

memory development. Elementary School. No. 2. P.12–15. **7. Luria, A. R.** (1968). Little book about big memory, Moscow: Moscow University Publishing House. 96 p. **8. Maksymenko, S., Maksymenko, K., Hlavnik, O.** (2003). A child's readiness for learning, Kyiv: GLAVNYK. 112 p. **9. Pavelkiv, R. V., Tsygypalo, O. P.** (2012). Child psychology, Kyiv: Akadem publishing house. 424 p. **10. Stepanov, O. M., Fitsula, M. M.** (2005). Basics of psychology and pedagogy, Kyiv: Akademvydav. 520 p. **11. Filimonov, V. I.** (2015). Human physiology, Kyiv: Medicine. 775 p. **12. Yakovenko, A. O.** Formation of speech readiness of older preschoolers with logopathology for integrated learning. Dys.Ph.D. Kyiv. **13. Hasson, U., Chen, J., Honey, C. J.** (2015). Hierarchical process memory: memory as an integral component of information processing. Trends Cogn Sci. 1(6). 304–313. **14. Henin, S., Turk-Browne, N. B., Friedman, D., Liu, A., Dugan, P., Flinker, A., Doyle, W., Devinsky, O., Melloni, L.** (2021). Learning hierarchical sequence representations across human cortex and hippocampus. Sci Adv. 7(8). P. 1–12. **15. Kuhl, P. K.** (2004). Early language acquisition: cracking the speech code. Nat. Rev. Neurosci. 5 (11). P. 831–843. **16. Miles M. B., Huberman A. M.** (2000). Analiza danych jakościowych, Wyd. UB, Białystok. **17. Palka S.** (2006). Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna, Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk. **18. Yahela J.** (2015). Dictionary of terms and concepts of qualitative research in the field of education. BEAT, Ed. Academy J. Dlugosha, Częstochowa.

Стаття отримана 17.10.2022 р.

УДК: 376-056.264: 81'234

DOI 10.32626/2413-2578.2022-20.14-34

Н. ГАВРИЛОВА

nathalia.gavr@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2563-0626>

Л. ПЛАТАШ

l.platash@chnu.edu.ua

<https://orcid.org/0000-0001-6491-4897>

МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИ (індивідуально-зорієнтований підхід)

Відомості про автора: Гаврилова Наталія Степанівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. E-mail: nathalia.gavr@gmail.com ; Платаш Лариса Броніславівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри педагогіки та соціальної роботи Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, E-mail: l.platash@chnu.edu.ua

Contact: Natalia Havrylova, PhD Kamianets-Podilsky Ivan Ohienko National University. E-mail: nathalia.gavr@gmail.com ; **Larysa Platash**, PhD Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University. E-mail: l.platash@chnu.edu.ua

Гаврилова Н.С., Платаш Л.Б. Методика формування артикуляційної моторики у дітей зі стертою формою дизартрії (індивідуально-зорієнтований підхід). У статті розглянуто проблему, розмежування типів порушення артикуляційної моторики при стертій формі дизартрії та охарактеризовано методику їх подолання. На підставі науково-теоретичного аналізу визначено диференційовані відмінності між поняттями “дизартрія” та “стерта форма дизартрії”, охарактеризовано основні підходи щодо вивчення цього порушення мовлення, класифікації, діагностичну спрямованість при його вивченні та напрямки проведення логопедичної роботи. За результатами проведеного констатувального експерименту сформовано індивідуальні профілі, що включили особливості розвитку фонетичного боку мовлення та артикуляційної моторики у дітей зі стертою формою дизартрії з активно-руховим та руховим-регуляційним типом порушення. Визначено, що запропонований підхід дозволить формувати індивідуальні програми формування артикуляційної моторики у дітей зі стертою формою дизартрії.

Ключові слова: стерта форма дизартрії, активно-руховий тип порушення артикуляційної моторики, руховий-регуляційний тип порушення артикуляційної моторики, індивідуальні програми формування артикуляційної моторики.

Havrylova N., Platash L. Method of articulatory motility forming in children with erased form of dysarthria (personally oriented approach). In the current conditions of introducing inclusion into the education system, individually oriented education is the leading direction that determines its further development. In this context, the formation of individual programs that ensure the development of children's speech is one of the priority areas of research.

The article, based on the analysis of scientific and theoretical sources, defines the differentiated differences between the concepts of "dysarthria" and "erased form of dysarthria," characterizes the main approaches to the study of this speech disorder, classification, diagnostic orientation in its study, and directions of speech therapy work.

It was determined that the nature and mechanisms of speech disorders in dysarthria are complex, multi-level, and multifactorial, which implies the need to use an individually oriented approach to overcoming this speech disorder.

The method of distinguishing the types of articulatory motility disorders in dysarthria and the model of forming individual development programs for children with an erased form of articulatory motility dysarthria are presented. The research is based on individual, neurologopedic, and activity approaches. It was determined that applying these approaches allows for effectively rationalizing the speech therapy process to narrow it down to the performance of specific tasks.

Under such conditions, the correction process is established from light to severe. Moreover, the training is generally carried out in a situation of success for the child because even the most difficult tasks, inaccessible to him at the beginning of the speech therapy work, he performs with ease, provided they are applied promptly, with little help. Speech therapy organized in this way brings satisfaction to the child.

As a result of the conducted practical training, we concluded that each child with an erased form of dysarthria has its own pace of work. The differentiated symptomatology of the disorder is due to various reasons. In the process of speech therapy work, a correction path is built for each of the children, and different exercises and tasks are selected. In one speech therapy session, a variety of tasks can be used, clearly oriented towards the achievement of intermediate goals and the final goal.

Key words: minimal manifestations of dysarthria, active-motor type of articulatory motility disorder, motor-regulatory type of articulatory motility disorder, individual programs for the formation of articulatory motility.

Постановка проблеми. Наукове пояснення дизартрії як мовленнєвого порушення, започатковане у кінці XIX століття на рівні симптоматичних та логосимптоматичних проявів, еволюціонувало із діагностично-термінологічного обґрунтування (середина XX ст.), етіопатогенетичного та корекційно-педагогічного (друга половина XX ст.) до інноваційного корекційно-педагогічного (на поч. XXI ст.) [7, с. 6].

Перший оприлюднений науковий опис дизартрії належить англійському дитячому хірургу W. Little (1810-1894), який у детальній клінічній картині ДЦП описав специфічні розлади мовлення на фоні ураження моторних систем організму.

Описані вперше у 1879 р. А. Куссмаулем (A. Kussmaul) ознаки порушеної мовленнєвої артикуляції були доповнені іншими дослідниками (А. Oppenheim, (1885), G. Pezitz (1902), H. Gutzmann (1911), М. Моргуліс (1926), R. Thurell, (1929), ін.). Нині в наукових джерелах (О. Архіпової (2007); А. Голуб (2019); С. Коноплястої, А. Синиці (2019), В. Тарасун (2006) та інших) знаходимо різноманітні пояснення цього порушення мовлення: чинників, які його зумовлюють; ознак, що його характеризують. Сучасне розуміння дизартрії ґрунтується на прояві низки симптомів мовленнєвого та немовленнєвого характеру, перелік яких доповнювався протягом тривалого історичного часу.

