

неврологічної симптоматики, яка включає в себе м'язову релаксацію; дихальну, артикуляційну, пальчикову гімнастику; вправи на розвиток вищих психічних функцій (уваги, пам'яті, мислення) міжпівшарну латералізацію. Обґрунтовано, що застосування цього методу вправ дає можливість розвитку м'язової моторики, кистевого захоплення руки, розвиток і корекцію когнітивних процесів, зорово-просторових представлень; зниження втоми; підвищення здатності до произвольного контролю; сприяє профілактиці дислексії та дисграфії; допомагає адаптації ліворуких; розвиває міжпівшарну спеціалізацію, міжпівшарне взаємодія, синхронізацію роботи півшарів. Кінезіологічні вправи дають кумулятивний ефект для підвищення умовної працездатності та оптимізації інтелектуальних процесів як у дітей, так і дорослих. Саме тому фахівці, які виконують вправи з «Гімнастики мозку» визначають покращення загального стану, приплив сил та енергії, покращення функції кровообігу, нормалізацію роботи внутрішніх органів.

Ключові слова: корекційно-логопедична робота, міжпівшарна латералізація, кінезіологічні вправи, «Гімнастика мозку».

Glushenko V.I. Introduction kinezioterapiya exercises in rehabilitation-comprehensive work with children and adults.

The article discusses the issue of improving ways of correction and speech therapy for children with psycho-speech disorders through the implementation of the system kinesiotherapeutical exercises. Determined the need for comprehensive health and correctional work with children, in particular with the presence of neurological symptoms, which include muscle relaxation; breathing, articulation, finger exercises; exercises for the development of higher mental functions (attention, memory, thinking) the hemispheric lateralization. It is proved that the application of this method of exercise offers the opportunity to develop the fine motor skills of the hand grip of the hand, the development and correction of cognitive processes, visual-spatial presents; reduce fatigue; increased ability to arbitrary control; contributes to the prevention of dyslexia and dysgraphia; helps adaptation left-handed; develops hemispheric specialization and interhemispheric interaction, synchronization of the hemispheres. Kinesiological exercises give a cumulative effect to enhance mental performance and optimization of intelligent processes in children and adults. That is why the specialists who perform the exercises from "brain gym" determine the improvement in General condition, a surge of strength and energy, improving the blood circulation, normalization of the internal organs.

Keywords: corrective speech therapy job, the hemispheric lateralization, kinesiological exercises, "Brain gym".

Стаття знайдена до редакції 27.09.2014 р.

Статтю прийнято до друку 29.09.2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Форосян О.І.

УДК 376-053.4:001.8

СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ УСНОГО МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЯМИ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Голуб А.В.

Усне мовлення у дітей з дизартріями ми розглядаємо, перш за все, враховуючи вчення про складну організацію усного мовлення як феномен мовленнєвої діяльності взагалі, в результаті якого можна виділити наступні базові компоненти усного мовлення: психологічний (Л. Виготський, М. Басов, П. Блонський, О. Лурія, М.Монтессорі, С. Рубінштейн та ін.), лінгвістичний (Т. Ніколаєва, О. Лаптева, О. Селіванова, Ч. Пірс, М. Бахтін, Ю. Лотман та ін.), психолінгвістичний (Л. Виготський, О.Леонтьєв, О. Лурія, М. Жинкін, І. Зимня, С. Конопляста та ін.), нейропсихологічний (О. Лурія, Є.Хомська, Т. Ахутіна, О. Лубовський, В. Тарасун та ін.), педагогічний (Е.Архіпова, Л. Лопатіна, Н. Серебрякова, Л. Позднякова, М. Шеремет, Н. Пахомова, В. Галущенко, Л.Брюховських та ін.). Безперечно, усне мовлення стратегічно доцільно визначити як синтез міжструктурованої взаємодії психологічного, лінгвістичного, психолінгвістичного, нейропсихологічного та педагогічного аспектів, в основу якого покладено мультидисциплінарний взаємозв'язок. Даний підхід, на нашу думку, дозволяє здійснити не лише глибинний аналіз механізмів дефекту та його структури, але й визначити напрями корекції порушень усного мовлення при тяжких мовленнєвих вадах, зокрема при дизартрії.

