

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

На правах рукопису

ГАЛУЩЕНКО ВІКТОРІЯ ІВАНІВНА

УДК 372.881'342.1:616.89-008-434.3-053.2

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОСОДИЧНОГО
КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ
ДИЗАРТРИЇ**

13.00.03 – корекційна педагогіка

Дисертація

на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник:

КОНОПЛЯСТА Світлана Юріївна,
доктор педагогічних наук, професор

Одеса – 2012

ЗМІСТ

СТОР.

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ В ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЄЮ.....	12
1.1. Просодія як вищий рівень розвитку мовленнєвої діяльності.....	12
1.2. Розвиток просодичної сторони мовлення в онтогенезі.....	29
1.3. Механізм та структура порушень просодичної площини при дизартріях.....	35
Висновки до I розділу.....	42
РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРІЄЮ.....	44
2.1. Мета, завдання та організація констатувального експерименту.....	44
2.2.Методика вивчення просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.....	47
2.3. Аналіз результатів констатувального експерименту.....	76
2.3.1.Результати проведення діагностично-проектувального етапу дослідження.....	76
2.3.2. Результати дослідження дихання.....	
2.3.3. Стан сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку контрольної та експериментальної груп.....	92
2.3.4. Аналіз даних організаційно-планувального етапу.....	117.
Висновки до II розділу.....	124
Розділ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ В ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРІЄЮ.. .	126

3.1. Науково-теоретичні засади та принципи побудови методики корекційно-логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення в дітей зі стертою дизартрією.....	126
3.2. Організація та зміст навчального експерименту.....	134
3.2 Основні напрями роботи з формування просодичного компонента мовленнєвої діяльності старших дошкільників зі стертою дизартрією.....	136
3.3. Результати навчального експерименту.....	
1884 Висновки до III розділу.....	188
ВИСНОВКИ.....	191
ДОДАТКИ.....	193
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	220

ПЕРЕЛИК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЦНС – центральна нервова система

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

СПСД – стерта псевдобульбарна спастична дизартрія

СППД – стерта псевдобульбарна паретична дизартрія

СКД – стерта коркова дизартрія

СЗД – стерта змішана дизартрія

СКМ – аудіальний (сенсорний) канал модальності

ВКМ – візуальний (зоровий) канал модальності

ККМ – кінстетичний (тілесно – емоційний) канал модальності

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена соціальною потребою покращення якості освіти в усіх її ланках. Відповідно до положень Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті, Базового компоненту дошкільної освіти посилюються вимоги щодо підготовки дітей дошкільного віку до успішного навчання у школі. Особливо це стосується дітей з порушеннями психо-фізичного та мовленнєвого розвитку в умовах інтегративного навчання та реалізації напрямів спеціальної освіти, визначених у «Концепції стандарту спеціальної освіти дітей дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку» (Є. Соботович), «Концепції державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку» (В. Тарасун).

У систематиці мовленнєвих порушень дизартрія є тяжкою вадою мовлення, подолання якої являє собою складну медико-психолого-логопедичну проблему.

Теоретичні і практичні засади мовленнєвого розвитку п'яти-шестирічних дітей у межах дошкільної і початкової освіти розкрито в дослідженнях А. Богуш, Н. Вашуленка, О. Соловійова, Ф. Сохіна, Є. Тихеева, Є. Фльориної, Л. Щерби та ін. Особливостям навчання і виховання дітей з мовленнєвими порушеннями присвячено праці С. Коноплястої, Р. Лалаєвої, О. Литовченко, Н. Манько, І. Марченко, О. Мастюкової, О. Ревуцької, С. Серебрякової, Л. Спірової, В. Тищенко, Т. Філічевої, Л. Федорович, М. Шеремет та ін.

Аналіз спеціальної літератури (О. Винарська, Г. Гуровець, С. Маєвська, О. Приходько та ін.) свідчить про стійку тенденцію зростання кількості дітей дошкільного віку з порушеннями усного мовлення, особливо дизартрій у мінімальних (стертих) проявах. Основним механізмом порушення при дизартрії є неспроможність забезпечити реалізацію мовленнєво-рухових програм, внаслідок органічного ураження ЦНС (Л. Бадалян, О. Винарська та ін.) Стерта дизартрія (Р. Бєлова-Давід, І. Кареліна Р. Мартинова,

Н. Пахомова Е. Сизова, Т. Сорочинська, О. Токарева, О. Федосова та ін.) за своїми проявами характеризується незначним вираженням симптомів, їх неоднорідністю, різним співвідношенням мовленнєвої та не мовленнєвої симптоматики. Наявні у спеціальній літературі дослідження проблеми порушення мовлення в дошкільників зі стертою дизартрією в основному відображають особливості стану звуковимови, вживання граматичних категорій, лексичних засобів мовлення, залишаючи поза увагою такий важливий компонент мовленнєвої діяльності, як просодика.

Просодика є предметом дослідження лінгвістів, психолінгвістів, психологів та логопедів і розглядається як сукупність мелодико-інтонаційних засобів спілкування, відіграє важливу роль у здійсненні комунікативної функції мовлення. Просодика нерозривно пов'язана з емоційно-вольовою сферою, яка в дітей зі стертою дизартрією виявляється порушеною. До проблеми порушень просодичного компонента мовлення в дітей з дизартрією зверталися О. Алмазова, І. Кареліна, О. Лаврова, О. Орлова, О. Правдіна та ін., які розглядали дані розлади у структурі лише голосових порушень.

Проте, досвід нашої практичної та дослідницької діяльності засвідчує значні труднощі диференційної діагностики, недостатню ефективність логопедичної корекційної роботи в подоланні мінімальних проявів дизартрії, зокрема порушень просодичної площини.

Цілеспрямоване вивчення просодики взагалі, як фонологічного феномену, її базових складників, що досі ретельно не вивчалися у структурі порушень мовлення, значущість мелодико-інтонаційної виразності мовлення в опануванні мовними засобами і розвитку комунікативної діяльності дошкільників зі стертою дизартрією, недостатня розробленість проблеми визначили тему дисертаційного дослідження «Особливості формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.
Дисертаційне дослідження виконано в межах наукової теми кафедри

дефектології та фізичної реабілітації Південноукраїнського державного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського «Корекційний зміст фізичного виховання для різних категорій дітей з обмеженими психофізичними можливостями» (протокол № 5 від 29.12.03 р.). Тема дисертації затверджена Вченою радою Південноукраїнського державного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського (протокол № 6 від 25.01.07 р.) й узгоджена в Раді з координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології в Україні (протокол № 8 від 23.10.07 р.).

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та розробити методику корекційної логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Завдання дослідження:

1. Схарактеризувати сутність і структуру просодичного компонента мовлення, особливості його прояву в дітей з дизартрією; уточнити поняття «просодика», «просодичний компонент мовлення в дітей зі стертою дизартрією».

2. Визначити критерії, показники, шкалу оцінювання рівнів сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку з урахуванням форм стертої дизартрії.

3. Розробити методику діагностування просодичного компонента в дітей зі стертою дизартрією, виявити загальні та специфічні особливості його порушення.

4. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити зміст комплексної методики диференційованої корекційної логопедичної роботи щодо подолання порушень просодичного компонента мовлення в старших дошкільників зі стертою дизартрією.

Об`єкт дослідження – мовленнєвий розвиток дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Предмет дослідження – корекційно-логопедична робота з формування просодичного компонента мовлення дітей 5-6 років життя зі стертою дизартрією.

Методи дослідження. З метою визначення сутності й особливостей просодичного компонента мовлення в дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією, стану проблеми дослідження в теорії та практиці корекційної педагогіки використано метод аналізу психолого-педагогічної, психолінгвістичної, спеціальної та медичної літератури з означеної проблеми. Для вивчення особливостей стану сформованості складників просодичного компонента в дітей старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії використано методи клінічного скрінінгу, спостереження, тестування, бесіди з батьками. Для перевірки ефективності експериментальної методики корекційної логопедичної роботи було використано метод педагогічного експерименту. Для узагальнення експериментальних даних, виявлення закономірностей у їх зміні використано статистичні методи. Достовірність результатів експерименту перевірено за t-критерієм Стьюдента.

База дослідження. Експериментальне дослідження було проведено на базі Одеського СДНЗ «Ясла-садок» № 193 компенсуючого типу, спеціальних дошкільних закладів комбінованого типу №№ 174, 248 (м. Одеса), № 2 (м. Белгород-Дністровський), № 3 (м. Южне), № 11 (м. Херсон), СДЗ № 591 для дітей з ДЦП (м. Київ).

На різних етапах у дослідженні взяли участь 294 дитини старшого дошкільного віку, серед них: 204 дошкільника зі стертими формами дизартрії, 90 дітей без мовленнєвої патології; 37 логопедів, 190 батьків.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше науково обґрунтовано методику корекційної логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення в дітей зі стертою дизартрією, що складається з IV етапів (організаційний, підготовчо-проектувальний, корекційно-регулюючий,

підсумково-уточнюючий). *Схарактеризовано* сутність (емоційна й інтонаційна виразність мовлення, висоти і сили мовленнєвого голосу, мелодійності, темпу, ритму, наголосу) та структуру просодичного компонента мовлення у дітей з дизартрією (інтонаційно-мелодична сторона мовлення та емоційно-темброве забарвлення) та його базові показники сформованості(темпова організація мовлення, емоційно-темброве забарвлення, ритмічна здатність, логічний наголос, мелодичні оформлення фрази). *Визначено* критерії оцінювання (самостійність, результативність і правильність виконання завдань) та рівні сформованості просодичного компонента в дітей 5-6 років зі стертою дизартрією (достатній, задовільний, середній, низький, елементарний). *Виявлено* загальні та специфічні особливості порушень просодичної сторони мовлення старших дошкільників з різними клінічними формами стертої дизартрії (труднощі впізнавання повільного темпу мовлення, позитивних емоцій, порушення ритмічної здібності, труднощі відтворення акцентованих складів, знаходження правильних інтонаційних типів тощо). *Уточнено* поняття «просодика», «просодичний компонент мовлення в дітей з дизартрією». *Подальшого розвитку* набула методика корекційної роботи з подолання мінімальних проявів дизартрії в дітей старшого дошкільного віку з урахуванням різних форм стертої дизартрії та провідної сенсорно-перцептивної модальності.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено методику діагностування базових показників в дітей зі стертою дизартрією, що включала дослідження стану органів дихання та голосоутворення, просодичних складників, визначення репрезентативної системи дитини та форми стертої дизартрії. Розроблено й експериментально перевірено методику формування просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою формою дизартрії, систему вправ та ігор, спрямованих на розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової

організації, розвиток й удосконалення навичок керування просодичним оформленням висловлювання. Матеріали дослідження можуть бути використані в практиці корекційно-логопедичної роботи фахівців на заняттях з розвитку мовлення, логоритміки, вокалотерапії, лікувальної фізкультури, малювання, при складанні корекційних індивідуальних програм розвитку дитини, в системі післядипломної педагогічної освіти у змісті навчальних дисциплін «Логопедія», «Логоритміка», «Спеціальна методика навчання дітей з порушенням мовлення» тощо.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено в навчальний процес Одеського СДНЗ «Ясла-садок» № 193 компенсуючого типу (акт про впровадження № 51 від 23.11.11 р.); СДЗ комбінованого типу № 174 (м. Одеса) (акт про впровадження № 32 від 5.10.11р, № 248 (м. Одеса) (акт про впровадження № 114а від 14.12.11 р.) № 2 (м. Білгород-Дністровський) (акт про впровадження № 11 від 14.09.10 р.); № 3 (м. Южне) (акт про впровадження № 52 від 9.11.10 р.), № 11 (м. Херсон) (акт про впровадження № 53 від 01.09.11 р.), СДЗ № 591 для дітей з ДЦП (м. Київ) (акт про впровадження № 291 від 17.10.11 р.), кафедри дефектології та фізичної реабілітація Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К. Д. Ушинського» (акт про впровадження № 986 від 24.11.11 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення та практичні результати дисертаційного дослідження обговорено на міжнародних: «Сучасні тенденції розвитку корекційної освіти» (Кам'янець-Подільський 2006, 2007), «Тendenції розвитку корекційної освіти в Україні», (Кам'янець-Подільський, 2008, 2009), «Актуальные вопросы реабилитологии и пути их решения» (Нижній Новгород, 2006), «Психолого-педагогічне забезпечення передшкільної освіти» (Миколаїв, 2008), «Новітні медико-психолого-педагогічні технології діагностики» (Полтава, 2009), «Актуальні проблеми логопедії» (Київ, 2007, 2008, 2009, 2011), всеукраїнських: «Психолого-педагогічні умови організації розвивального середовища в

зкладах освіти» (Херсон, 2010), «Проблеми реабілітації» (Одеса, 2006, 2008, 2011) науково-практичних конференціях.

Публікації. Результати та основний зміст дослідження репрезентовано в 15 одноосібних публікаціях автора. Серед них: статті у наукових журналах, збірниках наукових праць, матеріалів і тез конференцій, у тому числі 9 – у фахових виданнях України.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Основний зміст дисертації викладено на 240 сторінках Робота містить 10 рисунків, 5 діаграм, 32 таблиці Список використаних джерел містить 277 найменувань.

РОЗДІЛ I. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ В ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЄЮ.

1.1. Просодика як компонент мовленнєвої діяльності.

Все життя дитини супроводжується різними видами діяльності, у процесі яких дитина набуває певних знань, здійснюється її психічний розвиток. Л. Виготський [70] висунув тезу про те, що рушійною силою психічного розвитку є навчання, як шлях «привласнення» дитиною загальнолюдських цінностей. Натомість ніяке навчання не буде успішним, якщо дитина сама не буде виступати суб'єктом пізнавальної діяльності.

Одним з видів психічної пізнавальної діяльності є мовленнєва діяльність. Перший підхід трактування мовленнєвої діяльності — лінгвістичний, пов'язаний з ім'ям Л. Щерби [261]: мовленнєва діяльність розглядається як один з трьох аспектів мови нарівні з «психологічною організацією», «мовною системою», «мовним матеріалом», що охоплює суму окремих актів говоріння і розуміння. Звідси і виокремлення в лінгводидактиці видів мовленнєвої діяльності— говоріння, слухання (аудіювання), читання і письмо.

Другий підхід щодо розуміння мовленнєвої діяльності можна означити психологічним О. Леонтьєв, який розглядає мовленнєву діяльність нарівні інших видів пізнавальної діяльності людини. Відтак, мовленнєва діяльність має таку ж саму структуру, як і інша діяльність. Вона характеризується предметним мотивом, цілеспрямованістю, евристичним характером. Мовленнєва діяльність складається із декількох послідовних фаз: орієнтування, планування, реалізація плану, контроль. Мовленнєва діяльність, за Леонтьєвим О., є пізнавальною діяльністю, оскільки вона «розпредмечує» дійсність за допомогою мови.

Третій підхід — психолінгвістичний (Т.Ахутін [16], І.Горелов[78]). Предметом психолінгвістики є «співвідношення особистості зі структурою

і функціями мовленнєвої діяльності, з однієї сторони, і «мовою як головною провідною образу світу людини, з другої», а її об'єктом виступають «сукупність мовленнєвих ситуацій» (Н. Гавриш [73]). Психолінгвістика вивчає механізми породження висловлювань від ситуації спілкування до мовленнєвого наміру, від нього — до плану, від плану — до семантико-граматичних структур, тобто механізми сприймання, розуміння мовлення. У цьому аспекті мовленнєва діяльність може виступати або як цілком самостійна діяльність зі специфічною мотивацією, її складовими виступають мовленнєві дії, що мають мету, підпорядковану загальній меті діяльності; мовленнєві операції (різні відповідно до умов) або мовленнєві дії, що входять до складу інших не мовленнєвих видів діяльності. Отже, до структури мовленнєвої діяльності входять мовленнєві дії, мовленнєві операції, мовленнєвий акт, мовленнєва ситуація (Н. Жинкін [90], С. Зінько [103], І. Ковалик [119]).

Активною стороною мовленнєвого акту є говоріння. Говоріння — це продуктивний вид активної мовленнєвої діяльності, активний процес здійснення спілкування, зовнішнє вираження способу формування та формулювання думки засобами мови. Згідно досліджень Ф. Бацевич [24] та В. Соколової [219] та ін. за своєю структурою говоріння складається з трьох частин: мотиваційно-спонукальної (щоб виникло говоріння, потрібні: стимул, спонукання, мотив говоріння); аналітико-синтетичної (внутрішнє оформлення висловлення) та виконавчої (вимовні та *інтонаційно-просодичні* засоби вираження думки).

Результатом говоріння є відповідна дія учасників спілкування. Результат говоріння реалізується в діяльності інших людей і водночас виступає сполучною ланкою спілкування. Слухання, тобто аудіювання — сприймання мовлення на слух і його розуміння. Слухання опосередковується діяльністю говоріння іншого учасника спілкування. Його мета — розкриття змістових зв'язків, осмислення сприйнятого на слух мовленнєвого повідомлення мовця.

Смислове сприймання не планується слухачем і не контролюється свідомістю. Слухання задається зовні іншим мовцем. Результатом слухання є розуміння або нерозуміння тексту.

Змістове сприймання (розуміння) мовлення залежить від характеру мовленнєвої діяльності промовця, від того, наскільки зрозуміло і чітко він висловлюється, від темпу, виразності мовлення, вміння виділити головне, встановити контакт зі слухачами. Водночас розуміння мовлення залежить й від підготовленості слухачів до слухання й сприймання висловлювань. Відтак, дітей потрібно вчити не тільки говоріння (активного мовлення), а й слухання. Отже, мовленнєву діяльність важко розподіляти на активну і пасивну. Адже ступінь володіння мовленням одного суб'єкта визначає ступінь бути зрозумілим іншим. З психофізіологічного боку активність мовлення обумовлюється ступінню володіння мовцем мовленнєвовимовним актом і ступінем розуміння мовлення. Навчання дітей говоріння і слухання відбувається у процесі навчально-мовленнєвої пізнавальної діяльності (Л. Бондарко[48], В. Кожевніков[120], Л. Чистович [255] та ін.). Якість сприймання та відтворення мовленнєвого матеріалу пов'язана, перш за все з інтонаційно-мелодичним (просодичним) фоном.

Споконвічно термін «просодія» застосовувався до віршів і співу й означав деяку ритмічну і мелодійну схему, накладену на ланцюжок звуків.

Сучасні лінгвісти (Н. Светозарова [208], Н.Черемісіна-Еніколопова [253]) визначають просодію фонологічним феноменом і розглядають її як сукупність ритміко-інтонаційних засобів, що грають важливу роль для здійснення комунікативної функції мовлення. Саме за допомогою означених засобів мовлення, людина передає різноманітність інформації та свій емоційний стан. Просодія є сукупністю звукових характеристик мовлення (інтонаційних, кількісних, мелодичних). Просодичні ознаки відносяться не до сегментів (звуків, фонем), а до так званих супра- (тобто над-) сегментних компонентів мовлення, більшими за тривалістю, ніж окремий сегмент, - до

складу, слову, синтагми (інтонаційно-значеннєвій єдності, що складається звичайно з декількох слів) і речення. Відповідно, для просодичних ознак характерна тривалість, неточність їхньої реалізації. Відмінність же мовної просодії від поетичної полягає в тому, що перша є важливим елементом організації мовлення в цілому, тоді як друга з'являється як спеціальний засіб, використовуваний лише при передачі поетичної функції. (Іванова С.[108]).

Згідно Л.Бондарко [47], О.Бризгунової [52] та ін. основним складником просодії є *інтонація* – сполучення

звукових засобів мовлення, які:

- Фонетично організують мовлення;
- Встановлюють змістові відношення між частинами фрази;
- Повідомляють фразі розповідне, питальне та спонукальне значення значення;
- Є засобом вираження експресивного емоційного забарвлення.

Сучасна лінгвістика розглядає інтонацію як найяскравіший засіб мовлення, за допомогою якого той людина під час слухання та мовлення виділяє у потоці мовлення висловлення і його значеннєві частини, протиставляє висловлення за метою (питання, розповідь), визначає і сприймає суб'єктивне відношення до висловленого (Р.Боскіс [50]). Правильне використання інтонації в мовленні дозволяє не тільки точно передати зміст висловлення, але й активно емоційно впливати на слухача.

Інтонація - явище, що складається з ряду компонентів і визначається за допомогою чотирьох акустичних параметрів, які є просодичними: частоти основного тону (висоти тону), спектра (тембру), інтенсивності і тривалості. У розуміння інтонації входять послідовні зміни висоти тону (мелодії), сили голосу (інтенсивність звучання), внутрішньофразових пауз (логічних і значеннєвих), темпу (прискорений або уповільнений у вимові слів і фраз), ритму (сполучення сильних і слабких, довгих і коротких складів), тембру (забарвлення) звуку.

У лінгвістичних словниках поняття «просо дика», «просодія» є рівнозначними. Найбільше значення для теорії просодики, як системи супрасегментних одиниць мають роботи (О.Гвоздьова [74], Л. Зіндера [101], Л.Златоустової [104], Т.Ніколаєвої [171], Н. Светозарової [208], І. Торсуєвої [240], Л.Цепелітиса Л.[251], Н.Черемісіної [252], Л.Щерби [261] та інш..) У сучасній лінгвістиці питання про місце просодики в системі мови, її функціях і одиницях трактується неоднозначно.

Як фонетичне явище просодика розглядається в різних аспектах: артикуляційному, акустичному, перцептивному, лінгвістичному.

Вивчення просодики в артикуляційному аспекті припускає виявлення роботи органів мовлення. У межах даного дослідження необхідно враховувати особливості функціонування артикуляційного апарату дітей зі стертою дизартрією, які зумовлені наявністю неврологічної мікросимптоматики. У межах даного дослідження необхідно враховувати той факт, що фізіологічні характеристики органів мовлення змінюються з віком унаслідок впливу біологічних факторів і фізіологічних процесів. (Максимов І. [156]).

Породження мовлення відбувається завдяки комплексу відповідних рухів артикуляційних органів. Мовленнєвий процес розглядається як утворена рухова здатність, що регулюється в послідовності з великою точністю і ритмічністю [145].

Специфіка роботи мовленнєво-рухової системи визначається в керуванні артикуляційними рухами, взаємодії центральної та периферичної нервової системи. Важливим центром регуляції і контролю за моторною активністю є мозочок, що використовує сенсорну інформацію , винесення рішення і регуляції мовленнєвої моторики. У процесі „творення” мовлення беруть участь мускульні й сенсорні рецептори, що заохочують до дії різні системи мовленнєвого тракту: оральну (губи, щелепи і мовлення), фарингальну, дихальну. (І.Вартанян І.[56]; Жинкін М.[88] та ін.).

Акустичний мовленнєвий сигнал виникає в результаті складних координованих рухів, що проходять у мовленнєвий апарат. Механізми порушення акустичних коливань пов'язані або з роботою гортані, або з виникненням гучних або імпульсних звуків при проходженні повітряного потоку через звуження, що утворюються у визначених місцях мовленнєвого тракту. (Нейман Л.[170]).

Людина може керувати змінами динамічних і звуковисотних характеристик голосу, що обумовлено напругою голосових зв'язувань, що розмикаються при більшому або меншому підглоточном тиску, це призводить до зміни тривалості поштовху повітря, а отже, і основної частоти (Василенко Ю. [57] ; Гайдучик С.[72] та ін.).

Дослідження інтонації в акустичному аспекті розглядає мовлення як коливальні рухи повітряного струменя, які впливають на слуховий апарат людини, у цьому виявляються об'єктивні характеристики інтонації: частота основного тону, спектр, інтенсивність і тривалість (Я.Альтман [2]; Л.Чистович [255], К.Стрельніков, Д.Озерецький[254]).

З перерахованими акустичними параметрами у просодичі звичайно співвідносять основні компоненти інтонації: наголос, мелодику, темп, тембр і паузи, виділяючи як найважливіші і найбільш своєрідні компоненти інтонації мелодику і наголос (Т.Черніговська[254]; Л.Зиндер [99]).

Вивчення просодики в перцептивному аспекті припускає дослідження тих відповідностей об'єктивним характеристикам просодики, завдяки яким людина сприймає те або інше значення, передане інтонацією. Звукові відчуття, що співвідносяться з об'єктивними характеристиками інтонації, - це висота, тривалість, гучність, тембр (Балов Л. [20]).

За визначенням В.Потапова, сприймання є не безперервним процесом, а дискретним. Зчитування поточної інформації відбувається через тимчасові інтервали, зумовлені швидкістю психологічних реакцій. „Будь-яка зміна частоти основного тону і звукового тиску, що має тривалість меншу ніж 50 с,

не фіксується слуховою системою людини і не є інформативним для комунікації”.

У роботах лінгвістів представлені різні переліки компонентів-складників просодики, при цьому більшість дослідників розуміють просодику як складну систему просодичних засобів (Блохіна Л. [], Потапова Р. []; Бризгунова Є. []; Буланін Л. []; Златоустова Л. []; Клейнер Ю. []; Матусевич М. []; Светозарова Н. []; Торсуєва І. []).

За спостереженнями Л.Зиндера [], усі компоненти просодики, крім паузи, обов'язково присутні у висловленні, тому що ніякий його елемент не може бути вимовлений без висоти голосу, сили тощо. На його стійке переконання просодика складає супрасегментний рівень, який має складну структуру і виконує різноманітні функції.

Просодична організація мовлення визначається як сукупність звукових засобів, що утворюють послідовність сегментних одиниць (фонем) і служать для об'єднання їх у значимі мовні одиниці: слова, синтагми, висловлення. Використання в якості просодичних характеристик мовлення таких обов'язкових ознак звуку, як тривалість, інтенсивність і частота основного тону, є одним з універсальних властивостей людського мовлення (Н.Светозарова).

Особливістю просодичних елементів є їх співвіднесеність з одиницями більшими, ніж фонема. Якщо просодична структура — спосіб організації звукових послідовностей починаючи зі складу (склад, слово, ритмічна група, синтагма, висловлення), то під інтонацією розуміється тільки спосіб організації синтагм і висловлень.

Жинкін М. [], розглядаючи просодичну організацію мовлення, відзначає, що «натуральна форма реалізації мовлення — звукова. Звук як функція часу змінюється за параметрами: тривалість, основна сила і висота.

Керування цими параметрами в процесі мовлення визначається як просодія, а реалізована сукупність цих параметрів — інтонація.

Незважаючи на широке вживання в лінгвістиці термінів «Просодика» та «Інтонація», питання про співвідношення між ними залишається не до кінця вирішеним. (Федорів Я. []).

На нашу думку, у межах нашого дослідження цікава думка D. Crysta [] який визначає інтонацію як засіб організації мовлення в одиниці комунікації. Автор пов'язує поняття інтонації з мелодикою, гучністю, швидкістю вимовляння тощо, вживаючи термін «інтонаційна модель» для характеристики окремих конструкцій або речень. У той же час, D. Crysta відносить мелодику, наголос, ритм і тембр також до "просодичної" сторони мовлення, виділяючи поняття *просодеми*, як контрастивної, смислорозрізнявальної одиниці супрасегментної фонетики.

Іншими словами, термін "просодія" використовується в супрасегментній фонетиці й фонології для позначення змін у висоті, гучності, темпі й ритмі.

У широкому розумінні він застосовується як синонім супрасегментної системи, але у вузькому розумінні це стосується тільки згаданих змінних, при цьому інші супрасегментні особливості прийнято відносити до паралінгвістичних чинників.

Таким чином, у останніх сучасних дослідженнях трактуваннях поняття "інтонація" пов'язується переважно з практичною, експериментальною стороною фонетичних досліджень, у той час як терміном "просодія" оперують переважно на вищому рівні теоретичних узагальнень і спроб визначення стійких закономірностей для досліджуваних фонетичних явищ, Іншими словами, там, де маємо справу з окремим висловлюванням, ми говоримо про його конкретні інтонаційні характеристики — низхідний/висхідний інтонаційний контур, високий/низький термінальний тон певної конфігурації й напрямку руху, швидкий/повільний темп, велику/малу швидкість і т. п., наводячи при необхідності конкретні цифрові дані в півтонах, мілісекундах або децибелах. Коли ж на базі певного емпіричного досвіду намагаємося вивести узагальнені теоретичні закони,

яким підпорядковуюються ті чи інші фонетичні явища, ми оперуємо терміном "просодія". (Федорів Я. []).

У нейрофізіологічних і нейропсихологічних дослідженнях мозкових механізмів мовленнєвих функцій одним з важливих напрямків є вивчення внеску півкуль головного мозку в сприйняття різних характеристик мовлення. Незважаючи на багаторічні дослідження, питання півкульної спеціалізації при сприйнятті *просодичних* характеристик мовлення залишається не до кінця вирішеним. При цьому співіснують дві конкуруючі концепції. Відповідно до однієї з них, роль тієї або іншої півкулі залежить від лінгвістичної і комунікативної функції даного просодичного явища, причому в обробці емоційної *просодики* бере участь переважно права півкуля (Балонів Л. [], Деглін В. []). Показано також, що є специфіка взаємодії півкуль при різних варіантах лінгвістичної просодики (Чернігівська Т. [], Светозарова Н. [], Токарєва Т. []). Відповідно до іншої концепції, спеціалізація півкуль виявляється тільки на рівні характеристик акустичного сигналу, так що, наприклад, у лівій півкулі обробляється ритмічна структура, а в правій — тональні характеристики висловлень (Alpherts W. []; Gandoour J. []).

Це, перш за все, підтверджує факт взаємозв'язку просодичних характеристик мовлення (як невербальних засобів спілкування) з емоційно-тембровим забарвленням, що і стане, у подальшому одним з аспектів нашого дослідження.

Ми вважаємо, найбільш прийнятним для дослідження складників просодії розуміння її як показника емоційної та інтонаційної виразності мовлення, висоти і сили мовленнєвого голосу, мелодійності, темпу, ритму, наголосу.

Розглянемо основні складові просодичної площини.

Важливим компонентом просодики є *тембр*, що забезпечує додаткове забарвлення звучання, повідомляє мовленню різні емоційно-експресивні відтінки, які у свою чергу забезпечують таку якість голосу, яка

характеризується постійною пластичною рухливістю включення в мовлення емоційних звукових елементів (Максимов І.[]; Черемісіна Н. [] та ін.).

Під час породження мовлення просодичною структурою керує *ритм*, що спирається на фізіологічні основи фонаційного дихання. Здатність структури фрази в цілому визначає регулювання об'єму повітря під час мовлення в залежності від інформації на видиху. Необхідність вимовити більш тривалий відрізок мовлення потребує і більшого об'єму повітря. Згідно Н.Черемісіної, у ролі основного мовленнєвого ритму виступає синтагмотичний ритм.

Відомо, що будь-який живий організм і кожен орган окремо функціонують у визначеному темпі і ритмі. *Темп* і *ритм* — характеристики, властиві руху, вони виявляються як у рухові неорганічної матерії, так і в рухові матерії органічної (Лейтес Н.[],Голубєва Є.[] та ін.). Ритм є внутрішньою організацією образів, сприйнятих людиною і служить основою його дій. Почуття ритму має моторну (рухову) природу. Ритм виникає при структурному об'єднанні свідомості ряду звуків (або звукових акцентів) у часі або декількох предметів (зображень) у просторі.

Межа частоти ритму, що здатна відтворювати людина, залежить від функціональної рухливості процесів збудження та гальмування, що змінюють один одне.

Ю.Кузьмін [] зазначає, що засвоєння заданого ритму — одне з важливих показників індивідуальних особливостей нервової системи людини. Визначена ритмічна організація, з якою пов'язані рухи, викликає позитивну реакцію всього організму — дихальної, серцевої, м'язової діяльності, а також емоційно-позитивний стан психіки. Психофізіологічні стани, пов'язані з позитивними емоціями, припускають високий ступінь ритмічності. У той же час спостерігається і зворотна залежність; ритмічна дезорганізація призводить до негативних порушень у роботі організму. (Кузьмін Ю.[]).

Ритм відіграє важливу роль у життєдіяльності організму: у збереженні гомеостазу, підтримці його на оптимальному рівні, у координуванні діяльності всіх органів, збереженні синхронності їх роботи. Ритміка складає сутність будь-яких повторюваних людських рухів, вона пов'язана з біосоціальною природою людини. (Шеповальніков А., Цицерошин М., Апанасіонок []).

Надзвичайно велике значення ритму надавали Венгер Л.[] ; Винарська О. [] ; Ричкова Н.[] та ін., які визначали, що розвиток моторики, зорово-рухової координації, емоційної сфери і мовлення тісно пов'язано з процесом становлення почуття ритму, сприяє гармонізації психічного розвитку дітей.

Бернштейн Н.[] підкреслював тісний зв'язок між ритмічною здатністю і вищими психічними функціями, діяльністю і поведженням людини. Ритмічна здатність, що формується, є засобом просторово-тимчасової організації рухів, діяльності і поведження дитини

Відомо, що розвиток мовлення нерозривно пов'язаний з розвитком *темпо-ритмічної* здатності. Розвиток почуття ритму координує діяльність мовленнєвого периферичного апарату.

Звучне мовлення являє собою «потік» звуків, що поєднуються у слова, синтагми, речення. Для об'єднання звуків у такі одиниці, членування мовленнєвого потоку забезпечуються спеціальними фонетичними, ритміко-інтонаційними або супрасегментними засобами. У мовленні таких явищ декілька. Це чергування наголошених і ненаголошених складів, моментів мовчання та мовлення, низхідної та висхідної інтонації; рівномірність проходжень логічних наголосів тощо. Усе це - фонетичні аспекти ритму.

Будь-яке вимовлене повідомлення містить у собі серії *наголосів*. Кожен склад у повідомленні несе визначений ступінь виділення, послідовність цих наголосів створює ритм або ритмічний малюнок (Михайлов В.[] ; Златоустова Л. [] ; Потапов В. []).

Ритм як періодичність, що відчувається в звуковій послідовності в потоці мовлення, навіть віршованої, рідко буває абсолютно правильним або

рівномірним, оскільки повторення ритмічних одиниць відбувається не через абсолютно рівні відрізки. (Марузо Ж. []). Особливості формування *ритмічної здатності* є одним з найважливіших складників просодики.

Під час формування усного мовлення ритм керує інтонаційною структурою і тим самим співвідноситься з просодикою. Ритм створюється комплексом просодичних одиниць у їхньому взаємозв'язку і є *компонентом просодики* як поняття більш широкого, до складу якого входить уся система наголосів — від словесного до різноманітних значеннєвих. У процесі породження мовлення ритм керує просодикою, організує її, тому інтонаційні одиниці, як одиниці комунікативно-значомі, які співвідносяться з ритмічними одиницями, тобто фонетичне слово, синтагма, речення є ритміко-інтонаційними одиницями (Черемісіна-Єніколопова Н. []; Іванова-Лук'янова Г. []).

Для аналізу рівнів організації значеннєвого сприйняття важливо підкреслити принципову різницю між рівнем акустичної (сенсорної) і рівнем перцептивної (значеннєвої) обробки, хоча рівень сенсорного кодування і перцептивного декодування представляє єдиний процес складної обробки вхідного мовленнєвого сигналу (Зинченко П. []) відзначає, що сенсорний рівень представляє необхідну основу процесу сприйняття. Однак К.Бюхер [] стверджує, що складній структурі ритму відповідає структурно складна сенсорна здатність, що формується в онтогенезі не відразу як цілісна система, а поетапно. Почуття ритму формується шляхом засвоєння сенсорних ритмічних еталонів, що відбувається на основі процесів рухового моделювання і подальшої інтеріорізації і згортання моторних ланок цього процесу [Є.Хомська, Л.Цветкова та ін.]

Н.Бернштейн у первісному розгорнутому процесі орієнтованого рухового моделювання ритмічної структури визначає послідовність основних періодів: період аритмічних безладних рухових реакцій; період рівнометричних рухів, що відображують акцентовані звукові елементи;

період відтворення в рухах основного ритмічного відношення, що відображує початкову стадію відтворення структури задачі в цілому; період засвоєння ритму.

Перші три періоди є підготовчими до четвертого — періоду адекватного відтворення ритмічної структури. У результаті чого дитина стає здатною адекватно відтворювати цілісну ритмічну структуру.

Рухова (тимчасова) форма ритмічності — руховий ритм впливає на розвиток необхідних для мовленнєвої діяльності рухів, організує їх, сприяє засвоєнню і реалізації артикуляційної програми в потрібному темпі.

Почуття ритму має три основних компоненти, що при мовленнєвих порушеннях недосконалі:

- почуття темпу — здатність до сприйняття і відтворення темпу проходження опорних звуків;
- почуття метра — здатність до сприйняття і відтворення акцентованих і не акцентованих звуків;
- почуття ритмічного малюнку — здатність до сприймання і відтворення відносин тривалості звуків і пауз.

Один з перших видів ритму, з яким знайомиться дитина, — музичний ритм (заколювання перед сном, наспівування колискових пісень).

Звуковисотний слух складається з перцептивного компонента, або мовного почуття, і репродуктивного компонента. Для дітей дошкільного віку характерний досить високий рівень розвитку перцептивного компоненту, що виявляється у впізнаванні знайомих мелодій. Слухове сприймання різних за силою акустичних сигналів, їх висоти і часу протікання тільки незначною мірою визначає здатність до відтворення акцентів. Провідну роль відіграють такі фактори, як об'єм артикуляційних рухів, здатність до відтворення кінестетичних вербальних дій. Репродуктивний компонент або здатність відтворення дошкільниками, а потім школярами мелодійних, звуковисотних

відносин складається покомпонентно і поступово [І.Торсуєва, Л.Чистович та ін.]. Ритмічна організація мовленнєвого потоку пов'язана з темпом.

Темп (довжина, тривалість) як компоненти інтонації характеризують відносну швидкість вимови окремих слів у синтагмі або «однієї синтагми стосовно іншої» (Зиндер Л.[]).

Темп або швидкість мовлення — процесуальна характеристика мовлення, що зумовлена спадкоємними механізмами (швидкістю протікання нервових і психічних процесів, наприклад розумових), формується під час індивідуального розвитку у взаємодії з оточенням (Манєров В.[]).

Доцільно розрізняти темп мовлення розгорнутого висловлювання, фрази, синтагми (мовленнєвого сегмента) і фонетичного слова.

У поняття тимчасової організації тексту поряд з темпом відзначається і паузація, інтонаційне членування, ритм і ін.

Бондарко підкреслював, що темп української синтагми визначається цілим рядом факторів: індивідуальними звичками промовця, темповим діапазоном стилю вимови даного фрагмента в залежності від змісту, підказується темпом складання слів у синтагму і співвідносним розміром синтагм у межах речення. Темпова структура синтагми залежить від значеннєвої ролі складових її слів. Взаємозв'язок темпових характеристик складових синтагми слів дозволяє говорити про темпову структуру синтагми. Суть цього взаємозв'язку в тому, що в межах синтагми темп майже не змінюється (деяким уповільненням характеризується лише синтагматичний центр).

Як зазначалося вище, темп тісно пов'язаний з ритмом: тимчасова ізохронність, однакова довжина одиниць звучного мовлення - одне з найважливіших умов існування ритму (Шунтовар.А. 1972).

Провідними лінгвістами [Бондарко Л. , Гордіна Н.[]; Бризгунова Є. []; Зиндер Л.[]; Уиколаєва Т. []; Черемісіна Н. []; Светозарова Н.[]; Торсуєва І.] досліджено, що найбільш значущим компонентом просодики визнається

мелодика мовлення — зміна частоти основного тону на всьому протязі синтагми.

В українській мові специфіка мелодійних структур визначається залежністю тонального контуру від ритміки слова і від нормативного розташування слів і синтагм (Олійник Г.[], Плющ Н.[]). Мелодика фіксує підвищення-зниження тону. Така звукова організація мовлення органічно пов'язана зі змістом висловлювання. Розрізняють види мелодики: оповідальна — зниження голосу на останньому наголошеному складі, питальна — підвищення голосу на слові, яке є змістовним центром питання, оклична — свідчить про емоційне спонукання.

Розрізняють три види мелодики:

Тембр, як компонент просодики визначається як додаткове фарбування звучання, що повідомляє мовленню різні емоційно-експресивні відтінки (Черемисіна Н. []). Тембр, як і яруси тону, — це пара лінгвістичний компонент інтонації, як правило, що не допускає (на сучасному етапі розвитку інтонології) власне лінгвістичної інтерпретації, але досить значущий для практики мови.

Темброві характеристики є результатом таких артикуляційних змін, що не впливають на фонемні розходження звуків і є ведучою особливістю емоційних реалізацій інтонаційних конструкцій [].

Розглядаючи тембр в артикуляторном аспекті, Цеплитіс Л. [] виявив чотири варіанти суперсегментних тембрів, реалізованих через активізацію визначених частин артикуляторного апарата: гіперлабіалізований, характерний для вираження ніжності; делабіалізований, для вираження злості, гніву; передньооральний, характерний для реалізації жарту; ларингеальний, для передачі болю, страждання.

Не менш важливим складником просодики є *наголос*, в основі якого лежить інтенсивність, сила звуку. Наголос або акцент належить до надсегментної одиниця мовлення. Наголос в українській мові виконує

подвійну функцію. По-перше, він об'єднує звукові комплекси в окремі слова. По-друге, наголос виступає як засіб розрізнення слів та слівформ. Наголос в українській мові вільний і рухомий, тобто може падати на будь-який склад і під час змінювання слова пересуватися. [Т.Тоцька].

Для мовленнєвого інтонування значущий змістовний та логічний наголос. За визначенням Токаревої О.[] наголос характеризується за: тривалістю наголошеного голосного, силою звуку, з якою виділяємо наголошений склад, особливої тембровою якістю наголошеного голосного, який вимовляється чітко, з більш визначеним артикулюванням, висотою тону, яка виділяє наголошений склад.

За допомогою фразового та синтагматичного наголосу можна виділити у складі речення або синтагми яку-небудь частину висловлювання, більш важливу, інформативну для комунікації [І.Блінов].

Виділити можливо будь-яку частину висловлювання, у залежності від того, що необхідно підкреслити. Така участь інтенсивності в оформленні висловлювання пов'язана з *логічним наголосом*. [Л.Бондарко, О.Реформатський, Л.Щерба].

В українській фонетиці вимова логічно виділеного слова супроводжується збільшенням внутрішньо глоткового тиску, збільшенням частоти основного тону [Л.Потебня] та довжини інтонаційного центру вимови.

За визначенням Л.Щерби особливості логічного наголосу — в особливій семантиці й у специфіці виділення акцентованого слова. Логічним визнається значеннєвий наголос, максимально сильно акцентоване, чітко виділене інтонаційно (силою і значним інтервалом висоти тону в порівнянні зі звичайним словесним наголосом) і виконуючу функцію виділення «психологічного присудка». Позиція логічного наголосу залежить від планованого промовцем змісту висловлення: у залежності від

комунікативного завдання логічним наголосом може бути виділене будь-яке слово речення.

Бризгунова А. [], аналізуючи співвідношення компонентів просодики затверджує, що логічний наголос оформлюється в мовленні сполученням названих вище компонентів, оскільки на логічних центрах голос змінюється за висотою, силою, темпом, тембром.

Важливим у межах нашого дослідження є той факт, що просодика використовується для вираження *емоційного стану* промовця, його відносини до змісту мовлення. Н.Черемісіна зазначає, що інтонаційне вираження відношення до повідомлення або до адресата є проявом емоційно-експресивної функції інтонації. Основними засобами позначення емоційно-експресивних відтінків українського мовлення служать тембр і мелодика, рідше — емпатичний і значеннєвий наголос і темп [В.Алякринський, В.Кожевніков та ін..]

За спостереженням Торсуєвої І.[], механізм прояву емоцій у мовленні складається не у свідомому вживанні особливих засобів мовлення, а в тому, що деяким структурам властива передача емоцій разом з основною інформацією. Інтонація кожної фрази є результатом взаємодії багатьох факторів, найбільш важливі з яких: комунікативна установка промовця, відображення їм ситуації спілкування, універсальні фізіологічні основи виробництва мовлення.

Національно специфічними для української мови є не функції і не просодичні засоби (як акустичні, фізичні параметри звучної мови), а своєрідні інтонаційні конструкції. [Багмут А. , Бровченко Т. О., Борисюк І. В., Олійник Г].

Л. Бондарко [] виділяє декілька факторів, що визначають поведження всіх компонентів інтонації: «...важливим є місце головного наголосу в синтагмі: саме в цьому місці відбувається сама значна зміна мелодики: зниження або підвищення. Сам напрямок зміни визначається типом інтонації (оповідання, питання, незавершена інтонація, вигук).

Вміння дітей сприймати в мовленні емоційну інформацію в мовленні, передану засобами інтонації, спеціально вивчалось в роботах Корневої Т.[]; Морозової В.[]; Дмитрієвої Є.[]; Зійцева К.[]. До чотирьох років у дітей виявляється емоційно перцептивний елемент мелодійного слуху, до семи років виявляється правильне розуміння емоційно значущої інформації, переданої інтонаційними засобами.

У ряді досліджень [Г.Рожкова , Н.Віт] знаходимо дані, що вказують на «стягування» емоцій в основні групи мовленнєвому позначенні й у «зони» під час їх впізнання за мовленнєвою інтонаційною виразністю. У зоні високого впізнання знаходяться стійкі інтонаційні структури, що відповідають вираженню емоційних станів загального характеру. В.Морозов визначає, що утруднення виникають у процесі впізнання емоційних станів, що мають більш складну структуру і особистий характер. Найбільше визнаються інтонації горя, страху, гніву, подиву, радості, які відпрацьов у той час як емоційно нейтральні фрази розпізнаються гірше.

У результаті системного аналізу просодії, як фонологічного феномену ми визначили значущі та інформативні у межах нашого дослідження такі складові просодичного компоненту мовлення, як ритмічна здібність, темпова організація мовлення, логічний наголос, мелодичне оформлення фрази, емоційно-темброве забарвлення.

1.2. Розвиток просодичної сторони мовлення в онтогенезі.

Особливості формування мовлення визначаються у послідовному оволодінні дитиною системою рідної мови та механізми, які лежать у основі формування мовної специфічності.

Терміном онтогенез мовлення прийнято позначати весь період формування мовлення людини від перших мовленнєвих актів до того стану, коли рідна мова стає повноцінним засобом спілкування та мислення.

[Жукова, О.Мастюкова, Т.Філічева]. У нашому дослідженні цей термін використовується для позначення періоду динамічного розвитку дитини, який починається з появи до мовленнєвих вокалізацій і триває до становлення розгорнутого фразового мовлення. Становлення просодичного компоненту мовлення є одним з аспектів оволодіння звуковою стороною мови.

Багато авторів у своїх дослідженнях відзначають, що перший рік життя є дуже важливим для розвитку тих систем мозку та психічної діяльності, які пов'язані з формуванням мовлення. (Белякова Л.[], Д'якова О.[]; Давидович Л.[]). Засвоєння дитиною рідної мови проходить за певною послідовністю дозрівання нервовом'язового апарату органів артикуляції.

Дитина народжується з готовими до функціонування органами артикуляції. Але проходить довгий підготовчий період, перш, ніж вона зможе вимовляти звуки мовлення (Семенова К.[]; Мастюкова О.[], Смуґлін М.[]).

Цейтлін С.[] відзначає, що спочатку дитина контактує з оточуючими, використовуючи експресивно-мімічні засоби, які відображують його емоційний стан. Вони служать для передачі позитивного або негативного повідомлення. Експресивно-мімічний засіб спілкування дорівнює за значенням з жестами. Окремо або у сполученні з іншими засобами він присутній у спілкуванні будь-якого віку. [Л.Лепська, Н.Лисіна, Г.Тонкова-Ямпольська].

Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини у перші тижні життя вже характеризує стан тих природжених нервових механізмів, які будуть використовуватися під час становлення мовлення. Крик здорової дитини характеризується дзвінким та гучним голосом, коротким вдихом та подовженим видихом.