Незважаючи на тривале вивчення цього порушення мовлення до сих пір залишаються питання пов'язані із визначенням оптимальних шляхів для подолання порушень мовлення у дітей із дизартрією, які потребують подальшого вивчення.

Аналіз науково-теоретичних джерел.

З неврологічних позицій (Л. Бадалян (1998), О. Правдіна-Винарська (1987), ін.) дизартрію розглядають як “порушення вимовної сторони

мовлення, зумовлене недостатньою іннервацією мовленнєвого апарату”. Їй властиві особливості, які залежать як від рівня порушення, так і від місця локалізації ураження головного мозку, що проявляються у характері порушень загальної та мовленнєвої моторики [10, с.46, 148].

У дослідженнях науковців (М. Бабадагли, Н. Козьявкіна, О. Козьявкіна, Т. Пічугіна, 2004) розглянуто визначення дизартрії в основу якого покладено психолінгвістичний та нейропсихологічний підходи, згідно яких мовленнєва діяльність це складна психічна структура, що має багаторівневу церебральну організацію. З урахуванням цього, термін дизартрія об'єднує групу порушень мовлення, які виникають внаслідок розладів м'язового контролю у процесі реалізації мовлення при порушенні діяльності центральної або периферійної нервової системи. Основними клінічними її проявами визначено порушення вимови фонем та голосу, які поєднуються з порушеннями артикуляційної моторики та мовленнєвого дихання [8].

Відомий італійський психотерапевт G. Perrotta (2020), аналізуючи наукові праці зарубіжних колег J. Duffy (2005), C. MacKenzie (2011), A. Eigentler, R. Rhomberg та ін. (2011), робить висновок, що дизартрія:

а) не має зв'язку із проблемою розуміння мовлення та зі структурними порушеннями будови органів артикуляції (незрощеннями верхньої губи, твердого, м'якого піднебіння та язичка);

б) відрізняється від мовленнєвої апраксії з її характерними ознаками – проблемами у плануванні та програмуванні рухів органами артикуляції, в процесі мовленнєвого акту;

в) може впливати на функціональність однієї або декількох систем (артикуляційної, голосової та дихальної), що відобразатиметься на їх синхронізації; якості голосу (інтонації, гучності, сталості, діапазону, тону); темпу мовлення; контролі дихання [14].

Порушення вимови фонем при дизартрії виникають внаслідок ураження різних структур мозку, необхідних для керування руховим механізмом мовлення. До таких структур належать:

- периферійні рухові нерви та ядра у яких вони беруть початок, що забезпечують рухливість м'язів периферійного відділу мовленнєвого апарату апарату (язика, губ, щік, піднебіння, нижньої щелепи, гортані, діафрагми, грудної клітини), що входять у склад нервової системи організму людини;

- ядра розташовані у стовбурі мозку, які забезпечують елементарні емоційні безумовнорефлекторні реакції типу плачу, сміху, скрикування, окремих емоційно-виразних вигуків та умовнорефлекторні – артикуляційний автоматизм ін.;

- пірамідний шлях розташований у підкірці;

- мозочковий шлях, що включає шість пар черепно-мозкових нервів [10].

Цілком логічним є висновок А. Голуб (2019) про те, що “природа і механізми порушень усного мовлення при дизартріях мають складний,

багаторівневий, мультифакторний характер” [7, с. 10-11].

В. Галущенко (2006) описано ознаки дизартрії, які можуть проявлятися уже на першому році життя дитини. Вони помітні при утримуванні дитиною статичних позицій: діти мають труднощі при утримуванні голови у вертикальному положенні; довший час сидять лише з опорою. Ходьба у таких дітей формується із запізненням і включає специфічні симптоми: наявність чергування ходьби з бігом; надається перевага повзанню, або є ходьба з обережністю; при ходьбі центр навантаження переходить на передню частину стопи (ходьба навшпиньки)[6].

Завдяки дослідженням проведеним Л. Лопатиною (2005) були виділені порушення загальної моторики, які спостерігаються у дітей дошкільного віку із дизартрією. Нею описано рухову незграбність (дискоординаційний розлад); уповільненість рухів; зайву активність та занепокоєння; зайві рухи при виконанні довільних, мимовільних дій; скутість у процесі виконання рухів [11].

Ці ж симптоми відомі як форми порушення моторики які зустрічаються при центральному паралічі (надалі ЦП): 1) форма Дюпре (моторна дебільність), яка характеризується наявністю синкenezій, дистонії і незграбності рухів; 2) форма Гамбурга (руховий інфантилізм) при якій спостерігається затримка моторного розвитку; 3) екстрапірамідна недостатність (К. Якоб), при якій відзначають слабкість миміки і жестів, порушення їх ритмічності, автоматичні рухи; 4) фронтальна форма рухової недостатності (М. Гуревич) із наявністю різко вираженої рухливості, надлишку безцільних рухів; 5) церебральна або мозочкова недостатність (А. Баллон) яку характеризує неточність, дизметрія рухів, порушення і зміни в тонусі, статичні порушення [11].

Зарубіжні дослідники (L. Pennington, N. Parker, H. Kelly, N. Miller (2016)) дизартрію у дітей пов'язують із:

- вродженими розладом церебральним паралічем;
- набутими етіологіями – пухлини мозку, черепно-мозкові травми.

На думку цих науковців, церебральний параліч і травма голови залишаються двома найпоширенішими медичними причинами направлення до логопеда на мовленнєву терапію [17].

Науковцями (Schölderle T, Haas E, Ziegler W. (2021) [15], Watson RM, Pennington L. (2015) [16]) визначено вплив цих порушень на формування правильної артикуляції звуків мовлення, складової структури слова, мовленнєвого дихання, інтенсивності, тембру голосу та інтонаційно-мелодійної складової мовлення. Вони вказують, що аналіз саме цих показників при діагностиці є визначальним для виявлення у дітей та дорослих дизартрії. При цьому діагностиці власне артикуляційної моторики для визначення дизартрії у цих дослідженнях не надається належного значення.

В свою чергу, М. Шеремет з колегами [10, с. 148-159] було описано

ряд особливостей артикуляційної моторики характерних для дизартриків: 1) недостатній обсяг довільних рухів м'язів губ, язика, піднебіння, голосових складок при типовій будові периферійного відділу мовленнєвого апарату; 2) нестійкий характер порушень м'язового тону у мовленнєвій мускулатурі; 3) наявність оральних синкінезів або гіперкінезів у м'язах периферійного відділу мовленнєвого апарату; 4) порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату; 5) присутність патологічних тонічних рефлексів із впливом на м'язи артикуляційного апарату. Вони вказують, вагоме значення цих симптомів для визначення наявності дизартрії у дітей.

Як особливий вид розладу мовлення легка (стерта) форма дизартрії почала виділятися в логопедії у 1950-1960-х рр. Починаючи із другої половини ХХ століття виділяється саме фаховий підхід до діагностики та корекції дизартрії, її різних форм. Кінець ХХ – початок ХХІ століття став переломним – коли стерта форма дизартрії була охарактеризована з позицій неврології та з аргументами щодо характеру прояву порушення мовлення у дітей з її наявністю, була сформована та охарактеризована методика роботи у цих випадках [1].

Науковці (О. Архіпова (2007)[1], В. Тарасун (2006)[13], ін.) вказують, що дітям зі стертою формою дизартрії притаманне порушення вимови фонем із наявністю спотвореної їх вимови.

