

**Інститут спеціальної педагогіки і психології імені
Миколи Ярмаченка НАПН України**

ДАНІЛАВІЧУТЄ ЕЛЯНА

**ДИЗАРТРИЯ: ПІДТРИМКА ДИТИНИ
З ОСОБЛИВИМИ МОВЛЕННЄВИМИ ПОТРЕБАМИ В
ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ**



Київ

2023

УДК 376.3

*Рекомендовано вченою радою
Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка
НАПН України (протокол №11 від 14.12.2023 р.)*

Рецензенти:

Нагорна О. В. – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри педагогіки та спеціальної освіти Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Вінниченка (м. Кропивницький);

Воробей О. В. – директор Інклюзивно-ресурсного центру №10 Шевченківського району м. Києва.

Данілавічюте Е. Дизартрія: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі : навч.-метод. посіб. Київ. 2023. 96 с.

У навчально-методичному посібнику розкрито сутність нейромоторного дефіциту при порушеннях іннервації мовленнєвого апарату в умовах наявності дизартрії, описано симптоматику прояву особливостей мовлення з точки зору комунікативного компоненту та принципу «розбірливості» мовлення для оточуючих.

Репрезентовано сутність і обґрунтовано доцільність застосування психолінгвосинергетичного підходу до виявлення освітніх труднощів, що обумовлені наявністю особливостей мовленнєвого розвитку в умовах нейромоторного дефіциту. Представлена технологія підтримки дитини з дизартрією у освітньому середовищі розроблена з позицій освітнього критерію, що дає змогу визначати ступінь прояву освітніх труднощів, які є наслідком особливостей розвитку мовлення, та своєчасно реагувати на визначені потреби.

Матеріали посібника можуть прислужитися вчителям-логопедам, психологам, фахівцям ІРЦ, педагогам закладів освіти, асистентам педагога, здобувачам вищої освіти та батькам дітей з особливими мовленнєвими потребами.

ПЕРЕДНЄ СЛОВО

Ідеї, репрезентовані представниками психологічного і психолінгвістичного напрямів (В. Штейнталь, В. Вундт, Л. Вайсгербер, О. Потебня, Г. Шпет, Л. Щерба, Г. Рамішвілі, О. Леонтьєв, Є. Тарасов, О. Шахнарович та ін.), з одного боку, сприяли подальшому розвитку думки В. Гумбольдта, який розглядав **мову як діяльність**, дух народу, спроможний встановлювати закони світосприйняття, з іншого – з'явилися джерелом для формування нового погляду на людину як творця мови, а водночас **члена мовного колективу**. Саме такого ракурсу набули подальші наукові дискусії у контексті теми «мова і суспільство», що знайшли своє втілення у дослідженнях соціолінгвістичного спрямування (Ф. де Соссюр, А. Сеше, Ш. Баллі, А. Мейє; Е. Сепір, В. Лабов, Д. Хаймс та ін.), а далі офіційно визнаної галузі «соціолінгвістика»¹ науковцями країн світу (США: У. Уїтні, Б. Уорф, Е. Сепір; Польщі: С. Гайда, М. Глушковські, К. Фелешко, Е. Смулкова; Чехії: В. Матезіус, Й. Вахек; Франції: Ф. Брюно, А. Мейє; Швейцарії: Ш. Баллі, А. Сеше; Великобританії: Дж. Фьорс тощо) *та України: Р. Зорівчак, Л. Масенко, В. Михальченко, Л. Нагорної, М. Олікова, О. Попадинці, Л. Ставицької, С. Швачкота та ін.*

Соціальний контекст аналізу мови і мовлення дає змогу розглядати їхню роль з точки зору різних ситуацій функціонування і життєдіяльності особи у соціумі. Знання мови і уміння нею користуватися, що складають мовну компетентність носія, а також уміння враховувати соціокультурні параметри спілкування, забезпечуючи його комунікативну компетентність, – нині ті аспекти, які потрапляють не лише до фокусу уваги соціолінгвістів, а і всіх фахівців, дотичних до організації освітнього процесу. З такої точки зору **заклад освіти виступає як один із варіантів інституційного соціального контексту, висуваючи свої правила облаштування лінгвістичного простору**, ключовий компонент якого – **мовна норма**. Вона є закономірним результатом відбору і подальшого використання певних засобів мови, які взято за зразкові, що документально закріплено за допомогою лінгвістичної кодифікації. Саме мовні засоби з перших днів навчання дитини у закладі освіти стають одним з провідних інструментів опанування знань. Відсутність можливості