Вже одразу після народження крик відображає різне інтонаційне забарвлення у залежності від стану дитини. Так, крик „голоду” відрізняється від крику, який пов'язаний з охолодженням дитини або іншим станом

дискомфорту. Крик є першою *просодичною реакцією*, значущою за своїм комунікативним змістом, яка у подальшому оформлюється як сигнал невдоволення.

З двох місяців спілкування у дитини відбувається за допомогою погляду та перших мімічних рухів, потім дитина починає усміхатися та виконувати рухи руками. До 2-3-місяців життя крик дитини значно збагачується *інтонаційно*. З цього віку дитина починає все більш реагувати криком на припинення спілкування з ним, вилучення яскравих предметів з поля зору та таке інш. Нерідко діти реагують криком на Perezбудження. Особливо перед сном.

За спостереженнями Журби Л.[], Мастюкової О. [] у віці 2-3 місяців диференційованість емоцій дитини проявляється інтонаційною виразністю голосових реакцій і початковими елементами адекватних реакцій на інтонацію зверненого до дитини голосу.

Інтонаційне збагачення крику свідчить про те, що у дитини починає все більш формуватися функція спілкування.

В перші місяці у дитини найбільш інтенсивно розвиваються слуховий, зоровий та рухово-кінестетичний аналізатори. Багато дослідників вказують на те, що домінуючою природженою формою діяльності є рухлива. Доказано, що процес сенсорного розвитку, у тому числі і сприймання мовлення, здійснюється за участю рухливих імпульсів (Кольцова М.[]). Розвиток рухів у дитини розглядається як фактор стимуляції лепету та мовлення. Період інтенсивного інтонаційного збагачення співвідноситься з етапом розвитку моторики. Дитина починає утримувати голову вертикально, розтискати та стискати пальці, утримувати вкладений у руку предмет. У той же час дитина починає прислуховуватися до звуків мовлення, знаходити зором джерело звучання, повертає голову, зосереджує свою увагу на обличчі, вустах дорослого.

У 2-3 місяці життя з'являються специфічні голосові реакції – гуління. До них відносяться звуки кряхтіння, радісного верещання. Їх ще не можна індефікувати зі звуками рідної мови. Але, можливо виділити звуки, які нагадують голосні (*a, y, e*), більш легкі в артикуляції; губні приголосні (*п, м, б*), зумовлені фізіологічним актом смоктання, та задньоязичні (*г, к, х*), пов'язані з фізіологічним актом ковтання.

За думкою Якобсона Я.[], засвоєння сукупності голосних звуків або вокалізмів починається з широкого голосного, потім вузький голосний починає протиставлятися широкому голосному, а ще через деякий час виникає система з 3-х голосних, що і складає вокальний мінімум у живих мовах світу: А, І, У.

Період гуління буває особливо довгим у момент емоційного спілкування з дорослими. Дитина уважно дивиться в обличчя людини, яка розмовляє з нею. Якщо у цей момент міміка та інтонація дорослого радісна, то діти чітко повторюють мімічні рухи та відтворюють голосові реакції.

Між 4-м і 5-м місяцями життя починається наступний етап домовленнєвого розвитку дитини – лопотіння. Цей період співвідноситься з формуванням у дитини функції сидіння. У період звуків лопотіння з'являється ознака вокалізації та структурної організації складу. Голосовий потік, характерний для гуління, починає розпадатися на склади, поступово формується психофізіологічний механізм складоутворення. [Є.Бризгунова, Т.Ніколаєва, Н.Светозарова].

Гуління та перший етап лопотіння, за висновками Белякової Л.[], відтворюються завдяки природженим програмам центральної нервової системи, не залежать від стану фізичного слуху дітей і не відображають фонетичної будови рідної мови, тобто вони є філогенетичною мовленнєвою пам'яттю у функціональній системі мовлення.

На першому році життя йде дифузна обробка координування фонаторно-дихальних механізмів, яка є основою формування усного мовлення.

Саме у лопотанні (6-7місяців), за висновками Горелова І.[], з'являються перші специфічні *просодичні* риси оточуючого дитину мовлення. З'являються ритмічні повторення складів: *ей-йа, ба-ба, дя-дя, а-тять* та інші. Мовленнєве лопотання є ритмічно організованим і тісно пов'язане з ритмічними рухами дитини. Відтворюючи рухливі дії у дорослого на руках вона дитина багато разів повторює ритмічний малюнок складів. Цей ритм символізує архаїчну фазу мовлення, що і пояснює його ранню появу у мовленнєвому онтогенезі [С.Цейтлін].

Так закладається та формується імітаційне наслідування мовленнєвого звучання: *тону, ритму, темпу, мелодики, тембрового забарвлення*. З розвитком словесного мовлення ці компоненти будуть підкорятися слову, фразі. Розвивається здібність не просто слухання звуків, але і сприймання звучного мовлення.

Подальший розвиток мовлення пов'язано з обов'язковим мовленнєвим (слуховим) та зоровим контактом з дорослою людиною, тобто необхідним є перш за все збереження слуху та зору. У процесі спілкування з дорослими вимова одних звуків та звукосполучень стає більш постійним та дедалі більш засвоюється, вимова інших поступово гальмується. Розвивається *відображуюче лопотіння* – повторювання за дорослим, тобто власна мовленнєва активність. За звуковим оформленням лопотіння все більше наближується до оточуючих звуків (Давидович Л.[]).

У цей період розвитку у дитини починає формуватися власна мовленнєва онтогенетична пам'ять. Поступово у дитини завдяки слуховим зворотним орієнтаціям формується фонетична система рідного мовлення.

За думкою Винарської О. , у першому півріччі життя дитина засвоює національну специфіку емоційно-виразного вокалу рідного мовлення. Особливість материнського українського мовлення, його співучість з підкресленим виділенням голосних наголошених складів, сприяють появі саме основних алофонів голосних, які є наголошеними. Тембри цих алофонів

(**О, І, У, Є, О, И**) мають особливе значення для комунікації емоційних станів. **А, І, У** та **Е**-тембри більш яскраво виражають емоції різних ціннісних зон.

Ніякий вплив не буває одностороннім, тобто і дитина впливає на комунікацію дорослого, наприклад, дорослий говорить з дитиною іншим „тоном”, ніж з дорослим. З самого народження дитини між ним та матір'ю встановлюється емоційний контакт, а у мовлення матері емоції по відношенню до дитини виражаються перш за все у *просодичному оформленні*, яке дитина починає засвоювати раніше, ніж сегментні звукові засоби мовлення. І, перш за все важливу роль у активному оволодінні просодики грає імітація, а лопотіння та власне мовлення виникає в основному у моменти емоційного під'єму. Мовленнєва активність дитини у цьому віці ситуативна, тісно пов'язана з предметно-практичною діяльністю дитини та суттєво залежить від емоційної участі дорослого у спілкуванні, тобто застосовуванні дорослими компонентів просодики. Висловлювання дитиною слів супроводжується, як правило, *жестами та мімікою*.

Після року розвиток мовлення йде швидко. Дитина все більше і більше вимовляє усвідомлених звукосполучень, слів, які складаються з одного-двох складів. Значення слів все ще може варіювати у залежності від ситуації та емоційних хвилювань дитини. Виникає потреба дитини у мовленнєвому спілкуванні у зв'язку з різними видами його діяльності. У малечі з'являється бажання не тільки узнати, що це за предмет, але і що з ним можливо робити, для чого він потрібен. Дитина у процесі спілкування просить, наказує, вимагає та повідомляє. Якщо дорослі не підтримують звертань дитини, то заглушується сама вимога у спілкуванні, затримується розвиток активного мовлення.

Ведучим у процесі фонації дитини є збереження акту дихання. Дихальні рухи (вдих і видих) здійснюються у точній послідовності і регулюються дихальним центром довгастого мозку (Бадалян О []).

Результати дослідження тимчасового компонента *просодики* показали, що у порівнянні темпів мовлення дітей і дорослих відзначається більш повільний темп у мовленні дітей, причому в емоційно нейтральних висловленнях він відповідає повільному темпу в мовленні дорослих, а в емоційно забарвлених - істотно повільніше, ніж в мовленні дорослих. Повільний темп у мовленні дітей пов'язаний зі збільшеною відносною тривалістю наголошених і ненаголошених голосних і приголосних. У вимові дітей 2-4 років відсутні деякі закономірності, які визначаються в мовленні дорослих: темп висловлювання не залежить від кількості фонем і складів висловлювання. Тенденція до обумовленості темпу висловлювання його комунікативним типом намічається у віці близько 4 років.

Аналіз літератури з питання розвитку просодики в онтогенезі дозволив зробити висновок про те, що у дослідників немає єдиного погляду у визначенні термінів становлення просодики та послідовності формування її компонентів. Однак більшість дослідників-лінгвістів визнають, що у дітей старшого дошкільного віку з нормальним мовленнєвим розвитком просодична сторона мовлення у цілому виявляється сформованою, а відтворення компонентів просодики наближується до еталонів мовлення дорослих [А.Максаков, Тонкова-Ямпільська Г. Яровенко О].

1.3. Механізм та структура порушень просодичної площини при дизартріях .

Аналіз спеціальної літератури (О. Винарська, Г. Гуровець, С. Маєвська, О. Приходько та ін.) свідчить про стійку тенденцію зростання кількості дітей дошкільного віку з порушеннями усного мовлення, особливо дизартрій. Основним механізмом порушення при дизартрії є неспроможність забезпечити реалізацію мовленнєво-рухових

програм, внаслідок органічного ураження ЦНС (Л. Бадалян, О. Винарська та ін). У дітей частота дизартрії перш за все пов'язана з частотою перинатальної патології (ураженням нервової системи плоду та новонародженого). Серед причин важливе значення мають асфіксія та родова травма, ураження нервової системи при гемолітичній хворобі, інфекційних захворюваннях нервової системи, черепно-мозкових травмах, інколи – порушеннях мозкового кровообігу, пухлинах головного мозку, пороках розвитку нервової системи тощо. Призвести до дизартрії може несумісність за резус-фактором, а також вплив інфекційних захворювань нервової системи у перші роки життя дитини [Грищенко В.І., Щербина М.О., Мерцалова О.В.].

Зазвичай дизартрію діагностують в симптомокомплексі дитячого паралічу [Ейдінова М. [], Правдіна-Винарська Є. [], Мастюкова О. [], Семенова К. [], Токарева О. [], Іполітова М. [], Данілова Л. [], Журба Л. [], Махмудова Н. [], Пулатов О. [], Бадалян Л. []]. Мінімальні прояви дизартрії у дітей досліджено недостатньо. Механізми та структура порушення просодичного компоненту мовлення визначаються вивченими не в повному обсязі. Це, насамперед, зумовлює варіативні підходи діагностики та корекції без урахування мікропроявів порушень складників просодики у дітей означеної патології і знижує ефективність її подолання.

У сучасний період стерта форма дизартрії – одне з мовленнєвих порушень, яке більш частіше зустрічаються у дітей дошкільного віку. Стерта форма дизартрії – не яскраво виражене порушення, зумовлене недостатністю інервації органів артикуляції становить особливі труднощі для диференційної діагностики та корекції. У роботах, присвячених дизартрії, вказується, що клінічні особливості порушення мовлення, ступінь їх проявів залежать не тільки від важкості мозкового ураження, але і від локально-діагностичних ознак. Ступінь дизартрії може бути легким, стертим. У літературі сучасних та закордонних авторів з цієї проблеми зустрічаються лише фрагментарні довідки. Ейдінова М. [] та Правдіна-Винарська О. [], описуючи випадки

змазаної вимови підкреслювали, що у їх основі лежать порушення артикуляції, які зумовлені легкими, остатніми розладами інервації. Ці стерті, легкі порушення зі сторони черепно-мозкових нервів можуть бути встановлені у процесі довгого, динамічного спостереження, під час виконання ускладнюючих завдань. Для виявлення таких випадків необхідне комплексне обстеження з заохоченням вузьких спеціалістів: невропатологів, гастроентерологів та інших.(Поваляєва М. []). не яскраво вираженні мозгові порушення можуть призвести до виникнення стертої форми дизартрії, яку слід розглядати як ступінь прояву даного мовленнєвого дефекту. (.Журба Л.[], Мастюков О.[]; Лопатіна Л. []).

Соботович Є.[] та Чернопольська А.[] у своїх дослідженнях підкреслили, що при деяких порушеннях звуковимови має місце вибіркова неповноцінність окремих м'язів язика та губ, що викликано однобічними парезами лицьового – VII пара та під'язичного – XII пара черепно-м'зових нервів. Ці автори також відносять такі випадки до стертих форм дизартрії. Питання діагностики та виявлення стертих форм дизартрії, а саме бокового сигматизму, ретельно висвітлені у роботах Сизової О.[] яка розглядає неврологічні основи цього дефекту та приходять до висновку, що такого роду порушення вимовлювання зумовлені ураженням центральної нервової системи та є розладами дизартричного порядку. Вибіркова неповноцінність різних частин язика та інших органів артикуляції призводить до стертих форм псевдобульбарної дизартрії.

Дослідження неврологічного статусу дітей зі стертими формами дизартрії виявило окремі відхилення у нервовій системі, (за визначенням Гуровець Г.[] та Мастюкової С. []), яке виявляється у формі не різко визначеного, а саме одностороннього гемісиндрому. Паретичні симптоми спостерігаються і в артикуляційній мускулатурі.

У випадках порушення функції під'язичного нерву відзначається відхилення язика у сторону парезу, обмеження рухів середньої частини

язику. Під час під'єму кінчика язика середня частина його швидко відхиляється сторону парезу, зумовлюючи виникнення бокового струменя повітря. У частини дітей визначалися порушення функції язико-глоточного нерву. У цих випадках ведучими у симптоматиці порушень були розлади фонації, поява назалізації, спотворення та відсутність задньоязичних звуків, розлади всієї просодичної сторони мовлення.

Незважаючи на те, що дослідженням і вивченням етіології і симптоматики легких форм дизартрії, механізмів розвитку порушень і методів їх корекції у різні роки займалися багато авторів: Архіпова О. [], Стеніна Н. [], Бєлова-Давід Р. [], Гуровець Г., Маєвська С. [], Данілова Л. [], Лопатіна Л. [], Серебрякова Н. [], Мартинова Р. [], Соботович Є. [], Чернопольська А. [], Тарасун В. [], Пахомова Н. [], Сорочинська Т. [], Позднякова Л. [] у сучасній логопедії немає єдиного термінологічного підходу до визначення цього мовленнєвого розладу. В даний час співіснують поняття стерта дизартрія, „м'яка, легка” дизартрія, дизартрічний компонент, мінімальний дизартрічний синдром, мінімальні дизартрічні розлади, мінімальні прояви дизартрії, легкий ступінь дизартрії. Можливо, це пов'язано з існуючою актуальною проблемою пошуку та вдосконалення більш ретельного вивчення структури та механізму легких проявів дизартрії. Ці поняття ми вважаємо тотожними, оскільки всі вони відображують наявність мікросимптоматики, яка характерна для дизартрії.

Існують також різні думки, щодо чіткого пояснення поняття „стерта дизартрія”. Більшість дослідників (Семенова К. [], Мастюкова О. [], Смуглін М. [], Соботович Є. [], Чиркіна Г. [], Гуровець Г. []) розуміють під стертою дизартрією такий ступінь виразності дизартричного розладу, при якому відзначається парціальна неврологічна мікросимптоматика, визначаються парези окремих м'язових груп, що викликають порушення звуковимови і просодії, дисфонію, назалізацію.

У дослідженнях останніх років (Лопатіна Л., Серебрякова Н. []) стерта дизартрія розглядається як складний синдром церебрально-органічного генезу, що „виявляється в неврологічних, мовленнєвих і психологічних симптомах”.

На нашу думку, найточнішим, найбільш вдалим терміном, який чітко визначає структуру дефекту та складові компоненти за данній мовленнєвій патології, є таке трактування стертої дизартрії - як мовленнєвий розлад центрального генезу, що характеризується комбінаторністю багатьох порушень процесу моторної реалізації мовленнєвої діяльності: артикуляції, голосу, дихання, міміки, мелодико-інтонаційної сторони мовлення. Дослідники Мартинова Р.[], Кареліна І. [] також відзначають, що у випадках стертої дизартрії розлади звуковимови сполучаються з порушеннями дихання, фонації, просодії.

Оскільки у структурі мовленнєвого дефекту при стертій дизартрії визначається порушення просодичного компоненту мовлення, ми проаналізували дані щодо порушень формування просодики у дітей з означеною патологією.

Більшість дослідників визначають, що вже у ранньому віці (1-3 місяці) у дітей з дизартрією спостерігаються порушення диференціацій емоційних реакцій, їх фрагментарність. Це зумовлено локальними порушеннями мімічної, голосової та дихальної мускулатури [Л.Журба, О.Мастюкова, В.Лебединський, О.Нікольська та ін..]

З появою справжнього співочого гуління у 3-6-ти місячному віці у дитини відбуваються якісні зміни психомоторного розвитку. У дітей з дизартрією інтонаційна виразність мовлення характеризується одноманітністю звукових комплексів. Дослідження К.Семенової та Н.Махмудової визначають, що крик дітей з дизартрією монотонний, нетривалий, швидко виснажуваний, голос слабкий, низький. У 6-9-ти місячному віці відбувається становлення інтегративних та сенсорно-ситуаційних зв'язків, починається активний

розвиток розуміння зверненого мовлення, виявляється готовність до наслідування та розширення діапазону звукових та інтонаційних комплексів. У дітей з нормальним розвитком ці процеси виражаються у появі белькотіння, його збагачення новими звуками, інтонаціями. Порушення інервації артикуляційної моторики призводить до патологічних реакцій на звернене мовлення, які визначаються у бідності емоційного забарвлення звукових комплексів. [Н.Жукова, М.Іполітова]. У 9-12-ти місячному віці при нормальному розвитку емоційні прояви дитини стають більш різноманітними та виразними. У дизартриків диференційовані мимічні та інтонаційно-виразні голосові реакції розвинуті недостатньо. У подальшому у таких дітей визначаються порушення просодичної сторони мовлення, діти не можуть регулювати гучність голосу та темп мовлення, не змінюють голос за висотою та тембром [О.Мастюкова].

Вибіркові дані про порушення просодичної сторони мовлення при стертії дизартрії вказують багато авторів: Мартинова Р.[], Соботович Є.[], Чернопольська А. [], Позднякова Л.[], Лізунова Л.[], Архіпова О.[], Лопатіна Л.[], Серебрякова Н. [], Кареліна М. [] визначають, що вимова дошкільників, що страждають легким ступенем дизартрії, характеризується змазаною артикуляцією звуків, що особливо яскраво виявляється у потоці самостійного мовлення. При цьому їх мовлення стає монотонним, маловиразним. Лопатіна Л.[], Серебрякова Н. [] вказують на недостатньо визначені основні інтонації: оповідальна, питальна, оклична. Відтворення питальної інтонації викликає у дітей значні труднощі.

Ретельне логопедичне обстеження дошкільників, за висновками Кареліної І.[] виявляє, що у дітей зі стертою дизартрією часто діагностуються порушення темпу мовлення: в одних він сповільнений, у інших - прискорений. При швидкому - тривалість звучання голосних у складах значно знижується аж до елімінації, а при уповільненому — збільшується, відбувається подовження складу. Дані особливості позначаються на

загальному звучанні мовлення: у першому випадку вона стає зайво квапливою, у другому - зайво розтягнутою. Усе це ускладнює розуміння мовлення дитини, спілкування з ним (Кожевніков В. [], Чистович Л. [], Алякринський В. []).

Структура дефекту просодичної сторони мовлення при стертій дизартрії визначається голосовими розладами, оскільки саме голос є інструментом, що забезпечує емоційність і виразність мовлення, його порушення негативно впливають на комунікативні процеси, на формування нервово-психічного статусу і загального мовленнєвого розвитку дитини.

Усі рухи гортані пов'язані з рухами мовлення, піднебіння і нижньої щелепи, тому у дітей із псевдобульбарною дизартрією легкого ступеня голосові й артикуляційні розлади найчастіше взаємозалежні і взаємозумовлюють один одного (Алмазова О. [], Вільсон Д. [], Ляпідевський С. [], Шаховська). При порушенні інервації м'язів гортані голос стає слабким, тихим, швидко виснажується. При гіпотонії м'язів голосового апарату вібрація голосових зв'язок порушується, тому сила голосу слабшає. У рідких випадках підвищений тонус м'язів гортані внаслідок прояву екстрапірамідної недостатності призводить до спастичного скорочення м'язів голосового апарату дітей, при якому іноді цілком виключається можливість вібрації голосових зв'язок (Алмазова О. [], Вільсон Д. [] та ін.).

Крім того, у дошкільників з легким ступенем псевдобульбарної дизартрії спостерігаються порушення тембру голосу, що виявляються в основному у вигляді зниження його дзвінкості (Мастюкова О. [], Іполітова М. [], Соботович Є. [], Чернопольська А. [] та ін.). Вони зумовлені, по-перше, екстрапірамідною недостатністю, а по-друге, залежать від особливостей протікання нервових процесів, емоційного і фізичного стану дітей. У дошкільників з перевагою процесу гальмування голос, як правило, низький, тихий, погано модульований. При домінуванні процесу збудження голос стає

високим, голосним, крикливим, що іноді зривається на фальцет. (Вільсон Д.[]).

Тому, у нашому дослідженні важливим є виявлення особливостей порушень у використанні основних складових просодичного компоненту, оцінка стану сформованості просодичного компоненту на рівні сприймання та відтворення засобів просодичної площини у дітей з різними клінічними формами стертої дизартрії.

Для нашого обстеження інтерес представляв аналіз стертих форм дизартрії за класифікацією Соботович Є. та Чернопольської О.[], яка вперше була запропонована вітчизняними дослідниками ще у 1974 році, але досі не враховувалася і не використовувалася у роботі практикуючих фахівців.

Ми вважаємо за необхідно удосконалити дану класифікацію висновками про стан порушення просодичної сторони мовлення у дітей зі стертими формами дизартрії.

Висновки до першого розділу.

Вивчення теоретичних проблем дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією й аналіз науково-методичної літератури дозволили дійти таких висновків:

- Просодика є предметом дослідження лінгвістів, психолінгвістів, психологів та логопедів і розглядається як сукупність мелодико-інтонаційних засобів спілкування, відіграє важливу роль у здійсненні комунікативної функції мовлення.

- Дослідження складових просодичного компоненту мовлення у практиці логопедії визначається недостатніми і несистематизованими.

- Наявні у спеціальній літературі дослідження проблеми порушення мовлення в дошкільників зі стертою дизартрією в основному

відображають особливості стану звуковимови, вживання граматичних категорій, лексичних засобів мовлення, залишаючи поза увагою такий важливий компонент мовленнєвої діяльності, як просодика. Недостатньо розробленим є питання діагностики просодичних порушень. Описані окремі методичні прийоми, але немає відомостей про діагностичну методику, що дозволяє об'єктивно оцінювати стан просодики у дітей зі стертою дизартрією.

Отже, виникає необхідність удосконалення корекційно-логопедичної роботи, спрямованої на формування просодичного компоненту мовлення у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРИЄЮ.

2.1. Мета, завдання та організація констатувального експерименту.

Проблеми профілактики та ранньої реабілітації патології мовлення дітей на Україні, зокрема внаслідок органічних уражень мозку, набувають особливої актуальності як у наданні психолого-педагогічної допомоги таким хворим, так і щодо подальшої соціальної адаптації їх у суспільстві. Складним розділом медико-психолого-педагогічної реабілітації є відновлення порушень моторних та мовленнєвих розладів у дітей зі стертою формою дизартрії. (О. Архіпова [], Л. Лопатіна [], О. Приходько). Провідними при цій патології є різноманітні мовленнєво - рухові розлади, що проявляються у різних формах дизартрій, основними клінічними ознаками яких є порушення артикуляції та просодичного компонента мовлення. З метою підвищення рівня мовленнєвого розвитку дітей зі стертими дизартріями особливого значення набуває пошук інноваційних методів та засобів, які реалізували б напрямки, визначені в «Концепції державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку» та «Концепції стандарту спеціальної освіти дітей дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку» (Тарасун,Соботович Є. []).

У зв'язку з пошуками оптимальних шляхів якісного розвитку просодичного боку мовлення у старших дошкільників зі стертою формою дизартрії , для підвищення ефективності корекційно-розвивальної роботи з зазначеною категорією дітей та одержання вихідних даних про реальний стан компонентів просодики, особливості й типові помилки під час вивчення окремих її складників, можливості виконання завдань дітьми враховуючи клінічні форми стертої дизартрії нами був проведений констатувальний експеримент, у якому використаний порівняльний аналіз результатів обстеження стану сформованості просодичної сторони мовлення старших дошкільників зі стертими формами дизартрії та дошкільників без мовленнєвої патології.

Спираючись на проаналізовані теоретичні та визначені у першому розділі складові просодичного компонента мовлення, ми розробили зміст діагностичної методики вивчення стану сформованості просодичних компонентів мовлення, враховуючи вікові параметри та форму дизартрії.

Розробка методики констатувального експерименту була здійснена з урахуванням фундаментальних положень психології, логопедії, нейропсихології, які є методологічною основою дослідження: учення про роль мовлення в психічному процесі, про мозкову організацію мовленнєвого процесу; положення про цілісність мови як системи та сучасні наукові уявлення про структуру мовленнєвого-рухового дефекту при дизартрії.

Під час розробки методики констатувального обстеження ми спиралися на сучасні лінгвістичні та нейролінгвістичні уявлення про просодіку, як багатокомпонентне, супрасегментне явище експресивного мовлення. (О. Бризгунова [1]), М. Жинкіна [2], Н.Светозарова [3], О.Лурія [4]). Для нас просодика – це система взаємопов'язаних супрасегментних компонентів, які виконують у мовленні різні функції, тобто комунікативну та емоційно-експресивну. Порухення складників просодичного компонента мовлення виявляється як у несформованості окремих компонентів, так і комплексно. Це негативно впливає на організацію та якість мовленнєвого спілкування, формування комунікативної компетентності дошкільників, розвиток їх емоційної сфери. У зв'язку з цим необхідним було оцінити стан різних складових просодичного компонента у дошкільників зі стертою дизартрією, а також виявити ступінь порушення просодичного оформлення мовлення в цілому, встановити наявність взаємозв'язку або взаємозумовленості порушень різних складових просодичного компонента.

У спеціальних дослідженнях (Соботович Є. [5], Лопатіна Л. [6], Копачевська Л. [7], Приходько О. [8], Сорочинська Т. [9]). доведено, що у структурі порушень у дітей зі стертою дизартрією визначаються різноманітні мовленнєві порушення і просодичних елементів висловлювання. Однак, ці висновки

носять більш загальний характер, не розкриваючи особливостей просодії з урахуванням усіх її складників під час обстеження дітей з дизартрічними проявами (Панченко І., Іполітовою М.[], Мастюковою Є.[], Дедюхіною Г.[], Лопатиною Л.[]; Копачевською Л.[], Сорокіною Т.[], Артемова Є.[] та інш.).

Метою дослідження було вивчення стану сформованості складників просодичного компонента мовлення (емоційно-темброве забарвлення, ритмічну здатність, темпову організацію мовлення, логічний наголос, мелодичне оформлення фрази) у дошкільників з різними формами стертої дизартрії, а також визначення впливу ведучої сенсорно-перцептивної модальності на засвоєння просодичного боку мовлення у дітей означеної мовленнєвої патології..

Відповідно до поставленої мети було сформульовано **завдання**:

Здійснити ретельний диференційно-діагностичний аналіз стертих форм дизартрії у дітей старшого дошкільного віку, які досі не виокремлювалися вченими.

- Розробити діагностичну методику вивчення стану сформованості просодичних компонентів мовлення, враховуючи вік та форму дизартрії
- Вивчити та проаналізувати стан сформованості компонентів просодики у групах дітей зі стертою дизартрією у порівнянні з дітьми контрольної групи.
- Визначити провідний канал сенсорно-перцептивної модальності у дітей зі стертими формами дизартрії.

Відбір та модифікацію методик ми визначали з урахуванням мети та завдань власного дослідження.

Діагностико-експериментальна робота здійснювалася з урахуванням відповідних загальних та спеціальних **принципів**::

- принцип *онтогенетичний*, який використовується з урахуванням послідовності розвитку компонентів мовленнєвої системи в онтогенезі;
- принцип *комплексності* під час проведення дослідження забезпечив можливість спиратися на медичну, психолого-педагогічну документацію

(висновки лікарів-фахівців та обстеження, проведене фахівцями суміжних професій - психолог, музичний керівник, арттерапевт, вихователь);

- принцип *динамічного вивчення*, який дозволив вивчити особливості просодичного компонента в динамиці розвитку дитини;

- принцип *продуктивності*, який передбачає підбір адекватних завдань з метою виявлення особливостей розвитку компонентів мовленнєвої системи дітей зі стертою дизартрією;

- принцип *гнучкості*, який допускає зміни організаційних умов проведення дослідження під час здійснення індивідуальних заходів до дітей;

- принцип *онтогенетичний*, який використовується з урахуванням послідовності розвитку компонентів мовленнєвої системи в онтогенезі.

- принцип *індивідуального підходу*, який полягав в ретельному вивченні кожної дитини зі стертою формою дизартрії.

Обраний вік – старший дошкільний вік 5-6-ти років – визначив підбір відповідного дидактичного матеріалу, форм та прийомів роботи.

До експериментального дослідження було залучено 204 дитини старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії. З метою порівняльного аналізу було залучено 90 дітей старшого дошкільного віку з нормальним мовленнєвим розвитком. Експериментальне дослідження було проведено на базі Одеського СДНЗ «Ясла-садок» № 193 компенсуючого типу, спеціальних дошкільних закладів комбінованого типу №№ 174, 248 (м. Одеса), № 2 (м. Білгород-Дністровський), № 3 (м. Южне), № 11 (м. Херсон), СДЗ № 591 для дітей з ДЦП (м. Київ).

2.3. Методика вивчення просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Спираючись на проаналізовані теоретичні та визначені складники просодичного компонента мовлення ми розробили зміст діагностичної методики вивчення стану сформованості просодичного компонента мовлення, враховуючи вік, форму дизартрії та провідний канал сенсорно-перцептивної

модальності.

Констатувальний експеримент проводився у III етапи: діагностично-проектувальний, оцінюючо-аналітичний, організаційно-планувальний.

I етап – діагностично-проектувальний складався з двох основних змістовних блоків: анамнестичного та диференційно-діагностичного.

II етап – оцінювально-аналітичний складався з функціонального та просодичного блоків. Кожен з блоків включав відповідний зміст для дослідження стану сформованості кожного зі складників просодичного компонента мовлення.

III етап – організаційно-планувальний, що включав урахування функціональної готовності організму дитини до сприймання матеріалу завдань з визначенням провідного каналу сенсорно-перцептивної модальності.

Для об'єктивного аналізу результатів дослідження та інтерпретації отриманих в ході обстеження даних були виділені критерії отримання оцінки та розроблена бальна шкала від 1 до 5 балів.

Передбачалося оцінювання стану сформованості просодичного компонента мовлення у дітей старшого дошкільного віку порівнево:

- Достатній рівень (5 балів) – дитина самостійно і правильно виконує запропоновані завдання, чітко керується інструкцією, правильно виконує завдання.

- Задовільний рівень (4 бали) – дитина виконує завдання з незначною допомогою дорослого.

- Середній рівень (3 бали) – дитина виконує завдання лише з постійною емоційною підтримкою, підказкою.

- Низький рівень (2 бали) – дитина виконує завдання тільки з дорослим, після багаторазового повторення та пояснення, швидко втомлюється та втрачає бажання працювати.

- Елементарний рівень (1 бал) – дитина відмовляється від виконання завдань зі значними помилками навіть за умов дозованої допомоги.

На **I етапі** констатувального експерименту вивчалися історії розвитку дітей, здійснено аналіз медичних карток, враховано висновки фахівців-лікарів, використаний метод експрес-анкетування, бесіди з батьками. Ці данні забезпечили можливість урахування наявності/відсутності органічного ураження ЦНС, неврологічної мікросимптоматики, глибше дослідити психомовленнєвий дизонтогез, встановити причини виникнення мовленнєвих розладів.

У спеціально розроблених мовленнєвих картках ми включили, як обов'язковий, неврологічний статус дитини за даними обстеження лікаря-психоневролога Українського науково-дослідницького інституту медичної реабілітації та курортології міста Одеси к.м.н. В. Бусової за нашої участю і включенням проб, запропонованих Є. Соботович, О. Чернопольською, І. Кареліною, Л. Лопатіною, О. Приходько [].

Висновки психоневролога містили данні про зміни у руховій сфері, що є ведучими проявами патології центральної нервової системи, про стан рефлексів, черепно-мозкових нервів, дослідження чуттєвої сфери, результати електроенцефалографії, ехографії, аудіографічних досліджень, висновки лікаря-гастроентеролога.

Усі діти мали висновки фахівців про нормальний стан фізичного слуху й інтелектуальний розвиток відповідно до вікових норм.

Паралельно проводилося логопедичне обстеження, як етап диференційно-діагностичного обстеження з метою визначення ступеня та якості порушення звуковимовної сторони мовлення і наявних ознак різних форм стертої дизартрії.

II етап констатувального експерименту передбачав перш за все вивчення стану органів дихання, тому що саме дихання є «енергетичною базою голосу». (Бекер К., Совак М.[]) Функціональний блок передбачав початкове обстеження функції дихальної системи у стані спокою. У процесі обстеження відзначалися глибина і швидкість вдиху, плавність і тривалість видиху,

визначався переважний тип дихання. Дихальні рухи грудної клітки, черевного преса і верхнього плечового поясу спостерігалися візуально.

При оцінюванні індивідуальних особливостей дихальної системи визначалися типи дихання: грудний (реберний костальний), черевний (абдомінальний), грудочеревний (реберно-діафрагмальний, костоабдомінальний).

При костальному диханні спостерігається рух у верхніх відділах грудної клітини, м'язів черевного пресу і діафрагми майже нерухомі. Вдих напружений, навантаження приходиться на м'язи плечового поясу і верхньої частини грудей, при цьому навколо глотки виникають напруга, що несприятливо впливає на мовлення. При такому типі дихання порушується дихальне забезпечення мовлення.

При абдомінальному диханні рухи відбуваються тільки в нижніх відділах грудної клітки, верхній і середній відділи пасивні. Вдихів і видихів виробляється при сильній участі діафрагми.

Костоабдомінальний тип дихання відрізняється активною роботою всієї дихальної мускулатури. Під час вдиху, якщо дитина лежить, черевна стінка повинна підніматися вгору, а якщо сидить або стоїть - висуватися уперед. На видиху живіт втягується. Цей тип дихання є найбільш правильним, фізіологічним, менш виснажувачим, а тому створює найбільш сприятливі умови для роботи голосового апарату. Під час визначення особливості дихальної системи у дітей з важкими порушеннями мовлення фіксують дослідження типів дихання та видів дихання (носове або ротове) (Антипова А.[]). Тому у нашому дослідженні ми включили завдання з визначення балансу резонування.

Дослідження стану органів дихання, голосоутворення.

Цей функціональний блок включав 4 основні напрями обстеження:

1) *Дослідження глибини вдиху*, яке проводилося на апараті «TRIFLO II» фірми Sherwood, ефективність застосування якого доведена в дослідження

Орлової О.[], Сорокіної Т.[], Артемової Є[]. Даний прилад складається з трьох з'єднаних між собою порожніх трубок, усередині яких розташовані різнокольорові кульки. До апарату прикріплена м'яка трубка з мундштуком. Різна сила видиху викликає рух однієї, двох або трьох кульок і, таким чином дає можливість дитині зорво контролювати силу видиху. Дитині пропонувалося зробити вдих, при цьому вона бачила, як піднімаються кульки. Підняття кожної кульки визначало тип дихання:

- однієї - верхньореберному диханню (600мл),
- двох – середньореберному (900мл),
- трьох - нижньореберному (1200мл).

За матеріалами цього завдання також з'ясувалося вміння дитиною диференціювати вдих і видих.

Діти не завжди під час проведення експерименту підіймали кульки на фіксовану висоту, тому проміжні результату ми теж зараховували.

Таблиця 1

Показники кількісно-якісного оцінювання глибини вдиху

Кількісні	Якісні показники
1 балів	життєвий обсяг легенів 600 мл
2 бали	життєвий обсяг легенів 700 – 800 мл
3 бали	життєвий обсяг легенів 900 мл
4 бали	життєвий обсяг легенів 1000 – 1100 мл
5 бал	життєвий обсяг легенів 1200 мл в більш

2) Дослідження сили повітряного струменя

Під час дослідження ми використовували дитячий повітряний млин. Дитині давалася інструкція подути на млин так, щоб голівка весело закрутилася. Після кожної вдалої спроби іграшку відсували на 5 см. Після того, як дитина не змогла «закрутити» млин три рази підряд, фіксувалася попередня відстань від дитини до млина. У залежності від матеріалу та висоти посібника ми розробили адекватні показники відстані від дитини до «Млина». (Див. дод.)

Таблиця 2

Показники кількісно-якісного оцінювання сили повітряного струменя

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	менше 10 см
2 бали	15 – 20 см
3 бали	20 – 35 см
4 бали	35 – 40 см
5 бал	більше 40 см

3) Вивчення цілеспрямованості повітряного струменя

Для дослідження цілеспрямованості повітряного струменя ми використовували свічку, яку розташовували на різну відстань (ближче – далі), а також сховану картинку, до якої була прикріплена розрізана на тонкі полоси серветка. Дитині пропонувалося задати свічку, а потім побачити сховану картинку. Щоб полоси серветки рівномірно з обох сторін відхилилися, дитина повинна дихнути рівно посередині. Це є тестом правильного виконання завдання. Важливим було те, що у дітей під час виконання завдання виникав жвавий стимулюючий інтерес побачити картинку і діти виконували завдання із задоволенням.

Таблиця 3

Показники кількісно-якісного оцінювання цілеспрямованості повітряного струменя

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	розсіяний струмінь повітря
2 бали	виконанню завдання перешкоджає відсутність довільності артикуляційних рухів
3 бали	виконання завдання з 2-3 спроби
4 бали	при виконанні завдання відзначаються супутні рухи, занепокоєння
5 бал	виконання обох завдань з першої спроби, без напруги рук або м'язової мускулатури

4) Визначення гіпо- та гіперназального резонансу

Використовувався метод, запропонований. Дитині пропонувалося вимовити одне і теж речення, у якому були відсутні носові звуки (наприклад: Корова

їсть траву. Вася їсть кашу. Клава сідає на стілець) двічі: з відкритими і закритими носовими ходами. При нормальному функціонуванні піднебінно-глоткового затвору звучання було однаковим. При наявності гіперносового резонансу він буде збільшуватися під час закриття носових ходів.

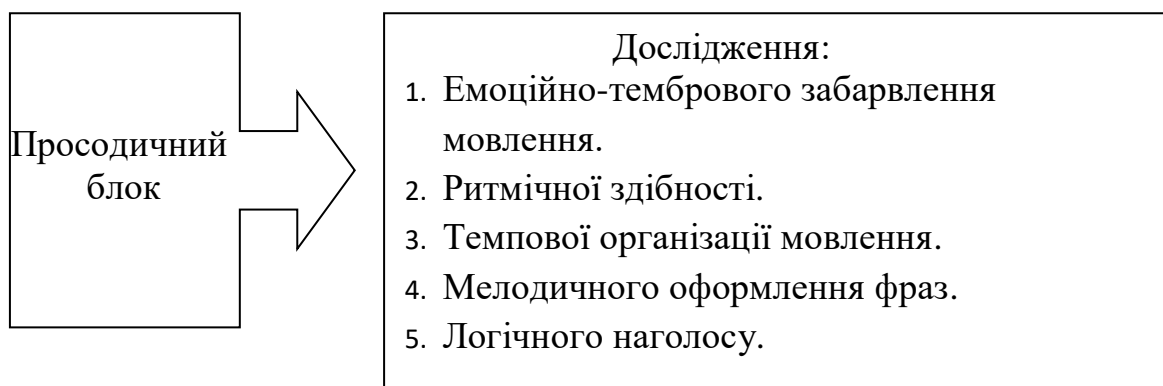
Під час визначеної гіпоназалізації „м” звучить як „б”, „н” або „д”. При нормальній піднебінно-глотковій функції закриття носових ходів викликає гіперназальний глотковий резонанс, речення звучать однаково; але при справжній гіпоназалізації закриття ніздрів не впливає на резонанс.

Таблиця 4

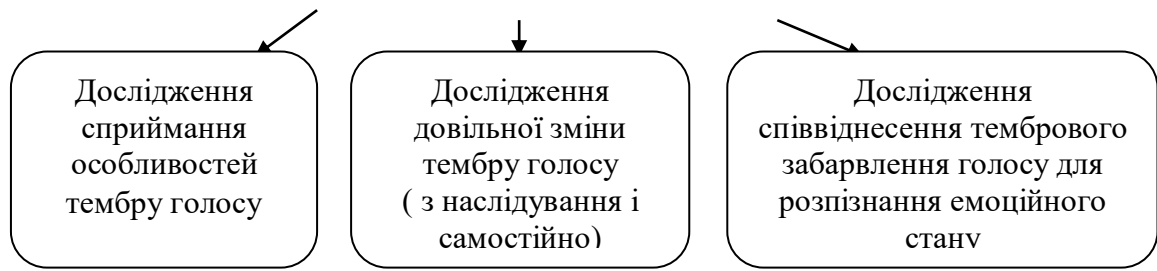
Показники кількісно-якісного оцінювання гіпо- та гіперназального резонансу

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	комбінація гіпо- та гіперназалізації
2 бали	гіперназалізація або гіпоназалізація
3 бали	помірна назалізація
4 бали	незначна назалізація
5 бал	звучання фрази не змінювалося

Просодичний блок **II оцінювально-аналітичного етапу** експерименту включав дослідження 5 складників просодичного компонента мовлення: емоційно-тембрового забарвлення, ритмічної здібності, темпової організації мовлення, логічного наголосу, мелодичного оформлення фраз.



1. Дослідження емоційно-тембрового забарвлення мовлення у дітей.



За визначенням багатьох авторів (Мاستюкової О.[], Архіпової Є.[], Лопатиної Л.[], Кареліної І.[], Колпак Т.[], Позднякова Л.[]) у дошкільників зі стертою дизартрією порушуються первинні *тембральні якості голосу*, такі, як придиханість, здавленість, приглушеність, хрипкість. Ми вважаємо, що ці порушення пов'язані з недостатністю фізичних властивостей голосу: недостатнього змикання голосових складок, зайвої напруги м'язів гортані та задньої частини язика у дітей з псевдобульбарною спастичною та змішаною формами стертої дизартрії, наявністю назального відтінку, як наслідок гіпотонічного стану м'якого піднебіння і притиснення піднебінної фіранки до задньої стінки зів' у дітей з псевдобульбарною паретичною стертою дизартрією.

У нашому дослідженні вивчення тембра голосу передбачало виявлення можливості дитини до сприймання та відтворення емоційних станів, тому що просодичні компоненти мовлення є одними з центральних засобів вираження емоційного стану партнерів з комунікації, які впливають на дитину. (Багмут А., Бровченко Т., Борисюк І., Олійник Г.[]))

Вивчення емоційності мовлення, давало можливість одержати багатий матеріал з опису та класифікації тембрів і значень, які виражені саме тембральними характеристиками.

Дослідження проводилося в ігровій казковій формі. Казковий матеріал не тільки цікавий і повчальний для дітей, але і дає можливість кожній дитині відчувати себе одним з героїв, є стимулом заговорити голосом того або іншого

персонажу: грубим, тонким, високим, дзвінким, спокійним, схвильованим та т. ін. Досліджувалося:

- особливості тембральних якостей у дітей з різними формами стертої дизартрії;
- володіння голосовими можливостями дітей;
- вміння розпізнавати на слух тембр голосу та співвідносити його зі змістом висловлювання;
- здатність змінювати голос відповідно до запропонованих вимог та ситуацією;
- здатність передати голосом емоційні хвилювання та почуття героїв;
- здатність співвідносити темброве забарвлення голосу із зоровим зображенням емоційних станів.

1) Під час дослідження сприймання та розуміння тембральних якостей голосу вивчалось вміння розпізнавати на слух тембр голосу та співвідносити його зі змістом висловлювання.

Мовленнєвим матеріалом був фрагмент авторської казки «У човні»(Дод.), адаптований для виконання запропонованих завдань. У тексті казки утримувалися «слова-підказки», які характеризують зовнішній вигляд, характеристику персонажів, що знайшли відображення у тембровому забарвленні голосу під час вимови речень від їх особи.

Попередньо дітей ознайомили з сюжетом казки, як наглядний посібник було використано ляльковий театр, кольорові картинки із зображенням сюжетів казки.

Дитині пропонувалося прослухати фрагмент вже знайомої йому казки, що містить «слова-підказки», які дозволяють уявити зовнішній вигляд та характер персонажів. Потім дитині пропонувалося прослухати магнітофонний запис чотирьох речень, які вимовлені від імені трьох героїв казки зі зміною тембрового забарвлення голосу. Речення вимовлені від імені чотирьох персонажів казки зі зміною тембру голосу, який відповідає зовнішньому

вигляду тварин. У процесі бесіди дитина повинна визначити відповідність тембрового забарвлення голосу характеристиці кожного персонажу.

- „Хто там сидить у маленькому човнику?“ (Тембр: дуже високий, дзвінкий).
- „Хто там сидить у маленькому човнику?“
(Тембр: високий, але не такий дзвінкий).
- „Хто там сидить у маленькому човнику?“
(Тембр: середньої висоти, повільний, спокійний).
- „Хто там сидить у маленькому човнику?“
(Тембр: низький, хрипкий, грубий).

Інструкція: «Зараз я прочитаю вже знайому тобі казку про тварин, які гойдалися у маленькому човнику. Послухай уважно, як говорять тварини і спробуй впізнати, хто це говорить: мишеня, кішка або кабан?»

Питання до дитини:

- Кому з героїв казки належав перший (другий, третій) голос?
 - Уяви кожну з тварини, подумай і скажи: який у кожної тварини голос?
- Якщо виникали труднощі під час відповідей дітей, пропонувалося додаткове питання:
- Які слова у казці підказують, яким повинний бути голос у кабана (кішки, цуценя, мишеня)

Таблиця 5

Показники кількісно-якісного оцінювання сприймання та розуміння тембральних якостей голосу

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	відмовлення від відповіді, невиконання завдання
2 бали	неправильна відповідь, неправильно визначив різницю у звучанні речень навіть з опорою на «слова-підказки» тексту
3 бали	частково правильна відповідь при допомозі експериментатора: повторенні завдання та питань, привертання уваги дитини до «слів-підказок»;
4 бали	частково правильна відповідь при мінімальній допомозі експериментатора, повторенні завдання і питань
5 балів	дитина правильно без додаткових питань і роз'яснень визначила різницю вимови речень

2) Дослідження довільної зміни тембру голосу

Досліджувалося вміння дітей змінювати тембр голосу за зразком та самостійно. Для цього дітям нагадували фрагмент казки «У човні», використаний у першій серії завдань. Дітям пропонувалося прослухати магнітофонний запис чотирьох речень, які були вимовлені від імені чотирьох героїв казки зі зміною тембру голосу.

▪ „Я дуже хочу погойдатися і поплавати у човнику”.

(Тембр: низький, хрипкий, грубий).

▪ „Я дуже хочу погойдатися і поплавати у човнику”.

(Тембр: середньої висоти, повільний, спокійний).

▪ „Я дуже хочу погойдатися і поплавати у човнику”.

(Тембр: високий, дзвінкий).

▪ „Я дуже хочу погойдатися і поплавати у човнику”.

(Тембр: дуже високий, дзвінкий)

Після прослуховування речень, які вимовлялися від імені героїв казки, дітям пропонувалося повторити їх зі зміною тембрового забарвлення голосу за зразком. Потім дитині пропонувалося самостійно повторити речення, змінивши тембр голосу відповідно до характеристик персонажів казки.

