порушена плавність, мовлення втомлює хворого. |



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Псевдобульбарна</b>                 | Ураження центральних рухових кортико-бульбарних і пірамідних нейронів, ведучих до передніх рогів шийно-грудного рівня. Ураження двостороннє, нерівномірно латералізоване. | Пірамідні спастичні паралічі м'язів мовленнєвого апарату. М'язових атрофій немає. Гіпертрофія м'язів (язик напружений, відсунутий дозад). Глотковий та нижньоглотковий рефлекс посилені. Насильницький сміх та плач. Паралічі двосторонні, з можливим переважанням симптомів з однієї сторони. | Голос слабкий, сиплий, охриплий. Тембр мовлення змінений по типу закритої гугнявості (переважно страждають голосні У, О та приголосні Р, П, Ш, Ж, Ц). Артикуляція голосних та приголосних зсунута дозад. Змичні приголосні та Р замінюються щілинними, щілинні перетворюються в пласко-щілинні, артикуляція твердих приголосних страждає більше, ніж м'яких. Пропуски приголосних при збігу, опускає закінчення слів. Уповільнений темп мовлення, порушення плавності та модульованості мовлення. |
| <b>Кіркова апраксия постцентральна</b> | Одностороннє ураження кори домінантної півкулі мозку (нижніх відділів постцентральних полів)  | Кінестетична артикуляторна апраксія  | Розлади вибору складів, що реалізують в мовленні мовні фонематичні узагальнення. Змішування ознак приголосних за способом та місцем утворення по глухості-дзвінкості, по м'якості – твердості. Розпад ритмічних складових структур слів. Напруженість мовлення.   |
| <b>Кіркова апраксия премоторна</b>     | Одностороннє ураження кори домінантної півкулі мозку (нижніх відділів премоторних полів)  | Кінетична артикуляторна апраксія   | Уповільнений темп мовлення. Персеверації та заміни щілинних приголосних у складах на змичні, дзвінких на глухі, м'яких на тверді. Збіги приголосних спрощуються за рахунок пропусків, африкати розділяються на звуки, що їх складають.  |

|                   |   |  |   |
|-------------------|---|--|---|
| <b>Підкіркова</b> | Ураження екстрапірамідних ядер та їх зв'язків з іншими структурами мозку. | Розпад чи розлади використання в акту мовлення вроджених синергій (що робить мовлення напруженим та неплavnим) | Розлади мовленнєвої просодики: темпу, плавності, гучності мовлення, висоти та тембру голосу, акцентуації та мелодики. Порушення звукової сторони мовлення, виразності та членороздільності. |
| <b>Мозочкова</b>  | Ураження мозочка та його зв'язків з іншими структурами мозку.             | Статична на динамічна атаксія мовленнєвих рухів.   | Мовлення скандоване, недостатньо виразне. Спотворення нормативних мовленнєвих характеристик.  |

### Тестові завдання:

1. Про яку форму дизартрії йде мова : « являє собою групу моторних розладів мовлення різного патогенезу, пов'язаних з осередковим ураженням кори головного мозку»?

- .а) кіркова
- б) підкіркова
- в) мозочкові

2. Яка частина головного мозку уражена при першому варіанті кіркової дизартрії?

- .а) нижній відділ передньої центральної звивини
- б) нижній постцентральный відділ кори
- в) нижній пре моторний відділ кори

3. В чому проявляється недостатність лицьового гнозису?

- а) труднощі в артикуляції звуків
- .б) труднощі в чіткій локалізації крапкового дотику до ділянок обличчя
- в) труднощі у голосоутворення

4. Порушення яких приголосних звуків спостерігається при другому варіанті кіркової дизартрії (ураження пост центральної зона)?

- .а) шиплячі
- .б) африкати
- в) передньоязикові

5. Чим характеризується паретична форма псевдобульбарної дизартрії?

- .а) підвищення або пониження м'язового тону в окремих групах м'язів
- б) пониження м'язового тону в окремих групах м'язів
- в) підвищення м'язового тону в окремих групах м'язів

**Тема 5.** Диференціація дизартрії від інших мовленнєвих порушень.

### *Теоретична частина*

#### **1. Диференціація дизартрії та дислалії:**

**а) характер та механізми порушення;**

- б) особливості моторики;**
- в) особливості мовлення;**
- г) особливості поведінки;**
- д) ставлення до дефекту;**
- е) неврологічна симптоматика;**
- є) тип дихання;**
- ж) особливості розвитку психічних процесів.**

При обстеженні у дітей зі стертою дизартрією відзначається порушення динамічного праксису.

Як і при будь-яких інших мовленнєвих розладах порушення звуковимови у різних дітей різні. У більшості дітей страждають передньоязикові звуки ш, ж, р. При цьому спостерігається головним чином порушення рухів кінчика язика.

У деяких випадках порушення може бути пов'язано з одним звуком, частіше «р». Незважаючи на мінімальність проявів, постановка звуку і особливо автоматизація, вимагає тривалої корекційної роботи.

У інших дітей порушуються, головним чином, шиплячі звуки. Діти з труднощами сприймають задану артикуляторну позу і на силу її утримують.

Спрощення вимови шиплячих і свистячих здійснюється за допомогою їх міжзубної артикуляції. Язик при проголошенні «ш», «ж», «з», «з» вигинається при здійсненні складної комбінації патологічних артикуляцій: мовленнєвий струмінь повітря проходить з одного боку між зубами, щочкою і язиком, кінчик якого приймає міжзубне бічне положення.

Є діти, у яких ізольовано своєрідно порушені африкати: «ч» - розпадається на «ть», «щ», щілинний варіант; «ц» - розпадається на «ть», «сь».

При обстеженні виявляються сповільненість перемикання з одного руху на інше при обстеженні кінетичного праксису. Ці порушення супроводжуються аналогічними розладами в м'язах рук, проба на перемикання рухів (кулак - ребро - долоня) виконується не ритмічно, уповільнено з поганою якістю виконання кінетичної мелодії.

У багатьох дітей зі стертою дизартрією є нестійкість фонематичного сприйняття на ті звуки, які порушені в його промові. Особливістю фонематичного воспріття є те, що в мові оточуючих вони визначають помилки вимови, а свої помилки не помічають. Нерідко у цієї групи можна діагностувати фонетико-фонематичні недорозвинення. Ці особливості усного мовлення порушують процес засвоєння письма і читання.

При стертій дизартрії відзначаються слабо виражені ознаки ураження ЦНС: легка згладженість з одного боку носогубної складки, негрубі девіації язика, різне розкриття очної щілини, іноді патологічні рефлекси (хобітковий рефлекс). Спільним є млявість артикуляції, нечіткість дикції. Загальна змазаність мовлення. Недоліки вимови усуваються тільки при введенні попереднього етапу артикуляційної гімнастики.

Зазначений характер порушення мовленнєвих рухів схожий з проявами артикуляторної апраксії, тобто аферентними порушеннями мовленнєвого аналізатора.

У дітей з диспраксією нерідко відзначається недорозвиток мовлення різного ступеню: від фонетико-фонематичного недорозвитку мовлення до явищ загального недорозвитку мовлення. У цих випадках в шкільному віці у дітей нерідко відзначається дисграфія, дислексія.

Стерта дизартрія, незважаючи на парціальні порушення звуковимовної сторони мовлення, є складним видом дизонтогенезу мовленнєвої діяльності.

Видається неможливим дати єдину психолого-педагогічну картину при стертій дизартрії. Це пов'язано з мозаїчністю органічного ураження ЦНС, що виражається як у різній локалізації, так і в різному ступені ураження мозку.

Характерним при стертій дизартрії є порушення однієї-двох фонетичних груп, близьких за способом артикуляції. У більшості дітей зі стертою дизартрією діагностується підвищення м'язового тону, головним чином, в артикуляційних м'язах, іноді патологічні рефлекси (найчастіше, хобітковий).

У цих дітей можна діагностувати мінімальні ознаки прояву псевдобульбарної дизартрії. У таких дітей немає відставання в мовленнєвому розвитку, лексико-граматичний лад розвивається відповідно до віку.

Частина дітей має порушення звуковимови, пов'язані з більш різноманітними ураженнями звуковимовної сторони мовлення: розпад африкат на складові частини, заміна дзвінких глухими. Труднощі у вимові звуків, що вимагають складної мозаїки перемикання окремих м'язових волокон від напруги до розслаблення. Утруднення утворення динамічного стереотипу, що полягає в координованій взаємодії артикуляційного і голосового апарату. У зв'язку з цим відбувається беззвучне проголошення дзвінкого приголосного - оглушення.

| <i>Діагностичні критерії</i> |                           | <i>Логопедичний висновок</i> |   |
|------------------------------|---------------------------|------------------------------|---|
|                              |                           | <i>Дислалія</i>              | <i>Стерта форма дизартрії</i>                     |
| Анамнестичні дані            | вагітність і пологи       | в нормі                      | ускладнені  |
|                              | крик                      | дзвінкий, тривалий           | часто глухий, короткий, із обмеженим інтонуванням |
|                              | органічне ураження ЦНС    | відсутнє                     | наявне у вигляді вогнищевої мікросимптоматики     |
|                              | неврологічна симптоматика | відсутня                     | наявна у вигляді асиметрії обличчя,               |

|  |                             |   |   |
|--|-----------------------------|---|---|
|  |                             |   | органів мовнорухового апарату, зокрема язика та м'якого піднебіння, згладженості носогубних складок; незначні девіації язика, різне розкриття очних щілин; внаслідок парезу губ рот у спокої напіввідкритий |
|  | м'язовий тонус              | зміна тонусу відсутня   | змінений за паретичним типом зі значною вираженістю як в артикуляційній і мімічній мускулатурі, так і в мускулатурі рук   |
|  | салівація                   | ковтання слини автоматизується у процесі розвитку мовлення  | під час мовлення слина накопичується у роті та витікає з його куточків; утруднена автоматизація ковтання слини  |
|  | вегетативні порушення       | часті, у вигляді гіпергідрозу (підвищеного потовиділення) шкіри долонь і стоп, червоного дермографізму шкіри, симптому Хвостека | яскрава вираженість у вигляді значного гіпергідрозу кінцівок, зміна їх кольору та температури   |
|  | ранній мовленнєвий розвиток | гуління, лепет  | інтоновані  |
|  |                             | затримка мовл. розвитку   | відсутня<br>наявна: перші слова з'являються у 1,5–2 р., фразове мовлення – у 2–3 р.   |

|              |                         |   |  |
|--------------|-------------------------|---|--|
| Рухова сфера | загальна характеристика | в нормі; висока пластичність і координованість  | дещо уповільнений темп розвитку; точність рухів знижена, недостатнє відчуття ритму; статична та динамічна диспраксія   |
|              | динамічний праксис      | збережений  | порушений; уповільнене переключення з одного руху на інший   |
|              | загальна моторика       | без патології, сухожильні рефлeksi рівномірні   | яскраво виражена незграбність  |
|              | артикуляційні рухи      | можуть бути збереженими чи утрудненими внаслідок органічних дефектів периферичного мовленнєвого апарату | неточні; язик постійно хаотично рухається, ніби не може знайти потрібного положення, часта зміна його конфігурації, труднощі утримання артикуляційної пози, девіації язика; корінь язика напружений, кінчик виражений недостатньо; при відкритті рота язик неспокійний, злегка відтягується назад, при потребі у русі язик стає вузьким і довгим або в'ялим і неповоротким у русі; обмеження обсягу найбільш тонких і диференційованих рухів; спостерігається патологія реципрокної іннервації (наприклад, |

|  |                                  |                 |  |
|--|----------------------------------|-----------------|--|
|  |                                  |                 | при дещо підвищеному тонусі м'язів кореня язика може відмічатися однобічне зниження тонузу його бічної сторони чи кінчика)           |
|  | синкінезії                       | відсутні        | наявні – рух нижньої щелепи при підйомі язика вгору, рух пальців при рухах язика   |
| Тривалість вироблення та стійкість гігієнічних навичок |                                  | швидка і стійка | повільна і недостатня  |
| Розлади сну  |                                  | відсутні        | досить часті   |
| Емоційна сфера   |                                  | стабільна       | нестабільна  |
| Пізнавальна сфера                                      | пізнавальна активність           | достатня        | низька; труднощі переключення з одного виду діяльності на інший  |
|  | увага різних модальностей        | в нормі         | нестійка   |
|  | оптико-просторовий гнозис        |                 | неточний; труднощі орієнтування в схемі тіла   |
|  | сформованість сенсорних еталонів |                 | недостатня; труднощі при визначенні та називанні кольорів і відтінків, розмірів і форм предметів                                     |
| Мовленнєва діяльність                                  | найбільш ушкоджена ланка         | звуковимова     | звуковимова, просодика   |
|  | мовленнєва активність            | підвищена       | знижена  |
|  | комунікабельність                | легка           | утруднена  |
|  | дихальна функція                 | в нормі         | дихання поверхневе, ключичне, аритмічне; затримка в розвитку мовленнєвого дихання; додаткові вдихи під час промовляння фраз (речень) |

