

Державний заклад
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені К. Д. УШІНСЬКОГО»

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

збірник наукових праць

Одеса
2021

**УДК:376
П781**

ДРУКУЄТЬСЯ ЗА РІШЕННЯМ
Вченої Ради
ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського
(протокол № 7 від 25.03.2021 р.)

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Ганчар І.Л. – професор, доктор педагогічних наук, професор кафедри фізичного виховання і спорту Національного університету «Одеська морська академія».

Кисличенко В.А. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спеціальної освіти Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор – професор **Форостян О. І.**

Відповідальний редактор – доцент **Соколова Г. Б.**

Технічний редактор – викладач **Маматова З. Р.**

Члени редколегії:

Соколова Г.Б. – доктор психологічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Лещій Н.П. – доктор педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Арнаутова Л.В. – доцент, кандидат медичних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Начинова О.В. – доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації ДЗ «ПНПУ імені К.Д. Ушинського»

Притиковська С.Д. – кандидат педагогічних наук, завідувача СНДЗ №193 компенсуючого типу м. Одеси

Григор'єва Л.В. – директор, вчитель-методист, спеціаліст вищої категорії Одеської спеціальної школи №75 I-II ступенів Одеської міської ради Одеської області.

Проблеми реабілітації: Збірник наукових праць. /редкол.
О. І. Форостян та ін. - Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2021. –
114 с.

**УДК:376
ББК:74.00**

© ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний
університет імені К. Д. Ушинського», 2021

2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с., С. 135.
3. Никольская О.С. Психологическая классификация детского аутизма / О.С.Никольская // Альманах «Детский аутизм: пути понимания и помощи» [Электронный ресурс].-2014.-№18.-Режим доступа до журн.: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/psihologicheskaja-klassifikacija-detskogoautizma>
4. Скрипник Т. Феноменологія аутизму. Київ : Фенікс, 2010. 388 с.

Арнаутова Л. В., Паладій О. В.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОВНОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИЇ

Однією з найпоширеніших мовних патологій є стерта дизартрія, що має тенденцію до збільшення кількості дітей, які страждають порушеннями мови. Одним із проявів стертої дизартрії є порушення мовного дихання. Дихання це сукупність фізіологічних процесів, які беруть участь не тільки в газообміні, а й входять у функціональну мовну систему. Робота мовної системи контролюється ЦНС, забезпечуючи взаємодію і нерозривний зв'язок всіх в неї входять органів: дихання, голосоутворення, артикуляції, органу слуху. Кожен з органів мови має свою функцію, порушення діяльності одного з органів відіб'ється на діяльності інших. Дихання грає роль "пускового механізму" у виробництві мови, а саме в постановці звуковимови, голосоутворення, в плавності. Порушення артикуляційної моторики призводять до порушень звуковимови і фонематичних процесів. Результатом цього є те, що виникають системні порушення мови. Таким чином, не викликає сумніву актуальність вивчення питань впливу мовного дихання в корекції недорозвинення мови у дітей зі стертою формою дизартрії.

Правильне мовне дихання передбачає відтворення короткого і глибокого вдиху під час висловлювання і раціональне витрачання повітря під час видиху. Цей процес контролюється внутрішнім мовним програмуванням, тобто семантичним, лексико-граматичним і інтонаційним наповненням висловлювання. Це дозволяє економно витрачати повітря, домагатися максимальної звучності голосу при малій витраті енергії м'язів мовного апарату. [4, с.149].

Зовсім інша картина спостерігається при стертій формі дизартрії, при якій дихальна функція страждає практично завжди. Спостерігається укорочений мовний видих порівняно із вдихом, недостатня сила видиху, зниження життєвої ємності легень. Тому, основним завданням успішного розвитку дітей з мовною патологією і корекції дизартрії є формування мовного дихання. Ця корекція стертої форми дизартрії є одним з головних напрямків з розвитку мовлення дитини і включена в усі системи комплексних завдань. [3, с. 93].

Обстеження логопеда у дітей у віці 5-6 років зі стертою формою дизартрії показує порушення загальної та дрібної моторики рук, особливості

артикуляційного апарату, звуковимови, просодики, порушення загального розвитку мови.