Інструкція: «Слухай мене уважно. Я говорю голосом мишеня, а ти повтори так само. А тепер я говорю голосом кішки. І ти так само повтори. Скажи речення голосом цуценя, бика».

Таблиця 6
Показники кількісно-якісного оцінювання довільної зміни тембру голосу

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	відмовлення від відповіді
2 бали	дитина не зуміла змінити тембр голосу з наслідування та самостійно
3 бали	дитина зуміла передати голосом зміну тембру тільки при виконанні завдання з наслідування
4 бали	дитина зуміла передати голосом зміну тембру при повторенні виконання завдання
5 балів	дитина змінює тембр голосу відповідно характеристиці персонажу казки самостійно

3) *Дослідження співвіднесення тембрового забарвлення голосу для розпізнавання емоційного стану*

Метою цього дослідження було виявлення вміння дітей розуміти емоційний стан людини, а також співвідносити слухове сприймання тембрового забарвлення мовлення з зоровими зображеннями, які характеризують різні емоції. Використовувалися сюжетні картинки (10 штук) із зображеннями різних емоційних ситуацій та магнітофонний запис 10 по-різному інтонованих висловлень. У завданні використовувалась «Абетка емоцій». Перед дитиною розкладалися 5 картинок. Паралельно давався запис однієї фрази. Дитині пропонувалося один раз прослухати речення, яке було прочитане тоном, що відповідає змісту й основній думці висловлення, потім пропонувалося відшукати, де намальована людина, що сказала те, що він тільки що почув. Після цього картинка, яку дитина правильно упізнала замінюється іншою. Якщо у дитини виникали труднощі, питання, то завдання повторювалися. Якщо й у цьому випадку дитина не могла дати відповідь, пропонувалося додаткове запитання, пояснення.

Таблиця 7

Показники кількісно-якісного оцінювання співвіднесення тембрового забарвлення голосу для розпізнавання емоційного стану

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	правильно співвіднесені 1 ситуація або дитина відмовилася від виконання завдання
2 бали	правильно співвіднесені 2, 3 ситуації
3 бали	правильно співвіднесені 4 - 6 ситуацій
4 бали	правильно співвіднесені 7 — 9 ситуацій
5 балів	правильно співвіднесено 10 ситуацій

2. Дослідження ритмічної здібності

Дослідження **ритмічної здібності** передбачало вивчення слухового аналізу ритмів (особливо проби на виявлення кількості ударів). Їх виконання припускало свідому, довільну мовленнєву дію з визначення кількісної

структури ритмічної групи. Успішне виконання завдань можливо лише при достатній сформованості сукцесивного аналізу та синтезу (Тарасун В.[]), а також і слухової пам'яті (Поварова І.[]). Завдання на трансформацію звукового ритму не припускало участі мовлення, усвідомлення кількісної структури і виконання завдань здійснювалося на мимовільному рівні.

У дослідженні було використано ритмічні серії, до складу яких входили як прості (чергування невеликої кількості ударів з короткими і довгими проміжками), так і більш складні серії, що відповідали ритмічним малюнкам фраз різного віршованого розміру — двохстопному, трьохстопному дактилю та хорею. Вивчення особливостей сприймання та відтворення ритму здійснювалося як у мовленнєвому так і у не мовленнєвому плані. До завдання ми включали дослідження стану слухомовленнєвої моторної координації.

Дослідження ритмічної здібності



1) *Сприймання та відтворення звукових ритмів* ми обстежували за модифікованою методикою О.Лурія. Дитині пропонувалося слід за експериментатором прослухати та відтворити серію ритмічних ударів, розділених довгими та короткими паузами. Серії поступово подовжуються та ускладнюються за структурою. Зразки ритмів: (два удари, через коротку паузу — один, довга пауза — один удар, коротка пауза — два удари).

// /, / //; /// /, / ///, // //; // ///, /// //; /// ///, // ///, /// //; та ін.

Потім відтворюються акцентовані серії ударів.

/, /,, /, /,

/,, /,, /,, /,, де /- акцентований удар, ,- удар без акценту, ;- пауза;

Інструкція:

- "Слухай уважно, я буду плескати у долоні, ти зроби так само. Скільки сильних ударів ти почув?" (слухове сприйняття ритмів).
- „Подивись і скажи, скільки раз я стукала по столу”.
(зорове сприймання ритмів).
- „Подивись уважно і постукай стільки раз, скільки паличок тут намальовано”. (Трансформація зорово-просторової схеми у звуковий ритм).

Фіксується необхідність повторних відтворень ритмічних груп, точність сприймання та відтворення слухових образів (акцентованих груп), труднощі символізації ритмічного ряду у структуру інших модальностей.

Таблиця 8

Показники кількісно-якісного оцінювання сприймання та відтворення звукових ритмів

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	завдання не виконує
2 бали	труднощі виконання завдання навіть при багаторазових поясненнях
3 бали	завдання виконується при багаторазовому повторенні, додатковими поясненнями
4 бали	завдання виконується правильно з другого пред'явлення
5 балів	завдання виконуються без помилок

2) Під час дослідження *сприймання та відтворення ритмічних малюнків з одночасним мовленнєвим супроводом* ми використовували комбінацію однакових складів та комбінації складів, які відрізняються приголосними та голосними звуками.

Експериментальним матеріалом були наступні ритмічні комбінації:

та'та/та'та	та'та/та'та/та'та
та'тата/та'тата	та'тата/та'тата
ту'та/ту'та	ту'та/ту'та/ту'та
ту'тате/ту'тате	ту'тате/ту'тате
ка'па/капу	ка'па/ка'па/ка'па

Дитині пропонувалося прослухати кілька серій складів з різним місцем розташування акцентування і визначити місце наголошеного складу в серії, повторити ланцюжок складів спочатку за зразком, а потім самостійно, виділивши голосом заданий склад.

Інструкція:

- «Слухай уважно і повтори склади так само, як я».

Якщо виникали труднощі, дітям пропонувалися додаткові інструкції:

- «Слухай уважно, як я буду вимовляти склади. Який склад я вимовила гучніше? Скажи так само».
- «Слухай уважно, я буду називати (2,3,4) склади. Вимовляй так само, вимовляй гучніше 2,3,4 склади».

Таблиця 9

Показники кількісно-якісного оцінювання сприймання та відтворення ритмічних малюнків з одночасним мовленнєвим супроводом

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	завдання не виконує
2 бали	труднощі відтворення комбінацій будь-яких складів
3 бали	відтворення дітьми комбінацій тільки однакових складів
4 бали	діти відтворювали комбінації запропонованих складів та комбінації складів, що відрізняються голосними звуками
5 балів	діти правильно з першого разу відтворювали запропоновані комбінації однакових складів та комбінації складів, що відрізняються приголосними та голосними звуками

3) Під час дослідження *ритмізованого мовлення (символізація ритмічних структур)* дітям пропонувалось назвати предмети навколишнього оточення, виділяючи наголосом кожен голосний звук у слові, синхронізуючи проголошення складу та удар долонею (або олівцем) по столі, або кількістю кроків.

Інструкція: відстукай олівцем слово „ма-ти, ма-ши-на”тощо.

Таблиця 10

Показники кількісно-якісного оцінювання ритмізованого мовлення

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	відмовлення від відповіді
2 бали	неправильна відповідь, дитина неточно визначила кількість та якість пред'явлених груп ритмічних ударів слів навіть після допомоги
3 бали	несамостійна відповідь дитини, тільки після повторного роз'яснення та виконання завдання з наслідування
4 бали	дитина виконала завдання після повторного пред'явлення матеріалу дослідження
5 балів	дитина правильно визначила та відтворила кількість пред'явлених ритмічних структур слів

3. Дослідження особливостей темпової організації мовлення.

Оскільки **темп**, як компонент просодики є супрасегментним засобом мовленнєвої діяльності (Цеплітіс Л.[], Щерба Л.[], Жинкін М.[], Поварова І.[]), ми досліджували його не тільки як акустичну, фізичну характеристику (властивий дитині прискорений або повільний темп мовлення), а і темпову організацію, що є основою будови фразового мовлення.

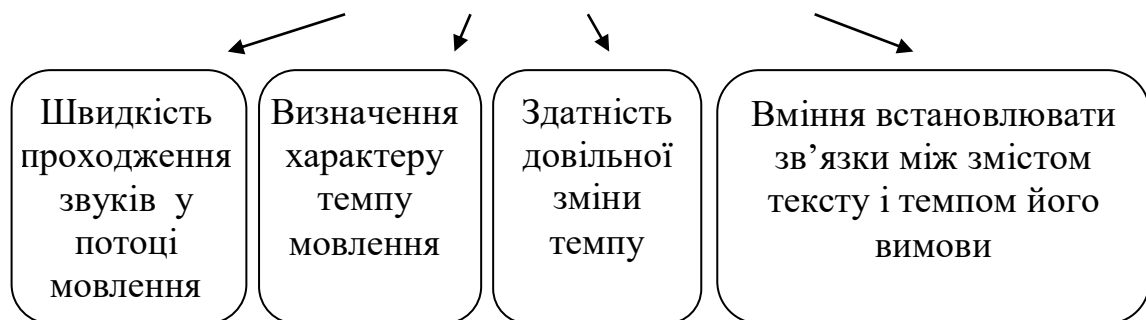
За визначенням Ніколаєвої Т.[], темпоральні характеристики мовлення виконують не тільки важливу функцію тимчасової організації сегментних і супрасегментних засобів у звуковому потоці, але і несуть велике і різноманітне навантаження. Темп передає значення більш (менш) важливого в звучному мовленні і з усіх просодичних засобів є найбільш індивідуальним.

За визначенням Тураєвої З.[], кожен текст має темпоральну структуру, яка визначається як «мережа відносин, що пов'язує мовні елементи, які включаються в передачу тимчасових відносин і об'єднані функціонально і семантичною спільністю». На важливість формування вміння дітьми зі стертою дизартрією встановлювати зв'язки між змістом тексту і темпом його вимови вказує і Лопатіна Л.[].

За еталон виміру темпу мовлення була прийнята кількість складів, вимовлених в одиницю часу. Для цього мовлення дитини при ознайомлювальній бесіді

записувалося на магнітофон, потім дослідник робив обчислення кількості складів, які вимовлялися дитиною за хвилину. Визначався абсолютний темп мовлення без обліку перерв у звучанні (пауз). Такий вибір був визначений наявними в літературі існуючими даними про склад, як про справжню, не умовну одиницю мовлення, найбільш рівномірну величину, менш усього різну за тривалістю (Батура С.[],Бондарко Л.[]). Враховувалося три види темпу: *нормальний* (середній, природній); *швидкий* (перевищуючий середній, прискорений); *повільний* (нижче середнього, сповільнений). Під час даного дослідження використовували модифіковані серії завдань, запропонованих Родіоною Ю.[]

Дослідження темпової організації мовлення.



1) Під час дослідження *швидкості проходження звуків у потоці мовлення* дітям пропонувалося виконання наступних завдань:

- спонтанне мовлення дитини; повторення слід за експериментатором речень;
- переказ невеликої розповіді, запропонованої експериментатором; для кращого засвоєння до тексту додавалася серія сюжетних картинок, проводилася бесіда за його змістом.
- читання добре знайомого вірша.

Таблиця 11

Показники кількісно-якісного оцінювання швидкості проходження звуків у потоці мовлення

<i>Кількісні показники</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	менш 2 або більш 5,5 складів/ хв..
2 бали	2 – 2,3 або 4,5 – 4,9 складів/ хв..
3 бали	2,4 – 2,7 або 4,1 – 4,5 складів/ хв..
4 бали	2,8 – 3,1 або 3,6 – 4 складів/ хв..
5 балів	3,2 – 3,5 складів/ хв..

2) Друга серія завдань була спрямована на визначення дітьми характеру темпу почутого тексту, речення. Обов'язковим є розуміння семантичної сторони висловлення, тому під час обстеження необхідним було пояснення дитиною відповіді.

З цією метою спочатку дітям давалися сюжетні картинки із зображеними на них тваринами: тигром, кішкою, черепахою, явищами природи: вітер, який з різною силою «нахиляє» дерево. У процесі бесіди з дитиною з'ясувалося, як пересуваються тварини: тигр - швидко, черепаха - повільно, кішка - у нормальному темпі, вітер може бути дуже сильним, може бути повільним, може бути зовсім маленьким, слабеньким. Дитині пропонувалося прослухати текст і визначити характер темпу.

Таблиця 12

Показники кількісно-якісного оцінювання визначення дітьми характеру темпу мовлення

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	привласнюється дітям, що не змогли самостійно визначити темп прослуханого тексту
2 бали	привласнюється дітям, що з допомогою дорослого визначають темп прослуханого тексту, але не пояснюють свій вибір
3 бали	привласнюється дітям, що правильно визначають темп прослуханого тексту, але не пояснюють свій вибір достатньо
4 бали	дітям, що правильно визначили темп і спроможні правильно пояснити його характер, але необхідно було додаткове пояснення експериментатора
5 балів	привласнюється дітям, що правильно визначили темп і спроможні правильно пояснити його характер

3) Під час дослідження *здатності довільної зміни темпу* (прискорення або уповільнення) дітям нагадувалася попередня розповідь про існуючий у природі темп, у доступній формі розказували та пояснювали, що характер людського мовлення може звучати по-різному: швидко, або повільно, нормально, подібно до шелесту трав, шуму прибою, хвиль, руху тварин.

Інструкція:

- «Слухай уважно, як я скажу, і намагайся сказати так само, як я».
- Відображено відтворити слід за експериментатором мовленнєвий відрізок (віршик) з темпом, що змінюється: від повільного до швидкого і навпаки;
- відображено відтворити слідом за експериментатором фразу у швидкому темпі;
- відображено відтворити слідом за експериментатором фразу в повільному темпі.

Таблиця 13

Показники кількісно-якісного оцінювання здатності довільної зміни темпу мовлення

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 балів	привласнюється дітям, які не змінюють темп відповідно до завдання і не користуються допомогою
2 бали	привласнюється дітям, які не здатні змінювати темп відповідно до завдання, але користуються допомогою дорослих
3 бали	дітям, які не здатні з першого разу довільно змінювати темп відповідно до завдання
4 бали	привласнюється дітям, що довільно змінюють темп мовлення, але на менш тривалий час
5 балів	привласнюється дітям, здатними довільно змінювати темп мовлення

4) Під час визначення вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту і темпом його вимови дітям пропонувалося прослухати текст і визначити, у якому темпі необхідно вимовити речення, щоб передати зміст тесту.

Наприклад: На вулиці йде дощ, небо затяглось темними хмарами, маленьке цуценя тихенько шкандибає по калюжах. Миколка стояв біля магазину і дивився на швидкі каплі дощу, що весело стукали по підвіконню. Нарешті він побачив цуценя і швидко побіг рятувати тварину. Незабаром щасливі друзі грілися вдома..... тощо.

Таблиця 14

Показники кількісно-якісного оцінювання вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту і темпом його вимови

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 бал	не впоралися з завданням або відмова пояснень
2 бали	діти не змогли достатньо правильно передати зміст тексту і не пояснювали характер темпу мовлення
3 бали	діти передали зміст тексту правильно, але не змогли пояснити вибір темпу мовлення
4 бали	діти правильно передали зміст тексту, правильно пояснили характер темпу мовлення, але у більшості випадків не змогли пояснити своє рішення
5 балів	діти самостійно змогли передати зміст тексту, правильно пояснили характер темпу мовлення

4. Дослідження сприйняття та відтворення мелодичних малюнків інтонації.

Оскільки **мелодика** є основною просодичною характеристикою мовлення, за допомогою якою відбувається сприймання інформації, під час обстеження ми варіювали різні прийоми та засоби подачі матеріалу дослідження. Для доступності та більшій зацікавленості дітям пропонувалося згадати казку про маленький човник, на якому хотіли покататися тварини, згадати, як вони виражали інтонацію питання, вигуку, оповідання. Потім проводилася бесіда про те, що кожна людина різну інтонаційну характеристику виражає по-різному. Розповідна визначається зниженням голосу на останньому наголошеному складі, під час повідомлення наше мовлення спокійне, повільне, з однорідною силою звучання. Питальна визначає здивування, підвищення голосу на тому слові, яке є змістовним центром питання. Оклична визначає емоційне збудження, радість, впевненість.

З метою підсилення сприймання та розуміння завдань дітям пропонувалися спеціально розроблені сигнальні картки, що:

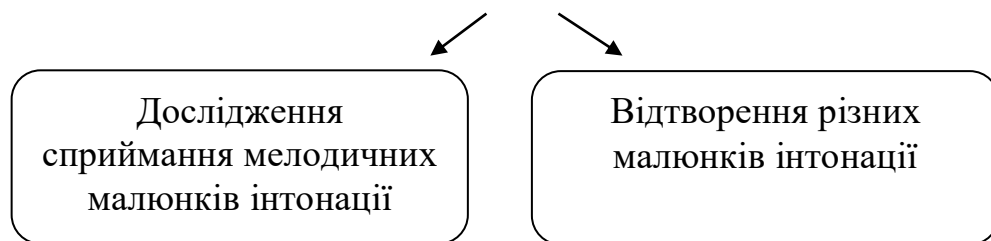
- а) символізують основні типи інтонації (розвідну, окличну, питальну);
- б) відображають мелодичний малюнок у співвіднесенні з кольором.

На 1-ій картці був зображений хлопчик зі спокійним виразом обличчя, руки опущені, що відповідало спокійному оповіданню.

На 2-ій картці був зображений хлопчик з піднятими плечима, бровами, зовнішній вигляд якого відповідав питальній інтонації.

На 3-ій картці був зображений щиро усміхнений хлопчик з піднятими вгору руками. Весь зовнішній вигляд хлопчика зображував захват. Крім того, до кожної картинки ще прикріплювалася кольорова сигнальна картка. Використовувалися жовтий, червоний та зелений кольори. (Див. Дод.).

Дослідження сприймання та відтворення мелодичних малюнків інтонації.



1) Під час дослідження *сприймання мелодичних малюнків інтонації* були підібрані речення, які за мелодійним оформленням співвідносяться основним типам інтонації. Зміст речень, висловлювань співвідноситься рівню знань та можливостей дітей старшого дошкільного віку.

А) Визначення розповідного речення.

Інструкція: «Слухай уважно речення. Як я вимовляю це речення? Яку сигнальну картку ти відбереш? А тепер слухай і якщо почувеш, що я вимовляю речення спокійним, «рівним» голосом підними цю картку №1.

Птахи відлітають у вирій. Ти сьогодні вже обідав?

Які красиві дерева восени! Взимку у зайчика шубка біла.

Марійка малює кудлате цуценя.

Б) Визначення питального речення.

Інструкція: «Слухай уважно речення. Якщо почувеш, що у реченні про щось запитується, підійми картку №2», на якій хлопчик зображений з піднятими угору плечима.

Діти виходять на прогулянку. Хто приніс їжачка в живий куточок?

Дивись, якого м'яча привіз Михайликові батько!

Хто там стрибає між кущами? Де ти був сьогодні вранці?

В) Визначення окличного речення.

Інструкція: «Слухай уважно речення. Якщо почувеш, що речення вимовлено голосно, з радістю, підійми картку №3», що співвідноситься з окличним реченням.

Як добре працювати гуртом! Де живе дятел? Рано встало золоте сонечко. Дивись, дивись, який дивний птах летить! Хто прийшов до нас у гості?

Г) Розрізнення мелодичних малюнків різних типів висловлювання.

Дітям пропонувалося завдання за матеріалами висловлювань різних типів інтонації. Використовувалися розповідні, окличні, питальні речення, які пропонувалися парами. Зміст речень було співвіднесено з рівнем знань та вмінь дітей старшого дошкільного віку та можливістю самостійного створення та розуміння запропонованого матеріалу.

Інструкція: «Слухай уважно речення, підійми картки, які підходять до даного речення»

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| 1. Діти вже поснідали. | Діти вже поснідали? |
| 2. Взимку на дворі холодно? | Взимку на дворі холодно. |
| 3. Завтра буде новорічне свято! | Завтра буде новорічне свято. |
| 4. Дятел живе у лісі? | Дятел живе у лісі. |
| 5. Ти прибіг першим? | Ти прибіг першим! |

Таблиця 15

Показники кількісно-якісного оцінювання сприймання мелодичних малюнків інтонації

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 бал	неправильне визначення і відтворення всіх типів інтонації або відмовлення від виконання завдання.
2 бали	правильне визначення тільки одного типу інтонації
3 бали	нестійкі помилки визначення не у всіх парах інтонаційного типу висловлення;
4 бали	недостатньо самостійне визначення всіх типів інтонації, що виражається в додатковому повторенні завдання експериментатором
5 балів	правильне визначення унасіх типів інтонації

2) Метою визначення вміння дітей відтворювати різні мелодичні малюнки інтонації було обстеження вміння дитини диференціювати різні інтонаційні структури у експресивному мовленні і можливості дитини відтворити задану інтонаційну структуру за зразком та самостійно.

А) Відтворення відображено фраз з різними інтонаціями

Інструкція: «Слухай уважно і повторюй так само».

На морі вітер. На морі вітер? На морі вітер!

Б) Відтворення фраз за логопедом з протилежними типами інтонаційного оформлення. У цьому завданні використовуємо наочні засоби співвіднесення означеної картинки з типом інтонації.

- «Подивися на картинку (хлопчика з піднятими угору руками, або сигнальну картку червоного кольору), як треба змінити речення».
- Птахи прилетіли. Акації почали цвісти
- «Подивися на картинку (хлопчика з піднятими плечима, або сигнальну картку жовтого кольору), як треба змінити речення».
- На пляжі вже багато людей?
- «Подивися на картинку (хлопчика зі спокійним виразом обличчя, або сигнальну картку зеленого кольору), як треба змінити речення».

В) Самостійне відтворення мелодики інтонаційних структур, які визначають емоційний стан за матеріалами окремих фраз.

Інструкція: «Послухай уважно, я буду вимовляти речення. Чайки летять. Але у нас над садочком вони не літають. Вимов цю фразу здивовано, а тепер радісно, а тепер сумно».

Таблиця 16

Відтворення речень за емоційним забарвленням

Інтонаційні забарвлення	Зразки фраз		
	Чайки летять	Настала осінь	Закапав дощик
Здивовано			
Радісно			
Сумно			

Г) Самостійне відтворення мелодики розповідного, питального, окличного речення. Під час проведення експерименту зразок інтонаційного оформлення речення ми не демонстрували.

Дитині пропонувалося розглянути сюжетну картинку зі змістовним та емоційним навантаженням. Експериментатор проводить невелику бесіду за змістом сюжету картинки. Дитини повинна дати правильну інтонаційно забарвлену відповідь у співвіднесенні з даною ситуацією.

Інструкція: «Розглянь уважно картинки. Хто, що намальовано, що трапилося».

- Як сказати, що діти радіють, коли сонце сяє?
- Як спитати, будуть діти малювати?
- Як спитати, дівчинка радіє, що до неї приїжджає бабуся?
- Як сказати, коли діти радіють приїзду діда Мороза?

Таблиця 17

Показники кількісно-якісного оцінювання вміння дітей відтворювати різні мелодичні малюнки інтонації

<i>Кількісні</i>	<i>Якісні показники</i>
1 бал	невиконання завдання або відказ відповідей.
2 бали	відтворення інтонаційних типів речення тільки відображено, за зразком, додатковими поясненнями
3 бали	правильне відтворення тільки одного інтонаційного типу
4 бали	частково правильна відповідь відтворення інтонаційних типів, повторення експериментатором завдання;
5 балів	самостійні, правильні відтворення усіх інтонаційних типів без додаткових запитань, пояснень;

5. Дослідження сприймання та відтворення логічного наголосу.

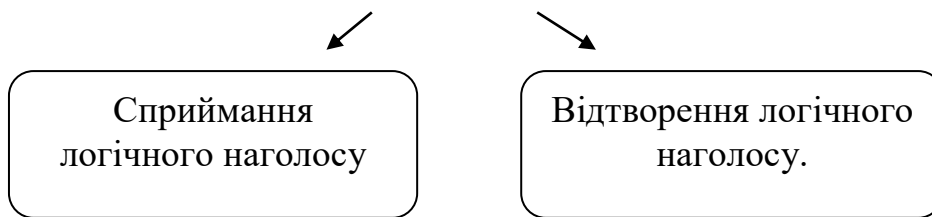
Наголос визначається, як інтонаційно-просодична одиниця в основі якої лежить інтенсивність, тобто сила звуку. Для мовленнєвого інтонування значущими є словесний і логічний наголос (синтагматичний, фразовий і логічний) (Н.Черемісіна).

Ми вважали, за необхідне обстеження сприймання та відтворення логічного наголосу у дітей експериментальної та контрольної групи. Оскільки

саме логічний наголос ніяк не пов'язаний із синтаксичною структурою мовлення і дозволяє виділити будь-яке слово відповідно до задачі висловлення, широко використовується в розмовному мовленні під час протиставлення або у відповідних реченнях. Логічний наголос пов'язаний з актуальним членуванням речення, має особливу семантику і максимально виділяється інтонаційно, у порівнянні зі звичайним словесним наголосом (Іванова-Лук'янова Т.[]).

До початку виконання завдань дітям у доступній формі пояснювали значення терміну «логічний наголос». Сам термін не називався, але при цьому з дітьми з'ясовували, що в реченнях голосом виділяються ці слова, що вважаються особливо важливими. Вони вимовляються голосніше або більш протяжно за інших.

Дослідження сприймання та відтворення логічного наголосу.



1) Дослідження *сприймання логічного наголосу* вивчалось за матеріалами простих оповідальних речень.

А) Вміння виділити і назвати означене голосом слово.

Кожне речення вимовлялося експериментатором у декількох варіантах у залежності від положення в ньому акцентуємого слова. Спочатку давався зразок виконання завдання, наприклад:

Кішка з`їла наше сало Кішка з`їла **наше** сало

Кішка з`їла наше сало Кішка з`їла наше **сало**

Дітям пропонувалося прослухати речення, порівняти їх звучання та відповісти на питання, чи однаково ці речення вимовлені. Потім дитині пропонували прослухати кожне речення, роздивитися картинку и назвати

слово, яке експериментатор виділив голосом, аналогічно відтворити його з тим же логічним акцентом.

Б) Порівняння двох речень, які відрізняються лише логічним наголосом.

Інструкція: «Роздивися уважно картинку. Що тут намальовано? «Дівчинка пестить цуценя». Потім речення відтворювалися у двох варіантах - з виділенням першого й останнього слова. Пропонувалося порівняти звучання обох речень.

Дівчинка пестить цуценя.

Дівчинка пестить **цуценя**.

На **дивані** сидить кішка

На дивані сидить **кішка**

В) Визначення можливостей дітей розрізняти речення з різними відтінками звучання, співвідносити з зоровим образом.

У цьому завданні використовувалися речення з питальною інтонацією, яка за визначенням Лопатіної Л, є більш доступною для сприймання дітей зі стертою дизартрією.

Інструкція: «Уважно роздивися картинки. Слухай, як я вимовляю. Скажи, я вимовила однакові або різні речення? Що найважливіше в першому реченні? Що саме важливе в другому реченні?».

- Визначити, однаково або по-різному вимовлені фрази, що відрізняються тільки місцем логічного наголосу.
- Дитині пропонувалося прослухати речення, звернути увагу на «слово-підказку» та показати відповідну предметну картинку.

Діти знайшли їжачка.

Діти знайшли **їжачка?**

Микола спіймав у річці карася

Микола спіймав у річці **карася?**

Наталка їсть яблуко

Наталка їсть **яблуко?**

Таблиця 18

Показники кількісно-якісного оцінювання сприймання логічного наголосу

<i>Кільк.</i>	<i>Якісні показники</i>
1 бал	не виділяють акцентоване слово і не розуміють значення логічного наголосу для передачі змісту висловлення або відмовляються від виконання завдань.
4 бали	допускають помилки при виділенні слів-носіїв логічного наголосу у фразах, що складаються з 3-4 слів;
3 бали	допускають помилки при виділенні акцентуємих слів у фразах, що складаються з 2-3 слів;
2 бали	виконують завдання з помилками протягом 3-х спроб
5 балів	правильно виділяють слова-носії логічного наголосу у всіх фразах, незалежно від складності їх будови

2) Під час дослідження *відтворення логічного наголосу* дітям пропонувалося виконати наступні завдання:

А) Відтворення фрази з логічним наголосом за зразком.

Дітям пропонувалося відтворити фрази - зразки з виділенням акцентуємого слова. Експериментатор вимовляв речення - зразок, які дитина повинна була аналогічно відтворити.

Інструкція: «Я назву речення і голосом виділю в ньому «важливе» слово. Слухай уважно, повтори речення і теж виділи в ньому це слово».

У **Миколи** великий кіт. У лісі **холодно**. Діти **співали** пісню.

У Діни блакитні **очі**. Сьогодні **ми** підемо у парк.

Б) Відтворити парні фрази, які однакові за лексичною та граматичною будовою, але відрізняються місцем логічного наголосу. Необхідно повторити за експериментатором дві фрази, що відрізняються місцем акцентуємого слова.

Дітям пропонувалося прослухати і порівняти два речення, що розрізняються логічним наголосом. Потім вони відтворювалися дитиною з тією ж інтонацією, що й в експериментатора.

Інструкція: «Я назву два речення. Уважно послухай, як вони звучать: однаково або по-різному. Повтори так само».

У **колодязі** холодна вода.

Оля гарно **співає**.

Оля **гарно** співає.

У **тарілці** великі яблука

У тарілці **великі** яблука.

Кішка п`є **молоко**.

Кішка п`є **молоко**.

В) Відтворення логічного наголосу під час відповідей на запитання за сюжетними картинками.

Дітям пропонувалося розглянути сюжетну картинку, за якою експериментатор разом з дитиною складала речення. Потім експериментатор задавав дитині кілька питань по черзі, на які вона повинна була відповісти спільно складеним реченням, інтонаційно виділяючи важливе за змістом слово.

Інструкція: «Відповідай на запитання тим реченням, що ми тільки що склали. Будь уважний, виділяй голосом «важливе» слово».

- Петрик їсть пиріжок. Хто їсть пиріжок? Що робить Петрик? Що їсть Петрик?
- Микола п'є сік. Хто п'є сік? Що робить Микола? Що п'є Микола?
- В Олі мама лікар. Хто в Олі мама за професією? У кого мама лікар?

Таблиця 19

Показники кількісно-якісного оцінювання відтворення логічного наголосу

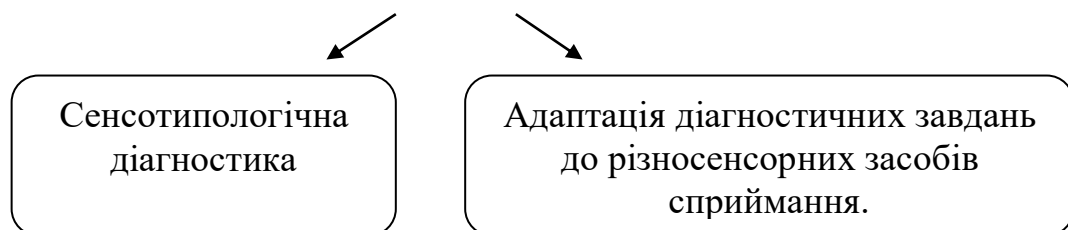
Кількісн і показники	Якісні показники
1 бал	діти відтворюють фрази без постановки в них логічного наголосу
2 бали	діти відтворюють логічний наголос при повторенні речень, які пропонує експериментатор
3 бали	дітям диференційовано відтворюють пари коротких речень зі зміною місця акцентуємого слова
4 бали	правильна передача логічного наголосу
5 балів	правильне відтворення фраз незалежно від їхньої синтаксичної складності.

Метою **III** – **організаційно-планувального** етапу експерименту було визначення ведучого каналу сенсорно-перцептивної модальності . Цей етап включав 2 основних блоки. Вибір цього етапу обстеження був обумовлен

наявністю у дітей зі стертою дизартрією різного ступеня порушень сприймання та розуміння інструкцій. Це привело нас до пошуку удосконалення напрямів подачі матеріалу та визначення індивідуально-контактних властивостей кожної дитини. Саме сприймання завдання є пусковим механізмом діагностичного процесу від якого залежить узгодження сенсорних способів отримання, переробки та передачі інформації.

Сприймання інформації завжди відбувається за трьома сенсорними каналами: візуальному (зоровому), аудіальному (слуховому) і кін естетичному (тілесно-емоційного). Сенсорні канали носять назву репрезентативних систем, або модальностей. Візуальна система – сприймання через зорові образи: форму, колір, розміри предметів, рухи тіла, міміку. Аудіальна система – сприймання через слухові образи: мовлення, музику, звуки природи. Кінестетична система – сприймання через відчуття тіла: тактильні (дотик) температурні, рухові, смакові. Загальноприйняте обстеження мовлення дитини передбачає, наприклад, опис предметних та сюжетних картинок. З цим завданням швидко впорається дитина – візуаліст, а для дитини з перевагою чуттєвого сприймання потрібен додатковий час, щоб відчувати ситуацію. Це, на нашу думку, обумовлено тим, що мовленнєві, розумові та символічні здібності дітей зі стертою дизартрією можна досліджувати тільки через призму інтуїтивних, емоційних та сенсорних проявів.

Визначення ведучого каналу сенсорно-перцептивної модальності



У першому блоці ми проводили сенсотипологічну діагностику дітей з метою визначення домінуючого каналу сприймання дитини на заняттях в організованій та вільній діяльності. З метою розподілу дітей на групи ми використовували модифіковані неврологічні та поведінкові індикатори (За Свасінг Р. та Барб М.). (Дод.)

Індикатори представлені у вигляді таблиць, до яких ми вносили результати спостереження за дітьми у вільній діяльності, на заняттях, під час сюжетно-рольових ігор. Потім отримані дані ми аналізували і заносили до списків-характеристик ведучих репрезентативних систем, що дозволяло визначити ведучу сенсорну модальність кожної дитини.

Метою другого блоку було визначення напрямків діагностичного обстеження та адаптацію діагностичних завдань до різносенсорних засобів сприймання .

Дитині пропонувалося виконати цілеспрямовані завдання на перевагу у сферах сприймання.

Таблиця 20

Співвіднесення діагностичних завдань до сенсорно-перцептивних засобів сприймання.

Переважне сприймання	Завдання
Візуальне	Опиши картинку, іграшку.
Слухове	Виконай дії (звертати увагу на наявність переваги слухових стимулів)
Кінестетично-чуттєве	Спробуй яблуко і розкажи про нього. Пограй с ведмедиком і розкажи про нього Потримай іграшки і розкажи про них: (м'ячик-іжачок, дерев'яна, машинка)

2.3. Аналіз результатів констатувального експерименту.

2.3.1. Результати проведення діагностично-проектувального етапу дослідження.

У межах медичного напрямку, за результатами проведення клінічного скринінгу діагностично-проектувального етапу ми здійснили аналіз даних анамнезу, історій хвороб, мовленнєвих карток, бесід з батьками, експрес-оцінювання, анкетування. Результати обстеження показали, що в дітей зі стертою дизартрією, як правило, відзначаються наслідки порушень перинатального, натального та постнатального періодів розвитку. Вдалося

визначити основні негативні фактори, що призводять до порушень неврологічного статусу дітей.

Серед несприятливих факторів *пренатального періоду* були зафіксовані токсикози вагітності (першої і другої половини). Їх симптоми спостерігалися в 158(77,5 %) матерів (. Анемія I і II ступені відзначалася у 164 (80,3%) матерів, інфекційні захворювання матері в першому триместрі вагітності, фізична травма у 82 (40,1%) матерів. Загроза невиношування (особливо до 13 тижнів вагітності) спостерігалася у матерів 74 (36,2 %); 44 (21,6 %) матері протягом першої половини вагітності перенесли ГРВІ, у 18 (8,82%) матерів - хламідіоз, ВСД за гіпотонічним типом була у 16 (7,8%), ВСД за гіпертонічним типом — у 38 (18,6 %), гіпотрофія плоду спостерігалася у 6 (2,9 %), ниркова недостатність матері – 28 (13,7%).

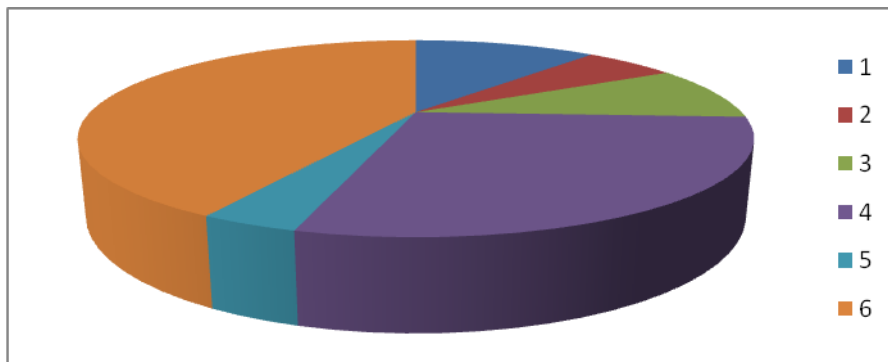
Характерною особливістю даних анамнезу (за експрес-опитуванням та даними медичних висновків) було наявність у переважної більшості матерів - 189(92,64%) підвищення тонуусу матки під час вагітності. Цей факт, на нашу думку, є одним з ведучих негативних факторів, які провокують появу порушення іннерваційної роботи м'язів, як наслідок постійного пригнічення, спастичного стану, гіпоксії плоду в період вагітності. Це призводять до появи у подальшому стертої дизартрії у дітей.

Патологія у *пологах* зафіксовано в анамнезі у 154(75,5%) дітей (передчасні пологи – 36(17,6%) дітей, стрімкі пологи, тривалий безводний період, Кесарів розтин, резус-конфлікт, гіпоксія, асфіксія різного ступеня виразності, пологова травма шийних відділів хребта, застосування медикаментозних засобів стимуляції, заходи щодо оживлення).

Ми враховували данні щодо оцінювання дітей за шкалою АПГАР, яке отримували діти під час народження. Відомо, що нормою вважається оцінювання за шкалою АПГАР у 9-10 балів. Ми відзначали оцінювання у 6-7-8 балів (за медичними висновками під час народження дітей) Це вказувало на наявність легкої асфіксії, гіпоксії плоду, резидуальної

енцефалопатії, що у подальшому призводить до мінімальної мозкової дисфункції та церебрастенічному синдрому.

Усі діти експериментальної групи знаходилися на обліку у невропатолога з моменту народження, з різними діагнозами: перинатальна енцефалопатія -48 дитини (23,5 %), гіпертензійно-гідроцефальний синдром - 24 дітей (11,7 %), синдром рухових дисфункцій - 38 дітей (18,6 %), спастичний синдром – 122 дитини (59,8%); затримка внутрішньоутробного розвитку - 16 дітей (7,8 %), 178 дітей (87,2%) – астено - невротичний синдром.



- 1 – перинатальна енцефалопатія,
- 2 – гіпертензійно-гідроцефальний синдром,
- 3 – синдром рухових розладів,
- 4 – спастичний синдром,
- 5 – затримка внутрішньоутробного розвитку,
- 6 – астено – невротичний синдром

Рис 1. Кількісний розподіл дітей за наявністю неврологічної симптоматики.

Різноманітні відхилення від норми відзначалися й у *постнатальному* періоді розвитку дітей зі стертою дизартрією.

Анамнези більшості дітей 166 (81,4%) містять данні про часті респіраторні, вірусні та інфекційні захворювання (грип, бронхіт, отит, ангіна, герпетична інфекція, пневмонія, кір, краснуха, кишкові інфекції).

У 178 (87,3%) дошкільників спостерігалися порушення психомоторного розвитку, що визначалися в затримці формування таких рухових функцій, як утримання голови (в анамнезах після 1,5 місяців до 2,5 місяців), самостійне

сидіння (після 7 місяців до 1 року), ходіння (після 1 року 2 місяців до 1 року 9 місяців).

Показники раннього мовленнєвого розвитку в дітей коливалися від норми до стійкої затримки темпів появи мовлення. Так, у 16 (7,8%) дітей гуління з'явилося з 4,5 міс, белькотіння з 7-8 міс. - у 12,7 %. Перші слова у середньому з'являлися у малят після 7-15 міс (36%), елементарна фраза - з 1,5-3,5 років (29%).

У висновках додаткових обстежень (електроенцефалографії, ехоенцефалографії) відзначалися підвищення судомної готовності мозку, яке співвідносилось з підвищенням м'язового тону м'якого піднебіння у дітей 47(23%), венозний застій у головному мозку 63(31%), підвищений внутрішньочерепний тиск 182(89%). Це призводить до розладу емоційно-вольової сфери дитини, постійно підвищеної втомлюваності, вегетативних порушень.

Більшість дітей - 188 (92,5%) знаходилися на обліку в інших фахівців-медиків: ортопеда (вальгусна установа стоп 62 (30%)); отоларінголога (аденоїди і гіперплазії мигдаликів I - II ступеня 25(12 %)); алерголога – 42 (21%), гастроентерологу - дискінезія жовчного міхура та протоків 59 (29%) тощо.

Виявлена наявність різного роду порушень функції гастроорганів, як результат спотвореної іннервації, спазматичних станів, вегетативних розладів, недостатності кисневого постачання у клітини організму свідчить про локальність розповсюдження тонусних порушень, навіть і мікросимптоматики.

Для дослідження було принципово важливим дослідити наявність/відсутність впливу різних клінічних проявів, що входять у структуру порушень стертої дизартрії на стан просодичного боку мовлення. З огляду на це, за результатами клініко-діагностичного обстеження було виділено експериментальну групу дітей з різними формами стертої дизартрії,

які співвідносяться за класифікацією, визначеною Є. Соботович у співавторстві з лікарем-неврологом А. Чернопольською ще у 1974 році. Ця класифікація не знайшла широкого застосування у диференційній діагностиці стертих дизартрій (з огляду на її складність, але надзвичайну діагностичну глибину).

Відповідно даних обласної та міської МППК, неврологічного обстеження у межах нашого дослідження було умовно виділено 4 клінічні підгрупи дошкільників з різними стертими формами дизартрії: 130 дітей з діагнозом - стерта псевдобульбарна спастична дизартрія (СПСД), 18 - стерта псевдобульбарна паретична (СППД), 24 - стерта коркова (СК) та 30 - стерта змішана дизартрії. Усі клінічні симптоми при стертих формах дизартрії відзначалися мінімальними проявами неврологічної симптоматики і були підтвержені медичним діагнозом.

До першої підгрупи 130 (63,72%) увійшли діти, у яких за даними невролога переважали мікропрояви порушень функціонування черепно-мозкових нервів, відзначалася недостатність функціонування лицьового нерва 42 (32,3%), порушення функцій язикоглоткового - 11 (8,5%); блукаючого - 15 (11,5%), під'язикового - 38 (29,3%), окорухового - 24 (18,5%) нервів.

У мовленнєвому статусі відзначався спастичний стан артикуляційної мускулатури. Але паралельно відзначалося у дітей і парціальне скорочення м'язів артикуляційного апарату з невираженим кінчиком язика і підвищенням тонусп спинки язика. У дітей цієї групи було виявлено обмеження об'єму та амплітуди рухів язика (особливо вгору, вперед і в сторони), що спостерігалось в 46 дітей (35,4 %); пасивність кінчика язика - у 48 дітей (36,92 %), гіпотонія м'язів передньої частини язика при спастичності середньої - у 36 дітей (27,7 %), швидкої виснажливості артикуляційних рухів - у 118 дітей (90,76%). У 48 дітей (36,9 %) відзначалося девіація язика при функціональній пробі утримання язика по середній лінії рота, обмеження

рухливості увулі і м'якого піднебіння, його девіації, спастичному стані — у 18 дітей (13,84 %), порушень голосоутворення - у 94 дітей (72,3 %), зниження об'єму, амплітуди і точності рухів губ, напруги колового м'яза рота - у 62 дітей (48 %), рухів нижньої щелепи - у 24 дітей (36,92 %), легкої невизначеності носо-губних складок - у 14 дітей (10,76 %).

У мовленні 66 (50,76%) дітей відзначалася спотворена вимова звуків, але порушення не були однотипними і поширювалися на різні групи звуків, що визначалося порушенням тонуру різних м'язових груп. У 38 дітей (29,23%) – боковий, шиплячий сигматизм, бокова вимова сонорних звуків, передньоязикових Д,Т,Н, яка виникала як наслідок односторонніх парезів язика. У 32 дітей (12,3%) спостерігалася викликана парціальним порушенням м'язів язика, слабкістю видиху. Для 12 дітей (9,23%) було характерним змішана міжзубна та бокова вимова усіх груп свистячих та шиплячих, звуків Р,Д,Т,Н,Л. Ця підгрупа досліджуваних дітей виявилася найчисленнішою за своєю кількістю – 130 дітей і за наявністю переважаючої сукупності мікропроявів неврологічної симптоматики та порушень звуковимови ми виділили її як **стерту псевдобульбарну спастичну дизартрію (СПСД)**.

Другу підгрупу – 18 (8,82%) склали діти, у неврологічному статусі яких переважали млявість артикуляції, нечіткість дикції, загальна змазаність мовлення, зниження м'язового тонуру. У дітей відзначалася паретичність м'язів язика, що призводило до порушення вимови передньоязикових зімкнених приголосних Т,ТЬ,Д,ДЬ і передньоязикових зімкнено – прохідних Н,НЬ. Спотворена вимова відзначалася і передньо - щілинних приголосних С,СЬ,З,ЗЬ,Ш,Ж та африкатів Ц,Ч. Паретичний стан м'язів артикуляції призводив до порушення створення перешкоди видихуваного повітря та спрощення вимови африкатів Ц – ТС – С. Порушення інервації м'язів передньої частини язика призводило до появи одно ударного Р та міжзубної вимови. Ця група виявилась

самою малочисленою – 18 дітей і за характером порушень ми віднесли її до **стертої псевдобульбарної паретичної дизартрії (СППД)**.

Третю підгрупу склали 24 (11,7%) дітей. У неврологічному статусі відзначалася мікросимптоматика у вигляді підвищення та зниження м'язового тону з однієї або двох сторін, наявність патологічних рефлексів. Характерним для дітей цієї підгрупи була відсутність осередкової мікросимптоматики з одночасним виконанням у неповному об'ємі рухів мимічної та оральної мускулатури. У артикуляційній моториці спостерігалася поряд з недостатністю кінестетичного праксису – у 131 (64,2%) дітей і недостатність кінетичного – у 73 (35,8%) дітей, що засвідчує корковий характер порушень, які пов'язані з одностороннім ураженням кори домінантної півкулі.

У першому випадку виявилися порушення шиплячих та африкатів, які артикулювалися дітьми у губно-зубному варіанті. Звуки Р,Л замінювалися звуком І, звук Р звуками Л,Ль. Заміни було нестабільними. Один звук мав декілька варіантів замін. У другому випадку переважним було наявність динамічного кінетичного праксису, яке виявлялося у порушеннях вимови складних африкат, які розпадалися на складові елементи. Цю групу ми віднесли до **коркової стертої дизартрії (СКД)**.

До четвертої підгрупи увійшло 32 (15,1%) дітей, у неврологічному статусі яких відзначалися дискоординація моторики, порушення функціонування різних черепно-мозкових нервів, оральна та лицьова диспраксія. У цих дітей спостерігалися дизембріогенетичні стигми (43 %). У одних дітей ми відзначали обмеження обсягу рухів однієї половини тіла, у інших – рухова гіперактивність, прискорений темп рухів, занепокоєння, швидкість перевимкнення на інші об'єкти. Це засвідчує наявність симптомів порушень і в артикуляційних рухах: у одних дітей спостерігалась млявість, скутість, труднощі виконання складних рухів, загальна інертність. У інших – рухливе занепокоєння, труднощі підбору артикуляційних поз, неможливість утримання заданого положення язика. Наявність синкінезій нижньої щелепи,

лицьової мускулатури, кистьового захвату, спастичний стан пальців рук тощо. Цю групу склали діти, у яких спостерігалися рівнозначно виражені ознаки нерізко визначеної симптоматики екстрапірамідної, псевдобульбарної і мозочкової дизартрії, що не дозволило звести ці прояви до однієї клінічної форми стертої дизартрії. У дошкільників зустрічалися комбіновані порушення звуковимови, характерні для різних клінічних груп: боковий, міжзубний сигматизм свистячих і шиплячих; велярний, увулярний ротацізм; губно-губний, губно-зубний ламбдацізм. З огляду на зазначене вище, порушення мовлення у дітей цієї підгрупи ми віднесли до **змішаної стертої дизартрії (СЗД)**.