За результатами аналізу історії логопедії А. Голуб (2019)[7] було визначено, що найпопулярніша класифікація на теренах пострадянського простору формувалася за участі ряду науковців (М. Маргуліса, О. Правдіної-Винарської та інших). У ній враховано місця локалізації ураження в головному мозку та описана симптоматика, яка виникає при ураженні цих ділянок. Зокрема, було виділено наступні форми дизартрії:

- бульбарну, що виникає в результаті захворювань у ділянці черепно-мозкових нервів, що забезпечують функцію мовлення;
- псевдобульбарну, що виникає в результаті ураження пірамідних шляхів;
- екстрапірамідну (або підкіркову), що виникає при ураженні ядер стріопалідарної системи;
- мозочкову, при ураженні провідної системи мозочка;
- кіркову, що є наслідком ураження межових тім'яно-лобових зон кори головного мозку, у початковій ланці розвитку пірамідного шляху.

Окремо розглядають і стерту форму дизартрії, яку довгий час вважали наслідком псевдобульбарного парезу [7, 10].

Ряд науковців (В. Галущенко (2019)[6], Є. Соботович, А. Чорнопольська (1970) [12]) виділяють підвиди стертої форми дизартрії: псевдобульбарну спастичну, псевдобульбарну паретичну, коркову та змішану. О. Архіповою (2007)[1], при аналізі науково-теоретичних джерел було описано ряд симптомів, що вказують на мінімальні дизартричні розлади: асиметричність рухів органів артикуляції, пов'язані з незначними однобічними порушеннями в ділянці черепно-мозкових нервів (Г. Гуровець,

С. Маєвська); дискоординаційні труднощі при переключенні органів артикуляції з однієї позиції на іншу, неточність при виконанні артикуляційних рухів, утворення широкої спинки язика, піднімання і втримування його вверху, тремтіння кінчика язика, вибіркова слабкість м'язів язика ін. (Л. Лопатіна). Це дає підстави стверджувати те, що стерту форму можна розглянути як мінімальний прояв порушення іннервації периферійних органів мовлення зумовлений незначним ураженням різних ділянок мозку. Фактично ми говоримо про рівень порушення фонетичного боку мовлення, який виникає за наявності порушення іннервації органів артикуляції: легкий – при стертій формі дизартрії; помірний, тяжкий – при дизартрії та глибокий – при анартрії. При цьому форми порушення можуть бути ті ж, що описані при наявності яскраво вираженої неврологічної симптоматики.

Найбільш популярною в англomовному середовищі є класифікація створена завідувачем відділу патології мовлення неврологічної клініки Мейо у м. Рочестер G.R. Duffy. Посилання на неї можна знайти у багатьох публікаціях, зокрема G. Perrotta (2020)[14], Н. Козьявкіна, О. Козьявкіна, М. Бабадагли, Т. Пічугіна (2004)[8], ін.. Автором, з урахуванням місця локалізації ураження та симптоматики, зумовленої цим ураженнями, було виділено 6 основних форм дизартрії:

- мляву, що виникає внаслідок двостороннього або одностороннього пошкодження моторного нейрона;
- спастичну що виникає внаслідок двостороннього пошкодження верхнього рухового нейрона;
- атактичну, що виникає внаслідок пошкодження мозочка;
- гіпокінетичну/гіперкінетичну, що є наслідком пошкодження певних ділянок базальних гангліїв;
- змішані форми, що характеризуються симптомами, характерними для більш ніж одного типу дизартрії.

Подібна класифікація була розроблена І. Панченком (1979). В її основу покладено принцип системного підходу до аналізу особливостей діяльності центральної нервової системи. Було взято до уваги, що кора головного мозку функціонує в нерозривному зв'язку з екстра пірамідною та пірамідною системами, ретикулярною формацією і мозочком. У ній також враховано те, що існують функціональні залежності між різними рівнями пірамідної та екстрапірамідної систем. Опіраючись на вище сказане, на основі синдромологічного підходу було виділено змішані форми дизартрії. Зокрема, запропоновано поділ дизартрії на п'ять форм: спастико-паретичну, спастико-ригідну, спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну, атактико-гіперкінетичну[4, 7].

Таким чином, незважаючи на різні підходи та термінологію, науковці мають спільні погляди щодо причин виникнення дизартрії та симптоматики, яка виникає при цьому. Спільною є також думка про те, що основними симптомами дизартрії є порушення вимови фонем та артикуляційної

моторики. Поруч із цим науковці (Jenya Iuzzini-Seigel, Kristen M. Allison and Ruth Stoeckel (2022)[18] ін.) відзначають наявність у цих випадках порушень голосу, дихання та просодії. Чим глибше порушення тим виразнішими є прояви саме за цими параметрами. А тому, не випадково, що в англomовному просторі саме такі показники як особливості звуковимови, голосу, інтонаційно-мелодійного боку мовлення, темпу мовлення визначають як провідні для діагностики дизартрії. У наступному ці ж напрямки описані науковцями (L. Pennington, NK. Parker, H. Kelly, N. Miller, 2016 [17]) як провідні для проведення відновлювальної роботи.

Для визначення дизартрії було запропоновано і інший шлях (О. Архіпова (2007)[1], О. Винарская (2006)[3], ін.), який передбачає урахування особливостей артикуляційної моторики визначені шляхом застосування артикуляційних вправ. При цьому підбір артикуляційних вправ зорієнтований на вивчення особливостей моторики різних органів артикуляції: нижньої щелепи, губ, язика, що вказує на наявність у дітей тієї чи іншої форми дизартрії. У наступному корекційна робота рекомендована з метою відновлення артикуляційної моторики порушених у діяльності органів артикуляції з метою підготовки дітей з дизартрією до постановки звуків мовлення.

Н. Гавриловою (2011, 2016) [4, 5] визначено два параметри які потрібно врахувати при діагностиці:

- типи помилок, труднощі, що виникають при виконанні артикуляційних вправ, які вказують на характер порушення артикуляційної моторики;

- готовність до постановки звуків мовлення (при діагностиці дітям пропонують утворювати оптимальну кількість артикуляційних позицій, тих які визначені базовими для вимови звуків мовлення).

Автором визначено, що процес формування артикуляційної моторики та вимови фонем у дітей з дизартрією має бути спрямованим на формування у них базових артикуляційних позицій необхідних для вимови звуків мовлення. Він має бути індивідуально зорієнтований з урахуванням виявленого у дітей типу порушення артикуляційної моторики.

Визначено, що для дітей з дизартрією характерними є порушення артикуляційної моторики активно-рухового та рухового-регуляційного типів.

Причиною виникнення активно рухового типу порушення визначено слабкість тону м'язів, порушення активності рухів органами артикуляції. Такі труднощі виникають у дітей із дизартрією за умови наявності у них млявого, гіпокінетичного та атактичного парезу. З огляду на це метою проведення логопедичної роботи визначено підвищення активності м'язів у процесі формування у них артикуляційних позицій базових для вимови звуків мовлення.

Причиною рухового-регуляційного типу артикуляційної моторики визначено порушення узгодженої взаємодії м'язів згиначів та розгиначів

при утворенні артикуляційних позицій базових для вимови звуків мовлення. Такі труднощі виникають у дітей із дизартрією за умов наявності в певній групі м'язів спастичного, ригідного та гіперкінетичного парезу. Метою проведення логопедичної роботи у цих випадках визначено формування узгоджених рухів органами артикуляції та навиків контролю за діяльністю м'язів у процесі формування артикуляційних позицій.

