МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«РОЗВИТОК ФОНЕМАТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЮ ДИЗАРТРІЄЮ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0163-з
спеціальності 016 Логопедія
освітньо-професійної програми «Логопедія»
І.В. Тарасенко

Керівник: кандидат педагогічних наук; доцент
кафедри соціальної педагогіки та психології
І.В. Кучерак

Рецензент:
_____
_____

Запоріжжя

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 Спеціальна освіта
Освітня програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____» _____20__ року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Тарасенко Інні Володимирівні

1. Тема «Розвиток фонематичних процесів у старших дошкільників із псевдобульбарною дизартрією»
керівник роботи Кучерак Ірина Володимирівна, кандидат педагогічних наук, доцент
затверджена наказом ЗНУ від «24» вересня 2024 р. № 1446-с

2. Строк подання студентом роботи 25.11.2024

3. Вихідні дані до роботи матеріали виробничих практик.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що їх належить розробити) охарактеризувати сучасний стан вивчення проблеми подолання сигматизму у дітей молодшого шкільного віку; розглянути симптоми, причини, особливості проведення логокорекційної роботи при псевдобульбарній дизартрії; обґрунтувати комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією; провести експериментальне дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією із застосуванням логокорекційної роботи; розробити практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

5. Перелік графічного матеріалу (із точним зазначенням обов'язкових креслень) 8 таблиц, 8 рисунків з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Кучерак І. В.		
Розділ 1	Кучерак І. В.		
Розділ 2	Кучерак І. В.		
Висновки	Кучерак І. В.		
Додатки	Кучерак І. В.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень-листопад	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Написання першого розділу	грудень-квітень	виконано
4	Написання другого розділу	травень-вересень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
6	Оформлення додатків	жовтень-листопад	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад-грудень	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Тарасенко І. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Кучерак І. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 85 с., 8 таблиць, 8 рисунків, 45 джерел, 1 додаток.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією за допомогою комплексу логокорекційних завдань.

Об’єкт дослідження: процес корекції вимови дітей молодшого шкільного віку.

Предмет дослідження: подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз філософської, соціологічної, психологічної літератури); синтез, порівняння, класифікація, систематизація й узагальнення теоретичних та емпіричних даних); емпіричні: діагностичні (методики, бесіди, інтерв’ювання, констатувальний, формувальний і контрольний етапи експерименту).

Теоретичне значення: розширено теоретичні відомості про проблему подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією. Уточнено визначення терміну «сигматизм».

Практичне значення: результати дослідження будуть корисні логопедам, батькам, вчителям та іншим фахівцям для подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Галузь використання: логопедія, психологія, педагогіка.

ВИМОВА, ДИЗАРТРІЯ, КОРЕКЦІЯ, МОВЛЕННЯ, МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК, ПСЕВДОБУЛЬБАРНА ДИЗАРТРІЯ, СИГМАТИЗМ, ШИПЛЯЧІ ЗВУКИ.

SUMMARY

Tarasenko I. V. Development of Phonemic Processes in Older Preschoolers with Pseudobulbar Dysarthria. Zaporizhzhia, 2024. 84 p.

The qualification work consists of an introduction, two chapters, conclusions to chapters, general conclusions, a list of used sources (45 items on 5 pages), 1 appendix (on 3 pages), 8 tables, 8 figures.

The research is focused on the problem of overcoming disorders in the pronunciation of sibilant sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria.

The research purpose: to theoretically justify and experimentally verify the effectiveness of overcoming the disorders of the pronunciation of sibilant sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria using a complex of logocorrective tasks.

The research tasks:

- To characterize the current state of studying the problem of overcoming sigmatism in children of primary school age.
- To consider the symptoms, causes, features of logocorrection work in case of pseudobulbar dysarthria.
- To justify a comprehensive approach to overcoming sigmatism in younger schoolchildren with pseudobulbar dysarthria.
- To conduct an experimental study of the pronunciation of hissing sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria using logocorrective work.
- To develop practical recommendations for overcoming disorders of the pronunciation of hissing sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria.

The research object: the process of correcting the pronunciation of children of

primary school age.

The research subject: overcoming disorders in the pronunciation of hissing sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria.

The part 1 «Theoretical principles of overcoming disorders of the pronunciation of sibilant sounds in younger schoolchildren with pseudobulbar dysarthria» the current state of studying the problem of overcoming sigmatism in children of younger school age is characterized; symptoms, causes, features of speech correction work in pseudobulbar dysarthria are considered; a comprehensive approach to overcoming sigmatism in younger schoolchildren with pseudobulbar dysarthria is substantiated.

The part 2 «Practical aspects of overcoming the pronunciation of sibilant sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria» an experimental study of the pronunciation of sibilant sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria was carried out using logocorrective work; practical recommendations have been developed for overcoming disorders of the pronunciation of sibilant sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria.

The obtained results will be useful to speech therapists, parents, teachers and other specialists to overcome the disorders of the pronunciation of hissing sounds in children of primary school age with pseudobulbar dysarthria.

Keywords: pronunciation, dysarthria, correction, speech, primary school age, pseudobulbar dysarthria, sigmatism, hissing sounds.

ЗМІСТ

Вступ……... 8
Розділ 1. Теоретичні засади подолання порушень вимови шиплячих звуків у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією…….. 11
1.1. Сучасний стан вивчення проблеми подолання сигматизму у дітей молодшого шкільного віку……... 11
1.2. Псевдобульбарна дизартрія: симптоми, причини, особливості проведення логокорекційної роботи……. 20
1.3. Комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією……. 30
Розділ 2. Практичні аспекти подолання вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією…….. 41
2.1. Мета, завдання і зміст експериментального дослідження…….. 41
2.2. Основні напрями та етапи проведення логокорекційної роботи щодо подолання сигматизму у дітей означеної категорії…… 56
2.3. Практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією….. 68
Висновки……..... 72
Список використаних джерел……..... 76
Додатки……... 81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Псевдобульбарна дизартрія – це одне з найпоширеніших мовленнєвих порушень у дітей. Зокрема, за даними статистики, псевдобульбарна дизартрія зустрічається у 20-30% дітей із ДЦП. Порушення вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією є складним для корекції. Це пов’язано з тим, що вимова цих звуків потребує чіткої та координованої роботи м’язів обличчя, язика, гортані.

Порушення вимови шиплячих звуків негативно впливає на емоційний та соціальний розвиток дитини. Діти з цим порушенням стикаються з труднощами у спілкуванні з однолітками, що призводить до ізоляції, зниження самооцінки та виникнення емоційних проблем. Існуючі методи корекції порушень вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією не завжди дають бажаний результат. Тому актуальним є дослідження нових, більш ефективних методів корекції.

Вивчення проблем вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією має важливе значення для розвитку логопедії, неврології та інших галузей науки. Результати досліджень у цій галузі допоможуть розробити нові методи корекції мовних порушень та покращити якість життя дітей з псевдобульбарною дизартрією.

Теоретичними та методологічними основами дослідження стали праці таких науковців, як Бондаренко Н., Гаврилова Н., Диль Н., Зав’язун Т., Колупаєва А., Конопляста С., Костик С., Лісова Л., Максименко С., Маранчак Р., Марченко І., Маршалковська В., Мороз О., Пивоварчук Т., Пімєнова К., Притиковська С., Рібцун Ю., Савінова Н., Синьов В., Солодчук С., Тарасун В., Трофименко Л., Шеремет М., Якимчук Г. та інших, проте дане питання все ще потребує наукових напрацювань.

Вищезазначене зумовило актуальність теми дослідження, зважаючи на великий інтерес до більш комплексних теоретичних та емпіричних досліджень особливостей вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією. Соціальна та практична значимість аналізованої проблеми зумовили вибір теми дослідження: «Подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією за допомогою комплексу логокорекційних завдань.

Виходячи з мети дослідження, було виокремлено такі **завдання дослідження:**

– охарактеризувати сучасний стан вивчення проблеми подолання сигматизму у дітей молодшого шкільного віку;

– розглянути симптоми, причини, особливості проведення логокорекційної роботи при псевдобульбарній дизартрії;

– обґрунтувати комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією;

– провести експериментальне дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією із застосуванням логокорекційної роботи;

– розробити практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Об’єкт дослідження – процес корекції вимови дітей молодшого шкільного віку.

Предмет дослідження – подолання порушень вимови шиплячих звуків у

дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Для досягнення мети та завдань дослідження використано такі **методи дослідження**: – теоретичні: аналіз філософської, соціологічної, психологічної, педагогічної літератури для визначення об'єкта, предмета, мети дослідження, формулювання його завдань; синтез, порівняння, класифікація, систематизація й узагальнення теоретичних та емпіричних даних для розроблення основних підходів до подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією, теоретичного обґрунтування особливостей подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією; – емпіричні: діагностичні (методики, бесіди, інтерв'ювання, констатувальний, формувальний і контрольний етапи експерименту) для визначення рівнів вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією, доведення доцільності логокорекційної роботи для подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у розширенні теоретичних відомостей про проблему подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією. Уточнено визначення терміну «сигматизм».

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження будуть корисні логопедам, батькам, вчителям та іншим фахівцям для подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (45 позицій на 5-ти сторінках), 1 додатка (на 3-ох сторінках), 8 таблиць, 8 рисунків. Загальний обсяг роботи складає 85 сторінок.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПОДОЛАННЯ ПОРУШЕНЬ ВИМОВИ ШИПЛЯЧИХ ЗВУКІВ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЮ ДИЗАРТРІЄЮ

1.1 Сучасний стан вивчення проблеми подолання сигматизму у дітей молодшого шкільного віку

Мова – це не лише інструмент спілкування, але й ключ до пізнання світу, формування особистості та самовираження. Тому порушення мовлення, такі як сигматизм, мають значний вплив на життя дитини. Сигматизм, або шепелявість, є мовленнєвим розладом, який характеризується неправильною вимовою одного або декількох звуків, найчастіше шиплячих та свистячих. Ця проблема поширена серед дітей молодшого шкільного віку, і, якщо її не вирішити вчасно, вона може призвести до серйозних наслідків, таких як комунікативні труднощі, психологічні комплекси, проблеми з навчанням та соціальна ізоляція.

Молодший шкільний вік охоплює період від 6-7 до 10-11 років. Цей етап розвитку дитини характеризується низкою важливих змін у фізичній, психологічній та соціальній сферах. Збільшується зріст, вага, удосконалюється координація рухів. Зростає обсяг уваги, пам’яті, мислення стає більш логічним. Заклад освіти стає головним місцем, де дитина здобуває знання та навички. Емоції стають більш стійкими, з’являється емпатія та співпереживання. Дитина стає членом шкільного колективу, формуються дружні стосунки [6, с. 84].

У молодшому шкільному віці активно розвивається мовлення дітей. Їх словниковий запас значно розширюється, удосконалюється граматика, вимова стає більш чіткою. Однак, у деяких дітей цього віку можуть виникати мовні труднощі, такі як сигматизм, або, простіше кажучи, «шепелявість». Це порушення

вимови звуків [с], [з], [ц], [ш], [щ], які замінюються на інші, подібні за артикуляцією.

Сигматизм, або шепелявість, – це поширена проблема мовлення, яка зустрічається у багатьох дітей молодшого шкільного віку. Її вивченням займаються багато науковців, адже своєчасне та правильне подолання цього мовленнєвого розладу має важливе значення для розвитку дитини.

Так, Н. Гаврилова, як відома дослідниця в галузі логопедії, зосередила свою увагу на вивченні порушень фонетичного боку мовлення у дітей, роблячи особливий акцент на сигматизмі молодших школярів. Її праці дають цінний внесок у цю поширену проблему, пропонуючи ґрунтовний аналіз її проявів, причин.

Н. Гаврилова детально дослідила різні типи сигматизму, що спостерігаються у дітей, виділяючи їхні особливості та механізми виникнення. Її роботи ґрунтовно висвітлюють комплекс причин, що призводять до сигматизму, враховуючи як анатомічні, так і мовленнєві чинники. Науковиця розробила та вдосконалила методи корекції сигматизму у молодших школярів, спираючись на принципи індивідуального підходу та комплексної логопедичної допомоги [3, с. 84-85].

Н. Диль зосередив свою увагу на диференціальній діагностиці стертої дизартрії та функціональних розладів звуковимови у дітей, звертаючи особливу увагу на сигматизм. Його праці роблять значний внесок у розуміння цих двох мовних розладів, пропонуючи чіткі критерії їх розмежування та ефективні методи корекції [5, с. 2-3].

С. Конопляста зосередила свою увагу на дослідженні сигматизму у дітей з логопсихологічної точки зору. Її праці дають цінне розуміння цієї поширеної проблеми, розглядаючи її не лише з мовленнєвої, але й з психологічної перспективи [12].

Вчена дослідила вплив сигматизму на психоемоційний стан дітей, виявляючи можливі проблеми з самооцінкою, комунікацією та соціальною

адаптацією. Вона вивчила роль психологічних факторів, таких як тривожність, невпевненість, мотиваційні проблеми, у виникненні та стійкості сигматизму у дітей. С. Конопляста розробила комплексний логопсихологічний підхід до корекції сигматизму, що поєднує в собі методи логопедичного впливу з психокорекційними та психотерапевтичними заходами.

На думку С. Коноплястої, мовленнєві порушення, такі як сигматизм, негативно впливають на самооцінку, комунікацію, соціальну адаптацію та інші сфери життя дитини. Психологічні фактори, такі як тривожність, невпевненість, мотиваційні проблеми, впливають на мовленнєвий розвиток дитини та сприяють виникненню мовленнєвих порушень. Ефективна корекція мовленнєвих порушень повинна враховувати як мовні, так і психологічні аспекти проблеми. На переконання дослідниці, співпраця логопедів та психологів є важливою для комплексного та ефективного вирішення проблем мовленнєвого розвитку у дітей [12, с. 147].

С. Костик присвятив свою роботу вивченню особливостей логопедичної роботи при формуванні звуковимови у дітей з аномаліями зубощелепної системи (АЗС), звертаючи пильну увагу на сигматизм. С. Костик детально дослідив вплив різних видів АЗС на артикуляцію звуків, виділяючи специфічні труднощі, які виникають у дітей з даною патологією. Науковець розробив методи адаптації логопедичних методів до роботи з дітьми, які мають АЗС, враховуючи особливості їхньої артикуляції. Аномалії зубощелепної системи мають істотний вплив на артикуляцію звуків та викликають різні мовленнєві порушення, в тому числі сигматизм.

С. Костик запропонував комплексний підхід до корекції сигматизму у дітей з аномаліями зубощелепної системи, що поєднує в собі логопедичну роботу з ортодонтичним та стоматологічним лікуванням. Запропонований ним підхід враховує індивідуальні особливості кожної дитини та її аномалії зубощелепної системи, що забезпечує максимальний ефект від корекції [13, с. 79-82].

Монографія Л. Лісової «Корекція навчальної діяльності молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення» є цінним внеском у сферу спеціальної педагогіки та логопедії. Авторка глибоко досліджує проблему сигматизму у дітей з псевдобульбарною дизартрією та пропонує комплексний підхід до корекції навчальної діяльності молодших школярів з цією патологією.

Монографія складається з п’яти розділів, які послідовно висвітлюють теоретичні та практичні аспекти досліджуваної проблеми. Перший розділ присвячений теоретичним основам дослідження. Авторка розкриває сутність сигматизму, його етіологію, патогенез та клінічні прояви у дітей з псевдобульбарною дизартрією. Дослідниця також аналізує вплив сигматизму на навчальну діяльність молодших школярів [14].

Другий розділ описує методику дослідження, яке проводила авторка. Дослідниця вивчала особливості навчальної діяльності молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією та сигматизмом, а також ефективність комплексної корекційної програми, розробленої нею для цієї категорії дітей.

Третій розділ розкриває зміст комплексної корекційної програми. Програма включає в себе логопедичні, психокорекційні та загальноосвітні компоненти. Логопедичні заняття спрямовані на корекцію звуковимови, мовленнєвого дихання, артикуляції та фонематичного слуху. Психокорекційні заняття допомагають дітям подолати емоційно-вольові порушення, розвинути саморегуляцію та навички комунікації. Загальноосвітні заняття спрямовані на формування навичок читання, письма та лічби.

Четвертий розділ описує результати дослідження. Авторка констатує, що комплексна корекційна програма дозволила значно покращити звуковимову, мовленнєве дихання, артикуляцію та фонематичний слух у дітей з псевдобульбарною дизартрією та сигматизмом. Також програма сприяла розвитку емоційно-вольової сфери, навичок комунікації та навчальної діяльності.

П’ятий розділ містить висновки та рекомендації щодо впровадження

комплексної корекційної програми в практику роботи логопедичних кабінетів та спеціальних шкіл.

На переконання Л. Лісової, сигматизм – це поширене порушення мовлення у дітей з псевдобульбарною дизартрією. Сигматизм негативно впливає на навчальну діяльність молодших школярів [14, с. 56]. Комплексна корекційна програма, розроблена Л. Лісовою, може допомогти дітям з псевдобульбарною дизартрією та сигматизмом подолати мовленнєві порушення та покращити навчальну діяльність. Програма включає в себе логопедичні, психокорекційні та загальноосвітні компоненти. Програма може бути ефективно використана в практиці роботи логопедичних кабінетів та спеціальних шкіл.