У дітей зі стертою формою дизартрії були виявлені різні за ступенем виразності і проявам порушення просодичної сторони мовлення, як фізично-акустичних показників, так порушення звуковимовної організації у цілому.

Результати діагностично-диференційного дослідження дозволили зробити наступні висновки:

1. У дітей зі стертою дизартрією відзначаються ускладнення впливу перинатального, натального та постнатального періодів розвитку. Характерною особливістю порушення перинатального періоду розвитку дітей було наявність практично у переважної більшості матерів підвищення тону мати під час вагітності. Це викликає недостатність іннерваційної можливості м'язів, як наслідок постійного пригнічення, спастичного стану, гіпоксії плода в період вагітності. Цей факт, за нашими спостереженнями є одним з провідних факторів, які у подальшому призводять до стертої дизартрії.

2. Важливими виявилися дані про взаємовплив гастропроблем, які визначали стан порушень вегетатики і враховувалися під час складання індивідуальних карт корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми.

3. Під час обстеження дітей зі стертою дизартрією було виявлено сукупність різних неврологічних симптомів, що дозволили виокремити

підгрупи дошкільників зі стертими формами дизартрії з урахуванням локалізації ураження.

Таблиця 21

Характеристика стертих форм дизартрії у дітей старшого дошкільного віку

Форми стертої дизартрії	Неврологічний статус	Мовленнєвий статус
Стерта псевдобульбарна спастична (СПСД)	Підвищення м'язового тону (спастичність); Парціальне скорочення артикуляційної м'язів; спастичне відтягування кінчика язика; наявність девіації язика та м'якого піднебіння; салівація	Спотворена вимова передньоязикових приголосних; змішана міжзубна та бокова вимова усіх груп свистячих, шиплячих, звуків Р,Д,Т,Н,Л; скорочення фрази, короткий мовленнєвий видих
Стерта псевдобульбарна паретична (СППД)	Гіпотонічний стан м'язів, губ, язика, м'якого піднебіння; салівація	Нечітка вимова губних та голосних звуків; спрощення вимови африкатів Ц – ТС – С; гугнява вимова; труднощі активізації бокових країв язика
Стерта коркова дизартія (СК)	Прояви диспраксії обличчя та артикуляції; труднощі утримання артикулем	Порушення вимови шиплячих та африкатів, нестійкість замін; оглушення дзвінких, заміни передньоязикових задньоязиковими. заміни: Р,Л–І, Р– Л,Ль,Й.
Стерта змішана дизартрія (СЗ)	Млявість моторики, диспраксічні прояви, дистонія м'язового тону, симптоми мозочкових та екстрапірамідних розладів	Комбіновані порушення звуковимови: боковий, міжзубний сигматизм свистячих і шиплячих; велярний, увулярний ротацізм; губно-губний, губно-зубний ламбдацізм

2.3.2. Результати дослідження дихання.

1) Дослідження глибини вдиху, яке проводилося за допомогою апарату «TRIFLO II» показали наступне. Клавікулярне, верхньогрудне дихання (життєвий обсяг легень склав 600-700 мл.) спостерігалось у 84 (41,17%) обстежуваних дошкільників зі стертою дизартрією. У 72 (35,3%) дітей ми фіксували середньореберне дихання, що складало – 800-900 мл, а на вищому рівні 900-1000 мл. – у 24 (11,76%) дітей.

Характерним було те, що нижньореберне дихання не було зафіксовано ні в одному з випадків у дітей зі стертою дизартрією. Життєвий обсяг легень – менше 600 мл було зафіксовано у 24 (11,76%) дітей, в основному у дошкільників з СППД – 10 (41,6%). Це насамперед зумовлено інертністю дихальної мускулатури у дітей означеної нозології.

Діти контрольної групи показали кращі результати виконання завдання у співвідношенні з дітьми експериментальної групи. Але слід зазначити, що більшість дітей правильно виконувала завдання тільки після додаткових пояснень, тренувальних прав. Такі завдання ми не зараховували і знімали один бал. Характерним було скорочення вдиху, добір повітря, нераціональне витрачання видихуваного повітря у 19(21%) дітей. Такий стан дихання у дітей контрольної групи насамперед був пов'язаний з наявністю частих респіраторних захворювань, алергічних станів, що призводять до спотворення нераціональних схем дихання. Тільки у 18 (20%) дітей контрольної групи ми зафіксували нижньореберне дихання.

Обстеження сили та цілеспрямованості повітряного струменя у дітей експериментальної групи визначило наявність загальної несформованості довільності дихальних рухів. У більшості дітей сила повітряного струменя була надто слабка, розсіяна. У 10 (31,25%) дітей підгрупи зі СЗД відзначалася десинхронність дихальних рухів, яка, на нашу думку, спровокована наявністю дистонії м'язів артикуляційного апарату у поєднанні зі спазматичними скороченнями міжреберних м'язів. У дітей зі СПСД порушення сили

повітряного струменя спостерігалось внаслідок зайвої напруги м'язів шиї, що обмежувало рухливість м'язів дна порожнини рота і кореня язика, рухів нижньої щелепи. Струмień повітря у більшості дітей 30 (23%) спрямовано у той чи інший бік внаслідок наявності право- або лівосторонніх геміпарезів. Але були і діти, у яких кінцевий результат виконання завдання був достатнім (наприклад, млин закрутився, картинка відкрилася), але характер виконання був спотворений, тобто дитина напружувалась, робила короткий, спазматичний видих з визначенням супутніх рухів – 38(29,2%) дітей. Під час такого виконання завдань ми віднімали 1-2 бали в залежності від вираження синкінезій.

Діти зі СКД показали вищий рівень виконання завдання, але у 4 (16,6%) дітей спостерігалась форсованість видиху, часті добори повітря. У дітей зі СППД ми фіксували наступне: за силою видихуваного повітря більшість дітей 10 (55,6%) не спроможна була закрутити млин з відстані 20-29 см, але «побачити яскраву картинку» за серветкою сприяло активізації пізнавальної активності, результат було досягнуто, хоча видих був скороченим. Бали у цієї категорії дітей ми не віднімали.

Діти контрольної групи показали більш високі показники, ніж діти експериментальної, але недостатність, слабкість, нераціональне використання дихання було зафіксовано і у 26(29%) дітей з нормальним мовленнєвим розвитком.

Під час дослідження балансу резонування голосу у дітей експериментальної групи визначалася гіпо- та гіперназалізація. У 41(20%) дітей експериментальної групи піднебінноглоткова недостатність призводила до спотворення артикуляційних рухів і назальної емісії, що у більшості випадків спостерігали у підгрупі дітей зі СППД – 11 (66,7%) та СЗД – 9 (30%).

У дітей 14 (15,5%) контрольної групи спостерігалися помірна та незначна назалізація як результат наявності розрощених мигдалин, неправильно сформованих схем дихання внаслідок частих захворювань верхніх дихальних

шляхів. Аналіз результатів дослідження стану органів дихання, відображено у таблиці.

За результатами дослідження можливо зробити наступні узагальнені **висновки** щодо стану органів дихання та голосоутворення у дітей ЕГ та КГ.

У дітей ЕГ виконання завдань визвало:

- додаткові спазматичні вдихи, форсованість дихальних вправ;
- відзначався короткий, поверхневий вдих, слабкість видиху, особливо у дітей зі СППД, у дітей СПСД – зміщення напрямку видихуваного повітря, зумовлене геміпарезами, у дітей зі СЗД – нерівномірний поштовхоподібний видих.

У дітей 26(29%) контрольної групи відзначалася недостатня сформованості правильних схем дихання, що вказує на відсутність цілеспрямованих форм роботи з розвитку мовленнєвого диханням дітей без мовленнєвої патології.

2.3.3. Стан сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку контрольної та експериментальної груп.

1. Аналіз результатів дослідження емоційно-тембрового забарвлення голосу.

Аналіз індивідуального тембру голосу з позицій артикуляційного-акустичного підходу дозволяє охарактеризувати цілий ряд особливостей у характеристиках мовленнєвого тембру, що відображують слухові якості тембру і положення мовленнєвих органів, які зумовлюють той або інший тембр дітей зі стертою дизартрією у порівнянні з їх однолітками, що мають нормальний мовленнєвий розвиток. Поряд з тональними (мелодійними) характеристиками відзначаються і фонаційні, пов'язані насамперед з відхиленнями „фонаційної будови” органів мовлення, за допомогою якої утворюється тембр, або фонаційна якість голосу. Остання типовим засобом вираження емоцій у всіх мовах світу [Кривнова].

Перш за все, необхідно було визначити наявність/відсутність порушень первинних тембральних якостей голосу з огляду на локалізаційний принцип мовленнєвих уражень при стертій дизартрії.

У дітей зі СПСД порушення тембральних якостей голосу пов'язані перш за все з недостатнім функціонуванням язикоглоткового та блукаючого нервів у результаті мікроушкоджень (одно - та двохсторонніх) провідних кортико-бульбарних шляхів. У 20 (15,4%) дітей даної підгрупи спостерігалася «хрипкість» голосу, у 50 (38,%) – «глухість». Ці порушення тембральних якостей пов'язані з зайвою напругою м'язів гортані та кореня язика, який спастично відтягнутий усередину ротової порожнини, визначеною напругою усього голосового апарату.

У дітей зі СППД порушення тембральних якостей голосу проявилися у «придиханності» (22,3%), «назальності» (33,2%) При цій формі стертої дизартрії під час фонації язик просунутий уперед, між різцями; нижня щелепа і гортань опущені; м'яке піднебіння провисає, відзначався незначний ступінь назалізації. Дані порушення зумовлені наявністю неяскрово визначеним гіпотонічним станом голосової, артикуляційної та дихальної мускулатури.

Порушення первинних тембральних якостей у дітей зі СКД пов'язані з вибіркоким центральним парезом окремих м'язів артикуляційного апарату і визначалися у «приглушеності», «здавленості»(16,7%) як наслідок загального зниження м'язової напруги.

Для дітей зі СЗД характерною була «приглушеність», «хрипкість», «металевість», «скандованість» тембру, що пов'язано з наявністю симптомокомплексу порушень різних клінічних форм.

Під час аналізу результатів дослідження тембру голосу та емоційної сторони мовлення було визначено різний рівень сформованості можливостей сприймання та відтворення особливостей тембру голосу не лише дітьми зі

стертою дизартрією і нормальним мовленнєвим розвитком, а й серед дітей з різними стертими формами стертої дизартрії.

Виконання *першої серії* завдань на дослідження сприймання та розуміння тембру голосу діти здійснювали із зацікавленістю та задоволенням, оскільки дослідження проводилося за матеріалами авторської казки про звірів на човнику, які розмовляли різними за тембровим забарвленням голосами. Більшість дошкільників зуміли визначити тембр голосу та співвіднести його зі змістом висловлювання, вони правильно розуміли, від імені якого персонажу було вимовлено речення, однак при цьому (57,8%) дітей не змогли обґрунтувати свою відповідь без додаткового питання. Наприклад, при правильному співвіднесенні тембрального забарвлення голосу у висловленнях з персонажем казки, діти давали такі пояснення: *«Це говорить мишеня, бо йому подобається так. Це голос кішки, бо вона така..»*. Проявилася різниця у показниках виконання завдання дітьми з різними формами стертої дизартрії: 66,1% зі СПСД; 33,3% зі СППД; 58,3% зі СКД; 62,5% зі СЗД інтуїтивно правильно відчували розходження тембрального забарвлення, але не могли його достатньо усвідомити і пояснити. Коли експериментатор разом з дитиною знов поверталися до казкових персонажів і за допомогою додаткових питань звертали увагу на „слова-підказки”, дошкільники змогли більш точно і правильно охарактеризувати, яким був голос того або іншого персонажу. Після сумісної бесіди за змістом казки та правильним співвіднесенням тембрального забарвлення голосу з зовнішніми якостями персонажів, діти оцінювали тембр голосу кабана, як «сильний, грубий, низький». Наприклад, Мишко (спастична псевдобульбарна дизартрія) після бесіди за змістом казки правильно визначив: *«У мишеня голос тоненький, воно маленьке»*, що свідчить про те, що зміну тембру дитина сприймає паралельно з характеристиками розміру предмета.

Більш усього труднощі під час виконання завдання спостерігалися у дітей зі СЗД – 20% дошкільників не змогли дати правильну відповідь. Необхідні були

додаткові питання, багаторазове повернення до «слів-підказок». Діти своєрідно пояснювали відповіді. Наприклад, Настя С. при оцінюванні та пошуку «слів-підказок», давала наступні відповіді «маленька, сіренька, м'якенька, смугаста»; 6,3% дитини зі СЗД не змогли самостійно дати відповідь, фактично обрав варіант правильної відповіді разом з експериментатором.

Діти зі СКД у більшості випадків справилися із завданням – 9 (37,5%); 11 (45,8%) дітей правильно співвіднесли тембр голосу з описом зовнішнього вигляду персонажу, але пояснити відповідь не змогли. Ваня Ч. під час визначення тембру пояснював характер грубого, низького голосу: «Кабану треба велика площа, він великий, тому голос в нього гучний, грубий», тобто дитина пов'язує гучність, силу голосу з розмірами життєвої площини тварини, що свідчить про недостатню сформованість просторових уявлень.

Діти КГ показали високий рівень виконання завдань. Діти свідомо, з зацікавленістю відповідали. У більшості випадків вони правильно співвіднесли тембр голосу з персонажем, від імені якого було вимовлене речення, самостійно описували голоси героїв, як «добрий, злий, грубий, тоненький, маленький». Діти давали розгорнуті відповіді у 93,8% випадків; 6,1 % дошкільників давали відповідь після додаткових питань, але при звертанні уваги на «слова-підказки» швидко орієнтувалися. В основному це були сором'язливі, нерішучі за характером діти.

Таблиця 22

Аналіз результатів дослідження сприймання та розуміння тембру голосу у дітей ЕГ та КГ.

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	22,2	33,3	33,2	11,3	0
Стерта псевдоб. спастич	18,47	66,3	15,4	0	0
Стерта коркова	37,5	45,8	16,7	0	0
Стерта змішана	12,5	62,5	18,7	6,3	0
Норма	93,8	6,1	0	0	0

Таким чином, можна відзначити, що більшість дітей зі стертою дизартрією здатні сприймати та оцінювати зміни мовленнєвого тембру, але відзначаються труднощі логічних пояснень тембрового забарвлення.

У другій серії експерименту вивчалися можливості дітей змінювати тембр голосу.

Як виявилось, порушення первинних тембральних якостей голосу у дітей зі стертою дизартрією призводять до труднощів зміни тембру як самотійно, так і за наслідуванням.

Передати голосом зміну тембру тільки при виконанні завдання за наслідуванням змогли лише 41,5% дітей зі СПСД, 33,2% дітей зі СППД ; 16,7% - зі СКД; 18,75% - зі СЗД. Дітям неодноразово повторювали зразки змін тембрового забарвлення. Але 15,7% дітей ЕГ не змогли змінити тембр голосу ні самотійно, ні за зразком. Помилки відзначалися у вимові речень без тембральних змін. Найчастіше під час спроби змінити висоту голосу, діти незначно підсилювали або знижували голосність, залишаючи колишнім тоновий діапазон. Модуляційні можливості голосу у самотійному мовленні цих дітей визначалися недостатніми.

Під час виконання завдань з наслідування тембру діти зі СПСД у більшості випадків не зуміли передати темброві забарвлення голосу, які незначно відрізняються між собою. Наприклад, Мишко В. та Настя К. однаковим голосом імітували мишеня та цуценя, кішку та кабана. Перехід до більш дзвінкого, або навпаки грубого, низького голосу призводив до переходу дитини на фальцет або хрипкість, що пов'язано насамперед з підвищеною напругою голосових зв'язок та стінок гортані. 44 (33,84%) дітей зі СПСД практично самотійно, з незначними помилками виконали завдання.

Для дітей зі СППД труднощі виконання завдання у більшості випадків зумовлені наявністю гугнявого забарвлення. Артем С. під час спроби вимови речень від імені кабана перейшов до шепотіння, що на нашу думку пов'язано зі слабким тиском повітря на голосові зв'язки, як наслідок паретичного стану

дихальних та голосових м'язів. У 11,1% випадків була зафіксована відмова від виконання завдання дітьми зі СППД..

Серед дітей зі СКД спостерігалось 25% правильних відповідей і 50% дітей, які зуміли передати голосом зміну тембру після повторення завдання. 8,3% дітей не зуміли змінити тембр голосу з наслідування та самостійно. Діти неодноразово намагалися відтворити запропоновану модель зміни тембрового забарвлення, але голос все одно відзначався монотонністю, глухістю вимови. Це насамперед пов'язано з загальним зниженням м'язової напруги у дітей з корковою дизартрією, а також пошуках відтворення правильної артикуляційно-мімічної пози і як наслідок, неспроможність довільного регулювання роботи м'язів голосового апарату.

Серед дітей зі СЗД більша половина - 56,3% дітей, які зуміли передати голосом зміну тембру при повторенні виконання завдання. 12,5% взагалі не змогли виконати завдання. У Діми М. під час вимовлення від імені кішки, а потім кабана відзначалось загасання фрази, скандованість вимови, що на нашу думку пов'язано з дистонічним станом м'язів артикуляційного апарату. Тільки 12,5% дітей даної підгрупи змогли правильно змінити темброве забарвлення голосу самостійно.

Діти КГ у 71,6% випадків виконали завдання правильно, зуміли змінити тембр голосу відповідно зовнішньому вигляду та характеристиці персонажу казки під час виконання завдання за зразком та самостійно. У 16,7% випадків діти змінювали тембр голосу після додаткового прослуховування та декількох спроб більш точного наслідування голосів тварин. 11,6 % дітей змінили темброве забарвлення голосів тварин тільки за прикладом, з наслідування. Це були діти нерішучі, сором'язливі, соматично ослаблені, які часто хворіли на респіраторні захворювання, що ще раз підтверджує взаємозалежність загального соматичного стану дитини та навчальної діяльності.

Таблиця 23

Аналіз результатів дослідження довільної зміни тембру дітьми ЕГ та КГ

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	33,2	33,3	22,3	11,2
Стерт апсевдоб. спастич	0	33,84	40	26,1	0
Стерта коркова	25	50	16,7	8,3	0
Стерта змішана	12,5	56,3	18,7	12,5	0
Норма	71,6	16,7	11,6	0	0

Метою *третьої серії* дослідження емоційно-тембрової сторони мовлення було визначення особливостей співвіднесення тембрового забарвлення голосу дітей з метою розпізнання емоційного стану, тобто акустичного та візуального образів.

Труднощі завдання полягали у тому, що при його виконанні необхідна перш за все координована робота слухового та зорового сприймання.

За нашими спостереженнями, характерною була перевага у розпізнаванні та розумінні емоційних контекстів мовленнєвих інтонацій саме у дівчат, що відповідає встановленим раніше даним [](Манєров В., Морозов В., Потапова Р.) про більш розвинену пристосованість нервової системи дівчат до сенсорно-перцептивної діяльності. Взагалі негативні емоції діти пізнавали частіше позитивних: «йому страшно, боляче, напевно його образили».

Більшість – 107 (53%) дітей ЕГ не змогли самостійно з першого разу співвіднести просодичні засоби вираження емоцій з візуальним зображенням. Необхідно було додаткове прослуховування, повторне розглядання сюжетних картинок.

У данній серії експерименту не враховувалися особливості розуміння і відтворення з першого, другого разів тощо, кількість витраченого часу. Для нас важливо визначити, чи змогла дитина співвіднести і зрозуміти означену кількість тембрових забарвлень і показати, пояснити відповідну картинку,

з'ясовувалося, чи є наочне зображення фактором, що полегшує розуміння зв'язку тембрового забарвлення і змісту висловлення.

Характерним і навіть несподіваним було те, що діти саме зі СПСД показали достатні результати за кількістю опізнаних картинок, що свідчить про більш високий рівень вміння співвідносити характер тембрового забарвлення з візуальним зображенням, розуміння означеної ситуації навіть на інтуїтивному рівні: 16 (12,3%) дітей змогли знайти картинки за всіма почутими фразами.

Переважна більшість дітей – 80 (61,53%) зі СПСД показали правильно більшість картинок, 4(22,2%) зі СППД; 12 (50%) зі СКД; 14 (46,7%) зі СЗД і показали задовільний рівень виконання завдання.

Середній рівень виконання завдання відзначався у 10 (55,5%) дітей зі СППД; 26 (20%) - зі СПСД; 12 (50%) дітей зі СКД; 10 (33,3%) зі СЗД.

Діти зі СКД під час визначення та знаходження правильних картинок-відповідей ретельно вслуховувалися у почуті фрази, намагалися думкою пережити дану емоцію, йшов тривалий добір із тренуванням власних мимічних рухів і артикуляційних поз, тобто, зрозуміти дане темброве забарвлення і співвіднести його з показом означених картинок діти намагалися через відображення своїх органів артикуляції. Максим Р. під час знаходження картинки навіть намагався проаналізувати: «Бабуся їде, у Наталки горе, ні вона сумує». На наш погляд, наявність однобічних уражень кори домінантної півкулі мозку у нижніх відділах премоторної частини кори, які характерні для коркової дизартрії і як наслідок, персеверативний характер рухів, відображується і на семантичному співвідношенні тембрових відтінків, їх розпад на окремі складові, пошук правильного рішення. Однак, це вказує на більш високий самоаналіз у дітей саме зі СКД у порівнянні з іншими дітьми зі стертими формами дизартрії, що беруть участь в експерименті: 12 (25%) показали найкращі результати достатньо швидкого відбору картинок. Лише 4 (8,4%) дітей зі СКД змогли співвіднести тільки 3 картинки. Ваня Ч. тривалий

час розглядав картинки, запитував знов, визначав окремі елементи, а не цілісну структуру речення. Це, на нашу думку, пов'язано з наявністю у дитини кінестетичної апраксії.

У дітей зі СЗД відзначалася нестабільність відбору «правильних» картинок, спостерігалися зайві хвилювання. Марина Д. під час виконання завдання пояснювала: «Марійка дивується, вона побачила слона, ні вона буде плакати, він великий». Тобто дитина визначає додаткові, не пов'язані з метою завдання елементи. На нашу думку, порушення рухо-емоційної інервації у дітей зі СЗД, монотоність, немодульованість власних емоцій утруднюють розуміння емоційних забарвлень і як наслідок спостерігається недостатній рівень співвіднесення візуального і акустичного образів.

4 (12,5%) дітей зі СЗД; 2 (8,4%) зі СКД; 8 (6,17%) зі СПСД; 4 (22,3%) зі СПСД показали низький рівень виконання завдання. Це діти, у яких у незначному вигляді знижено пізнавальні процеси і під час виконання завдання визначалася інертність і недостатність бажання до виконання завдання. Більшість (у % відношенні) цих дітей визначилася саме у дітей зі СППД.

Позитивним моментом було те, що ніхто з дітей ЕГ не показав елементарний рівень, тобто не було дітей, які б співвіднесли лише 1 картинку, або відмовилися від відповіді, що свідчить взагалі про значну зацікавленості дітей до завдання з залученням яскравих сюжетних карток.

Діти КГ практично усі виконали завдання правильно: 75(83,3%) показали достатній рівень виконання завдання; 12(13,33%) - задовільний. Це діти, які за темпераментом дуже активні і швидко приймали рішення, але, як наслідок цього, не всі картинки співвідносили правильно. І тільки 2(3,3%) дітей, які співвіднесли лише половину правильних відповідей. Низького та елементарного рівнів у дітей КГ виявлено не було. Це ще раз вказує на те, що наочне зображення є фактором, що полегшує розуміння зв'язку тембрового забарвлення і змісту висловлювання.

Таблиця 24

Аналіз результатів дослідження співвіднесення тембрового забарвлення
голосу для розпізнання емоційного стану дітьми ЕГ та КГ

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання (у %)				
	5	4	3	2	1
Стерта псевд. паретич	0	22,2	55,5	22,3	0
Стерта псевд. спастич	12,3	61,53	20	6,17	0
Стерта коркова	25	50	16,6	8,4	0
Стерта змішана	6,7	46,7	33,3	12,5	0
Норма	83,3	13,33	3,3	0	0

За результатами дослідження, таким чином, можливо зробити наступні висновки.

- В усіх дітей ЕГ спостерігаються порушення відтворення звуковисотних модуляцій.
- Порушення тембральних якостей голосу дітей зі стертою дизартрією зумовлено недостатністю координованої роботи артикуляційного апарату, м'язовою та інерваційною недостатністю мовленнєвої мускулатури і у дітей з різними формами стертої дизартрії відрізняються рядом ознак.
- Недостатність рухо-емоційної інервації у дітей зі стертою дизартрією, немодульованість власних емоційних якостей у мовленні утруднюють визначення та розуміння тембральних забарвлень .
- Для дітей зі стертою формою дизартрії сприймання та оцінювання тембрового забарвлення голосу за матеріалами окремого оповідання значно легше, ніж співвіднесення акустичного та візуального образів сюжетних картинок, що є наслідком порушення семантико-перцептивної діяльності, визначається невміння контролювати власні голосові модуляції.
- Дослідження тембру голосу та емоційної сторони мовлення у дітей ЕГ визначили особливості і різний характер виконання завдань, а також неоднорідність показників у дітей з різними формами стертої дизартрії, що зумовлює у подальшому напрямки корекційної роботи.

- У дітей КГ спостерігалися незначні поршення стану сформованості емоційно-тембрового забарвлення, які були зумовлені недостатнім соматичним станом, інертністю та особливостями психотипу означеної категорії дітей.

2. Аналіз дослідження стану ритмічної здібності.

Дослідження особливостей ритмічної здібності виявило значні розходження у можливостях точного сприймання та відтворення ритмічних структур як між дітьми зі стертою дизартрією і нормальним мовленнєвим розвитком, так і усередині експериментальної групи.

На *першому етапі* експерименту досліджувалося сприймання та відтворення дітьми звукових ритмів.

У дітей ЕГ відзначалися труднощі вже на рівні сприймання ритмічних структур. Більшість з них виконували завдання тільки після додаткового прослуховування, а саме: 76 (58,5%) дітей зі СПСД; 4 (22,3%) дітей зі СППД; 10 (41,66%) дітей зі СКД; 15(50%) дітей зі СЗД.

Труднощі відзначалися під час відтворення акцентованих серій ударів, особливо трьохскладових. Характерними помилками при їх відтворенні були збільшення або зменшення числа серій (замість трьох відтворювалися 2 або 4 серії ударів); структурні зміни усередині однієї або 2-х, 3-х стоп серії (число не акцентованих ударів могло збільшуватися або зменшуватися, всі удари характеризувалися або як тихі, або як голосні).

Аналіз результатів дослідження показав, що з дітей ЕГ змогли показати достатній рівень виконання завдання тільки: 34(26,2%) дітей зі СПСД; 8 (33,24%) дітей зі СКД; 2 (6,7%) дітей – зі СЗД. Серед дітей зі СППД не відзначалося самостійних правильних відповідей. Це насамперед пов'язано із загальною інертністю сприймання та відтворення ритмічних структур у дітей даної мовленнєвої патології. Значна кількість досліджуваних спромоглися відтворити ритмічні структури лише після багаторазового повторного

роз'яснення завдання, що відповідало середньому рівню: 14 (10,7%) дітей – зі СПСД, 12 (61,1%) дітей – зі СППД, 8,4% дітей – зі СКД, 16,6% дітей – зі СЗД.

Під час виконання завдання діти ЕГ сумнівалися, підбирали спочатку декілька варіантів відповідей, були невпевнені, але після багаторазової допомоги виконували вірно. Відзначалася неточність виконання завдань навіть після допомоги: у 4,6% дітей зі СПСД, 11,2% дітей – зі СППД, 8,4% дітей – зі СКЗ, 16,6 дітей – зі СЗД.

Лише у 5,5% випадків у дітей зі СППД відзначалася відмова від виконання завдання. Ніхто більше з дітей ЕГ не показав елементарний рівень, що є показником зацікавленості дитини, а головне збереження процесів ритмічної здібності, хоча і не на достатньому рівні.

Труднощі виконання завдання на сприймання та відтворення звукових ритмів дітьми ЕГ насамперед були пов'язані з недостатньою сформованістю слухової диференціації запропонованих ритмічних структур, слухозорових та зорово-моторних координацій.

Діти КГ показали достатній рівень виконання завдань – у 79 (87,7%) дітей, які із задоволенням, самостійно і швидко виконали завданням після першого пред'явлення ритмічних серій. Помилки носили випадковий характер, у ряді випадків самостійно виправлялися дітьми без повторного прослуховування ритмічної серії, або з незначними труднощами у 12,3% дітей.

Таблиця 25

Аналіз результатів дослідження сприймання та відтворення звукових ритмів дітьми експериментальної та контрольної груп

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	22,3	61,1	11,2	5,5
Стерта псевдоб. спастич	26,2	58,5	10,7	4,6	0
Стерта коркова	33,24	41,66	16,8	8,4	0
Стерта змішана	6,7	50	26,7	16,6	0
Норма	87,7		0	0	0

У данній серії дослідження ми фіксували також здатність дитини до провідного зорового або слухового сприймання, яке потім враховували на третьому етапі дослідження.

За результатами дослідження *другої серії* завдань у дітей зі стертою формою дизартрії найбільш розповсюдженим було скорочення або збільшення числа серій або складів під час відтворенні складоритмічних структур, а також неправильне відтворення кількості складів запропонованих комбінацій.

Діти зі ССПД у більшості випадків зазнали труднощі під час визначення і відображення акцентованого 2-го, 3-го тощо складів, тобто відтворення складів з першим або останнім акцентованим складом діти були здатні вимовити правильно. 14 (10,7%) дітей змогли на достатньому рівні, з незначним звертанням дорослого на зразок виконати завдання правильно, відтворити безпомилково усі запропоновані серії; 46 (35,4%) дітей справилися із завданням тільки після додаткових пояснень, зразків, повторів дорослого. Більшість дітей – 62 (47,7%) змогли відтворити комбінації тільки однакових складів, 8 (6,2%) показали низький рівень виконання завдання, відзначалися скорочення або вимова зайвих складів, що не відповідало у багатьох випадках запропонованій інструкції. При цьому спостерігалися додаткові рухи, нахили голови, зайве напруження мускулатури шиї, обличчя.

11,2% дітей зі ССПД показали елементарний рівень виконання завдання, не змогли дати правильні відповіді, хаотичні повтори не відображували ні одну із запропонованих ритмічних структур. Відзначалися підвищена стомлюваність, інертність, неспроможність відтворення до кінця запропоновані серії, тобто скорочення. Ренат Т. зміг відтворити ритмічні комбінації тільки з 2-х складів. Збільшення кількості складів призводило до заміни та спотворення приголосних, що, на нашу думку визначається нестійкістю фонематичних процесів, труднощами утримання структур послідовності. Взагалі склади вимовлялися монотонно, у більшості випадків без акцентування. Характерним було відтворення акценту 2-их складів, як

наслідок добору дихання, неспроможність вимовити голосно 1-ий склад із-зі інертності м'язів артикуляційного апарату. У 33% випадків діти не змогли відтворити навіть комбінації однакових складів. Відзначалися різнонаголошені повторювання.

Діти зі СКД показали кращій результат, але визначалось загальне скорочення складів, внаслідок використання більш інтенсивної модуляції голосу. 5 (20,8%) дітей показали правильне виконання завдання. Це пов'язано з тим, що рухова програма реалізації ритмічних структур менш порушена, ніж у дітей з іншими клінічними формами. Але внаслідок порушення кінетичного праксису визначаються труднощі відтворення більш складних комбінацій, що спровоковано ураженням кори домінантної півкулі в нижніх відділах премоторної частини кори мозку.

Діти зі СЗД у більшості випадків (43,3%) виконували завдання тільки після додаткових пояснень, примірювань, перекручувань. Із-за наявності у дітей м'язової дистонії визначалися труднощі утримання запропонованих програм послідовних рухів, які складають ритмічні серії. У 6,7% дітей було визначено повне не сприймання матеріалу: діти довго вслуховувалися, хаотично повторювали не співвіднесені із завданням відтворення ритмічних структур, вимовляли все в одному прискореному темпі і в цілому виконання завдання не зараховувалося.

Усі діти КГ самостійно, легко і швидко справилися з завданням після першого пред'явлення ритмічних серій. У 80% випадків увесь стимульний матеріал був відтворений точно. Інші діти допустили неточності тільки в більш складних ритмічних серіях.

За результатами дослідження можливо зробити наступні **висновки**.

- у дошкільників зі стертою дизартрією визначається порушенням ритм на усіх його рівнях: почуття темпу, почуття метру, почуття ритмічних малюнків сприймання та відтворення звукових ритмів, ритмічних структур, ритмізованого мовлення.

- визначався порушеним ритм дихання, який виступає не самостійно, а у взаємозв'язку з інтелектуальним фактором, він регулює ритм мовлення, співвідноситься зі змістом, тобто залежить від семантичної сторони мовлення, яка у дітей експериментальної групи не сформована;
- у дітей зі стертою дизартрією спостерігалися помилки у визначенні якості ударів в акцентованих серіях (всі удари характеризувалися або як тихі, або як голосні); неправильне визначення кількості простих ударів, що складають серію, при точному визначенні кількості ізольованих;
- труднощі виконання завдання на сприйняття та відтворення звукових ритмів дітьми експериментальної групи також були пов'язані з недостатністю рівня сформованості слухової диференціації запропонованих ритмічних структур, слухозорових та зорово-моторних координацій;
- діти зі СКД показали кращий результат виконання завдання, діти зі СЗД та зі СППД показали гірші результати виконання завдання, середні показники виконання правильності завдання спостерігалися у дітей зі СПСД.
- У дітей КГ відзначалась незначні труднощі виконання завдання, які пов'язані зі складністю пред'явлених ритмічних структур.

Таблиця 26

Аналіз результатів дослідження здатності сприймати та відтворювати ритмічні малюнки з одночасним мовленнєвим супроводом дітьми ЕГ та КГ

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	22,3	33,2	33,3	11,2
Стерта псевдоб. спастич	10,7	35,4	47,7	6,2	0
Стерта коркова	20,8	50	29,2	0	0
Стерта змішана	0	20	43,3	30,3	6,7
Норма	80	17,5	2,5	0	0

Метою *третьої серії* завдань було дослідження трансформації звукового ритму в зорово-просторову моторну схему.

Діти зі СППД показали достатньо високі відносно з виконанням попередніх серій завдань результати: 6 (33, 25) дітей правильно відтворили завдання. 25 (38,46%) дітей зі СПСД справилися з завданням, хоча особливим був характер виконання: діти були напружені, визначалися синкінезії у вигляді ритмічних нахилів голови, тулуба, стиснення долонь, незначні розтягування пауз між складами.

8(25%) дітей зі СЗД показали теж достатні показники, у 6 (37,5%) дітей відзначалися надто швидкі, хаотичні удари, збільшення тривалості виконання завдання, підбір варіантів. Як і у попередньому завданні, у цих дітей визначалися труднощі програмування послідовних рухів, не сформованість процесів відтворення відношень довжини звуків та пауз, що за визначення Венгер Л.[] складають основу ритмізованого мовлення.

Серед дітей зі СКД лише 1(8,32%) не змогла самостійно виконати завдання, не використовуючи підбір правильних ритмічних структур. Це пов'язано насамперед з наявністю кінетичної диспраксії.

80 (92,5%) діте КГ з задоволенням, швидко виконували завдання. Одиичні випадки 6 (7,5%) дітей вимагали додаткових пояснень, це зумовлено, на нашу думку, недостатньою концентрацією уваги під час сприймання інструкції завдання.

Таблиця 27

Аналіз результатів дослідження трансформації звукового ритму в зорово-просторову моторну схему дітьми експериментальної та контрольної груп

Форма стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	11,3	33,2	22,2	22,3	0
Стерта псевдоб. спастич	38,46	49,23	12,3	1,53	0
Стерта коркова	68,5	16,6	8,3	0	0
Стерта змішана	25	28,9	37,5	6,25	12,5
Норма	92,5	7,5	0	0	0

За результатами дослідження можливо зробити наступні **висновки:**

- Усі діти експериментальної групи показали в загальні достатні показники виконання завдання, синхронізація вимовляння складу і удар долонею або олівцем по столі полегшувало виконання завдання, що вказує на необхідність включення в корекційний процес з дітьми зі стертою дизартрією вправ на узгодження мовлення і рухів. тобто логоритмічних вправ, що полегшує сприйняття та відтворення ритмізованого мовлення.

- Аналіз виконання завдання у дітей зі СППД показав, що для більшості дітей 11(55,4%) необхідне було додаткове пояснення та повторення завдання. Характерною була загальна інертність, сповільненість виконання завдань. У 6(33,2%) дітей спостерігаються труднощі диференціації інтонаційних типів речень, а саме: окличних та розповідних, питальних та окличних. Але питальні речення сприймалися дітьми значно краще окличних, особливо, якщо інтонаційні типи речень були співвіднесені із сигнальними картками.

Порушення відтворення ритмічних структур у дітей зі СПСД та СПСД зумовлені наявністю незначної іннерваційної м'язової недостатності верхньої частини; у дітей зі СКД наявність кінетичної диспраксії, зумовлена розладом коркового рівня, призводить до порушення формування рухової програми, виконання послідовних рухів. Найбільш визначені порушення ритмічної здатності ми спостерігали у дітей зі СЗД, які зумовлені розладами координації рухів, змінами м'язового тону, недостатністю рухової пам'яті. Це, на нашу думку, викликано порушеннями у функціонуванні на рівні підкоркових ділянок, стріопалідарної системи, яка забезпечує темпо-ритмічну організацію мовлення.

3. Аналіз дослідження темпової організації мовлення.

Дослідження темпової організації мовлення передбачало перш за все вивчення *швидкості проходження звуків у потоці мовлення.*

У дітей експериментальної групи відзначалося порушення темпу висловлень, як результат дисритмічності дихання під час фонації.

У дітей зі СППД і стертою СЗД у більшості випадків ми спостерігали повільний темп – у середньому 12,45%. Половина дітей експериментальної групи продемонстрували темп, який незначно відрізняється від нормального темпу мовлення: задовільний рівень - 52 (25,5%) і середній 53 (26,4%).

У 52%(25,5%) дошкільників зі стертою дизартрією був зафіксований темп усних висловлень, що значно відрізняється від нормативного і характеризується вимовою у середньому від 2,2 до 2,8; або від 4,1 до 5,5 складів за хвилину. У 20 (9,8%) випадків було зафіксоване різке порушення темпу усного вислювання (менш. 2 і більше 5,7 скл./хв.).

Характерним було сповільнення темпу у дітей зі СКД, який характеризувався частими вдихами, незначними зупинками.

У 12 (40%) з підгрупи дітей зі СЗД, як наслідок дистонічного стану м'язів артикуляції відзначалася нестійкість характеру темпу: швидкий змінювався на повільний і навпаки.

У дітей КГ дослідження темпу показали більш високий рівень у співвіднесенні з дітьми ЕГ. 14 (15,5%) дітей показали рівень, який незначно відрізняється від норми: 2,8 – 3,1 скл./хв., або 3,6 – 4 скл./хв. Але у 7 (7,8%) дітей ми фіксували прискорений темп мовлення: 4,1 – 4,5 скл./хв.. Насамперед це пов'язано з характером темпераменту дітей з нормальним мовленнєвим розвитком. Решта дітей КГ показала достатній рівень виконання завдання – 69 (76,7%).

Таблиця 28

Аналіз дослідження швидкості проходження звуків у потоці мовлення.

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	27,7	55,5	16,6	0
Стерта псевдоб. спастич	16,1	42,3	13,9	27,7	0
Стерта коркова	16,7	54,1	29,2	0	0
Стерта змішана	12,5	62,5	18,75	7,8	0
Норма	76,7	15,5	7,8	0	0

Під час виконання *другої серії* завдань на визначення характеру темпу мовлення спостерігалися труднощі оцінювання характеру темпу дітьми зі стертою формою дизартрії.

Найбільш легким для дітей ЕГ виявилось виконання завдання на визначення темпу простих текстів. Діти у більшості випадків безпомилково визначали, яким темпом прочитаний текст (занадто повільно, занадто швидко, нормально) і як його потрібно читати. Достатній рівень виконання завдань визначався у дітей зі СКД - 10 (41,67%); 42(32,3%) - зі СПСД; 8 (25%) – у дітей зі СЗД.

Відзначалися загальні порушення у дітей ЕГ, а саме. У 30 (29,4 %) дітей зі стертою дизартрією було зафіксовано правильне визначення темпу прослуханого тексту, але пояснити свій вибір дитина змогла після дозованої допомоги експериментатора, постановки додаткового питання, роз`ясень.

У 22 (21,56%) ЕГ визначалися труднощі впізнання й оцінювання повільного темпу мовлення: він оцінювався дітьми частіше як нормальний; необхідні були додаткові, неодноразові повторення питань за змістом тексту і за допомогою додаткових запитань. Значно легшим для дітей ЕГ було впізнавання швидкого та нормального темпу мовлення. Завдання виявилось доступнішим, коли діти темп мовлення співвідносили з прискоренням рухів тіла, показували наочно, як це швидко, але завдання проголошене швидким темпом просили повторити.

Незначна кількість 16 (3,92%) дітей показали низький результат виконання завдання, не визначали самостійно характер темпу навіть після роз`ясень.

Діти КГ показали незначні відхилення від правильних відповідей: у 6 (7%) відзначався достатній рівень, у 3 (3,2%) - середній.

Таблиця 29

Аналіз результатів визначення характеру темпу мовлення

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	5,5	16,7	22,2	44,5	11,1
Стерта псевдоб. спастич	10	32,3	27,7	30	0
Стерта коркова	25	41,67	20,9	8,3	4,17
Стерта змішана	13,4	25	36,9	17,7	6,8
Норма	89,8	7	3,2	0	0

Під час виконання *третьої серії* на визначення здатності довільної зміни темпу у 42 (20,58%) дітей ЕГ відзначався задовільний рівень виконання завдання, вони спроможні були достатньо змінити темп відповідно мети з невеликою допомогою. Не змогли змінити темп мовлення, але користувалися неодноразово допомогою дорослих 42 (20,58%) дітей.

Характерним було виконання завдання у 6 (18,8%) дітей зі СЗД: під час виконання завдання в момент мовлення дихання прискорюється, за вимовою слідує поверхневі мікросудами, що скорочує активний видих і характерно за проявами мозочкових проявів, що входять у структуру порушень стертої змішаної дизартрії.

Цікавим є факт про те, що вимова фраз у прискореному темпі була більш доступна дітям, ніж у повільному. 29 (28,43%) дітей ЕГ не здатні з першого разу довільно змінювати темп відповідно до завдання. Під час відтворення фраз, діти робили часті паузи, збивалися з ритму, переходили на нормальні темп мовлення і навпаки. Це ще раз підтверджує дисоціацію між основними нервовими процесами (гальмування та збудження) у дітей зі стертими дизартріями. Серед дітей ЕГ не виявлено дітей з достатнім рівнем. 12 (50%) серед підгрупи дітей зі СК дизартрією показали середній рівень виконання завдань. Найбільша кількість дітей цієї підгрупи – 4,18% дітей показали елементарний рівень виконання завдання.

Діти КГ змогли достатньо швидко і точно виконати завдання. Незначні порушення у вигляді недостатнього розуміння завдання та мінімальної допомоги експериментатора відзначалася лише у 6 (7,5%) дітей.

Таблиця 24

Аналіз дослідження здатності довільної зміни темпу мовлення у дітей ЕГ і КГ

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	27,7	38,9	22,1	11,2
Стерта псевдоб. спастич	0	35,8	36,9	27	0
Стерта коркова	0	25	50	20,9	4,18
Стерта змішана	0	30	46,7	20	3,3
Норма	83	7,5	0	0	0

Основні труднощі зазнали діти під час виконання *четвертої серії* завдань на визначення вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту і темпом його вимови.

46 (22,54%) дітей ЕГ однаково оцінювали темп під час читання порівнюваних текстів - не визначали різниці в текстах, реалізованих різним темпом мовлення; відзначалася неспроможність диференціації повільного і нормального темпу вимови текстів - у 38 (18,62%); труднощі визначення найбільш адекватного темпу читання; у заміні задачі визначити темп мовлення запропонованих текстів спробою визначити відповідний йому основний тон висловлення - 32 (15,68%).

Правильно вибираючи з запропонованих форм читання тексту (нормальний темп), діти в більшості випадків відзначали, що інша форма читання (повільний, швидкий темп) не заважала їм розуміти зміст. Однак відповіді на запитання за змістом тексту, прочитаного переважно швидким темпом виявилось неможливим.

Порушення тимчасового оформлення сприйманих текстів призводило до труднощів виділення основних структурних елементів змісту тексту, визначення їх послідовності й осмислення значеннєвих відносин між ними.

У незначній кількості випадків при встановленні зв'язку між темпом прочитання тексту і його змістом 60 (29,41%) дітей правильно називали найбільш підходящий варіант прочитання і могли обґрунтувати свою відповідь, спираючись на зміст тексту. Так, правильно вибравши з двох запропонованих: занадто швидкий і нормальний темп прочитання, діти аргументували свою відповідь у такий спосіб: „Читати необхідно повільніше, тому що дощ спочатку крапає повільно”, „Підходить повільний темп, тому що спочатку йде дощ, а потім йде цуценя” і т. ін. Вибравши вірний варіант із двох запропонованих: занадто повільний і нормальний темп прочитання, діти давали такі відповіді: „Читати треба швидше. Дельфін пливе швидко”, „Правильно читати — швидко, човен пливе швидко морем” тощо.

138 (67,64%) дітей експериментальної групи правильно визначаючи найбільш підходящу змістові тексту форму читання, не могли обґрунтувати свою відповідь. На запитання: „Чому ти так вважаєш?” відповідали: „Так краще”, „Не можу пояснити”.

4(3,9%) дітей не справилися з запропонованим завданням, відмовляючись від відповіді або даючи відповідь: „Не можу, не знаю”.

Діти контрольної групи зазнали незначні труднощі під час виконання завдання. 3 (3,2%) дітей недостатньо орієнтувалися у встановлення зв'язків між текстом та темпом вимови.

Таблиця 25

Аналіз визначення вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту і темпом його вимов.

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання у %				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	11,2	27,8	50	11,2
Стерта псевдоб. спастич	0	32,8	46,1	20,76	2,3
Стерта коркова	0	38,7	33,4	25	4,16
Стерта змішана	0	16,9	30	43,3	10
Норма	96,6	3,2	0	0	0

Проведене дослідження засвідчує особливості темпової організації мовлення дітьми зі стертою дизартрією у порівнянні з їх однолітками, що не мають мовленнєвої патології і дозволяє зробити наступні **висновки**.

- У дітей зі стертою дизартрією визначається різного роду порушення темпової організації мовлення;
- Порушення темпової організації мовлення у дітей зі стертою дизартрією залежать від локалізації порушення, що визначає особливості проявів у дітей з різними формами стертої дизартрії.
 - Більш порушеним визначається темп мовлення у дітей зі СППД та СЗД.
 - У дітей зі СППД відзначається уповільнення темпу, яке пов'язано з загальною інертністю м'язової мускулатури.
 - У дітей зі СЗД відзначаються дистонічні порушення темпу,
 - Прискорення темпу мовлення у дітей зі СПСД обумовлено наявністю спастичного стану нервової системи.
 - Порушення темпо-ритмічної сторони мовлення у дітей зі СКД проявляється у спазматичних зупинках, які обумовлені також наявністю підвищеного тону м'якого піднебіння і за мікропроявами нагадують заїкання. Цей факт визначає необхідність враховування даних порушень у диференційній діагностиці дітей означених мовленнєвих вад.