Виділення типів порушення артикуляційної моторики було необхідним, оскільки методика формування артикуляційних позицій у кожному випадку диференційована, що враховує причини виникнення порушення та наявну у них симптоматику [5].

Метою дослідження було, з урахуванням результатів теоретичного аналізу та за матеріалами експериментального дослідження сформувати індивідуальні профілі та програми формування артикуляційної моторики та звуковимови у дітей зі стертою формою дизартрії із порушеннями артикуляційної моторики активно-рухового та рухового-регуляційного типів.

Методологія дослідження.

Для визначення наявності у дітей порушень вимови фонем та артикуляційної моторики використовували комплекс завдань і вправ Н. Гаврилової (2011)[4].

Дослідження проводили у два етапи. Етап дослідження вимови фонем включав вивчення: ізольованої їх вимови при повторному мовленні; вимови у різних позиціях у словах при повторному мовленні і в процесі самостійного мовлення. Традиційно, для дослідження вимови фонем в словах у повторному мовленні логопед використовував спеціально підібрані серії слів, де фонема стоїть на початку, в середині, в кінці слова у різноманітних поєднаннях з іншими фонемами: у прямих відкритих складах з різними голосними та при збігах приголосних. Для обстеження вимови фонем у самостійному мовленні використовували серії предметних малюнків та сюжетні малюнки, де були предмети, що позначали слова, які, як і у попередньому випадку, включали досліджувані фонем, що стояли на початку, в середині, в кінці слова у різноманітних поєднаннях (у прямих відкритих складах з різними голосними та при збігах приголосних)

На етапі дослідження особливостей моторики органів артикуляції використовували спеціально підібрані статичні вправи (для губ: "Посмішка", "Трубочка", "Качечка"; для нижньої щелепи: "Оскал", "Ворота"; для язика: "Парканчик", "Лопата", "Кішечка сердиться", "Гірка внизу", "Гірка вверху", "Голочка"; для язичка: "У кого горлечко болить"), які відображали артикуляційні позиції базові для вимови звуків мовлення.

Вимову фонем та рухливість артикуляційного апарату вивчали при виконанні вправ та завдань на довільному рівні (за інструкцією та виконанні вправ перед дзеркалом за наслідуванням). В окремих випадках, якщо у дітей виникали труднощі, пропонували виконувати їх на недовільному рівні, із пригадуванням досвіду чи у процесі емоційної ситуативно-практичних

ситуацій (подуємо на гарячий чай, оближи ложку, повітряний поцілунок тощо).

Для проведення аналізу результатів дослідження використовували спеціально розроблені таблиці: у першій, для фіксації характеру вимови фонем, відмічали не лише наявність їх порушення, але й характер неправильної вимови звуків мовлення; у другій, для фіксації особливостей артикуляційної моторики, відмічали артикуляційні позиції при утворенні яких виникали у дітей труднощі та симптоми, що визначали характер цих труднощів.

У першу чергу, за результатами виконання завдань для вивчення артикуляційної моторики, відносили ті випадки, які стосувалися саме стертих проявів дизартрії, параметри для визначення якої було виділено за результатами наково-теоретичного аналізу (О. Архіпова (2007) [1], Л. Бадалян [2], О. Винарська (2006) [3], Н. Гаврилова (2011) [4] ін.)

З урахуванням виявлених симптомів визначали тип порушення у дітей артикуляційної моторики. Зокрема, до активно-рухового типу відносили випадки недостатньо сильного утворення артикуляційної позиції та нетривалого її втримування. На руховий регуляційний тип порушення артикуляційної моторики, у першу чергу, вказували неточності при утворенні артикуляційних позицій: тривалий пошук позиції перед її утворенням, синкінезії, тремор, посмикування, змінена форма язика тощо. Характерною для цих випадків була і нетривалість втримування сформованих артикуляційних позицій. Такі симптоми були уже записані в самій таблиці аналізу результатів дослідження, їх потрібно було лише виділити.

Також була застосована накопичувальна система балів для визначення рівня порушення артикуляційної моторики у досліджених дітей. Бали вказували на рівень порушення у дітей моторики та вимови фонем. Чим складніше порушення тим більше балів нараховували за виконання. Така оцінка в балах як 0 вказувала на типовий розвиток вимови фонем та артикуляційної моторики. Розроблення оцінки дозволило сформувані графіки, які відображали індивідуальні особливості розвитку цих двох показників у досліджуваних дітей.

Дослідження проводилося впродовж 2022 року. Обстеженням було охоплено 40 дітей із них 24 дошкільного та 16 молодшого шкільного віку, що навчалися у освітніх закладах двох українських міст Кам'янець-Подільський (Хмельницької обл.) та Чернівців (Чернівецької обл.), а також у німецьких містах Таунусштайн та Вісбаден (Земля Гессен). Виявлено, що у третини дошкільників (8 осіб) та четвертої частини вихованців молодшого шкільного віку (4 особи) були наявні стерті прояви дизартрії. Загальний показник кількості дітей зі стертою дизартрією у обстежених дітей складав 30 % (12 осіб).

Аналіз зібраних у процесі діагностики матеріалів показав наявність у досліджених дітей різних типів порушення артикуляційної моторики.



Рис. 2. Особливості розвитку артикуляційної моторики у дівчинки Вероніки (вік 5 років 7 місяців): ряд 1 – дані, що вказують на нормотиповий розвиток артикуляційної моторики (у віці 4 роки – відповідно до результатів дослідження О. Архімової); ряд 2 дані, що вказують на стан розвитку артикуляційної моторики в досліджуваної дитини.

Дихання та особливості голосу відповідали нормо-типовому розвитку.

За результатами дослідження було сформовано індивідуальну програму формування артикуляційної моторики у дитини з активно-руховим типом її порушення (табл. 1).

Таблиця 1

Програма формування артикуляційної моторики при активно-руховому типі порушення

Звук мовлення	Характер порушення вимови фонем	Артикуляційні позиції базові для формування вимови фонем	Тип порушення артикуляційної позиції
С, З, Ц, ДЗ	Заміна на м'які паралельні звуки	Лопата	Активно-руховий
		Кішечка сердиться	Активно-руховий
		Посмішка	
Ш, Ж, Ч, ДЖ	ш → ш', ж → ж', ч → ч', дж → д'	Лопата	Активно-руховий
		Гірка вгору	Активно-руховий
		Трубочка	
Р	Відсутній	Лопата	
		Гірка вгору	Активно-руховий
		Голодний вовк	
Р'	Відсутній		
Л	Відсутній	Голочка	Активно-руховий
Л'	Відсутній		

З урахуванням виявленого активно-рухового типу порушення артикуляційної моторики ми визначили методіку проведення корекційної роботи.

Методика формування артикуляційної моторики при активно-руховому типі порушення

1) Спочатку передбачалося формування артикуляційних позицій базових для вимови звуків С, З, Ц, ДЗ: “Лопата” та “Кішечка сердиться”. Робота була організована таким чином, щоб активізувати тонус м'язів з урахуванням правил описаних Н. Гавриловою (2016) для формування артикуляційної моторики для цього типу порушень.