Загалом монографія Л. Лісової має значну наукову та практичну цінність. Вона є корисною для логопедів, дефектологів, психологів, вчителів спеціальних закладів освіти, а також для батьків дітей з псевдобульбарною дизартрією.

І. Марченко робить значний внесок у сферу спеціальної педагогіки, досліджуючи педагогічні заходи з формування комунікативної поведінки дітей з дизартрією при ДЦП. Її праці мають як теоретичну, так і практичну цінність, пропонуючи дієві методи допомоги цій категорії дітей. Дослідниця ґрунтовно вивчає особливості комунікативної поведінки дітей з дизартрією при ДЦП. Це дозволяє їй чітко окреслити проблеми, з якими стикаються ці діти, та розробити ефективні методи їх подолання [19, с. 67].

І. Марченко розробляє комплексні педагогічні заходи, спрямовані на формування комунікативної поведінки дітей з дизартрією при ДЦП. Ці заходи враховують специфіку мовленнєвих порушень та психофізичного розвитку дітей цієї категорії. Дослідниця пропонує практичні рекомендації щодо впровадження розроблених нею педагогічних заходів у практику роботи закладів дошкільної освіти та спеціальних закладів освіти. Це робить її дослідження цінними для логопедів, дефектологів, вихователів та батьків дітей з дизартрією при ДЦП [20].

Авторка С. Притиковська досліджує стан психофізичного розвитку дітей з

тяжкими порушеннями мовлення у контексті сигматизму. Робота науковиці є цінним внеском у розуміння цієї складної проблеми, оскільки вона ґрунтується на ретельному вивченні дітей з різними типами сигматизму та рівнями тяжкості мовних порушень.

С. Притиковська досліджує не лише мовленнєві порушення дітей, але й їх загальний психофізичний розвиток. Це дозволяє їй отримати більш чітке уявлення про те, як сигматизм впливає на інші аспекти життя дитини. Науковиця використовує різноманітні методи дослідження, такі як спостереження, тести та опитування, щоб зібрати дані про дітей. Це робить її дослідження більш надійним та об’єктивним [28, с. 115-117].

Авторка не просто описує загальні тенденції у розвитку дітей з сигматизмом, але й аналізує дані з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Це дозволяє їй зробити більш виважені висновки та рекомендації.

Н. Савінова досліджувала логодіагностику та логокорекцію мовленнєвої діяльності дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Її робота має значну цінність. Авторка ґрунтовно вивчила теорії логопедії, дефектології та суміжних дисциплін, щоб створити міцну основу для своїх досліджень. Н. Савінова розробила комплексну систему логодіагностики, яка дозволяє всебічно оцінювати стан мовлення дітей з сигматизмом. Ця система включає в себе аналіз звукової вимови, фонематичного слуху, лексичного запасу, граматичної будови мовлення та зв’язного мовлення.

На основі даних логодіагностики Н. Савінова розробила систему логокорекційних заходів, спрямованих на поетапне виправлення сигматизму та його наслідків. Ця система включає в себе вправи з постановки звуків, автоматизації поставлених звуків, розвитку фонематичного слуху, лексичного запасу, граматичної будови мовлення та зв’язного мовлення. Авторка підкреслює важливість індивідуального підходу до логокорекційної роботи з дітьми з сигматизмом. Дослідниця розробила методичні рекомендації щодо адаптації

логокорекційних програм з урахуванням віку, рівня тяжкості мовленнєвого порушення, індивідуальних особливостей розвитку та психологічних характеристик кожної дитини [31, с. 152-159].

В. Тарасун зробив значний внесок у вивчення особливостей логопедичної роботи зі стертою формою дизартрії у дітей. Його дослідження ґрунтуються на глибокому розумінні нейрофізіологічних механізмів мовлення та специфіки проявів дизартрії у дітей.

В. Тарасун зробив аналіз психофізіологічних особливостей дітей зі стертою формою дизартрії. Це дозволило йому виявити специфічні порушення мовленнєвих функцій, які лежать в основі даного мовленнєвого розладу. Науковець розробив методичні рекомендації щодо логопедичної роботи з дітьми зі стертою формою дизартрії. Ці рекомендації ґрунтуються на результатах комплексного обстеження дітей та враховують індивідуальні особливості кожної дитини [39, с. 283-284].

Н. Гаврилова визначає сигматизм як фонетичний розлад, який проявляється в неправильній артикуляції та акустиці одного або декількох звуків мовлення. Цей розлад призводить до спотворення слів та фраз, що ускладнює розуміння мовлення дитини [2, с. 57].

Н. Бондаренко вважає, що сигматизм спричинений нейрофізіологічною патологією, яка впливає на моторні функції артикуляційного апарату. Ця патологія може бути вродженою або набутою внаслідок травми, інфекції або інших факторів [1, с. 272].

Т. Зав’язун стверджує, що сигматизм спричинений психолінгвістичним дефіцитом, який впливає на процес обробки та сприйняття мовленнєвих звуків. Цей дефіцит може призвести до того, що дитина не може правильно розрізняти або вимовляти певні звуки [8, с. 43].

А. Колупаєва розглядає сигматизм як соціально-мовний розлад, який має негативний вплив на соціальну комунікацію дитини. Цей розлад може призвести

до того, що дитина уникає спілкування з іншими людьми, боїться висловлюватися або зазнає знущань з боку однолітків [10, с. 39].

В. Маршалковська переконана, що сигматизм є проявом мовленнєвої незрілості, тобто дитина просто ще не навчилася правильно вимовляти певні звуки. З часом, у міру розвитку мовлення, дитина може подолати цей розлад без спеціальної допомоги [21, с. 62].

На думку, К. Пімєнової, сигматизм є одним із симптомів більш серйозного порушення мовленнєвого розвитку, такого як дизартрія або алалія. У таких випадках необхідна комплексна логопедична допомога для подолання мовленнєвого розладу [25, с. 279].

Ю. Рібцун вважає, що сигматизм не завжди є патологією, а може бути просто індивідуальною особливістю вимови дитини. У таких випадках корекція мовлення не є необхідною, якщо дитина не відчуває дискомфорту та її мовлення не заважає їй спілкуватися з іншими людьми [29, с. 87].

Проаналізувавши думки різних науковців щодо сутності сигматизму, запропонуємо уточнене визначення цього терміну: «сигматизм – це мовленнєвий розлад, який характеризується стійким порушенням артикуляції та акустики одного або декількох звуків мовлення, найчастіше шиплячих та свистячих, що негативно впливає на комунікативну функцію мовлення та має психосоціальні наслідки».

Це визначення охоплює основні аспекти сигматизму, а саме:

– фонетичний розлад, адже сигматизм проявляється у неправильній вимові звуків мовлення, що призводить до спотворення слів та фраз;

– стійкість, бо сигматизм не є тимчасовим явищем, а стійким порушенням, яке потребує корекції;

– артикуляція та акустика, тобто порушення стосується як артикуляційної, так і акустичної складової звуків мовлення;

– шиплячі та свистячі звуки, бо найчастіше сигматизм проявляється у

неправильній вимові шиплячих та свистячих звуків, але може торкатися й інших звуків;

– негативний вплив на комунікацію, оскільки сигматизм ускладнює розуміння мовлення дитини та може призвести до проблем у спілкуванні;

– психосоціальні наслідки, адже сигматизм негативно впливає на самооцінку дитини, її поведінку та соціальні стосунки.

З точки зору логопедії, сигматизм має такі характерні риси:

1. Неправильна артикуляція. Дитина не може правильно поставити язик, губи та інші органи артикуляції для вимови певного звуку. Це призводить до спотворення звуку та його нечіткої вимови.

2. Неправильна акустика. Звук, який вимовляє дитина, відрізняється від правильного за акустичними характеристиками. Він може бути тьмяним, невиразним, спотвореним або зовсім невимовним.

3. Стійкість. Сигматизм не є тимчасовим явищем, а стійким порушенням мовлення. Дитина може шепелявити протягом тривалого часу, навіть коли інші звуки вона вже навчилася вимовляти правильно.

4. Поширення на інші звуки. У деяких випадках сигматизм може поширюватися на інші звуки мовлення, окрім шиплячих та свистячих.

5. Негативний вплив на комунікацію. Сигматизм ускладнює розуміння мовлення дитини та може призвести до проблем у спілкуванні.

6. Вплив на психосоціальний розвиток. Сигматизм може негативно впливати на самооцінку дитини, її поведінку та соціальні стосунки [16; 34].

Так, дитина замінює один звук іншим, наприклад, замість «с» вимовляє «з», а замість «ш» – «щ». Вона пропускає звук, наприклад, замість «собака» вимовляє «бака». Дитина може деформувати звук, наприклад, замість «ш» вимовляти «ф» або «х». Дитина може уникати слів, які містять проблемний звук. Дитина соромиться говорити або намагається говорити тихше, щоб приховати свою проблему.

На щастя, існує багато методів подолання сигматизму у дітей. Вибір методу залежить від віку дитини, ступеня тяжкості мовленнєвого розладу та індивідуальних особливостей. Успішне подолання сигматизму потребує комплексного підходу, який включає в себе логопедичну роботу, співпрацю з батьками та створення сприятливого мовного середовища для дитини.

Таким чином, сигматизм, або шепелявість, – це поширений мовленнєвий розлад, який зустрічається у багатьох дітей молодшого шкільного віку. Він характеризується неправильною вимовою одного або декількох звуків, найчастіше шиплячих та свистячих.

Сигматизм має негативний вплив на комунікацію дитини, її психосоціальний розвиток та навчання. Тому важливо своєчасно виявити цей мовленнєвий розлад та розпочати його корекцію. Логопед допомагає дитині навчитися правильно вимовляти звуки, що допоможе їй краще спілкуватися з іншими людьми, підвищити самооцінку та покращити успішність у навчанні.

Існує багато методів корекції сигматизму, і логопед підбере для дитини найбільш ефективний метод з урахуванням її віку, ступеня тяжкості мовленнєвого розладу та індивідуальних особливостей. Батькам важливо співпрацювати з логопедом та створити для дитини сприятливе мовне середовище вдома. Чим раніше буде розпочата логокорекційна робота, тим швидше і ефективніше дитина зможе подолати сигматизм.

1.2 Псевдобульбарна дизартрія: симптоми, причини, особливості проведення логокорекційної роботи

Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату. Термін «дизартрія» походить з латинської і в перекладі означає розлад членороздільного мовлення. Дане

порушення характеризується певними особливостями залежними як від проявів, так і від походження [32, с. 61].

Особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність з руховими розладами. До особливостей моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами належать шість видів порушень:

– обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення;

– змінний (нестійкий) характер порушень м’язового тонусу в мовленнєвій мускулатурі;

– наявність гіперкінезів (примусових рухів);

– частота оральних синкінезій;

– порушення імпульсації від м’язів артикуляційного апарату;

– вплив патологічних тонічних рефлексів на м’язи артикуляційного апарату [9].

Порушення формування голосу й артикуляції при дизартрії проявляються по-різному і залежать від характеру і тяжкості ураження нервової системи. У легких випадках спостерігається індивідуальне порушення звуковимови, нечітка мова (мова йде про мінімальний симптом дизартрії, звану «стерту» дизартрію).У більш серйозних випадках спостерігаються порушення звуковимови, темпу, виразності, модуляції, заміни і пропуски звуків, і в цілому вимова стає незрозумілою.

Діти з дизартрією мають суттєві проблеми з вимовою всіх звуків (голосних і приголосних), а також з інтонацією, темпом і мелодією мовлення. Це пов’язано з обмеженою рухливістю м’язів, які відповідають за артикуляцію. Через це їм складно виконувати точні рухи язиком та іншими органами мовлення (наприклад, кінчиком язика або різними ділянками його спинки). Окрім того, під час вимови звуків у них можуть з’являтися зайві, неконтрольовані рухи губ, нижньої щелепи або рук.

При тяжких ураженнях центральної нервової системи мовлення

унеможливлюється у зв’язку з повним паралічем мовно-рухових м’язів. Такі порушення називаються анартрія [45, с. 178].

У дітей з мінливим (нестійким) м’язовим тонусом (тобто коли тонус м’язів постійно змінюється, стає то вище, то нижче) мовлення відрізняється від дітей з чітко вираженими артикуляційними порушеннями. М’язи їхнього мовного апарату не можуть утримувати одну позицію протягом тривалого часу, що робить артикуляцію нестійкою. На вимову звуків впливають різні фактори: зовнішні (наприклад, шум, температура), стан довільних рухів, емоції, положення тіла та голови дитини. Через це порушення звуковимови у таких дітей можуть бути непостійними, то з’являтися, то зникати.

Дітям з мінливим м’язовим тонусом також складно розпочати говорити. Минає деякий час (латентний період) між тим, як вони беззвучно артикулюють слово, і тим, як починають його вимовляти вголос. Їм важко відповідати на питання та вступати в усну розмову. Окрім того, у таких дітей часто спостерігається коротке, уривчасте дихання з обмеженим видихом. Вони можуть переривати не лише фразу, а й слово під час говоріння. Щоб подолати ці труднощі, вони намагаються говорити на вдиху, що робить їх мову «захлинаючою».

Дизартрія найчастіше зустрічається у дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Існує декілька форм дизартрії, які залежать від того, яка частина нервової системи уражена. Бульбарна дизартрія виникає при ураженні черепних нервів, які відповідають за рухи язика, губ, глотки та гортані. Псевдобульбарна дизартрія пов’язана з ураженням рухових шляхів, що йдуть від головного мозку до цих м’язів. Коркова дизартрія виникає при ураженні кори головного мозку, де розташовані центри, що відповідають за планування та контроль мовлення [33; 40].

Підкіркова (змішана, екстрапірамідна) дизартрія пов’язана з ураженням підкіркових структур головного мозку, які впливають на м’язовий тонус та

координацію рухів. Мозочкова дизартрія виникає при ураженні мозочка, який відповідає за координацію рухів та мову [23, с. 94].

Кожна з цих форм дизартрії має свої характерні порушення звуковимови, темпу, інтонації мовлення, психологічні та нейролінгвістичні особливості, а також потребує комплексного підходу до лікування, яке включає не лише логопедичну допомогу, але й роботу інших спеціалістів (невролога, нейропсихолога, фізіотерапевта тощо).

Переважаючою формою є псевдобульбарна дизартрія, яка характеризується різними порушеннями м'язового тонусу. Ці порушення зумовлені ураженням черепно-мозкових нервів, що іннервують артикуляційну мускулатуру. Внаслідок ураження язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів у дітей виявляється псевдобульбарний синдром, що характеризується порушенням ковтання, дихання, голосоутворення, різкою обмеженістю рухомості органів артикуляційного апарату.

Кіркова дизартрія характеризується більш ізольованими порушеннями іннервації м'язів артикуляційного апарату. В разі кіркової дизартрії частими є порушення орального праксису, у зв'язку з чим страждає насамперед вимова тих звуків, які пов'язані з найтоншими ізольованими рухами окремих м'язових груп язика. Темп і виразність мовлення за кіркової дизартрії зазвичай не страждають [4].

Екстрапірамідна дизартрія характеризується порушеннями м'язового тонусу в м'язах, які відповідають за артикуляцію, фонацію та дихання. Ці порушення можуть проявлятися по-різному: м'язи постійно перебувають у напрузі, але цей тонус може мінятися (то сильніше, то слабше), м'язи постійно перебувають у стані сильного спазму. Окрім того, при цій формі дизартрії спостерігаються порушення інтонації та емоційної виразності мовлення, гіперкінези: мимовільні рухи, найчастіше язиком. Через ці порушення мова дітей з екстрапірамідною дизартрією може бути спотвореною, важко зрозумілою, іноді зовсім незрозумілою. Ця форма

дизартрії найчастіше зустрічається при гіперкінетичній формі дитячого церебрального паралічу (ДЦП). При цьому у дітей можуть спостерігатися примусові рухи (гіперкінези) різної інтенсивності та характеру: в м'язах обличчя, язика, шиї, плечового поясу, кінцівок, а також в артикуляційних м'язах, порушення слуху [43, с. 35].

Усі викладені форми дизартрій можуть поєднуватися з проявами загального мовленнєвого недорозвинення, з порушенням слуху. Діти з дизартрією за психолого-педагогічною характеристикою представляють поліморфну групу. Вони характеризуються наявністю психоорганічного синдрому, який проявляється різною симптоматикою. Для багатьох з них характерною є гіперактивність, яку слід розглядати в рамках синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю або гіпердинамічного синдрому, церебрастенічного синдрому і гіпертензійно-гідроцефального синдрому.

Емоційно-вольові порушення проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості і виснаження нервової системи. На першому році життя такі діти неспокійні, багато плачуть, вимагають до себе постійної уваги. У них відзначаються порушення сну, апетиту, схильність до блювоти, діатезу, шлунково-кишкових розладів. Вони погано пристосовуються до умов, що змінюються.

У дошкільному та шкільному віці вони рухливо неспокійні, схильні до дратівливості, коливань настрою, метушливості, часто проявляють грубість, не слухаються. Рухове занепокоєння посилюється при втомі, деякі схильні до реакцій істероїдного типу: кидаються на підлогу і кричать, домагаючись бажаного [44].