Взагалі, надмірно прискорений темп мовлення, як при тахілалії, і надмірно уповільнений, як при браділалії є наслідком порушенні рівноваги між основними нервовими процесами: збудженням та гальмуванням; швидкості протікання інертністю або прискоренням нейрофізіологічних процесів.

- Під час оцінювання дітьми темпу мовлення визначалися труднощі впізнання повільного темпу мовлення. Це насамперед, окрім порушень неврологічного характеру обумовлено порушенням когнітивних процесів, труднощами утримання більш тривалого мовленнєвого відрізка.
- Вимова фраз у прискореному темпі була більш доступна дітям, ніж у повільному темпі.

- Однією з причин порушення темпу у дітей експериментальної групи пов'язано з недостатністю сприймання на семантичному рівні;
- Порушення темпу мовлення у дітей зі стертою дизартрією, на нашу думку, зумовлені дискоординацією дихання, фонації та артикуляції, реверсивною фонацією, несформованістю опори на голосний звук як складоутворюючий.

4. Аналіз дослідження мелодичних малюнків інтонації.

Особливості порушень *сприймання мелодичних* малюнків інтонації у дітей зі СПСД відзначаються у акцентуванні сприймання саме першого „ключового” слова речення. Наприклад, Мишко В. зрозумів та відобразив за допомогою сигнальної картки інтонаційні типи речення саме тоді, коли перше „ключове” слово одразу вимовлялося з означеною інтонацією:

Випав сніг на дорозі. Випав! сніг на дорозі! Випав? сніг на дорозі?

Це, на нашу думку, визначено м'язовою та інерваційною напругою мускулатури, яка призводить до слабкості, немелодичності особистих голосових реакцій, які пов'язані зі спастичним станом голосових складок і призводять до звуження діапазону використання частот. Тому і сприймання, диференціація мелодійних малюнків інтонації знижено. 44,6% дітей необхідно було додаткове пояснення, показ сигнальних картинок. У 30,8% дітей відзначалися правильні відповіді, але їх характер відображував знов таки напружений стан загальної м'язової діяльності, нестабільність емоційно-тонових модуляцій. 24,6% дітей змогли визначити тільки один тип інтонації. Характерним було визначення мелодійних малюнків інтонації попереднього пред'явлення, тобто у дітей відзначалися труднощі переключення уваги з попереднього завдання на наступне, що призводило до пошуку правильних визначень та повторень попередніх завдань.

Діти зі СКД показали самий високий результат виконання завдання. 41,7% дітей практично справилися із завданнями, але припускалися помилок у

визначенні інтонаційних типів окремих речень. Ці помилки носили нестійкий характер. У одних випадках діти визначили правильно окличне речення серед окличного та розповідного. І наступне подібне завдання викликало труднощі але після аналогічного завдання відзначалися невпевненість, пошук правильних відповідей. Вірогідно це пов'язано із наявністю кінестетичної апраксії, яка характерна для СКД. Але, як позитивне слід відзначити намагання аналізування дітьми, співвіднесення із сигнальними картками, що свідчить про здатність до самоаналізу у дітей зі СКД у порівнянні і з іншими клінічними формами стертої дизартрії. Тільки 8,3% дітей з даною формою стертої дизартрії змогли визначити тільки один тип інтонації, а саме - питальну.

Дітям зі СЗД у більшості випадків (50%) необхідно було додаткове пояснення, сумісне виконання завдання. У 31,25% дітей відзначалися труднощі диференціації інтонаційного типу висловлення. Характерною була скандованість, поспішність виконання завдання, що на нашу думку, пов'язано з порушеною діяльністю провідних систем мозку, які провокують до виникнення недостатності координації рухів артикуляційної та дихальної мускулатури, гіпометрії. Більші труднощі зазнали діти зі змішаною стертою формою дизартрії під час визначення окличної інтонації, спостерігалася неможливість диференціації інтонаційних типів речень.

Діти контрольної групи показали достатньо високі показники можливості сприймання мелодичних малюнків інтонації, які відрізнялися:

- достатнім рівнем розуміння інструкції завдання;
- рівнем спроможності розуміння та виділення інтонаційних типів речення;
- швидкістю виконання завдання.

Тільки для 11, 6% дітей контрольної групи необхідне було додаткове пояснення, але вони виконували завдання з другого разу правильно. Це насамперед пов'язано з особливостями темпераменту дитини, який зумовлює сповільненість виконання завдання.

Таблиця 26

Аналіз результатів дослідження сприйняття мелодичних малюнків інтонації дітьми експериментальної та контрольної груп

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання (у %)				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	11,2	55,4	33,2	0
Стерта псевдоб. спастич	0	44,6	30,8	22,6	0
Стерта коркова	0	50	41,7	8,3	0
Стерта змішана	0	50	31,25	18,75	0
Норма	88,34	11,6	0	0	0

Результати дослідження свідчать про те, що у дітей зі стертими формами дизартрії відзначалися:

- труднощі знаходження правильних інтонаційних типів речення: під час визначення окличного речення з пари окличне-розповідне діти сприймають як розповідне, з пари розповідне-питальне сприймають розповідне, що пов'язано з порушенням яскравих емоційно-тембрових забарвлень;

- недостатня швидкість розуміння інструкції щодо завдання з визначення інтонаційного типу речень;

- гальмування виконання завдання у порівнянні з виконанням завдання дітьми контрольної групи.

- під час дослідження сприйняття мелодичних малюнків інтонації у дітей експериментальної групи відзначалися особливі закономірності та різний характер виконання завдань, а також неоднорідність показників у дітей з різними формами стертої дизартрії, що зумовлює у подальшому напрямки корекційної роботи.

Діти 24(18,46%) зі СПСД *відтворювали* запропоновані інтонаційні типи висловлювань, але необхідна була допомога експериментатора. Відтворення окличних речень характеризувалося зміщенням акцентуації, зупинці на одному темпі звучання. Визначаються труднощі регулювання основним тоном

вимови, що пов'язано з недостатністю вироблення правильних схем, як результат недостатньої сформованості слухового сприймання та синтезу.

Для дітей зі СППД трудно було імітувати питальну інтонацію, яка визначалася у мовленні як розповідна, під час імітування окличного речення відзначалося гальмування, зайві паузи, розмежування складів – 4 (22,2%). Це насамперед було пов'язано з інертністю рухових схем продуктивної діяльності мозку. Відзначається також порушення мелодики завершеності, яка властива розповідному реченню.

У 4(28%) дітей зі СЗД відзначалася форсованість відтворення, зміщення інтонаційного контуру, уподібнення, наприклад, питального речення через швидкість вимови фрази. Діти занадто підвищували голос, імітуючи визначення головного слова, але ці слова були випадковими і не відносилися до ведучого інтонаційного оформлення. При цьому ми відзначали неспроможність у деяких випадках – 12,5 % використання звуковисотних модуляцій. У мовленні дітей ми спостерігали швидку виснаженість, напруження голосу, що пов'язано також з коротким видихом, недостатність розуміння зміни мелодичних малюнків фраз (під час відтворення питальних та розповідних речень).

Для дітей зі СКД виконання завдань на відтворення фраз одного інтонаційного типу, особливо за зразком було достатньо легким, але під час розрізнення 2 типів інтонації спостерігалися заміщення – окличної інтонації на розповідну, питальну на розповідну, розповідну - питальною). Характерним були неправильні відповіді, примірювання правильних і неправильних схем, але кінцеве самостійне виправлення. Бали при цьому ми не знімали.

Позитивним було те, що використання сигнальних карток, співвіднесення кольору з інтонаційним типом у дітей експериментальної групи полегшувало виконання завдання, особливо у 6 (33,2%) дітей зі СППД, що визначало ведуче

зорове сприймання (у даному випадку) і використання цих спостережень у наступному етапі дослідження.

Діти контрольної групи у більшості випадків (82,5%) були здатні правильно і самостійно виконати усі завдання, незначна кількість (12,5%) потребували додаткових роз'яснень, 5% - відтворили правильно і пояснили тільки один інтонаційний тип.

Таблиця 27

Аналіз результатів дослідження відтворення мелодичних малюнків інтонації дітьми експериментальної та контрольної груп

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання (у %)				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	22,1	33,1	44,3	0
Стерта псевдоб. спастич	0	18,46	36,92	44,61	0
Стерта коркова	16,6	25	33,3	25	0
Стерта змішана	0	18,75	31,25	50	0
Норма	82,5	12,5	5	0	0

Результати дослідження свідчать про те, що у дітей зі стертими формами дизартрії відзначалися:

- труднощі використання та керування мелодичним компонентом інтонації,
- спостерігалися недостатність, монотонність, спотворення інтонаційного оформлення висловлень, як результат спазматичного стану м'язів, проявів клінічної мікросимптоматики;
- труднощі відтворені мелодичних малюнків комунікативних типів виникали як наслідок порушення емоційної та змісторозрізняльної функції інтонації;
- використання сигнальних карток полегшувало виконання завдання дітьми.
- У процесі сприймання та диференціації різних мелодичних малюнків інтонації у дітей експериментальної групи більш порушеним розрізнення розповідної та питальної інтонації.

5. Аналіз результатів дослідження сприймання та відтворення логічного наголосу.

1) У даній частині експерименту ми використовували 3 різних завдання на дослідження сприймання логічного наголосу, які не розмежовували за оцінюванням кожного завдання окремо, оскільки нам важливо не точні показники виконання завдання, а загальна можливість сприйняття і розуміння наголосу дітей зі стертими формами дизартрії.

У дітей зі СППД відзначаються труднощі визначення акцентуємого слова, усі слова виділяються, як перше. Це на нашу думку, пов'язано з короткочасністю слухового сприймання, труднощів утримання і розуміння фрази спонтанно. 4 (22,3%) дітей змогли правильно виділити слова-носії у фразі з 3-4 слів, але необхідні були додаткові пояснення.

8(6,15%) дітей зі СПСД змогли правильно визначити слова-носії у всіх запропонованих серіях. 64(49,23%) дітей допускали помилки під час визначення акцентованого слова у фразах з 2-3 слів. Діти правильно визначали слова-носії у звучанні речень, але не могли правильно пояснити різницю.

Діти зі СЗД довго думали, примірювалися, просили повторити фразу, що пояснює недостатність слухового сприймання цих дітей, але можливість підбору правильних визначень говорить про наявність, хоча і не на достатньому рівні спроможності до аналізу і синтезу. 2 (6,25%) дитини так заплуталась під час підбору правильних відповідей, що зовсім відмовились від відповіді.

У дітей зі СКД показники виконання завдання були кращими. 11(58,33%) дітей спроможні були правильно визначити слова-носії у всіх запропонованих серіях завдання. 3 (16,6%) дитини неправильно розрізняли 2 речення, зміщуючи акцент визначення.

Діти контрольної групи – 76 (85%) правильно виділяли і пояснювали завдання. Недостатність розрізнення і визначення акценту у 3-4 словах визначалася у 13 (15%) дітей.

Таблиця 28

Аналіз результатів дослідження сприйняття логічного наголосу дітьми експериментальної та контрольної груп

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання (у %)				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	0	22,1	22,3	44,3	0
Стерта псевдоб. спастич	6,15	32,3	49,23	12,3	0
Стерта коркова	58,33	25	16,6	0	0
Стерта змішана	0	25	31,25	12,5	6,25
Норма	85	15	0	0	0

Під час відтворення логічного наголосу для дітей зі СППД основні труднощі виконання завдання полягали у збільшенні тривалості вимови речення. Якщо навіть акцентоване слово виділяли правильно, то відзначалися потім непередбачені паузи, різке затухання фрази. У деяких випадках спостерігалась загальна інертність вимови акцентованого слова, що порушує мелодійний малюнок, робить речення монотонним, розтягнутим. Це, на нашу думку, пов'язано і з інертним станом внутрішньо глоткового тиску, який є обов'язковим для виділення акцентуємого слова. Серед дітей зі СППД 1 (11,2%) не виконав ні однієї серії завдання.

У дітей зі СПСД визначалась форсованість вимови речення, зайве напруження під час вимови акцентуємого слова. Більшість дітей правильно виконувала завдання, яке супроводжувалося показом плескання долонями, або тупання ногою. Визначається недостатність динамічного наголосу взагалі. 42(32,3%) дітей змогли відображено відтворити фразу з 2-3 слів з правильним виділенням акцентуємого слова, пояснити свій вибір вони не могли.

У дітей зі СЗД під час відтворення фраз визначалася акцентована вимова усіх слів у реченні, слова звучали скандовано з визначеними паузами. Слова-носії виділяли вибірково - 8 (25%).

12 (50%) дітей зі СКД виконали завдання на достатньому рівні.. Наочні приклади, залучення картинок діти використовували у повному обсязі.

Діти контрольної групи - 72 (80%) виконували завдання із задоволенням, даючи правильні пояснення і навіть свої приклади. 18(20%) дітям необхідна була додаткова незначна допомога. Це насамперед характеризує високий рівень відчуття логічного наголосу у дітей контрольної групи.

Таблиця 29

Аналіз результатів дослідження особливостей відтворення логічного наголосу дітьми експериментальної та контрольної груп

Форми стертої дизартрії	Кількість балів, отриманих за виконання завдання (у %)				
	5	4	3	2	1
Стерта псевдоб. паретич	16,7	44,4	27,8	11,2	11,2
Стерта псевдоб. спастич	32,3	32,4	22,3	13	0
Стерта коркова	33,3	50	12,5	4,16	0
Стерта змішана	26,6	33,4	26,7	25	0
Норма	80	20	0	0	0

Результати дослідження свідчать про те, що у дітей зі стертими формами дизартрії відзначалися:

труднощі знаходження правильного положення акцентованого слова;
 - у дітей зі СППД визначаються монотонність, використання зайвої кількості пауз, зайвим розтягуванням, різке затухання фрази;

у дітей зі СПСД спостерігалася форсованість, зайве напруження під час вимови акцентує мого слова;

у дітей зі СЗД слова звучали скандовано, з визначеними паузами у фразах діти зі СКД показали кращий результат, але під час відтворення фраз зміщували логічний акцент.

2.3.4. Аналіз даних організаційно-планувального етапу.

Метою цього етапу було визначення ведучого каналу сенсорно-перцептивної модальності. За даним дослідженням ми виділили 3 групи дітей («кін естетиків», «аудитів», «візуалістів») в залежності від більш розвиненого сенсорного каналу. Потім отримані дані ми аналізували і заносили до списків-

характеристик ведучих репрезентативних систем, що дозволяло визначити ведучу сенсорну модальність кожної дитини, тобто більш доступний засіб подачі інструкції (жестовий, який містить показ способу діяльності; сумісне виконання з дитиною дій; мовленнєвий, який пояснює спосіб виконання завдання). У результаті проведення тестових завдань ми виділили 3 умовні групи:

«Аудити» (ведучий сенсорний канал модальності – слуховий) – 44 (21%);

«Візуали» (ведучий сенсорний канал – зоровий) – 65 (32%);

«Кінестетики» (канал – чуттєвий ведучий сенсорний) – 95 (47%).

З кожної групи були діти, які займали практично середнє положення між наприклад, аудитами та візуалами або кінестетиками та візуалами, але завжди визначалася приналежність до якогось ведучого каналу, тому ми і не визначали більшу кількість груп.

За висновками Мухіної В. та Венгер Л.старший дошкільний вік є тим сенситивним періодом, коли ведучим у діяльності дитини є візуальні спостереження, що показали результати обстеження дітей контрольної групи. На другому місці знаходиться слуховий контроль дитини. Це пояснює бажання слухати казки.

Цікавим є той факт, що під час обстеження у дітей зі стертими формами дизартрії саме кін естетичні сприймання, контакт з дорослими через торкання, поглажування наочних посібників, які підібрані адекватно внутрішньому світу дитини були найбільш доступні для дітей означеної мовленнєвої патології. Зниження пропріоцептивної та кін естетичної чутливості дітей зі стертими формами дизартрії з одного боку і бажання, можливість виконання завдання через підсилення чуттєвих неспецифічних засобів з іншого підтверджує наше передбачення про першочергову необхідність формування просодичного компоненту мовлення, який саме відноситься до невербальних засобів спілкування.

Серед дітей експериментальної групи найбільша кількість дітей - 95 (47%) це діти з веучим кінетико-кінестетично-тактильним сприйманням. Цих дітей ми віднесли до «Кінестетиків», більш яких ми виявили серед дітей зі СКД – 54,2%, зі СПСД – 50%, зі СЗД – 43,75%. Менша кількість «кін естетиків» спостерігалася у дітей зі СППД – 22,3 %. Це насамперед було, на нашу думку пов'язано з гіпотонічним станом м'язів і недостатньою чуттєвою сферою.

Кількість дітей зі стертою дизартрією, які увійшли у ту чи іншу групу дітей з ведучим сенсорним каналом відображено у таблиці

Таблиця 30

Розподіл дітей зі стертою дизартрією за провідним каналом сенсорно-перцептивної модальності

Канали сенсорно-перцептивної модальності	Форми стертої дизартрії			
	СППД	СПСД	СКД	СЗД
Аудити	33,3	20	16,7	25
Візуали	44,5	30,76	29,1	31,25
Кінестетики	22,3	50	54.2	43,75

Висновки.

- у дітей зі стертою дизартрією спостерігаються порушення компонентів просо дики, які визначаються як у специфічних, так і якісно-відмінних розладах просодичних компонентів. Дані порушені зумовлені мікролокалізацією ураження головного мозку, негативним впливом патогенетичних факторів, які призводять до стертої дизартрії.

- У дітей зі стертою корковою дизартрією стан сформованості мелодико-інтонаційної сторони визначається більш збереженим, діти здатні використовувати підбір правильних відповідей, установок, але визначаються недостатність відбору моторних схем, що спровоковано наявністю диспраксічних розладів при ураженні пост центральної звиліни кори головного мозку;

- стан сформованості просодичних компонентів визначається більш порушеним у дітей зі стертою паретичною дизартрією, як наслідок з однієї сторони наявності загального гіпотонічного, інертного стану змістово-аналітичної сторони мовлення, з другої – наявності паретичного та парціального стану мз гіпотонічним станом м'язів'язової системи; у дітей зі стертою псевдобульбарною спастичною та стертою змішаною порушення стану сформованості компонентів просо дики визначається у середнє між положенні між перерахованими вище стертими формами;

- у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком відзначаються , хоча і мінімальні порушення стану компонентів просо дики та дихання, що зумовлено сукупністю різних факторів, які впливають на нормальний розвиток дитини і на які у масових дитячих закладах не звертають уваги: невміння дітей використовувати продуктивні схеми дихання, недостатність диференціації, слабкість видиху, як результат частих респіраторних захворювань, розрощення мигдалин і т. інш.

- встановлені зв'язки між сформованістю просодичного компоненту мовлення у дітей зі стертою дизартрією і ведучим каналом сенсорної модальності, що дає можливість планування корекційної роботи в залежності від ведучої репрезентативної системи дитини;

- дослідження за обліком ведучого сенсорного каналу, отримані у ході констатувального експерименту дані про особливість порушення мелодико-інтонаційної сторони мовлення забезпечить диференційований підхід під час відбору методів та прийомів лого-корекційної роботи з формування компонентів просо дики.

Загальні кількісні характеристики правильності виконання завдань на дослідження компонентів просодики дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Отримані після статистичної обробки даних підсумкові сумарні бали за критеріями відповідей дітей задовольняють вимогам нормального розподілу,

тому для визначення діапазонів низьких, середніх і високих значень (рівнів) допустимо використовувати стандартні відхилення (сигма). Відповідно до отриманих характеристиками цих параметрів отримані діапазони низьких (бал менше 23) і високих значень (бал більше 35).

При такому визначенні діапазонів є статистично достовірне розходження ($p < 0,001$ за критеріями хі-квадрат, Фішера) за частотою високих і низьких значень у групах дітей без мовленнєвої патології і зі стертою дизартрією.

Всі діти з нормальним мовленнєвим розвитком виявили високий рівень правильності відповідей.

Оскільки у дослідженні брали участь дошкільники з різними формами стертої дизартрії, значний інтерес представляло порівняння результатів виконання завдань за розділам експерименту не тільки з дітьми контрольної, а й усередині експериментальної групи.

- Середні показники значення сум набраних балів продемонстрували дошкільники зі стертою формою коркової дизартрії;
- Показники нижче середнього відзначені у дітей із змішаною формою стертою дизартрії;
- Показники значно нижче середнього характеризують дітей зі стертою формою псевдобульбарної спастичної дизартрії;
- Найнижчі значення сум набраних відзначені у дошкільників зі стертою формою псевдобульбарної паретичної дизартрії.

В цілому можна відзначити виражене відставання за сумами набраних балів у дітей зі стертою формою дизартрії у порівнянні з дошкільниками контрольної групи.

Таблиця 31

Кількісні відмінності за сумою набраних балів під час виконання завдань дітьми контрольної та експериментальної груп.

Критерії оцінювання виконання завдань	ЕГ (дошкільники зі стертою формою дизартрії)				КГ
	СПСД	СППД	СЗД	СКД	
Правильність	19 ±0,54	15,3 ±0,36	19,8 ±0,95	23,1 ±1,16	37,9 ± 0,4

Під час аналізу даних експерименту виявлено, що максимальне середнє значення набраних балів за розділами констатувального дослідження у групі дітей зі стертою дизартрією складає 3,8 балів, що менше мінімального середнього значення набраних балів у групі дітей без мовленнєвої патології, що становить 4,5 бала.

Таблиця 32

Порівняльні кількісні відмінності середніх показників виконання завдань за розділами методики констатувального експеримента в ЕГ та КГ

№	Напрямок завдання	Кіл. середні показники виконання завдань	
		ЕГ	КГ
1	Швидкість проходження звуків у потоці мовлення	3,5±0,1	4,8±0,1
2	Вивчення характеру темпу мовлення	3,2±0,08	4,6±0,09
3	Дослідження здатності довільної зміни	2,9±0,08	4,5±0,09
4	Визначення вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту та темпом його вимови	2,8±0,06	4,5±0,08
5	Сприймання особливостей тембру голосу	3,9±0,1	4,7±0,08
6	Дослідження довільної зміни тембру голосу	3,1±0,93	4,6±0,06

7	Дослідження співвіднесення тембрового забарвлення голосу для розпізнання емоційного стану.	3,7±0,08	4,5±0,08
8	Сприймання та відтворення звукових ритмів	3,8±0,09	4,5±0,01
9	Дослідження можливості сприймання та відтворення ритмічних малюнків з одночасним мовленнєвим супроводом	3,3±0,08	4,9±0,08
10	Дослідження ритмізованого мовлення, трансформація звукового ритму в зорово-моторну схему	3,8±0,06	4,8±0,08
11	Сприймання логічного наголосу	3,4±0,1	4.6±0,06
12	Відтворення логічного наголосу	3,8±0,08	4,8±0,01
13	Сприймання мелодичних малюнків інтонації	3,1±0,08	4.7±0.08
14	Відтворення мелодичних малюнків інтонації	2,8±0,09	±

Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для дітей зі стертою дизартрією становить 0.81 ($p < 0,001$), для дітей контрольної групи 0.5 ($p = 0.01$).

Аналіз даних експерименту показав, що для всіх зазначених параметрів характерний значущий взаємозв'язок ($p < 0,001$) за критеріями хі-квадрат, Фішера).

Аналіз та зіставлення результатів констатувального експерименту дослідження дозволив виділити 5 рівнів визначення стану сформованості компонентів просодики у дітей старшого дошкільного віку зі стертими дизартріями та нормальним розвитком: достатній (8,8%), задовільнений (18,1%), середній (54,5%), низький (14,2%), елементарний (4,5%).

Висновки до II розділу

Результати експериментального дослідження дозволили зробити такі висновки.

- Розроблено методику дослідження просодичної сторони мовлення у дітей зі стертою дизартрією, уточнено і описано критерії та показники просодичного компоненту. Критеріями виступили означені складові просодики: темпова організація мовлення, емоційно-темброве забарвлення, ритмічна здатність, сприймання та відтворення логічного наголосу, сприймання та відтворення мелодичних малюнків інтонації; особливості стану органів дихання та голосоутворення.

- Відзначені статистично значущі відмінності між дітьми без мовленнєвої патології та дітьми з різними клінічними формами стертої дизартрії.

- Аналіз одержаних даних дозволив з'ясувати рівень сформованості складових просодики у дошкільників зі стертими формами дизартрії у порівнянні з їх однолітками без мовленнєвої патології. З'ясовано, що можливості правильного виконання завдань за розділами експерименту у дітей експериментальної групи значно нижче, ніж у дошкільників контрольної групи. Дошкільників без мовленнєвої патології характеризує високий рівень можливості правильної відповіді під час виконання завдань за всіма розділами констатувального експерименту, що підтверджується високими показниками середнього балу.

- Визначаються відмінності у можливостях правильного виконання завдань для дітей з різними формами стертої дизартрії: більш високий рівень можливості правильних відповіді демонстрували діти з корковою формою стертої дизартрії, нижчий – зі стертою паретичною. Діти зі стертими формами псевдобульбарної спастичної і змішаної дизартрії за даними займали середнє положення. Ці порушення обумовлені локалізацією ураження головного мозку і впливом різних етіопатогенетичних чинників

виникнення стертої дизартрії: порушенням основних фізіологічних механізмів просодичного відтворення у дітей зі стертою псевдобульбарною паретичною, спастичною формами і у меншому ступенні у дітей із змішаною формою; порушенням довільного керування рухами мовленнєвих органів з досить збереженою «технічною» базою інтонаційно-мелодичної виразності мовлення у дітей з корковою формою. Труднощі використання комплексу просодичних засобів дітьми зі стертою дизартрією є наслідком, з одного боку, інерваційно-рухової недостатності м'язів мовленнєвого апарату, діспраксії, з іншого - порушення інтонаційно-сміслового аналізу усної мовлення.

- Визначення ведучого каналу сенсорної модальності показало, що, в супереч існуючим даних про наявність у даному віковому періоді візуальної форми сприймання (який і діагностовано у дітей контрольної групи) і порушення у дітей зі стертою дизартрією пропріоцептивно-чуттєвої сфери, саме кін естетичний засіб подачі матеріалу був більш доступним дітям означеної мовленнєвої патології.

- Отримані в ході констатувального експерименту дані про особливості порушень просодики визначають необхідність їх врахування та реалізація диференційованого підходу під час проведення лого-корекційної роботи з формування складових просодичної площини.

Розділ III. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПРОСОДИЧНОГО КОМПОНЕНТА МОВЛЕННЯ В ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРІЄЮ.

3.1. Науково-теоретичні засади та принципи побудови методики корекційно-логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення в дітей зі стертою дизартрією.

Аналіз результатів власних досліджень та даних багатьох дослідників (Гуровець.В.[], Маєвська С.[], Кареліна І.[], Кісельова В.[], Копачевська Л.[], Позднякова Л.[], Мартинова Р.[], Мелєхова Л.[], Сизова Е.[], Токарева О.[], Лопатіна Л.[] та інш.) показав, що існують різні трактування механізмів такого складного мовленнєвого порушення, як дизартрія: з клінічної, патофізіологічної, психолінгвістичної позицій. Це дозволяє визначити не тільки варіативні підходи до розуміння природи зазначеної патології, її етіології та механізмів, але й відібрати найбільш раціональні прийоми та методи діагностики та корекційного впливу, знайти у дослідженнях особливості схожої симптоматики.

Сучасний підхід корекції дизартричних порушень у дітей потребує комплексного медико-психолого-педагогічного впливу (Тарасун В., Блудов А., Белова Н., Кареліна І., Волоскова Н., Приходько О., Архіпова О., та інш.)

Доведена нами недостатня ефективність корекційних заходів дизартричних проявів у дітей дошкільного віку та відсутність методики роботи з формування мелодико-інтонаційної сторони мовлення, яка була підтверджена аналізом результатів констатувального експерименту, визначають необхідність розробки поетапної комплексної методики лого-корекційної роботи з формування просодичного компоненту у дітей зі стертою дизартрією.

Результати констатувального етапу дослідження підтвердили припущення про те, що:

- відхилення в формуванні складових просодичного компоненту у дітей з різними клінічними підгрупами стертої дизартрії визначаються характером якісних та кількісних показників.
- включення у діагностичну методику етапу визначення полісенсорних якостей перцептивно-когнітивних процесів дав змогу прогнозувати підвищення рівня корекційної роботи з урахуванням ведучого каналу сенсорної модальності у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Результати нейрофізіологічних, лінгвістичних досліджень та констатувальний етап нашого експерименту стали аргументацією того, що формування просодичного компоненту може забезпечити та методика, яка передбачає активізацію та синтезію в роботі мовнорухового, слухового, зорового та кінестетичного аналізаторів. Це забезпечило вибір полі сенсорної основи методики з формування складових компонентів просодики.

Ураховуючи дані констатувального експерименту дисертаційного дослідження, було зроблено висновок про те, що рівень сформованості компонентів просодичної площини недостатній. Порівняльний аналіз стану просодичної сторони мовлення виявив суттєві відмінності всіх складових просодичної площини дітей зі стертою дизартрією та дітей без мовленнєвих порушень.

Мета формувального експерименту – розробити лого-корекційну методику, спрямовану на формування просодичного компоненту у дітей зі стертою дизартрією.

Вихідними для організації експериментального дослідження були такі положення:

- про онтогенетичні аспекти становлення просодичної сторони мовлення у дітей дошкільного віку (Цейтлін С., Жинкін М., Максаков А., Конопляста С., Богущ А., Тонкова-Ямпольська Р., Светозарова Н., Лисіна М., Лепська Н., Гвоздьов А.[]). За визначенням даних отолингвістики мелодико-інтонаційна сторона мовлення до старшого дошкільного віку у дітей з нормальним

розвитком у цілому сформована, а використання інтонаційних конструкцій рідної мови співвідноситься до еталонів вимови дорослих.

- сучасні лінгвістичні та психолінгвістичні уявлення про складові просодичної площини (Торсуєва І., Щерба Л., Цеплітіс Л., Поварова І., Шевцова О., Забродіна Л. []);

- взаємозумовленість мелодико-інтонаційної сторони мовлення, як універсальної фізіологічної основи продукування мови і емоційно-семантичних засобів виразності (Винарська О., Богомазов Г., Якобсон Р., Журба Л., Мастюкова О. []);

- про попередження та корекцію порушень мовленнєвого розвитку у дітей зі стертою дизартрією (Тарасун В., Пахомова Н., Приходько О., Кисельова В., Архіпова О., Кареліна І., Лопатіна Л., Серебрякова Н. []);

- процес формування просодичного компонента мовлення ґрунтується на тісному взаємозв'язку з урахуванням полі сенсорних якостей комунікативно-пізнавальних процесів. Провідні дослідники в галузі логопедії (Ванюхіна Г., Найданова І. []) вважають, що процес сприймання та засвоєння матеріалу занять залежить від узгодженості засобів отримання, переробки та передачі інформації, які використовують дитина та педагог. У генетичному плані (у плані послідовного розвитку) першим формується сприймання. Тому в формуванні просодичного компонента мовлення старших дошкільників зі стертою дизартрією, передбачається опора на ведучу репрезентативну систему дитини.

Було окреслено наступні **задачі**:

1. Визначити провідні напрями та етапів лого-корекційної роботи з формування базових складових просодичної сторони мовлення: темпової організації, ритмічної здатності, логічного наголосу, емоційно-тембрової сторони мовлення, мелодичних малюнків інтонації.

2. Розробити комплекс диференційованих прийомів, які забезпечують реалізацію індивідуального підходу, з обов'язковим урахуванням клінічних мікропроявів та ведучої репрезентативної системи.

3. Розробити комплексну лого-корекційну методика з формування просодики у дітей старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії.

4. Проаналізувати результати формувального експерименту, визначити рівні засвоєння та ефективність запропонованої методики лого-корекційної роботи з формування складови просодичної площини.

Отже, мета, вихідні положення і задачі експериментального дослідження дозволили створити модель полісенсорної основи формування просодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. (Див. додаток).

Експериментальна методика лого-корекційної роботи з розвитку просодичної сторони мовлення у дітей зі стертою дизартрією складалася з IV етапів.

Перший етап – організаційний. Змістовний аспект: аналіз діагностичних та медичних карт, консультація педагогів і батьків щодо особливостей корекційно-спрямованої роботи з формування складових просодичної площини. Вибір адекватних корекційних напрямів роботи з урахуванням ведучого каналу сенсорної модальності.

Другий етап – підготовчо-проектувальний. Змістовний аспект: розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації як початкової ланки формування просодики.

Третій етап – корекційно-регулюючий. Змістовний аспект: формування просодичних компонентів, як складових регулюючих фізіологічних процесів та комунікативно-емоційних засобів спілкування.

Четвертий етап – підсумково-уточнюючий. Змістовний аспект: розвиток та вдосконалення навичок керування просодичним оформленням висловлювання.

Етапи експерименту було визначено умовно. Ми дотримувалися висновку дослідників про те, що навчання це «цілеспрямована, послідовна взаємодія, в ході якої вирішуються завдання освіти, виховання і загального розвитку»[231] Але виходячи з даних результатів констатувального дослідження про те, що у дітей експериментальної групи стан сформованості сприймання та відтворення складових просодики визначається сукупністю порушень різного ступеня ми передбачаємо, що кожен з етапів не тільки взаємопов'язаний з наступним, але і має зворотній зв'язок. Тобто, якщо у дітей відзначаються труднощі засвоєння матеріалу третього етапу, що можливо у дизартриків на тлі загострення неврологічної симптоматики, педагог повертається до відпрацьовування матеріалу початкового етапу роботи.

Кожен з етапів складався з блоків, які втілювали означені напрями дослідження.

Забезпечення просодичної площини базувалося на таких **принципах** спеціальної педагогіки:

Етіопатогенетичний принцип. За результатами обстеження у дітей зі стертою дизартрією спостерігалися якісні відмінності стану базових складових просодики різних досліджуваних клінічних підгруп. Тому, на початкових етапах у корекційну роботу з означеним контингентом дітей ми включили формування «технічної» бази просодичної сторони мовлення.

Принцип єдності корекції та компенсації , який спирається на вчення про компенсацію порушених функцій і визначає необхідність використання в корекційній роботі ієрархічного підходу з розвитку та відновлення той порушеної ланки, яка є основою корекції іншої.

Принцип єдності діагностики та корекції визначає необхідність комплексного обстеження дитини, яке є передумовою корекційної роботи.

Розвивальний принцип. Логопедичний вплив одночасно спрямований на відновлення порушеної ланки (просодичної сторони мовлення), на вдосконалення вже наявних і на розвиток (формування) нових умінь та

навичок, необхідних для повноцінного розвитку комунікативно-емоційного спілкування.

Діяльнісний принцип. Реалізація діяльнісного принципу дозволила визначити тактику корекційно-розвивального впливу, вибір засобів та способів досягнення поставлених цілей. Корекційно-розвивальна робота ґрунтується на визнанні розвитку особистості в діяльності. Активна діяльність дошкільників зі стертою дизартрією передбачає сукупність використання вправ та завдань з розвитку психо-мовленнєво-рухової сфери у межах провідної для віку діяльності – ігрової. Робота за даним принципом здійснювалася з урахування зони актуального розвитку і була орієнтована на зону найближчого розвитку дитини зі стертою дизартрією.

Принцип комплексності передбачає одночасне рішення декількох задач у структурі одного логопедичного заняття: розвиваючих, корекційних та виховних.

Принцип індивідуального підходу полягає в ретельному вивченні кожної дитини перед початком корекційно-розвивальної роботи, а також у побудові методики розвитку просодики на базі основних закономірностей психічного розвитку з урахуванням сензитивних періодів. Вибір завдань здійснюється відповідно до віку та індивідуальних можливостей дитини. Відповідно до віку дітей здійснюється підбір дидактичного матеріалу. Застосовуються заходи заохочення і стимуляції дітей до активної роботи, спрямованої на пробудження і розвиток природних здібностей дитини.

Принцип зворотної аферентації, розроблений Анохіним П. [] і покладений в основу однометричного та багатометричного біологічно зворотнього зв'язку – БЗЗ (за визначенням Орлової О. []) у залежності від сенсорної модальності. Відповідно БЗЗ ми використовували методичні прийоми роботи у ході яких дитині через зворотній зв'язок подається інформація, що призводить до перебудови функціональних систем організму через сигнали зовнішньої аферентації: слуховий, зоровий, кінестетичний.

Загальнодидактичні принципи: науковість, активність, свідомість і умотивованість (провідні принципи дидактики); принцип доступності; принцип наочності.

Уся методика будувалася з урахуванням основного дидактичного принципу систематичності й послідовності, бо поетапне оволодіння дітьми зі стертою дизартрією певними знаннями, навичками та вміннями повинно відбуватися не час від часу, а постійно і регулярно []. Основні напрями роботи розподілені в певній послідовності, що забезпечує посильне їх засвоєння.

Під час здійснення корекційно-розвивальної роботи ми спиралися на використання практичних і наочних методів з включенням словесних. Формування просодичної сторони мовлення є тривалим процесом, який вимагає систематично використовуваних видів діяльності. Наслідувально-виконавські вправи виконуються дітьми відповідно до зразка. Використання ігрових вправ викликає емоційно-позитивний настрій дітей, стабілізує стан збудження. У логопедичній роботі з дизартріками важливе місце посідають вправи практичного характеру (дихальні, голосові, артикуляційні, а також такі, що розвивають загальну й дрібну моторику). Однією з головних задач дихальних вправ є зняття напруги м'язів дихального апарату, а також створення координацій між роботою дихального, голосового й артикуляційного апаратів. Основним призначенням артикуляційних вправ є розвиток кінестетичної основи рухів, розвиток об'єму та якості рухів, удосконалення артикуляційної моторики..

Оскільки формування складових просодики визначається акустичними характеристиками голосу(висоти, сили, модуляції), у експериментальну методику ми включили напрями роботи з формування збільшення часу фонації, сили голосу та динамічного діапазону.

Урахування полісенсорних якостей перцептивно-когнітивних процесів дітей зумовлює сприймання та засвоєння складових просодики більш доступним, усвідомленим і підвищує ефективність логопедичної роботи. Тому в

експериментальній роботі вагоме значення мають наочні методи: розглядання малюнків, картин, прослуховування музичних записів і застосування різноманітних словесних прийомів: пояснення, з'ясування і педагогічна оцінка. Позитивна педагогічна оцінка (заохочення) результату виконання завдань стимулює й активізує діяльність дитини зі стертою дизартрією.

Для проведення експериментальної методики ми зупинили свій вибір на дітях старшого дошкільного віку (5-6 років) зі стертою дизартрією. Корекційно-розвивальна робота з формування просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку зумовлена:

- 1) сформованістю у дітей даної вікової категорії без мовленнєвих порушень базових фізіологічних компонентів готовності до формування та вдосконалення просодичних засобів спілкування;
- 2) залучення самоконтролю у виконанні вправ та завдань;
- 3) необхідністю навчання дітей у школі найближчим часом, на відміну від попередніх вікових груп (у яких є ще певний часовий запас);
- 4) можливістю різноманітного використання дидактичного матеріалу під час формування складових просодики,
- 5) станом м'язової система дитини, як «повноцінного рухового механізму» (Бадалян Л, []), що передбачає включення у роботу нарівні з мимовільними, цілеспрямовані завдання на довільні дії.

Зміст усього процесу розвитку просодичної сторони мовлення визначає корекційно-розвивальну роботу з дітьми старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією, яка спрямована на формування складових просодичної площини на основі розвитку сенсорних функцій і будується від вибіркового до комплексного, від відомого до невідомого, від легкого до складного.

3.2. Організація та зміст навчального експерименту.

Виходячи з даних результатів констатувального етапу експерименту, рекомендацій науково-методичної літератури та наявних методик з корекції

дизартрії у дітей, були визначені зміст та організація формувального експерименту.

До експериментального обстеження було залучено 124 дитини старшого дошкільного віку (5-6 років) зі стертими формами дизартрії: 64 дошкільника склали експериментальну групу, 60 дошкільників – контрольну. Дошкільники контрольної групи працювали за традиційною програмою корекційно-розвивального навчання та психолого-педагогічної корекції (без включення спеціальної методики).

Експериментальне навчання згідно із запропонованою методикою проводилося впродовж 2009-2011 рр. на базі спеціалізованих дошкільних закладів України комбінованих типів: м. Одеси - СДНЗ №174, №248, №106; м.Южне – д/с №3 «Райдуга»; м.Білгород-Дністровський – д/с № 2 «Буратіно»; м. Київ – №591; Херсона – д/с №11; Миколаєва – д/с № 64. Компенсуючого типу №193 м. Одеси.

Спеціальна методика була включена в загальну програму корекційно-розвивального навчання та психолого-педагогічної корекції, доповнювала її і розрахована на один навчальний рік. Задачі, зазначені нами вище, відповідали вимогам програми для спеціальних дошкільних закладів (Виховання та навчання дошкільників з порушеннями мовлення []).

Пропонована нами методика формування просодичної сторони мовлення створена з урахуванням поступового розвитку в дітей активності в мовленні та поведінці []. Ми допускали варіативність у змісті та формі проведення ігор, яка визначена особливостями клінічної мікросимптоматики, емоційного та мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією.

Робота з дітьми експериментальної групи під час формувального експерименту здійснювалася у природних умовах педагогічного процесу. Розвиток просодичної сторони мовлення органічно поєднувався у корекційній роботі з розвитку інших компонентів мовленнєвої системи, але був водночас і самостійним напрямом. Корекційно-логопедична робота з розвитку

просодичної сторони мовлення проводилася на індивідуальних, під групових та фронтальних заняттях і носила системний характер. Формування компонентів просодики у дітей відбувалось у комплексній системі реабілітаційних заходів з урахуванням:

- клінічних мікропроявів,
- ведучого каналу сенсорної модальності, які враховувалися педагогами та фахівцями і під час проведення занять з розвитку:

- вокальної терапії, логоритміки, арттерапевтичної корекції, лікувальної фізкультури, роботи психолога, вихователів, масажиста, було включено у виконання домашніх завдань з батьками.

Оскільки у результаті констатувального експерименту у дітей з різними формами стертої дизартрії було виявлено відмінності у сформованості стану складових просодичної площини, це зумовило необхідність диференційованого підходу лого-корекційної роботи з дітьми експериментальної групи.

Диференційований підхід корекційної роботи з формування просодики у дітей зі СППД.

У дітей даної категорії відзначалася недостатність рухо-емоційної інервації, немодульованість власних емоційних якостей, що призводило до інертності сприймання просодичних засобів. З дітьми даної категорії необхідно приділяти увагу формуванню більш ретельного аналізу базового підґрунтя просодики, а саме розвитку артикуляційно-мімічної мускулатури, активізації рівня сприймання через максимальне підключення стимуляційно-емоційних засобів.

Диференційований підхід корекційної роботи з формування просодики у дітей зі СПСД.

У результаті дослідження у дітей даної категорії відзначалося порушення відтворення складових просодичного компоненту на тлі відносно достатнього рівня сформованості сприймання. Тому у роботі з дітьми першочергову увагу необхідно приділяти розвитку у дошкільників довольного використання

основних просодичних засобів в експресивному мовленні (оформлення, виділення, членування).

Диференційований підхід корекційної роботи з формування просодики у дітей зі СКД.

Оскільки у дітей з корковою дизартрією відзначаються труднощі сприймання та відтворення мелодійних малюнків фраз та темпової організації, у роботі з ними основну увагу приділяли розвитку сприймання таких складових, як темпова організація, ритмічна здатність, диференціація мелодичних малюнків фраз у імпресивному мовленні.

Диференційований підхід корекційної роботи з формування просодики у дітей зі СЗД.

Оскільки у дітей даної категорії відзначалися труднощі і сприймання, і відтворення складових просодичного компонента, які носили дистонічний характер порушень, особливу увагу в роботі з дітьми приділяли формуванню фізіологічних механізмів просодичного оформлення мовлення мовлення: розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, розширення діапазону голосу, вміння довільно змінювати голос, нормалізація тембра. Формування сприймання основних компонентів просодики проводити з урахуванням семантики мовного значення.

Крім того, визначення ведучих каналів сенсорної модальності дозволило нам включити у завдання методики напрями роботи за доступними формами сприймання.

3.2 Основні напрями роботи з формування просодичного компонента мовленнєвої діяльності дітей старших дошкільників зі стертою дизартрією.

Методика корекційно-логопедичної роботи з формування компонентів просодики у дітей старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії складається з чотирьох основних етапів діагностико-організаційного, підготовчо-проектувального, корекційно-регулюючого та підсумково-уточнюючого.

Метою першого - **організаційного** етапу роботи було: визначення умов ефективності використання засобів та прийомів роботи з урахуванням мікропроявів та ведучого каналу сенсорної модальності.

Починаючи експеримент, ми ретельно проаналізували мовленнєві та медичні карти, анамнез дітей, які брали участь в експерименті. За результатами аналізу, за участю лікаря-невролога Бусової В., і спеціально розроблених мовленнєвих карток було обстежено дітей зі стертими формами дизартрії.

Підготовка фахівців-педагогів та батьків здійснювалася у формі бесід та консультацій паралельно до корекційної роботи з розвитку компонентів просодики.

Під час проведення семінарів у формі круглих столів на початковому етапі роботи ми організували виступи-бесіди, на які запрошували усіх учасників корекційного процесу: вихователів, психологів, музичних керівників, арттерапевтів, масажистів, інструктора лікувальної фізкультури та частково батьків. Тематичні питання семінарів включали:

- знайомство з психофізіологічними особливостями мовлення та особливостями мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії;
- необхідністю розвитку компонентів просодики у цієї категорії дітей;
- основними складовими інтонаційно-мелодичної сторони мовлення (мелодією, темпом, тембром, ритмом, логічним наголосом);
- особливостями ігор, ігрових прийомів, корекційних заходів та їхнім значенням для розвитку мовлення дошкільників, взаємозв'язок мовлення, рухів, м'язової інервації та емоційної сторони мовлення, засобами їх корекції та доступних форм заохочення;
- проводили виступи-доповіді та експрес анкетування про існування репрезентативних систем та можливість визначення ведучого каналу сенсорно-перцептивної модальності людини; можливість використання цього у корекціно-виховній роботі з дітьми.

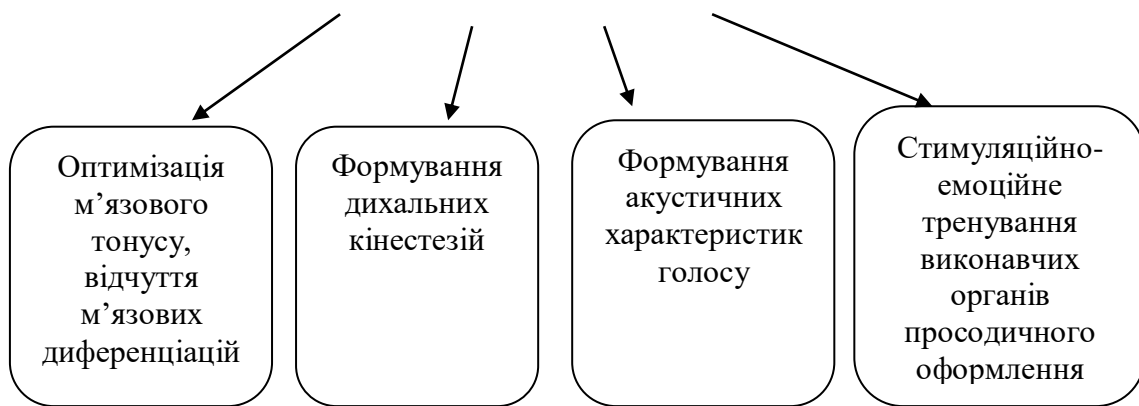
В процесі констатувального дослідження було визначено дітей за ведучими репрезентативними системами, що дало можливість виділити підгрупи дошкільників зі стертою дизартрією за ведучим каналом сенсорної модальності (акустичним – АКМ, візуальний – ВКМ, кін естетичний – ККМ). Це дало можливість прогнозувати вибір найбільш ефективного способу подачі інструкції у роботі з дітьми. Такий підхід вдосконалення лого-корекційної роботи з урахуванням ведучих каналів модальності був обумовлений недостатністю сприймання та лабільністю емоційної сфери дітей зі стертою дизартрією. Аналіз констатувального етапу дослідження показав, що, всупереч існуючим даним про порушення у дизартриків кін естетичної чутливості і наявність переважно аудіально-візуального засобу сприймання, саме включення пропріоцептивно-чуттєвої сфери полегшувало виконання завдань дітьми (46, 2% дітей з ВКК). Тобто, підсилення зовнішньої аферентації прискорює сприймання та засвоєння матеріалу заняття. Ми визначили особливості подачі матеріалу дітям за провідними каналами модальності, які відображені у таблиці

Таблиця.