|                              |                  |   |   |
|------------------------------|------------------|---|---|
| просодична<br>складова       | голос            | дзвінкий,<br>багато<br>модульовани<br>й, чистий | глухий, слабкий, здавлений,<br>затухаючий, переривчастий,<br>нерідко з назалізованим<br>відтінком; компенсаторне<br>напруження м'язів глотки та<br>шиї під час гучного<br>мовлення  |
|                              | темп<br>мовлення | відповідає<br>віковій нормі                     | часто прискорений, рідше –<br>уповільнений  |
|                              | ритм             | в нормі   | деяка аритмія при<br>зв'язних<br>висловлюваннях   |
|                              | дикція           | чітка   | змазанність<br>мовлення   |
|                              | інтонація        | відповідає віку                                 | дещо збіднена   |
|                              | паузація         | в нормі   | необґрунтована у<br>зв'язку з<br>недостатнім<br>володінням<br>мовленнєвим<br>диханням; відсутні<br>паузи між фразами  |
| порушення<br>звуковимов<br>и | голосних         | не спостерігається                              | наявне  |
|                              | приголосни<br>х  | окремих або однієї<br>(кількох) групи           | як простих, так і<br>складних за<br>артикуляцією;<br>спотворення<br>какумінальних<br>(утворюваних при<br>піднятому та / або<br>злегка загнутому<br>кінчику язика)<br>звуків; розпад<br>африкат на окремі<br>складові; оглушення<br>внаслідок<br>утрудненого |



|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  |  | утворення динамічного стереотипу; значна кількість бокових і міжзубних варіантів унаслідок асиметричної іннервації язика |
| автоматизація звуків                    | швидка   |  | утруднена, тривала; виправлений автоматизовани й ізольований звук залишається порушеним під час зв'язного мовлення       |
| слуховий контроль                       | достатньо сформований  |  | не помічаються помилки у власному мовленні   |
| складова структура                      | можливі помилки у складній структурі поодинокі слова складової структури |  | часто формується із затримкою; помилки в послідовності вимови складів у словах   |
| порушення лексико-граматичної складової | не спостерігається   |  | наявні; утруднений вибір потрібного слова, введення лексичної одиниці в систему  |

|   |                 |   |   |
|---|-----------------|---|---|
|   |                 |   | синтагматичних зв'язків і парадигматичних відношень внаслідок порушення мовленнєвих кінестезій; складність формування загальної схеми висловлювання, специфічні труднощі у виділенні суттєвих і гальмуванні другорядних зв'язків по причині порушень мозкової діяльності; параалалічна симптоматика |
| Критичність до власного дефекту                         | наявна          | відсутня, байдуже ставлення   |   |
| Динаміка виправлення в ході логокорекційних ігор-занять | швидка та легка | тривала та складна внаслідок резистентності (стійкості) порушення звуковимови |   |

| <b><u>Неврологічний статус дітей</u></b>   |  |
|--|--|
| Неврологічна симптоматика відсутня. Можуть спостерігатися розлади з боку вегетативної н.с., до таких розладів відносяться: поганий сон, надмірна пітливість, блідість, синюшність шкірних покривів або навпаки їх гіперемія. | Неврологічна симптоматика обов'язково присутня, хоча м.б. виражена незначно. Поява невро. симптоматики: страждає загальна моторика, немає спритності, рухливості, впевненого виконання рухів. Діти не вмюють стрибати на одній нозі, через скакалку, відчувають труднощі в іграх з м'ячем, рухи носять скутий напружений характер, Поза Ромберга позитивна, відзначаються напруги в руках, тремор пальців рук, погойдування, відхилення язика в сторону, гіперкінези язика, салівація.   |
| Прояв неврологічної симптоматики у дрібній моториці  |  |
| НІ   | Пальчикові проби повноцінно не виконуються (неправильний вибір пальців, неможливість створення і утримання пози, тремор, асинхронія рухів).  |
| Прояв неврологічної симптоматики в м'язовій мускулатурі  |  |
| НІ   | Відзначається легка амімія обличчя, зниження обсягу та якості рухів м'язів чола, кругових м'язів очей, щічних м'язів.  |
| В органах артикуляційного апарату  |  |
| НІ   | Дитина не може щільно зімкнути губи, утримати губами трубочку, соломинку; з боку язика можуть спостерігатися гіперкінези, відхилення язика в сторону, синюшність язика, утримання позиції під рахунок утруднено. Амплітуда рухів обмежена. Можуть спостерігатися заміни рухів. Салівація. Діти не можуть ретельно пережовувати їжу, ковтати воду і їжу маленькими порціями. Для того, щоб виявити ці порушення, обстеження має виконуватися з функціональним навантаженням. Це означає, що кожен пробу ми виконуємо неодноразово (3-4-5 разів) |
| Психічний статус   |  |
| У дітей з дислалією розладів інтелекту і емоційно-вольової сфери немає.  | Спостерігається швидка виснажуваність нервових процесів, відзначаються зниження пам'яті та уваги. Збудливі, неврівноважені, можуть спостерігатися  |

|   |  |
|---|--|
|   | афективні спалахи. Внаслідок цих проявів у дітей часто спостерігаються труднощі поведінки. Може бути ЗПР-цереброорганічного генезу.  |
| Стан побутових навичок самообслуговування |  |
| Охайні й акуратні.                        | М.б. неохайні, внаслідок незручного утримання зубної щітки, ложки для їжі в руці. Діти погано вміють шнурувати, зав'язувати черевики, розстібати і застібати гудзики. Салівація. |
| Загальний соматичний стан                 |  |
| Як правило, більш здорові.                | Соматично ослаблені. Часто хворіють на ГРЗ, інфекційними захворюваннями. Мають хронічні захворювання внутрішніх органів.   |

## 2. Диференціація дизартрії та моторної алалії:

- а) загальна характеристика вимови звуків (стан моторики артикуляційного апарату, види порушень вимови звуків);
- б) особливості спотворення звуковимови;
- в) особливості заміни звуків;
- г) особливості пропусків звуків.

### Диференціація дизартрії та моторної алалії

| № | Порівняльні критерії                                       | Моторна алалія   | Анартія (дизартрія)   |
|---|--|--|---|
| 1 | Мовленнєва моторика  | Моторний рівень утворення мовлення повністю або відносно збережений та потенційно дозволяє здійснювати артикуляційний акт. | Порушення артикуляційного компоненту мовлення складає суть даної патології.         |
| 2 | Система порушень   | Порушена вся мовленнєва система (вимова, лексика, граматики).  | Порушується одна з підсистем –фонетична.  |
| 3 | Порушення звуковимови<br>1 механізм<br><br>2 поліморфність | 1. Розлади вимови звуків є наслідком порушення утворення фонематичних операцій – вибору та комбінування фонем.             | 1. Розлади вимови викликані перш за все порушеннями фонетичних (моторних) операцій. |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <p>2. Багато звуків, можуть бути порушеними (спотворення, заміни, пропуски, повторення, перестановки) мають одночасно і правильну вимову.</p> <p>3. Переважають різнотипні порушення звуковимови (спотворення, заміни, пропуски).</p> <p>4. Домінують заміни невеликої кількості звуків.</p> <p>5. Може бути одночасно правильна і спотворена вимова.</p> <p>6. Заміни артикуляторно складних та артикуляторно простих звуків.</p> <p>7. Вимову звуків у складі відносно збережено, у складі слова – порушено.</p> | <p>2. Тільки окремі звуки мають одночасно правильну вимову.</p> <p>3. При стергій дизартрії переважають однотипні порушення (або спотворення, або пропуски, або заміни).</p> <p>4. Домінують спотворення великої кількості звуків.</p> <p>5. Для всіх спотворених звуків характерне постійне спотворення.</p> <p>6. Заміни найчастіше артикуляторно складних звуків.</p> <p>7. Порушена вимова звука як у словах, так і у складах.</p> |
|--|--|--|--|

**Персоналії: Г.Ф.Городецька**

Городецька, Галина Федорівна.

Сенсомоторные нарушения и пути восстановления произвольных движений руки при детских церебральных параличах [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Ф. Городецкая ; МЗ РСФСР, Ленингр. науч.-исслед. психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева. - Л., 1972. - 20 с.

Точечный массаж при детских церебральных параличах [Текст] / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева, Г. Ф. Городецкая. - Л. : [б. и.], 1979. - 135 с. - Б. ц.

## **Тести. Скласти 5 тестових завдань**

1. Вкажіть особливості артикуляції, НЕ характерні для дизартрії:
  - а) відсутність синкінезій
  - б) відхилення язика вліво/вправо в стані спокою
  - в) нормальний тонус мовленнєвої мускулатури
2. Підвищена мовленнєва активність є характерною для цього виду мовленнєвого порушення:
  - а) неврозоподібного заїкування
  - б) дизартрії
  - в) дислалії
3. Модуляції голосу, дикція та інтонаційна різноманітність мовлення у дитини з дизартрією характерна такими особливостями:
  - а) розвиваються сповільнено, але з віком виходить на показники нормального розвитку
  - б) голос дзвінкий, інтонаційні показники відповідають віку, дикція чітка
  - в) голос глухий, мовлення «змазане», інтонація збіднена
4. У діагностичних критеріях дислалії не можуть зустрічатися:
  - а) рівномірні сухожильні рефлекси
  - б) патологічні зміни м'язового тону
  - в) неврологічна симптоматика
5. На відміну від моторної алалії, при стергій дизартрії спостерігаються:
  - а) різнотипні порушення звуковимови
  - б) заміни як і артикуляторно простих, так і артикуляторно складних звуків
  - в) однотипні порушення звуковимови (спотворення, пропуски або заміни)

**Тема 6.** Особливості організації корекційної роботи при дизартрії.

### ***Теоретична частина***

#### **1. Мета та провідні завдання логопедичної роботи при дизартрії.**

##### **Завдання логопедичної роботи при дизартрії.**

Основна мета логопедичної роботи з дітьми з дизартричними розладами - покращити чіткість мовленнєвого висловлювання для того, щоб забезпечити дитині краще розуміння її мовлення оточуючими. Для реалізації цієї мети необхідно:

1. Зменшення ступеня прояву рухових дефектів мовленнєвого апарату - спастичний парез, гіперкінези, атаксія (в більш легких випадках - нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційний апарату).

2. Розвиток мовленнєвого дихання і голосу. Формування сили, тривалості, дзвінкості, керованості голосу в мовному потоці. Вироблення синхронності голосу, дихання і артикуляції.

3. Нормалізація просодичної системи мовлення (мелодико-інтонаційних і темпо-ритмічних характеристик мовлення).

4. Формування артикуляційного праксису на етапі постановки, автоматизації та диференціації звуків мови.

5. Розвиток фонематичного сприйняття і звукового аналізу (якщо порушений не тільки фонетичний лад мовлення, а й фонематичні процеси).

6. Нормалізація лексико-граматичних навичок експресивного мовлення.

7. Розвиток функціональних можливостей кистей і пальців рук, корекція порушень дрібної моторики.

## **2. Принципи логопедичного впливу при дизартрії:**

**а) комплексність;**

**б) системність;**

**в) принцип обхідного шляху;**

**г) принцип індивідуального підходу;**

**д) врахування вікових особливостей;**

**е) патогенетичний принцип;**

Корекція звуковимови. Використовується принцип індивідуального підходу. Спосіб постановки і корекції звуку вибирається індивідуально. При порушеннях вимови декількох звуків важлива послідовність у 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, найбільш легко піддається корекції, наприклад звук, який відображено вимовляється 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 контекстному мовленні. Необхідне тренування слухового сприйняття, дитина повинна навчитися слухати самого 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 і губам дитини пасивно надає необхідну позицію для того чи іншого звуку. Використовуються зонди, плоскі пластинки для мови і цілий ряд інших пристосувань. Увага дитини залучається до відчуття положень. Потім вона виконує рухи самостійно при деякій допомозі логопеда і без неї.

При роботі над звуковимовою спираються на знання артикуляційних укладів рідної мови, аналіз структури порушень звуковимови у кожної дитини (кінетичний аналіз) і на специфічні прийоми постановки окремих звуків.

Основними методами роботи є: рухово-кінестетичний і слухо-зорово-кінестетичний. У процесі логопедичної роботи встановлюються міжаналізаторні зв'язки між рухом

артикуляційних м'язів і їх відчуттям, між сприйняттям звуку на слух, зоровим сприйняттям артикуляційного укладу даного звуку і руховим відчуттям при його проголошенні. Всі методи корекційної роботи засновані на закономірностях розвитку фонетико-фонематичної системи мовлення в нормі.

При формуванні звуковимовних умінь і навичок в різних ситуаціях мовленнєвої комунікації, попередженні та подоланні вторинних порушень мовлення, логопед проводить роботу по автоматизації і диференціації звуків, формуванню вимовних навичок в різних ситуаціях спілкування. Звуки закріплюються в словах і реченнях.

Для автоматизації використовується прийом одночасного промовляння 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 звуковимовною 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 звуковимовної сторони мовлення узгоджується з роботою над його виразністю. Робота проводиться шляхом наслідування. Дитину вчать прискорювати і сповільнювати темп мовлення в залежності від змісту висловлювання, рівномірно чергувати ударні і ненаголошені склади, виділяти паузами або підвищенням голосу окремі слова або групи слів.

### **3. Етапи логопедичного втручання при дизартрії (мета, завдання, зміст):**

#### **а) підготовчий етап**

Основні його цілі: підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів, у дитини раннього віку - виховання потреби у 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 й відтворення ритму. Методи і прийоми роботи диференціюються залежно від рівня розвитку мовлення.

При відсутності мовних 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 і масажу.