Якщо не спостерігається «стрибок» в психічному розвитку після двох років, то це є прогностично несприятливою ознакою, що свідчить про можливу наявність олігофренії. Церебрастенічний синдром проявляється у вигляді нервово-психічної виснаженості. У одних дітей він проявляється у вигляді загального емоційного і рухового занепокоєння, у інших в переважанні млявості і пасивності.

З раннього віку у дітей з дизартрією порушується розвиток психологічного

поняття «мати-дитина». Зв’язок забезпечується значною участю багатьох сенсорних функцій (тактильні відчуття, запах, візуалізація, слухові відчуття і т.п.). При народженні дитини з фактором ризику дизартрії, ці взаємини спотворюються. Зі сторони дитини відзначається зниження сенсорних відчуттів, а з боку матері − різка зміна емоційного відношення до дитини. Реакції батьків по відношенню до їх «особливої» дитини є важливим фактором поступового розвитку її особистості. Розчарування і біль батьків, страх за дитину і заклопотаність її долею істотно відбиваються на особистості дитини. Тому необхідна робота не тільки з дитиною, а й з його родиною [35, с. 154].

Діти з дизартрією відрізняються високим рівнем тривожності, яка найбільш виражена у дітей з меланхолічною і холеричною структурою особистості. Найменш виражена тривожність при поєднанні з сангвінічним і флегматичним темпераментом. Відображаючи тенденцію до аномальної психопатологічної мінливості, у дітей з дизартрією відзначається посилення тривожності в умовах фрустрації (омана, марне очікування). Виявляється стереотипність в грі, примітивність візерунків і сюжетів в малюнках, незграбність на музичних, фізкультурних заняттях, невміння пояснити причини невдачі.

Розвиток особистості дітей з дизартрією в значно більшому ступені залежить від соціальних умов, ніж розвиток здорових. Патологічне формування особистості залежить головним чином від його реакції на усвідомлення дефекту, фізичної або сенсорної неповноцінності, ізоляції від суспільства однолітків, а також неправильного виховання і своєрідного ставлення оточуючих до неповноцінної дитини.

Комплекс неповноцінності виникає в зв’язку з наступними психотравмуючими обставинами:

- переживання положення «відкинутих»;
- недоброзичливого ставлення однолітків;
- надмірної уваги і цікавості оточуючих;

– соціальної депривації;

– емоційної депривації, обумовленої частими розлуки з матір'ю або розлученням батьків;

– психічними травмами в зв'язку з постійним лікуванням;

– сенсорної депривації, викликаної порушеннями слуху, зору [26, с. 55].

Спостереження за дітьми з дизартрією в процесі спілкування показують, що обмежені можливості мовленнєвої комунікації супроводжуються зниженням мотиваційно-потребової сфери спілкування, труднощами реалізації мовних засобів, невиразністю міміки обличчя і рухів рук.

Психолого-педагогічне обстеження таких дітей виявляє порушення у них пізнавальної діяльності, а також недостатність окремих видів гнозису і праксису, що проявляється дисграфією і дислексією. Ця психологічна характеристика поєднується з порушенням взаєморозуміння з оточуючими, труднощами навчання, слабкою успішністю, низькою самооцінкою. Нерідко ці порушення поведінки поєднуються з відсутністю відхилень від норми в інтелектуальному розвитку.

Нерідко у дітей з дизартрією елементи соціально-комунікативної компетентності порушені, оскільки виникають труднощі з адаптацією в соціумі та їх мовленнєвий та психічний розвиток не відповідає віковій нормі. Соціальна компетентність дитини – відкритість до світу людей як потреба особистості, навички соціальної поведінки, готовність до сприймання соціальної інформації, бажання пізнавати людей, робити добрі вчинки.

Псевдобульбарна дизартрія – це неврологічний мовний розлад, який виникає внаслідок ураження верхніх рухових шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер черепних нервів стовбура головного мозку. На відміну від бульбарної дизартрії, при якій уражаються самі ядра черепних нервів, псевдобульбарна дизартрія характеризується спастичним парезом м'язів мовлення та артикуляції. Це означає, що м'язи стають напруженими, скованими, неслухняними, що негативно впливає на чіткість та координацію мовних рухів [37, с. 254].

Розглянемо основні симптоми псевдобульбарної дизартрії:

1. Порушення артикуляції:

– нечітка вимова звуків, тобто розмиті, спотворені звуки, заміни звуків подібними за артикуляцією;

– складні звукові сполучення, тобто труднощі з вимовою складів, особливо зі складами, що містять приголосні злиття;

– повільний темп мовлення, млява, протяжна мова, з паузами між словами та складами;

– сповільнена реакція на мовні стимули, дитина довго реагує на запитання, прохання.

2. Спастичність м’язів обличчя та язика:

– мімічна млявість, обличчя емоційно бідне, маскоподібне;

– викривлення рота, рот відкритий, куточки рота опущені;

– висунення язика, тобто язик висунутий з рота, не може триматися за верхніми зубами;

– гіперсалівація, рясне слиновиділення, яке дитина не може ковтати.

3. Порушення голосу:

– слабкість голосу, тихий, хрипкий голос;

– назальний відтінок, тобто голос гугнявий, через те, що повітря проходить через ніс;

– монотонність, мова не емоційна, без інтонацій.

4. Дихальні розлади:

– мовлення супроводжується задишкою, не вистачає повітря для вимови фраз;

– поперхування, раптові зупинки дихання під час мовлення;

– неритмічне дихання, тобто дихання нерівномірне, з глибокими вдихами та короткими видихами [18; 41].

Важливо зазначити, що вираженість симптомів псевдобульбарної дизартрії може варіюватися в залежності від локалізації та тяжкості ураження головного мозку. У деяких дітей можуть спостерігатися й інші симптоми, такі як порушення ковтання, хиткість ходи, м'язова слабкість.

Псевдобульбарна дизартрія у дітей молодшого шкільного віку (6-10 років) виникає внаслідок ураження верхніх рухових шляхів головного мозку, які відповідають за контроль над м'язами артикуляції.

Найпоширеніші причини псевдобульбарної дизартрії у цій віковій групі:

– порушення кровообігу в головному мозку, що призводить до пошкодження нервових клітин;

– удари, пошкодження голови, які можуть призвести до забиття, крововиливу або стиснення головного мозку;

– інфекційні захворювання такі, як енцефаліти, менінгіти, які уражають оболонки головного та спинного мозку;

– дегенеративні захворювання: бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз, які поступово руйнують нервові клітини;

– пухлини головного мозку, тобто новоутворення, що тиснуь на рухові шляхи головного мозку;

– вроджені вади розвитку, тобто аномалії розвитку головного мозку, які можуть впливати на рухові шляхи [7; 30].

Слід підкреслити, що у деяких випадках причину псевдобульбарної дизартрії встановити неможливо. Іноді псевдобульбарна дизартрія може виникати як супутнє захворювання при інших неврологічних розладах, наприклад, при дитячому церебральному паралічі.

Факторами ризику виникнення псевдобульбарної дизартрії є:

– недоношеність, тобто діти, які народилися раніше строку, мають вищий ризик розвитку псевдобульбарної дизартрії;

– низька вага при народженні;

– кисневе голодування плода, тобто гіпоксія під час вагітності або пологів може призвести до пошкодження головного мозку;

– інфекції під час вагітності, наприклад, краснуха, можуть впливати на розвиток плода [24, с. 421].

Логокорекційна робота з дітьми молодшого шкільного віку, які мають псевдобульбарну дизартрію, має свої особливості, обумовлені специфікою цього мовного розладу.

Основні принципи логокорекційної роботи:

– комплексний підхід, тобто логопедична робота повинна проводитися в комплексі з медичною реабілітацією (за потребою) та психолого-педагогічною допомогою;

– індивідуальний підхід, тобто логопедичні заняття повинні бути розроблені з урахуванням індивідуальних особливостей дитини, її віку, ступеня тяжкості мовного розладу, супутніх захворювань;

– систематичність та послідовність, тобто логопедичні заняття повинні проводитися регулярно, щодня або 2-3 рази на тиждень, залежно від рекомендацій логопеда;

– етапність, тобто логокорекційна робота поділяється на етапи, кожен з яких має свої цілі та завдання;

– доступність та наочність, тобто логопед використовує різні дидактичні матеріали, ігри, вправи, щоб зробити заняття цікавими та доступними для дитини;

– позитивний емоційний фон, тобто на заняттях створюється атмосфера доброзичливості, підтримки та заохочення дитини [42, с. 58].

Основні напрямки логокорекційної роботи:

– розвиток артикуляційної моторики, тобто вправи на розслаблення та зміцнення м’язів обличчя, язика, губ;

– постановка звуків, тобто навчання правильної артикуляції звуків мовлення;

– розвиток фонематичного слуху, тобто вправи для розрізнення звуків мовлення;

– вдосконалення просодики, тобто робота над темпом, ритмом, інтонацією мовлення;

– розвиток мовлення, розширення словникового запасу, формування граматичних навичок, зв’язного мовлення;

– робота над диханням, вправи для нормалізації мовленнєвого дихання;

– розвиток міміки, вправи для тренування м’язів обличчя [27, с. 84].

Таким чином, логокорекційна робота з дітьми, які мають псевдобульбарну дизартрію, потребує багато часу та зусиль. Батькам слід активно співпрацювати з логопедом, виконувати його рекомендації та створювати вдома сприятливе мовне середовище. Завдяки правильному логопедичному втручанню та постійній підтримці, діти з псевдобульбарною дизартрією можуть значно покращити своє мовлення та спілкуватися вільно й емоційно.

1.3 Комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією

Як уже зазначилось нами, сигматизм, або «шепелявість», – це порушення вимови шиплячих та свистячих звуків ([с], [з], [ц], [ш], [щ]), яке часто зустрічається у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією. Цей неврологічний розлад спричиняє м’язову слабкість та некоординацію, що впливає на артикуляцію мови. Сигматизм значно ускладнює спілкування дитини та впливає на її емоційний та соціальний розвиток [11, с. 56].

Комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією необхідний для досягнення максимального результату. Комплексний підхід спрямований допомогти дитині з

псевдобульбарною дизартрією покращити свою мову та спілкуватися більш ефективно. Цей підхід включає в себе співпрацю логопеда, невролога, ерготерапевта, психолога та батьків дитини.

Логопед відіграє ключову роль у діагностиці та лікуванні сигматизму. Він проводить обстеження мови дитини, розробляє індивідуальну програму логопедичної корекції та проводить заняття з дитиною. Невролог призначає медикаментозну терапію для покращення м'язової сили та координації дитини.

Ерготерапевт допомагає дитині розвинути дрібну моторику, що також важливо для правильної артикуляції. Психолог допомагає дитині впоратися з емоційними та соціальними проблемами, які можуть виникнути внаслідок сигматизму. Батьки повинні активно брати участь у програмі корекції дитини та виконувати вдома вправи, які рекомендує логопед [38, с. 18-19].

Логопед відіграє ключову роль у комплексному підході до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією. Він виконує такі функції:

1. Діагностика:

– проводить обстеження мови дитини, щоб визначити тип і ступінь тяжкості сигматизму;

– оцінює артикуляційні можливості дитини, включаючи силу, координацію та рухливість губ, язика та нижньої щелепи;

– визначає, чи є у дитини інші мовні порушення, такі як диспраксія або дислалія.

2. Розробка програми логопедичної корекції:

– створює індивідуальну програму логопедичної корекції, яка відповідає потребам дитини, яка включає вправи на дихання, артикуляційну гімнастику, постановку звуків, розвиток мовленнєвого слуху та зв'язного мовлення;

– підбирає вправи з урахуванням віку дитини, рівня її розвитку та

мовних можливостей.

3. Проведення логопедичних занять:

– проводить індивідуальні та групові логопедичні заняття з дитиною, де начває правильно вимовляти звуки [с], [з], [ц], [ш], [щ], а також розвиває її мовленнєві навички;

– використовує різні методи та прийоми роботи з дітьми, такі як ігри, пісні, вірші та розповіді.

4. Співпраця з іншими фахівцями:

– співпрацює з неврологом, ерготерапевтом, ортодонтом, психологом та батьками дитини для досягнення максимального результату;

– ділиться з іншими фахівцями інформацією про мовні можливості дитини та рекомендаціями щодо корекційної роботи.

5. Консультування батьків:

– надає батькам інформацію про сигматизм та методи його корекції;

– навчає батьків вправам, які вони можуть виконувати з дитиною вдома;

– дає батькам рекомендації щодо створення мовленнєвого середовища, яке сприятиме розвитку мови дитини [15, с. 88-89].

Логопедична корекція сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією – це довгий і складний процес, який потребує співпраці логопеда, дитини та її батьків. За умови правильної та систематичної роботи логопеда дитина може значно покращити свою мову та спілкуватися більш ефективно.

Логопед використовує різні методи та прийоми роботи з дітьми, які мають сигматизм. Логопед проводить з дитиною вправи на зміцнення м’язів губ, язика та нижньої щелепи. Ці вправи допомагають покращити рухливість артикуляційних органів, що необхідно для правильної вимови звуків. Наприклад, «Хоботок» – витягнути губи вперед трубочкою, «Чашечка» – висунути язик і зробити з нього

чашечку, «Лопатка» – висунути язик і розплющити його, «Конячка» – цокати язиком по верхніх альвеолах, «Гойдалка» – гойдати язик вперед-назад.

Логопед навчає дитину правильно вимовляти звуки [с], [з], [ц], [ш], [щ]. Для цього він використовує різні методи, такі як:

– імітація – показує дитині, як правильно вимовляти звук, а дитина намагається його повторити;

– підстановка – замінює неправильно вимовлені звуки на правильні в словах і фразах;

– механічна допомога – використовує спеціальні інструменти, щоб допомогти дитині правильно розташувати артикуляційні органи.

Логопед навчає дитину розрізняти звуки [с], [з], [ц], [ш], [щ] на слух. Для цього він використовує різні ігри та вправи, наприклад: «Що звучить?» - логопед пропонує дитині послухати звуки [с], [з], [ц], [ш], [щ] і визначити, який звук вона чує. «Відгадай слово» - логопед вимовляє слово, в якому є звук [с], [з], [ц], [ш], [щ], а дитина повинна його відгадати. «Лото» – логопед розкладає картинки на столі, а дитина повинна підібрати до них картинки, в яких є звук [с], [з], [ц], [ш], [щ].

Логопед навчає дитину використовувати звуки [с], [з], [ц], [ш], [щ] у мовленні. Для цього він пропонує дитині читати вірші, розповіді, переказувати тексти, відповідати на питання. Логопед також може використовувати рольові ігри, щоб допомогти дитині практикувати використання звуків у повсякденному спілкуванні [22, с. 157].

Невролог також відіграє важливу роль у комплексному підході до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією. Він виконує такі функції:

– проводить обстеження нервової системи дитини, щоб визначити причину псевдобульбарної дизартрії;

– оцінює м’язову силу, тонус та координацію дитини;

– визначає, чи є у дитини інші неврологічні порушення;

– призначає медикаментозну терапію, яка допоможе покращити м’язову силу та координацію дитини. Медикаменти включають в себе міорелаксанти, стимулятори м’язової активності та інші препарати. Невролог підбирає медикаментозну терапію індивідуально для кожної дитини, з урахуванням її віку, ваги, стану здоров’я та інших факторів;

– регулярно оглядає дитину, щоб оцінити ефективність медикаментозної терапії та при необхідності її скоригувати;

– дає рекомендації щодо реабілітаційних заходів, які допоможуть дитині покращити мову та рухи;

– співпрацює з логопедом, ерготерапевтом, ортодонтом, психологом та батьками дитини для досягнення максимального результату;

– невролог ділиться з іншими фахівцями інформацією про стан нервової системи дитини та рекомендації щодо медикаментозної терапії [36, с. 182].

Слід зазначити, що медикаментозна терапія – це лише один із компонентів комплексного підходу до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією. Для досягнення максимального результату необхідна також логопедична корекція, ерготерапія та психологічна допомога.

Ерготерапевт теж відіграє важливу роль у комплексному підході до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією, адже він:

– проводить обстеження дрібної моторики дитини, щоб визначити рівень її розвитку та наявність порушень;

– оцінює координацію рухів рук, силу та тонус м’язів кистей і пальців;

– визначає, чи є у дитини інші проблеми з дрібною моторикою, такі як диспраксія;

– створює індивідуальну програму ерготерапії, яка відповідає потребам дитини, яка включає вправи на розвиток координації рухів рук, сили та тонусу

м’язів кистей і пальців;

– проводить індивідуальні ерготерапевтичні заняття з дитиною, на яких навчає дитину виконувати різні дії, такі як ліплення з пластиліну, малювання, вирізування з паперу, збирання мозаїки, гра в настільні ігри. Ці дії допомагають дитині розвинути дрібну моторику, яка необхідна для правильної артикуляції [17, с. 48].

Роль ортодонта у подоланні сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією є надзвичайно важливою і взаємопов’язаною з роботою логопеда. Сигматизм, як порушення звуковимови, часто супроводжується структурними змінами у ротовій порожнині, які можуть ускладнювати корекцію звуків. Ортодонт, оцінивши особливості прикусу, положення зубів та язика, може запропонувати необхідне ортодонтичне лікування. Це може бути як носіння спеціальних пластинок для корекції положення язика, так і більш складні ортодонтичні конструкції [28, с. 19].