У дітей зі стертою формою дизартрією відзначаються обмеження обсягу активних рухів з швидким стомленням м'язів, які особливо проявляються при функціональних навантаженнях. Вони моторно незручні, нестійко стоять на одній нозі. Дуже помітною моторна незручність стає на музичних заняттях і на уроках фізкультури. Дітям складно дається переключаемість рухів, помітно відставання в темпі і ритмі рухів.

Дрібна моторика рук - сукупність скоординованих дій нервової, м'язової і кісткової систем за участю зорової системи у виконанні дрібних і точних рухів кистями і пальцями рук і ніг. Дрібна моторика рук включає в себе навички самообслуговування, які пізно і насилу опановують діти зі стертою формою дизартрії. Відзначено, що діти з даною патологією не люблять малювати, їх руки напружені, погано тримають олівець. Порушені тонкі диференційовані рухи рук, що особливо помітно на заняттях з ліплення. А на заняттях з аплікації спостерігаються ще й проблеми з просторовим розташуванням елементів.

Якщо 6-річна дитина відвідує школу, йому дуже складно оволодіти графічними навичками, відзначається заміна букв, закінчень слів, голосних, «дзеркальне письмо» та ін. [5, с.70].

Особливості артикуляційного апарату. Для дітей зі стертою формою дизартрією характерні певні патологічні зміни артикуляційного апарату. Вони проявляються в малою рухливістю м'язів обличчя, м'язи м'яві, гіпотонічні при пальпації, що виглядає як не яскраво виражений парез м'язів органів артикуляції.

Внаслідок м'явості жувальної мускулатури нижня щелепа погано фіксується в піднятому положенні, діти не можуть утримати позу закритого рота. Внаслідок цього просодична сторона мови страждає, відсутня достатня лабіалізація звуків.

Паретичний стан м'язів органів ротової порожнини супроводжується спастичністю м'язів органів артикуляції. Це проявляється в твердості і напруженості м'язів обличчя, при цьому обличчя без емоційного забарвлення, з відсутністю міміки. Верхня губа дитини притиснута до ясен, губи напружені, не беруть участі в артикуляції і створюють враження особи, що знаходиться в постійній полусмішці. Під час підвищення спастичного статусу м'язів обличчя і язик змінює свою форму, стає товстим з погано вираженим кінчиком, залишається малорухливим.

Для стертої форми дизартрії характерні гіперкінези, які проявляються тремтінням, тремором язика і голосових зв'язок. Часто подібні гіперкінези супроводжуються гіпертонусом м'язів артикуляційного апарату.

Під час функціональних навантажень ці прояви посилюються. Дитина не може зберегти язик в стані спокою, якщо його попросити тримати язик на нижній губі на рахунок від 5 до 10. При цьому з'являється ціаноз кінчика язика, з'являється тремтіння, а іноді язик стає дуже неспокійним.

Під час проведення артикуляційних проб і при функціональних навантаженнях можна спостерігати відхилення язика від середньої лінії, тобто девіацію. При цьому, визначається згладженість носогубної складки при посмішці, асиметрія губ [2, с.72].

При мовному навантаженні можливе підвищене слиновиділення, тобто гіперсаливація. В результаті страждає виголошувальна сторона мови і просодика, так як діти в цих випадках погано ковтають слину і не справляються із саливацією.

У дітей зі стертою формою дизартрії моторна функція артикуляційного апарату дозволяє виконувати будь-які артикуляційні проби, вони можуть виконати всі артикуляційні рухи: посміхнутися, витягнути губи, надути щоки і т. д. Однак, аналізуючи якість виконання цих проб, відзначаються наступні характеристики: слабкість м'язів, зниження амплітуди рухів, зниження обсягу рухів, швидко стомлюваність м'язів, нечіткість артикуляції і розмиття мови, короткочасність утримання певної пози, аритмічність та ін. Все це призводить до змішання і спотворення звуків, погіршення просодичного боку мови.