¹ Термін введено у науковий обіг американським соціологом Х.Карріб у 1963 році

дотримуватися означеної вище мовної норми може бути *результатом наявності порушень мовленнєвого розвитку різного ступеня прояву*, а провідна роль лінгвістичного інструментарію у такому випадку – суттєва перешкода на шляху до успішного опанування знань будь-якого напрямку.

Особи з порушеннями мовлення – частина учнівської спільноти, яка носить назву «особи з особливими освітніми потребами», і входить до кола офіційно визнаної термінології на теренах нашої країни з моменту внесення змін до Закону України «Про освіту»² від 23. 05. 2017 щодо особливостей доступу означених осіб до освітніх послуг. На основі виокремлених з точки зору пріоритетності *освітнього критерію* основних *класифікаційних ознак* особливих освітніх потреб дитини, порушення мовлення віднесено до *особливостей психофізичного розвитку* (різного походження, часу виникнення, ступеня прояву, перебігу й тривалості), що проявляються у дефіциті мовленнєвої функції і можуть призводити до різних *труднощів у процесі опанування знань*. Відтак освітній простір найчастіше виступає яскравим індикатором наявності порушень мовленнєвого розвитку, що вимагає чіткого алгоритму своєчасного виявлення та супроводу з метою запобігання виникненню або долання перешкод на шляху до отримання особою усіх рівнів освіти. Саме тому ракурс сучасних вітчизняних наукових розвідок відділу логопедії Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України – глибокий аналіз не лише механізмів порушень мовленнєвого розвитку, а і **основних сфер розвитку дитячого організму** з метою усвідомлення індивідуальних ключових освітніх потреб в умовах наявності мовленнєвого дефіциту (Г. Грибань, Е. Данілавічюте, В. Ільяна, З. Мартинюк, Ю. Рібцун, Л. Трофименко). З точки зору науковців важливим є врахування того факту, що у сучасній науці життєдіяльність живої системи прийнято розглядати і як її здатність до життя (стану розвитку *фізичної і психічної* складових), і як оптимальну діяльність та поведінку відповідно до соціальних і культурологічних норм суспільства (стану розвитку *соціальної і особистісної* складових). Відтак фокус уваги стосується аналізу трьох основних рівнів становлення організму, які мають ієрархічний

² ЗУ «Про внесення змін до Закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» // Відомості Верховної Ради (ВВР). – Київ, 2017. – № 30. – С. 322.

взаємозв'язок, і представлені у біо-психо-соціальній моделі розвитку (George L. Engel, 1978)³.

Означений погляд дає змогу переосмислити нині існуючі засоби підтримки осіб з порушеннями мовлення, а також переконатися у тому, що концепція визначення «структури дефекту» традиційно для нашої країни передусім створенню оптимального освітнього маршруту подальшого розвитку дитини, **залишаючись прерогативою вузькоспеціалізованих професіоналів**, наприклад вчителів-логопедів, у контексті супроводу осіб з порушеннями мовлення на логопедичних заняттях корекційно-розвиткового спрямування або на уроках/заняттях спеціальних шкільних/дошкільних закладів освіти, які проводять компетентні вчителі початкової ланки освіти/вихователі. Проте педагоги-предметники означених інституцій, найчастіше приймаючи естафету навчання, опиняються в умовах можливості використання єдиного доступного інструменту – освітнього. У подібній ситуації опиняються фахівці інклюзивних закладів освіти, зосереджуючи зусилля на необхідності втілення в освітній процес унормованих вимог до навчання, водночас не маючи належного «озброєння» для миттєвого реагування на особливі потреби, що є наслідком дефіциту мовленнєвої функції. Накопичений багаторічний досвід надання допомоги в системі спеціальної освіти, а також первинний досвід організації навчання з позицій принципу інклюзивності вимагають вибору **такого ракурсу трактування особливостей мовленнєвого розвитку, який би дав змогу аналізувати їх з позицій саме освітнього критерію**, що є вкрай необхідною вимогою сьогодення з огляду на потребу в створенні пристосувального освітнього середовища. Особливо актуальним такий підхід стає у випадках необхідності підтримки дитини з тяжкими порушеннями мовлення, одним з яких є **дизартрія**.