Важливо розуміти, що ортодонтичне лікування є лише одним з етапів комплексної корекції мовлення. Його ефективність значно зростає при поєднанні з логопедичними заняттями. Спільна робота ортодонта і логопеда дозволяє досягти більш стійких результатів у корекції сигматизму у дітей з псевдобульбарною дизартрією, покращуючи не лише звуковимову, а й загальний стан артикуляційного апарату.

Псевдобульбарна дизартрія ускладнює процес корекції, оскільки порушення моторики пов’язані з ураженням центральної нервової системи. Ортодонт, враховуючи особливості цього захворювання, підбирає такі ортодонтичні конструкції, які не лише коректують прикус, але й сприяють розвитку необхідних рухів язика та губ. Важливою складовою успіху є регулярне спостереження за дитиною як ортодонтом, так і логопедом. Своєчасна корекція ортодонтичних проблем дозволяє створити оптимальні умови для формування правильної звуковимови.

У підсумку, роль ортодонта у подоланні сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією полягає у створенні оптимальних анатомічних умов для правильної звуковимови. Завдяки спільній роботі з логопедом вдається досягти значних успіхів у корекції мовлення, покращуючи якість життя дитини та її соціальну адаптацію.

Психолог проводить обстеження емоційного стану дитини, щоб визначити, чи є у неї тривога, депресія, знижена самооцінка або інші психологічні проблеми. При необхідності надає дитині психологічну допомогу, яка може включати в себе індивідуальні консультації, корекційно-розвиткові заняття, сімейну терапію. Психолог навчає батьків, як допомогти дитині впоратися з емоційними та соціальними проблемами, які можуть виникнути внаслідок сигматизму. Він співпрацює з логопедом, неврологом, ерготерапевтом та батьками дитини для досягнення максимального результату.

Сигматизм значно ускладнює спілкування дитини та впливає на її емоційний та соціальний розвиток. Психолог допомагає дитині подолати емоційні та соціальні проблеми, пов’язані з сигматизмом, підвищити самооцінку та впевненість у собі, розвинути навички спілкування та соціальної взаємодії, навчитися справлятися зі стресом і тривогою.

Батьки відіграють ключову роль у комплексному підході до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією. Їхня підтримка та співпраця з фахівцями значно покращують результати корекційної роботи.

Батьки повинні частіше розмовляти з дитиною, використовуючи правильну вимову звуків. Можна читати дитині книги, вірші, казки, розповідати їй історії. Важливо спілкуватися з дитиною спокійно, чітко та виразно. Слід уникати критики та виправлення помилок дитини, адже це може призвести до емоційного дискомфорту та зниження мотивації [25, с. 281].

Логопед навчає батьків вправам, які вони можуть виконувати з дитиною вдома. Ці вправи допоможуть дитині закріпити навички, отримані на заняттях з

логопедом. Батьки повинні регулярно виконувати вправи з дитиною, щоб досягти максимального результату.

Батьки повинні регулярно спілкуватися з логопедом, неврологом, ерготерапевтом, ортодонтом та психологом, щоб отримувати інформацію про стан дитини та рекомендації щодо корекційної роботи. Важливо, щоб батьки чітко розуміли цілі та завдання корекційної роботи та активно брали участь у ній.

Сигматизм ускладнює спілкування дитини та впливає на її емоційний стан. Батьки повинні бути уважними до емоцій дитини, підтримувати її та давати їй відчути свою любов і турботу. Важливо, щоб дитина відчувала себе впевненою та не боялася спілкуватися з іншими людьми.

Підтримка та співпраця батьків з фахівцями відіграють важливу роль у подоланні сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією. Завдяки спільним зусиллям можна значно покращити мову дитини та допомогти їй адаптуватися до життя з цим порушенням.

Таким чином, для подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією необхідний комплексний підхід, який включає в себе співпрацю логопеда, невролога, ерготерапевта, психолога та батьків дитини. Кожен з цих фахівців відіграє важливу роль у досягненні максимального результату.

Логопед проводить діагностику мовлення дитини, розробляє програму логопедичної корекції, проводить логопедичні заняття, навчає батьків вправам, які вони можуть виконувати з дитиною вдома. Невролог проводить діагностику нервової системи дитини, призначає за потреби медикаментозну терапію, спостерігає за динамікою стану дитини, співпрацює з іншими фахівцями. Роль ортодонта у подоланні сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією полягає у створенні оптимальних анатомічних умов для правильної звуковимови.

Ерготерапевт оцінює дрібну моторику дитини, розробляє програму

ерготерапії, проводить ерготерапевтичні заняття, навчає батьків вправам, які вони можуть виконувати з дитиною вдома, співпрацює з іншими фахівцями. Психолог оцінює емоційний стан дитини, при необхідності надає психологічну допомогу, працює з батьками, співпрацює з іншими фахівцями. Батьки створюють сприятливе мовленнєве середовище, виконують вправи з дитиною, співпрацюють з фахівцями, підтримують емоційний стан дитини.

Комплексний підхід до подолання сигматизму дозволяє досягти максимального результату в корекції мови дитини, покращити емоційний та соціальний стан дитини, навчити дитину правильно спілкуватися з іншими людьми, допомогти дитині адаптуватися до життя з сигматизмом.

Отже, успішність комплексного підходу залежить від співпраці всіх фахівців, які беруть участь у корекційній роботі. Батьки також відіграють важливу роль у цьому процесі, адже вони проводять з дитиною найбільше часу і можуть допомогти їй закріпити навички, отримані на заняттях з фахівцями. Завдяки комплексному підходу можна значно покращити мову дитини з псевдобульбарною дизартрією та допомогти їй жити повноцінним життям.

Молодший шкільний вік (від 6 до 10 років) – це період інтенсивного розвитку мови, мислення, пам’яті, уваги, емоційної сфери дитини. У цей час відбувається становлення особистості, формування цінностей, формування навичок навчальної діяльності.

Для молодших школярів характерні такі особливості:

- висока пізнавальна активність, діти прагнуть до нових знань, їм цікаво пізнавати світ, вони легко засвоюють нову інформацію;
- розвиток словесно-логічного мислення, діти вчаться мислити логічно, аналізувати, узагальнювати, робити висновки;
- формування навичок навчальної діяльності, діти вчаться планувати свою роботу, ставити цілі, дотримуватися правил, контролювати свою діяльність;
- розвиток емоційної сфери, діти стають більш емоційно стійкими, вчаться

регулювати свої емоції, виражати їх у прийнятній формі.

Псевдобульбарна дизартрія – це мовне порушення, яке виникає внаслідок ураження пірамідних шляхів головного мозку. Ці шляхи відповідають за контроль над рухами м'язів обличчя, язика, гортані.

Для псевдобульбарної дизартрії характерні такі симптоми:

- м'язова слабкість, м'язи обличчя, язика, гортані слабкі, в'ялі, малорухливі;
- спастичність, м'язи обличчя, язика, гортані можуть бути спастичними, напруженими, скутими;
- гіпомімія, міміка обличчя бідна, невиразна, емоції погано виражаються;
- порушення артикуляції, звуки мови вимовляються спотворено, нечітко, невиразно;
- порушення дихання, дихання поверхневе, прискорене, неритмічне;
- порушення голосу, голос тихий, слабкий, хриплий.

Логокорекційна робота з порушенням вимови шиплячих звуків у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією спрямована на:

- розвиток м'язової сили та рухливості артикуляційних органів, проводяться спеціальні вправи, які допомагають зміцнити м'язи обличчя, язика, гортані;
- зниження м'язової спастичності, використовуються масажні та релаксаційні техніки;
- нормалізацію дихання, проводяться вправи на розвиток діафрагмального та мовного дихання;
- розвиток артикуляції, логопед навчає дитину правильно вимовляти звуки [с], [з], [ш], [ж], [ч], [щ];
- вдосконалення міміки, проводяться вправи на розвиток мімічних м'язів;
- розвиток мови, логопед працює над розвитком словникового запасу, граматичної будови мови, зв'язного мовлення.

Логокорекційна робота з молодшими школярами, які мають псевдобульбарну дизартрію, повинна проводитися комплексно, з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини. Успішність логокорекційної роботи залежить від співпраці логопеда, ортодонта, психолога, батьків та інших фахівців, які беруть участь у реабілітації дитини.

РОЗДІЛ 2
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПОДОЛАННЯ ВИМОВИ ШИПЛЯЧИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЮ ДИЗАРТРІЄЮ

2.1 Мета, завдання і зміст експериментального дослідження

Псевдобульбарна дизартрія є одним з найпоширеніших видів мовленнєвих розладів у дітей. Цей розлад характеризується порушенням артикуляції, обумовленим слабкістю мімічних і мовних м’язів. Шиплячі звуки є одними з найскладніших для вимови у дітей з псевдобульбарною дизартрією. Їх формування потребує чіткої координації роботи язика, губ і піднебіння. Порушення цієї координації призводить до спотворення або відсутності цих звуків у мовленні дітей.

Вивчення особливостей вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією та розробка ефективних методів логопедичної корекції мають важливе значення для покращення їх мовленнєвого розвитку та соціальної адаптації.

Дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією проводилося в Запорізькому навчально-реабілітаційному центрі-інтернаті № 1. В експерименті брали участь 30 дітей (15 дівчаток та 15 хлопців), тривалість експерименту склала 2 місяці, протягом яких діти проходили курс логокорекції. Експериментальна група складалась з 15 дітей. Контрольна група також складалась з 15 дітей. Вік досліджуваних – від 6-7 років.

Мета експериментального дослідження:

– дослідити особливості вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією;

– визначити вплив різних методів логопедичної корекції на формування правильної вимови шиплячих звуків у дітей з цією патологією.

Завдання експериментального дослідження:

1. Провести комплексне обстеження стану мовлення дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією, з особливою увагою до вимови шиплячих звуків.

2. Розробити та експериментально апробувати методи логопедичної корекції вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією.

3. Оцінити ефективність різних методів логопедичної корекції вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією.

З метою вивчення особливостей вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією було організовано дане дослідження, яке проводиться в три етапи. Завдання підібрані із загальних (М. Лісіна) та спеціальних методик.

На І етапі проводиться спостереження за довільним спілкуванням дітей. В процесі спостереження увагу приділяють характеру спілкування, ініціативності, вмінню вступати в діалог, підтримувати та вести його, слухати співрозмовника, розуміти та чітко висловлювати свої думки. Результати спостереження заносяться до табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Критерії оцінки довільного спілкування дитини

Критерії оцінки довільного спілкування дитини	Оцінка в балах	Рівень мовленнєвої комунікації
Дитина активна в спілкуванні, вміє слухати та розуміє мову, спілкується згідно ситуації, легко знаходить контакт з дітьми та дорослими, ясно і послідовно висловлює свої думки, використовує форми мовленнєвого етикету	3	високий
Дитина слухає та розуміє мовлення, підтримує бесіду частіше з ініціативи інших, вміння використовувати форми мовленнєвого етикету нестійке	2	достатній

Продовження табл. 2.1

Дитина не активна та неговірка у спілкуванні з дітьми і педагогом, неуважна, рідко користується формами мовного етикету, не вміє послідовно виражати свої думки та чітко передавати їх зміст	1	середній
Дитина не спілкується з іншими, перевагу у грі надає маніпуляціям з предметами	0	низький

ІІ етап оцінки рівня сформованості мовленнєвої комунікації дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією передбачає організацію гри разом з дитиною в одній із штучно створених ситуацій. На другому етапі з'ясовувалися особливості мовленнєвого спілкування, навички ініціативності дітей з акцентом на вимову шиплячих звуків. Для цього були запропоновані такі завдання.

Завдання 1. Називання предметів

Мета: Перевірити, чи правильно дитина вимовляє шиплячі звуки при називанні предметів.

Хід проведення

Покласти перед дитиною 10 картинок з зображенням предметів, що містять шиплячі звуки (наприклад, «шапка», «чашка», «жук», «швець», «шина»). Попросити дитину по черзі назвати кожен предмет, чітко вимовляючи шиплячі звуки. Відзначити, скільки предметів дитина назвала правильно, а скільки – з помилками.

Оцінка:

10 правильних відповідей - високий рівень;

7-9 правильних відповідей - середній рівень;

0-6 правильних відповідей - низький рівень.

Завдання 2. Повторення фраз

Мета: Перевірити, чи може дитина правильно вимовити шиплячі звуки при повторенні фраз.

Хід проведення

Вимовити чітко та повільно 5 фраз, що містять шиплячі звуки (наприклад, «Шумлять очерети на річці», «Широкий шлях веде до села», «Жук сидить на гілці», «Швець шиє чоботи», «Шапка впала на землю»). Попросити дитину повторити ці фрази. Відзначити, скільки фраз дитина повторила правильно, а скільки – з помилками.

Оцінка:

5 правильних відповідей – високий рівень;

3-4 правильних відповідей – середній рівень;

0-2 правильних відповідей – низький рівень.

Завдання 3. Переказ тексту

Мета: Перевірити, чи може дитина правильно вимовити шиплячі звуки при переказі тексту.

Хід проведення

Прочитати дитині короткий текст, що містить шиплячі звуки (наприклад, «Жук жив на дереві. Він жував жуйку і жужжав. Раптом повз пробігла миша. Жук злякався і впав з дерева. Він лежав на землі і не знав, що робити. Миша зупинилася і запитала: «Чому ти лежиш на землі?». Жук відповів: «Я впав з дерева». Миша сказала: «Не бійся, я допоможу тобі піднятися». Миша підняла жука на дерево, і він знову почав жувати жуйку і жужжати»).

Попросити дитину переказати цей текст, використовуючи своїми словами. Відзначити, скільки шиплячих звуків дитина вимовила правильно, а скільки – з помилками.

Оцінка:

5-6 правильних звуків – високий рівень;

3-4 правильних звуків – середній рівень;

0-2 правильних звуків – низький рівень.

На ІІІ етапі з’ясовується провідний тип спілкування, тобто переваги, які

надає дитина у ситуаціях спілкування. Передбачає з'ясування провідного типу спілкування за методикою М. Лісіної.

За М. Лісіною саме позаситуативно-пізнавальне спілкування є провідним у молодшому шкільному віці, тобто відповідає віковій нормі. Перевага ж ситуативно-ділового спілкування свідчить про затримку формування комунікації, оскільки ця форма притаманна дітям від 6 місяців до 3 років. Ця методика дозволяє вивчити три форми спілкування: ситуативно-ділове, позаситуативно-пізнавальне, позаситуативно-особистісне розрахована на дітей молодшого шкільного віку [14].

Дослідження полягало у наступному. У кімнаті на столі розкладено іграшки та книжки, педагог запитує в дитини, щоб вона хотіла:

Ситуація 1. Погарти з іграшками – це ситуативно-ділове спілкування.

Ситуація 2. Почитати книжку – це позаситуативно-пізнавальне спілкування.

Ситуація 3. Поговорити – це позаситуативно-особистісне спілкування.

За вибором дитини педагог організовує діяльність, потім пропонує інші два види діяльності, які залишилися (дитина не обрала). Кожна ситуація триває не більше 15 хв.

Типи спілкування визначають за обранням однієї із трьох ситуацій:

1 ситуація – це ситуативно-ділове спілкування (дитина 2-3 рази обирає гру); 2 ситуація – це позаситуативно-пізнавальне спілкування (дитина 2-3 рази обирає читання книжок); 3 ситуація – це позаситуативно-особистісне спілкування (дитина 2-3 рази надає перевагу бесіді). Методика «Визначення форм спілкування» передбачає оцінювання в балах провідного виду спілкування (табл. 2.2.)

Таблиця 2.2 – Оцінка провідного виду спілкування дитини

Форма спілкування	Оцінка в балах
Позаситуативно-особистісна	3
Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної	2,5

Продовження табл. 2.2

Позаситуативно-пізнавальна	2
Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної	1
Ситуативно-ділова	0,5

Після виконання дитиною трьох завдань фахівець обчислював бали, та робив висновок про рівень сформованості мовленнєвої комунікації дитини молодшого шкільного віку за табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Рівень сформованості мовленнєвої комунікації дитини

Рівень сформованості мовленнєвої комунікації	Оцінка в балах
Високий	14-18
Достатній	11-13
Середній	6-10
Низький	0-5

Результати дослідження рівня сформованості комунікативних здібностей дозволять виявити його проблемні сторони і відповідно до цього конструювати індивідуальну програму комунікативного розвитку, тобто зробити навчання корекційним.

Першим етапом було проведено спостереження за довільним спілкуванням дітей, під час якого діти з менш вираженою формою псевдобульбарної дизартрії легко вступали в діалог, слухали співрозмовника, розуміли та висловлювали свої думки. Також були діти, які намагались підтримувати бесіду, хоча й виразити власну думку їм не завжди вдавалося; мовлення нечітке, змазане. Частина дітей пасивно проявила себе в процесі діалогу (не спілкувалися з іншими, в спільні ігри не грають, надають перевагу маніпуляціям з предметами).

За результатами нашого спостереження за довільним спілкуванням дітей встановлено, що в експериментальній групі дітей з високим рівнем розвитку налічується 6,7% (1 дитина), та в контрольній – 6,7% (1 дитина), достатній рівень

розвитку мають в експериментальній групі 20% (3 дитини), в контрольній – 26,7 % (4 дитини), із середнім рівнем розвитку виявлено дітей в експериментальній групі 66,6% (10 дітей), в контрольній 26,6% (4 дитини), із низьким рівнем розвитку в експериментальній групі є 6,7% (1 дитина), а в контрольній 40% (6 дітей). Результати кількісного аналізу подані у табл. 2.4.