Основними напрямками логопедичної роботи на даному етапі є:

- Виховання потреби до правильного мовлення.
- Розвиток і уточнення пасивного словника дитини (те, що дитина розуміє). Проводиться з використанням сюжетних і предметних картинок, які логопед називає і просить дитину повторити.
- Подолання сенсорних порушень (сприйняття, уваги, пам'яті). Проводиться у вигляді розвитку слухової, зорової уваги і сприйняття, і т.д.
- Формування фонематичного сприйняття, диференціації фонем, фонематичного аналізу і синтезу. Робота аналогічна роботі над дислалією.
- Створення умов для роботи над ритмом мовлення, складовою структурою слова: умови створюються в процесі вправ на розвиток сприйняття і відтворення різних ритмічних структур, як простих, так і складних.
- Створення умов для формування загально - рухових і артикуляційних умінь і навичок, умов для формування та корекції дихальної і голосової функцій. Ці умови створюються в процесі проведення медикаментозного та фізіотерапевтичного впливу, проведення лікувальної фізкультури, масажу, пасивної та активної гімнастики.

Основне в змісті етапу - це робота з розвитку артикуляційного апарату, їй передують: проведення диференційованого масажу лицьової і артикуляційної мускулатури, в залежності від стану м'язового тонусу.

Основними прийомами масажу є погладжування, пощипування, розминання, вібрація. Характер виконання рухів так само буде визначатися станом м'язового тонусу. Проводиться робота з розвитку м'язів обличчя. Поступово розвивається їх диференційованість і довільність. З цією метою дитину вчать відкривати і закривати очі, супити брови, ніс і т.д.

Проведення роботи по боротьбі з салівацією. Дитині пояснюють необхідність проковтування слини. Проведення масажу жувальних м'язів, що заважають проковтуванню слини. Викликають пасивно і активно жувальні рухи, просять дитину відкинути голову назад, потім виникає мимовільне бажання проковтнути слину.

Дитині перед дзеркалом пропонується жувати тверду їжу, що стимулює рухи жувальної мускулатури, призводить до необхідності робити ковтальні рухи. Довільне закриття рота, за рахунок пасивно-активних рухів нижніх щелеп. Спочатку пасивно, одна рука логопеда - під підборіддям дитини, інша - на її голові, шляхом натискання і зближення руками щелепи дитини замикаються - рух "сплющування". Потім цей рух проробляється за допомогою рук самої дитини, потім активно без допомоги рук, за допомогою рахунку, команди. Робота з розвитку рухливості губ.

**б) етап формування первинних комунікативних навичок.**

Основна його мета - розвиток мовленнєвого спілкування та звукового аналізу. Проводиться робота по:

1. Корекції рухів артикуляційного апарату.
2. Розвитку артикуляційного праксису.
3. Розвиток дихальної і голосової функцій.
4. Корекції вимови (постановка, диференціація звуків).
5. Формуванню просодичних компонентів мовлення.
6. Збагаченню словника і подолання аграматизму.

Вироблення контролю за становищем рота. Відсутність контролю за становищем рота у дітей з дизартрією значно ускладнює розвиток довільних рухів.

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

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

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

Робота над диханням. Робота над диханням починається із загально-дихальних вправ. Мета цих вправ - збільшення обсягу дихання і нормалізація його ритму.

Робота над голосом. Проводиться паралельно з роботою над диханням, поєднується з фізіотерапевтичним, медикаментозним лікуванням і диференційованим масажем.

У разі вираженої дизартрії робота починається з навчання дитини довільно відкривати і закривати рот, так як саме ці рухи (нижньої щелепи), що виконуються в повному обсязі, забезпечують нормальне голосоутворення і вільну голосоподачу. Робота над вимовою є основним етапом.

Особливостями роботи при дизартрії є наступне:

- Робота з корекції дефектів звуковимови при дизартрії повинна бути спрямована на поліпшення мовленнєвої комунікації та соціальної адаптації.
- Робота над окремими звуками повинна проводитися в певній послідовності. Починати з тих звуків, артикуляція яких найбільш збережена. І з числа дефектних звуків починати роботу зі звуків раннього онтогенезу.

При корекції дефектів звуковимови необхідно враховувати вплив патологічних рефлексів (орального автоматизму). При корекції дефектів звуковимови необхідно враховувати так само характер і розподіл спастичних і паретичних проявів у мовленнєвій мускулатурі. При вираженій дизартрії на перших порах не вдається домогтися чистого звучання звуку, тому можна переходити до роботи над іншими звуками, задовольняючись неповною чистотою звучання. Робота над вимовою проводиться паралельно з розвитком

фонематичних функцій (фонематичного сприйняття, диференціації, фонематичного аналізу і синтезу). Самі прийоми постановки, автоматизації і диференціації звуків такі ж, як при корекції будь-яких звуковимовних розладів.

Робота над просодичною стороною мовлення. Велика увага приділяється вихованню правильного темпу і ритму мовлення, шляхом навчання довільно змінювати темп мови, виділяти ударні склади в структурі висловлювання і правильно чергувати їх з ненаголошеними складами, дотримувати правильні паузи. Корекція порушень темпу мовлення поєднується з роботою з розвитку спільних рухів на логоритмічних заняттях.

Розвитку мелодико-інтонаційної мови сприяють голосові вправи, спрямовані на розвиток основного тону висловлювання. Сформовані в спеціальних вправах навички темпо-ритмічного, інтонаційного оформлення мовлення закріплюються в емоційно забарвленому мовленнєвому матеріалі (читання казок, інсценівок і т.д.). При підборі такого матеріалу обов'язково враховується вік дітей і програмні вимоги навчання. Так у дошкільному віці це Барто, Маршак і т.д., а в шкільному - Крилов, вірші Пушкіна, Некрасова. Старше - Маяковський і т.д.

### ***Практична частина***

#### **1. Визначити, від чого залежить успіх логопедичного втручання при дизартрії.**

Система логопедичного впливу при дизартрії має комплексний характер: корекція звуковимови поєднується з формуванням звукового аналізу і синтезу, розвитком лексико-граматичної сторони мовлення і зв'язного висловлення. Специфікою роботи є поєднання з диференційованим артикуляційним масажем і гімнастикою, логопедичною ритмікою, а інколи із загальною лікувальною фізкультурою, фізіотерапією й медикаментозним лікуванням. Успіх логопедичних занять багато в чому залежить від початку і систематичності їх проведення

#### **2. Розкажіть, як принцип комплексності реалізується при корекції дизартрії, наведіть приклади.**

#### **3. Назвати провідні завдання підготовчого етапу роботи з подолання дизартрії, яке значення надається медикаментозному впливу на цьому етапі.**

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

Методи і прийоми роботи диференціюються в залежності від рівня розвитку мовлення. При відсутності мовних засобів спілкування в дитини стимулюють початкові голосові реакції і викликають звуконаслідування, яким додають характер комунікативної значимості.

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

**4. Розкрийте загальний зміст логопедичної роботи з подолання дизартрії, назвіть її основні розділи, обґрунтуйте їх необхідність. Для відповіді на це питання пригадайте структуру дефекту при дизартрії.**

Одним з найважливіших напрямків логопедичних досліджень дизартрії є пошук способів її корекції та компенсації [34, с.265]. Проблема змісту логопедичної роботи при дизартрії займалися багато авторів, такі як М.Б. Ейдінова, О.В. Правдіна, К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова та інші.

В даний час робота по усуненню дизартрії передбачає комплексний характер і включає в себе три блоки: медичний, психолого-педагогічний і логопедичний.

Зміст медичної роботи з подолання дизартрії визначається лікарем - неврологом. Вона базується на діагностиці органічних причин дизартрії, дослідженні всіх факторів її виникнення і спробах подолати першопричину порушень. Як правило, в рамках медичної роботи з подолання дизартрії використовується застосування медикаментозних засобів, фізіо- та рефлексотерапії, лікувальної фізкультури та масажу [3, с.251].

Психолого-педагогічний блок включає систему роботи вихователів (вчителів), психологів і батьків. Нерідко діти при подібній картині органічних порушень демонструють істотні відмінності в змістовному боці мовлення, обумовлені педагогічними причинами. Робота з дітьми з дизартрією включає загальний розвиток їх психічних функцій, тренування сенсорних якостей. Так, розвиток сприйняття - слухового і зорового - служить підготовчою базою для формування фонематичного слуху і зорового запам'ятовування майбутньої правильної орфографії. Робота педагогів і психологів включає також розвиток і корекцію просторових уявлень, основ конструювання і комбінаторики [1, с.210].

Третій блок включає роботу логопеда, яка завжди проводиться в індивідуальному порядку і розробляється безпосередньо для кожної дитини.

**6. Робота з таблицями. Заповнити схеми: «Комплексний характер та етапи логопедичного впливу при дизартрії».**



**7. Законспектувати статті:**

- 1) Соботович Е.Ф., Чернопольская Н.Ф. Проявление стёртых дизартрий и методы их диагностики. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Волковой Л.С. и Селивёрстова В.И. – М.,: Владос, 1997. – С. 208-213.**

У літературі є численні вказівки на те, що в практиці логопедичної роботи зустрічаються недоліки вимови, які за своїм зовнішнім проявом нагадують дислалію, але мають тривалу і складну динаміку усунення.

Деякі дослідники знаходять у дітей з названими дефектами вимови різні порушення рухових функцій апарату артикуляції. Так, Л. В. Мелехова (1976) відзначає неточність,

слабкість рухів органів артикуляційного апарату, їх швидко виснажуваність. При цьому автор вказує, що ці порушення виявляються нерідко лише в динаміці логопедичної роботи.

Серед рухових розладів Р. А. Белова-Давид (1967), М. Палмер (1967), Х. Риф (1969) називають і такі, як складність знаходження певних положень губ, язика, необхідних для вимови звуків.

Природа зазначених порушень залишається недостатньо розкритою, внаслідок чого дослідники для їх позначення пропонують різні терміни: Артикуляторна диспраксія (М. Морлей, 1957), центральна, органічна або ускладнена дислалія (М. Земан, 1961; Л. В. Мелехова, 1967) .

В процесі обстеження дітей старшого дошкільного віку, які страждають поліморфною недорікуватістю, нами було виділено групу дітей в кількості 53 чоловік (з 110), у яких відзначалися подібні недоліки.

Спеціальне обстеження мовлення цих дітей, стан загальної і мовленнєвої моторики, доповнене даними психоневрологічного огляду, а також тривале динамічне спостереження дозволили виявити деякі особливості прояву та походження даної форми недорікуватості.

Недоліки вимови у названих дітей носили різний характер. Вони могли проявлятися тільки в порушеннях вимови звуків, причому в одних випадках це не викликало затримки фонематичного розвитку, а в інших така затримка мала місце. Вимова дітей цієї групи характеризувалася змазаністю, розмитістю, нечіткістю артикуляції звуків, що особливо різко проявлялося в потоці мовлення. У частини дітей дані недоліки виявлялися на тлі ЗПР і загального мовленнєвого недорозвитку.

У процесі логопедичної роботи, спрямованої на усунення цих недоліків, відзначалася нерівномірність розвитку мовленнєвих систем: якщо фонематичні уявлення та лексико-граматичний лад мовлення розвивалися і швидко досягали норми, то вимова цих дітей тривалий час залишалася дефектною і не відповідала рівню розвитку їх мовлення.

Недоліки звукової сторони мовлення нерідко виявлялися на тлі неврологічної симптоматики. В одних випадках (8 чол.) вона мала форму локальних неврологічних мікросимптомів (незначно виражене одностороннє порушення іннервації під'язикового, язикоглоткового нерва, гіперкінези, фібрилярні посмикування язика), в інших (45 чол.) - поряд з цим була більш виражена неврологічна симптоматика. У всіх дітей відзначалося порушення рухової сторони процесу звуковимови, яке мало якісно різні прояви і дозволило дітей цієї групи диференціювати на 4 підгрупи.

Першу підгрупу склали діти (19 чол.), у яких відзначалася недостатність деяких моторних функцій артикуляторного апарату, а саме: виборча слабкість, паретичність лише деяких м'язів язика. У цих дітей була асиметрична іннервація язика, яка при артикуляції звуків виявлялася в слабкості рухів однієї половини язика. При виконанні ізольованих рухів деякі з цих дітей не могли навчитися розпластувати язика, рівномірно піднімати його краї

вгору. У всіх зазначених дітей спостерігалася спотворена вимова звуків. Однак ці спотворення були однотипними і поширювалися на різні групи звуків, що залежало від локалізації ураження м'язового артикуляторного апарату. Так, наприклад, при асиметричній іннервації спинки язика виникла бічна вимова звуків: (с, з, т, д, к, г, х). Інші звуки, при утворенні яких відзначається підйом спинки язика (і, е, и), також артикулювались боковим положенням язика, хоча це і не відбивалося на характері звучання, так як при проголошенні деяких звуків можна домогтися однакового акустичного ефекту при різному положенні артикуляційних органів. При асиметричній іннервації передніх країв язика у одних дітей зазначалася бічна вимова всієї групи свистячих, шиплячих звуків (р, д, т, н, л). В інших випадках спостерігалася змішана міжзубна і бічна вимова зазначених звуків. У більшості дітей цієї підгрупи (12 чол.) зазначався відповідний віку розвиток лексико-граматичної будови мовлення. Недоліки вимови у дітей цієї підгрупи усувалися тільки в результаті артикуляційної гімнастики і вироблення правильного артикуляційного укладу того або іншого звуку. Однак повної автоматизації правильної вимови звуків, особливо у випадках міжзубного сигматизму, домогтися було неможливо.

У всіх дітей цієї підгрупи відзначалася мікроорганіка (асиметрія тіла язика і дрібних рухів губ, язика), яка в ряді випадків поєднувалася з симптомами більш серйозного ураження центральної нервової системи (асиметрія сухожильних і періостальних рефлексів, наявність патологічних рефлексів).