Оскільки рівень порушення артикуляційної моторики був незначним, відразу ж застосовували самомасаж та комплекси артикуляційних вправ з довільним рівнем виконання (перед дзеркалом) і недовільним рівнем виконання із пригадуванням артикуляційної позиції із опорою на уявлення сформоване попередньо.

Оскільки у дитини недостатньо сильно витягувався язик уперед проводили вправу “*Киця п'є молоко*” перед дзеркалом. Пропонували з силою витягувати і ховати язик імітуючи те як п'є киця молоко. Рухи пропонували виконувати під лічбу в середньому темпі. Спонукали дитину усе сильніше витягувати язик вперед.

Друга вправа, яку виконували “*Лопата*”. Пропонували, при широко відкритому роті, дивлячись на себе в дзеркало, за зразком який демонстрував логопед, висунути і покласти на нижню губу язик. Учили втримувати язик у такій позиції певний проміжок часу (під лічбу).

Наступну вправу виконували без дзеркала “*Оближи ложку*”. Пропонували облизати випуклий бік ложки. Тримали ложку при цьому вертикально, близько до губ. Коли язик дитини гарно лягав на ложку натискали на його кінчик опускали вниз і виконували масажні прийоми, погладжування (рухали вправо вліво від середньої лінії язика) та розтирання (натискали на кінчик язика і почухували його кінчиком ложки).

Після цього переходили до формування артикуляційної позиції “*Кішечка сердиться*”.

Спочатку використовували вправу “*Почистити нижні зуби*” Пропонували напружено впертись кінчиком язика у нижні зуби. Поглажувати ним з внутрішнього боку зуби з силою вправо і вліво (вправа з елементами самомасажу). Потім проводили вправу “*Вперед – назад*”. Пропонували кінчиком язика вpirатися в нижні передні зуби, а потім відтягувати його назад в глибину ротової порожнини. Для контролю утворювали позицію “*Кішечка сердиться*”. Вчили втримувати її під лічбу. Вправи спочатку проводили перед дзеркалом, а потім без нього, таким чином вчили орієнтуватись на кінестетичне відчуття і сприймання.

Після формування артикуляційної моторики проводили постановку звуків мовлення -с-, -з-, -ц-, -дз- та автоматизували ці звуки мовлення у

вимові. Особливу увагу звертали на слабкість кінчика язика, а тому вправи “Почистити нижні зуби” та “Вперед – назад” супроводжували увесь період формування цих звуків мовлення.

Після цього переходили до формування артикуляційної позиції “Гірка вверху”, як базової для вимови верхньоязикових звуків мовлення –ш-, -ж-, -ч-, -дж-, -р-.

Щоб активізувати м’язи необхідні для утримування язика у верхній позиції було застосовано вправу з елементами масажу “Присмокчи язик”. Пропонували дитині висунути язик у позицію лопата, покласти свій великий палець під нього пучкою вверху. Шляхом згинання-розгинання пальця вчили піднімати язик вверху до твердого піднебіння і при цьому присмоктувати його вверху. Зразок виконання вправи демонстрував логопед. Вправу виконували без або з використанням дзеркала. Наступними були вправи “Поцокай як коник” та “Поскрекочи як жабка” “Чашечка” та “Гірка вверху”. Остання вправа використовувалася як контрольна для того, щоб визначити ефективність формування готовності до постановки верхньоязикових звуків мовлення.

Після відпрацювання артикуляційної моторики формували вимову верхньоязикових звуків мовлення, при цьому супроводжували постановку та автоматизацію виконанням зазначених вправ, що дозволило прискорити процес їх введення у щоденне спілкування.

І останньою формували позицію язика “Голочка”. Щоб активізувати кінчик язика, сформувати його гострий кінчик було застосовано вправи “Дотягнися кінчиком язика до носа” та “Побіли стелю”. Ці вправи як передували постановці звуків –л-, -л- так і супроводжували процес їхньої автоматизації, завдяки чому звичний автоматизований рух язика в процесі вимови цих звуків з’явився швидко.

Процес формування звуків мовлення здійснювався в режимі 2 заняття на тиждень, після чого сформовані навички закріплювалися вдома за участі батьків. Організована за цим принципом робота дозволила інтенсифікувати процес формування звуків мовлення. Дитина навчилася їх вимовляти правильно за 7 місяців.

Індивідуальний профіль стану сформованості звуковимови та артикуляційної моторики у дитини зі стертою формою дизартрії з руховим-регуляційним типом порушення

У хлопчика Микити (5 років 5 місяців) виявлено заміну звуків -с-, -з-, -с’-, -з’, -ш-, -ж- на –ф-, -ф’-. При цьому щоки у дитини надувалися. Помітними були і старання дитини, прагнення вимовити звуки правильно. Чим більше хлопчик старався тим більше у нього надувалися щоки. Спостерігалася заміна -ц- на -т-, а -ц’-, -ч- на -т’-; -дж- -дз- на –д-, а дз’ на -д’. Також у нього відсутні в мовленні звуки -р-, -р’-, -л-, -л’-. Загальний рівень порушення вимови фонем 48 балів (рис. 3).