Спосіб подачі матеріалу дітям з урахуванням провідних каналів сенсорно-перцептивної модальності

Канали сенсорної модальності	Спосіб подачі матеріалу
Акустичний (АКМ)	Максимальне включення у процес корекційного навчання вербально-експресивних засобів. Подача інструкцій у вигляді ретельного аналізу пояснення послідовності дій
Візуальний (ВКМ)	Максимальне включення у процес корекційного навчання зорово-наочних засобів. Подача інструкцій у вигляді демонстрації засобу дій
Кінестетичний (ККМ)	Максимальне включення у процес корекційного навчання чуттєво-тактильних засобів. Подача інструкцій давалася у вигляді тактильно-сполучених дій

II етап - Підготовчо-проектувальний



Мета: розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації як початкової ланки формування просодики.

Цей етап роботи складався 4 блоків, кожен втілював окремі напрями.

Саме початковий етап лого-корекційної з формування складових просодики роботи є самим важливим, оскільки є базовим для усіх послідуєчих етапів. Відомо (Лурія А.), що наявність клінічних мікропроявів ураження ЦНС прогнозує поширену подолання супутньої мікросимптоматики. Враховуючи наявність мікроорганіки у дітей зі стертими дизартріями, логопедичну корекцію передбачено було здійснювати у тісній співпраці з лікарями на тлі медикаментозного та фізіотерапевтичного впливу.

1. Оптимізація м'язового тону та відчуття релаксації.

В залежності від ступені вираження клінічних проявів у дітей зі стертою дизартрією спостерігаються порушення мовленнєвого синергізму, наявність м'язового та психо-емоційного напруження. У дизартриків відзначається неспроможність відтворення складових просодичної сторони внаслідок порушення м'язового відчуття. Тому, на нашу думку, дітей необхідно було навчити первісному вмінню відчувати стан напруження-розслаблення м'язів, повільної регуляції м'язового тону, що у подальшому повинно було стати основою усієї лого-корекційної роботи з дизартриками.

Перш за все йдеться про формування можливості дитини керувати своїм тілом, мимовільного регулювання, визначення індивідуального рівня «м'язової

спроможності». З цією метою було розроблено спеціальні карти індивідуально-корекційної програм, у яких відображалися відповідні здобутки дитини у можливості керування м'язовим відчуттям.

Важливим було показати дітям різницю між напруженням та розслабленням, тому що «м'язова та емоційна розкутість є головною умовою мовленнєвих та загальних рухів» (Родіонова Ю., Мікляєва Н., 2005). З цією метою ми використовували адаптовану систему вправ м'язової релаксації професора Джекобсона (США) та методик психоемоційного тренування (АлексєєвА.)

Мета: за допомогою тренувальних вправ викликати довільне розслаблення м'язів (ослаблення резидуального тону) та напруження.

Формування у дітей відчуття напруги-розслаблення м'язів тіла ми проводили послідовно: м'язи рук, ніг, тулуба, шиї, обличчя.

1). Оптимізація-релаксація м'язів рук.

Вправа 1. «Рапани-медузи».

Мета: довільне напруга-розслаблення м'язів рук.

Попередньо діти знайомилися з іграшками-героями і мали змогу відчутти твердість - м'якість кожної (за аналогією збудження-розслаблення).

Обладнання: справжні рапани, іграшки-медузи.

Інструкція: ми з вами роздивилися рапани та медузи, що ви відчуваєте, коли стискаєте рапана, а медузу (використовується іграшка-аналог). А за раз станемо струнко і зобразимо рапан – (руки вгору трикутником). А тепер ми медузи (руки у розслабленому стані).

Важливим моментом, на нашу думку, є підняття руки вгору саме у формі трикутника, оскільки:

- пропріоцептивне відчуття, опір долонями підсилює зворотню аферентацію та відчуття напруги,

- запобігає зайвому м'язовому перетягуванню тіла дітям з наявністю однобічного та парціального геміпарезу.

За аналогією використовуємо вправи « Олов'яні солдатики – ляльки з тканини «Морозиво». «Олені». (Див. Дод.).

Вправа 2. «Чайки біля моря».

Мета: відчуття стану поступової м'язової напруги – релаксації рук.

Обладнання: коробки з піском , картинки з зображенням птахів чайок біля моря.

Інструкція: уявіть себе чайками і покажіть, як вони поважно ходять по піску, повільно, не поспішаючи. Давайте і ми зобразимо.

Діти імітували руками, як чайки гуляють біля моря. Діти долонями захоплювали пісок і відпускали. Сухий пісок важко утримати у руці і діти стискають долоню, більше відчуваючи стан напруги-розслаблення.

За аналогією використовуємо вправи: « Матусині помічники», «Зберемо хусточки». «Штанга»...та інші.

Вправа 3. « М'ячики -їжачки».

Мета: підсилення відчуття м'язової напруги - розслаблення за допомогою наочних посібників-іграшок.

Обладнання: різнокольорові, м'ячики – їжачки, різні за розміром та формою «ГОЛОК».

Інструкція: до нас у гості пришли різнокольорові іграшки-їжачки. Давайте стиснемо їх сильно і відпустимо.

Ось колючий м'ячик - їжачок, він без ніжок і без ручок.

Його сильно ми стискаємо, потім долоньки розслабляємо.

2) Оптимізація – релаксація м'язів ніг.

Вправа 1. «Бурулька розтанула».

Мета: довільне напруга-розслаблення м'язів ніг.

Обладнання: картинки з зображенням бурульок, картина «Весна прийшла», пластмасові іграшки-бурульки, стільці.

Інструкція: розгляньте малюнки з зображенням бурульок. Давайте зобразимо, які вони взимку, витягніть сильно ноги уперед. А коли вони тануть – падають. (розслабити м'язи ніг).

За аналогією вправа «Загоряємо».

Вправа 2. «На кораблі».

Мета: почергове відчуття напруги – розслаблення ніг.

Обладнання: картинки з зображенням «Шторму на морі».

Інструкція: уявіть собі, що ми на кораблі. Почався шторм, дуже качає. Щоб не впасти, розставте ноги ширше і притисніть їх до підлоги. Руки за спиною. Хитнуло палубу – притиснемо до підлоги праву ногу (права напружена, ліва – розслабилася). Стали струнко! Розслабилися! Хитнуло в іншу сторону – притискаємо ліву.

3). Оптимізація-релаксація м'язів тулуба.

Вправа. «Олов'яні солдатики – ляльки з тканини»

Мета: довільне відчуття напруги – розслаблення тулуба.

Обладнання: іграшки солдатики, ляльки з тканини.

Інструкція: уявіть, що ви солдати, станьте струнку, рівно, а тепер ви ляльки з тканини – розслабтесь.

4). Оптимізація-релаксація м'язів шії.

Вправа 1. «Ми на морі».

(виконується індивідуально, дитина у положенні лежачі).

Мета: довільне відчуття напруги – розслаблення шії.

Обладнання: кушетка, картинки з зображенням людей на морі.

Інструкція: ти лежиш на піску, підіймаєш голову, дивишся на море, знов лягаєш, розслабляєшся.

Експериментатор при цьому підтримує шию рукою, трохи хитаючи з метою підсилення відчуття розслаблення.

Цю вправу у подальшому ми будемо відпрацьовувати у поєднанні з голосовими вправами.

Вправа 2. «Цікава Варвара». (виконується у положенні сидячи).

Мета: відчуття напруги-розслаблення м'язів шиї під час виконання цілеспрямованих вправ.

Обладнання: іграшка – «Варвара».

Інструкція: наша Варвара дуже цікава, вона повертає голову у різні сторони. Давайте і ми з нею пограємо. Поверніть голову праворуч, шия напружена, відчуйте це руками, поверніть назад – шия розслаблена, ліворуч..

5) Оптимізація-релаксація м'язів обличчя.

Психогімнастичні вправи.

Вправа 1. « Настирлива муха».

Мета: довільне напруга – розслаблення м'язів обличчя (за уявленням).

Обладнання: картинки з зображенням природи улітку.

Інструкція: уявіть, що ви у парку, гріє сонечко, вам приємно і спокійно, ви посміхаєтесь. І ось з'явилась велика настирлива муха і сіла прямо на ніс. Ви розсердилися.

За аналогією вправи «Ми здивувалися», «Розбита чашка» та інші.

Вправа 2. «Жаби – слоники».

Мета: чергування напруги-розслаблення у артикуляційних вправах.

Обладнання: допоміжні картинки-символи артикуляційних вправ.

Інструкція: давайте ми з вами зобразимо жабок – розтягуємо губи, а зараз слоників.

За аналогією «Болять зуби», « Приємно» та інші.

Використовуються різні ситуації, які стимулюють довільні артикуляційні та мімічні рухи: « *Що трапилося по дорозі..*», «*Абетка емоцій*» та інш., де переключення емоційних станів викликало зміну рухів м'язів обличчя. Матеріал закріплюють вправами з розвитку артикуляційної гімнастики (модифіковані за комплексом гімнастики Будинової Т., Кисельової В., Коноваленко В., Соколової Н., Большакової С., Краузе Є., ніщевої Н.) за участю персонажів – помічників: «*Веселий дельфін*», «*Кудлате цуценя*», «*Хмарка-*

дознайка».. Усі ці персонажі допомагали дітям виконувати артикуляційно-мімічні вправи. Дані завдання викликають підвищений інтерес, стимулюють до виконання, використання доступних форм виконання за участю ведучої модальності (Додаток).

2. Формування дихальних кінестезій.

Включення цього підблоку методики зумовлено особливостями порушенням у дітей зі стертою дизартрією мовленнєвого дихання:

- надмірний добір повітря;
- скорочення тривалості мовленнєвого видиху;
- форсований початок фази видиха;
- судоми вдоха - видиху; як наслідок спастичного стану мускулатури;
- розладом координацій між диханням, артикуляцією та фонацією.

Під час **формування правильних дихальних кінестезій** ми ставили наступні задачі:

- вироблення у дітей навички правильного раціонального дихання, дихальних схем;
- довільне керування процесом руху цілеспрямованого повітряного потоку,
- формування навички діафрагмально - релаксаційного дихання;
- нормалізація балансу резонування.

1) Нормалізація тонусу мімічної та артикуляційної моторики.

Впровадження цього напряму роботи було зумовлено тим, що тонус дихальної мускулатури пов'язаний зі збереженістю артикуляційної і мімічної мускулатури

З цієї метою ми починали роботу з проведення загального (за участю лікаря-масажиста) та логопедичного масажу (використовували принципи та етапи логопедичного масажу Приходько О., 2008; Мікляєвої Ю.,2010, Архіпової, 2009, Блискіної І., Семенової К.).

Проведення масажу передбачало реалізацію наступних задачам:

- Створення у дітей мотивації до проведення масажу.

- Нормалізація м'язового тону м'язової та артикуляційної мускулатури.
- Активізація м'язів та послідовне формування довільних, а потім мимовільних м'язових рухів.
- Стимуляція пропріоцептивних відчуттів.
- Підготовка умов до формування довільних, координованих рухів органів артикуляції, формування артикуляційних укладів.

Наявність функціональних та анатомічних особливостей, а саме: збільшення та потовщення лімфатичних вузлів, передньої та задньошийних залоз; підвищеної судомної готовності мозку (за результатами ЕЕГ-обстеження), гострих та хронічних захворювань шкіри, визначена пульсація сонних артерій з'явилися протипоказанням до проведення масажу.

Вправа 1. «Привітаємося».

Мета: активізація м'язів за допомогою посилення шкіро-перцептивного відчуття.

Техніка проведення: виконувати погладжуючі рухи голови та обличчя, кругові та вібраційні рухи, експериментатор в ігровій формі називає частини тіла «Щічки-щічки ми пощипуємо, лобика погладимо, вушка посмикаємо...». Масаж оказує загальний позитивний вплив на організм, викликає зміни у м'язовій та нервовій системах. Грає основну роль у мовленнєво-руховому процесі. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язових волокон, сила, об'єм їх функції скорочення, працездатність.

Вправа 2.

Мета: активізація рухів гортані та голосових складок.

Техніка проведення: прогладжування та вібраційний масаж гортані у вертикальному та горизонтальному напрямках з легкими натисненням; покашлювання; імітування стонів тварин, проговорювання звуку «М» з вібраційними масажними рухами, легке потряхування гортані, імітування зівання.

Вправа 3.

Мета: активізація м'язів дна порожнини рота, робота з подолання салівації.

Техніка проведення: дитину вчать глатати слину з трохи закинутою назад головою. При цьому використовують різноманітні ігрові завдання: «Риба з'їла черв'яка», «Маленьке пташеня глитає крихти хліба», покажи, як шия рухається. Перед дзеркалом показувати, як треба активно жувати, стимулювали дитину пряниками, маленькими бубликами, яблуками (як наочними посібниками - елементами твердої їжі), тобто переводили безумовно-рефлекторні рухи ковтання у довільні.

Вправа 4. «Відчинемо дверцята».

Техніка проведення: дитині в ігровій формі пояснюють, що у нашого ротика є дверцята. Щоб їх відчинити, треба відкрити замки.

Під час рухів нижньої щелепи побічно беруть участь також м'язи, що прикріплюються до під'язикової кістки, вони складають дно порожнини рота та підшкірні м'язи шії. З метою зняття спастичності виконуємо масаж по точках (запропонований Кисельовою В.). Необхідно знайти паралельні точки під козівками вух, у місті змикання щелепних кісток (у правильно знайдених точках під час натиснення боляче). Вказівними пальцями робимо кругові рухи по точках на протязі 5 хвилин за годинниковою стрілкою (2,5 хвилин – з відкритим ротом, 2,5 хвилин – з закритим) і 5 хвилин проти годинникової стрілки (аналогічно). Ця вправа насамперед сприяє розвитку рухів нижньої щелепи та мімічних м'язів.

2). Робота з формування нижньореберного дихання.

Оскільки наявність неврологічної симптоматики визначає у дітей (особливо зі СПС та СЗ формами дизартрії) мікропрояви патологічних тонічних рефлексів у вигляді сінкінезій, кривоший ми, перш за все необхідно знаходили максимально комфортну і оптимальну для кожної дитини часткову «рефлекс-забороняючу позу» і тільки потім приступали до розвитку таких якостей дихання як сила, тривалість, цілеспрямованість.

На даному етапі ми свідомо не включаємо у корекційну роботу вправи з «добору дихання», тому що вважаємо дихально-м'язову систему ще недостатньо сформованою для визначення «порогу регулювання» напруження дихальних м'язів у дітей зі стертою дизартрією.

Мета цього напрямку корекційної роботи - покращення функції зовнішнього дихання дитини.

Установка: - дихати треба тільки носом, неможна підіймати плечі, у диханні активну участь приймає живіт.

Вправа 1. «Спокій».

Мета: закріплення вміння контролю за ритмом дихання, відчуття стану розслаблення.

Обладнання: велика ковдра, картинки з зображенням морських пейзажів, пісок, вода, аудіо запис шуму моря.

Інструкція: усі тихо ляжемо на м'яку ковдру, закриємо очі, слухаємо музику і повільно дихаємо.

Вправа 2. «Бегемотики».(у положенні лежачи).

Мета: засвоєння початкових прийомів грудобдихальної гімнастики з розвитку.

Обладнання: іграшки: бегемот, кошения.

Інструкція: поклади руку на живіт, дихай і відчуй, як він підіймається, коли ти вдихаєш, опускається – коли видихаєш.

Сіли бегемотики, торкнулися животиків (вдих)

То животик підіймається, то животик опускається (видих).

Як допоміжний засіб використовується іграшка-кошеня, яка сидить на животі у дітей. Котеня могло відкривати та закривати очі, при цьому кожен раз муркотіло. Щоб оченята відкрилися, треба було надути(напружити м'язи) живіт підіймався з одночасним вдихом, під час видиху – живіт опускався і котеня закривало очі.

Вправа 3. «Чиполіно робить гімнастику».

Мета: закріплення відчуття м'язів черевного пресу.

Обладнання: іграшка – Чіполіно.

Інструкція: Чіполіно дуже веселий хлопець. Давайте ми разом з ним зробимо ранкову гімнастику, згадайте, як ми повільно дихаємо.

Під час видиху використовували форсовані вигуки з одночасним м'язовим звільнення: «Ф», «ПФ», «О», «У», «И» (на довільному рівні).

3). Диференціація носо-ротового дихання, спрямованість видиху.

Мета: збільшення глибини вдиху, диференціація носового та ротового дихання, формування ритмічності дихальних рухів від яких залежить формування у подальшому ритмічної здатності, як одного зі складових просодики.

Вправа 1. «Підійми кульки».

Мета: формування короткого глибокого вдиху.

Обладнання: апарат TRIFLO II (використаний на етапі констатувального дослідження).

Інструкція: наші кульки, як спортсмені можуть високо підійматися. Давай їм допоможемо. Треба глибоко вдихнути. Плечі не підіймай.

Використання за допомогою даного апарату полі сенсорного ядра сприймання дозволить, на нашу думку, скоординувати роботу між аналізаторних зв'язків та посилити результативність виконання завдання.

Вправа 2. «Веселий млин».

Мета: збільшення сили, тривалості видихуваного повітря.

Обладнання: іграшковий млин у формі маленьких квіточок, які посміхаються.

Інструкція: плечі тримай рівно, зроби глибокий вдих, видихни так, щоб голівки млинця закрутилися швидко.

За аналогією вправи: «Повітряний футбол», «Снігопад», «Пірячко лети»..

Вправа 3. «Що намальовано»

Мета: відпрацювання цілеспрямованості видихуваного повітря по середній лінії язика.

Обладнання: набір картинок авторського посібника «Схована картинка».

Інструкція: за кольоровою завісою сховалася картинка, щоб її побачити, треба по язика пустити сильний вітерець.

Вправа 4. «Маленьке верблюжа».

Мета: узгодженість роботи артикуляційної моторики та сили видиху.

Обладнання: одноразові серветки.

Інструкція: на кінчик висунутого з рота язика кладуть маленьку частину серветки. Ти маленьке верблюжа. Видихни на серветку так сильно, щоб вона відлетіла далеко уперед.

Вправа 4. «Співаюча пляшечка».

Мета: узгодженість роботи м'язів м'язів та сили видиху.

Обладнання: маленькі пляшки на кожну дитину.

Інструкція: подувай в пляшку так сильно, щоб вона заспівала.

Завдання з розвитку дихання були включені на всіх етапах індивідуальної, під групової та фронтальної роботи і варіювалися під різним кутом лексичної теми: на заняттях з розвитку мовлення, наприклад, за темами «Посуд», «Їжа», до посібників, площинних чашок, тарілок, прикріплені вата (це пара). Треба подути на гарячий чай, кашу, борщ. За темою «Комахи», «Птахи» необхідно дути на метеликів, пташок. (Додаток). Виконання дихальних вправ закріплювалося в усіх моментах корекційно-виховної роботи, режимних моментах за основним індивідуально-корекційним планом та загальних програмних завдань логопедичних садочків.

4). Організація правильного мовленнєвого дихання через формування «опори дихання».

Однією з умов правильної організації процесу голосоутворення є вироблення опори дихання.

Цей термін запозичений з вокальної терапії і означає свідоме уповільнення фази видиху, завдяки точній координованій роботі м'язів - вдихачів та видихачів. Опора дихання – це такий стан, коли все тіло розкріпачено, крім черевного преса, який не просто стискається, щоб випустити повітря, але забезпечує цей видих максимально рівномірним, незважаючи на численні перешкоди, що заважають цій рівності під час голосоподачі (Морозов В.).

Вироблені раніше вміння керувати м'язами живота під час формування нижньореберного дихання та нижніх резонаторів доповнюємо вправами з активізації м'язів спини. Такі вправи дозволяють сформувати опору дихання, зняти підвищене звучання та сформувати довготривалий, економний видих, збільшують ємкість легенів та покращують рухливість грудної клітини. З цією метою ми виконували з дітьми наступні вправи з форсованих видихів:

Вправа 1. Ставимо дитини до стіни спиною, попереду розташовуємо великий гумовий м'яч з футбол-гімнастики. За інструкцією дитина повинна на видиху відштовхнути м'яч животом та вимовити звук «Ф».

Вправа 2. Дитина лягає на пружну ковдру, руки за голову, на видиху вимовляє звук «Ф» і відштовхується від підлоги животом.

Вправа 3. Дитина лягає животом вгору, на живіт кладуть гумовий тренажер з маленькими «гілками», як подразниками для дітей з ККМ, на видиху штовхаємо животом – «Ф-Ф-Ф».

Вправа 4. Обв'язуємо дитину широким поясом нижче талії, необхідно розсунути вузол м'язами живота, на видиху вимовляємо «Ф».

Вправа 5. Руки на пояс – нахиляємося – «Ф-Ф-Ф».

Вправа 6. Праве коліно до лівого ліктя – видих «Ф-Ф-Ф», аналогічно ліве - до правого.

3. Розвиток акустичних характеристик голосу, висоти, сили, модуляції. З цією метою ми визначили основні напрями роботи.

Під час роботи з розвитку голосу ми враховували фонетичні можливості гортані, тому спиралися на вироблені в процесі артикуляційної та мимічної

гімнастики вправи з рухів нижньої щелепи(опускання-піднімання), оскільки ці рухи забезпечують нормальне голосоутворення, зняття напруження голосу, вільність госоподачі.

1) Активізація функції піднебінно-глоткового кільця та м'язів кореня язика, яка передбачала вирішення наступних завдань:

- Масаж м'якого піднебіння.
- Стимуляція кореня язика.
- Відпрацювання довільного підняття та опускання м'якого піднебіння.
- Розвиток валика Пасавана.
- Вироблення довільного контролю за положенням м'якого піднебіння.
- Подолання носової емісії.

Вправа 1. «Ведмедик вітається».

Мета: стимуляція м'язів кореня язика, м'якого піднебіння.

Обладнання: зубна щітка, ебонітова паличка з голівкою ведмедика.

Інструкція: ведмедик хоче з тобою привітатися, привітається з язиком: передньою частиною, середньою, коренем.

Вправа 2. «Цуценя грається».

Мета: вироблення та запам'ятовування відчуття «відкритої глотки», вміння робити глибокий, форсований вдих, довільне опускання нижньої щелепи.

Обладнання: картинки з зображенням веселого цуценя з відкритою пащею.

Інструкція: веселе цуценя з нами грається, воно набігалося і важко дихає. І ми зробимо так само. Треба «глитнути» повітря. Але наше цуценя не вміє говорити, а ми покажемо, як треба співати. Виконуємо вправи:

- «глитнути» повітря – вимовити звуки «А-А-А»,
- «глитнути» повітря – вимовити «А-Е, А-Е, А-Е».
- «глитнути» повітря – вимовити «ПА – А – А, МА – А – А, НА – А – А»

Під час вимови дітьми звуків з метою додаткової стимуляції м'язів гортані експериментатор виробляє вібрування легкими рухами рук м'язи шиї.

Вправа 3. «Привітаємося з язиком».

Мета: стимулювання пропріоцептивних відчуттів м'язів язика, закріплення у дитини відчуття «відкритої глотки»

Обладнання: стерильний бинт для утримання язика дитини логопедом, картинка за казкою «Веселий язичок».

Інструкція: давай я привітаюся з язичком і потримаю його. А ти покажеш, як він може гойдатися. Вимовляй «НА-А-А».

Доповнюємо ці завдання вправами: довільного покашлювання, гра-імітація «Покажи горло лікарю», полоскання горла важкої рідиною.

2. Збільшення часу фонації поєднувалося з роботою з закріплення тривалості видиху. Достатня тривалість фізіологічного видиху збільшувало видих під час фонації. Саме сформованість фонаційного дихання сприяє у подаль довольному відтворенню одного з основних складових просодики мелодичних малюнків фраз.

Вправа 1. « Як гарно ми співаємо».

Мета: збільшення у дітей фонаційного видиху під час співу.

Обладнання: картинка з зображенням дівчинки, яка співає.

Інструкція: зараз ми заспіваємо пісню на звук «А». Відкриваємо ротика, щоб спів був мелодійним, язик повинен лежати у «краватці», кінчик язика торкатися нижніх зубів.

Саме на цьому етапі роботи необхідно паралельно відпрацьовувати навик *добору повітря*. Важливим у цій вправі є фіксація дитини на чіткому положенні язика біля нижніх зубів («Язик лежить у ліжку»).

Вправа 2. «Квітка».

Мета: довільне поступове збільшення фонаційного видиху.

Обладнання: картинка за казкою «Семикольорова квітка».

Інструкція: згадаємо казку, на кожному малюнку зображена різна кількість пелюстків. Згадай, як ми навчилися робити глибокий вдих, а потім вимовляємо. Звуки за кількістю пелюстків на картинці:

- глибокий вдих – видих А– А–А–; – О – У –И – І–; ... – АО – ОА...; ... – АОУ – УОА; – АОУИ –ИУОА; ... – АОУІІ – ІІУОА.

Якщо дитина зупиняється, робить вдих, вправа виконується знову.

Роботу з розвитку збільшення часу фонації з дітьми з ВКМ та ККМ проводимо з включенням наочних посібників «Проведи доріжку» з одночасним протягуванням звуків, вимовляй звук так довго, як намальовано на картинках (довгий хвіст кішки, шарфик, доріжка).

3. Розвиток сили голосу та динамічного діапазону голосу.

На цьому етапі роботи важливо було розширення його шляхом включення верхніх регістрів. На нашу думку, відпрацювання даного навичку у подальшому необхідно переносити на зливу вимову коротких синтагм просодичного оформлення.

Крім того, довільна регуляція голосових модуляцій формує у дітей навик керування емоційно-тембровим забарвленням як одного з яскравих складових просодичної сторони.

1) Розвиток сили та висоти голосу.

Вправа 1. « У лісі».

Мета: відпрацьовування вміння дітей підвищувати та знижувати голос.

Обладнання: макети дерев, ялинки.

Інструкція: ми заблукали у лісі. Треба позвати на допомогу друзів гучно – АУ, а може вони десь за ялинкою – тихіше –АУ, і щоб ведмідь нас не почув – АУ. А тепер пограємося з лісовими звірами: У, АУ, АІУ – шепіт, тихо, гучна вимова.

Вправа 2. «На концерті».

Мета: тренування динамічного діапазону голосу під час співу голосних звуків з поступовим посиленням та зниженням голосу.

Обладнання: картинки з зображенням хору дітей.

Інструкція: як діти гарно співають, ми теж вміємо співати голосно-тихо.

Вправа 3. « Великий маленький».

Мета: чергування форсованого підвищення та зниження голосу.

Обладнання: картинки з зображенням великих та маленьких тварин.

Інструкція: у нас на картинці зображені казкові герої, голосом яких ти будеш вимовляти звуки. Велика мама слониха вимовляє – А, а маленький –а. Маленьке каченя – у, а велика гуска –У.

2) Формування мелодики, яке входить до складових просодичного компоненту базується на:

- довільному контролю з удосконалення динамічного діапазону голосу,
- на сприйманні мелодичних малюнків фрази.

До матеріалу з відтворення мелодійних малюнків було включено серії складів, які спочатку вимовляються дітьми спільно, за наслідуванням, а потім за візуальними символами.

Наочні символи: рухи, стрілки, які відображують вісхідний-низхідний тон та кольори-символи, які характеризують основний тон вимови, були нами введені у констатувальному дослідженні.

Виконання дітьми таких завдань ми включили у структуру логопедичних занять з корекції звуковимови та розвитку фонематичного сприймання, оскільки автоматизація звуків передбачає виділення голосом означеного звуку у співвіднесення з іншими звуками у складах та словах. У роботі з дітьми з ККМ вправи підкріплювалися натискуванням на м'ячки-їжачки. Інтерес до виконання завдання на початковому етапі сприяло введення диригування.

Вправа 1. « Покажемо та проспівемо картинки».

Мета: цілеспрямоване відпрацьовування висхідного та низхідного тону голосу.

Обладнання: графічним позначенням, символічні зображення дерева, яке поступово нахиляється (3 картинки), паруса, який поступово надувається (3 картинки), аудіозаписи. (Додаток).

Інструкція: озвучити серії картинок. Проспівати тризвук вгору-вниз: на звуці – М, склади – ОН, ОМ; на цих же складах: три рази зупиняючись та відокремлюємо кожний склад.

Вправа 2. «Веселий м'ячик».

Мета: узгодження рухів загальної моторики з відпрацюванням вимови у нижньому, середньому та верхньому регістрі.

Обладнання: м'ячі, картинки з зображенням цуценя, що біжить з гори, на гору.

Інструкція: сьогодні вимовляти склади нам буде допомагати веселий м'ячик: якщо ми м'яч кидаємо об підлогу – проспівуємо БА-БА-БА, наш голос опускається униз; по стіні – МА-МА-МА, вгору – МІ-МІ-МІ, наш голос підіймається догори.

Вправи виконувалися на фоні вібраційних рухів під час фонації шляхом навчання одночасній вимові з постукуванням лобних пазух (М-М-М, МІ-МІ-МІ, МЕ-МЕ-МЕ, МА-МА-МА); гайморових пазух (Н-Н-Н, Г-М, Н-НЯ); верхньої губи (З-З-З, ЗІ-ЗІ-ЗІ, ЗЄЗЄ-ЗЄ, ЗА-ЗА-ЗА); нижньої губи (В-В-В).

Координація мовленнєво-рухових кінестезій.

Відтворення просодичного компоненту мовлення підпорядковується узгодженій роботі мовленнєво-рухового апарату. Тому ми включили у корекційну роботу розроблені авторські вправи з відпрацювання координації мовленнєво-рухових кінестезій.

Вправа 1. «Маленькі йоги».

Мета: відпрацювання з дітьми узгодженості роботи голосу, дихання та загальних моторних рухів.

Обладнання: картинки з зображенням схем голосних звуків, справжнього йога.

Інструкцій: уявіть, що ми маленькі йоги, ми вміємо стояти і тримати руки, як йоги. Робимо вдихи – на видиху вимовляємо голосні звуки.

(Однією з основних причин порушення звуковимови у дітей зі стертою дизартрією є порушений кін естетичний контроль артикуляційного укладу.

«Артикуляція – це свого роду жестикуляція, тільки більш тонка і багата. Техніка артикуляції визначає техніку дикції.» (Огородніков Д.). Тому у роботі над голосом використовуємо «жестовий спів», співвідносимо артикуляційний образ звуку з показом рук. А – руки вниз, повторює форму опускання нижньої щелепи; О – руки колом над головою; І – руки в сторони, як губи розтягуються в усмішці; У – руки уперед, губи витягуються уперед. Ми розробили комплекс вправ, яка включаю узгоджену роботу дихання, мовлення, роботу артикуляційно-мімічних та загальних м'язів з відтворенням почуття напруги-розслаблення. Тобто, ці вправи включають усі попередньо відпрацьовані етапи роботи.

Серед йогів розповсюджена вправа ХА- дихання стоячи, основна мета якого універсальне зняття зайвої напруги організму. Оскільки у дітей зі стертою дизартрією спостерігаються різного роду порушення м'язового тону організму (парціальні, часткові, окремих м'язів ..), дані вправи оказались результативними та ефективними.

За інструкцією необхідно навчити дитину правильно рівно стояти, плечі повинні бути розкриті, голова піднята, шия трохи витягнута, руки при цьому розташовані перед грудьми, лікті підняті на рівні пліч, долоні торкаються одна одну. Необхідно опустити нижню щелепу, зробити глибокий вдих з відчуттям відкритої глотки. Долоні з опором штовхають одна одну. На видиху вимовляємо довгий А – А – А---, з одночасним викиданням рук униз. Так само повторюємо першу частину вправи – видих О – О – О--, з одночасним виробленням кола над головою, видих І – І – І --, з одночасним виданням рук у сторони, У – У – У---, руки уперед.)

Вправа 2. «Звуки стрибають».

Мета: відпрацьовування узгодженості гучної вимови звуків з одночасними форсованими рухами загальної моторики (стрибком).

Обладнання: м'яч.

Інструкція: присісти, голову підняти вгору, міцно тримати руки логопеда, стрибок з одночасним тривалим виділенням означеного голосного в слові: хАта, Оля, дАм, тУт...

1. Стимуляційно-емоційне тренування виконавчих органів просодичного оформлення.

Основними задачами цього напрямку було стимулювання мимічних рухів для формування *емоційної сторони мовлення*, яка у дизартріків визначається порушеною. Необхідність даного напрямку має фізіологічне підґрунтя, оскільки з центру емоцій до мимічних м'язів поступають імпульси, які викликають мимовільні емоції.

За допомогою системи зворотної аферентації, яка заснована на імпульсах від периферії до центру від стимуляції та координованої роботи з розвитку миміки на довільному рівні стимулюється діяльність центрів емоцій.

Корекція порушень рухової сфери дошкільників зі стертими формами дизартрії проводилася на всіх етапах роботи та співвідносились з розвитком емоційної сфери. З метою вдосконалення корекційних заходів з розвитку сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації ми включили вправи зі **стимуляційно-емоційного тренування «зон просо дики»**.

Як зазначено було вище, уся корекційно-реабілітаційна робота проводилася нами на фоні медикаментозної терапії, фітотерапії, загального масажу, включення до системи реабілітаційних заходів лікування гастроентерологу, оскільки наявність порушень у роботі шлунково-кишкового тракту та ендокринної системи призводить до голосових розладів.

За визначенням багатьох дослідників [...] проекція мовленнєвих центрів розташована по всьому організму і більш за все – на руці та пальцях рук, особливо на великому. Це підтверджує використання насамперед вправ з розвитку пальчикової моторики, варіативна кількість яких відома усім практикуючим логопедам.

На жаль, особливості симптомокомплексу порушень психомоторної сфери у дітей-дизартриків не завжди корегується саме вправами з розвитку дрібної моторики. Необхідні заходи більш глибоких рівнів стимуляції коркових центрів з метою запускання механізму активізації реабілітаційної програми.

До таких заходів ми відносимо перш за все:

- стимуляцію *проекційних зон кори головного мозку* за допомогою методики низькочастотної електростимуляції (НЧЕСТ) мовленнєво-рухових точок дрібної моторики кисті, за методикою Галіної І., Бусової В. Мета цієї методики полягає у активації клітинних структур мозку та стимуляції функціональних взаємовідносин у третичних полях коркових аналізаторів під впливом аферентного потоку «базового» пропріоцептивного почуття з виділенням зони впливу аферентних показників. Застосування даного методу електростимуляції точок – проекцій мовленнєвих центрів визначає високу ефективність його використання у подоланні психомовленнєвого дефіциту.

Нами була розроблена алгоритм роботи із застосуванням тренажерів СУ-ДЖО терапії та м'ячів-їжачків.

1. Знайомство з дітьми з зовнішнього відчуття: довільне натиснення, тактильне відчуття форми, матеріалу, характеру поверхні.
2. Включення у індивідуально-корекційну роботу:
 - Мячиків –їжачків.
 - Стискання м'ячика – роз тискання.
 - Проводити прямі рухи м'ячиком – від кінчиків пальців рук до лучезапясного суглобу.
 - Кругові рухи по долоні: однієї руки, іншої.
 - Спіралеподібні рухи по тильній і долонній поверхонь кисті руки подушками двох-пяти пальців (від кінчика пальців до лучезапясного суглоба).
 - Зигзагоподібні рухи: по долонях обох рук.
 - Слабке поколювання усіх пальців: подушками однієї руки, другої.
 - Прокачування м'ячика по столі.

- Перекладання м'ячика з однієї руки в іншу і навпаки.
- На послідовних етапах роботи ми включали вправи з м'ячиками-їжачками у корекційну роботу з формування просодичної сторони мовлення під час виконання: голосових, ритмічних вправ, розвитку логічного наголосу, емоційно-тембрових забарвлень, логічного наголосу.
 - Тренажерів СУ-ДЖО (кільця, браслети, колючі валики).
 - Почергове прокачування кільця на кожному пальці у вправі «Ми дельфіни».
 - Почергове прокатування браслета по руці.
 - Кільця СУ-ДЖО використовуємо у двох основних напрямках. Кожне кільце надіваємо на палець, потім знімаємо. Кільця створені так, що після кожного виконання вправ їх необхідно промити під водою. Застосовували у роботі також джгутики-качалки та браслети.

Вправи з СУ-ДЖО терапії ми включали спочатку для зняття спастики, емоційного напруження, встановлення контакту взаємодії з дитиною.

Використовували різноманітні організаційні моменти початку заняття та включення вправ з тренажерами у роботу з розвитку складових просодичної площини.

Вправа 1. «Привітаємося».

Мета: встановлення контакту, пристосовування чуттєво-шкіряної іннервації до сприймання матеріалу тренажерів.

Обладнання: тренажери СУ-ДЖОК: джгутики-качалки.

Інструкція: Щоб розпочати заняття, пальці повинні привітатися. Візьміть джгутики, покладіть на стіл: по черзі прокочуємо кожним пальцем джгутик по столі, потім між долонями.

Вправа 2. «Ми дельфіни».

Мета: стимуляція пропріоцептивної чутливості, координації рухів.

Обладнання: тренажери СУ-ДЖОК кільця та браслети.

Інструкція: Уявіть, що ми дельфіни. Нам треба подолати перешкоду – пропливти через п'ять кілець. А тепер через велике кільце.

Вправа 3. «Рухливі звуки».

Мета: збільшення мовленнєвого видиху та мелодичного відтворення шляхом стимуляції кінестетичного контролю пальців.

Обладнання: тренажери СУ - ДЖОК.

Інструкція: сьогодні наші друзі – кільця будуть допомагати нам проспівувати звуки. Пам'ятайте, що голову і плечі ви повинні утримувати рівно. Зробіть глибокий вдих – на видиху проспівуємо звуки з одночасним проковуванням кілець у послідовності: У-У-У, О-О-О, А-А-А, Е-Е-Е, І-І-І, И-И-И, Н-Н-А-А, М-М-А-А, В-В-А-А, Б-А-А.

Вправа 4. «Різнокольорові м'ячики».

Мета: стимуляція м'язів органів голосоутворення.

Обладнання: різнокольорові м'ячі-їжачки.

Інструкція: м'ячики – їжачки хочуть з вами ближче познайомитися: зі щічками, шиєю, вушками, лобиком. (прокочуємо масажний м'ячик по означених частинах тіла). А тепер проспівуємо.

Ми варіювали завдання у залежності від швидкості виконання, ступеню кистьового захвату, координованих дій пальців. Найбільш виправдане саме на початку занять використання даних масажерів з дітьми СПСД, СППД, ССД., оскільки допомагає першочерговому розподілу м'язової інервації. З дітьми з СКД використання даного посібника використовували у кінці заняття для уточнення та програмування схеми рухів.

У подальшому було впроваджено використання масажерів СУ-ДЖО на всіх етапах заняття у залежності від поставленої мети.

Дослідженнями Звонарьової М. було визначено, що ритмічні рухи пальців у дитини значно посилюють узгоджену діяльність лобних та височних частин мозку. На цьому етапі ми використовували прокачування кілець по кожному пальці у супроводі ритмізованого мовлення: складів, звуків, простих речень.

Надалі поєднували ці вправи з кінезотерапією та біоенергопластикою. Артикуляційні вправи проводяться одночасно з рухами спочатку однієї кисті руки (правої, лівої), потім обох, що імітують рухи щелепи, язика та губ, з додатковими утриманням, стисканням, прокачуванням кілець та колючих валиків.

Заняття артикуляційної гімнастикою з елементами біоенергопластики та одночасним використанням масажерів підсилюють кровообіг, зміцнюють м'язи обличчя, розвивають гнучкість окремих частин мовленнєвого апарату; при цьому розвиваються координація рухів і дрібна моторика рук. Відомо, що рухи тіла, спільні рухи руки і артикуляційного апарату, якщо вони пластичні, розкріпачені і вільні, допомагають активізувати природний розподіл біоенергії в організмі. Поєднання рухів мовленнєвого апарату та кистей рук створює передумови до розвитку координації рухів і дрібної моторики, довільності поведінки, уваги, пам'яті, мовленнєвих та інших психічних процесів, необхідних для становлення повноцінної навчальної діяльності.

Прийоми біоенергопластики і кінезотерапії використовувалися на ранковій гімнастиці (1,5-2 хвилини), на фронтальних заняттях (2-3 хвилини), на індивідуальних, чергувалися в залежності від етапів логопедичної роботи та тематики занять. На першому занятті проводили 2-3 артикуляційних вправи. Демонструючи їх, поєднували артикуляційні вправи з рухами кистей рук. При цьому особливу увагу дітей зверталася на необхідність чіткого виконання кожного руху. Це стосувалося не тільки артикуляційних вправ, але і вправ з розвитку мовленнєвого дихання, мімічної діяльності. За своїми результатами саме поєднання у корекційній роботі вправ з використанням масажерів СУ-ДЖО (у 62% дітей зі стертою дизартрією) сприяли скороченню строків реабілітаційного навчання.

У роботі ми використовували гумові колючі м'ячики, які відрізнялися за розміром, кольорами, ступенем твердості – м'якості, наявності блискавок - лампочок усередині для підвищення зорової перцепції, розміром та

«колючістю» голок. М'ячики настільки функціональні, доступні у роботі, що ми включали їх в усі структурні моменти індивідуальних та фронтальних занять: під час проведення масажу, самомасажу, дихальної, артикуляційної, мімічної гімнастики, зорово-просторового контролю координації рухів тощо. *(Додаток-фото).*

II. Формування просодичних компонентів, як складових регулюючих фізіологічних процесів та комунікативно-емоційних засобів спілкування.

На даному основному етапі роботи ми використовували різноманітні ігри - змагання по підгрупам, що дало можливість залучати дітей до самоаналізу та порівняння мовленнєвих висловлювань.

Корекційні вправи з формування правильного дихання та голосоподачі продовжувалися на другому етапі на більш складному мовленнєвому матеріалі і були включені у роботу з розвитку навиків відтворення просодичних компонентів.

1. Розвиток ритмічної здатності.

Основні напрями роботи: сприйняття та відтворення ритмічних малюнків та засвоєння засобів трансформації у різні модальності.

Саме ритмічні вправи є підґрунтям розвитку у дітей просодичної виразності. У роботі ми базуємося на відпрацьованих на початковому етапі ритмічних схем дихальних фаз.

Оскільки і ритм, і дихання є ритмічно організованими видами діяльності, у межах нашого експерименту визначалося включення розвитку вприймання та відтворення спочатку намовленнєвих, а потім мовленнєвих ритмічних структур.

Вправа 1. «Хто уважний?».

Мета: розвиток сприймання ритмічних структур

Обладнання: картки з символічним зображенням ритмічних структур, кільця су-джок, м'ячики -іжачки.

Інструкція: слухай уважно, я буду плескати у долоні, знайди відповідну картку-символ, прокрути стільки ж разів маленьке кільце.

- визначення кількості ізольованих ударів (/, //, ///,//// та інш.)
- визначення кількості ударів однакового звучання (// //, /// ///);
- визначення кількості акцентованих ударів (/н; ///н; /н/н/н).

Вправа 2. «Чарівні дзвоники».

Мета: відтворення ритмічних малюнків

Обладнання: дзвоники, музичні молоточки, барабан, бубен..

Інструкція: слухайте уважно і повторіть удари: дзвоники – це сильні удари, а музичні молоточки – це слабкі. Я будку плескати у долоні, а ви повторити так само за допомогою молоточків та дзвіночків. А тепер в бубен, барабан.

Вправа 3. «Веселі кольори»

Мета: трансформування візуальної схеми у моторну групу.

Обладнання: кольорові круги.

Інструкція: зараз ми з вами пограємо у кольори, жовтий- це хлопок, зелений – це удар по столі. Виклади схему. А тепер прохлопай цю схему (Ж – З – Ж – З...), де жовтий – це хлопок, зелений – удар кулаком по столі.

Вправа 4. « Веселі музики»

Мета: трансформування слухового ритмічного образу в зорово-просторову схему.

Обладнання: музичних інструменти: бубен, музичний молоток, дзвоник.

Інструкція: продовж послідовність бубен-молоток-дзвоник.

Відтворення дітьми ритмічної послідовності спочатку з візуальним контролем, а потім тільки акустичним.

Надалі проводилися ігри, в яких дитина повинна була спочатку прослухати послідовність звучання інструментів, а потім трансформувати акустичний ряд у візуальний або слуховий.

Розвиток темпової організації мовлення.

Основні напрями роботи:

1. Робота з формування сприймання темпу, його основних видів (швидкий, помірний, повільний).

2. Формування здатності довільної зміни темпу.

З метою створення полісенсорного ядра сприйняття до роботи над темпом було підключено зоровий, руховий та акустичний канали сприймання. Відпрацьовування темпових структур проводилося одночасно у трьох модальностях: діти спостерігали, рухалися, дивилися на зразок, проговорювали і чули відтворений логопедом темповий малюнок.

Оскільки темп має моторну природу, першим етапом у формуванні навичок його сприйняття було відпрацьовування вміння дітей підкоряти швидкість власних рухів заданому темпу. Спочатку зразками темпу були рухи логопеда і темп музичних творів. Потім завдання ускладнювалося оплесками, тупотінням, ударами по барабану і т. інш.

Вправа 1. « Ми пародисти».

Мета: співвіднесення означеного темпу з руховим відображенням.

Інструкція: відплескати, як ходить ведмідь, біжить мишеня, капає дощ.

Вправа 2. «Хто уважний».

Мета: відтворення зразка темпового малюнку в іншій модальності.

Інструкція: слухай мене уважно, як я говорю, відплескай так само (у швидкому, повільному темпі).

Вправа 3. « Хто найперший».

Мета: визначення темпової реалізації висловлювань, що відображують швидкість або повільність дій.

Інструкція: як ти вважаєш, якщо людина дуже поспішає, в неї немає часу, як вона буде говорити: швидко або повільно? А якщо лежить на пляжі, нікуди не поспішає

Під час формування здатності довільної зміни темпу важливим було навчити дитину довільно керувати темпом мовлення у відповідності до змісту, основної думки висловлення, ступенем важливості мовленнєвого відрізка, переданої інформації.

Спочатку регулятором темпу були рухи – відтворення заданого темпу. Під час розвитку навички відтворення темпу мовлення використовували прийоми індивідуального повторення мовленнєвого зразків у заданому темпі і самостійне відтворення мовленнєвого матеріалу дитиною за інструкцією.

Вправа 1. «Ехо»

Мета: супутнє відображення темпу мовлення.

Інструкція: я буду вимовляти речення, а ти вимовляй так само.

Вправа 2. «Маленькі асистенти».

Мета: відображене відтворення темпу мовлення.

Інструкція: Слухай уважно, я буду читати вірш про дощик, а ти вимовляй кап-кап у тому ж темпі: вірш про дятла, а ти тук-тук...

Вправа 3. «Впізнай за описом».

Мета: самостійне відтворення означеного темпу фрази.

Інструкція: уважно роздивися картинки і відтвори, яким темпом необхідно вимовити речення.

Оскільки у більшості дітей зі стертими формами дизартрії за результатами констатуючого обстеження відзначається надто прискорений або сповільнений темп мовлення (25,5%), з дітьми проводилися цілеспрямовані вправи на уповільнення та прискорювання темпу мовлення.