Зазначені прояви недорікуватості у дітей представленої підгрупи дають підставу думати, що в даному випадку недоліки вимови були викликані, очевидно, односторонніми парезами під'язикового, лицьового нервів. Однак ці парези носили стертий, виражений характер і часто виявлялися в процесі вимови звуків мовлення лише в порушеннях найбільш складних рухових функцій.

Другу групу склали 7 осіб. У дітей цієї підгрупи в процесі мовлення відзначалася млявість артикуляції, нечіткість дикції, загальна змазаність мовлення. Таким чином, у дітей даної підгрупи була недостатність моторики артикуляційного апарату при задовільному стані загальної моторики. Для дітей цієї підгрупи певні труднощі представляло оволодіння вимовою звуків, що вимагають м'язової напруги, тобто (Р, л), дзвінких приголосних звуків, особливо вибухових. В силу цього діти звуки (р, л) або опускали, або вимовляли спотворено, тобто спостерігалася л губно-губне (змичка замінювалася губно-губною фрікцією), р одноударний (в результаті неможливості напруги і вібрації кінчика язика), аффрикати розпадалися на складові частини (замінялися переважно щілинними звуками), дзвінки приголосні замінялися глухими.

Виражене і масивне відставання фонетичної сторони мовлення у цих дітей різко не відповідало як рівню психічного, так і загального мовленнєвого їх розвитку.

Усунення недоліків вимови у даних дітей ми почали із загальної артикуляційної гімнастики, спрямованої на розвиток сили руху, після чого проводили роботу по постановці звуків відомими в літературі способами. Однак, будучи поставленими, ці звуки в потоці мовлення вимовлялися як і раніше - мовлення залишалося змазаним і нечітким. Тому в подальшому ми спрямували основні зусилля на розвиток динамічної координації рухів, що сприяло поліпшенню мовлення цих дітей.

У всіх дітей представленої підгрупи відзначалася неврологічна симптоматика, яка виражалася в легкій девіації язика, згладженості носогубних складок, наявності патологічних рефлексів (хобітковий рефлекс) і асиметрії рухів язика і губ. Прояви недорікуватості у дітей даної підгрупи дають підставу припускати, що вона була викликана органічними порушеннями в мовленнєво-руховому аналізаторі, які носили виражений, стертий характер і проявлялись тільки в динамічних мовленнєво-рухових процесах.

Третю підгрупу склали 8 осіб. Відмінною особливістю мовлення цих дітей була заміна одних звуків іншими, при цьому нерідко один звук мав кілька звукових варіантів. Система таких заміन (субституції) базувалася на артикуляційній спорідненості звуків не тільки за місцем їх утворення, а й за способом творення. Результатом була пом'якшена вимова твердих приголосних, заміна шиплячих звуків свистячими, губна вимова шиплячих звуків і звуку л, заміна р і л звуком і.

У цих дітей мали місце різні види фонематичного недорозвинення. Розвиток лексико-граматичної будови мовлення коливався від норми до вираженого відставання. Відзначалися також труднощі у виконанні довільних рухових актів. Їх ускладнювало знаходження певних позицій губ і особливо язика за інструкцією або за наслідуванням. Значні труднощі представляло для них оволодіння диференційованими рухами мовленнєвого апарату: кінчика язика і його спинки, язика і губ. Центральний руховий імпульс в даних випадках мав дифузний характер: так, у цих дітей часто відзначався підйом вгору всієї маси язика, в той час як потрібно зробити рух тільки одним кінчиком язика; відзначалися зайві рухи губ при проголошенні звуків і т. д. У частини дітей ці прояви поєднувалися з деякою млявістю рухів артикуляційного апарату.

Значно більш ефективні результати були отримані при розвитку у дітей даної підгрупи свідомого кінестетичного аналізу звуків мовлення з опорою на зорове сприйняття рухів.

У всіх дітей цієї підгрупи відзначалася органічна симптоматика, яка носила виражений характер: підвищення сухожильних і періостальних рефлексів з одного боку, підвищення або зниження м'язового тону з однієї або двох сторін, наявність патологічних рефлексів.

Зазначений характер порушень мовленнєвих рухів нагадує за своїми проявами артикуляторну апраксію, пов'язану з аферентними порушеннями мовленнєвого аналізатора.



Однак якщо артикуляторна апраксія викликає системний недорозвиток мовлення - алалію (В. К. Орфінская, 1960; Р. А. Белова-Давид, 1968), то у обстежених нами дітей значне відставання мовлення могло мати місце тільки в двох випадках. У решти дітей зазначався або нормальний розвиток всіх мовленнєвих систем або незначно виражене їх відставання. М. Морлей (1959), Х. Риф (1969) пропонують подібні прояви порушення рухів і викликані ними розлади звуковимови називати апрактичною дизартрією на відміну від моторних алалій.

Четверту підгрупу склали діти (19 чол.), у яких спостерігалася виражена загальна моторна недостатність. Прояви її були різні: У 14 дітей - рухова незручність, малорухливість, скутість, сповільненість всіх рухів. У деяких дітей цієї підгрупи зазначалося обмеження обсягу рухів однієї половини тіла. У 5 дітей, навпаки, - явища рухової гіперактивності, занепокоєння, швидкий темп рухів, велика кількість зайвих рухів при виконанні довільних і мимовільних рухових актів. Ці ж особливості спостерігалися і в рухах органів мовленнєвого апарату: у одних дітей була млявість, скутість рухів мовленнєвого апарату, неможливість виконання деяких складних рухів, у інших - рухове занепокоєння, гіперкінези язика, неможливість утримання заданого положення язика, наявність великої кількості синкінезій нижньої щелепи, лицьової мускулатури, пальців рук і т. д.

У всіх дітей цієї підгрупи недорікуватість виявлялася різними порушеннями звуковимови: замінами, пропусками, спотвореннями звуків. У 5 дітей цієї підгрупи відзначався гугнявий відтінок голосу. Фонематичний і загальний мовленнєвий розвиток варіювався від норми до значного відставання. У 5 дітей зазначалося заїкання.

При неврологічному обстеженні у всіх дітей даної підгрупи відзначалися виражені симптоми ураження центральної нервової системи. У 13 дітей на цьому тлі виявилася органічна мікросимптоматика, порушення функцій органів мовленнєвого апарату: девіація язика, згладженість носогубних складок, зниження глоткового рефлексу, асиметрична іннервація піднебіння і т. д.

Вивчення анамнестичних даних всіх 53 дітей показало, що поряд з неблагополуччям пренатального періоду і постнатального в анамнезі дітей часто відзначалися шкідливості і в натальному періоді: асфіксії, застосування механічних засобів при пологах і т. д.

Таким чином, недорікуватість у всіх представлених дітей мала органічну основу. Однак ці органічні порушення носили часто стертий характер, проявляючись нерідко в порушеннях моторної диференціації лише в потоці мовлення. Такі розлади в практиці логопедичної роботи часто діагностуються як дислалії.

Однак на підставі аналізу проявів описаних форм недорікуватості і динаміки їх усунення, нам здається, що дані розлади звуковимови було б правильніше віднести до розладів органічного ряду і позначити їх як стерті дизартрії.

Представлені клінічні прояви порушень звуковимови укладаються в рамки існуючої класифікації дизартрій ... Так, порушення звуковимови, викликані вибірковою неповноцінністю деяких моторних функцій мовленнєвого апарату (перша підгрупа дітей), а також слабкістю і млявістю артикуляційної мускулатури (друга підгрупа), ми вважаємо за можливе віднести до стертої форми псевдобульбарної дизартрії.

Клінічні особливості порушення звуковимови, пов'язані з утрудненням у виконанні довільних рухових актів (третьа підгрупа), дають підставу відносити їх до кіркової дизартрії.

Дефекти звукової сторони мовлення, наявні у дітей з різними формами моторної недостатності (четверта підгрупа) можуть бути віднесені до змішаних форм дизартрії.

**2) Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих лёгкими формами дизартрии и функциональной дислалией. // Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Волковой Л.С. и Селивёрстова В.И. – М.,: Владос, 1997. – С. 214-218.**

Серед різноманітних мовленнєвих порушень в дитячому віці великих труднощів для диференціальної діагностики і логопедичної роботи представляють функціональна дислалія і легка форма дизартрії.

Аналіз випадків дітей з дислалією і легкою дизартрією показав, що для розуміння даних мовленнєвих розладів недостатньо вивчення особливостей власне мовленнєвого порушення. Патологія мовлення (порушення звуковимови) обмежує можливості і соціальні можливості дитини, відбивається на всій її особистості, в ряді випадків є причиною відриву від колективу. Соромлячись свого мовленнєвого дефекту, дитина стає замкнутою, невпевненою у своїх силах і можливостях. Дефекти мовлення в більшості випадків є причиною неуспішності її в школі.

Крім того, ми спостерігали і такі явища, коли ослаблення тільки окремих компонентів психіки - уваги і пам'яті дитини - негативно відбивалися на її успіхах щодо усунення мовленнєвого дефекту. Особливий вплив на мовленнєві, отже, і психічні функції, надає наявність органічної неврологічної симптоматики. Таким чином, ми прийшли до висновку, що найбільш плідним є такий підхід до дитини, при якому увага дослідника зосереджується не тільки на ізольованих симптомах (мовлення), а й на розладі цілісної складної системи всього організму. З цією метою було проведено всебічне клініко-педагогічне дослідження дітей з функціональною дислалією, легкою дизартрією і дітей з нормальним мовленням.

1. Результати дослідження фізичного статусу. ... Аналізуючи результати дослідження, ми можемо відзначити, що діти з легкою формою дизартрії і функціональною дислалією по фізичному розвитку дещо відстають від дітей з нормальним мовленням.

2. Результати дослідження неврологічного статусу. Проведене дослідження показало, що у дітей з нормальним мовленням і функціональною дислалією симптомів органічного ураження центральної нервової системи не відзначалося. Зміни з боку

вегетативної нервової системи у формі стійкого дермографізму, похолодання кистей рук, порушення потовиділення і вологості дистальних відділів кінцівок (кистей і стоп) спостерігалось у більшості дітей з дислалією. Неврологічна симптоматика у дітей з легкою формою дизартрії при одноразовому дослідженні в поліклінічних умовах, часто вже не виявлялася і тому такі діти зараховувалися до дислаліків. При ретельному обстеженні та застосуванні функціональних навантажень (повторні рухи, силові напруги) можна виявити симптоми органічного ураження центральної нервової системи у формі стертих парезів, зміни тону м'язів, гіперкінезів в м'язовій і артикуляційній мускулатурі, патологічних рефлексів. Основне порушення з боку черепно-мозкових нервів пов'язано з ураженням під'язичних нервів (XII пари), яке проявляється у вигляді деякого обмеження руху язика в сторону ..., гіперкінезів ... Повторні рухи язика вгору, вперед і в сторони викликають швидке стомлення, що виражається в уповільненні темпу рухів, а іноді і легкого посиніння кінчика язика. Всі ці порушення обумовлені паретичністю м'язів язика. Обмеження обсягу рухів очних яблук (III - IV - VI пари) у вигляді легкого недоведення до зовнішньої спайки спостерігалось у деяких дітей ... При пробі на акомодацию і конвергенцію відзначалися легкі парези конвергенції. В однієї дитини було відзначено косоокість. З боку трійчастого нерву (V пара) у дітей грубих парезів не спостерігалось. Однак при бічних рухах нижньої щелепи у деяких дітей з'являлися синкінезії у вигляді повороту голови, язика, рідше губ в ту ж сторону. Асиметрія лицьових нервів (VII пара) була у дітей, головним чином, за рахунок згладженості правої або лівої носо-губної складки. Важких розладів з боку язикоглоткового і блукаючих нервів (IX, X пари) у обстежуваних дітей не спостерігалось. Однак було відзначено недостатнє скорочення м'якого піднебіння. Голос у дітей був тихим, глухим з невеликим носовим відтінком. Перераховані стани черепномозкових нервів при легкій формі дизартрії в більшості випадків носять стійкий характер, так як вони обумовлені органічним ураженням центральної нервової системи.

З боку рухової сфери у дітей був слабо виражений парез з денерваторними змінами м'язового тону. Сила м'язів у дітей була задовільною. Однак більшість дітей не відразу включалася в активний опір. Активні рухи у всіх обстежених відбувалися в повному обсязі, але були уповільненими, незграбними, недиференційованими. У рефлексорній сфері у дітей зазначалося поживавлення сухожильних і періостальних рефлексів. У ряді випадків спостерігалися рефлекси орального автоматизму, а також непостійні, виснажувальні патологічні рефлекси Бабинського і Пуссепа. Крім перерахованих вище порушень в неврологічному статусі у дітей з легкою формою дизартрії були відзначені зміни з боку вегетативної нервової системи, які проявлялися переважно у вигляді пітливості долонь і стоп, наявності стійкого червоного дермографізму.

Таким чином, було встановлено, що у більшості дітей з легкою формою дизартрії була легка (стерта) неврологічна симптоматика, яка виявлялася при ретельному дослідженні і вказувала на органічне ураження центральної нервової системи.

3. Результати дослідження психолого-педагогічного статусу. Увага у дітей з функціональною дислалією і особливо з легкою формою дизартрії менш стійка, ніж у дітей з нормальним мовленням ... Проведене дослідження окремих завдань на увагу дозволило виявити знижений рівень стійкості і переключення уваги у дітей з легкою формою дизартрії і функціональною дислалією. Порушення механізму стійкості і переключення уваги, мабуть, залежить від недостатньої рухливості основних нервових процесів в корі великих півкуль ...