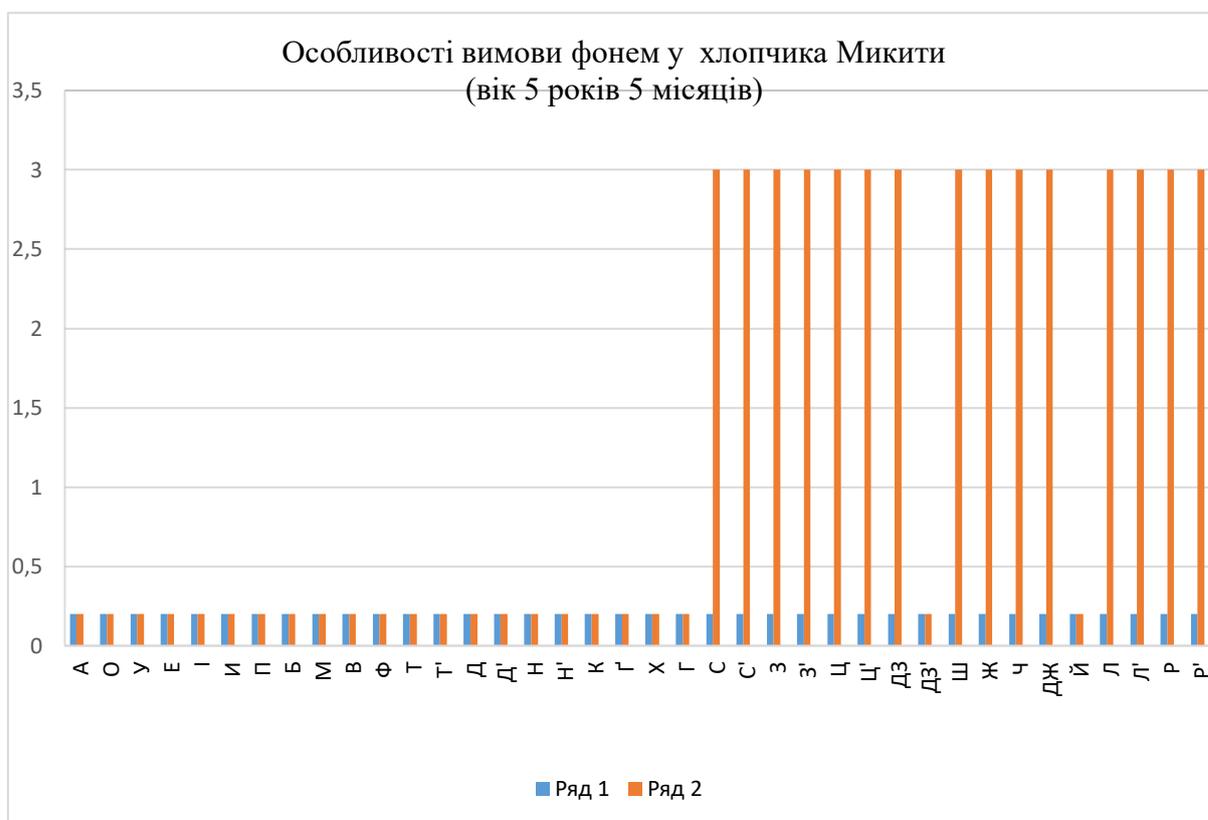


Рис. 3. Особливості вимови фонем у хлопчика (5 років 5 місяців): ряд 1 – дані, що вказують на нормативний розвиток фонетичної складової мовлення (у віці 4 роки – відповідно до результатів дослідження Є. Соботвич, у віці 5 років – відповідно до результатів дослідження Ю. Рібцун, В. Тищенко); ряд 2 дані, що вказують на стан розвитку вимови фонем в досліджуваній дитини.

Будова органів артикуляції відповідала нормо-типовій.

У дитини виявлено неправильне утворення таких артикуляційних позицій як “Лопата”, “Кішечка сердиться” і “Гірка верху”. Симптоматика виявлена при їх утворенні вказувала на наявність у хлопчика спастичності в області м’язів язика. Язик хоч і достатньо сильно витягувався із ротової порожнини і втримувався достатньо тривало у позиції “Лопата” проте був вузьким, напруженим. Кінчик язика при цьому був тупим. Позицію “Кішечка сердиться” дитина взагалі не утворила, хоча такі спроби у неї були. Вівся пошук цієї позиції, проте кінчик язика лягав прямо і не міг зачепитися за нижні зуби, спинка язика не піднімалася вгору, а спинка язика залишалася напружено вузькою. Особливо значні труднощі були виявлені у хлопчика при утворенні позиції “Гірка верху”. Самостійно перед дзеркалом дитина цю позицію не утворила. Язик випадково піднявся лише тоді, коли попросили поцокати як коник, опору дзеркало забрали. Коли пробували зондом підняти язик вгору, відчувалася сильна протидія і така допомога дитині не лише не допомагала, а й заважала (симптоми були взяті з картки стану розвитку артикуляційної моторики дитини). Загальний рівень порушення артикуляційної моторики 12 балів (рис. 4).

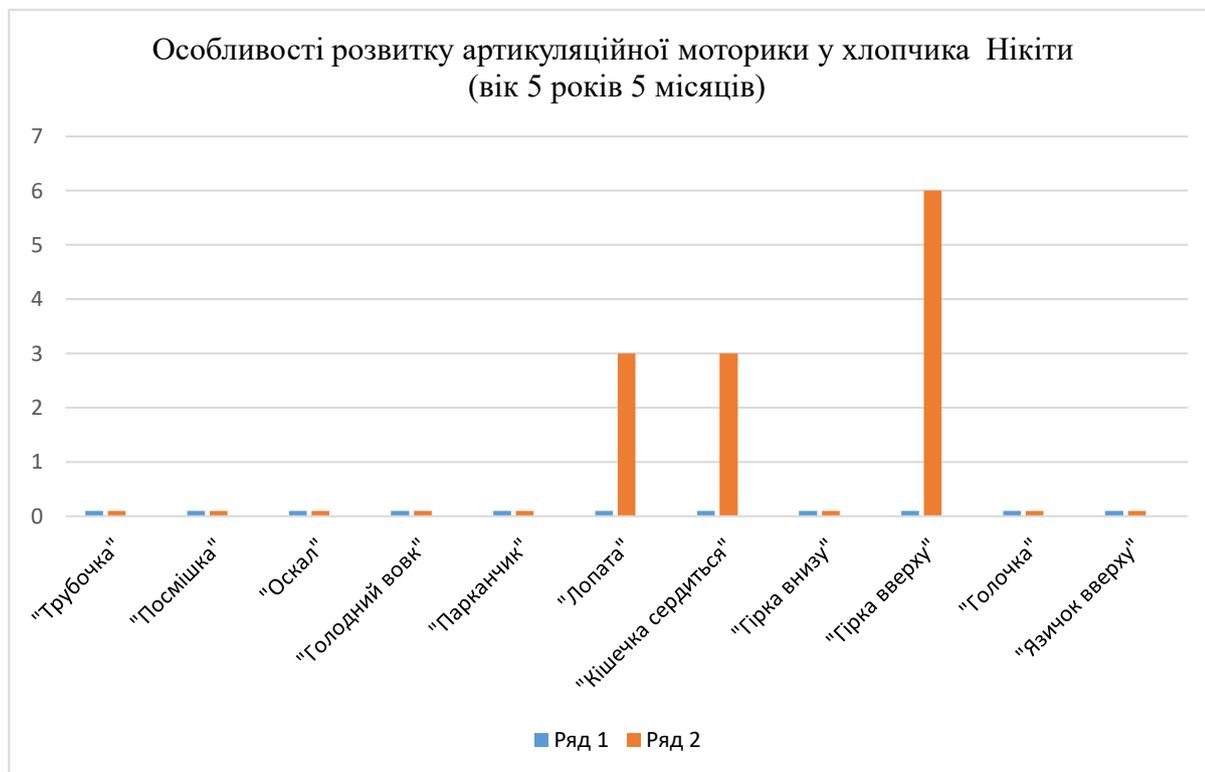


Рис. 4. Особливості розвитку артикуляційної моторики у дівчинки (вік 5 років 5 місяців): ряд 1 – дані, що вказують на нормотиповий розвиток артикуляційної моторики (у віці 4 роки – відповідно до результатів дослідження О. Архімової); ряд 2 дані, що вказують на стан розвитку артикуляційної моторики в досліджуваній дитини.

Дихання та особливості голосу відповідали нормо-типовому розвитку.

За результатами дослідження було сформовано індивідуальну програму формування артикуляційної моторики у дитини з активно-руховим типом її порушення (табл. 2).

Таблиця 2

Таблиця для формування програми корекції порушень артикуляційної моторики рухового-регуляційного типу порушення

Звук мовлення	Характер порушення вимови фонем	Артикуляційні позиції базові для формування вимови фонем	Тип порушення артикуляційної позиції
С, З, Ц, ДЗ	-с- → -ф-, -з- → -ф-, ц → т, -дз- → д	Лопата	Руховий-регуляційний
		Кішечка сердиться	Руховий-регуляційний
		Посмішка	
С', З', Ц', ДЗ'	с` → -ф`-, -з`- → -ф`-, ц` → т`, -дз`- → д`		
Ш, Ж, Ч, ДЖ	ш → -ф-, ж → -ф-, ч → т`, дж → д`	Лопата	Руховий-регуляційний
		Гірка вверху	Руховий-регуляційний
		Трубочка	

Р	Відсутній	Лопата	Руховий-регуляційний
		Гірка вверху	
		Голодний вовк	
Р'	Відсутній		
Л	Відсутній	Голочка	
Л'	Відсутній		

З урахуванням виявленого рухового-регуляційного типу порушення артикуляційної моторики ми визначили методику проведення логопедичної роботи.