Останні десятиріччя вивчення розладів усного мовлення у дітей з дизартріями здійснюється, в основному, у руслі педагогічних позицій, де, як правило, враховується лише лінгвістичний підхід: досліджується кожний компонент мовленнєвої системи (фонетико-фонематичні процеси, лексико-граматична будова, зв'язне мовлення з його просодичним оформленням (Є. Серебрякова, Л. Лопатіна, Е. Архіпова, М. Шеремет, Н.Пахомова, Л. Брюховських та ін.); розглядаються загальні принципи системної логопедичної роботи без урахування різноманітних форм дизартрії, висвітлюється, в основному, стерта дизартрія, найчастіше, її псевдобульбарна форма. Відчувається гострий дефіцит досліджень показників інших структурних компонентів усного мовлення дітей з дизартріями, які є не менш актуальними: психологічний, психолінгвістичний, нейропсихологічний.

Такий міждисциплінарний підхід до даної проблеми відображений на другому етапі нашого дослідження,

який є основним - етапі симптоматологічної діагностики. Він представлений трьома блоками: 1-й блок – лінгвістичний напрям дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; 2-й блок – психолінгвістичний напрям дослідження усного мовлення дітей з дизартріями; 3-й блок - нейропсихологічний напрям дослідження усного мовлення дітей з дизартріями (у межах нашого дисертаційного дослідження психологічний базовий компонент усного мовлення при дизартріях у діагностичній моделі не розглядається).

Методологічною основою комплексного дослідження усного мовлення дітей з дизартріями є вчення про рівневу («вертикальну») та внутрішню («горизонтальну») будови мовної системи (О. Лурія, О. Леонтьєв, Т. Ахутіна та ін.); психолінгвістична концепція мовленнєвої діяльності І. Зимньої, вчення про основні форми зовнішнього усного мовлення: діалогічного, монологічного та полілогічного (групового) як особливих видів реалізації мовленнєвої діяльності (О. Леонтьєв, М. Жинкін, І. Зимня), теорія структурних одиниць мовленнєвої діяльності (О. Леонтьєв), вчення про слово як основну мінімальну психолінгвістичну одиницю (Л. Виготський); лінгвістична та психолінгвістична концепція тексту як форми усного мовлення, вербального твору (Т. Ніколаєва, О. Лаптева, О. Селіванова, Ч. Пірс, М. Бахтін, Ю. Лотман, І. Гальперін, Л. Лосєва та ін.); Лурієвська нейропсихологічна концепція про три функціональні блоки мозку (О. Лурія, 1973), яка переконливо доведена у дослідженнях Н. Пиласвої (1995), Н. Корсакової та ін. (1997), О. Циганок, М. Ковязіної (1998), Т. Ахутіної (2001), Ж. Глозман, А. Потаніної (2004) та ін.. При цьому враховувалося положення про необхідність лінгвістичного розвитку дитини, що формує усвідомлення мовних явищ для подальшого розвитку мовлення дитини (Ф. Сохін, О. Максаков, Є. Струніна, Є. Федеравичене, Г. Ніколайчук, О. Ушакова, Т. Винградова, Г. Белякова, Г. Тумакова та ін.); ідеї активного впровадження психолінгвістичних знань в теорію й методику логопедичної роботи (Т. Філічева, Г. Чиркіна, Л. Волкова, Б. Гріншпун, Р. Лалаєва, О. Орлова, С. Шаховська, В. Вороб'їова та ін..).

Проведення констатувального дослідження по трьом стратегічним напрямом (лінгвістичному, психолінгвістичному, нейропсихологічному) забезпечило можливість отримання багатоаспектних даних щодо розвитку усного мовлення дітей з дизартріями. Визначено стан сформованості лінгвістичного структурного компоненту усного мовлення, психолінгвістичного структурного компоненту усного мовлення та нейропсихологічного структурного компоненту усного мовлення для кожної із форм дизартрії.