Мета створення навчально-методичного посібника полягає у розкритті диференційованих механізмів виникнення нейромоторного дефіциту при порушеннях іннервації мовленнєвого апарату в умовах наявності дизартрії. У посібнику описано симптоматику прояву особливостей мовлення з точки зору комунікативного компоненту та принципу «розбірливості» мовлення для

³ Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. URL: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>

оточуючих, репрезентовано сутність і обґрунтовано доцільність застосування **психолінгвосинергетичного підходу** до виявлення та подолання освітніх труднощів при дизартрії: можливість здійснити аналіз мовленнєвого порушення не лише з точки зору недосконалості фонологічного компонента мовлення, а і з урахуванням власних «пристосувань» дитини до недосконалості мовленнєвої функції, що позначається на інших сферах її розвитку, роблячи механізм порушення унікальним – таким, який потребує індивідуального алгоритму реагування на потреби. Представлена **технологія підтримки дитини з дизартрією у освітньому середовищі розроблена з позицій освітнього критерію**, що дало змогу створити інструментарій вимірювання ступеня прояву освітніх труднощів, які є наслідком особливостей розвитку мовлення, визначення бар'єрів, які можуть ставати на заваді успішного опанування знань і створювати потребу у специфічній підтримці певного рівня. Саме тому матеріали розробки можуть бути корисними у роботі вчителів-логопедів, психологів, фахівців ІРЦ, педагогів закладів освіти, асистента педагога, а також слушно прислужитися здобувачам вищої освіти та батькам дітей з особливими мовленнєвими потребами.

РОЗДІЛ 1

ДИЗАРТРИЯ У КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ УЯВЛЕНЬ ПРО НЕЙРОМОТОРНИЙ ДЕФІЦИТ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗМУ ДИТИНИ

Межі моєї мови означають межі мого світу.

(Людвиг Вітгенштейн)

1.1. Сутність нейромоторного дефіциту

Стислий огляд раннього взаємозв'язку мовлення та моторики

«...Він кричав, мукав та плакав. ...Йому приносили надувні м'ячі, дитячі іграшки – нічого не допомагало. ...Хтось запропонував йому зошит, товстий зошит у клітинку. Новачок зрадив, закивав. Вчепився у зошит, заспокоївся та раптом розбірливо сказав: «Дай». ...Його просили знов та знов сказати «дай». Він повторював та всміхався. ...Майже без запинки він міг ясно промовляти слова «мама», «тато», «дай», «так»... Слово «ні» він вимовляв насилу, спочатку майже нечутне «н», потім пауза та довге протяжливе «і-іі». Але цього було достатньо...». Так охарактеризував ситуацію, пов'язану з дефіцитом мовленнєвого спілкування дитини з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) автор автобіографічного роману «Біле на чорному» Рубен Давид Гонсалес Гальєго, який провів частину свого життя в інтернатах для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Такими постають тяжкі порушення мовленнєвого розвитку (часто саме дизартрії виникають у контексті ДЦП), викликаючи різну реакцію у обивателів. Остання залежить від їхнього рівня культури та має безпосередній вплив на формування соціальних контактів.

З точки зору фахівців, мовлення – одна з найскладніше зорганізованих психічних функцій (Kong K.). Складність її організації полягає в об'ємності та багатогранності, що означає наявність відповідних органів, готових до продукування мовлення (мовленнєвого апарату), а також тісний зв'язок з усіма психічними процесами (пізнавальними, моційними, вольовими), які не лише є надійною основою її появи, але виступають обов'язковими складовими її подальшого існування та розвитку. Кінець кінцем, в очі впадає належна

мовленнєва поведінка людини як результат гармонійного формування всіх перелічених вище складових. Мабуть, саме у цьому ключі мислив Сократ: *«Заговори, щоб я тебе побачив»*.

Продовжуючи розмірковувати у такому напрямі, можна стверджувати, що мовленню належить авангардна роль у презентації внутрішнього світу людини.