Методика формування артикуляційної моторики при руховому-регуляційному типі порушення

Починали логопедичні роботи з метою формування артикуляційної моторики з формування артикуляційної позиції “Лопата”. Враховували при цьому, що робота має бути спрямована на регуляцію діяльності тонусу м'язів (коли одна група напружена, інша має бути розслабленою). Враховували, що саме узгоджена робота м'язів органів артикуляції забезпечує точність виконання артикуляційних рухів та утворення артикуляційних позицій.

Оскільки язик при цьому типі порушення у дитини був вузьким, коли вона формувала позицію язика “Лопата”, пропонували застосовувати комплекс артикуляційних рухів з елементами самомасажу, вправу “Млинці”. Дитину просили витягнути язик з ротової порожнини і покусати його (та-та-та), а тоді похлопати губами (па-па-па). Вправу проводили декілька разів поки язик не ставав широким. Тоді пропонували їй втримувати його на нижній губі під лічбу.

Після цього переходили до утворення позиції “Кішечка сердиться”. Допомогали дитині захвати кінчик язика за нижні зуби при застосуванні вправи “Оближи ложку”. При цьому на кінчик язика натискали і ховали за нижні зуби.

При утворенні “Кішечка сердиться” у дитини спостерігалось підвищення тонусу спинки язика, він знову ж ставав вузьким. Для відпрацювання цієї позиції застосовували комплекс артикуляційних вправ з елементами самомасажу. Зокрема, вправу “Почухай спинку язика”. Пропонували широко відкрити рот, впертися кінчиком язика в нижні передні зуби, вигнути спинку язика і покусати її. Тоді, прикусивши спинку язика зубами, захвати його у ротову порожнину почухуючи спинку (натискаючи зубами на спинку язика, пропонували дитині опускали її вниз і вона ставала широкою). Вправу проводили декілька разів.

Наступною була вправа “Покусай бокові краї язика”. Пропонували широко відкрити рот, впертися кінчиком язика в нижні передні зуби, вигнути спинку язика і прикусивши її зубами, захвати у ротову порожнину почухуючи і опускаючи її вниз. При цьому залишали бокові краї язика між кутніми зубами. Просили дитину покусати бокові краї язика зубами.

Вправи із формування артикуляційних позицій “Лопата” та “Кішечка сердиться” чергували із прийомами постановки звуків –с-, -з-, -ц-, -дз- до відпрацювання правильної вимови.

Після цього переходили до формування позиції “Гірка вверху”. Роботу проводили по іншому ніж у першому випадку. Спочатку було запропоновано провести масаж в області спинки язика, який проводили у позиції “Лопата”, щоб розслабити його. А саме, із використанням легких прийомів погладження та вібрації здійснювали зигзагоподібне погладження у напрямку від кінчика до кореня язика. Кінчик язика при цьому легко притримували пальцями через тканину. Коли відчували, що язик розслабився, заводили зонд під нього і шляхом ковзання піднімали його вгору. Почергово проводили масаж і в області спинки язика і під язиком поки не привчали язик, хоча б на мить підніматися вгору.

Наступним кроком було застосування артикуляційної вправ “Цокання”, яку поєднали із самомасажем, яке проводили так як було описано при активно-руховому типі порушення артикуляційної моторики.

Контрольною вправою для визначення артикуляційної готовності у дитини до постановки верхньоязикових звуків мовлення була “Гірка вверху”. Коли бачили, що язик напружувався при формуванні, ставав вузьким, хоч і втримувався вгору, чергували вправу “Млинці” із вправою “Гірка вверху”.

Після відпрацювання позиції ставили верхньоязикові звуки мовлення. Прийоми постановки цих звуків мовлення чергували з прийомами формування артикуляційної позиції “Гірка вверху”. Так допомагали дитині навчитися рух кінчика язика вгору здійснювати з легкістю. Доводили його до автоматизму. Такий підхід дозволив працювати дитині із задоволенням. У неї виходило правильно утворювати позиції, а потім навчитися вимовляти правильно звуки мовлення і вона раділа.

Тривалість логопедичної роботи до повного виправлення вимови фонем в такому ж режимі як і у попередньому випадку 6 місяців.

Таким чином, хоча у дітей зі стертою формою дизартрії приблизно ті самі звуки мовлення були неправильними у вимові та методику для їх виправлення було обрано різну, яка врахувала тип порушення у них артикуляційної моторики.

Висновки. Враховуючи те, що кожній дитині зі стертою формою дизартрії властивий власний темп роботи, диференційована симптоматика порушення зумовлена різними причинами, у процесі логопедичної роботи для кожного із дітей вибудовують шлях корекції та підбирають вправи та завдання різні. В одному логопедичному занятті можуть використовуватися різноманітні завдання чітко зорієнтовані на досягненні проміжних цілей та кінцевої мети. Таким чином, акцентовано увагу на реалізації індивідуального, нейрологопедичного та діяльнісного підходів.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів логопедичної роботи із дітьми із стертою формою дизартрії. Залишаються актуальними

для подальших досліджень варіативність проявів порушення артикуляційної моторики при стертій формі дизартрії та методика логопедичної роботи у цих випадках.

Бібліографія

- 1. Архипова Е.Ф.** Стертая дизартрия у детей. Москва: АСТ «Астрель», 2007. 331 с.
- 2. Бадалян Л.О.** Детская неврология: учеб. пособие. Москва: ООО «МЕДпресс», 1998. 576 с.
- 3. Винарская Е.Н.** Дизартрия. Москва: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141с.
- 4. Гаврилова Н.С.** Порушення фонетичного боку мовлення у дітей: *Монографія*. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друк-Сервіс», 2011. 200 с.
- 5. Гаврилова Н.С.** Типи порушень артикуляційної моторики та особливості їх корекції. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): Збірник наукових праць*. Вип. 8. Кам'янець-Подільський, 2016. URL : <http://aqce.com.ua/vipusk-n8-2017/gavrilova-ns-tipiporushen-artikuljatsijnoi-motoriki-ta-osoblivosti-ihkorrekcii.html>
- 6. Галущенко В.І.** Вплив перинатальних факторів у генезі порушень у дітей з різними формами стертої дизартрії. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Випуск 38. Київ. 2019. С. 55-60.
- 7. Голуб А.В.** Корекція порушення усного мовлення у дітей при дизартрії: *автореф. дис. ...к. пед. н.:* 13.00.03. Київ, 2019. 20 с. URL: https://old.npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/avtoref/%D0%94_26.053.23/Golub.pdf
- 8. Козьяккіна Н., Козьяккіна О., Бабадагли М., Пічугіна Т.** Роль ранньої діагностики порушень розвитку мовлення у дітей з ДЦП. *Ж-л Дефектологія* №2. 2004. С. 27-32.
- 9. Конопляста С.Ю., Синиця А.О.** Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Наук. часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи:* 36. Наукових праць. Вип. 66. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2019. С. 111-116.
- 10. Логопедія.** Підручник. За ред. М.К. Шеремет. Київ. 2010. 376 с.
- 11. Лопатина Л. В.** Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие / Под ред. Е. А. Логиновой. Санкт Петербург.: Издательство «Союз», 2005. 192 с. (Коррекционная педагогика).
- 12. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф.** Проявления стёртых дизартрий и методы их диагностики. *Ж-л Дефектология*. № 4. 1974. С. 20-26.
- 13. Тарасун В.В.** Стерта форма дизартрії: діагностика та особливості логопедичної роботи. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник. / Шеремет М.К., Мартиненко І.В. Київ: КНТ, 2006. С. 296-303.
- 14. Perrotta G.** Dysarthria: Definition, clinical contexts, neurobiological profiles and clinical treatments. *Arch Community Med Public Health* 6(2): 2020. С. 142-145. <https://www.peertechzpublications.com/articles/ACMPH-6-194.php>
- 15. Schölderle T., Haas E., Ziegler W.** Dysarthria syndromes in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*; 63: 2021. 444- 49.
- 16. Watson RM., Pennington L.** Assessment and management of the communication