Таблиця 2.4 – Результати діагностики довільного спілкування дітей з псевдобульбарною дизартрією

№	Список дітей	Група	Оцінка в балах	Рівень мовленнєвої комунікації
1	Микола Б.	контрольна	2	достатній
2	Ілля В.	експериментальна	1	середній
3	Марта Ж.	експериментальна	0	низький
4	Віталіна І.	експериментальна	1	середній
5	Карина К.	експериментальна	2	достатній
6	Максим К.	експериментальна	1	середній
7	Павло К.	контрольна	3	високий
8	Марія К.	експериментальна	1	середній
9	Софія Л.	експериментальна	1	середній
10	Михайло Л.	контрольна	2	достатній
11	Назарій М.	експериментальна	2	достатній
12	Ірина Н.	експериментальна	1	середній
13	Уляна Н.	експериментальна	1	середній
14	Юрій О.	контрольна	0	низький
15	Анна О.	контрольна	0	низький
16	Поліна П.	контрольна	2	достатній
17	Марта П.	контрольна	1	середній
18	Тетяна П.	експериментальна	1	середній
19	Соломія Р.	експериментальна	3	високий
20	Софія Р.	контрольна	0	низький
21	Анастасія Р.	експериментальна	2	достатній
22	Сергій С.	контрольна	0	низький
23	Дмитро Т.	контрольна	1	середній
24	Тарас Х.	контрольна	1	середній
25	Віталій Ц.	контрольна	0	низький
26	Олексій Ш.	експериментальна	1	середній
27	Василь Щ.	контрольна	2	достатній
28	Вікторія Я.	експериментальна	1	середній

Продовження табл. 2.4

29	Вікторія Я.	контрольна	1	середній
30	Ярослав Я.	контрольна	0	низький

Дані кількісного аналізу подані в діаграмі (рис. 2.1). Таким чином, більшість дітей мають середній рівень розвитку довільного спілкування. Це означає, що у дітей навички спілкування порушені за змістовою збідненістю, а також недостатньою структурованістю мовленнєвої продукції, що використовується у спілкування. Також дітям із середнім рівнем розвитку довільного спілкування не завжди вдається встановлювати відносини з однолітками, які пов'язані зі спільними інтересами, заняттями, почуттями.

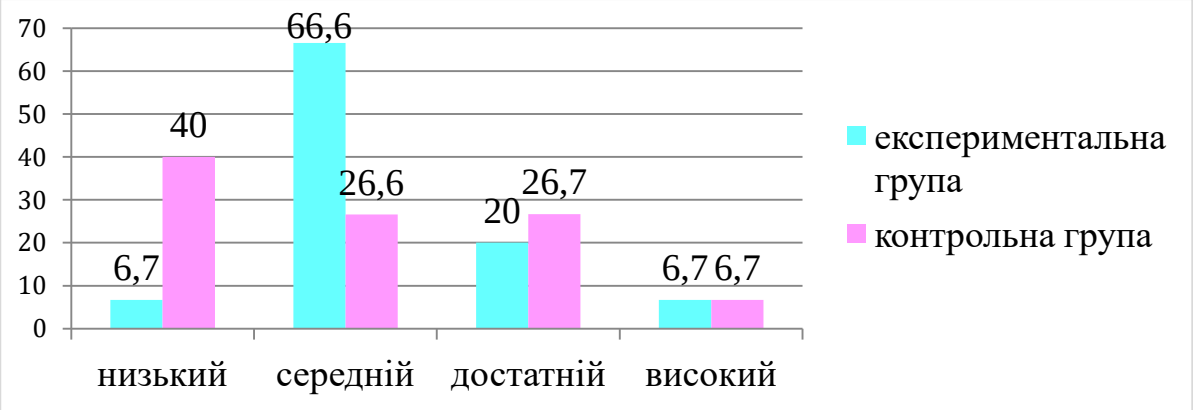


Рисунок 2.1 – Результати дослідження рівня довільного спілкування у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією

На другому етапі дослідження ми організовували гру разом з дитиною в одній із штучно створених ситуацій, для цього нами були запропоновані три завдання. Ми визначали рівні сформованості мовленнєвої комунікації дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією з акцентом на вимову шиплячих звуків.

Результати діагностики виконаних завдань наведено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5 – Результати діагностики виконаних завдань дітьми молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією

№	Список дітей	Група	Оцінка в балах	Рівень мовленнєвої комунікації
1	Микола Б.	контрольна	2	достатній
2	Ілля В.	експериментальна	1	середній
3	Марта Ж.	експериментальна	0	низький
4	Віталіна І.	експериментальна	1	середній
5	Карина К.	експериментальна	2	достатній
6	Максим К.	експериментальна	1	середній
7	Павло К.	контрольна	3	високий
8	Марія К.	експериментальна	1	середній
9	Софія Л.	експериментальна	1	середній
10	Михайло Л.	контрольна	2	достатній
11	Назарій М.	експериментальна	2	достатній
12	Ірина Н.	експериментальна	1	середній
13	Уляна Н.	експериментальна	1	середній
14	Юрій О.	контрольна	0	низький
15	Анна О.	контрольна	0	низький
16	Поліна П.	контрольна	2	достатній
17	Марта П.	контрольна	0	низький
18	Тетяна П.	експериментальна	1	середній
19	Соломія Р.	експериментальна	3	високий
20	Софія Р.	контрольна	0	низький
21	Анастасія Р.	експериментальна	2	достатній
22	Сергій С.	контрольна	0	низький
23	Дмитро Т.	контрольна	1	середній
24	Тарас Х.	контрольна	1	середній
25	Віталій Ц.	контрольна	0	низький
26	Олексій Ш.	експериментальна	1	середній
27	Василь Щ.	контрольна	1	середній
28	Вікторія Я.	експериментальна	1	середній
29	Вікторія Я.	контрольна	1	середній
30	Ярослав Я.	контрольна	0	низький

Аналіз результатів завдань показав, що в багатьох обстежуваних

експериментальної групи середній рівень вимови шиплячих звуків – 60% (9 дітей), високий рівень – 2 дитини (13,3%), низький рівень – 4 дитини (26,7%).

Результати контрольної групи такі: середній рівень вимови шиплячих звуків – 8 дітей (53,3%), високий рівень – 2 дитини (13,3%), низький рівень – 5 дітей (33,4%). Дані кількісного аналізу подані на рис. 2.2.

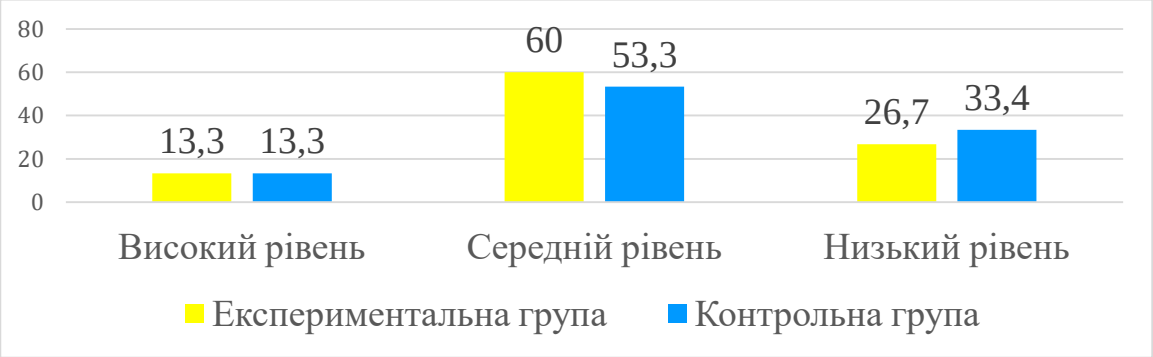


Рисунок 2.2 – Рівень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією до проведення логокорекційної роботи

Як бачимо із рис. 2.2., у контрольній та експериментальній групах дітей з високим рівнем вимови шиплячих звуків однаково (по 13,3%). У контрольній групі дітей з середнім рівнем вимови шиплячих звуків трохи менше (53,3% проти 60%). У контрольній групі дітей з низьким рівнем вимови шиплячих звуків трохи менше (26,7% проти 33,4%). Рівень вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією залежить від ступеня тяжкості мовленнєвого розладу. Діти з більш вираженими порушеннями артикуляції, як правило, мають нижчий рівень вимови.

Середній рівень. Діти в цілому вільно спілкуються, але роблять деякі помилки у вимові шиплячих звуків. Вони можуть з деякими труднощами називати предмети, повторювати фрази та переказувати тексти. Артикуляційна моторика розвинена недостатньо, спостерігаються деякі порушення координації роботи язика, губ і піднебіння. Потребують логопедичної допомоги для покращення

вимови шиплячих звуків.

Високий рівень. Діти вільно спілкуються, чітко та правильно вимовляють всі звуки мови, включаючи шиплячі. Вони без проблем називають предмети, повторюють фрази та переказують тексти. Артикуляційна моторика добре розвинена, координація роботи язика, губ і піднебіння не порушена. Не потребують логопедичної допомоги з вимови шиплячих звуків.

Низький рівень. Діти мають значні труднощі у спілкуванні, роблять багато помилок у вимові шиплячих звуків. Вони з працею називають предмети, повторюють фрази та переказують тексти. Артикуляційна моторика розвинена слабо, спостерігаються значні порушення координації роботи язика, губ і піднебіння. Потребують логопедичної допомоги для покращення вимови шиплячих звуків.

На третьому етапі дослідження ми з'ясовували, який тип спілкування є провідним у молодшому шкільному віці. На даному етапі експерименту більшість дітей обирали почитати книгу (залежно від віку). Наприклад, Павло К., обрав ситуацію: почитати книгу, улюбленій іграшці «слонику». Це може вказувати на те, що діти стараються виходити зі своєї зони комфорту, що в майбутньому може добре відображатись в житті. Адже більшість просто розглядали книги, журнали.

Аналіз результатів показав, що в експериментальній групі більшості дітям притаманна форма спілкування як позаситуативно-пізнавальна – 73,4% (11 дітей). Також було встановлено, що є діти, форма спілкування яких, відповідає віковій нормі – 13,3% (2 дитини), а також діти із затримкою формування комунікації – 13,3% (2 дитини).

Результати контрольної групи: з високим рівнем розвитку дітей не виявлено, 26,7% (4 дитини) − притаманна перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистісної форма спілкування, що відповідає достатньому рівню розвитку, також 40% (6 дітей) − притаманна позаситуативно-пізнавальна форма спілкування, а також є 5 дітей із ситуативно-діловою формою спілкування,

що відповідає низькому рівню розвитку і виражається у відсотковому відношенні як 33,3%. Результати кількісного аналізу подані у табл. 2.6.

Таблиця 2.6 – Результати діагностики за методикою М.І. Лісіної «Форми спілкування»

№	Список дітей	Група	Оцінка в балах	Форма спілкування
1	Микола Б.	контрольна	2,5	Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної
2	Ілля В.	експериментальна	1	Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної
3	Марта Ж.	експериментальна	0,5	Ситуативно-ділова
4	Віталіна І.	експериментальна	0,5	Ситуативно-ділова
5	Карина К.	експериментальна	2	Позаситуативно-пізнавальна
6	Максим К.	експериментальна	2	Позаситуативно-пізнавальна
7	Павло К.	контрольна	2,5	Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної
8	Марія К.	експериментальна	1	Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної
9	Софія Л.	експериментальна	1	Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної
10	Михайло Л.	контрольна	2	Позаситуативно-пізнавальна
11	Назарій М.	експериментальна	2,5	Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної
12	Ірина Н.	експериментальна	1	Позаситуативно-пізнавальна
13	Уляна Н.	експериментальна	2	Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної
14	Юрій О.	контрольна	0,5	Ситуативно-ділова

Продовження табл. 2.6

15	Анна О.	контрольна	0,5	Ситуативно-ділова
16	Поліна П.	контрольна	2	Перехідна від ситуативно-ділової до позаситуативно-пізнавальної
17	Марта П.	контрольна	1	Позаситуативно-пізнавальна
18	Тетяна П.	експериментальна	1	Позаситуативно-пізнавальна
19	Соломія Р.	експериментальна	2,5	Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної
20	Софія Р.	контрольна	2,5	Перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної
21	Анастасія Р.	експериментальна	1	Позаситуативно-пізнавальна
22	Сергій С.	контрольна	0,5	Ситуативно-ділова
23.	Дмитро Т.	контрольна	0,5	Ситуативно-ділова
24	Тарас Х.	контрольна	1	Позаситуативно-пізнавальна
25	Віталій Ц.	контрольна	0,5	Ситуативно-ділова
26	Олексій Ш.	експериментальна	1	Позаситуативно-пізнавальна
27	Василь Щ.	контрольна	1	Позаситуативно-пізнавальна
28	Вікторія Я.	експериментальна	1	Позаситуативно-пізнавальна
29	Вікторія Я.	контрольна	1	Позаситуативно-пізнавальна
30	Ярослав Я.	контрольна	1	Позаситуативно-пізнавальна

Дані кількісного аналізу подані на рис. 2.3.

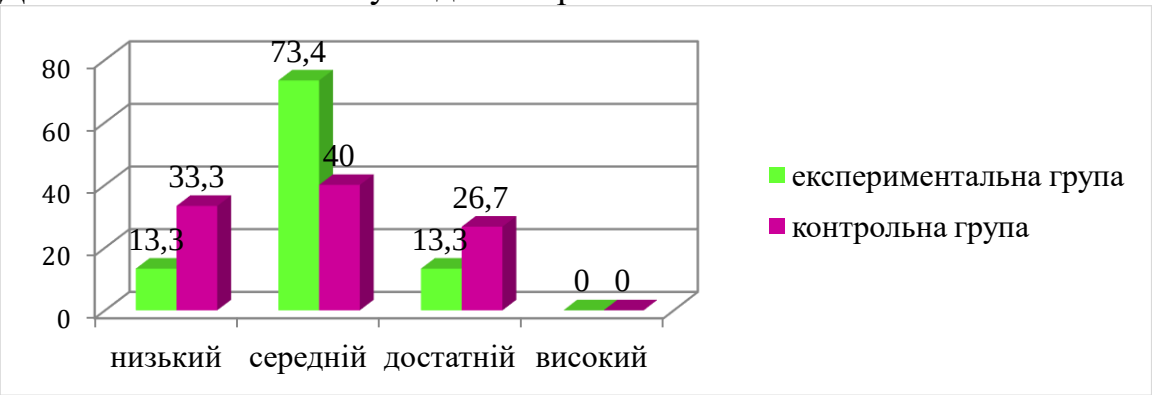


Рисунок 2.3 – Результати діагностики за методикою «Форми спілкування»

Таким чином, для більшості дітей характерною формою спілкування є позаситуативно-пізнавальна, яка виникає у молодшому шкільному віці, де провідним є пізнавальний мотив.

Отже, рівень розвитку спілкування є порушеним, оскільки у дітей молодшого шкільного віку провідною формою спілкування повинна бути позаситуативно-особистісна форма спілкування. Після того, як дитина виконала всі три завдання ми підрахували бали та зробили висновок про рівень сформованості мовленнєвої комунікації дітей. Кількісні дані подано у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Результати діагностики рівня сформованості мовленнєвої комунікації

№	Список дітей	Група	Оцінка в балах	Рівень сформованості мовленнєвої комунікації
1	Микола Б.	контрольна	10,5	достатній
2	Ілля В.	експериментальна	5	середній
3	Марта Ж.	експериментальна	0,5	низький
4	Віталіна І.	експериментальна	2,5	низький
5	Карина К.	експериментальна	6	середній
6	Максим К.	експериментальна	5	середній
7	Павло К.	контрольна	13,5	високий
8	Марія К.	експериментальна	5	середній
9	Софія Л.	експериментальна	5	середній
10	Михайло Л.	контрольна	10,5	достатній
11	Назарій М.	експериментальна	9,5	достатній
12	Ірина Н.	експериментальна	5	середній
13	Уляна Н.	експериментальна	5	середній
14	Юрій О.	контрольна	0,5	низький
15	Анна О.	контрольна	1,5	низький
16	Поліна П.	контрольна	11	достатній
17	Марта П.	контрольна	4,5	середній
18	Тетяна П.	експериментальна	5	середній
19	Соломія Р.	експериментальна	12	достатній
20	Софія Р.	контрольна	4,5	середній
21	Анастасія Р.	експериментальна	7	середній
22	Сергій С.	контрольна	2	низький

Продовження табл. 2.7

23	Дмитро Т.	контрольна	4,5	середній
24	Тарас Х.	контрольна	6	середній
25	Віталій Ц.	контрольна	1	низький
26	Олексій Ш.	експериментальна	5	середній
27	Василь Щ.	контрольна	8	середній
28	Вікторія Я.	експериментальна	5	середній
29	Вікторія Я.	контрольна	5	середній
30	Ярослав Я.	контрольна	3	низький

Аналіз даних рівня сформованості мовленнєвої комунікації дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією подано на рис. 2.4.