Як відомо, мовлення стає можливим завдяки здійсненню мовленнєвого акту, котрий є складною узгодженою роботою системи органів – **мовленнєвого апарату**. В ньому виокремлюють **центральну** та **периферичну** частини.

Центральна частина – це структури нервової системи. До них належать:

- мовленнєві зони кори головного мозку (здебільшого лівої півкулі у осіб з провідною правою рукою, правої – навпаки);
- підкіркові вузли (функціонують у єдності з корою великих півкуль та керують темпом, ритмом і виразністю мовлення);
- мозочок (відповідає за координування рухів, регуляцію рівноваги та м'язового тону);
- провідні шляхи (ланцюги нейронів, які слугують для передавання нервових імпульсів як від одних ділянок мозку до інших, так і до робочих органів);
- ядра стовбура головного мозку (окремі скупчення клітин, з яких починаються черепно-мозкові нерви);
- нерви, що іннервують дихальні, голосові та артикуляційні (відповідальні за сукупність рухів та позицій органів мовлення – губ, язика тощо) м'язи.

Периферична частина – це **дихальний, голосовий та артикуляційний відділи**.

До дихального відділу належать:

- легені;
- бронхи;
- трахея.

Голосовий відділ представлений гортанню, у якій знаходяться голосові зв'язки.

Артикуляційний (звуковідтворювальний) відділ є найвиразнішим, адже саме на основі існуючої можливості спостерігати за його роботою складається перше враження щодо якості вимови. Він складається з:

- язика;
- губ;
- верхньої та нижньої щелеп (із зубами, розташованими на них);
- твердого та м'якого піднебіння;
- альвеол (горбиків у ротовій порожнині між верхніми передніми зубами та передньою частиною піднебіння, які беруть участь у вимові ряду передньоязичних звуків).

Відзначимо, що язик, губи, м'яке піднебіння та нижня щелепа – рухомі елементи, інші – залишаються нерухомими під час мовленнєвого акту.

Отже, очевидним стає факт зв'язку певних видів особливостей мовленнєвого розвитку з недорозвиненням або розладом функцій будь-яких складових мовленнєвого апарату.

Тренування (здійснення рухів) всіх трьох відділів мовленнєвого апарату розпочинається від моменту народження, коли у дитини з'являються реакції крику та плачу як відповідь на дискомфортні почуття (голод, біль тощо). Кашель, чихання, звуки при смоктанні та позіханні також належать до голосових реакцій новонародженої дитини та роблять свій внесок у загальну скарбничку її мовленнєвого розвитку.

Переляк як реакція на гучні звуки, а також здатність заспокоюватися при звучанні голосу матері (наприклад, котра співає колискову) свідчать про те, що елементарний слух присутній.

Поступово розвивається інтерес до чутого мовлення оточуючих, який проявляється в «реакції зосередження» (4-5 тиждень від народження): дитина припиняє плакати та рухатися, коли дорослий, схиляючись над нею, починає ласкаво розмовляти. Пізніше з'являється усмішка (5-8 тиждень) та сміх (9-12 тиждень) як наслідок «прислуховування» до мовлення дорослого.

Таким чином, розпочинається розвинення **слухового сприймання мовлення**, що надзвичайно важливо для подальшого формування розрізнення

звуків мовлення на слух. Паралельно (6-8 тижень) дитина, реагуючи на мовлення дорослого, починає гукати (видавати окремі гортанні звуки), які далі переростають у **гукання**, характерною особливістю якого є протяжливі голосні звуки (2-3 місяць). Звуко- та складотворення поступово починає нагадувати слова, і це явище носить назву **лепетання** (5-6 місяць). Саме така мовленнєва реакція стає відповіддю на звернення дорослого до дитини, а також постійним супутником виконання дій з іграшками та предметами.

Це свідчить про те, що **розвиток артикуляційних рухів** (мовленнєвої моторики) розпочинає «наздоганяти» те, що дещо раніше стартувало у своєму становленні, слухове сприймання звуків, які еталонно звучать у виконанні дорослого. Дитина починає повторювати за дорослим склади, котрі раніше не вимовляла, копіювати інтонацію, передавати мелодійний рисунок знайомих фраз, супроводжуючи це все відповідною мімікою та жестами. З'являється вимова окремих слів, що складаються з однакових складів (9-10 місяць). Дитина все частіше починає звертати увагу на обличчя дорослого, який говорить, а також кивати головою на знак згоди та хитати нею з боку на бік на знак заперечення (11-12 місяців). Як правило, у цьому віці з'являється інтерес до розглядання картинок у книгах: дитина пізнає предмети, зображені на картинках, або сама, або на прохання дорослого, та називає їх за допомогою лепетно вимовлюваних слів.