Визначаючи стан усного мовлення при різних формах дизартрії, ми класифікували дизартрію за синдромологічним принципом (І. Панченко), в основі якої покладений провідний неврологічний синдром та провідні феномени порушення моторики (стан м'язевої системи). Відповідно з таким підходом більшість дослідників виділяють наступні форми дизартрії: спастико-паретична, спастико-ригідна, гіперкінетична, атактична. Ми розділяємо погляд сучасних дослідників з даної проблеми, Л. Белякової та Н. Волоскової, які класифікуючи дизартрію, виділяють *спастико-паретичну* (спастичний варіант, паретичний варіант, гіперкінетичний варіант), *гіперкінетичну*, *атонічно-астатичну* форми дизартрії у дітей.

Експериментальне дослідження проводилось на базі Ніжинської дитячої поліклініки, реабілітаційного центра при дитячому садочку № 9 м. Ніжина, в логопедичних групах при дитячому садочку № 21 м. Ніжина. В експерименті взяло участь 88 осіб. Це діти з ДЦП (51 дит.) та нормальним психо-фізичним розвитком (НПФР) (37 чол.) (Є. Мاستюкова).

Стан сформованості *лінгвістичного* структурного компоненту усного мовлення у дітей з усіма формами дизартрії полягав у дослідженні фонологічного (фонетико-фонематичного) блоку (обстеження експресивного та імпресивного рівнів мовлення); *психолінгвістичного* – у дослідженні структурних одиниць мовленнєвої діяльності (*рівня називання*: дослідження семантичної структури слова: значення слова (лексичне, граматичне), «семантичного поля», смислу, поняття слова; *рівня смислового зв'язного мовлення*: дослідження основних форм зовнішнього усного мовлення (діалогічного, монологічного, полілогічного) та *текстових категорій* як критеріїв усного мовлення (категорії зв'язності, послідовності та логіко-смислової організації)). Стан сформованості *нейропсихологічного* структурного компоненту усного мовлення полягав у дослідженні загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики, кінестетичного, просторового та динамічного праксису та гнозису, дослідженні когнітивної сфери.

Визначена наступна *лінгвопатологічна симптоматика* усного мовлення у дітей з дизартріями. Умовно ми розділили дітей на три групи (А, Б, В). До групи А увійшли діти з *1-ю (легкою) формою звукових порушень* (І. Панченко), яка виявлена при *спастико-паретичній* формі *спастичного варіанту* дизартрії, (15 чол. - діти з ДЦП та 5 дитина з НПФР) та при *атонічно-астатичній* формі *дизартрії* (1 дитина, з НПФР, після операції на мозочку, 1 атонічно-астатичною формою ДЦП). Стан фонетико-фонематичних процесів характеризувався елементарними фонетичними розладами, але із збереженістю усіх диференціальних фонематичних прикмет. Фонемні та морфемні висловлювання практично збережені. У даної групи дітей спостерігалось порушення стану дихальної системи, що є наслідком у відхиленні взаємодії дихальних м'язів, та якість фонації: темп мовлення уповільнений, голос слабкий, затухаючий, монотонний, смислові відрізки висловлювань в цілому не виділяються засобами інтонації. У дитини з атонічно-астатичною формою дизартрії порушення просодичної площини

мовлення характеризується вираженою скандованою темпо-ритмічною організацією. У 1-ї дитини зі *спастико-паретичною* формою *спастичного варіанту* дизартрії виявлено заїкування неврозоподібної форми легкого ступеня (дитина з ДЦП).

2-а (середня) форма звукових порушень (І. Панченко) виявлена у дітей групи Б. До неї увійшли діти зі *спастичним варіантом спастико-паретичної форми дизартрії* (12 з ДЦП, 16 з НПФР), з *паретичним варіантом спастико-паретичної форми дизартрії* (8 з ДЦП, 10 з НПФР 5). У даної групи дітей помітно спотворений експресивний рівень фонологічного блоку усного мовлення (більша частина звуків «змазана»), імпресивний рівень порушений - фонематичний слух, увага, контроль, уявлення відхилені від норми. Порушення стану дихальної системи та просодичної площини більш виражені, ніж у дітей групи А. В 3-ох дітей (1 дитина - з НПФР, 2 дитини – з ДЦП) виявлене неврозоподібне заїкування важкого ступеня.