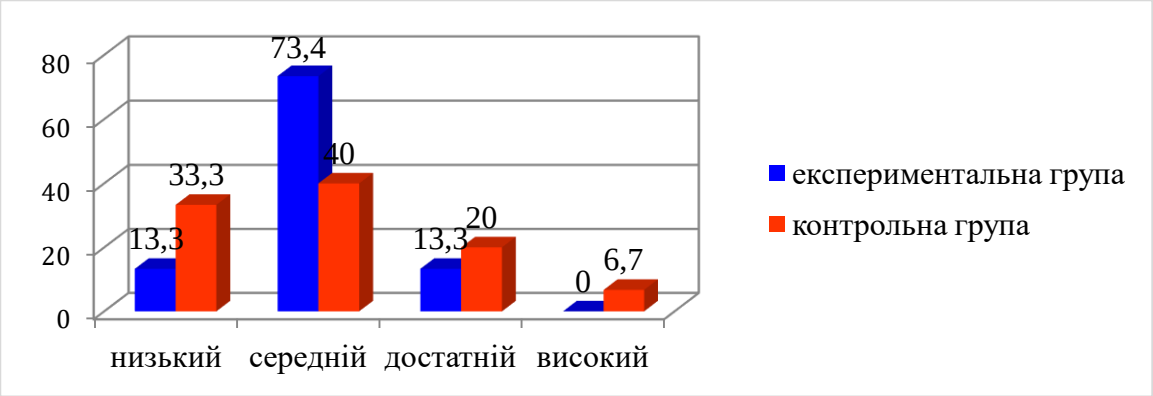


Рисунок 2.4 – Рівні сформованості мовленнєвої комунікації

Отже, на основі проведеного дослідження можна зазначити, що у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією відзначається різний рівень сформованості комунікативних здібностей, спостерігаються порушення комунікативної сфери. Лише в однієї дитини, в процесі дослідження, виявлено високий рівень розвитку комунікативної сфери, у більшості дітей рівень розвитку комунікативної сфери знаходиться на середньому рівні. Це означає, що діти молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією мають порушення у розвитку комунікативних здібностей, які проявляються порушеннями спілкування, взаємодії з дорослими та однолітками, форм спілкування (притаманна позаситуативно-пізнавальна форма спілкування) та відставанням у

розвитку від своїх однолітків які не мають порушень.

Також є діти у яких діагностовано низький рівень комунікативної сфери. Для таких дітей притаманні грубі порушення комунікативних здібностей, типів і форм спілкування. Ці діти ніяк не ідуть на контакт із дорослими та однолітками, самостійно не організовують та не виконують завдання. Ці діти потребують особливої уваги практичного психолога, логопеда, дефектолога, вихователів та батьків.

Таким чином, для розвитку вимови шиплячих звуків дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією необхідне проведення корекційно-розвивальних програм та форм роботи для подолання даного явища.

2.2 Основні напрями та етапи проведення логокорекційної роботи щодо подолання сигматизму у дітей означеної категорії

На констатувальному етапі нашого експерименту нами було проведено серію вправ з використанням засобів логокорекційної роботи, а також певні види ланок у роботі з мовленнєвою моторикою, за допомогою яких ми підвищували рівень вимови шиплячих звуків дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією.

Логокорекційна робота проводилась в експериментальній групі в Запорізькому навчально-реабілітаційному центрі-інтернаті № 1. Загальна кількість дітей з псевдобульбарною дизартрією становила 15 дітей, які і входили в експериментальну групу. Програма логокорекційної роботи наведена у Додатку А.

Мета логокорекційної роботи:

– покращити артикуляційну моторику та координацію роботи мовних органів у дітей з псевдобульбарною дизартрією;

– сформувати правильну вимову шиплячих звуків;

– автоматизувати правильну вимову шиплячих звуків у різних мовних ситуаціях;

– попередити вторинні мовленнєві розлади (наприклад, порушення фонематичного слуху, письма).

Завдання логокорекційної роботи:

1. Розвиток артикуляційної моторики. Артикуляційна гімнастика (вправи для зміцнення м'язів язика, губ, піднебіння). Постановка звука (вправи для постановки правильного положення язика, губ, піднебіння при вимові шиплячих звуків). Автоматизація звука (вправи на повторення шиплячих звуків у складах, словах, фразах, реченнях).

2. Розвиток фонематичного слуху. Розрізнення шиплячих звуків на слух. Розрізнення слів, що відрізняються лише шиплячими звуками.

3. Розвиток лексики та граматики. Збагачення словникового запасу словами з шиплячими звуками. Формування граматичних навичок з використанням слів з шиплячими звуками.

4. Розвиток зв'язного мовлення. Складання речень, фраз, розповідей з використанням слів з шиплячими звуками. Переказ текстів з шиплячими звуками.

5. Розвиток дрібної моторики. Пальчикова гімнастика. Графічні вправи.

Загальна тривалість корекційної роботи: 10 занять.

Тривалість окремого заняття: 30 хвилин.

Періодичність зустрічей: 2 рази на тиждень.

Кількісний склад групи: 15 дітей.

Методи логокорекційної роботи:

– ігрові методи: дидактичні ігри, логопедичні казки, інсценування;

– наочні методи: картинки, символи, схеми;

– практичні методи: артикуляційна гімнастика, постановка звука, автоматизація звука;

– словесні методи: пояснення, інструкції, похвала, заохочення.

Виходячи з того, що однією з основних причин порушення формування комунікативних навичок при псевдобульбарній дизартрії є обмеженість мовленнєворухових можливостей, що було експериментально підтверджено проведеним дослідженням, дуже велика увага приділялась роботі над мовленнєвою моторикою. Ця робота складалась з таких ланок: масаж, використання мимовільних рухів; пасивна гімнастика з поступовим переходом у пасивно-активну; активна гімнастика.

Гімнастика слугувала для розвитку іннервації мовної і лицьової мускулатури. Пасивною гімнастикою називається така форма гімнастики, коли дитина виробляє рух тільки за допомогою механічного впливу − під натисканням руки логопеда або відповідного зонда, шпателя. Активною гімнастикою називається система вправ для різних мовних органів, які проводяться за інструкцією логопеда, під його рахунок.

У процесі логокорекційної роботи, спрямованої на корекцію мовленнєвого дефекту, нами переслідувалися наступні цілі: розвиток вміння у дитини розслаблювати всі спастичні м’язи, досягнення повної амплітуди довільних рухів, утримання язика в певному положенні, розвиток сили м’язових скорочень, загальмування супутніх співдружніх рухів (синкинезій), досягнення швидкості, точності рухів, виконання складних комплексних рухів і легкість перемикання з одного артикуляційного устрою на інший.

Робота над диханням починалась з загальних дихальних вправ, мета яких − збільшити обсяг подиху і нормалізувати його ритм. Ми використовували такі прийоми постановки:

а) відпрацювання різних видів дихання: − вдих і видих носом, − вдих носом, а видих ротом і навпаки, − вдих і видих ротом;

б) проспівування голосних звуків на видиху, з кожним разом збільшуючи тривалість звучання.

У процесі відпрацювання мовного дихання велике значення мали й

спеціальні вправи-ігри: видування мильних бульбашок, задування свічок, здування зі столу дрібних пушинок і папірців і т.д. Ігри підбиралися диференційовано залежно від віку, характеру порушення дихання та інших параметрів. Робота над диханням, фонацією і артикуляцією проводилася в тісній єдності. Головним в роботі було вироблення і автоматизація навичок артикуляції, яка має свої особливості, зумовлені патогенезом псевдобульбарної дизартрії.

Наступною причиною порушення формування комунікативних навичок при псевдобульбарній дизартрії є порушення емоційно-вольової сфери та поведінки.

Робота з подолання недоліків в емоційно-вольовій сфері передбачала:

– формування здатності до вольових зусиль, довільної регуляції поведінки;

– подолання негативних якостей формуючого характеру, попередження та усунення афективних, негативістських проявів, відхилень у поведінці.

Даний розділ роботи передбачав вирішення завдань розвитку емоційного та ситуативно-ділового спілкування з дорослими, формування емоційних контактів з однолітками і складався з ряду етапів:

І етап включав наступні напрямки роботи:

1. встановити емоційний контакт з дитиною, спонукати до візуального контакту, формувати вміння слухати педагога, реагувати на звернення, виконувати просту інструкцію: «Підійди до мене», «Подивись на мене», «Покажи іграшку»;

2. створювати теплу емоційну атмосферу, викликати позитивне емоційне ставлення до ситуації перебування в дитячому садку, враховувати індивідуальні особливості дітей;

3. розвивати вміння звертати увагу і реагувати на міміку та жести дорослого, його інтонацію;

4. вчити виконувати вправи ЯКІ?, наслідуючи рухам дорослого;

5. формувати у дітей образ власного Я, вчити впізнавати себе в дзеркалі, вибирати своє відображення з двох (в парі з іншою дитиною);

6. викликати у дітей спільні емоційні переживання (радість, здивування) у

спільних іграх, забавах і музичних іграх;

7. вчити вітатися і прощатися з дорослими і дітьми групи.

II етап:

1. закріплювати бажання і готовність до спільної з дорослим діяльності. Рекомендуються спільні ігри і вправи з одним предметом (м'ячем, відерцем, кулькою);

2. вчити наслідувати виразним рухам і міміці дорослого, зображуючи ведмедика, зайчика, пташку і т.д.;

3. вправляти в наслідуванні мімічним рухам в ігрових ситуаціях: підняти брови, нахмурити їх, посміхнутися, наморщити ніс;

4. розуміти жести і виразні рухи (вказівний жест, кивок головою, похитування головою, що запрошує жест і т.п.), що поєднуються зі словесної інструкцією і без неї;

5. об'єднувати дітей у пари і вчити взаємодіяти в іграх з одним предметом (покотити один одному м'яч, машинку, насипати пісок у одне відерце).

III етап:

1. вчити спільній з дорослим діяльності під час індивідуальних занять, в іграх, у побуті;

2. спонукати до промови в ситуаціях спілкування, до звернення з проханням «дай», вказівкою «ось» і т.п.;

3. вчити імітувати елементарні артикуляційні руху: відкрити рот − позіхнути, витягнути губи − подути, показати язичок − «а-а-а»;

4. спонукати до імітації виразних рухів в іграх: лисиця крадеться, півник гордо крокує, зайчик стрибає;

5. вчити впізнавати себе, своїх близьких, педагогів на фотографіях;

6. організовувати «ігри поруч», спонукаючи дітей до взаємодії: передати іграшку, виконати спільні дії − побудувати башту, по черзі ставлячи кубики один на інший.

IV етап:

1. розширювати діапазон спільної з дорослим діяльності в іграх з елементами сюжету «Одягнемо ляльку», «Нагодуй звірят», «Побудуємо дім»;

2. використовувати елементарні драматизації в іграх з використанням фольклору (пісеньок, потішок), удосконалювати навички виразних рухів;

3. розвивати артикуляційний праксис в іграх на наслідування;

4. вчити впізнавати однолітків з групи на фотографіях, розглядаючи спільні фотографії: «Наші свята», «Ми гуляємо»;

5. об'єднувати дітей у процесуальних іграх і запроваджувати елементи сюжету: «укласти ляльок спати», «Побудуємо будинок» тощо;

6. вчити звертатися один до одного на ім'я, вітатися, прощатися, проявляти співчуття, симпатію.

Виходячи з того, що однією з найвагоміших причин порушення формування комунікативних здібностей при псевдобульбарній дизартрії є мовленнєвий негативізм внаслідок некоректної побудови спілкування і педагогічних помилок ми використовували низку методів і прийомів.

При спілкуванні дитини з дорослим для подолання мовленнєвого негативізму ми створювали ситуації, які стимулюють мовне спілкування дитини з оточуючими його дорослими:

По-перше, використовувалися альтернативні питання (замість «скажи», «повтори»), типу: «Яку іграшку тобі дати, зайчика чи ляльку?» у ході відповіді дитина обов'язково повинна використовувати мову. Така ситуація може бути створена штучно. Наприклад, при накриванні столу до обіду дитині не кладуть ложку. Ставиться запитання: «Що тобі дати − чашку або ложку?». При такому формулюванні питання створюється вербальна ситуація з елементами імітації. Дитина повинна почути підказку в питанні і повторити потрібне йому слово.

Необхідною умовою успішної роботи було використання у створених ситуаціях тільки того предметного словника, який вже освоєно дитиною в ході

попередньої роботи.

По-друге, мовне спілкування дорослого і дитини має бути виправданим на побутовому рівні. Тому наступний вид комунікативної ситуації − спілкування в ході виконання доручення. У дитини просять принести ту чи іншу іграшку, попередньо переставивши її зі звичного на недоступне для дитини місце, наприклад, на верхню полицю шафи. При цьому важливо передбачити, щоб дитина сама не могла дістати предмет і була змушена звернутися до дорослого. Дорослий в свою чергу стимулював звернення дитини: «Що ти хочеш взяти? Машину? Як треба попросити? − Дай машину ...» в якості заохочення дитина одержувала шукане. У цій ситуації використовуються елементи ехолалії.

Третій вид комунікативних ситуацій − опосередковане спілкування з іграшкою або з тваринами. У процесі гри типу «Доньки-матері», «В гостях у ляльки Каті» .і т.п або догляду за тваринами та птахами, які живуть в дитячому саду, заохочувати дитину до найпростіших висловлювань: «Попроси в ляльки чашку. Дай, Катю, чашку»; «Поклади ведмедика в ліжко. Заспіваймо йому пісеньку. Баю-бай, ведмедик, баю-бай», «Поговоримо з папугою. Гарна, пташка, хороша». Діти при цьому відтворювали не тільки окремі слова, але й фрази, наслідуючи дорослого інтонаційно.

У міру зростання словника і появи найпростішої фрази у дитини формувалась потреба в мовленнєвому спілкуванні. На цьому етапі важливо заохочувати бажання дитини говорити. Її треба уважно вислухати, похвалити, не прагнути виправити відразу ж всі помилки.

Однією з форм стимуляції потреби в мовному спілкуванні є похвала як позитивне підкріплення досягнень дитини. Дуже корисно розповідати про досягнення дитини в її присутності іншим педагогам, її батькам. Якщо у дитини відзначається стрибок її мовної активності, можна спробувати продемонструвати її досягнення, спонукаючи до вислову: «Послухайте, як ми співали пісеньку для ведмедика. Баю-бай, ведмедик, баю-бай. Як Діма співав пісеньку...». Слова

«скажи» і «повтори» як і раніше залишалися забороненими. Якщо ж дитина така за характером, то потрібно публічно похвалити її, а ось демонстрацію досягнень можна відкласти на більш пізній період роботи, коли вона сама почне проявляти активність у спілкуванні.

Людина розуміється як синтез кращих і найбільш важливих якостей її характеру. Способи спілкування припускають вміння стати на позицію дитини, врахувати її точку зору і не ігнорувати її почуття і емоції. При цьому заохочуються не тільки успіхи, дисциплінованість дошкільників на заняттях, але і доброзичливе ставлення дітей один до одного, турбота, допомога. Тактикою спілкування є співробітництво. У ситуації співробітництва долається можливий егоцентризм та індивідуалізм дітей.

На контрольному етапі нашого експерименту ми досліджували рівень вимови шиплячих звуків дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією експериментальної групи після проведення логокорекційної роботи.

Та для порівняння ми дослідили рівень вимови шиплячих звуків дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією контрольної групи. Для цього ми використали ті самі методики, що на формувальному етапі нашого експерименту.

В експериментальній групі 20% дітей належать до високого рівня розвитку довільного спілкування (3 дітей), 46,7% дітей – з достатнім рівнем розвитку (7 дітей), 33,3% (5 дітей) − належать до середнього рівня розвитку, а до низького рівня не належить жодна дитина.

Результати контрольної групи становили, що 6,7% дітей належать до високого рівня розвитку довільного спілкування (1 дитина), також 53,3% (8 дітей) – середній рівень розвитку, а 30% (6 дітей) – достатній рівень. Результати наведено у табл. 2.8.

Таблиця 2.8 – Показники рівня розвитку довільного спілкування у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією на контрольному етапі експерименту

Середні показники за всіма методиками	Низький рівень	Середній рівень	Достатній рівень	Високий рівень
Експериментальна група	_	33,3%	46,7%	20%
Контрольна група	10%	53,3%	30%	6,7%

Спостерігаючи за виконанням дітьми цього завдання, ми побачили що в експериментальній групі не було таких дітей, які б не могли швидко включитися у роботу. Тому до низького рівня розвитку мовленнєвої комунікації ми не віднесли жодної дитини. На середньому рівні знаходяться 6 дітей, що складає 40%, на достатньому – 46,7% (7 дітей), а до високого рівня розвитку ми віднесли 13,3% дітей (2 дитини). Результати контрольної групи показали, що 6,7% дітей належать до високого рівня розвитку мовленнєвої комунікації (1 дитина), також 53,3% дітей (8 дітей) – середній рівень розвитку, а 40% (6 дітей) – достатній рівень.

В експериментальній групі 20% дітей (3 дитини) притаманна позаситуативно-особистісна форма спілкування, що належить до високого рівня розвитку, 53,3% (8 дітей) − перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної, що належить до достатнього рівня розвитку, 26,7% (4 дитини) – позаситуативно-пізнавальна – середній рівень розвитку, а з низьким рівнем розвитку і провідною формою спілкування як ситуативно-ділова не виявлено жодної дитини.