Пам'ять. Характер виконання завдання на зорову пам'ять у дітей з функціональною дислалією і легкою формою дизартрії аналогічний результатам дослідження їх на переключення уваги, що на перший погляд пов'язано з порушенням нейродинамічних зв'язків в корі великих півкуль ... Слабкість процесу запам'ятовування слів у дітей з функціональною дислалією і легкою формою дизартрії пов'язана не тільки з утрудненням вироблення умовних рефлексів, ослабленням уваги, але і, можливо, з порушенням фонематичного слуху, що виникає внаслідок недорозвитку звуковимови.

Таким чином, проведене дослідження пам'яті за завданнями показало, що у дітей з функціональною дислалією були незначні, а у дітей з легкою формою дизартрії значні відхилення, які можна пояснити не тільки порушенням їх фонематичного слуху, але і розладом активної уваги ...

Мислення. Діти з нормальним мовленням і функціональною дислалією дали однакову кількість правильних відповідей. Діти з легкою формою дизартрії дали меншу кількість правильних відповідей, причому якість їх роботи була нижчою. При виконанні завдань діти з легкою формою дизартрії були невпевнені, пасивні, швидко виснажувалися, проявляли негативізм. Однак деяке ослаблення їх розумової діяльності не носило характер розумової відсталості, а проходило за типом астенізації з вираженим зниженням функції уваги і пам'яті.

Мовлення. Всі діти розуміли звернене до них мовлення. Діти з нормальним мовленням і функціональною дислалією мали достатній словник, повну фразу, гучний голос і нормальний темп мовлення. В окремих випадках у дітей з функціональною дислалією темп мовлення був прискореним. У дітей з легкою формою дизартрії активний словник був дещо обмеженим, фраза - коротка, голос - у деяких тихий, мовлення швидке, невиразне. Характерною ознакою як для дітей з функціональною дислалією, так і з легкою формою дизартрії було порушення звуковимови. Фонетичні розлади виявлялися у вигляді заміни одних звуків іншими ..., зміщенні звуків ..., відсутності звуків ..., нечіткій спотвореній вимові звуків. У дітей з легкою формою дизартрії зазначалася розбіжність між

умінням вимовляти звуки ізольовано і в мовленнєвому потоці. Ізольовано звуки вимовлялися чистіше, правильніше, в мовленнєвому потоці - неясно, нечітко, тому що слабо автоматизувались і недостатньо диференціювалися. У деяких дітей з легкою формою дизартрії, крім порушення приголосних звуків, неясно вимовлялися і голосні звуки, з легким носовим відтінком. Фонематичний слух у дітей в більшості випадків був знижений.

1. Відставання в фізичному розвитку виявлялося значно більше у дітей з легкою формою дизартрії ..., ніж у дітей з функціональною дислалією ... і дітей з нормальним мовленням ...

2. У дітей з нормальним мовленням і з функціональною дислалією відхилень з боку центральної нервової системи не виявлялося. При легких формах дизартрій неврологічна симптоматика в мовленнєвій системі виявлялася негрубою: у вигляді стертих парезів, гіперкінезів і порушень м'язового тону в артикуляційних і мімічних м'язах. Порушення з боку вегетативної нервової системи особливо відзначались у дітей з легкою формою дизартрії, в меншій мірі при функціональній дислалії.

3. Порівняльне дослідження психічних процесів (уваги, пам'яті, мислення) у досліджуваних дітей показало, що різниця між досліджуваними групами проявляється не тільки в порушенні однієї локальної функції - порушення мовлення, а й в сукупності всіх психічних процесів. Порушення нервово-психічних функцій значно більше виявлялося при легких формах дизартрії, ніж при функціональній дислалії.

4. Подібне дослідження нервової системи і виявлення симптомів органічного ураження (при стертих формах дизартрії) показало, що в цих випадках затримується темп психічного розвитку дитини, що вимагає більш активного медико-педагогічного впливу.

5. Проведене дослідження психологічних особливостей у дітей з легкою формою дизартрії і функціональною дислалією показало, що робота логопеда не повинна обмежуватися постановкою і виправленням тільки дефектних звуків, але повинна мати більш широкий діапазон корекції особистості дитини в цілому.

### **Персоналії:**

**І. Ю. Абелєва** вважає, що заїкання виникає в момент готовності до мовлення при наявності у мовця комунікативного наміру, програми мовлення та принципового вміння говорити нормально.

**Абелева, Ізабелла Юрьевна** Механізми комунікативної речі : учеб.-моногр. по-собие / **И.Ю. Абелева**; подгот. к изд. и ред. В.И. Селиверстова.

### **Тестові завдання**

1. Основна мета логопедичної роботи з дітьми з дизартричними розладами:

а) розвиток мовленнєвого дихання і голосу;

б) покращити чіткість мовленнєвого висловлювання для того, щоб забезпечити дитині краще розуміння його мови оточуючими;

- в) розвиток функціональних можливостей кистей і пальців рук.
- 2. Яка мета підготовчого етапу при корекції дизартрії?
  - а) підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів;
  - б) розвиток мовного спілкування та звукового аналізу;
  - в) робота по розслабленню м'язів артикуляційного апарату;
- 3. Яка корекційна робота проводиться на другому етапі корекції ?
  - а) підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів;
  - б) розвиток сенсорних функцій;
  - в) робота з корекції артикуляційних порушень: при спастичності - розслаблення м'язів артикуляційного апарату, вироблення контролю над становищем рота, розвиток артикуляційних рухів, корекція мовленнєвого дихання;
- 4. Які вправи використовуються для активізації рухів м'якого піднебіння?
  - а) ковтання крапель води, покашлювання, позіхання, проголошення голосного А на твердій атаці;
  - б) «Посмішка», «Трубочка», «Лопатка»;
  - в) задування свічки, позіхання.
- 5. Система логопедичного впливу при дизартрії має комплексний характер, а саме:
  - а) корекція звуковимови поєднується з формуванням звукового аналізу та синтезу;
  - б) розвиток лексико-граматичної сторони мови та зв'язного висловлювання;
  - в) розвиток сенсорних функцій.

**Тема 15.** Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих.

### *Теоретична частина*

- 1. Методики логопедичних занять із заїкуватими дошкільниками. Їх періоди (методики Н.А.Власової, Є.Ф.Рау, Н.А.Чевельової, С.А.Міронової та В.І.Селіверстрова).**

#### **Методика С.А. Міронової**

С.А. Міронова запропонувала систему подолання заїкання у дошкільників у процесі проходження в цілому програми середньої, старшої та підготовчої груп дитячого саду. Корекційний вплив на заїкуватих дітей здійснюється на заняттях (як основна форми освітньої роботи в дитячому садку) за розділами: "Ознайомлення з навколишньою природою", "Розвиток мовлення", "Розвиток елементарних математичних уявлень", "Малювання, ліплення, аплікація, конструювання" .

Робота з дітьми з усіх розділів "Програми" підпорядковується меті перевиховання вимови заїкуватих. Тому автор ставить перед логопедом два завдання: програмні та корекційні, які

розподілені по навчальних кварталах (або відповідно за чотири етапами послідовно ускладнюваної корекційної роботи).

При проходженні програми з заїкуватими дітьми в масовому дитсадку пропонуються деякі її зміни, пов'язані з мовленнєвими можливостями дітей. До них відносяться: використання на початку навчального року матеріалу попередньої вікової групи, перестановка деяких програмних завдань, подовження термінів вивчення більш важких занять та ін.

Корекційні завдання першого кварталу полягають у навчанні навичкам користування найпростішим ситуативним мовленням на всіх заняттях. Значне місце займає словникова робота з розширення словника, уточнення значень слів, активізації пасивного словникового запасу. Передбачається особлива вимогливість до мовлення самого логопеда: питання конкретні, мовлення короткими, точними фразами в різних варіантах, розповідь супроводжується показом, темп неквапливий.

Корекційні завдання другого кварталу полягають у закріпленні навичок користування ситуативним мовленням, у поступовому переході до елементарного контекстного мовлення і в навчанні розповідання за питаннями логопеда і без питань. Велике місце займає робота над фразою: проста фраза, поширена фраза, конструювання варіантів фраз, граматичне оформлення фраз, побудова складно-підлеглих конструкцій, перехід до складання оповідань. Змінюється і підбір програмного матеріалу і послідовність в його вивченні. Якщо в першому кварталі на всіх заняттях діти стикаються з одними і тими ж предметами, то в другому - предмети не повторюються, хоча і вибираються об'єкти, близькі за ознакою спільності теми і призначенням.

Корекційні завдання третього кварталу полягають у закріпленні навичок користування засвоєними раніше формами мовлення і в оволодінні самостійним контекстним мовленням. Значне місце відводиться роботі над складанням оповідань: за наочним матеріалом та за питаннями логопеда, самостійне оповідання, переказ. Збільшується мовленнєва практика дітей в складному контекстному мовленні. У третьому кварталі зникає необхідність уповільненого вивчення програми, характерного для перших етапів навчання, і теми занять наближаються до рівня масового дитячого садку.

Корекційні завдання четвертого кварталу спрямовані на закріплення навичок користування самостійним мовленням різної складності. Важливе місце займає робота над творчими розповідями. Поряд з цим продовжується словникова робота і робота над фразою, які було розпочато на попередніх етапах навчання. У мовленні діти спираються на конкретні та загальні питання логопеда, на власні уявлення, висловлюють судження, роблять висновки. Наочний матеріал майже не застосовується. Питання логопеда відносяться до процесу майбутньої роботи, задуманої самими дітьми. У цей період корекційне навчання спрямоване на дотримання логічної послідовності переданого сюжету, на вміння давати додаткові положення, уточнення.

Вся корекційна робота з заїкуватими дітьми протягом року здійснюється логопедом і вихователем.

Як бачимо, методики Н.А. Чевельової і С.А. Миронової будуються на навчанні заїкуватих дітей поступовому оволодінню навичками вільного мовлення від найпростішої ситуативної його форми до контекстної (ідея запропонована професором Р. Є. Левіною). Тільки Н.А. Чевельова це робить у процесі розвитку ручної діяльності дітей, а С.А. Миронова - у процесі розвитку мовлення дітей при проходженні різних розділів програми дитячого садку.

### **Методика Н.А. Власової та Є.Ф. Рау**

Автори першої вітчизняної методики логопедичної роботи з заїкуватими дітьми преддошкільного і дошкільного віку - Н.А. Власова і Є.Ф. Рау побудували наростання ускладнень мовленнєвих вправ в залежності від різного рівня мовленнєвої самостійності дітей. Звідси і рекомендована ними послідовність:

- 1) відображене мовлення;
- 2) завчені фрази;
- 3) переказ по картинці;
- 4) відповіді на запитання;
- 5) спонтанне мовлення.

При цьому авторами рекомендуються обов'язкові ритмічні та музичні заняття з дітьми та проведення роз'яснювальної роботи з батьками.

Н.А. Власова розрізняє 7 "видів мовлення", які в порядку поступовості необхідно застосовувати на заняттях з дітьми-дошкільнятами:

- 1) сполучене мовлення;
- 2) відображене мовлення;
- 3) відповіді на питання по знайомій картинці;
- 4) самостійний опис знайомих картинок;
- 5) переказ прослуханого невеликого оповідання;
- 6) спонтанне мовлення (розповідь по незнайомих картинках);
- 7) нормальне мовлення (бесіда, прохання) і т.д.

Є.Ф. Рау бачить завдання логопедичної роботи в тому, "щоб шляхом систематичних планових занять звільнити мовлення заїкуватих дітей від напруги, зробити його вільним, ритмічним, плавним і виразним, а також усунути неправильність вимови і виховати чітку, правильну артикуляцію". Усі заняття з перевиховання мовлення заїкуватих дітей розподілені за ступенем наростаючої складності на 3 етапи.

Перший етап – проводяться вправи на спільне та відображене мовлення у вимові завчених фраз, віршиків. Широко використовується декламація.



Другий етап - проводяться вправи на усний опис картинок в питаннях і відповідях, у складанні самостійного розповіді по серії картинок або на задану тему, в переказі змісту оповідання чи казки, яку прочитав логопед.

Третій етап - завершальний, дітям надається можливість закріпити набуті навички плавного мовлення в повсякденній розмові з оточуючими дітьми та дорослими, під час гри, занять, бесід і в інші моменти дитячого життя.

Методики Н.А. Власової та Є.Ф. Рау характеризуються певною схожістю - в основу покладений різний ступінь мовленнєвої самостійності дітей. Безумовна заслуга цих авторів полягає в тому, що вони вперше запропонували і використовували поетапну послідовність мовленнєвих вправ у роботі з маленькими дітьми, розробили вказівки до окремих етапів послідовної системи корекції мовлення заїкуватих дошкільнят.

Протягом багатьох років запропонована методика була однією з найпопулярніших в практичній роботі з заїкуватими дітьми. І в даний час багато її елементів та модифікацій використовуються логопедами.

### **Методика Н.А. Чевельової**

У логопедичних заняттях з заїкуватими школярами в даний час використовуються в основному методичні рекомендації, запропоновані для роботи з дітьми дошкільного віку (для молодших школярів) або з підлітками і дорослими (для старших школярів). Наприклад, Н.А. Чевельова у своєму посібнику пропонує систему виправлення мовлення у заїкуватих школярів 1-4 класів у процесі ручної діяльності. Принципово вона мало відрізняється від запропонованої раніше системи логопедичних занять з заїкуватими дітьми-дошкільнятами. Змінюється в основному тут лише вибір і складність виробів, які пропонуються для роботи зі школярами. Відповідно навчальним чвертям автор виділяє чотири періоди послідовних логопедичних занять:

- 1) супровідне мовлення;
- 2) завершальне мовлення,
- 3) попереднє мовлення;
- 4) закріплення навичок самостійного мовлення.