До групи В увійшли діти з *3-ю (важкою) формою звукових розладів* (І. Панченко): діти зі *спастичним варіантом спастико-паретичної форми дизартрії* (6 - ДЦП, 1 - НПФР), діти з *паретичним варіантом спастико-паретичної форми дизартрії* (4 - ДЦП, 2 - НПФР), діти з *гіперкінетичним варіантом спастико-паретичної форми дизартрії* (2 - ДЦП, 1 - НПФР), діти з *гіперкінетичною формою дизартрії* (1 - ДЦП, 1 - з НПФР), 1 дитина з атонічно-астатичною дизартрією при з відповідною формою ДЦП. Спостерігались грубі порушення фонетичної системи (спотворення звуків, заміна приголосних та голосних, пропуски голосних звуків, нестійка складова структура слова). Темп мовлення повільний, паузи довготривалі, голос скрипучий, сиплий, з назальним відтінком. Особливо вражає стан лінгвопатологічної симптоматики усного мовлення дітей з гіперкінетичною формою дизартрії при важкій формі звукових порушень: грубо виражене порушення ритмічної послідовності мовлення, виявлені специфічні голосові розлади. Темп мовлення швидкий, непостійний; ритм – різко порушений, плавність мовлення - переривчаста, поштовхоподібна. Голос здавлений, інколи звучить як вібруючий, тремтячий.

Ретельне обстеження психолінгвістичного структурного компоненту усного мовлення дозволило описати *психолінгвістичну симптоматику* усного мовлення у дітей з дизартріями. У дітей групи А та групи Б психолінгвістична симптоматика відповідає нормі (умовно) (стан рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення фактично збережені (в основному діти володіють лексичними та синтаксичними висловлюваннями). Лише у 3-х дітей із групи Б (1 дитина - з НПФР, 2 дитини – з ДЦП) виявлене системне порушення мовлення, загальний недорозвиток мовлення (3-ій ступінь) як наслідок неврозоподібного заїкування важкого ступеня при спастико-паретичній дизартрії (паретичний варіант).

Цікавою виявилася психолінгвістична симптоматика у дітей групи В. Стан рівня називання та рівня смислового зв'язного мовлення виявився незадовільним. Низький рівень та практична його відсутність сформованості значення слова (лексичного, граматичного), «семантичного» поля слова, смислу слова, його поняття. Несформованість основних форм зовнішнього усного мовлення (діалогічного, монологічного, полілогічного). Дослідження текстових категорій підтверджують складність стану усного мовлення у дітей даної групи: відсутні смислові зв'язки між частинами оповідання, логічні та граматичні зв'язки між реченнями, зв'язок між частинами (членами речення), характерна незавершеність вираження думки. Виявлені основні порушення послідовності тексту, як вербального твору: пропуски, перестановка членів послідовності, змішання різних рядів послідовності. Повна відсутність логіко-смислової організації тексту.

Зазначене засвідчує про порушення процесу *програмування* у моделі механізму породження мовленнєвого висловлювання (О. Леонт'єв), що дозволяє нам виявити *алалічну симптоматику при дизартричному симптомокомплексі* (15 діт. з ДЦП, 5 з НПФР).

Виявлена нейропсихологічна симптоматика усного мовлення дітей з різними формами дизартрії, дозволила нам визначити наступні форми порушеного нейропсихічного розвитку: легка та виражена. До групи з *легкою формою порушення нейропсихічного розвитку* увійшли діти як з ДЦП (спастична диплегія, геміпаретична, атонічно-астатична форми ДЦП) (31) так і діти з НПФР (29). В основному, це діти групи А та Б. Незважаючи на те, що у дітей з ДЦП (діти, які самостійно пересувалися) на фоні складного неврологічного діагнозу спостерігалися виражені порушення загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики; розвиток кінестетичного, просторового та динамічного праксису та гнозису недостатньо сформований (у порівнянні з нормою), - їх віднести до легкої форми порушення нейропсихічного розвитку дозволив стан когнітивної сфери, який виявився збереженим (нормативним). Хоча, при цьому спостерігались виражені астеничні прояви: підвищена стомлюваність, виснаження усіх психічних процесів, що обумовлено органічним ураженням центральної нервової системи. Діти з НПФР мали незначні порушення загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики. Показники інших нейропсихологічних процесів - в нормі.