В контрольній групі до таких рівнів розвитку як достатній (перехідна від позаситуативно-пізнавальної до позаситуативно-особистіної форма спілкування) належить 20% (3 дитини), середній рівень розвитку (позаситуативно-пізнавальна форма спілкування) належить 53,3% (8 дітей), до низького рівня розвитку (ситуативно-ділова форма спілкування) належить 20% (3 дитини), а з високим

рівнем розвитку виявлено 1 дитину, що становить 6,7% і провідною формою спілкування є позаситуативно-особистісна.

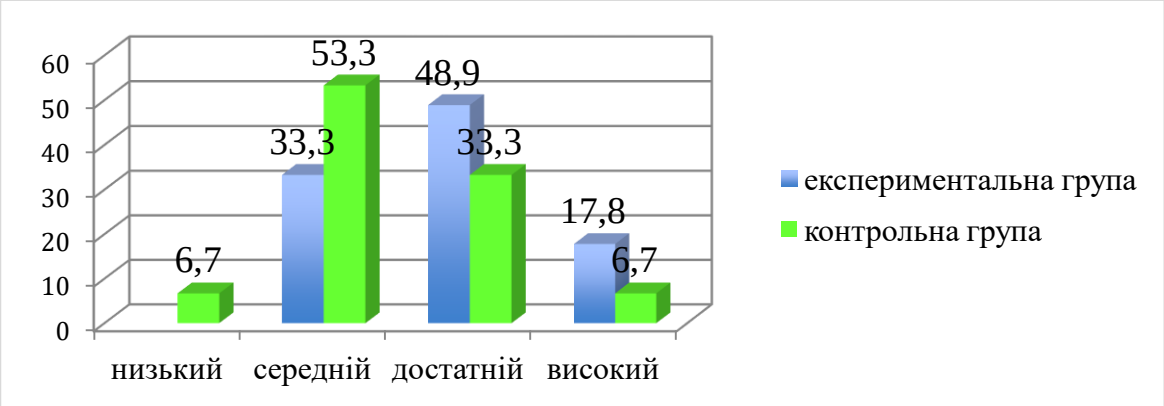


Рисунок 2.5 – Розподіл дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією за рівнями сформованості комунікативних здібностей (контрольний етап)

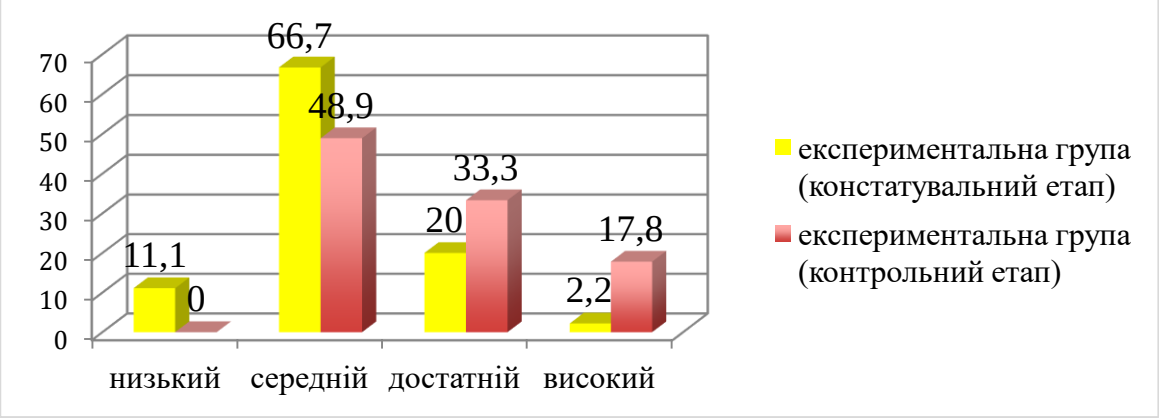


Рисунок 2.6 – Порівняння рівнів сформованості комунікативних здібностей у дітей з псевдобульбарною дизартрією експериментальної групи на констатувальному та контрольному етапі

Таким чином, дослідження показало, що показники сформованості комунікативних здібностей дітей з псевдобульбарною дизартрією в експериментальній групі значно підвищились, оскільки дітей із низьким рівнем розвитку не було виявлено, тоді як на констатувальному етапі їх було 11,1%. Також збільшилась кількість дітей які мають високий рівень формування

комунікативних здібностей, на констатувальному етапі їх було 2,2%, тоді як на контрольному їх вже 17,8%.

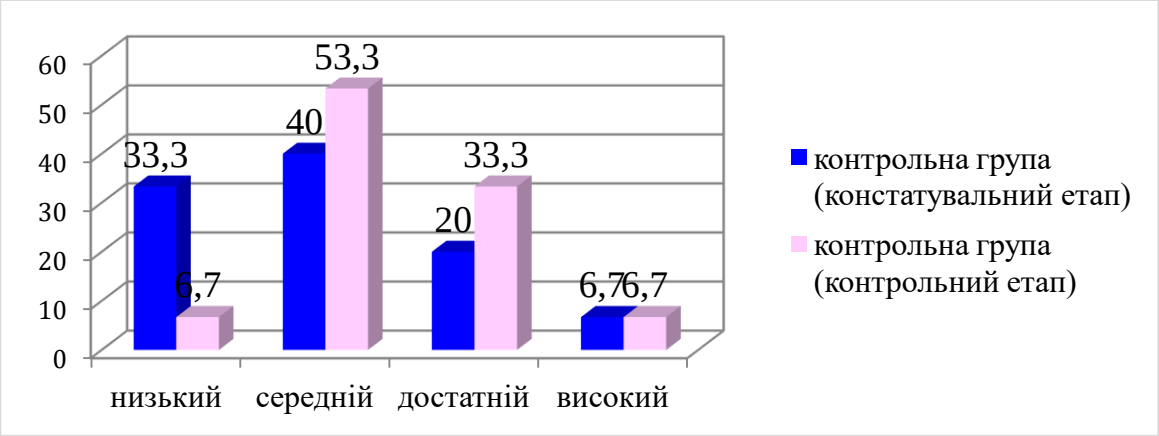


Рисунок 2.7 – Порівняння сформованості комунікативних здібностей дітей контрольної групи на констатувальному та контрольному етапі

Таким чином, дослідження показало, що показники сформованості комунікативних здібностей дітей з псевдобульбарною дизартрією в експериментальній групі значно підвищились, оскільки дітей із низьким рівнем розвитку не було виявлено, тоді як на констатувальному етапі їх було 11,1%. Також збільшилась кількість дітей які мають високий рівень формування комунікативних здібностей, на констатувальному етапі їх було 2,2%, тоді як на контрольному їх вже 17,8%.

Проведена робота в експериментальній групі змінила показники рівня формування комунікативних здібностей на краще, адже діти почали прогресувати у своїх вміннях. Також діти, які на констатувальному етапі мали низький рівень формування комунікативних здібностей, підвищили свої уміння, які тепер відповідають середньому рівню розвитку.

Показники контрольної групи також змінились. Дітей, які мають низький рівень розвитку, виявлено 6,7%, що порівняно з констатувальним етапом, на 26,6% підвищився рівень формування комунікативних здібностей до середнього

на контрольному етапі. Діти, які мали середній рівень розвитку, також підвищили свої уміння до достатнього рівня, що тепер у відсотковому відношенні відповідає 33,3%.

Аналіз результатів дослідження після проведення логокорекційної роботи показав, що в обстежуваних експериментальної групи середній рівень вимови шиплячих звуків зменшився – 33,4% (5 дітей), високий рівень збільшився – 7 дитини (46,6%), низький рівень зменшився – 3 дитини (20%).

Результати контрольної групи до проведення логокорекційної роботи були такі: середній рівень вимови шиплячих звуків – 8 дітей (53,3%), високий рівень – 2 дитини (13,3%), низький рівень – 5 дітей (33,4%). Дані кількісного аналізу подані на рис. 2.8.

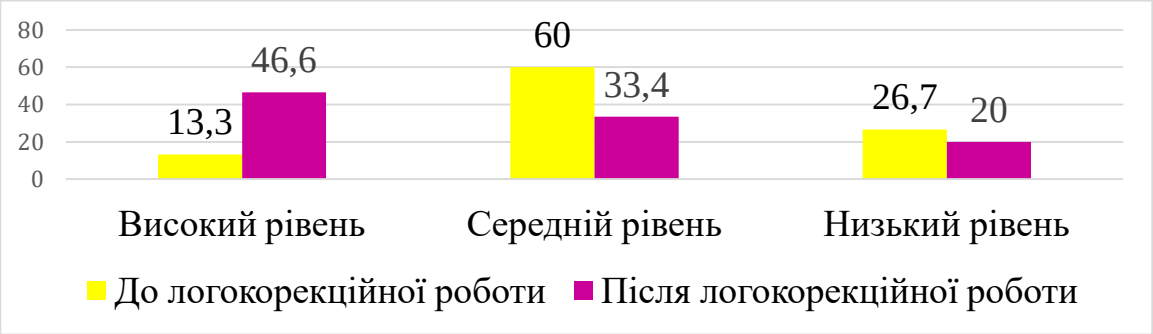


Рисунок 2.8 – Рівень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією в експериментальній групі після проведення логокорекційної роботи

Як бачимо із рис. 2.8., в експериментальній групі середній рівень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією зменшився з 60% до 33,4%, високий рівень – збільшився з 13,3% до 46,6%, низький рівень – зменшився з 26,7% до 20%.

Зменшення кількості дітей з середнім рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла багатьом дітям покращити свою вимову. Збільшення кількості дітей з високим рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла деяким дітям досягти

найвищого рівня вимови. Зменшення кількості дітей з низьким рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла більшості дітей з низьким рівнем вимови покращити свої результати. Відсутність змін у результатах контрольної групи свідчить про те, що покращення в експериментальній групі не пов'язані з якимись іншими факторами, крім логокорекційної роботи.

Отже, проведені логокорекційні заходи з дітьми молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією, спрямовані на покращення вимови шиплячих звуків, виявились ефективними.

2.3 Практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією

Псевдобульбарна дизартрія – це мовне порушення, яке виникає внаслідок ураження нервових шляхів, що контролюють рухи м'язів обличчя, язика та гортані. Це призводить до низки проблем з мовленням, включаючи порушення вимови звуків, м'якість голосу та утруднене дихання.

У дітей із псевдобульбарною дизартрією часто виникають труднощі з вимовою шиплячих звуків, таких як «с», «з», «ц» і «ч». Це пов'язано з тим, що ці звуки вимагають точної координації рухів язика, губ і піднебіння. Діти з псевдобульбарною дизартрією замінюють ці звуки іншими, більш простими для вимови, або випускати їх зовсім.

Порушення вимови шиплячих звуків має значний вплив на життя дитини. Це ускладнює їй спілкування з однолітками та дорослими, а також призводить до проблем з навчанням у закладі освіти.

Існує ряд логопедичних методів, які можуть допомогти дітям із

псевдобульбарною дизартрією навчитися правильно вимовляти шиплячі звуки. Ці методи зазвичай включають вправи з розвитку артикуляційної моторики, дихання та голосу. Важливо, щоб логопед розробив індивідуальну програму лікування для кожної дитини, враховуючи ступінь тяжкості її мовного розладу.

Тож надамо практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією.

1. Розвиток артикуляційної моторики:

– вправи на розтягування та зміцнення м’язів обличчя, язика та гортані (висунення язика, надування щік, вібрацію губ і ковтання);

– вправи на координацію рухів язика, губ і піднебіння (повторення складів («са-са-са», «за-за-за») та слів («собака», «заєць»));

– використання артикуляційних зондів та інших логопедичних інструментів, які допоможуть дитині краще відчути положення язика та губ під час вимови звуків.

2. Розвиток дихання:

– вправи на діафрагмальне дихання, що допоможе дитині дихати глибше та контрольованішим способом;

– вправи на координацію дихання та мовлення, що допоможе дитині правильно використовувати дихання під час вимови звуків.

3. Розвиток голосу:

– вправи на розігрівання голосу, що допоможе дитині розслабити голосові зв’язки та покращити їх гнучкість;

– вправи на модуляцію голосу, що допоможе дитині контролювати силу та висоту голосу.

4. Робота над вимовою шиплячих звуків:

– спочатку допомогти дитині правильно вимовити шиплячі звуки окремо;

– коли дитина зможе вимовляти шиплячі звуки окремо, допомогти їй

вимовити їх у складах;

– коли дитина зможе вимовляти шиплячі звуки у складах, допомогти їй вимовити їх у словах;

– коли дитина зможе вимовляти шиплячі звуки у словах, допомогти їй вимовити їх у фразах та реченнях.

5. Заохочувати та підтримувати дитину:

– важливо, щоб дитина відчувала себе підтриманою та заохоченою, слід хвалити її за будь-який прогрес, який вона робить, і не засмучуватися, якщо вона робить помилки;

– створити веселу та позитивну атмосферу під час логопедичних занять, що допоможе дитині бути більш мотивованою та бажати практикуватися.

Слід пам’ятати, що подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією потребує часу та зусиль. Однак за допомогою кваліфікованої логопедичної допомоги та підтримки з боку батьків та вчителів більшість дітей можуть навчитися правильно вимовляти ці звуки.

Псевдобульбарна дизартрія – це мовний розлад, який призводить до порушення вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку. Для визначення рівня вимови шиплячих звуків у дітей із псевдобульбарною дизартрією та оцінки ефективності логокорекційної роботи нами було проведено експериментальне дослідження.

Дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією проводилося в Запорізькому навчально-реабілітаційному центрі-інтернаті №1. В експерименті брали участь 30 дітей (15 дівчаток та 15 хлопців), тривалість експерименту склала 2 місяці, протягом яких діти проходили курс реабілітації. Експериментальна група складалась з 15 дітей. Контрольна група також складалась з 15 дітей. Вік досліджуваних – від 6-7 років.

На початковому етапі дослідження у всіх дітей було оцінено рівень вимови шиплячих звуків. Оцінка проводилась за допомогою логопедичного обстеження,

яке включало в себе тести на вимову ізольованих звуків, складів, слів та фраз.

Після проведення початкового обстеження з дітьми експериментальної групи протягом 2 місяців проводилась логокорекційна робота. Логокорекційна програма включала в себе вправи на розвиток артикуляційної моторики, дихання та голосу, а також роботу над вимовою шиплячих звуків. Після завершення логокорекційної роботи рівень вимови шиплячих звуків у дітей обох груп був оцінений повторно.

Результати дослідження показали, що рівень вимови шиплячих звуків у дітей експериментальної групи після проведення логокорекційної роботи значно покращився. У той же час, у дітей контрольної групи, які не отримували логокорекційної допомоги, рівень вимови шиплячих звуків не змінився. Проведене дослідження показало, що логокорекційна робота є ефективним методом для покращення вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією.

На основі результатів дослідження нами були розроблені практичні рекомендації щодо логокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією. Ці рекомендації включають в себе:

– використання комплексного підходу до логокорекційної роботи, який включає в себе вправи на розвиток артикуляційної моторики, дихання та голосу, а також роботу над вимовою шиплячих звуків;

– індивідуалізацію логокорекційної програми з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини;

– систематичний контроль за ефективністю логокорекційної роботи та внесення необхідних коректив у програму.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та проблеми вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією, що знайшло відображення в теоретичному обґрунтуванні змісту цього процесу й експериментальній перевірці. Результати теоретичного та експериментального дослідження засвідчили досягнення мети, вирішення поставлених завдань і стали підставою для формулювання таких висновків.

1. Охарактеризовано сучасний стан вивчення проблеми подолання сигматизму у дітей молодшого шкільного віку. У молодшому шкільному віці активно розвивається мовлення дітей. Їх словниковий запас значно розширюється, удосконалюється граматика, вимова стає більш чіткою. Однак, у деяких дітей цього віку можуть виникати мовні труднощі, такі як сигматизм, або, простіше кажучи, «шепелявість». Це порушення вимови звуків [с], [з], [ц], [ш], [щ], які замінюються на інші, подібні за артикуляцією. Сигматизм – це мовленнєвий розлад, який характеризується стійким порушенням артикуляції та акустики одного або декількох звуків мовлення, найчастіше шиплячих та свистячих, що негативно впливає на комунікативну функцію мовлення та має психосоціальні наслідки.

2. Розглянуто симптоми, причини, особливості проведення логокорекційної роботи при псевдобульбарній дизартрії. Псевдобульбарна дизартрія – це неврологічний мовний розлад, який виникає внаслідок ураження верхніх рухових шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер черепних нервів стовбура головного мозку. На відміну від бульбарної дизартрії, при якій уражаються самі ядра черепних нервів, псевдобульбарна дизартрія характеризується спастичним парезом м’язів мовлення та артикуляції. Це означає, що м’язи стають напруженими, скованими, неслухняними, що негативно впливає на чіткість та

координацію мовних рухів. Симптоми псевдобульбарної дизартрії: порушення артикуляції, спастичність м’язів обличчя та язика, порушення голосу, дихальні розлади. Найпоширеніші причини псевдобульбарної дизартрії у цій віковій групі: порушення кровообігу в головному мозку, що призводить до пошкодження нервових клітин; удари, пошкодження голови, які можуть призвести до забиття, крововиливу або стиснення головного мозку; інфекційні захворювання такі, як енцефаліти, менінгіти, які уражають оболонки головного та спинного мозку; дегенеративні захворювання: бічний аміотрофічний склероз, розсіяний склероз, які поступово руйнують нервові клітини; пухлини головного мозку, тобто новоутворення, що тиснуь на рухові шляхи головного мозку; вроджені вади розвитку, тобто аномалії розвитку головного мозку, які можуть впливати на рухові шляхи. Основні напрямки логокорекційної роботи: розвиток артикуляційної моторики; розвиток фонематичного слуху; вдосконалення просодики; розвиток мовлення; робота над диханням; розвиток міміки.