difficulties of children with cerebral palsy: a UK survey of SLT practice. *Int J Lang Comm Disord*; 50: 2015. 241– 59. **17. Pennington L.**, Parker NK., Kelly H., Miller N. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457859/#CD006937-bbs2-0067> **18. Jenya Iuzzini-Seigel**, Kristen M. Allison and Ruth Stoeckel A Tool for Differential Diagnosis of Childhood Apraxia of Speech and Dysarthria in Children: *Language, Speech and Hearing Services in Schools A Tutorial Volume* 53 Pages: 2022. 921-1220 https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2022_LSHSS-21-00164

References

1. Arkhypova E.F. Stertaia dyzartryia u detei. Moskva: AST «Astrel», 2007. 331 s. **2. Badalian L.O.** Detskaia nevrolohiia: ucheb. posobyie. Moskva: OOO «MEDpress», 1998. 576 s. **3. Vynarskaia E.N.** Dyzartryia. Moskva: ACT: Astrel, Khranytel, 2006. 141 s. **4. Havrylova N.S.** Porushennia fonetychnoho boku movlennia u ditei: Monohrafiia. Kamianets-Podilskyi: TOV «Druk-Servis», 2011. 200 s. **5. Havrylova N.S.** Typy porushen artykuliatsiinoi motoryky ta osoblyvosti yikh korektsii. Aktualni pytannia korektsiinoi osvity (pedahohichni nauky): Zbirnyk naukovykh prats. Vyp. 8. Kamianets-Podilskyi, 2016. URL : <http://aqce.com.ua/vipusk-n8-2017/gavrilova-ns-tipiporushen-artikuljacijnoi-motoriki-ta-osoblyvosti-ihkorektsii.html> **6. Halushchenko V.I.** Vplyv perynatalnykh faktoriv u henezi porushen u ditei z riznymi formamy stertoii dyzartrii. Naukovyi chasopys Natsionalnoho pedahohichnoho universytetu imeni M. P. Drahomanova. Seriiia Korektsiina pedahohika ta spetsialna psykholohiia. Vypusk 38. Kyiv. 2019. S. 55-60. **7. Holub A.V.** Korektsiia porushennia usnoho movlennia u ditei pry dyzartrii: avtoref. dys. ...k. ped. n.: 13.00.03. Kyiv, 2019. 20 s. URL: https://old.npu.edu.ua/images/file/vidil_aspirant/avtoref/%D0%94_26.053.23/Golub.pdf **8. Koziavkina N.**, Koziavkina O., Babadahly M., Pichuhina T. Rol rannoii diahnostryky porushen rozvytku movlennia u ditei z DTsP. Zh-l Defektolohiia №2. 2004. S. 27-32. **9. Konopliasta S.Iu., Synytsia A.O.** Dyzartriia u systematytsi movlennievnykh porushen (suchasnyi pohliad). Nauk. chasopys NPU imeni M.P.Drahomanova. Seriiia 5. Pedahohichni nauky: realii ta perspektyvy: Zb. Naukovykh prats. Vyp. 66. K.: NPU imeni M. P. Drahomanova, 2019. S. 111-116. **10. Lohopediia.** Pidruchnyk. Za red. M.K. Sheremet. Kyiv. 2010. 376 s. **11. Lopatyna L. V.** Lohopedycheskaia rabota s detmy doskolnoho vozrasta s mynymalnymi dyzartrycheskymy rasstroistvamy: Uchebnoe posobyie / Pod red. E. A. Lohynovoi. Sankt Peterburh.: Yzdatelstvo «Soiuz», 2005. 192 s. **12. Sobotovych E.F.**, Chernopolskaia A.F. Proivavleniia stertykh dyzartryi y metody ykh diahnostryky. Zh-l Defektolohiia. № 4. 1974. S. 20-26. **13. Tarasun V.V.** Sterta forma dyzartrii: diahnostryka ta osoblyvosti lohopedychnoi roboty. Khrestomatiia z lohopedii. Navchalnyi posibnyk. / Sheremet M.K., Martynenko I.V. Kyiv: KNT, 2006. S. 296-303. **14. Perrotta G.** Dysarthria: Definition, clinical contexts, neurobiological profiles and clinical treatments. *Arch Community Med*

Public Health 6(2): 2020. C. 142-145.
<https://www.peertechzpublications.com/articles/ACMPH-6-194.php> 15.
Schölderle T., Haas E., Ziegler W. Dysarthria syndromes in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*; 63: 2021. 444- 49. 16. **Watson RM.**, Pennington L. Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy: a UK survey of SLT practice. *Int J Lang Comm Disord*; 50: 2015. 241– 59. 17. **Pennington L.**, Parker NK., Kelly H., Miller N. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457859/#CD006937-bbs2-0067> 18. **Jenya Iuzzini-Seigel**, Kristen M. Allison and Ruth Stoeckel A Tool for Differential Diagnosis of Childhood Apraxia of Speech and Dysarthria in Children: *Language, Speech and Hearing Services in Schools* A Tutorial Volume 53 Pages: 2022. 921-1220 https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2022_LSHSS-21-00164

Авторський внесок: Гаврилова Н. – 50%, Платаш Л. – 50%,

Стаття отримана 17.10.2022 р.

УДК 376-056.313

DOI 10.32626/2413-2578.2022-20.34-45

О. ГАВРИЛОВ

alex.gavrilov1967@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8591-9483>

ДО ПИТАННЯ ПРО ТЯЖКИЙ СТУПІНЬ ПОРУШЕННЯ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Відомості про автора: Гаврилов Олексій, кандидат психологічних наук, професор, доцент кафедри логопедії та спеціальних методик Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Кам'янець-Подільський, Україна. У колі наукових інтересів: психологія осіб з порушеннями інтелектуального розвитку; методики навчання дітей з порушеннями мовленнєвого та інтелектуального розвитку. E-mail: alex.gavrilov1967@gmail.com

Contact: **Havrilov Oleksiy**, PhD in of Psihological Sciences, Professor, Associate Professor of the Department of Speech Therapy and Special Techniques of Kamyanets-Podilsky Ivan Ohienko National University, Kamyanets-Podilsky, Ukraine. Academic interests: features of the development of cognitive and emotional-volitional spheres of children with speech disorders; methods of education of children with speech and intellectual disorders. E-mail: alex.gavrilov1967@gmail.com