На основі цих спостережень, а також запізнілого мовленнєвого розвитку дітей з порушеннями зору, вчені дійшли висновку щодо важливої ролі зорового сприймання, уваги та пам'яті в розвитку мовлення (Archibald, L. M., & Gathercole, S. E.; Barbosa, P. G., Jiang, Z., & Nicoladis, E.). Якщо і зорові процеси в порядку, то словник однорічної дитини може містити до 8-10 слів, які мають цілком конкретний зміст.

Означені відомості свідчать про поступову підготовку мовленнєвого апарату до вимовляння мовленнєвих звуків. Паралельно відбувається розвиток розуміння зверненого мовлення. Далі здійснює поступове збільшення словникового запасу, уточнення вимови (слова все чіткіше вимовляються у зв'язку з розвиненням тонких диференційованих рухів органів артикуляції),

оволодіння логіко-граматичними конструкціями. Дитина починає будувати прості речення, що складаються з одного-двох слів, котрі поступово розширюються, набуваючи форми зв'язного мовлення. Поступово дитина перетворюється на повноцінного співрозмовника (до 4-5 років). На основі усного мовлення стає можливим оволодіння навичками читання та писання. У період шкільного навчання здійснюється вдосконалення усіх форм мовленнєвої діяльності дитини.

Від руху – до мовлення

Розвиток мовлення зовні виглядає як природний та досить самостійний процес, що відповідає представленим у літературі етапам **онтогенезу** (від грецьк. *ontos* – суще, *genesis* – походження), котрі відображують весь хід становлення організму впродовж життя та є певним еталоном, що прийнятий у суспільстві. Однак достатньо згадати про те, що словесне мовлення розвивалося тисячоліттями, а відбувалося це на основі інших засобів комунікації. **Жести** є першою формою спілкування первісних людей. Вони супроводжувалися криками та вигуками.

І зараз постійним супутником мовлення є жестикуляція. Вона виступає у якості чисельних жестів вказівного характеру (кивки головою, рухи рук та навіть ніг), завдяки яким нам вдається звертатися до різних точок у просторі. Спробуйте постежити за собою під час мовлення, й ви зрозумієте, що хоча б ледь помітні є постійним вашим супутником. А якщо ви навмисно утримаєтесь від них, то обов'язково відчуєте певну скутість у словесному вираженні своїх думок. Німецькому просвітителю Г. Лессингу належать такі слова: *«Ніщо не надає стільки виразу та життя, як жести, рухи рук, особливо при душевних хвилюваннях...»*. Дослідники дитячого онтогенезу мовлення дійшли одностайного висновку про те, що воно стає можливим завдяки попередньому розвитку **рухової активності** дитини, починаючи з моменту її народження.

Поява жестів, як різновиду такої активності, символізує перехід на більш високий етап розвитку, який передує безпосередній появі власних слів.

Характерна особливість рухової активності полягає в тому, що першими в роботу включаються **великі м'язи**, уточнення рухів відбувається за рахунок **дрібніших м'язів**, а **найдрібніші** дають змогу довести рух до кінця. Пересвідчитися в цьому можна хоча б на прикладі зав'язування шнурків.

Спробуйте зробити це, розпочинаючи рух виключно пальців рук. Адже перше враження як раз і дозволяє думати про те, що лише пальці беруть участь у його виконанні! Ви одразу зрозумієте, наскільки це відрізняється від звичних відчуттів. Повертаючись до зав'язування шнурків у природний спосіб, ви відчуєте напруження м'язів плечового поясу і навіть грудної клітки. Варіації ще залежать від того, в якому положенні здійснюється ця процедура (сидячи униз головою, піднявши голову, на рівні рук чи іншої частини тіла, спрямовуєте на себе чи іншу людину тощо).