3. Обґрунтовано комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів із псевдобульбарною дизартрією. Комплексний підхід до подолання сигматизму у молодших школярів з псевдобульбарною дизартрією необхідний для досягнення максимального результату. Комплексний підхід спрямований допомогти дитині з псевдобульбарною дизартрією покращити свою мову та спілкуватися більш ефективно. Цей підхід включає в себе співпрацю логопеда, невролога, ерготерапевта, психолога та батьків дитини. Логопед відіграє ключову роль у діагностиці та лікуванні сигматизму. Він проводить обстеження мови дитини, розробляє індивідуальну програму логопедичної корекції та проводить заняття з дитиною. Невролог призначає медикаментозну терапію для покращення м’язової сили та координації дитини. Ерготерапевт допомагає дитині розвинути дрібну моторику, що також важливо для правильної артикуляції. Психолог допомагає дитині впоратися з емоційними та соціальними проблемами, які можуть виникнути внаслідок сигматизму. Батьки повинні активно брати участь у програмі

корекції дитини та виконувати вдома вправи, які рекомендує логопед.

4. Проведено експериментальне дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією із застосуванням логокорекційної роботи. Дослідження вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією проводилося в Запорізькому навчально-реабілітаційному центрі-інтернаті №1. В експерименті брали участь 30 дітей (15 дівчаток та 15 хлопців), тривалість експерименту склала 2 місяці, протягом яких діти проходили курс логокорекції. Експериментальна група складалась з 15 дітей. Контрольна група також складалась з 15 дітей. Вік досліджуваних – від 6-7 років. Аналіз результатів завдань показав, що в багатьох обстежуваних експериментальної групи середній рівень вимови шиплячих звуків – 60% (9 дітей), високий рівень – 2 дитини (13,3%), низький рівень – 4 дитини (26,7%). Результати контрольної групи такі: середній рівень вимови шиплячих звуків – 8 дітей (53,3%), високий рівень – 2 дитини (13,3%), низький рівень – 5 дітей (33,4%). Аналіз результатів дослідження після проведення логокорекційної роботи показав, що в експериментальній групі середній рівень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією зменшився з 60% до 33,4%, високий рівень – збільшився з 13,3% до 46,6%, низький рівень – зменшився з 26,7% до 20%. Зменшення кількості дітей з середнім рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла багатьом дітям покращити свою вимову. Збільшення кількості дітей з високим рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла деяким дітям досягти найвищого рівня вимови. Зменшення кількості дітей з низьким рівнем вимови шиплячих звуків свідчить про те, що логокорекційна робота допомогла більшості дітей з низьким рівнем вимови покращити свої результати. Відсутність змін у результатах контрольної групи свідчить про те, що покращення в експериментальній групі не пов’язані з якимись іншими факторами, крім логокорекційної роботи. Отже, проведені логокорекційні

заходи з дітьми молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією, спрямовані на покращення вимови шиплячих звуків, виявились ефективними.

5. Розроблено практичні рекомендації щодо подолання порушень вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку із псевдобульбарною дизартрією. Ці рекомендації включають в себе: використання комплексного підходу до логокорекційної роботи, який включає в себе вправи на розвиток артикуляційної моторики, дихання та голосу, а також роботу над вимовою шиплячих звуків; індивідуалізацію логокорекційної програми з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини; систематичний контроль за ефективністю логокорекційної роботи та внесення необхідних коректив у програму.

Отже, мета роботи досягнута, завдання виконані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко Н. Особливості застосування психокорекційних методик для соціальної адаптації дітей з вадами мовлення. *Збірник наукових праць студентів, аспірантів і молодих вчених «Молода наука 2014»* : у 7 т. / Запорізький національний університет. Запоріжжя : ЗНУ, 2014. Т. 2. С. 271-273.

2. Гаврилова Н. С. Обстеження особливостей розвитку фонематичних процесів у дітей з порушеннями мовлення. *Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Сер. 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2010. № 15. С. 57–63.

3. Гаврилова Н. С. Порушення фонетичного боку мовлення у дітей : монографія. Кам'янець-Подільський : Друк-Сервіс, 2011. 200 с.

4. Джонсон Д. В. Удосконалення вміння спілкуватись. *Практична психологія та соціальна робота*. 2004. №9. С. 18-36.

5. Диль Н. М. Диференціальна діагностика стертої дизартрії та функціональних розладів звуковимови. *Логопед*. 2014. № 10. С. 2-3.

6. Емоційний розвиток дитини / Упоряд.: С. Максименко, К. Максименко, О. Главник. Київ :Мікрос-СВС, 2004. 109 с.

7. Єгорова Г. Соціально-психологічний тренінг як засіб формування комунікативних навичок. *Директор школи. Україна*. 2006. №8. С. 49-52.

8. Зав'язун Т.В. Нетрадиційні методи роботи з казкою як засіб розвитку мовленнєво-комунікативних здібностей старших дошкільників. *Обдарована дитина*. 2008. №9. С.41-48.

9. Інклюзивна освіта від А до Я: порадник для педагогів і батьків / Укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтяк. Київ : Київський університет імені Бориса Грінченка, Інститут післядипломної педагогічної освіти Науково-методичний центр інклюзивної освіти, 2016. 68 с.

10. Колупаєва А. А. Навчання дітей з особливими освітніми потребами в інклюзивному середовищі: навчально-методичний посібник / А. А. Колупаєва, О.М. Таранченко. Харків : Вид-во «Ранок». 2019. 304 с.

11. Колупаєва А.А., Таранченко О.М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: монографія / А.А. Колупаєва, О.М. Таранченко. Київ : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.

12. Конопляста С.Ю. Логопсихологія : навч. посіб. / С.Ю. Конопляста, Т.В. Сак.; за ред. М.К. Шеремет. Київ : Знання, 2010. 394 с.

13. Костик С. А. Особливості логопедичної роботи при формуванні звуковимови в дітей з аномаліями зубощелепної системи. *Таврійський вісник освіти*. 2014. Вип. 4. С. 79-83.

14. Лісова Л.І. Корекція навчальної діяльності молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення: Монографія / Л.І. Лісова. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс». 2015. 224 с.

15. Логопедія : підруч. для студ. вищ. навч. закл., які навч. за спец. «Дефектологія» / М-во освіти і науки України ; за ред. М.К. Шеремет. 3-тє вид., переробл. та допов. Київ : Слово, 2014. 665 с.

16. Логопедія: підруч. [для студ. вищ. навч. закл., які навч. за спец. «Дефектологія» / М-во освіти і науки України ; за ред. М.К. Шеремет. 3-тє вид., переробл. та допов. Київ. Слово, 2014. 665 с.

17. Максименко С. Д. Горизонти психологічної науки XXI століття. *Педагогіка і психологія.* 2019. № 1 (102). С. 44–54.

18. Маранчак Р. С., Василенко О. М. Інклюзивна освіта як одна із умов соціальної адаптації дітей з особливими потребами. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*. 2013. Вип. 2. С. 128-132.

19. Марченко І.С. Педагогічні технології комунікативного розвитку дітей із тяжкими порушеннями мовлення (логопедична робота) : навчальний посібник для

студентів вищих навчальних закладів. Спеціальність : Корекційна освіта (логопедія і спеціальна психологія). 1-е видання. Київ : ДІА. 2016. 148 с.

20. Марченко І.С., Тюленєва О.Г. Педагогічні заходи з формування комунікативної поведінки дітей із дизартрією при ДЦП. Київ : ВД «Слово», 2013. 94с.

21. Маршалковська В. Особливості логопедичної роботи з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення в умовах інклюзивної освіти. *Наша школа: науково-практичні студії.* 2023. Вип. 1. С. 61-64.

22. Мороз О. В., Шеремет М. К. Мовленнєва тривожність дітей із тяжкими порушеннями мовлення як проблема теорії і практики корекційної освіти. *Науковий часопис НПУ імені Драгоманова*. 2015. Вип. 19. С. 151-159.

23. Основи інклюзивної освіти. Навчально-методичний посібник / за заг. ред. Колупаєвої А. А. Київ :» А. С. К. «. 2012. 308 с.

24. Пивоварчук Т.О. Структура комунікативних здібностей. Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. І. Огієнка, ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2012. Вип. 17. С. 419-427.

25. Пімєнова К. О. Інклюзія як форма навчання і виховання дітей з тяжкими порушеннями мовлення. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2014. Вип. 4. С. 278-288.

26. Погребняк В. О. Аналіз стану включення дітей з порушеннями мовлення в інклюзивну освіту. *Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2023. Вип. 44. С. 52-58.

27. Порошенко М.А. Інклюзивна освіта : навчальний посібник. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.

28. Притиковська С. Д., Павловська К. Г. Стан психофізичного розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення. *Проблеми реабілітації* : збірник наукових праць (за матеріалами науково-практичної конференції). Одеса. 2023. С. 115-118.

29. Рібцун Ю. В. Діти із тяжкими порушеннями мовлення: навчання та розвиток : навч.-метод. посіб. Львів : Світ, 2020. 264 с.

30. Рождественський А. Ю. Комунікативний потенціал особистості у віковому вимірі. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти [Текст]: зб. наук. праць : наук. записки РДГУ / РДГУ ; редкол.: С.С. Пальчевський, М.С. Янцур, І.Д. Бех та ін.. Рівне : РДГУ, 2007. Вип. 38. С.62-66.

31. Савінова Н. В. Логодіагностика та логокорекція мовленнєвої діяльності дітей із тяжкими порушеннями мовлення. Миколаїв : Іліон, 2017. 286 с.

32. Савінова Н. В., Середа І. В., Стельмах Н. В. Корекційно-виховна діяльність педагога у сучасних закладах освіти: монографія. Миколаїв : Іліон, 2019. 190 с.

33. Середа І.В., Скрипець А.О. Формування навичок стислого переказу тексту у дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *VIII International Scientific and Practical Conference.* 2023. С. 181-183.

34. Синьов В.М. Актуальні проблеми розвитку освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності : шлях від інституалізації до інтеграції. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 112 с.

35. Солодчук С.Є. Комунікативна взаємодія як соціально-психологічний феномен. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : зб. наук. праць : наук. записки РДГУ / РДГУ ; редкол.: С.С. Пальчевський, М.С. Янцур, І.Д. Бех та ін. Рівне : РДГУ, 2007. Вип. 38. С. 152-155.

36. Стельмах Н. В., Іванова Т. М. Загальні засади тренінгової роботи. Миколаїв : МНУ ім. В.О. Сухомлинського,2019. 300 с.

37. Супрун М. О. Педагогіка: Підручник для духовних і світських закладів освіти. Київ : КДА. 2018. 400 с.

38. Тараненко Н.М. Тренінг «Я − унікальна і неповторна особистість». *Обдарована дитина*. 2007. №6. С. 17-25.

39. Тарасун В.В. Стерта форма дизартрії: діагностика та особливості логопедичної роботи. Хрестоматія з логопедії: історичні аспекти. Дислалія.

Дизартрія. Ринолалія : навч. посіб. / за заг. ред.: М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко. Київ : КНТ, 2008. С. 282-289.

40. Трофименко Л. І. Діагностика особливостей лексичної компетенції у дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Вісник науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки*. Вип. 5. 2019. С. 175-182.

41. Хрестоматія з логопедії: історичні аспекти. Дислалія. Дизартрія. Ринолалія : навч. посіб. / за заг. ред.: М.К. Шеремет, І.В. Мартиненко. 2-ге вид., змінене і допов. Київ : КНТ, 2008. 379 с.

42. Чепка О. Ігрові технології у корекційно-розвивальній роботі з дітьми з тяжкими порушеннями мовлення. *Психолого-педагогічні проблеми сучасної школи*. 2023. Вип. 2 (10). С. 57-66.

43. Чупахіна С. Основи інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ : Видавець Кушнір Г. М. 2020. 96 с.

44. Шеремет М. К., Коломієць Ю. В. Нейропсихологічний аспект готовності до шкільного навчання дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені МП Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2016. Вип. 32 (2). С. 240-247.

45. Якимчук Г. В. Особливості психічного розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення. *Габітус*. 2020. Вип. 20. С. 176-182.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Логопедичні вправи для покращення вимови шиплячих звуків у дітей молодшого шкільного віку з псевдобульбарною дизартрією

1. Підготувальні вправи:

Артикуляційна гімнастика:

«Чашечка»: зробити язиком чашечку, піднявши його до верхніх зубів.

«Гірка»: висунути язик наверх, до альвеол, утворюючи гірку.

«Конячка»: цокати язиком по верхніх альвеолах.

2. Дихальні вправи:

«Дуття»: дути на ватку, на свічку, на паперовий кораблик.

«Видих через ніс»: зробити глибокий вдих через рот, а видихнути через ніс, роздуваючи ніздрі.

«Повітряна кулька»: надувати повітряну кульку.

3. Вправи для постановки шиплячих звуків:

Звук [С]:

«Слон»: висунути язик «лопаткою» і подути на нього, щоб він вібрував.

«Самовар»: вимовити «с-с-с-с», як кипить самовар.

«Сміх»: посміхнутися і подути на верхні зуби, вимовляючи «с-с-с-с».

Звук [З]:

«Змія»: висунути язик «лопаткою» і тримати його біля верхніх зубів, подути на нього, щоб він вібрував.

«Дзига»: вимовити «з-з-з-з», як дзижчить дзига.

«Бджілка»: вимовити «з-з-з-з», імітуючи бджолине гудіння.

Звук [Ш]:

«Чашка»: зробити язиком «чашечку» і підняти його до верхніх зубів, подути на нього, щоб він вібрував.

«Шарпанина»: вимовити «ш-ш-ш-ш», як шарудить папір.

«Дощик»: вимовити «ш-ш-ш-ш», імітуючи звук дощу.

Звук [Ж]:

«Жук»: висунути язик «лопаткою» і тримати його біля верхніх зубів, подути на нього, щоб він вібрував, додаючи голос.

«Дзига»: вимовити «ж-ж-ж-ж», як дзижчить дзига.

«Бджілка»: вимовити «ж-ж-ж-ж», імітуючи бджолине гудіння, додаючи голос.

4. Закріплення вимови шиплячих звуків

4.1. Вправи зі складами:

са-са-са, си-си-си, су-су-су, се-се-се, со-со-со.

за-за-за, зи-зи-зи, зу-зу-зу, зе-зе-зе, зо-зо-зо.

ша-ша-ша, ши-ши-ши, шу-шу-шу, ше-ше-ше, шо-шо-шо.

жа-жа-жа, жи-жи-жи, жу-жу-жу, же-же-же, жо-жо-жо.

4.2. Слівцеві вправи:

сумка, коса, лисиця, віз, жук.

зима, зуб, змія, зірка, журавлик.

шапка, шишка, шуба, шепіт, шовк.

жаба, жуйка, журавель, желе, жолудь.

4.3. Фразові вправи:

Сашко сидить на санчатах.

Зима завіяла снігом землю.

На лісовій галявині росте лисиця.

Віз везе вантаж.

Жучок літає над квіткою.

4.5. Скоромовки:

На сонці сохне шинка, скибка сиру, ковбаса.

Жук впав на жупан і жужжить.

Шило в мішок, шило в мішок, шило в мішок не влізло.

Зажурились журавлі, журились журавлі, журились журавлі.

4.6. Вірші:

Шу-шу-шу, шелестить листя,

Ша-ша-ша, шарудить трава.

Жук-жук, жук-жук, пожуй жувачку,

А потім з'їж цукерку-смачнявку.

Зима-зима, завіяла віконця,

Сніжинки в'ються, мов білі метелики.

4.7. Тексти:

«Зайчик і лисиця»

«Їжачок у лісі»

«Журавлі летять»

«Зимова казка»

Для ефективної корекції вимови шиплячих звуків у дітей з псевдобульбарною дизартрією, крім артикуляційних вправ, необхідно використовувати дзеркало для візуального контролю та варіювати темп виконання вправ, щоб розвинути динамічну координацію мовних органів.

Починати роботу потрібно з повільних вправ, поступово збільшуючи темп. Важливо використовувати різні методичні прийоми: ігри, вірші, скоромовки, тексти. Заняття повинні бути короткими, але регулярними (2-3 рази на тиждень по 10-15 хвилин). Необхідно хвалити дитину за успіхи і підбадьорювати її.

Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Тарасенко Інна Володимирівна, студентка магістратури заочної форми здобуття освіти факультету соціальної педагогіки та психології спеціальності 016 «Спеціальна освіта» освітньо-професійної програми «Логопедія» адреса електронної пошти sh_inna_06@ukr.net;

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота магістра на тему «Розвиток фонематичних процесів у старших дошкільників із псевдобульбарною дизартрією» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлена;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____ Підпис_____ І. В. Тарасенко

Дата_____ Підпис  І. В. Кучерак