Заняття з виправлення мовлення заїкуватих дітей у процесі ручної праці Н.А. Чевельова вважає за можливе проводити на шкільних та поліклінічних логопедичних пунктах. У спеціальних школах доцільно використовувати і уроки ручної праці. Автор вважає необхідною при виправленні заїкання роботу з батьками дитини, її вчителем, лікувальний, лікарський вплив на її нервову систему.

Розвивається вміння дітей користуватися мовленням поза наочним опором. Діти вчаться планувати свою роботу, заздалегідь називають і пояснюють кожен дію, яку їм ще належить зробити. Ускладнюється фразове мовлення: діти вчаться вимовляти кілька пов'язаних за змістом фраз, користуватися фразами складної конструкції, самостійно будувати розповідь. У цьому

періоді від них вимагається вміння логічно мислити, послідовно і граматично правильно викладати свою думку, вживати слова в їх точному значенні.

5) Закріплення навичок самостійного мовлення (5 занять). У цей період передбачається закріплення отриманих раніше навичок самостійного, розгорнутого, конкретного мовлення. Діти розповідають про процес виготовлення того чи іншого виробу, задають питання, відповідають на питання, висловлюються за власним бажанням і т.д.

Таким чином, у методиці, запропонованій Н.А. Чевельовою, реалізований принцип послідовного ускладнення мовленнєвих вправ в процесі одного з видів діяльності дитини-дошкільника. Автором методично обгрунтовані й описані етапи цієї послідовної роботи. Тут добре показано можливості того, як на одному розділі "Програми виховання і навчання в дитячому саду" (а саме в процесі ручної діяльності) можна здійснити корекційну роботу з подолання заїкання у дітей.

З іншого боку, система послідовного ускладнення мовлення йде тут по лінії "поступового ускладнення об'єктів діяльності" через ускладнення числа "окремих елементів роботи, на які розпадається весь трудовий процес при виготовленні даного виробу".

Ця система подолання заїкання у дітей включає в себе 5 періодів.

1) Пропедевтичний (4 заняття). Основна мета - прищепити дітям навички організованої поведінки. Одночасно діти привчаються чути небагатослівне, але логічно чітке мовлення логопеда, його нормальний ритм. У самих дітей тимчасове обмеження мовлення.

2) Супровідне мовлення (16 занять). У цьому періоді допускається власне активне мовлення дітей, але тільки з приводу одночасно здійснюваних ними дій. Постійна зорова опора при цьому забезпечує найбільшу ситуативність мовлення. При цьому йде і постійне ускладнення мовлення дітей в зв'язку зі зміною характеру питань логопеда і відповідним підбором виробів (однакові, багато разів проговорювані відповіді, варіантні відповіді дітей; односкладові, короткі та повні, розгорнуті відповіді).

3) Завершальне мовлення (12 занять). На всіх заняттях цього періоду діти користуються супроводжувальним і завершальним мовленням (в останньому випадку вони описують вже виконану роботу або частину її). Регулюючи (поступово збільшуючи) інтервали між діяльністю дитини та її відповіддю з приводу зробленого, досягається різна складність завершального мовлення. При цьому, поступово зменшуючи зорову опору на виконану роботу, з'являється можливість здійснити поступовий перехід до контекстного мовлення.

4) Випереджувальне мовлення (8 занять). Тут поряд з супровідним і завершальним мовленням активізується більш складна форма мовлення - випереджувальна, коли дитина розповідає, що буде робити.

Своєрідна система корекційної роботи з заїкуватими дошкільниками в процесі ручної діяльності свого часу була запропонована Н.А. Чевельовою. Автор виходить з психологічної концепції, що розвиток зв'язного мовлення дитини йде від мовлення ситуативного

(безпосередньо пов'язаного з практичною діяльністю, з наочною ситуацією) до контекстного, (узагальненого, пов'язаного з подіями минулого, з відсутніми предметами, з майбутніми діями).

Тому послідовність мовленнєвих вправ вбачається у поступовому переході від наочних, полегшених форм мовлення до абстрактних, контекстних висловлювань. Цей перехід досягається у дитини, на думку автора, в послідовності, яка передбачає різне ставлення мовлення дитини до її діяльності у часі.

Звідси "основна лінія наростання складності самостійного мовлення" включає в себе наступні її форми: супроводжуваче, завершальне, випереджувальне.

## **2. Методики логопедичних занять з подолання заїкання у дітей шкільного віку . Особливості використання для молодших та старших школярів.**

Робота зі школярами має свої особливості.

1. Змінюється тип провідної діяльності – головною є навчальна діяльність, хоча елементи ігрової діяльності співіснують з навчанням.

2. Ігрова форма занять замінюється уроком.

3. Якщо у дошкільнят вся робота ведеться через сім'ю та вихователів, то в шкільному віці логопедичний вплив здійснює логопед в співдружності з учителем.

4. У дошкільному віці всі елементи мовлення виховуються на основі наслідування логопеда в процесі ігрової діяльності, в шкільному віці великої ваги набуває установка на свідоме подолання дефекту, на самостійні вправи над мовленням.

Заїкання усувається в процесі проходження всіх предметів в школі.

5. Поряд з непрямою психотерапією ширше використовуються види раціональної психотерапії.

6. Мовленнєвий матеріал і види логопедичних занять зближуються зі шкільною практикою.

В усуненні заїкання велика роль вчителя школи: він створює в класі атмосферу дбайливого ставлення до заїкуватого, поступово підводить його до самостійних відповідей у дошки. Учитель підтримує тісний контакт з логопедом і сім'єю заїкуватого. У моменти пригніченого настрою заїкуватого він повинен підбадьорити його, переключити його увагу на позитивні сторони особистості, на потрібну йому діяльність. Учитель залучає заїкуватого в суспільне життя класу, а потім школи, в гуртки. Саме вчитель молодших класів викликає основний інтерес заїкуватого і сприяє його розвитку. Корекційна робота над мовленням не повинна обмежуватися тільки формальними вправами. Необхідно говорити не тільки про систему мовленнєвих занять (корекції), але і про реабілітаційне виховання заїкуватого школяра.

У логопедичних заняттях з заїкуватими школярами в даний час використовуються методичні рекомендації, запропоновані для роботи або з дітьми дошкільного віку (для молодших школярів), або з підлітками і дорослими (для старших школярів). Наприклад, Н. А. Чевельова пропонує систему виправлення мовлення в заїкуватих школярів I-IV класів в процесі ручної

діяльності. Принципово ця методика мало відрізняється від запропонованої раніше системи логопедичних занять з заїкуватими дітьми-дошкільнятами. Змінюється в основному вибір і складність виробів, які пропонуються для роботи зі школярами. Відповідно навчальним чвертям автор виділяє чотири періоди послідовних логопедичних занять: 1) супровідне мовлення; 2) завершальне мовлення; 3) випереджувальне мовлення; 4) закріплення навичок самостійного мовлення.

Заняття по виправленню мовлення заїкуватих дітей в процесі ручної праці Н. А. Чевельова вважає за можливе проводити на шкільних та поліклінічних логопедичних пунктах, в спеціальних школах.

Система логопедичних занять з заїкуватими школярами в умовах логопедичного кабінету поліклініки, спеціалізованого стаціонару або санаторію, запропонована В. І. Селіверстровим, теж принципово не відрізняється від викладеної вище комплексної методики занять з дошкільнятами. Зміни в ній пов'язані лише з більш старшим віком дітей, вищим рівнем їх розвитку, що вимагає від логопеда більшої опори на свідому активність самих дітей.

В системі логопедичних занять А. В. Ястребової виділяється три періоди в навчанні учнів.

У першому періоді заїкуваті школярі уточнюють і розширюють свої знання в області мовлення як шляхом цілеспрямованих спостережень над звуковою стороною мовлення, так і в процесі активних вправ з упорядкування його темпу і плавності.

Зміст логопедичних занять першого періоду сприяє: 1) впорядкуванню темпу, ритму і плавності мовлення; 2) розширення і уточнення словникового складу, запасу уявлень і понять; 3) оволодіння граматичною будовою мовлення; 4) розвитку і закріпленню навичок звукового і морфологічного аналізу слова.

У другому періоді занять активізуються отримані учнями знання в області мовлення і закріплюється навичка плавного, ритмічного і виразного мовлення на більш складному мовленнєвому матеріалі з метою подальшого розширення словникового складу, мовленнєвих уявлень і понять.

У третьому, заключному періоді занять триває робота над звуковою і інтонаційною стороною мовлення, реалізується вимога усвідомленого використання учнями знань в області фонетико-фонематичного, лексико-граматичного і інтонаційного складу мовлення і навичок плавного, виразного мовлення в будь-якій життєвій ситуації.

Таким чином, стан усного та писемного мовлення заїкуватих школярів з елементами загального недорозвитку мовлення обумовлює такі основні напрямки логопедичної роботи: а) цілеспрямований і всебічний розвиток основних взаємодіючих компонентів мовлення (фонетики, лексики, граматики) в процесі роботи над її темпом і плавністю; б) тісний взаємозв'язок мовленнєвого матеріалу логопедичних занять зі змістом програми з російської мови початкової школи; в) розвиток мовленнєвої активності дітей.

У нашій країні організовані сезонні (літні) логопедичні санаторії та табори санаторного типу для заїкуватих дітей. Корекційно-педагогічна та лікувально-оздоровча робота з заїкуватими школярами проводиться в їх вільний від навчання в школі час і поєднана з відпочинком. При цьому широко використовуються кліматичні і природні фактори.

Перед персоналом ЛОУ (літніх оздоровчих установ) стоять завдання загального оздоровлення дітей, зміцнення їх нервової системи, попередження та усунення у них легких форм заїкання і його рецидивів.

Показанням для направлення в сезонні спеціалізовані санаторії служить наявність у дітей заїкання різного ступеню, аж до найважчого, а також заїкання в сукупності з іншими дефектами мовлення. У табори направляються діти: після проведеного курсу лікування заїкання; з легкими формами заїкання; з іншими формами розладів плавності і темпу мовлення (браділалія, тахілалія).

Сезонний санаторій і оздоровчий табір для заїкуватих дітей доповнюють один одного.

### **3. Логопедична робота з подолання заїкання у підлітків та дорослих на прикладі методики С.С.Ляпідевського та інших.**

I етап корекції

Мета: формування техніки мовлення.

1. Постановка діафрагмального дихання. Перед постановкою дихання проводять вправи на розслаблення м'язів шийного відділу хребта, плечового пояса та кінцівок. Постановка дихання.

2. Робота над голосом. Голосові вправи. Вимовляння ізольованих голосних звуків з переносом наголосу, вимовляння сонорних звуків, вимовляння ма, на, нна, мма.

3. Робота над артикуляцією. Артикуляційна гімнастика.

Вправи для губ: швидка зміна артикуляційних поз губ (а о у е и і).

Вправи на склади:

а) відкриті

б) збіжні приголосні

в) мімічні вправи

г) вимовляння скоромовок

г) вимовляння слів, словосполучень, коротких речень.

II етап корекції

Мета: засвоєння техніки мовлення. Робота над питально-відповідальною формою мовлення і діалогом.

1. Нервово-психологічна підготовка.

Мовленнєва зарядка.

Мета: формування подовженого видиху, рівного звучання голосу, зміни висоти голосу (фіксується увага на нижньому діафрагмальному диханні).

2. Нервово-дидактична підготовка: артикуляційна гімнастика; дихально-голосові вправи.

3. Читання підготовлених текстів (увага на інтонацію, логічні паузи, дикцію, дихання, голос); відповіді на запитання до прочитаного тексту; складання діалогу за текстом; мовленнєва гра з м'ячем; читання за особами.

4. Рефлексія заняття:

відмічають успіхи і досягнення учнів, вказують на помилки та недоліки.

III етап корекції

Мета: автоматизація навичок техніки мовлення з обов'язковим введенням їх у всі види мовленнєвої діяльності в різних ситуаціях.

Перехід від підготовлених форм мовлення до самостійної імпровізації (від короткого висловлювання до розгорнутого спонтанного мовлення).

Формування готовності до мовленнєвого спілкування в різних життєвих ситуаціях (школа, сім'я, громадські місця).

Оволодіння навичками аутогенного тренування для подолання хвилювань та емоційного збудження і з метою покращення мовлення.

Виховання стійкості до мовленнєвих та інших труднощів, які можуть виникнути після закінчення курсу лікування;

Виховання психологічної стійкості до мовленнєвих та інших труднощів, що можуть виникнути внаслідок стресових ситуацій після закінчення курсу лікування.

Структура логопедичного заняття на III етапі корекції

Нервово-дидактична підготовка: розслаблюючі вправи (загальні); розслаблюючі вправи для органів артикуляції; дихально-голосові вправи; вокальні вправи.

4. Основна частина. Удосконалення техніки мовлення: робота з добре знайомим учням віршованим текстом (емоційна та виразна сторона мовлення); підготовка до читання малознайомого або незнайомого тексту; контрольне читання підготовленого тексту, відповіді на запитання, переказ з місця та біля дошки.

Робота над орфоепією.

Тренувальні вправи: з правильною вимови; з вимовлянням слів та словосполучень з правильним наголосом.

Робота над словником: уточнення значень слів; збагачення словникового запасу; активізація словникового запасу; робота з антонімами, синонімами, омонімами, паронімами та фразеологізмами.

4. Заключна частина. рефлексія; словесне оцінювання діяльності учнів; зняття нервового напруження на фоні музичного супроводу.