М'язи мовленнєвого апарату також мають свою траєкторію включення до загального алгоритму мовленнєвої діяльності. Легко здогадатися, що рухи губ та язика є найбільш виразними, і тому – найдоступнішими для спостережень.

Проте помилково вважати їх єдиними активними органами мовотворення. Насправді, **механізм руху** включає всю верхню частину тіла, а також **діафрагму** – великий м'яз, який відокремлює черевну порожнину від грудної клітки. Завдяки сильним поштовхам повітря, які виробляє діафрагма, стає можливим утворення мовлення.

Отже, саме у процесі **видиху** повітряний струмінь сприяє утворенню **голосу та артикуляції**.

Слід відзначити, що дихання під час мовлення має суттєві відмінності від дихання в режимі мовчання. Так, видих у момент мовлення довший за вдих, тоді як у звичайному стані і перший, і другий є приблизно однаковими. Що необхідно для більш тривалого видиху? Більша кількість повітря, а головне – **активна участь м'язів, відповідальних за видих!** Для забезпечення більшої кількості повітря, потрібний короткий, але глибокий вдих. Специфіка здійснення вдиху-видиху в момент мовлення забезпечується роботою **черевної стінки та внутрішніх міжреберних м'язів**.

Поверхневий та глибокий шари **м'язів грудної клітки**, а також **шиї** та **плечового поясу** дають змогу регулювати силу та тон голосу, виразність мовлення.

Цілісний мовленнєвий рух включає також роботу **мімічних м'язів** – тонких дрібних пучків м'язів, розташованих довкола рота, носа, очної щілини та вуха.

Їхня головна особливість полягає в тому, що вони лише одним кінцем прикріплюються до кісток, а двома, або ж одним кінцем вплітаються в шкіру або слизову оболонку. Ці м'язи допомагають робити мовлення розбірливим, надаючи силу тонким рухам. Добре знайоме відчуття «скутості» жінкам, які стежать за своєю зовнішністю!

Використання масок, які мають поступово висохнути, стягуючи шкіру обличчя і, у такий спосіб виключаючи активну роботу мімічної мускулатури під час розмови – яскравий приклад часткової втрати розбірливості мовлення. А тріщини, котрі, тим не менш, з'являються від рухів відповідних м'язів на поверхні висохлої маски, є не що інше, як яскравий доказ їхньої активної участі під час мовлення.

Діяльність мімічної мускулатури під час мовлення є індикатором активності **артикуляційних м'язів** (від яких залежить рухомість язика, губ, м'якого піднебіння та нижньої щелепи). Їхні диференційовані (розмежовані) рухи завершують спільну роботу, створюючи умови для необхідної вимови.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що повноцінне становлення мовотворення стає можливим **завдяки достатньому рівню розвитку спочатку загальної рухової активності, а далі і специфічної мовленнєвої**. Проте ці відомості дають змогу отримати уявлення лише про **кінематичні** (рухові) характеристики природніх рухів. Водночас залишається незрозумілим, яким чином стають можливими м'язові рухи, тобто відсутній їхній **динамічний** опис (характеристики імпульсу, що надає руху). Останнє відіграє винятково важливу роль для розуміння та обговорення питань щодо особливостей **мовленнєвого розвитку**.

Відзначимо, що у кожному русі беруть участь м'язи, які **створюють** його, а також **протидіють** йому. Саме це і надає рухові точність та плавність. Узгоджене чергування роботи зазначених м'язів забезпечується **нервовою системою** (кожний м'яз споряджений чутливим нервовим закінченням) і здійснюється на рівні **рефлексу** – реакції організму у відповідь на подразнення (наприклад, мимовільне відсмикування пальця від гарячого предмета).

Відбувається це шляхом, який має назву рефлекторної дуги: від спеціалізованих клітин або нервових закінчень (рецепторів), розташованих, наприклад у шкірі, нервові імпульси спрямовуються до виконавчого органу, надаючи його м'язам руху.

Мовлення ж належить до **умовних рефлексів**, адже утворюється та закріплюється індивідуально упродовж життя людини. А умовно-рефлекторна регуляція довільних (свідомих) рухів відбувається під контролем кори головного мозку, про що говорилося вище. Це свідчить про те, що нервові імпульси, які йдуть до м'язів мовленнєвого апарату, перебувають у віданні кори, а також утворюються за участі решти складових центральної частини мовленнєвого апарату.