У завданнях, які спрямовані на уповільнення темпу мовлення використовувалися вправи на збільшення тривалості звуків та вимови фрази з паузами між словами. У першому випадку відзначалося уповільнення швидкості вимови звукових одиниць, у другому – збільшення часу вимови фрази на кожне слово, тобто змістовну одиницю.

Усунення *прискореного* темпу мовлення здійснюється шляхом впровадження наступних вправ:

- повторювання за логопедом фраз у повільному темпі;
- продовження фрази у повільному темпі, розпочатому логопедом;

- самостійна вимова фраз у повільному темпі с одночасним постукуванням по столі;
- повільне обговорювання скоромовок – труднощі вимови уповільнюють темп;
- обговорювання фраз з супроводом повільної музики, марширування.

Прискорення темпу досягалося шляхом скорочення звуків, збільшення швидкості артикуляції.

Усунення *повільного* темпу мовлення передбачає використання наступних вправ:

- повторення за логопедом фраз у швидкому темпі (з наслідування та самостійно);
- вимова фраз у швидкому темпі під удари метроному, музичного молоточку;
- аналіз фраз під швидку музику;
- продовження фрази у прискореному темпі, розпочатому логопедом;
- заучування та вимова у швидкому темпі віршів та скоромовок.

Розвиток логічного наголосу.

У процесі роботи здійснювалося формування сприйняття логічного наголосу на основі слухо-мовленнєвих диференціювань, які відпрацьовані були раніше, оскільки ритм регулює не тільки рух, але і слово. Сприймання інтонування наголошеного складу проводилося послідовно з розвитком ритмічної здатності. Велике значення для виразного читання має правильність, точність логічних вправ. Щоб у реченні визначити певний зміст, необхідно силою голосу визначити важливе за значенням слово з ряду інших. Зміст змінюється в залежності від того, де поставлено логічний наголос. Цю думку важливо дітям пояснити на практиці.

До початку виконання завдань дітям у доступній формі пояснювали значення терміна «логічний наголос». Сам термін не називався, але дітям

пояснювали, що в реченнях голосом виділяються саме ці слова, що вважаються особливо важливими. Вони вимовляються голосніше або більш протяжно.

Оскільки, за визначенням Лопатіної Л. саме питальна інтонація є більш доступною для сприйняття дітей, логопед спочатку інтонаційно виділяє у реченнях те чи інше слово, за допомогою якого змінюється мета питання: *Ми поїдемо на море? – Так, ми поїдемо. – Ні, ми не поїдемо, а підемо пішки.* Використовувалися у якості мовленнєвого матеріалу прислів'я з трьох значущих слів з переміщенням логічного наголосу за зміною змісту висловлення. Логопед звертав увагу дітей на зв'язок акцентуації слова зі змістом прислів'я. Опорним матеріалом були використані у констатувальному експерименті вправи та завдання.

З метою досягнення найкращого розрізнення наголошеного складу у слові використовувався прийом вимови слів з різною силою голосу (тихо, пошепки), з прискоренням (слова вимовлялися у швидкому темпі) спочатку логопедом, а у подальшому дітьми.

У роботі використовувалися предметні картинки, символи. Під час навчання акцентованого виділення слів використовували опорні пластини з м'якого матеріалу та з наждачного паперу, та СУ-ДЖО масажери, які розташовувалися саме у тому місці, де необхідно зробити акцент. Дітям пропонувалося «програти» акцентоване слово. Натискання на масажер або пластин наждачного паперу з одночасним посиленням голосу були засобами вираження наголосу. Потім акцентоване слово виділялося на схемі заміною місця наждачної пластини та масаж ера. У цілому робота з розвитку сприйняття логічного наголосу проводилася за планом:

Вправа 1. «Будь уважний».

Мета: виділення акцентованого слова .

Інструкція: уважно прослухай речення, за допомогою руху руки вгору виділити почуте виділене голосом слово.

Вправа 2. «Знайди правильне».

Мета: виділення речень, які виділяються тільки місцем акцентованого слова.

Обладнання: картинки – символи.

Інструкція: прослухай уважно речення, підніми картинку, якщо почуєш виділене слово.

Діти знайшли їжачка.

Діти знайшли їжачка.

Вправа 3. «Визнач сам».

Мета: трансформація слухового сприймання акцентного слова у моторну схему.

Обладнання: картинки-символи.

Інструкція: відплескати або протопати речення з виділенням акцентного слова.

Вправа 4.

Мета: трансформація моторної схеми у візуальну.

Інструкція: прослухати уважно слово, викласти схему простого речення з позначенням акцентованого слова.

2) Наступним етапом було відпрацювання *відтворення логічного наголосу* у експресивному мовленні, під час якого використовували сумісне, відображене та самостійне виконання дітьми завдань. Робота у цьому напрямку проводилася послідовно з урахуванням фонетичної та граматичної складності мовленнєвого матеріалу: спочатку у словосполученнях, простих речень з трьох слів, простих поширених двоскладових. Важливим моментом було використання питально-відповідної форми роботи, що мало семантичне навантаження та орієнтувало дітей на правильне визначення та відтворення слів-носіїв. Використовувалися наступні завдання:

Вправа 1. «Повтори правильно»

Мета: відображене відтворення дітьми простих речень з виділенням акцентного слова.

Обладнання: картинки з зображенням картинок, що втілювали різні дії людей.

Інструкція: розглянемо малюнки. Повторити за мною. Що зображено?
Сонечко посміхається. Хто це намальований?...

Вправа 2. «Склади речення».

Мета: відображене відтворення речення з акцентним словом.

Обладнання: графічні схеми.

Інструкція: розглянемо малюнки, який за рахунком сигнал? Повтори речення і виділи важливе слово.

Вправа 3.

Мета: співвіднесення місця розташування слова-носія на схемі та у відповідях дітей.

Обладнання: графічні схеми, сюжетні картинки.

Інструкція: склади речення, виділи те слово, яке позначено на схемі.

Вправа 4.

Мета: довільне змінювання місця слова-носія у реченні у зв'язку зі схематичним переміщенням.

Обладнання: графічні схеми, картинки.

Інструкція: повторіть речення, виділіть акцентне слово згідно за схемою.

Вправа 5.

Мета: самостійна вимова дітьми речень, приказок, віршів, приказок з виділенням акцентних слів одночасним плесканням у долоні.

Обладнання: текст віршів.

Інструкція: прочитай вірш, виділи голосом акцентне слова з одночасним плесканням у долоні.

Вправа 6.

Мета: відтворення речення з одночасним підняттям коліна на акцентованому слові.

Обладнання: сюжетні картинки.

Інструкція: прошагай речення, виділи у реченні акцентоване слово голосом і підняттям коліна.

Вправа 7. «Заспіваємо разом».

Мета: проспівування пісень з виділенням акцентних слів.

Обладнання: сюжетні картинки.

Інструкція: заспівайте пісню, виділяючи голосом акцентне слово.

Дані вправи закріплювалися на заняттях логоритміки, психогімнастики, під час ігрових завдань на прогулянках та в групі.

4.Розвиток тембру голосу та емоційної сторони мовлення.

На цьому етапі роботи велике значення мали сформовані на першому етапі роботи навички зміни сили, висоти та динамічного діапазону голосу.

Метою даного напряму роботи формування у дітей емоційно-тембрової сторони мовлення, як одного зі значущих компонентів просодики.

1) Розвиток сприймання та вміння диференціювати різні емоційні значення в мовленні людей.

2) Відтворення тембрового забарвлення голосу для передачі різних емоційних станів людини.

Фізіологічною базою розвитку тембру голосу були мовленнєво-рухові комбінації, основою яких є модуляції головного регістру. Саме вони впливають на потужність звуків мовлення.

Під час виконання вправ ми використовували такі прийоми, як індивідуальні та хорові відтворення мовленнєвих зразків, наслідувально-відображувальне повторення за логопедом, потім без мовленнєвого зразка логопеда.

Вправа 1. « На човні».

Мета: сприймання та розуміння емоційно-тембрового забарвлення мовлення.

Обладнання: наочний посібник за казкою «На човні», де герої вироблені з різного матеріалу (ніжний, м який матеріал – це мишеня, співвідноситься з тихим тоненьким голосом; більш грубий, жорсткий – це поважна кішка; голос грубого кабана співвідноситься з відчуттям твердого наждачного паперу).

Інструкція: слухай уважно казку, я буду називати героїв, в ти назовешь, кому цей голос належить.

У тексті казки утримувалися «слова-підказки», які характеризують зовнішній вигляд, характеристику персонажів, що знайшли відображення у тембровому забарвленні голосу під час вимови речень – висловів персонажів.. Необхідно було визначити, кому з персонажів належить те або інше забарвлення голосу.

Вправа 2. «Впізнай людину».

Мета: навчити дітей розрізняти емоції за схематичним зображенням.

Обладнання: «Абетка емоцій» - запис фраз з різними відтінками тону голосів.

Інструкція: прослухай уважно вислови людей. З 5-ти картинок вибери ту людину, вислов якою ти почув.

Після цього картинка, яку дитина правильно упізнала замінюється іншою.

Вправа 3. «Різнокольорові посмішки».

Мета: розвиток емоційної лексики у співвіднесенні за заданою схемою (співвідношення емоційного стану з кольоровим зображенням).

Обладнання: фотографії різних емоційних станів і набір кольорових картинок за умовним визначенням емоційних станів: емоція радості – синій, суму – салатовий, гнів – червоний, переляк – оранжевий, подив – бірюзовій гамі [за Ізмайловим].

Інструкція: ми з тобою вже розібрали який колір визначає яку емоцію. А тепер уважно роздивися фото і до кожного поклади кольорову картинку.

Ця вправа насамперед визначає рівень семантичного аналізу, що є найважливішим у засвоєнні просодичних засобів спілкування.

Надалі на заняттях використовують піктограми з зображенням наростання емоційного стану за допомогою графічних зображень (одна людина трохи усміхається - друга усміхається більше – а третя з дуже щирою посмішкою).

3) *Формування вміння відтворювати* різні тембральні характеристики голосу.

З цією метою включалися завдання на розвиток вміння дітей само налаштувати голосовий апарат для відтворення того чи іншого тембру. Для створення полі сенсорної бази сприйняття та активізації аферентних зв'язків використовували різні форми позначення тембральних характеристик: кольори, рухи (диригування під час читання віршів), масжери СУ-ДЖО та м'ячки-їжачки з різним ступенем м'якості «голок».

Вправа 1. «У зоопарку».

Мета: відтворення дітьми різних емоційно-тембрових забарвлень

Обладнання: стільці, картинка з зображенням зоопарку.

Інструкція: уявіть, що ви у зоопарку, виберіть, якою твариною ви будете. Ви сидите у клітці (на стільцях) і повинні зобразити свою тварину. Якщо вас упізнають, ви виходите з клітки (встаєте зі стільців).

Вправа 2. « Розшифруй».

Мета: відтворення емоційно стану за зображенням.

Обладнання: піктограми-зображення емоцій.

Інструкція: назви емоцію і покажи.

Роботу з розвитку відтворення тембру голосу та емоційної лексики закріплювали на заняттях вихователів (з ознайомлення з навколишнім, образотворча діяльність) та музичних керівників (логоритміка, вокалотерапія, театралізовані виступи).

IV етап – Підсумково – уточнюючий.



Для вирішення завдань даного етапу необхідно було інтегрувати, вдосконалити та автоматизувати сформовані на попередніх етапах корекційної

роботи еталони просо дики та ввести їх у самостійно-довільну мовленнєву діяльність дітей.

1. Розвиток сприймання та відтворення різних інтонаційних конструкцій в експресивному мовленні.

Даний напрям лого-корекційної роботи включав завдання з формування та диференціації мелодичних малюнків інтонації за планом:

- Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації завершеності.
- Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації питання.
- Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації оклику.

У процесі лого-корекційної роботи особлива увага була спрямована на дотримання режиму інтонаційної виразності мовлення логопеда, оскільки дитина під час спілкування орієнтується на емоційно-темброве забарвлення голосу, інші інтонаційні засоби та певним чином реагує на них. (Цейтлін С.). Саме яскравість мовлення логопеда є результатом створення у дітей позитивної мотивації до спілкування, відтворення певного емоційного стану – доброзичливості, бажанні активного навчання, самоконтролю дій за результатами схвалення.

1) Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації завершеності.

Знайомство з розповідною інтонацією, засобами її вираження та способами позначення.

За даними онтогенезу розвитку мовленнєвої діяльності у дітей сприйняття розповідних висловлювань формується значно раніше, ніж висловлювання інших комунікативних типів. Саме тому модель завершеності дії є початком розвитку сприйняття та впізнання мелодичних малюнків інтонації у експресивному мовленні.

На початку увага дітей до мелодичного малюнку завершеності інтонації приверталася під час спілкування логопеда та дитини на індивідуальних та фронтальних заняттях. Уточнення звукових засобів вираження даного типу висловлювання було підтверджено поясненнями: «Коли ми про щось повідомляємо, ми говоримо повільно, знижуємо голос у кінці». Під час сприйняття мелодичного малюнку розповідних висловлювань використовувалася опора на семантику слів, їх складових, визначені асоціації, графічне зображення. Утримання однакової сили голосу на протязі усього речення і зниження його в кінці супроводжувалося рухом руки у горизонтальному напрямку і підкріплювалося графічним зображенням прямої лінії, карткою з зображенням крапки. Символ вводиться на фоні ігрових засобів заохочення: *«Фразу треба закінчити, якщо крапка поруч. Крапку треба поважати, крапку треба слухати».*

Серед знаків у пошані ця маленька кругла пані. В кінці речення живе, після неї нове йде..

Потім дітям пропонувалися сигнальні картки, які символізують інтонацію завершеності. На картинці зображений хлопчик зі спокійним виразом обличчя, руки опущені. До картинки додавалася ще сигнальна картка зеленого кольору. Ці методичні засоби зображення мелодичних малюнків інтонації ми використовували і описували на етапі констатувального дослідження. Визначення дитиною інтонаційної структури розповіді відбувалося за планом:

- Аналіз прослухання та сприйняття речення.
- Виділення мелодичного малюнку завершеності.
- Зіставлення даного мелодичного малюнку з сигнальною карткою.

У подальшому відпрацьовували вміння впізнавати інтонацію на мовленнєвому матеріалі окремих речень різної структури (просте односкладне, просте двоскладне, просте поширене доповненнями або обставинами), розповідей, віршів.

Оскільки на даному етапі роботи нами вже були відпрацьовані основні базові складові просо дики і фактично робота зі сприйняття інтонаційної виразності побічно велась з першого етапу (не відпрацьовувалися тільки конкретні акценти зіставлення і називання інтонаційних структур), ми вважаємо доцільним паралельне введення відтворення заданих мелодичних малюнків інтонації. Це підтверджується і наявністю у дітей зі стертою дизартрією зниження когнітивних процесів сприймання та пам'яті (Приходько О.) і визначає обрану нами систему зіставлення «відчуття-відтворення» доцільним.

Формування навички *передачі у експресивному мовленні мелодичного малюнку завершеності* ми відпрацьовували послідовно від пасивного відтворення інтонаційних зразків до активної вимови самостійно складених фраз. Ми використовували розповідні речення зі зниженням мелодики наголошеного складу, який стоїть під синтагматичним наголосом. Одним з яскравих акцентів почуття завершеності та уповільнення тону кінця фрази є вимова речень з виділенням слова «ЦЕ», які ми і використовували у роботі: «Це книга. Це моя книга». Відтворення речень здійснювалося з опорою на знайомі дітям графічні моделі і супроводжувалося рухами рук униз, які відповідали руху основного тону висловлення. Для дизартриків характерна інертність емоційного самовираження, що призводить до невпевненості експресивних варіацій. Тому на перших етапах ми давали дітям можливість вживання більш складних речень за початковим зразком у ігрових завданнях: «Докажи слівце», «Складемо картинку», «Щоб зайти до дверцят, треба..», «Продовж розповідь». Відпрацьовування інтонації розповідного речення відтворювалося у наступній послідовності:

1) Інтонаційних конструкцій з інтонаційним центром в кінці речення: *Це мій м'яч.*

2) Інтонаційних конструкцій з інтонаційним центром усередині речення: *Наталка одягла ляльку.*

3) Інтенаційних конструкцій з інтонаційним центром на початку речення:
Мати принесла молоко.

4) Вимова речень зі зміною інтонаційного центру: *Мати принесла молоко. – Відповідай, що мати принесла молоко, а не батько. – Відповідай, що мати принесла молоко, а не залишила. – Відповідай, що принесла молоко, а не кефір.*

У подальшому навички відтворення фраз завершеності відпрацьовувалися на матеріалі більш складних речень, віршів, дидактичних ігор і було включено у структуру занять з розвитку лексико-граматичної сторони мовлення, зв'язного мовлення.

Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації питання.

Знайомство з питальною інтонацією, засобами її вираження та способами позначення.

Корекційне навчання з дітьми ми проводили у природній ситуації спілкування. Використовували питально – відповідні форми мовлення спочатку з питальним словом, а потім без нього. Уточнення звукових засобів вираження даного типу висловлювання було підтверджено поясненнями: «Коли ми про щось запитуємо, голос у кінці фрази підвищуємо». Потім пропонується дітям прослухати приклади мелодичних малюнків питальної інтонації з подальшими відповідями дітей: « На вулиці йде сильний дощ. Треба брати парасольку? В тебе брудні руки. Ти будеш їх мити?» Така форма початкової роботи з уточнення сприйняття питальної інтонації: уточнює знання дітей про інтонацію завершеності, допомагає співвіднести та відчутти різницю мелодичного малюнку двох речень, має семантичне навантаження у відборі правильної відповіді. У подальшому з дітьми обговорювалися особливості вимови питального речення, вводилися символічні зображення: за допомогою відповідного руху руки показувалося значення підвищення голосу вгору, за допомогою стрілки, картки з зображенням питального знаку. Символ вводиться

на фоні ігрових засобів заохочення: *« Що? Коли? Навіщо? Як? Розпитає у нас знак. Адже любить усе знати, не боїться запитати.»*

Як і під час сприйняття мелодичного малюнку завершеності, дітям пропонувалися сигнальні картки, які символізують інтонацію питання. На картці зображений хлопчик з піднятими плечима, бровами, зовнішній вигляд якого відповідав питальній інтонації. До картинки додавалася ще сигнальна картка жовтого кольору. Дітям з ККМ паралельно з проговорюванням інтонації питання пропонувалося прокочування м'ячиків-їжачків по столі з більш сильним натисненням під кінець фрази. Визначення дитиною інтонаційної структури питання відбувалося за тим же планом, що і розповідної інтонації. Пропонувалося дітям уважно прослухати речення двох мелодичних малюнків інтонації (розповідної-питальної); підняти сигнальну карточку, картинку-стрілку або кольоровий сигнал, якщо почують питальне речення. Після відпрацювання питальної інтонації на матеріалі простих речень, переходимо до більш складного мовленнєвого матеріалу – віршовані та невеликі прозові тексти.

Основним завданням з вироблення навичок відтворення питальної інтонації в питальному реченні було навчання дітей форсованому підвищенню основного тону за зразком. Відпрацювання інтонації питального речення відтворювалося у наступній послідовності:

- Відтворення інтонації питального речення без питального слова :
 - 1) Форсованість у підвищенні тону односкладового слова: Твій? - Твій м'яч? – Вухо? Твоє вухо? Рот? - Це рот?
 - 2) Форсованість підвищення тону в складному слові з наголосом на середньому складі: Садочки? – Цвітуть садочки? – Курчата? Там курчата?
 - 3) Форсованість підвищення тону з наголосом на першому складі: Дуже? – Дуже смачно?
 - 4) Форсованість підвищення тону з наголосом на останньому складі: Моряки? – Приїхали моряки?

5) Виділення питальної інтонації слів на початку, середині і кінці речення: *Маша* пішла у парк? Маша *пішла* у парк? Маша пішла *у парк*?

- Відтворення інтонації питального речення з питальним словом:

1) Виділення інтонацією питання питального слова на початку речення: Хто узяв? Скільки коштує? Який хлопчик? Де сидить?

2) Виділення інтонацією питання питального слова в середині речення: Ти де будеш гуляти? Ми коли підемо?

Проводилося розучування віршів, казок: «На човні», «Три ведмедя», «Рукавичка».

Формування сприймання та відтворення мелодичного малюнку інтонації оклику.

Знайомство з окличною інтонацією, засобами її вираження та способами позначення.

Особливості роботи з навчання навичкам виділення мелодичного малюнку інтонації оклику були пов'язані з труднощами початкового пояснення характеру вигуку. Це зумовлено тим, що даний вид інтонаційної конструкції є особливим комунікативним типом, який виступає у якості передачі емоційного значення та ставлення до об'єкту розмови. Тому спочатку ми активізували уявлення дітей про характер настроїв та почуттів людини, які вже сформовані на попередніх етапах.

Метою завдань дітей було вироблення елементарного аналізу та можливість самостійного вироблення почуття стану збудження, підвищення, яким характеризується інтонація оклику. Тому насамперед ми пропонували дітям співвіднести вже засвоєні мелодичні малюнки з вимовою окличних речень, вірша про знак оклику: *«Рівно речення в рядочок, а в кінці стоїть кілочок. Дуже емоційний знак! Ніби вигук слова «Так».* Далі аналізуємо: *«Що ви почули? Як я читала вірша, спокійно чи голосно, з вигуком?»* Далі робимо висновок: *«Коли ми чомусь дуже радіємо, ми підвищуємо голос або дуже підвищуємо з поступовим зниженням у кінці».* Зміна мелодичного малюнку

окличної інтонації супроводжувалась відповідними рухами рук, демонструвалася графічна опорна схема, яка відображує висхідно-низхідний мелодичний малюнок.

Пропонувалася сигнальна картка. з зображенням щиро усміненого хлопчика з піднятими вгору руками. Весь зовнішній вигляд хлопчика зображує захват. Кольорова (червона) сигнальна картка, що відображує збудження, оклик. Використовувалися м'ячки-їжачки, графічні доріжки: кружечки з м'якого матеріалу та наждачного паперу(підвищення моменту акцентуації), масажери СУ-ДЖО.

Основним у роботі з відпрацьовування окличної інтонації в експресивному мовленні є вироблення вміння дітей значно підвищувати основний тон наголошеної частини фрази. У роботі ми використовували індивідуальне та фронтальне повторення мовленнєвого матеріалу за наслідуванням зразків педагога з відповідними жестами. Використовували

прийоми психогімнастики Чистякової М. з метою через виразність рухів відтворити «почуття вигуку»: «Як чудово!» «Молодець!» «Ось він який!»

Відпрацьовування інтонації окличного речення відтворювалося у наступній послідовності.

- Мелодичний малюнок інтонації оклику за матеріалами вигуків з використання картинок та віршів.

З цією метою використовували вправи з вигуками з використання картинок, віршків, звуконаслідування, лічилки, діалоги-інсценування, казки. Спочатку відпрацьовування інтонації здійснюється за наслідуванням, дітям пропонується вимовляти різні інтонаційні структури одночасно з логопедом, відображено та самостійно. Використовували різні віршовані тексти, зміст яких підказує дитині, які засоби інтонування необхідно застосовувати: «Ось він який!» «Тихіше!»

- Мелодичний малюнок оклику зі зміною логічного наголосу вокличному реченні: «Сашко знайшов гриб! – Кажі, що Сашко знайшов гриб, а не Марійка! – Кажі, що Сашко знайшов гриб, а не підібрав!»
- Мелодичний малюнок оклику, що виражає звернення, вимогу (вимова з логопедом, повторювання за ним, вимова самостійна). – Марійка, бери! – Наталка, дай яблуко! – Як там чудово!
- Мелодичний малюнок оклику у віршах.

Формування навичок **диференціації мелодичних малюнків інтонації** проводилося з опорою не слухове та зорове сприйняття з використанням мовленнєвих зразків, сигнальних карток, малюнків, графічних схем, жестів рук, які відповідають кожній інтонаційній структурі. Діти навчаються передавати основні види інтонацій (інтонації завершеності, незавершеності, питання, вигуки) за допомогою голосних звуків. Пропонується інтонаційно завершений ряд голосних, один з яких виділяється голосом: *А-о-у-и*. Виділення наголосом голосних ряду поєднувалося з інтонаційним модулюванням або інтонаційним оформленням даного ряду голосних. Вправи починаються з вимови єдиного зразка голосних з нарощенням їх кількості. Це можуть бути інтонації питання, відповіді, завершеності, незавершеності у повторенні асемантичних слів, які складаються з серій голосних та складів: *А-О-У-І? А-ПА-ПА! МА-МО-МУ, НА-НО-НУ?* Голосові вправи супроводжуються плавними рухами руки з метою контролю зміни голосу за висотою. У подальшому діти складали речення різної структурної складності (двоскладові нерозповсюджені, двоскладові розповсюджені), відтворення їх з інтонацією, яка відповідає відповідній сигнальній картинці або руховому символу. Закріплення та розрізнення різних мелодичних малюнків інтонації проводиться за матеріалами лічилок, коротких діалогів, інсценування казок. Дітям пропонують вимовити фразу з інтонацією питання, подиву, повідомлення. Марійка прийшла зі школи !? – Відповісти на дану фразу-питання згодою, незгодою, перепитуванням. Під час заключного етапу диференціації мелодичних малюнків інтонацій в експресивному мовленні

використовувалися різні речення, які за сигналом логопеду діти вимовляють з визначеною інтонацією. Використовуються вправи у яких необхідно вимовити фразу після того, як педагог описує ту чи іншу ситуацію, наприклад, у психоемоційному етюді « В мене є цуценя» (*Додаток*).

Формування вміння змінювати темброве забарвлення мовлення з урахуванням змістовного навантаження висловлювання.

Метою цього етапу є закріплення мелодичних малюнків інтонації через усвідомлене вміння змінювати тембровий окрас голосу для передачі змісту. У роботі ми використовували модифіковану методику Соловйової Л. за основними напрямками: розвиток почуття емпатії за основою сюжетно-рольових ігор; збагачення змістовної сторони ігор шляхом аналізу особистих відчуттів та емоційних хвилювань.

Важливо відзначити, що на цьому етапі відпрацьовується розвиток емоційної лексики у експресивному мовленні.

Вправа 1. «Допоможемо цуценяті».

Мета: формування вміння довільне змінювати темброве забарвлення голосу за сюжетом, планування майбутньої діяльності.

Обладнання: цуценя-іграшка.

Інструкція: у нас захворіло цуценя, треба відвести його до лікарні.

Спочатку логопед бере на себе роль ведучого, у процесі гри дитина доповнює вислови дорослого, а потім самостійно продовжує головну роль. У ході розв'язання проблеми під керівництвом дорослого діти вчаться планувати майбутню діяльність: необхідно поїхати до ветеринарної клініки, побалакати з лікарем, купити в аптеці необхідні ліки і т.інш. У процесі занять передбачається створення різнопланових проблемних ситуацій (в аптеці немає потрібних ліків (!), необхідно їхати в іншу аптеку(?), необхідно звернутися до друзів, вони допоможуть (.). Реалізації даних завдань відтворюється у процесі вивчення кожної лексичної теми.

Вправа 2. « Веселий шофер».

Мета: відтворення емоційно-тембрових забарвлень під час сумісної розповіді.

Обладнання: картини з зображенням емоційних станів, руль шофера.

Інструкція: відтворити емоцію згідно зі змістовним навантаженням.

Вправа 3. «Відтвори емоцію».

Мета: активізація визначення дітьми емоційної лексики.

Обладнання: картинки з зображенням персонажів відомих казок.

Інструкція: розглянь малюнки, кожен з героїв про щось говорить, а може щось запитує. Треба вимовити речення – персонажів.

Діти повинні засвоїти, що зміст вимови буде зрозумілим лише тоді, коли вони зможуть інтонаційно визначити важливе слово, передати голосом означений мелодійний малюнок. З цією метою дітям пропонували прочитати репліки літературних персонажів, передати інтонацією емоційний стан героїв з використанням міміки та жестів.

Поступово діти починали переносити засвоєні навички в ситуацію нерегламентованої гри з однолітками, а потім і в побутову діяльність. Застосування театралізованих ігор надавало логопеду широкі можливості розвитку артистичності, самостійності дошкільників, здібностей до перевтілення у творчій діяльності. Робота в цьому напрямку сприяла не лише розвитку і збагаченню голосових можливостей у дітей, а і бажання та вміння передавати за допомогою змін тембру голосу особливості персонажів театралізованої гри. Використовували різноманітні ігри з розвитку виразності рухів (їх довільності та розкутості) з мовленнєвим супроводом, їх довільності та розкутості. Дітям пропонувалося за допомогою міміки та пантоміміки зобразити якусь тварину чи казковий персонаж (Котигорошок, злий вовк, хитра лисиця, Буратіно), а потім проговорити, хто був зображений. Подалі завдання ускладнювалися. Діти зображували різні комунікативні ситуації: зустріч морських тварин, розмова чайок, поведінку кішки з котенятами. Логопед моделював ситуації спілкування між персонажами гри, пропонував дітям

висловити певні емоції за допомогою міміки та виразних рухів(здивування, жалість, смуток, ображення, радість). У процесі бесіди з'ясовувалося, зрозуміли чи ні діти мету розіграної ситуації та настроїв, емоції учасників гри.

3. Встановлення зв'язків між змістом тексту та темповою організацією висловлювання.

Останній підблок включав завдання з удосконалення усіх отриманих навиків з відпрацьовуванням **вміння змінювати темп вимови** у залежності від змісту та емоційного навантаження.

Важливим було відпрацювати з дітьми вміння змінювати темп відповідно до умов спілкування, прискорювати та сповільнювати (варіювати) тимчасові характеристики мовлення з метою додання йому змістовної та емоційної значущості.

З цією метою насамперед ми відпрацьовували вправи, що включали узгоджену координовану роботу мовленнєво-рухової сфери на заняттях з логоритміки, біоенергопластики, графо моторної функції, музичних розваг, психогімнастичних етюдах, фізкультхвилинках. На музичних заняттях діти відтворювали прискорений-повільний темп у грі ложками, молоточками та іншими музичними інструментами.

Передбачалося виконання наступних задач:

- Визначити темп вимови речення (темп прочитаного оповідання, вірша) співвіднесенням символів, за допомогою рухів, зображення міміки та пантоміміки.
- Визначити на всьому протязі оповідання (вірша), як змінюється темп його вимови.
- Навести приклад з поясненням, коли необхідно говорити швидко, які засоби при цьому використовувати (наприклад, коли необхідно вимовити скоромовки, коли люди дуже поспішають..).
- Навести приклад з поясненням, коли необхідно говорити повільно (наприклад, коли що-небудь пояснюєш, коли згадуєш загадку..).

- Визначити та проговорити відповідний за змістом висловлення темп мовлення.
- Заучування скоромовок та вимова їх спочатку у повільному, потім у швидкому темпі.
- Вимова за сигналом логопеда речення у заданому темпі (швидкому, повільному, нормальному).
- Розучування та читання вголос віршів, зміст яких вимагає уповільнення або прискорення темпу.
- Моделювання ситуацій, що вимагають швидкого (повільного) мовлення – наприклад, оголошення диктора на вокзалі про прибуття поїзда, бесіду вихователя з дітьми.

Підсумком цієї роботи були театралізовані виступи дітей на ранкових святах, де були задіяні усі діти і у повному обсязі можливо було спостереження результатів роботи з формування просодики у дітей старшого дошкільного віку зі стертими формами дизартрії.

3.3. Результати навчального експерименту

Під час проведення експериментальної методики було задіяне 124 дитини старшого дошкільного віку (5-6 років) зі стертими формами дизартрії : 64 дошкільника склали експериментальну групу, 60 дошкільників – контрольну. Дошкільники контрольної групи працювали за традиційною програмою корекційно-розвивального навчання та психолого-педагогічної корекції (без включення спеціальної методики).

Будь-яких достовірних відмінностей між дітьми експериментальної та контрольної групи до проведення експериментального навчання виявлено не було ($p > 0,05$). З метою визначення ефективності розробленої методики лого-корекційної роботи з формування просодичної сторони мовлення у дошкільників зі стертою дизартрією був зроблений порівняльний аналіз виконання завдань дітьми експериментальної та контрольної груп (за методикою констатувального експерименту).

Таблиця

Порівняльні показники сум набраних балів за результатами виконання завдань дітьми експериментальної та контрольної груп

Експериментальна група	Контрольна група
20,56 ± 0,96	15,10 ± 0,92

Аналіз виконання завдань показав, що у дошкільників експериментальної групи після проведення корекційного курсу навчання істотно збільшилися можливості правильного виконання завдань, що свідчить про формування просодичної сторони у імпресивному мовленні і просодичної виразності в експресивному мовленні. У результаті корекційної-логопедичної роботи у дошкільників експериментальної групи зросли самостійність мислення, рівень комунікативної активності та компетентності. Таким чином, аналіз кількісних змін сум набраних балів свідчать про те, що в обох групах спостерігалася позитивна динаміка розвитку просодичної сторони мовлення, однак у групі дошкільників, які навчалися за експериментальною методикою, вона значно більша.

Після статистичної обробки даних результатів відповідей дітей було визначено середній бал.

Таблиця

Порівняльні кількісні відмінності середніх показників виконання завдань за розділами методики констатувального експеримента в ЕГ та КГ

№	Напрямок завдання	Кіл. середні показники виконання завдань	
		ЕГ	КГ
1	Швидкість проходження звуків у потоці мовлення	3,8±0,1	3,1±0,1
2	Вивчення характеру темпу мовлення	4,2±0,08	2,9±0,09
3	Дослідження здатності довільної зміни	4,1±0,08	2,5±0,09

4	Визначення вміння встановлювати зв'язки між змістом тексту та темпом його вимови	4,3±0,06	2,6±0,08
5	Сприймання особливостей тембру голосу	4,8±0,1	2,7±0,08
6	Дослідження довільної зміни тембру голосу	4,2±0,93	2,4±0,06
7	Дослідження співвіднесення тембрового забарвлення голосу для розпізнання емоційного стану.	5	2,7±0,08
8	Сприймання та відтворення звукових ритмів	5	2,5±0,01
9	Дослідження можливості сприймання та відтворення ритмічних малюнків з одночасним мовленнєвим супроводом	4,4±0,08	1,9±0,08
10	Дослідження ритмізованого мовлення, трансформація звукового ритму в зорово-моторну схему	4,8±0,06	2,6±0,08
11	Сприймання логічного наголосу	4,9±0,1	2,7±0,05
12	Відтворення логічного наголосу	4,8±0,08	2,4±0,07
13	Сприймання мелодичних малюнків інтонації	5	2,8±0,01
14	Відтворення мелодичних малюнків інтонації	4,6±0,09	2,7±0,01

Максимально високою можливістю правильної відповіді характеризуються завдання на сприймання та відтворення тембрового забарвлення голосу (з опорою на наочність), сприймання та відтворення мелодичного малюнку різних інтонаційних типів. Виконання інших завдань також характеризується достатніми можливостями правильної відповіді, на відміну від таких дітей контрольної групи.

У процесі експериментального навчання з формування просодичної сторони відзначено істотне зростання можливості правильного виконання завдань на

сприймання та відтворення компонентів просо дики, що дозволяє визначити підвищення рівня мовленнєвої компетентності.

Як видно з представленої таблиці рівні сформованості просодики як у контрольній, так і в експериментальній групах на початку формувального етапу експерименту майже однакові.

Аналіз та узагальнення одержаних експериментальних матеріалів дозволили визначити рівні сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку за даними прикінцевого зрізу, що відображено у таблиці.

Таблиця

Рівні сформованості просодичного компонента мовлення у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією (до та після формувального експерименту, %)

Рівні	Групи			
	ЕГ		КГ	
	До	після	до	після
Достатній	8,8	40	8,3	13,3
Задовільний	18,1	22,9	21,7	23,3
Середній	54,4	37,1	51,7	53,3
Низький	14,2	–	13,2	8,4
Елементарний	4,5	–	5,1	1,7

У дітей ЕГ виявлено значні покращення стану сформованості просодичного компоненту: кількість дітей з достатнім рівнем зросла з 8,8% до 40%, із задовільним – з 18,1% до 22,9%, із середнім - знизилася з 54,4% до 37,1%. Низького та початкового рівня після проведення корекційної логопедичної роботи не виявлено.

В КГ, яку складали діти зі стертими формами дизартрії та займалися за чинною методикою, констатовано: кількість дітей з достатнім рівнем зросла з 8,3% до 13,3%, із задовільним – з 21,7 до 23,3%, із середнім – з 51,7 до 53,3, з низьким – з 13,2 до 8,4%, з елементарним – з 5,1% до 1,7%.

Узагальнені результати формувального експерименту засвідчили, що за умов спеціально організованої, систематичної та неперервної корекційної логопедичної роботи за представленою методикою в дошкільників 5-6 років зі стертою дизартрією підвищується рівень сформованості просодичного компонента мовлення.

Висновки до III розділу

Отримані дані експериментального дослідження свідчать про різний ступінь вираження порушень просодичного компонента мовлення у дітей з різними формами стертої дизартрії.

Комбіновані порушення складників просодичного компонента спостерігаються у дітей зі стертою псевдобульбарною паретичною дизартрією, що виявляється у недостатності рухо-емоційної інервації, немодульованості власних емоційних якостей, загальної інертності сприймання просодичних засобів. У дітей даної мовленнєвої патології відзначалися труднощі довільної зміни тембрових забарвлень, відтворення мелодичних малюнків інтонації, порушенням координації між диханням та фонацією. З дітьми даної категорії необхідно приділяти увагу формуванню більш ретельного аналізу базового підґрунтя просодики, а саме розвитку артикуляційно-мімічної мускулатури, активізації рівня сприймання через максимальне підключення стимуляційно-емоційних засобів.

Порушення просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою псевдобульбарною спастичною дизартрією зумовлені наявною спастичністю або парціальним напруженням м'язів артикуляційного та голосового апарата, що призводить до порушень резонаторних якостей глотки, форсованості відтворення мелодичних та ритмічних малюнків. Тому у роботі з дітьми першочергову увагу необхідно приділяти розвитку у дошкільників довільного використання основних просодичних засобів в експресивному мовленні (оформлення, виділення, членування).

Оскільки у дітей з корковою дизартрією відзначаються труднощі сприймання та відтворення мелодійних малюнків фраз та темпової організації, у роботі з ними основну увагу приділяли розвитку сприймання таких складових, як темпова організація, ритмічна здатність, диференціація мелодичних малюнків фраз у імпресивному мовленні.

Оскільки у дітей даної категорії відзначалися труднощі і сприймання, і відтворення складових просодичного компоненту, які носили дистонічний характер порушень, особливу увагу в роботі з дітьми приділяли формуванню фізіологічних механізмів просодичного оформлення мовлення: розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, розширення діапазону голосу, вміння довільно змінювати голос, нормалізація тембра. Формування сприймання основних компонентів просодики проводити з урахуванням семантики мовного значення.

Навчання дітей за запропонованою методикою сприяло значному покращенню якості виконання усіх завдань. Аналіз результатів формувального експерименту засвідчив достатньо високий рівень сформованості мелодичного оформлення мовлення. Усі діти безпомилково визначали та диференціювали запропоновані мелодичні малюнки. У дітей КГ визначено більш низький рівень виконання завдань. 18,3% дошкільників (переважно зі СППД) зазнали труднощі впізнання комунікативних типів висловлювання (окличної інтонації). Діти з ЕГ показали достатній рівень сприймання та відтворення логічного наголосу. Неточність під час відтворення довільної зміни наголосу визначалося у 21,5% дітей (переважно зі СПСД та СЗД). Відтворення змін емоційно-тембрового забарвлення у дітей експериментальної групи показало 100% виконання завдань, у той час, як 45% дітей КГ зазнали труднощі визначення тембрового регулювання. Порівняння результатів розвитку темпоритмічної організації мовлення показало збільшення у дітей ЕГ здатності до довільної регуляції темпових характеристик мовлення, вміння передавати ритмічний малюнок фраз під час

декламації віршів та пісень. Незначна кількість дітей ЕГ (9,23% зі СКД та СППД) зазнали труднощі відтворення ритмічних малюнків мовленнєвого матеріалу різного ступеня складності (серій складів, віршів, пісень).

Результати дослідження можуть бути використані в практиці індивідуальної та групової роботи з дітьми старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією дітьми, у практиці роботи спеціальних дошкільних закладів, альтернативних організацій, діяльність яких спрямовано на розвиток мовлення дітей зі стертою дизартрією, а також у змісті лекцій та семінарських занять у системі професійної підготовки дефектологів-логопедів спеціальних дошкільних закладів. Основні положення дослідження, висновки та рекомендації можуть бути застосовані в процесі вдосконалення програм для дітей зі стертою дизартрією, у створенні посібників для логопедів-практиків, підручників для вищих навчальних закладів, у розробці та читанні спецкурсу.

ВИСНОВКИ

У дисертації досліджено проблему формування просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою формою дизартрії, теоретично обґрунтовано, розроблено й експериментально перевірено комплексну методику корекційної логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення в дітей 5-6 років зі стертою дизартрією.

1. Просодика є одним зі значущих компонентів мовленнєвої діяльності. Стерта форма дизартрії за своїми проявами характеризується незначним вираженням симптомів, їх неоднорідністю, варіативністю, різним співвідношенням мовленнєвої та немовленнєвої симптоматики. Притаманні стертій дизартрії порушення звуковимови та просодичного компоненту мовлення негативно позначаються на розвитку інших компонентів функціональної системи мови та мовлення. Узагальнення сучасних науково-теоретичних підходів щодо розуміння просодичного компонента, його структурних складових, особливостей прояву в дітей з дизартрією є підставою для визначення поняття «просодичний компонент мовлення в дітей зі стертою дизартрією».

2. Експериментальна методика діагностування стану сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією містила систему відповідних завдань та вправ. Виявлено загальні та специфічні особливості порушень просодики в дітей з різними клінічними формами стертої дизартрії та вперше виокремлені сенсорно-перцептивні канали модальності.

3. Критеріями сформованості просодичного компонента мовлення в дітей старшого дошкільного віку є самостійність, результативність і правильність виконання завдань експерименту. Базовими показниками просодичного компонента мовлення визначено: темпову організацію мовлення, емоційно-темброве забарвлення, ритмічну здібність, логічний наголос, мелодичне

оформлення фрази. Емоційно-темброве забарвлення мовлення визначається одним з провідних у структурі порушення стертої дизартрії, що дало можливість виокремлення низьких рівнів сформованості просодичного компонента мовлення в дітей даної нозології. Виділено 5 рівнів сформованості просодичного компоненту мовлення: достатній – 8,8%, задовільний – 18,1%, середній – 54,4% , низький – 14,2%, елементарний – 4,5%.

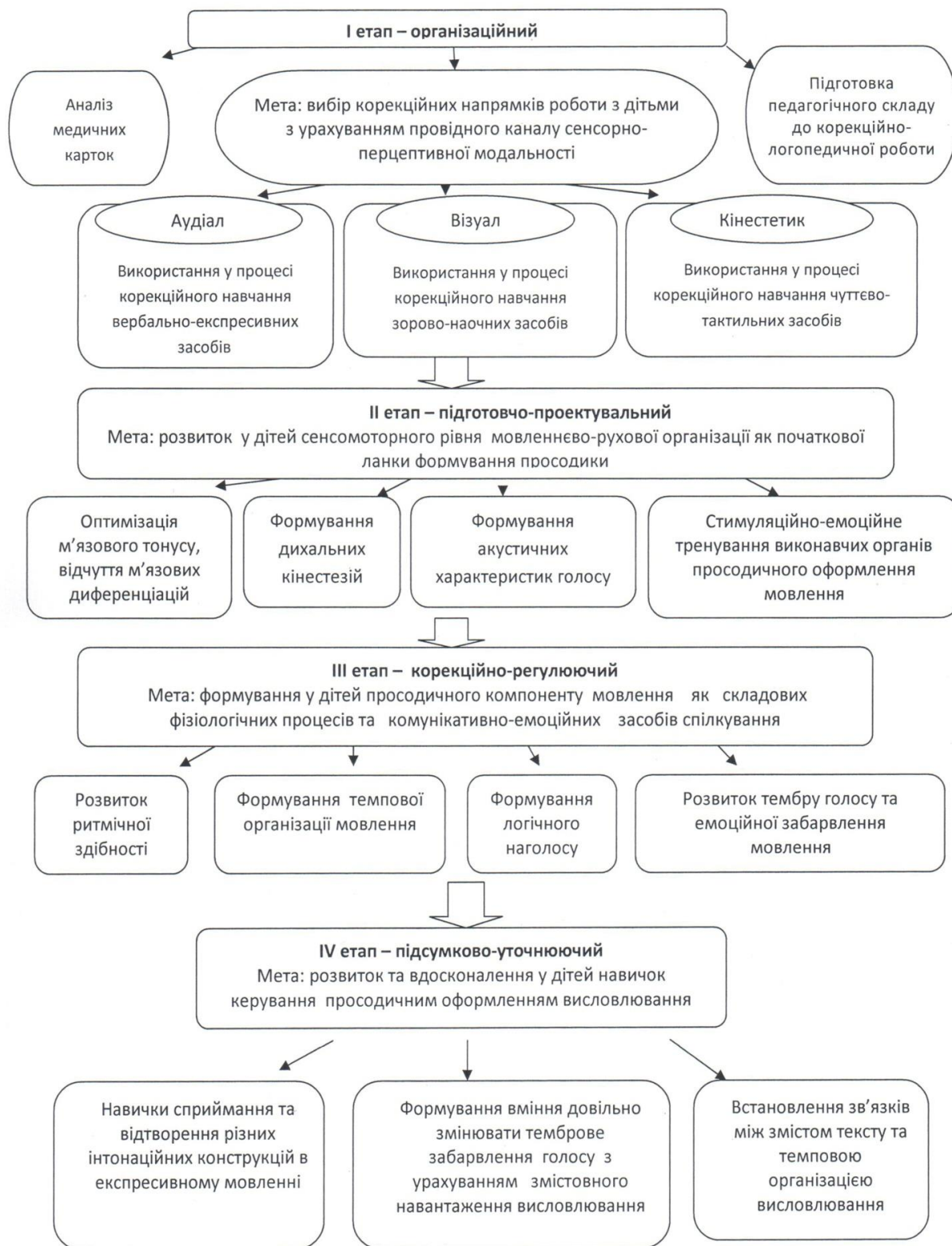
4. Розроблена та апробована методика корекційно-логопедичної роботи змістовно забезпечила пріоритетні напрями: розвиток сенсомоторного рівня мовленнєво-рухової організації як початкової ланки формування просодики, формування просодичних компонентів, як складових регулюючих фізіологічних процесів та комунікативно-емоційних засобів спілкування; розвиток та вдосконалення навичок керування просодичним оформленням висловлювання, які представлені відповідними етапами та змістовими блоками. Ефективності підвищення рівня сформованості просодичного компонента мовлення в дітей зі стертою дизартрією сприяло урахування форм дизартрії та провідного каналу сенсорно-перцептивної модальності, визначення загальних та специфічних особливостей фонологічних показників просодики: кількість дітей з достатнім рівнем зросла з 8,8% до 40%, із задовільним – з 18,1% до 22,9%, із середнім – знизилася з 54,4% до 37,1%. Низького та початкового рівня після проведення корекційної логопедичної роботи у дітей ЕГ не виявлено. Узагальнено одержані результати проведеної експериментальної роботи, статистично підтверджено ефективність запропонованої методики.

Проведене дослідження не вичерпує усіх аспектів проблеми формування мовленнєвої діяльності у дітей зі стертими дизартріями. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у розробці комплексної корекційної програми формування інтонаційно-мелодичної сторони мовлення в дошкільників, починаючи з молодшого віку.