До групи з *вираженою формою порушення нейропсихічного розвитку* увійшли діти з групи Б та В (28). Це діти з ДЦП (геміпаретична, гіперкінетична форми ДЦП) (20) , які пересувалися самостійно, за допомогою палички та були на інвалідному візку, та діти з НПФР (8). У дітей з ДЦП на фоні недостатньо сформованих

основних нейропсихічних процесів та вираженого відхилення у розвитку загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики, зафіксовані як низькі показники стану інтелектуальної сфери, так і недостатньо сформовані. Це діти із затримкою психічних функцій (ЗПР), яка, у одних, обумовлена парціальним недорозвитком психічних процесів: спостерігався нерівномірний, дисгармонійний характер порушень окремих психічних функцій, що пов'язано з мозаїчним характером ураження головного мозку на ранніх етапах його розвитку при ДЦП. У інших, ЗПР обумовлена соціальною депривацією: знижений запас знань та уявлень про оточуючий світ як наслідок соціального обмеження. Це відбувається за причиною вимушеної ізоляції, обмеженням контактів дитини з ровесниками та дорослими людьми у зв'язку з труднощами пересування, а також з проявами рухових та сенсорних розладів (у 3-х дітей з гіперкінетичною формою ДЦП порушений фізіологічний слух).

Діти з дизартріями з НПФР (діти групи В - 5 чол., діти групи Б - 3 чол.) мали системні порушення нейропсихічного розвитку: виражені відхилення загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики, кінететичного, просторового та динамічного праксису та гнозису; помітно страждають пам'ять та інтелект. Виявлена ЗПР на фоні алалічної симптоматики. ЗПР у таких дітей відбувалася у зв'язку з порушенням темпу зрілості психічних функцій (зафіксований прояв конституціонального, соматогенного та психогенного інфантилізму (В. Лебединський)).

Слід зазначити, що діти з дизартріями при НПФР раніше не отримували консультацію невролога і мали це зробити тільки після відвідування логопеда за його рекомендацією. Неочікуваним для нас, неврологічний статус виявився нормативним у 97 % дітей, що не відповідало дійсності.

Таким чином, виявлені узагальнені симптоми основних структурних (базових) компонентів усного мовлення дітей з дизартріями (симптомокомплекси), допомогли нам описати дизартричні синдроми, що характеризують усне мовлення дітей з дизартріями: 1) дизартричний синдром без обтяження інтелекту (ФФНМ); 2) дизартричний синдром з обтяженням інтелекту (ФФНМ, ЗПР); 3) дизартричний синдром з алалічною симптоматикою та обтяженим інтелектом (ЗНМ, ЗПР); 4) дизартричний синдром, обтяжений важким ступенем неврозоподібного заїкування (ЗНМ без алалічної симптоматики).

Отже, проведення констатувального дослідження по трьом стратегічним напрямкам (лінгвістичному, психолінгвістичному, нейропсихологічному) забезпечило можливість отримання багатоаспектних даних щодо розвитку усного мовлення дітей з дизартріями. Є усі підстави вважати, що природа і механізми порушень усного мовлення при дизартріях мають складний, багаторівневий, мультифакторний характер. Визначення основних лінгвопатологічних, психолінгвістичних та нейропсихологічних симптомів усного мовлення дітей з дизартріями, дозволяє описати основні дизартричні синдроми, визначити чіткі критерії кожної із форм дизартрії та намітити здійснення навчально-корекційного впливу.

Література

1. Выготский Л.С. Развитие устной речи / Л.С.Выготский // Собр.соч.: В.6 т. – М.: Просвещение, 1982. – Т.3. – с.164-176.
2. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. – М.: Гуманитар. Изд. Центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
3. Глухов В.П. Основы психолингвистики: учеб. Пособие для студентов педвузов – М.: АСТ: Астрель, 2008. - 351, [1] с., - (Высшая школа).
4. Зимняя И.А. Лингвopsихология речевой деятельности. – М., 2001. – 429 с.
5. Конопляста С.Ю. Развитие детей из врожденными незрощеннями губи та піднебіння. Теорія та практика: Монографія. – Київ. – НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. – 287 с.
6. Леонтьев А.А. Психолінгвістические единицы и порождение речевого высказывания. – М.: Наука, 1969. – 307 с.
7. Лурія А.Р. Основы нейропсихологии. – (переизд.) М.: Изд. Центр «Академия», 2002. – 384с.