Логопедична робота включає в себе кілька етапів, які передбачають наступні цілі:

- 1-й етап підготовчий - підготовка артикуляційного апарату до формування артикуляційних навичок;
- 2-й етап - вироблення нових умінь і навичок;
- 3-й етап - вироблення комунікативних умінь і навичок;
- 4-й етап - подолання або попередження вторинних порушень;
- 5-й етап - підготовка до навчання в школі.

Успішність корекційної роботи заснована і залежить від виконання певних принципів [1, с. 33].

1. Принцип системності. Структурні компоненти мовної системи об'єднані в мовну систему і знаходяться в тісній взаємодії всіх її компонентів. Тому корекційна робота повинна бути спрямована на розвиток всіх структур мовної функціональної системи.

2. Етіопатогенетичний принцип заснований на знанні механізмів розвитку даної патології, на визначенні основної ланки мовного дефекту, на співвідношенні мовної і немовної симптоматики.

3. Принцип опори на закономірності онтогенетичного розвитку заснований на знаннях і обліку послідовності формування психічних функцій в онтогенезі.

4. Принцип розвитку (облік «зони найближчого розвитку», за Виготським). Цей принцип логопедичної роботи полягає в планомірному і поступовому ускладненні завдань і лексичного матеріалу.

5. Принцип поетапного формування розумових дій заснований на формуванні у дитини мотивації на виконання дій і на створенні орієнтовної основи дії.

6. Принцип обліку провідної діяльності віку. У дітей дошкільного віку провідною ланкою в процесі пізнання є гра. Грунтуючись на розважальній стороні цієї діяльності, дитина зосереджується і на її навчальній стороні, що сприяє непомітному навчанню і закріпленню набутих навичок.

7. Принцип диференційованого підходу необхідний для організації індивідуальних, підгрупових і фронтальних занять. Кожна дитина однієї вікової групи має свої особливості розвитку, свої терміни становлення всіх мовних етапів, тому для кожного необхідно створити індивідуальну програму логопедичних занять.

Список використаних джерел:

1. Верясова Т. В. Корекційно-розвиваюча система формування моторного праксису в структурі подолання загального недорозвинення мови у дітей з дизартрією: дис... канд. пед. наук/ Верясова Т.В. -Єкатеринбург, 1999. -235 с.
2. Кареліна І. Б. Нові напрямки в корекції мінімальних дизартричних розладів// дефектологія» / І. Б. Кареліна. - 2000. - № 1.
3. Лалаєва Р.І. Логопедична робота в корекційних класах: / Р. І. Лалаєва. - М.: Владос, 2013. - 224 с.
4. Максаков А. І. Чи правильно говорить ваш реб'янок: / А. І. Максаков. - 2-е вид., випр. - М.: Просвітництво, 1988. - 159 с.
5. Панченко, І. І., Щербакова, Л. А. Основні форми дизартричних порушень мови і диференційовані шляхи корекційного впливу// Логопедія. Методична спадщина: посібник для логопедів і студ. дефектол. факультетів пед. вузів / Під ред.Л. С. Волкової –М.: гуманіт. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – 304 с.

УДК 376.36

Галущенко В.І., Соловей Н.С.

ДО ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПАТОГЕНЕЗУ МОТОРНОЇ АЛАЛІЇ

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку інтеграційних процесів в освіті розвиток мовленнєвої діяльності у дітей із моторною алалією, адаптація їх до умов загальноосвітнього навчального закладу набула пріоритетного значення. Вирішення даної проблеми пов'язано зі здійсненням індивідуального, диференційованого та поетапного корекційного логопедичного впливу з урахуванням провідних тенденцій оновлення змісту освіти [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у вивчення алалії внесли Г. Гутман, А. Лібманом, М. Богданов-Березовський, Р. Белова - Давид, Е. Фретельс, а у подальшому М. Хватцев, В. Орфінська, Р. Левіна, Є.Соботович, В. Ковшиков, В. Воробйова, Л. Волкова та інші дослідники [1; 4 ; 5; 6].

Вивченню проявів, структури порушень, які є при первинному недорозвитку мовлення, присвячені дослідження Р.Левіної, Г. Жаренкової, Л.Спірової та ін.. Ці вчені відмічають у дітей з первинним недорозвитком мовлення характерні особливості словника та складності засвоєння й використання граматичної системи мовлення [3].