**Практична частина**

**4. Порівняйте форми організації логопедичної допомоги заїкуватим в системі освіти та охорони здоров'я.**

5. Скласти порівняльну таблицю: «Методики логопедичних занять із заїкуватими».

| № | Методика, автор  | Контингент учнів   | Сутність методики  |
|---|--|--|--|
| 1 | Н.А. Власова, Є.Ф. Рау   | Діти дошкільного віку  | Система мовленнєвих вправ, що ускладнюються в залежності від ступеню самостійності мовлення заїкуватого  |
| 2 | Н.А. Чевельова   | Діти дошкільного і молодшого шкільного віку                                      | Система корекційної роботи в процесі ручної діяльності при переході від ситуативного до контекстного мовлення  |
| 3 | С.А. Миронова  | Діти дошкільного віку  | Система послідовно ускладнених мовленнєвих вправ в процесі проходження різних розділів програми  |
| 4 | В.І. Селівестров   | Діти дошкільного та молодшого шкільного віку, що знаходяться в медичних закладах | Модернізація та одночасне використання різноманітних прийомів логопедичної роботи з заїкуватими  |
| 5 | Г.А. Волкова   | Діти дошкільного віку  | Система ігор в комплексній роботі з заїкуватими, вплив на мікросоціальне середовище  |
| 6 | І.Г. Вигодська, Е.Л. Пеллінгер, Л.П. Успенська                   | Діти дошкільного віку  | Система ігор та ігрових прийомів для проведення розслаблюючих вправ у відповідності з етапами логопедичного впливу   |
| 7 | А.В. Ястребова   | Діти молодшого шкільного віку (1-4 класи)  | Розвиток мовленнєвої активності та основних взаємодіючих компонентів мовлення в процесі роботи над його темпом та плавністю при тісному взаємозв'язку мовленнєвого матеріалу зі змістом програми з російської мови           |
| 8 | Методика ГНП вуха, горла, носа під кер. проф. С.С. Ляпідевського | Підлітки та дорослі заїкуваті  | Методика подолання заїкання в умовах медичного стаціонару, що включає спеціальний ввідний та заключний інструктаж, максимальне обмеження мовлення (до 14 днів), активну перебудову мовленнєвих навичок, випускню конференцію |

|    |  |                               |   |
|----|--|-------------------------------|---|
| 9  | В.М. Шкловський  | Підлітки та дорослі заїкуваті | Комплексна система лікування заїкання, що полягає в перебудові патологічних мовленнєвих навичок та порушень відношень особистості, медикаментозному лікуванні, раціональній психотерапії, диспансеризації та санаторно-курортному лікуванні |
| 10 | І.Ю. Абелева,<br>Л.П. Голубєва,<br>А.Я. Євгєнова,<br>Н.Ф. Синіцина,<br>М.В. Смірнова | Підлітки та дорослі заїкуваті | Послідовне ускладнення мовленнєвих завдань при інтенсивному використанні дихальних, голосових, артикуляційних вправ та сугестивних форм психотерапії (імперативне навіювання у стані неспання, аутотренінг, самонавіювання, гіпноз)         |
| 11 | Н.М. Асатіані,<br>В.Г. Казаков,<br>Л.І. Бєлякова та ін.                              | Дорослі заїкуваті             | Подолання заїкання здійснюється із врахуванням нозологічної різноманітності хворих, медикаментозний, психотерапевтичний, логопедичний та логоритмічний вплив  |

**6. Скласти таблицю: «Етапність логопедичної роботи із заїкуватими».**

| № | Фактори   | Послідовність роботи  |
|---|---|---|
| 1 | В залежності від ступеню самостійності мовлення   | 1. Сполучене мовлення<br>2. Відображене мовлення<br>3. Питально-відповідальна форма мовлення<br>4. Переказ<br>5. Розповідь<br>6. Спонтанне мовлення |
| 2 | В залежності від ступеню підготовленості мовлення | 1. Завчений текст<br>2. Відрепетований вголос текст<br>3. Подумки продуманий текст<br>4. Незнайомий текст, експромт                                 |
| 3 | В залежності від складності мовленнєвої структури | 1. Склад<br>2. Слово<br>3. Проста фраза<br>4. Поширена фраза  |



|   |   |   |
|---|---|---|
| 4 | В залежності від рівня гучності мовлення                  | 1. Беззвучне мовлення<br>2. Шепітне мовлення<br>3. Мовлення тихим голосом<br>4. Мовлення гучним голосом<br>5. Мовлення голосом звичайної гучності                             |
| 5 | В залежності від ступеню плавності і ритмічності мовлення | 1. Спів<br>2. Спів з рухом<br>3. Ритмізоване мовлення (вірші, проза) без рухів<br>4. Опір на приголосні звуки<br>5. Різнометричне мовлення                                    |
| 6 | В залежності від суспільного оточення спілкування         | 1. Наодинці<br>2. З близькими та друзями<br>3. З педагогами<br>4. З малознайомими людьми<br>5. З незнайомими людьми   |
| 7 | В залежності від ситуації спілкування                     | 1. Тренування правильного мовлення в знайомій, звичній ситуації<br>2. Тренування мовлення в малознайомій ситуації<br>3. Тренування правильного мовлення в незнайомій ситуації |

### Тестові завдання:

1. Вкажіть особливості артикуляції, НЕ характерні для дизартрії:

- а) відсутність синкінезій
- б) відхилення язика вліво/вправо в стані спокою**
- в) нормальний тонус мовленнєвої мускулатури

2. Підвищена мовленнєва активність є характерною для цього виду мовленнєвого порушення:

- а) неврозоподібного заїкання
- б) дизартрії
- в) дислалії**

3. Модуляції голосу, дикція та інтонаційна різноманітність мовлення у дитини з дизартрією характерна такими особливостями:

- а) розвиваються сповільнено, але з віком виходить на показники нормального розвитку**
- б) голос дзвінкий, інтонаційні показники відповідають віку, дикція чітка**
- в) голос глухий, мовлення «змазане», інтонація збіднена

4. У діагностичних критеріях дислалії не можуть зустрічатися:

- а) рівномірні сухожильні рефлекси
- б) патологічні зміни м'язового тону**
- в) неврологічна симптоматика

5. На відміну від моторної алалії, при стертій дизартрії спостерігаються:

- а) різнотипні порушення звуковимови**
- б) заміни як і артикуляторно простих, так і артикуляторно складних звуків
- в) однотипні порушення звуковимови (спотворення, пропуски або заміни)

## Методичні рекомендації щодо організації самостійної роботи студентів

Підготовка висококваліфікованих фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці, а також здатних до компетентної, відповідальної й ефективної діяльності за своєю спеціальністю неможливе без підвищення ролі самостійної роботи студентів. спрямованої на стимулювання їх професійного зростання та виховання їхньої творчої активності.

**Самостійна робота студента (СРС)** - невід'ємний складник підготовки фахівців в університеті. СРС є однією з форм оволодіння навчальним матеріалом поза межами обов'язкових навчальних занять. Її спрямовано на закріплення теоретичних знань, отриманих студентами за час навчання, їх поглиблення, набуття і удосконалення практичних навичок та умінь щодо відповідних спеціальностей та напрямків.

Навчальний час, відведений на самостійну роботу студента, регламентується робочим і навчальним планом . Головною метою самостійної роботи студента є формування його пізнавальної активності, засвоєння ним основних умінь та навичок роботи з навчальними матеріалами, поглиблення та розширення вже набутих знань, підвищення рівня організованості студентів тощо.

Основними завданнями самостійної роботи студентів є засвоєння в повному обсязі основної освітньої програми та послідовне вироблення навичок ефективної самостійної професійної (практичної й науково - теоретичної) діяльності на рівні світових стандартів.

Зміст самостійної роботи студентів визначається навчальною програмою вивчення конкретної дисципліни, завданнями та рекомендаціями викладача.

### **Самостійна робота студентів здійснюється за кількома типами:**

1. Самостійна робота з теоретичним матеріалом (СРТМ) — це самостійне поза аудиторне письмове виконання ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «відтворення» і «розуміння».

#### **Можливі види завдань:**

- конспектування, реферування, анотування рекомендованої літератури;
- формулювання висновків і підсумків;
- відповіді на запитання і самостійне формулювання запитань до навчальної теми;
- заповнення таблиць;
- креслення структурно-логічних схем;
- складання термінологічних словників, покажчиків планів;
- розподіл елементів бази знань на групи;
- наведення прикладів, опис ситуацій;
- завдання на аналіз, синтез, дослідження, порівняння, класифікацію, узагальнення, конкретизацію, інтерпретацію теоретичного матеріалу.

2. Самостійна робота з підготовки до практичних занять та закріплення їх результатів (СРПЗ) – самостійне поза аудиторне письмове виконання ряду завдань для засвоєння навчального матеріалу на рівні «застосування» і «створення».

***Можливі види завдань:***

Вирішення задач, аналіз і вирішення ситуацій, вправи, спостереження, експерименти, психодіагностика, аналіз результатів психодіагностики, підготовка до мікровикладання, оформлення звіту до практичного заняття, підготовка тестів, допоміжних таблиць і т.п.

3. Робота на практичних заняттях (ПЗ) – індивідуальне чи групове виконання ряду завдань під керівництвом викладача на рівні засвоєння навчального матеріалу «застосування» і «створення».

***Можливі види завдань:***

- дискусії і бесіди;
- виступи з доповідями і рефератами;
- вирішення задач і ситуацій;
- психодіагностика, інтерпретація й аналіз результатів виконання психодіагностичних методик;
- спостереження;
- експеримент;
- мікровикладання;
- дидактичні ігри.

4. Контрольна робота (КР) — індивідуальне чи групове виконання ряду контрольних завдань для перевірки реалізації навчальних цілей — досягання запланованих рівнів засвоєння навчального матеріалу теоретичного і практичного блоків тем.

***Можливі види завдань:***

Дидактичні тести, усні і письмові відповіді на запитання, аналіз і вирішення ситуацій, задач, співбесіди, звіти з самостійної роботи.

## **Теми для самостійної роботи студентів**

## Блок завдань теоретичного та практичного характеру у підготовці до заліку

### Теоретичні завдання

1. Дизартрія. Визначення. Етіологія. Класифікація. Клініко-психологічна характеристика дітей з дизартрією.
2. Симптоматика при дизартрії.
3. Підкіркова дизартрія. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви.
4. Кіркова дизартрія. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви. Варіанти кіркової дизартрії.
5. Премоторна апраксічна дизартрія. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви.
6. Постцентрально-апраксічна дизартрія. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту.
7. Бульбарна дизартрія. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви.
8. Спастична форма псевдобульбарної дизартрії. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви.
9. Паретична форма псевдобульбарної дизартрії. Локалізація осередку ураження, структура дефекту. Диференціальна діагностика від бульбарної дизартрії.
10. Дизартрія мозочка. Локалізація осередку ураження, структура мовного дефекту, вторинні прояви.
11. Стерта форма дизартрії. Етіологія. Структура дефекту.
12. Особливості фонетико-фонематических порушень у дітей зі стертою формою дизартрії.
13. Диференціальна діагностика дітей з стертою формою дизартрії і функціональною дислалією.
14. Обстеження дітей зі стертою формою дизартрії.
15. Основні напрями, завдання і принципи корекційно-педагогічної роботи при дизартрії.
16. Етапи логопедичної роботи по корекції дизартрії.
17. Система роботи з формування фонетичної сторони мови у дітей з дизартрією.
18. Нормалізація м'язового тону і мовної моторики у дітей з дизартрією.
19. Корекція фізіологічного і фонаційного дихання і голоси при дизартрії.
20. Нормалізація просодичної сторони мови. Формування артикуляції праксиса у дітей з дизартрією.
21. Корекційно-педагогічна робота з дошкільнятами з ДЦП.
22. Чотири рівні домовленневого розвитку дітей дошкільного віку з ДЦП.

23. Основні напрями корекційно-педагогічної роботи в домовленнєвому періоді.
24. Особливості логопедичної роботи при бульбарній, псевдобульбарній і мозочковій формах дизартрії.
25. Особливості корекційно-логопедичної роботи при екстрапірамідній і кірковій дизартрії.
26. Прийоми використання рефлекс заборонних позицій.
27. Прийоми розслаблення м'язів шиї.
28. Корекційно-логопедична робота при дитячій псевдобульбарній дизартрії.  
Характеристика I періоду роботи.
29. Особливості корекційно-логопедичної дії при дитячій псевдобульбарній дизартрії (II - III період).
30. Прийоми виконання пасивної гімнастики артикуляції.
31. Прийоми проведення активної гімнастики артикуляції.
32. Прийоми виконання розслаблюючого масажу при спастичній напрузі м'язів.
33. Прийоми проведення тонізуючого масажу при зниженні м'язового тону.

### **Завдання практичного характеру**

## **Індивідуальна робота студентів**

### **Методичні вказівки по виконанню індивідуальних контрольних робіт**

Індивідуальна контрольна робота з даної дисципліни виконується студентом до кожної атестації. Таким чином, протягом семестру студент має виконати дві індивідуальних контрольних роботи з дисципліни.

Індивідуальна контрольна робота має бути захищена студентом на аудиторному занятті протягом атестаційного тижня.

Індивідуальна контрольна робота з даної дисципліни виконується студентом у вигляді реферата обсягом від 7 до 10 сторінок друкованого тексту. Методичні вказівки до написання реферату додаються.

### **Методичні рекомендації до змісту та оформлення реферату**

Реферат підводить підсумок роботи по вивченню курсу тієї чи іншої гуманітарної дисципліни. Написання і захист реферату повинні показати, що студенти оволоділи методологією дослідження, засвоїли основний матеріал з курсу.