Додатки

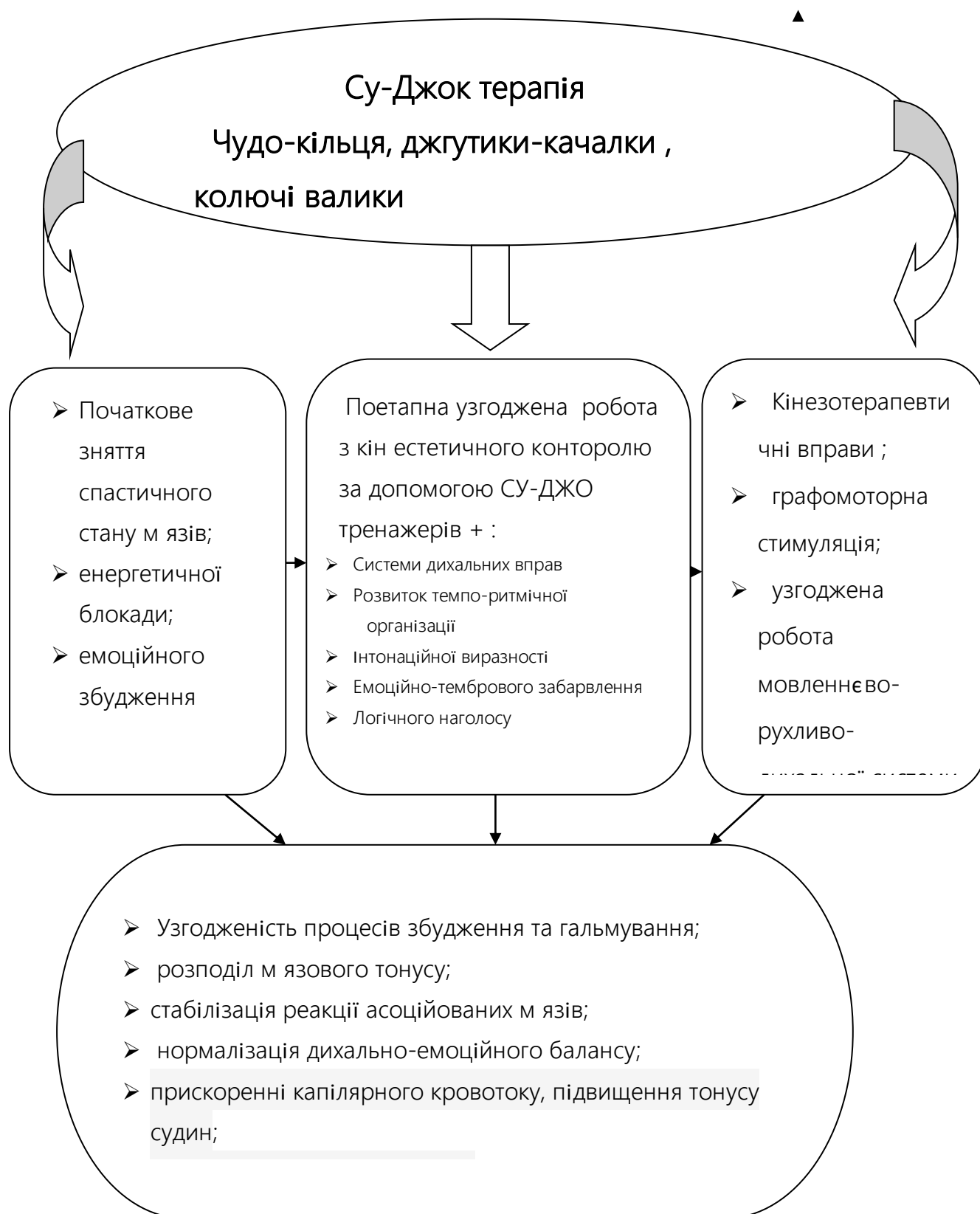
Додаток 2.

Модель корекційно-логопедичної роботи з формування просодичного компонента мовлення у дітей зі стертою дизартрією.



Додаток 3

Застосування масажерів СУ-ДЖОК у формуванні компонентів просодики у дітей зі стертою дизартрією



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. – М., 1973. – 168 с.
2. Альтман Я.А. Пространственный слух. – СПб.: Ин-т физиологии им.И. П. Павлова РАН, 2011. – 311 с.
3. Алексеев А.В. Методика тренировки психіки и контроля эмоций. - 2010
4. Анохин П. К. Системные механизмы высшей нервной деятельности / П.К.Анохин // Избранные психологические труды / АН СССР, Ин-т психологи. – М., 1979. – С. 13-99.
5. Антипова А.М. Интонационная структура восклицательных предложений и ее взаимодействие с их лексико-грамматической структурой: Автореф. Дисс. Канд.филол. наук / МГГТИИЯ им. М.Тореза. М, 1965. – 25с.
6. Артемов В.А. Семантическая, синтаксическая, логическая и модальная функция речевой интонации // Коллоквиум по экспериментальной фонетике и психологии речи. - М., 1986. - С.3 - 12.
7. Артемов В.А. Речевая интонация /Экспериментальная фонетика.- Минск, 1971.-Вып. 3-С. 196-213.Бадалян Л.О. Невропатология. — М., 1987.
8. Артемова Е.Э. Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями: дис....канд. пед. наук: 13.00.03 “Корекційна педагогіка”/ Артемова Ева Эдуардовна. – М., 2005. – 156 с.
9. Арутюнян Э.А. О физиологических механизмах реализации логических ударений / Механизмы речеобразования и восприятия сложных звуков. - М.: Наука, 1966. - С.18 – 30/
- 10.Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие /- М.: АСТ: Астрель, 2006. - 319 с.
11. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Книга для логопеда. — М., 1989.- 241 с.

12. Архипова Е.Ф. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии. // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. – М., 1997. – С.22-34.
13. Архипова Л.Е. Влияние интонационной выразительности речи на аудирование: Автореф. дисс....канд. психол. наук. - М., 1976. - 15 с.
14. Асланова С.Р. Показатели неплавности речи у детей дошкольного возраста как фактор риска заикания: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 “Коррекционная педагогика”/ Асланова Сабина Рамиз Кызы. – М., 2001. – 140 с.
15. Аспекты полисенсорного режима диагностики отклонений в развитии младших школьников. /Ванюхина Г.А., Найданова И.А. Журнал «Логопед», изд. «Творческий Центр СФЕРА». 2006 .
16. Ахутина Т.В. Порождение речи: нейролингвистический анализ синтаксиса. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1989. – 215 с.
17. Багмут А. , Бровченко Т. О., Борисюк І. В., Олійник Г. П. Інтонаційна виразність звукового мовлення засобів масової інформації.– К., 1994.–С.125.
18. Бадалян Л.О. Детская неарология. – М.: Наука, 1984. – 576 с.
19. Бадалян Л.О., Журба Л.Г., Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. — Киев, 1988.- 267 с.
20. Балов Л.Я., Деглин В.Л., Черниговская Т.В. Функциональная асимметрия мозга в организации речевой деятельности // Сенсорные системы. Сенсорные процессы в асимметрии полушарий. Л., 1985. – С.99 – 114.
21. Балонов Л. Я., Деглин В. Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушария. Л.: Наука.-1976.-218 с.
22. Батура С.Ф. Просодические характеристики современной французской разговорной речи (экспериментально-фонетическое исследование): Автореф. Дисс...канд. Наук: 10.02.05 / батура Светлана Филипповна. Минск, 1984. – 22 с.

23. Баранов В.М. О роли внешнего дыхания в формировании вегетативного компонента болезни движения.// Космическая биология и авиакосмическая медицина. 1991. Т.25. № 5. С.20-24.
24. Бацевич Ф.С. Основы комунікативної лінгвістики: [підруч. для студ. вищ. навч. закл.] / Бацевич Ф.С. — К.:Академія, 2004. — 344 с.
25. Беккер К.П. Логопедия / Клаус-Петер Беккер, М.Совак; под ред. Н.А.Власовой. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
26. Белова-Давид Р.А. Клиническая характеристика детей с нарушениями звукопроизношения // Специальная школа. М., 1967. -Вып.1 (121). - С.114-121.
27. Белова-Давид Р.А. К вопросу систематизации рече вих расстройств у детей // Нарушения речи у дошкольников. — Минск: Вишэйшая школа, 1977. — С.10-16.
28. Белякова И. П. Исследование участия просодии в механизмах восприятия речи (экспериментально-психолінгвістическое исследование): Дисс. . канд. філол. наук: 10.02.19 / Белякова Ирина Петровна. Ленинград, 1991. - 184 с.
29. Белякова Л.И. Логопедия. Заикание: [учеб. для студ. Вузов, обучающихся по спец. 031800 / Л.И.Белякова, Е.А.Дьякова. — М.: В.Секачев, 2001. — 320 с.
30. Белякова Л.И. Характеристика показателей неплавности речи у дошкольников / Л.И.Белякова, С.Р.Асланова // Ребенок: раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. — М., 2001 — С. 61-66.
31. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. -- М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2009.-287 с.
32. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе усвоения устной речи // Вопросы психологии. - 1967. - №3. - С.19 - 28. кспериментальная фонетика. - Вып.3. - Минск: Вышэйшая школа, 1971. - С.196 - 214.
33. Бельтюков В.И. Об усвоении детьми звуков речи. - М.: Просвещение, 1964. - 91 с.

34. Бернштейн Н.А. О построении движений / Николай Александрович Бернштейн. – М.: Наука, 1947 – 206 с.
35. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Николай Александрович Бернштейн. – М.: Медицина, 1966 – 340 с.
36. Бехтерев В.М. Основы учения о функциях мозга / В.М.Бехтерев. – СПб.: Тип. П.П.Сойкина, 1905. – Вып. Т.5. – 1905. – 698 с.
37. *Бехтерева Н.П.* Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека / Наталия Петровна Бехтерева. – Л.: Медицина, 1971. – 119 с.
38. Блинов И. Я. Выразительное чтение и культура устной речи. - М., 1966, с.146
39. Блохина Л.П., Потапова Р.К. Просодические характеристики речи. - М.: МГПИИЯ им. М. Тореца, 1970. - 75 с.
40. Блохина Л.П., Потапова Р.К. Роль просодики в системе супрасегментных единиц // Вопросы фонологии и фонетики. - М.: МГПИИЯ им. М. Тореца, 1971. - С. 112 .
41. Блудов А.А., Белова Н.В. Дизартрия.NET.Лечение нарушений произношения у детей и взрослых.– СПб.: Наука и Техника, 2009. – 160 с.
42. Блыскина И.В., Ковшиков В.А. Массаж в коррекции артикулярных расстройств.- СПб., 1995.- 18 с.
43. Богуш А. Дошкільна лінгводидактика: теорія і практика. – Запоріжжя: Просвіта, 2000. – 216с.
44. Богуш А. Речевая підготовка дітей к школе. – К.: Рад. Школа, 1984. – 175 с.
45. Богуш А.М. Мовленнєвий розвиток дітей: сутність та шляхи реалізації / Алла Михайлівна Богуш // Дошкільне виховання. – 1999. – №6. – С. 3-5.
46. Богуш А.Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7 років. Монографія. – К.:Видавничий Дім «Слово», 2004. – 376 с.
47. Бондарко Л.В. Речь, артикуляция и восприятие. – АН СССР М.-Л., 1965. – 262 с.

48. Бондарко Л.В., Вербицкая Л.А., Зиндер Л.Р. Акустические характеристики безударности // Структурная типология языков. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1979. – 160 с.
49. Бондарко Л.В., Кожевников В.А., Молчанов А.П., Чистович Л.А. Модель восприятия речи человеком. – М.: Наука, Сибирское отд., 1968 – 58 с.
50. Боскис Р. М. К проблеме овладения фонетической стороной речи в детском возрасте / Р.М.Боскис, Р.Е.Левина// Советская педагогика. – 1938. - № 6. – С.144-153.
51. Бровченко Т.А. Проблемы словесного ударения (экспериментальное-фонетическое исследование на материале английского и украинского языков) Текст: автореф. дис. д-ра филол. наук / Т.А.Бровченко. Л., 1973. – 45 с.
52. Брызгунова Е.А. Эмоционально-стилистические различия русской звучащей речи. М., 1984.- 197 с.
53. Буланин Л.Л. Фонетика современного русского языка. М., 1970, с.7 – 11.
54. Бюхер К.Работа и ритм: Роль музыки в синхронизации усилий участников трудового процесса. Пер. с нем. Изд: КД Либком. – 2011.- 344 с.
55. Ванюхина Г.А., Найданова И.А. Аспекты полисенсорного режима диагностики отклонений в развитии младших дошкольников. // Логопед. 2006. № 5.
56. Вартанян И.А. Акустико-речевая система мозга как нейрофизиологическая основа восприятия речи // Восприятие речи: вопросы функциональной организации акустико-речевой системы мозга // Успехи физиологических наук, 1991. Т. 22 №2. С.7-21.
57. Василенко Ю.С. Голос. Фонологические аспекты. М.:Энергоиздат, 2002. – 480 с.
58. Вахтина Н.Ю. Эмоции и интонация в речи детей от двух до четырех лет // Проблемы детской речи. СПб,1997. – 224 с.
59. Вахтина Н.Ю.Становление эмоционального поля в процессе речевого развития детей (в возрасте от 2 до 5 лет). М, 1979. – 256 с.

60. Вашуленко Н.С. Речевое развитие первоклассников в процессе обучения грамоте [Текст] / Н. Вашуленко, И. Гудзик // Початкова школа : Науково-методичний журнал. - 2006. - N8. - С. 24-28. ; № 12. - С. 35-38.
61. Венгер Л.А. Генезис сенсорных способностей / [Л.А.Венгер, К.В.Тарасова, Т.В.Лаврентьева и др.] – М.: Педагогика, 1976. –256 с.
62. Визель Т.Г. Речь и проблемы общения у детей (дневник наблюдений, диагностика и коррекция). Творческий Центр Сфера, В.Секачев. М. 2005 - 32 с.
63. Вильсон Д.К. Нарушение голоса у детей / Д.К.Вильсон; пер. с англ. А.В.Недвецкого – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
64. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топиико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. — Ташкент, 1973.
65. Винарская ЕЛ., Шур С.Н. Нарушение звуковой стороны речи при бульварной дизартрии взрослых //Очерки по патологии речи и голоса. — М., 1967. — С. 186-188.
66. Витт М.В.Выражение эмоциональных состояний в речевой интонации: Автореф. .дис.канд.психол.наук. – М., 1965. – 15 с.
67. Волкова Г.А. Методика психолого-педагогического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учеб.-метод. пособие / Г.А.Волкова. – СПб.: “ДЕТСТВО-ПРЕСС”, 2006. – 144 с.
68. Волкова Л.С. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. II / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. -- М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. - 656 с
69. Волкова, Л.С. Логопедия/Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева , Е.М. Мастюкова и др.; Под.ред.Л.С. Волковой. – М.:Просвещение, 1989.—528 с.
70. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций: из неопубликованных трудов /Л.С.Выготский; АПН РСФСР. Ин-т психологии. – М., 1960. – 232 с.

71. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти т./ гл. ред. А.В. Запорожец. – М.: Педагогика, 1984. – Т.4: Детская психология. – 1984. – 432 с.
72. Гайдучик С.М. Структурні модифікації частоті основного тона, інтенсивності і тривалості в інтонації впросительних і утвердительних фраз // Методі експериментального аналізу мови: Тез. докл. республ. сим. поз. Минск, 1968. С.44-51.
73. Гавриш Наталія Василівна. Розвиток мовленнєвотворчої діяльності в дошкільному дитинстві: Дис... д-ра пед. наук: 13.00.02 / Південноукраїнський держ. педагогічний ун-т ім. К.Д.Ушинського. - К., 2002. - 438 арк. - Бібліогр.: арк. 391-418.
74. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи: учеб. пособие для препод. и учителей школ / Александр Николаевич Гвоздев. – М.: АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
75. Голубева Э.А. Об изучении психофизиологическими методами проблемы соотношения общих и специально человеческих свойств высшей нервной деятельности // Психол. журн. 1982. Т. 3. № 2. С. 89—99.
76. Гончаренко С.У. Український педагогічний словник / Семен Устимович Гончаренко. – К.:Либідь, 1997 – 373 с.
77. Гопіченко О.М. Диференціація голосних та приголосних звуків на логопедичних заняттях із дітьми / Олена Марківна Гопіченко // Педагогіка та методика спеціальні: [збірник наукових праць]. – К.: Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова., 2000. – С.3-7.
78. Горелов И.Н. Избранные труды по психолингвистике. М.: лабиринт, 2003. – 320 с.
79. Гринер В.А. Логопедическая ритмика для дошкольников: пособие для работающих логопед. учреждений / В.А.Гринер. - М.: Учпедгиз, 1958. – 168 с.
80. Грищенко В.І., Щербина М.О., Мерцалова О.В. Актуальні проблеми сучасної перинатології // Матеріали. – Чернівці, 2001. – Буковинський мед. вісник. – 2001. - № 2-3. – С. 3-7.

81. Гуровец Г.В., Маевская С.Н. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. — М., 1978.- с.27 -37.
82. Давыдович Л.Р., Резниченко Т.С. Ребенок плохо говорит. Почему? Что делать? - Практическая логопедия. Издательство: ГНОМ и Д. 2001- 112с.
83. Данилова Л А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. — Л., 1977.
84. Дедюхина Г.В., Кириллова Е. В. Учимся говорить. 55 способов общения с неговорящим ребенком – М.: Издательский центр «Техинформ» МАИ, 1997. — 88 с.
85. Денисенко С. Лінгвістичні словники та термінологія в порівняльних дослідженнях фразеології / Софія Денисенко, Олег Бей, Ірина Микитка // Збірник наук. Праць: «Проблеми української термінології». – 2010. – С.33-35.
86. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: Учеб.пособие. - М., 2003.
87. Жинкин Н.И. Механизм регулирования сегментарных и просодических компонентов языка и речи // Жинкин Н.И. Язык, речь. Творчество (избр. труды).-М.: Лабиринт, 1998. – С.43 – 52.
88. Жинкин Н.И. Механизмы речи / Н.И.Жинкин // Заикание. – М.: АПН РСФСР, 1958. – 370 с.
89. Жинкин Н.И. Психологические основы развития речи / Н.И.Жинкин // В защиту живого слова: сб. статей / сост. В.Я. Коровина. – М.: Просвещение, 1966. – С.30-36.
90. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. - М.: Наука, 1982. - 156 с.
91. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филочева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников 1998 - Издательство: АРД ЛТД, 320 с.
92. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М., 1981.- 146 с.
93. Зайцева Л.А., Горудко Т.В. Коррекция зрительного восприятия у детей с дизартрией //Дефекталогія, 2003, № 1 с. 13 - 27.

94. Зайцева Л.А., Зайцев И.С., Левяш С.Ф., Ясова И.Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб--метод. пособие. – Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2001. – 74 с.
95. Захарова А.В. Опыт лингвистического анализа словаря детской речи: Автореф. дис. .. канд.филол. наук. - Новосибирск,1975. - 23 с.
96. Зеeman М.(Zeeman) Расстройства речи в детском возрасте / Милослав Зеeman (Zeeman) / пер. с чешского Е.О.Соколовой; под ред. и предисл. В.К.Трутнева и С.С.Ляпидевского – М.: Медгиз, 1962. – 298 с.
97. Зимняя И.А. Речевая деятельность и психология речи / И.А.Зимняя // Основы теории речевой деятельности: [сб. науч. тр.] / отв. Ред. А.А. Леонтьев. – М.: Наука. – 1974. – С.64-72.
98. Зимова И.А. Педагогічна психологія: Учеб. Посібник. – Ростов н/Д: Изд. – В «Феникс», 1997. – 246 с.
99. Зиндер Л.Р. Общая фонетика: 2-е изд. - М.: Высш. школа,1979 – 312 с.
100. Зиндер Л.Р. Предисловие // Интонация. - Киев: Вища школа, 1978. – С.5-8.
101. Зиндер Л.Р. Просодика. Интонация // Зиндер Л.Р. Общая фонетика. – М.: Высшая школа, 1979 – С.245-280.
102. Зинченко П. И. Проблема произвольного запоминания // Науч. зап. Харьк. гос. пед. ин-та ин. яз. 1979. Т. 1. С. 145—187.
103. Зінько С. Критерії відбору текстів для сприймання учнями на слух // Укр. мова і літ. в шк. – 2000. – №4. – С.11-15.
104. Златоустова Л.В. Общая и прикладная фонетика / Л.В.Златоустова, Р.К.Потапова, В.Н.Трунин-Донской. – М.: Изд-во Московского у-та, 1986. – 304 с.
105. Иванов Ю.Н. Ритмодинамика / Ю.Н.Иванов. – М.: Изд. дом Амонашвили. – 1999. – 137 с.
106. Измайлов Ч.А. Цветовая характеристика эмоций // Вестник МГУ, 1995, №4. – С.56-59.

107. Иванова – Лукьянова Т.Н. Культура усной речи: интонация, паузирование, логическое ударение, темп, ритм / Т.Н.Иванова – Лукьянова. – Флинта-Наука, 2000. – 200 с.
108. Иванова С.Ф. Речевой слух и культура речи. - М.: Просвещение, 1970. - 96 с.
109. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 1999. – 464 с.
110. Интонация / Под ред. А.И.Чередниченко. – Киев: Вища школа, 1978. – 239 с.
111. Ипполитова М.В., Вабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Книга для родителей. — М., 1993.
112. Івченко М.П. Сучасна українська літературна мова / Макар Павлович Івченко. – К.: Київський університет, 1965. – 504 с.
113. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. - 1996. - № 5. - С. 10 - 14.
114. Карелина И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств // Дефектология. - 2000. - № 1. - С. 24 - 26.
115. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии, М., Школьная пресса, 2007.- С.46-49.
116. Киселева В.А. Дифференциальная диагностика дислалии и стертых форм дизартрии // Школа здоровья. – 1996. - №3.
117. Киселёва В.А. Комплексное исследование детей со стертой дизартрией //Логопедия: методические традиции и новаторство /Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец, М. - Воронеж, 2003, с. 39 - 50.
118. Клейнер Ю.А. Проблемы просодики. СПб: Изд-во С.- Петербург ун-та, 2002. – 112с.
119. Ковалик І.І. Мова і мовлення та форми їх існування / І.І. Ковалик // Мовознавство. — 1979. — № 3. — С. 3-10 С.
120. Кожевников В. О. Оптимізація навчальної діяльності // Рідна школа. — 1995. — № 2—3. — С. 54—56.

121. Колпак Т.В. Нарушения голоса в структуре речевого дефекта: автореф.дис...канд. пед. наук: спец. 13.00.03 «Коррекционная педагогика» / Колпак Татьяна Викторовна. – М.,1999. – 16 с.
122. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка: роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности ребенка / М.М.Кольцова. – М.: Педагогика, 1973. – 143 с.
123. Конопляста С. Ю. Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з риналолією : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня пед. наук : спец. 13.00.03 "Корекційна педагогіка" / С.Ю. Конопляста. – К., 2010. – 46 с.
124. Конопляста С.Ю. Актуальні проблеми мовленнєвого розвитку дітей з вродженою піднебінною патологією в системі їх комплексної реабілітації / С.Ю. Конопляста // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету. Серія соціально-педагогічна. – Кам'янець–Подільський : ПП Мошинський В. С., 2006. – Вип. VI. – С. 309–312.
125. Конопляста С.Ю. До проблеми розвитку і реабілітації дітей-інвалідів з вродженою піднебінною патологією / С.Ю. Конопляста // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. / За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К.: Наук. світ, 2005. – С. 327 – 330.
126. Конопляста С.Ю. Загальні підходи до корекції порушень психомовленнєвого розвитку у дітей дошкільного віку / С.Ю. Конопляста // Діти з обмеженими можливостями. Проблеми та перспективи навчання та виховання : зб. наукових праць. – Слов'янськ, 1999. – С. 84 – 89.
127. Конопляста С.Ю. Психолого-педагогічне вивчення дітей з вадами мовлення / С.Ю. Конопляста // Удосконалення підготовки науково-педагогічних кадрів в Україні : зб. наукових праць. К. : УДПУ імені М.П. Драгоманова, 1997. – С. 112 – 117.
128. Копачевская Л.А. Формирование интонационной выразительности у детей с речевыми нарушениями: автореферат. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 “Коррекционная педагогика” / Лариса Александровна Копачевская. – М., 2000. – 182 с.

129. Корнева Т.В. О некоторых факторах, определяющих точность аудиторской оценки эмоциональных состояний // Речь, эмоции, личность: Материалы и сообщения Всесоюзного симпозиума 27-28 февраля 1978 г.- Л.: АН СССР, 1978. – С.121-125.
130. Кривнова О.Ф. Перцептивная и смысловая значимость просодических швов // Проблемы фонетики. М., 1995.
131. Крутий К.Л. Возможности формування мовної особистості у дошкільному віці / К.Л.Крутий // Дошкільна освіта. – Запоріжжя, 2003 р. – № 1. – С.32-38.
132. Кубряков Е., Шахнаровский А. Человеческий фактор в языке: Язык и порождение речи. – Институт языкознания. М.: 1991 – 256 с.
133. Кузьмин Ю.И., Венцов А.В. Об организации дыхания при речи // Механизмы речеобразования и восприятия сложных звуков. М.; Л., 1966. – 245 с.
134. Лаврова Е.В., Таптанова С.Л., Ермакова И.И. Значение фонопедии в реабилитации больных с функциональными нарушениями голоса // Вестник отоларингологии. – 1984. - № 4. – С.55 – 59.
135. Лалаева Р. И. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, СВ. Зорина. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2004\— 303 с.
136. Лебединський В. В. Порушення психічного розвитку в дитячому віці. - М., 2003.
137. Лейтис Н.С., Голубева Э.А., Кадыров Б.Р. Динамическая сторона психической активности произвольной речи. М., 1980. С.114 – 124.
138. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. - М.: «Смысл», 1999. – 287 с.
139. Леонтьев А.А. Речевая деятельность // Основы теории речевой деятельности / [отв. Ред. А.А. Леонтьев; АН СССР. Ин-т языкознание]. – М., 1974. – С.21-23.
140. Леонтьев А.А. Функции и формы речи // Основы теории речевой деятельности. М.: Наука, 1969. С.298.
141. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. М.: Просвещение, 1969. – 214 с.

142. Лепская Н.И. Язык ребенка: Онтогенез речевой коммуникации. М., 1997. – С.127 – 134.
143. Либерман А.С. Ирландская просодика. Текст./ А.С.Либерман. Л.: Наука, Л. 1971. -270 с.
144. Лисина М.И. Проблема онтогенеза общения. - М.: Педагогика, 1986.– 143 с.
145. Литвак Л.Б. Вопросы локализации функций мышечного тонуса и статики и их расстройств в неврологической клинике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1957, - Вып. 12. – С.141.
146. Літовченко О. В. До проблеми розробки концептуальної моделі логопедичної роботи / О. В. Літовченко // Дефектологія. – № 4. – К. : Педагогічна преса, 2009. – С. 37–39.
147. Литовченко О. В. Сенсорное воспитание в логопедической реабилитации дошкольников с ОНР / О. В. Литовченко // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції [«Проблеми реабілітації»], 5-6 грудня, Одеса : ПДПУ ім. К. Д. Ушинського, 2009. – С. 127–129.
148. Літовченко О. В. Концепція запобігання розвитку залежних форм заїкання у дітей дошкільного віку / О. В. Літовченко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія : зб. наук. праць. – Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2010. – № 15. – С. 168–181
149. Логопедия: учеб. пособие для студ. пед. ин-тов по спец. «Дефектология»/ под ред. Л.С.Волковой. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
150. Лопатина Л.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. - 1986. - № 2. - С. 64 - 67.
151. Лопатина Л.В. Формирование интонационной выразительности речи у дошкольников со стертой дизартрией : [методика логопед. работы по коррекции нарушений процесса восприятия и воспроизведения речи у детей] // Принципы и методы коррекции нарушений речи : межвуз. сб. науч. тр. /

- Рос. гос. пед. ун-т ; [редкол.: Г.А. Волкова (отв. ред.) и др.]. – СПб., 1997. – С. 9–16.
152. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (Коррекция стертой дизартрии): Учебн. Пособие. – СПб: «Союз» РГПУ им.А.ИГерцена, 2006. – 191 с.
153. Лопатина Л.В. Приёми обстеження дітей со стертою дизартрією і диференціація їх навчання // Дефектологія. – 1986. – №2.
154. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / Александр Романович Лурия. – М.: МГУ, 1962. – 432 с.
155. Максаков А.И. Правильно ли говорит ваш ребенок: Пособие для воспитателей детского сада. – 2-е изд., испр. – М.: Просвещение, 1988. – 157 с.
156. Максимов И. Фониатрия (Пер. с болг.). - М.: Медицина, 1987.-283 с.
157. Манеров В.Х. Психологические аспекты в изучении аудитории // Вопросы психологии.-1991.-№2.-С.5-9.
158. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку : дис... канд. пед. наук: 13.00.03 / Національний педагогічний ун-т ім. М.П.Драгоманова. — К., 2007. — 310 с.
159. Мартынова Р.И. Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии // Очерки по патологии речи и голоса. – М.: Просвещение, 1963. - №3. – С.34-48.
160. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Расстройства речи и методы их устранения / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. – М., 1975. – С.22 – 29.
161. Марузо Ж. Словарь лингвистических терминов / Ж. Марузо.-М.: Изд-во иностр. лит-ры, 1960.—С. 239.
162. Марченко І.С. Напрями формування рухової сфери у дошкільників із

- загальним недорозвиненням мовлення / І. С. Марченко // Дефектологія. - 2007. - N 2. - С. 46-48.
163. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии / Елена Михайловна Мастюкова. – М: ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
164. Мелехова Л.В. Дифференциация дислалаий // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С.Волковой и В.И.Селиверстова. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1997. – Т. 1. – С. 29 - 33.
165. Минаева Л.В. Лексикология и лексикография английского языка. / М.: АСТ, Астрель, 2007.- 131 с.
166. Митронович-Моджеевска А. Патологическая физиология речи, слуха и голоса / А.Митронович-Моджеевска. – Варшава: Польское Государственное мед. издательство, 1965.– 353 с.
167. Михайлов В.Г. Информационные и статистические характеристики параметров устной речи. М., 1992. - 98с .
168. Михайлов В.Г., Златоустова Л.В. Измерение параметров речи. М., 1987. – 168 с.
169. Морозов В.П. Искусство и наука общения: невербальная коммуникация. – М.: Ин-т псих. РАН, 1998. – 164 с.
170. Нейман Л. В., Богомильский М. Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи Нейман Л.В., Богомильский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи [Текст]: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 224 с.
171. Ніколаєва Т.М. Лінгвістичні проблеми типологічного вивчення фразової інтонації (на матеріалі слов'янських мов): Автореф. Дис.докт. філол.наук. - М., 1974. - 49 ст..
172. Никольская О.С. и др. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М., 1997.

173. Нищева Н.В. Программа коррекционно-развивающей работы в логопедической группе детского сада для детей с ОНР (с 4 до 7 лет). СПб., 2006 -
174. Овчинникова Т.С. Влияние музыкальных занятий на психомоторное развитие детей дошкольного возраста / Т.С.Овчинникова // Расстройства речи, клинические проявления и методы коррекции: [сб. науч. тр.] / под ред. Л.А. Копачевской. – СПб.: Питер, 1994. – С.150-156.
175. Оганесян Е.В. Логопедическая ритмика: учеб. пособие для студ., обучающихся по спец. «Дефектология» / Е.В.Оганесян. – М.: МОЛЭК, 1998. – 96 с.
176. Олійник Г.А. Виразне читання. Основи теорії. Посібник для вчителів. _ Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2001. – 224 с.
177. Орланова Н.А. Обучение дошкольников творческому рассказыванию: Автореф. дис. ... канд.пед.наук. - Киев, 1967. - 18 с.
178. Орлова О.С. и др. Биологическая обратная связь в процес се реабилитации больных с нарушениями голоса // актуальные вопросы клинической отоларингологии: Тез.докл. к IX Краснодарской краевой ЛОР – конференции с участием отоларингологов других регионов РСФСР. – Краснодар. – 1989. – 74 – 76.
179. Панченко И.И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических нарушениях речи // расстройства речи и голоса в детском возрасте. – М., 1973.
180. Пахомова Н.Г. Стан комунікативної компетенції у дітей старшого дошкільного віку з тяжкими вадами мовлення / Наталія Георгіївна Пахомова // Зб. наук. праць Кам'янець – Подільського державного університету. Сер. Соціально-педагогічна / [за ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співак]. – Кам'янець–Подільський, 2007.– Випуск VII. – С.223-225.

181. Пахомова, Н. Г. Формування комунікативної компетенції у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією [Текст] / Н. Г. Пахомова // Науковий часопис Національного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекційна педагогіка та психологія : науковий журнал / М-во освіти і науки України, НПУ ім. М. П. Драгоманова. - Київ : НПУ, 2008. - Вип. 9 : До 175-річчя НПУ імені М. П. Драгоманова. - С. 90-93.
182. Пашина А.Х. Опыт исследования эмоциональной сферы у сотрудников детского дома [Текст] : (Психология личности) / Пашина А.Х. // Психологический журнал. - 1995.-№2. - С.42-50.
183. Пашина А.Х., Швырков В.Б. О сокращении времени реакции при обучении // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. М.: Наука, 1978. С. 347.
184. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. - М.-Л., 1932. - 412с.
185. Пиаже Ж. Теория Пиаже // История зарубежной психологии. М.: МГУ. 1986.
186. Плющ Н., Бас-Кононенко О., Дудик З., Зубань О. Сучасна українська літературна мова. Фонетика. – К., 2002.-268 с.
187. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-н/Д., 2006. – 448 с..
188. Поварова И.А. Заикание: диагностика и коррекция темпортимических нарушений устной речи: [монография] / И.А.Поварова. – СПб.: Речь, 2005. – 275 с.
189. Позднякова Л.А. Логопедическая работа по преодолению нарушений интонационной выразительности речи у дошкольников со стёртой дизартрией : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Позднякова Лариса Александровна ; [Рос. гос. пед. ун-т]. – СПб., 2004. – 21 с.
190. Позднякова Л.А. Логопедическая работа по преодолению нарушений интонационной выразительности речи у дошкольников со стёртой дизартрией : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Позднякова Лариса Александровна ; [Рос. гос. пед. ун-т]. – СПб., 2004. – 21 с.

191. Позднякова Л.А. Логопедическая работа по формированию интонационной выразительности речи дошкольников со стертой дизартрией // Логопед в дет. саду. – 2007. – № 1. – С. 36–42.
192. Полякова, М.А. Самоучитель по логопедии. Универсальное руководство/Марина Полякова.-М.:Айрис-пресс,2007.-208с.
193. Потапова Р.К. Речь: коммуникация, информация, кибернетика – М.: Радио и связь, 19997. – 144 с.
194. Потемня Р.К. Наголос .– Київ:Вища школа, 1973. – 189 с.
195. Пустынникова Г.Н. Восстановление речевого и певческого голоса у служителей церкви. . Москва, 2005. ООО «ПолиграфАтельеПлюс» - 246 с.
196. Правдина О. В. Голос и его нарушения // Очерки по патологии речи и голоса. Выпуск 2. М.: Просвещение, 1963. С. 59-74.
197. Правдина О. В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. - М., "Просвещение", 1973. - 272 с.
198. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста -- СПб.: КАРО, 2008. – С.157.
199. Прокопова Л.І. Тональні акценти у німецькій та українській мовах – вступ до контрастивного вивчення просодичних систем // Нариси з контрастивної лінгвістики. – К., 1979. – 204 с.
200. Ревуцька О.В. Дидактичний аналіз словотворчої роботи та її місце в підручниках з української мови для молодших школярів з тяжкими вадами мовлення. Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки). – № 4. – Бердянськ: БДПУ, 2005. – 210 с. С.172-184.
201. Реформатский А.А. Очерки по фонологии, морфонологии и морфологии. - М.: Наука, 1979.-102 с.
202. Речевой ритм и его функции / Под ред.А.М.Антипова. М.: Логопедия. 1987. – С.105 – 109.

203. Родионова Ю.Н. Развитие интонационной выразительности речи у детей с церебральным параличом на логопедических занятиях: автореф. Дисс...канд. Пед. наук: спец. 13.00.03 «Коррекционная педагогика» / Юлия Николаевна Родионова. – М., 2005. – 185 с.
204. Рожкова Г.И. Распознавание эмоциональных интонаций // Исследование языка и речи: Ученые записки МГПИИЯ - М: МГПИИЯ, 1971. - Т. 60. - С. 129 – 133.
205. Румянцева Е.О. Формировании чувства ритма в процессе логоритмического воздействия при устранении дизартрии у детей с церебральным параличом // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. — СПб., 1994. — С. 52-60.
206. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика. Диагностика и коррекция нарушений произвольных движений у детей, страдающих заиканием: метод. рек. / Наталия Александровна Рычкова. – М: Ассоциация авт. И изд. Тандем; ГНОМ-ПРЕСС, 1998. – 36 с.
207. Светозарова Н.Д. Реализация мелодических типов в словах различной ритмической структуры / Н.Д.Светозарова// Иностранные языки в школе. – 1970. – № 3. – 31-32.
208. Светозарова Н.Д. Интонационная система русского языка. - ЛДУ, 1982 – 176 с.
209. Селиверстов В.И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / Владимир Ильич Селиверстов. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 200 с.
210. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. — М., 1972.
211. Семенова К.А. К патогенезу вторичной задержки развития интеллекта при детских церебральных параличах // Обучение и воспитание детей с недостатками в физическом и умственном развитии. — М., 1970.
212. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Дизартрии //Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С.Волковой, В.И. Селиверстова. - М.,1997.- 348с.

213. Семенович А.В. Нейропсихология детского возраста, М., 2002.- 268с.
214. Сереброва Н.И. Из опыта работы с детьми, страдающими псевдобульбарной дизартрией // Специальная школа. — 1966. — Вып. 3. — С. 13-19.
215. Серебрякова Н.В. Логопедическая работа по формированию лексики у дошкольников со стертой формой дизартрии // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. — СПб., 1994. — С. 61-70.
216. Сизова Э.Я., Макарова Э.К. О механизмах бокового сигматизма // Психические и речевые нарушения у детей. Вопросы реабилитации.: Изд-во Лен.гос.пед.ин-та им.А.И.Герцена, 1979. - С.89-98
217. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики // Дефектология. - 1974. - № 4.- С.31 – 35.
218. Соботович Є.Ф. Концепція стандарту спеціальної освіти дітей дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку / Євгенія Федорівна Соботович // Дефектологія. – 2002. – №1. – С.2-7с..
219. Соколова В.В. Культура речи и культура общения / Соколова В.В. — М.: Просвещение, 1995. — 192 с.
220. Соловйова О.І. Методика розвитку мови і навчання рідної мови в дитячому садку - М.: Просвещение, 1966. - 248 с.
221. Сорокина А.И. Дидактические игры в детском саду: (ст.группы). Пособие для воспитателя дет. сада / Александра Ивановна Сорокина. – М.: Просвещение, 1982. – 96 с.
222. Сорокина В.А. Особенности комплексного изучения детей с церебральным параличом //Логопедия: Методические традиции и новаторство. М. - Воронеж 2003, с. 56 - 57
223. Сорочинская, Татьяна Владимировна. Оптимизация логопедической работы по формированию фонетической и просодической стороны речи у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии : Дис...канд.пед.наук:Спец.13.00.03-коррекционная педагогика(логопедия) / Моск.гос.открытый пед.ун-т . – М., 2000 . – 187с .

224. Сохина Ф.А. Развитие речи детей дошкольного возраста: Пособие для воспитателя дет. сада. / Под ред. Ф.А. Сохина. - 2-е изд., испр. - М.: Просвещение, 1979. — 223 с, ил., 4 л. ил.
225. Спирова Л.Ф. Недостатки произношения , сопровождающиеся нарушениями письма. // Логопедия/ Под ред.. Л.С.Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит.изд. центр ВЛАДОС, 2003. –к н. 5. – С. 10 – 18 480с.
226. Стенина Н.Ф. Особенности логопедической работы с детьми дошкольного и младшего школьного возраста с диагнозом «Стертая форма дизартрии». – Екатеринбург.:1997 – 105с.
227. Степанова О.А. Справочник учителя-логопеда ДОУ, - М.: ТЦ Сфера, 2009. – 224 с.
228. Таптапова С. Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. М.: Просвещение, 1984.
229. Тарасова К.В.Онтогенез музыкальных способностей.М.: Изд-во «Литерат.. Мозайка» 1988. – 176 с.
230. Тарасун В.В. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: СПб наукових праць.- К.: Університет "Україна", 2004.- 448 с.
231. Тарасун В.В. Концепція державного стандарту освіти учнів із порушеннями мовленнєвого розвитку (2000 р.) / Валентина Володимирівна Тарасун // Хрестоматія з логопедії: навчальний посібник / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. – К.: КНТ, 2006. – С. 64-81.
232. Тарасун В.В. Логодидактика: навчальний посібник для вищих навчальних закладів / Валентина Володимирівна Тарасун. — К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2004. — 348 с.
233. Тарасун В.В. Психолого-педагогічні основи превентивного навчання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку : автореф. дис. ... доктора пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / Валентина Володимирівна Тарасун. – К., 1999. – 56 с.

234. Тихеева Е. И. Родная речь и пути к ее развитию / Е.И. Тихеева. - М.-Петроград : Госиздат, 1923. - 135 с.
235. Тищенко В.В. Формування інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності у розумово відсталих дошкільників: дис....канд.пед.наук: 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / Владислав Владимирович Тищенко . – К., 1999. – 225 с.
236. Ткаченко Т. А. Проблема коррекции фонетических нарушений у детей на современном этапе // Логопедия. - 2004. - №1(3). - С.11-15.
237. Токарева О.А. Дизартрия. // Расстройства дечи у детей и подростков. / Под общ. ред. С.С. Ляпидевского. - М., 1969.- С. 144-156.
238. Токарева Т.И., Черниговская Т.В., Светозарова Н.Д., Стрельникова К.Н.и др. Специализация полушарий головного мозга в восприятии интонации русского языка // Материалы межвузовской XXVII научно-методической конференции преподавателей и аспирантов СПбГУ. Вып.16:Общее языкознание. СПб: Изд-во СПбГУ, 1999. Ч.2. С. 42 – 47.
239. Тонкова – Ямпольская Р.В. Становление физиологических механизмов речи // Уч.зап. МГПИИЯ. М., 1996 – 56 с.
240. Торсуева И.Г. Некоторые вопросы методик обучения высказывания. М.: Наука,1979. – 102 с.
241. Торсуева И.Г.Интонация; Мелодика //Лингвистический энциклопедический словарь. – М.,1990 – 206 с.
242. Тоцька Н. І. Сучасна українська літературна мова. К., 1981.
243. Тураєва З.Я. Лінгвістика тексту / Текст: структура і семантика. —М.: Освіта, - 1986. - 127 с.
244. Ф.де Сосюр. Избранные труды. – М., 1998. – 203 с.
245. Фант Г. Акустическая теория голосообразования. М.: Наука, 1964.
246. Федорів Я.Р.Про співвідношення між поняттями «Просодія» та «Інтонація». Наукові записки. Том 19. Спец. випуск.

247. Федосова О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с легкой степенью дизартрии с учетом фонетического контекста: дисс....канд. пед. наук. – М., 2005.
248. Флерина Е.А. Эстетическое воспитание дошкольника. – М.,1961.
249. Фридман Т.Л. Детская речь: норма и патология. Самара, 1996.
250. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: Учебн. пособие. М. « Владос», 2000. – 227-231с.
251. Цеплитис Л.К. Анализ речевой интонации. – Рига: Изд-во Зинатне, 1974. – 272 с.
252. Черемисина Н.А. Русская интонация: поэзия, проза, разговорная речь / Н.А.Черемисина. – М.: Русский язык, 1982. – 207 с.
253. Черемисина-Эниколопова Н.В. Законы и правила русской интонации. М., 1999 – 287с.
254. Черниговская Т.В., Светозарова Н.Д.,Токарева Т.И.,Третьяков Д.А.,Озерецкий П.В.,Стрельников К.Н. Специализация полушарий в восприятии интонаций русского языка // Физиология человека. 2000. Т.26. № 2. С.24 – 29.
255. Чистович Л.А. Речь, артикуляция, восприятие / Л.А.Чистович, В.А.Кожевников. – Л.: Наука, 1965. – 241 с.
256. Шаховская С.Н. Индивидуальный подход к коррекционно-логопедической работе. // Актуальные проблемы обучения, адаптации и интеграции детей с нарушениями развития: Тезисы международного семинара. - СПб.: ЛГОУ, 1995.-с. 142.
257. Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем детстве // Известия АПН РСФСР, _ Вип. 13. – 1948. – С. 101-103.
258. Шевцова Е.Е. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е.Е. Шевцова, Л.В.Забродина. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 222 с.
259. Шеповальников А. Н., Цицерошин М. Н. О возможности отражения в параметрах ЭЭГ функциональной асимметрии мозга человека.//Взаимоотношения полушарий мозга. Тбилиси, 1982. С. 84.

260. Шеремет М.К. Особливості формування мовлення у слабочуючих дітей: Методичні рекомендації / Марія Купріянівна Шеремет. – К.: ІЗМН, 1996. – 74 с.
261. Щерба Л.В. О трояком аспекте языковых явлений и об эксперименте в языкознании // Языковая система и речевая деятельность. Л., 1974.
262. Эльконин Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте: краткий очерк / Даниил Борисович Эльконин. – М.АПН СССР, 1958. – 115 с.
263. Кошелевой А.Д. Эмоциональное развитие дошкольника / Под ред. А.Д.Кошелевой. - М.: Просвещение, 1985. - 176 с.
264. Якобсон Р.О. Да и нет в мимике. // Язык и человек. М., 1970. – С.284 -289.
265. Федосова О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с дизартрией с учетом фонетического контекста: дис....канд.пед.наук: 13.00.03 / Федосова Оксана Юрьевна Самара, 2005 - 228 с.
266. Фридман Л.М., Кулагина И.Ю. Психологический справочник учителя. - М.: Просвещение. - 1991.- 267 с.
267. Crystal D. Linguistics.— 2nd e d.— L.: Penguin Book, 1985.— 276 p.
268. Kalita A. A. Polyfunctional Approach to the Problem of Singling out the Basic Intonation Components II IATEFL — Ukraine Newsletter.— 1 9 9 7 . — № 9 . — P. 14—16.
269. Lada D. R. Intonational Phonology. II Cambridge Studies in Linguistics № 89.— Cambridge University Press, 1996
270. Pierrehumbert J. and Hirschberg J. The Meaning of Intonational Contours in Interpretation of Discourse II Intentions and Communication /Philip R. Cohen, Jerry Morgan, and Martha E. Pollack (eds.).— MIT Press, 1990.
271. Aleksandrov I.O., Maksimova N.E. P300 and psychophysiological analysis of the structure of behavior //Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1985. V. 61. P. 548.
272. Andrews M.L. Some communication problems encountered in voice therapy with children / M.L. Andrews // Lang. Speech Hear. Serv. Sch.-1975.-№6.- P. 183-187.

273. Baunes R.A. Clinical observation of children with voice disorders / R.A. Baunes, J. Mich. // Speech Hear. Assoc.-1965.-№1.-P. 10-12.
274. Akoev,G.N.,Alekseev,N.P.,Krylov,B.V. Mechanoreceptors: Their functional organization.- Berlin etc.: Springer,1988.- 197 p.
275. Alpherts W.C.Y. Vermeulen Y. Lateralization of auditory rhythm length in temporal lobe lesions // Brain and Cognition. 2002. V 49. № 1. P. 114 – 121.
276. Onslow M., Packman A., Stocker S. Control of children stuttering with response-contingent time-out: Behavioral, perceptual, and acoustic data // J. Speech Lang. Hear. Res. 1997. Vol. 40. –№ 1. – P. 121-133.
277. Van Riper C. “Stuttering Therapy in 2050 A.D.” in Emerick, L.L., and Hamre, C.I. (ed.) An Analysis of Stuttering, Danville, Ill., 1972. – P. 808-812.