References

1. Vygotskiy L.S. Razvitiye ustnoy rechi / L.S.Vygotskiy // Sobr.soch.: V 6 t. – M.: Prosveshcheniye, 1982. – T.3. – p.164-176.
2. Belyakova I. I., Voloskova N. N. Logopediya. Dizartriya. – M.: Gumanitar. Izd. Centr VLADOS, 2009. -287s.
3. Gluhov V.P. Osnovy psiholingvistiki: ucheb. Posobie dlya studentov pedvuzov - M.: AST: Astrel, 2008. – 351, [1] s., - (Vysshaya shkola).
4. Zimnyaya I. A. Lingvopsihologiya rechevoj deyatel'nosti. M., 2001. 429 s.
5. Konoplyasta S. YU. Rozvytok ditej z vrodzhenymy nezroschennyamu guby ta pidnebinnya. Teoriya ta praktika: Monografiya. - Kyiv. - NPU imeni M. P. Dragomanova, 2008. – 287 s.
6. Leontev A. A. Psiholingvisticheskie edinicy i porozhdenie rechevogo vyskazyvaniya. - M.: Nauka, 1969. - 307s.
7. Luriya A. R. Osnovy nejropsihologii (pereizd) M.: Izd. Centr «Akademiya», 2002. -384 s.

Голуб А.В. Сучасний стан дослідження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку

Стаття присвячена дослідженню усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку. Сучасний погляд на дану проблему розкриває особливості усного мовлення дітей даної категорії з позиції міждисциплінарного підходу, який в логопедії набуває все більшої значимості та вагомості. Висвітлюється науково-методичне підґрунтя комплексного дослідження усного мовлення дітей з дизартріями старшого дошкільного віку. Здійснюється аналіз стану сформованості структурних компонентів усного мовлення у дітей при різних формах дизартрії по основним напрямкам дослідження (лінгвістичному, психолінгвістичному, нейропсихологічному). Визначаються основні лінгвопатологічні, психолінгвістичні та нейропсихологічні симптоми усного мовлення дітей з дизартріями, що дозволяє описати дизартричний симптомокомплекс (синдром): 1) дизартричний синдром без обтяження інтелекту (ФФНМ); 2) дизартричний синдром з обтяженням інтелекту (ФФНМ, ЗПР); 3) дизартричний синдром з алалічною симптоматикою та обтяженим інтелектом (ЗНМ, ЗПР); 4) дизартричний синдром, обтяжений важким ступенем неврозоподібного заїкування (ЗНМ без алалічної симптоматики). Саме

міждисциплінарний підхід також дозволяє визначити чіткі критерії кожної із форм дизартрії (спастико-паретичної, гіперкінетичної, атонічно-астатичної) та намітити здійснення навчально-корекційного впливу при складній мовленнєвій ваді – дизартрії.

Ключові слова: усне мовлення, структурні компоненти усного мовлення, дизартрія, форми дизартрії, дизартричний симптомокомплекс.

Голуб А.В. Современное состояние исследования устной речи детей с дизартриями старшего дошкольного возраста