Своїм рефератом вони підтверджують, що вміють самостійно розбиратись в лекційному матеріалі, оволоділи навичками роботи з джерелами, можуть самостійно працювати з літературою і, нарешті, в змозі вивчити конкретну проблему дисципліни і грамотно (в науковому розумінні) викласти свої думки та висновки.

Робота над рефератом проводиться під керівництвом викладача навчального закладу, який проводив заняття з даного предмету. Під час написання реферату педагог надає постійну консультаційну допомогу. Захист реферату проводиться під час практичних занять. В обговоренні його може прийняти участь будь-хто з присутніх. До реферату ставляться високі вимоги як з точки зору широти охоплення проблеми, так і до глибини проникнення в його суть, а також в плані оволодіння методологією і методикою теоретичного дослідження.

Захист реферату показує з достатньою точністю глибину, міцність засвоєння раніше вивчених навчальних курсів.

### **Складання плану**

Подібно до інших етапів роботи над рефератом, складання плану не одиничний акт, а досить тривалий процес, що переплітається з іншими етапами роботи. В ході вибору теми реферату, слід замислитись над основними питаннями, що складають його зміст.

Після обрання теми вимальовуються основні обриси плану, які в процесі роботи над джерелами і літературою конкретизуються і стають більш чіткими. Всі думки до плану реферату необхідно фіксувати на папері, намагаючись до конкретизації певних формувань. Щоб не переплутати різні варіанти плану їх слід пронумерувати, або ставити дату складання. Наявність плану забезпечує цілеспрямований відбір джерел і літератури і багато в чому полегшує роботу з



ними. В цьому випадку, роблячи виписки, слід завчасно розмітити, в яке місце майбутнього реферату ляже зібраний матеріал, а можливо, вчасно помітити, якого матеріалу йому не достає.

Кінцевий матеріал плану складається після оброблення основних джерел. Чим глибшим він буде, тим легше писати реферат.

В плані корисно, виходячи з загального обсягу роботи і важливості окремих питань, розмітити примірний обсяг кожної частини і параграфу. Це допоможе визначити різні його частини і не допустити перенавантаження реферату.

Приступати до роботи над написанням реферату, потрібно, визначивши строки завершення основних етапів роботи: складання бібліографії, завершення роботи над джерелами і літературою, робота над окремими частинами, завершення в цілому.

### **Основний зміст реферату**

Реферат складається з вступу, декількох частин (які часто поділяються на параграфи) і підсумку, науково-довідкового матеріалу дається в зносках під стрічкою їх в додатку.

Вступ повинен вводити читача в курс реферату. Він містить визначення суті поставленої проблеми, завдань реферату, окреслює коло питань, на які потрібно дати відповідь, нарешті відмічається місце поставленої проблеми серед інших проблем і оцінюється актуальність її. Якщо в рефераті не торкаються за тією або іншою причиною деяких аспектів, це повинно мотивуватись у вступі.

У вступі повинен бути дан розгорнутий аналіз використаних джерел. Завдання джерелознавчого огляду не переказ змісту джерел, а виділення їх особливостей, визначаючих характер їх використання. Безумовно тут не має потреби досконально описувати кожне джерело.

Основну частину реферату складають два – чотири розділи, в свою чергу розбиті на параграфи. Кожний розділ повинен висвітлювати самостійне питання поставленої проблеми, параграф - окрему частину цього питання.

При написанні основних розділів слід звернути особливу увагу на збереження логічного зв'язку між розділами і послідовність переходу від однієї частини до другої.

В роботі необхідно виявити і викласти основні тенденції вивчаючих процесів, підкріпити їх найбільш типовими прикладами або цифровими підрахунками. Якщо необхідно довести свою думку вказівкою на масовість освітлюваного явища, то зовсім не слід описувати підряд всі однотипні випадки, достатньо привести один факт, відмітивши з виносці аналогічні приклади, або звести численні дані в таблицю.

Тактично слід використовувати і цитати. Без цитування джерел і літератури не обійдеться не один історичний твір. Особливо це важливо, коли мова йде про принципи альні положення, де необхідні точні формування. Але надто часте цитування і використання довгих цитат залишає дуже мало місця для власних думок автора.

Там, де можливо без порушення цілісності викладу можна давати цитату у власному вигляді, або скоротити її, зберігаючи необхідні правила.

Несприятливе враження наводить використання двох і більше цитат підряд. Зовсім не допустимо використання цитат без посилання на автора. Кожний розділ і параграф реферату - повинен завершуватись короткими висновками і узагальненнями, причому висновки попереднього розділу повинні підводити читача до головного змісту попереднього, щоб зміцнити зв'язок між собою і забезпечити єдність всієї роботи.

Завершує реферат невеликий підсумок. Головне його завдання - підведення підсумків всієї роботи, тому як, правило, тут не даються ні нові фактичні дані, ні нові теоретичні положення, про які не було мови в основних розділах. Підсумок, звичайно, містить в собі лише загальні висновки автора і «може також вказувати на подальший розвіток вивчаючого явища за рамками хронологічного періоду даного реферату. Дуже важливо прослідкувати, щоб на ці питання, які були сформульовані у вступі, була дана відповідь в підсумку»

При написанні реферату не слід забувати про стиль викладу: Мова повинна бути точною, ясною, не допускати двозначного тлумачення. Потрібно не забувати стару істину: що погано собі представляєш, те неясно й висловлюєш. Потрібно. уміло користуватись науковою термінологією, не захоплюватись надмірним вживанням «науково-образних» слів і зворотів, а також тактично застосовувати фразеологію і лексику використання джерел. Вміле введення в канву викладання специфічних термінів і зворотів сприяє більш точній передачі колориту вивчаючої епохи. В той же час не треба забувати, що незвичні слова слід пояснювати в виносці, а деяких слів взагалі уникати.

Оптимальний обсяг реферату 10 аркушів.

Аркуш має поля: зверху не менше 25 мм. знизу 25 мм, зліва, 30-35 мм, справа 5-10 мм. Заголовок нового розділу відділяється від попереднього тексту пробілом 30 мм, нова строчка нижче заголовку' відділяється і 5 мм. Слід звикнути до цього стандарту; який застосовують: всі видавництва і редакції при прийомі рукописів, що безумовно згодиться в подальшій праці.

### **Орієнтовні теми рефератів та доповідей**

### Рекомендована література до розділу «Дизартрія»

1. Архипова Е.Ф. Особенности доречевого периода у детей, страдающих церебральными параличами // Вопросы логопедии. - М.: МГПИ, 1978.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. для логопеда. - М., 1989.
3. Бабина Г.В. Речевые нарушения при детском церебральном параличе // Вопросы логопедии. - М.: МГПИ, 1978.
4. Бадалян А.О. Детская невропатология. – М.,: Медицина, 1975. – 344 с.
5. Бадалян Л.О., Журба Л.Г., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. - Киев: Здоровье, 1988.
6. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП. - М.: Медицина, 1986.
7. Большая энциклопедия. / Под ред. Б.В. Петровского. – Изд.-е 3-е. – М.,: Сов. энцикл-я, 1977.
8. Василенко Н.А. Психопатологическая характеристика учащихся с церебральными параличами // Дефектология. 1980. N 1. С.12-16.
9. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и её диагностирование. Значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент,: Просвещение, 1973. – 87 с.
10. Винарская Е.Н., Шур С.Н. Нарушение звуковой стороны речи при бульбарной дизартрии взрослых // Очерки по патологии речи и голоса. - М.: МГПИ им.В.И.Ленина, 1967. - с.188-186.
11. Гуровец Г.В., Маевская С.Н. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. - М., 1978.
12. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. - Л., 1977.
13. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. - М.: Медицина, 1981.
14. Ипполитова М.В., Вабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Книга для родителей. - М., 1993.
15. Кещан Е.В. К вопросу о некоторых сторонах развития экспрессивной и импрессивной речи у детей второго года жизни, страдающих церебральными параличами // Вопросы логопедии. - М.: МГПИ им.В.И.Ленина, 1978. - С.51-54.
16. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
17. Лопатина Л.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. 1986. N 2.

18. Лопатина Л.В. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой формой дизартрии. Дис. ... канд.пед.наук. - Л., 1989.
19. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. - СПб: Образование, 1994.
20. Лопатина Н.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциации их обучения //Дефектология. 1996. N 2. С.64-66.
21. Малофеев Н.Н. Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом. - М., 1991.
22. Мамайчук И.И., Бахматова Е.Н. Комплексное психологическое исследование больных со спастической формой детского церебрального паралича //Дефектология. 1984. N 6.
23. Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами //Дефектология. 1973. N 6.
24. Мастюкова Е.М. Медицинское обоснование логопедической работы в доречевом периоде для детей с церебральными параличами //Расстройства речи и методы их устранения. - М.: МГПИ им. В.И.Ленина, 1975. - С.75-83.
25. Мастюкова Е.М., Бабенкова Р.Д. Роль комплексной оценки дефекта учащихся с гиперкинезами для разработки плана педагогического воздействия //Дефектология. 1981. N 3. - С.75-83.
26. Мастюкова Е.М. Клиническая характеристика задержки психического развития учащихся с церебральным параличом //Дефектология. 1988. N 4.
27. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. - М., 1985.
28. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. - М., 1992.
29. Организация и содержание воспитательной работы в школе-интернате для детей с последствиями полиомиелита и церебральным параличом /Под ред.Т.А.Власовой, М.В.Ипполитовой. - М., 1981.
30. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
31. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата /Под ред. Т.А.Власовой. - М.: Педагогика, 1985. - С.3-100.
32. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом /Под ред. М.В.Ипполитовой. - АПН СССР, 1989.
33. Панченко И.И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий

- при дислалических и дизартрических нарушениях речи //Расстройства речи и голоса в детском возрасте.- М., 1973.
34. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работе с ними. Автореф. дисс. ... канд.пед.наук. -Л., 1974.
35. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами, и особенности логопедической работы //Нарушение речи и голоса у детей и взрослых. - М.: МГПИ им.В.И.Ленина, 1975. - С.17-42.
36. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. Селивёрстова В.И. – М.,: ВЛАДОС, 1997. – 395 с.
37. Правдина О.В. Логопедия. – М.,: Просвещение, 1973. – 255 с.
38. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. - М., 1972.
39. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.В. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. - М.: Медицина, 1972.
40. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми, страдающими псевдобульбарной дизартрией //Специальная школа, 1966. Вып.3. С.13-19.
41. Серебрякова Н.В. Логопедическая работа по формированию лексики у дошкольников со стертой формой дизартрии //Методы изучения и преодоления речевых расстройств. - СПб: Образование, 1994. - С.61-70.
42. Симонова Н.В. Состояние пространственно-временных отношении у детей с церебральным параличом //Дефектология. 1980. N 6.
43. Спинова Л.Ф. Особенности нарушения речи при псевдобульбарной дизартрии //Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи. - М., 1961.
44. Титова Т.А. Особенности воспроизведения звукослоговой структуры слов детьми с церебральными параличами //Методы изучения и преодоления речевых расстройств. - СПб: Образование, 1984. - С.35-52.
45. Токарева О.А. Дизартрия //Расстройства речи у детей и подростков. - М.: МГПИ им. В.И.Ленина, 1969. - С.144-156.
46. Халилова Л.Б. Состояние первоначальных морфологических обобщений у учащихся начальных классов, страдающих церебральными параличами //Дефектология. 1979. N 1.
47. Халилова Л.Б. Основные направления лексической работы в специальной школе для детей с церебральным параличом //Дефектология. 1986. N 5.
48. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Селивёрстова В.И. и Волковой Л.С. – М.,: Владос, 1997. – 556 с.

49. Чиркина Г.В. Воспитание правильной речи у детей с дизартрией //Дошкольное воспитание. 1980. N 8. - С.50-52.
50. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. - М., 1959.
51. Эйдинова М.Б. Обоснование лечебно-компенсаторного комплекса при детских церебральных параличах //Проблема компенсаторных приспособлений: Доклад.конф.филиал лаборат. АН СССР. - М., 1960.

**Рекомендована література до розділу «Порушення темпу мовлення несудомного характеру»**

1. Беккер К.П. Совак М. Логопедия. М., 1981.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. М., 1985 и др.
3. Зеeman М. Дети с ускоренной речью (тахилалией)// Расстройства речи в детском возрасте. М., 1962.
4. Кочергина В.С. Брадилалия, тахилалия, спотыкание//Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969.
5. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой и др. – М.,: ВЛАДОС, 1999. – 530 с.
6. Основы теории и практики логопедии. / Под ред. Левиной Р.Е. – М.,: Просвещение, 1968. – 158 с.
7. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С.Ляпидевского. - М., 1969, с. 134-138.
8. Хрестоматия по логопедии. Под редакцией Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М., 1997. Ч.1 - с. 120-162.

**Рекомендована література до розділу «Заїкання»**

1. Белякова Л., Дьякова О. Заикание. Учебное пособие.-М.,1999.-340 с.
2. Волкова Г. Преодоление заикания у дошкольников.-М.,1985.-125 с.
3. Волкова Л.С. Логопедия.М.: «Владос», 2004.
4. Миронова С. Устранение заикания у дошкольников в процессе обучения.-М.,1975.
5. Селиверстов В. Заикание у детей.- М.,1994-208 с.
6. Чевелева Н. Исправление заикания у школьников в процессе обучения.-М.,1978.- 112 с.
7. Шкловский В. Заикание.- 1994.-250 с.