Статья посвящена исследованию устной речи детей с дизартрией старшего дошкольного возраста. Современный взгляд на эту проблему раскрывает особенности устной речи детей данной категории с позиции междисциплинарного подхода, который в логопедии приобретает все большую значимость и весомость. Освещается научно-методическая основа комплексного исследования устной речи детей с дизартрией старшего дошкольного возраста. Осуществляется анализ сформированности структурных компонентов устной речи у детей при различных формах дизартрии по основным направлениям исследования (лингвистическом, психолингвистическом, нейропсихологическом). Определяются основные лингвопатологические, психолингвистические и нейропсихологические симптомы устной речи детей с дизартрией, что позволяет описать дизартрический симптомокомплекс (синдром): 1) дизартрический синдром без отягощенного интеллекта (ФФНР); 2) дизартрический синдром с отягощенным интеллектом (ФФНР, ЗПР); 3) дизартрический синдром с алалической симптоматикой и отягощенным интеллектом (ОНР, ЗПР); 4) дизартрический синдром, отягощенный тяжелой степенью неврозоподобного заикания (ОНР без алалической симптоматики). Именно междисциплинарный подход также позволяет определить четкие критерии каждой из форм дизартрии (спастико-паретической, гиперкинетической, атонически-астатической) и наметить осуществления учебно-коррекционного воздействия при сложной речевой патологии - дизартрии.

Ключевые слова: устная речь, структурные компоненты устной речи, дизартрия, формы дизартрии, дизартрический симптомокомплекс.

Golub A.V. The current state of research of speech of children with dysarthria preschool age

Article investigates the speech of children with dysarthria preschool age. The modern view on this issue reveals the peculiarities of speech of children in this category positions multidisciplinary approach in speech therapy is gaining significance and importance. Highlights the scientific and methodological basis a comprehensive study of speech of children with dysarthria preschool age. The analysis of the state of formation of structural components of speech in children with various forms of dysarthria in major areas of research (linguistic, psycholinguistic, neuropsychological). The basic linhvopatolohichni, psycholinguistic and neuropsychological symptoms speech of children with dysarthria, which allows to describe dyzartrychnyy syndrome (syndrome): 1) dyzartrychnyy syndrome without burdening Intelligence (FFNS); 2) dyzartrychnyy syndrome burden Intelligence (FFNM, CRA); 3) dyzartrychnyy alalichnoyu syndrome symptoms and burdened with intelligence (RM, CRA); 4) dyzartrychnyy syndrome, weighed down by a heavy degree of neurosis zayikuvannya (RM alalichnoyi without symptoms). This multidisciplinary approach also allows readings to determine the criteria for each of dysarthria (spasticity-paretic, hyperkinetic, atonic-astatic) identify and implement educational and correctional intervention with complex speech pathology - dysarthria.

Keywords: speaking, structural components of speech, dysarthria, forms of dysarthria, dyzartrychnyy syndrome.

Стаття надійшла до редакції: 28.09.2014 р.

Статтю прийнято до друку: 29.09.2014 р.

Рецензент: д.п.н., проф. Конопляста С. Ю.

УДК 376.36:37.015.3

ЗНАЧЕННЯ РОБОТИ НАД СЕМАНТИКОЮ СЛІВ У ПРОЦЕСІ ВИВЧЕННЯ МОЛОДШИМИ ШКОЛЯРАМИ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ РОЗДІЛУ «БУДОВА СЛОВА»

Гриненко О. М.

кандидат педагогічних наук

Належний рівень мовленнєвого розвитку дитини передбачає сформованість його основних сторін, сприяє удосконаленню спеціальних мовних знань, умінь і навичок усного й писемного мовлення, збагаченню словникового запасу, якісному оволодінню іншими навчальними дисциплінами (Л. Варзацька, М. Вашуленко, М. Львов, Т. Потоцька, О. Савченко, Н. Скрипченко, О. Хорошковська та ін.). Суттєві порушення балансу такого розвитку за наявності особливостей, пов'язаних із дефіцитом основних компонентів мовленнєвої функції, обумовлюють необхідність створення адекватної стратегії навчання категорії учнів із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) в умовах школи (Е. Данілавічюте, О. Ревуцька, Є. Соботович, В. Тарасун, В. Тищенко, Н. Чередніченко, М. Шевченко, М. Шеремет та ін.).

Вивчення розділу «Будова слова» має позитивний вплив на учнівське мовлення. У силу своєї семантичної природи морфема впливає на інші мовні рівні, а саме, на ті, центральним об'єктом яких виступає слово у всіх його можливих мовних проявах (звучання, будова, лексичне значення, морфологічні ознаки, синтаксична роль, особливості стилістичного використання та ін.). Навчальна словотворча робота формує в учнів