Таким чином, при обговоренні питань моторного розвитку мовлення на перший план виступає **нейрофізіологічний** (такий, що вивчає функції нервової системи) опис рухів. Він передбачає виявлення закономірностей керування мовленнєвими рухами, яке здійснює нервова система. Саме тому мовлення відноситься до **вищого рівня організації рухів**.

Наукові дослідження містять дані, котрі підтверджують **взаємозв'язок загальної та мовленнєвої моторики**. Перші уявлення щодо предметів та явищ з'являються завдяки рухам очей, рук та інших частин тіла. Спочатку спостерігається рухова активність у крупних рухах (рук, ніг, тулуба) та свідчить про розвиток «грубої» моторики. Далі з'являються дрібніші рухи. До них належать **тонкі рухи пальців рук**, наприклад протиставлення великого пальця усій решті при хапанні предмета (5 місяць).

Далі з'являється **лепет** (про що йшлося вище) – різновид тонких рухів, але таких, що вже стосуються мовленнєвого апарату. Подальше вдосконалення рухів

рук веде до розвитку здатності брати дрібні предмети двома пальцями (великим та вказівним).

За цим слідує поява перших слів (9-10 місяць). Спостереження за подальшим розвитком дрібної моторики рук та мовлення також підтверджують їх тісний взаємозв'язок. Так, існує практичне підтвердження того факту, що тренування тонких рухів пальців рук позитивно впливає на розвиток активного мовлення дитини більше, ніж тренування загальної моторики, хоча без наявності останньої неможливий в цілому повноцінний розвиток дитини. Цей факт вчені пояснюють близькістю розташування **мовленнєвої** та **рухової** зон кори головного мозку одна до одної.

Водночас мовнорухова зона є частиною рухової. Рисунок канадського невролога У.Пенфілда, який має назву «гомункулус» (чоловічок у перекладі з латини), дає змогу отримати наочне уявлення про площу проекції кисті руки у корі головного мозку.

Організація сучасних електрофізіологічних досліджень (вивчення нервових імпульсів у тканинах при виконанні певних рухів за допомогою спеціального обладнання) дала змогу підтвердити, що мовленнєва зона формується під впливом імпульсів, що надходять від пальців рук. Саме тому методики, що так чи інакше стосуються питань розвитку мовлення, обов'язково містять вправи з розвитку рухів пальців рук, спираючись на наукові уявлення про те, що рухова проекційна ділянка кисті руки вважається ще однією мовленнєвою ділянкою мозку.

Викладені в цій главі відомості мають безпосередній стосунок до роз'язання актуальних та складних питань, що стосуються побудови адекватної програми розвитку дитини з дитячим церебральним паралічем.

Моторний та мовленнєвий розвиток в умовах нейродефіциту (на прикладі моделі ДЦП)

«...Бути героєм легко. Якщо в тебе немає рук чи ніг – ти герой...» (Рубен Давид Гонсалес Гальєго). Ні, при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) і руки, і ноги, рівно як інші частини тіла, включаючи органи мовлення, є

наявними. От лише керування ними страждає. А для того, аби подолати перешкоди, викликані дефіцитом руху, доводиться докладати неймовірних зусиль. Саме тому автор роману «Біле на чорному» оволодіння елементарними навичками самообслуговування дитини з ДЦП прирівнює до подвигу.

Не буде перебільшенням сказати, що вся історія вивчення ДЦП, пошуку шляхів його подолання або досягнення якомога вищої якості життя в умовах його наявності, – це історія, сповнена подвигами.

Родина дитини, а також оточуючі, причетні до її розвитку, перебирають на себе розв'язання надзвичайної за своєю складністю (а іноді й масштабами!) задачі. На їхню долю припадає більше відповідальності та обов'язків, аніж пред'являється до людей за звичайних умов дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Саме так і трактує героїзм етична думка.

При ДЦП відбувається **порушення м'язової функції** в різних ділянках організму дитини за умови первісної збереженості самих м'язів. Страждає здатність до виконання довільних (тих, що регулюються свідомо) рухів. Причина полягає у **пошкодженні тих ділянок мозку, котрі відповідають за здійснення рухів та утримання пози.**

Оскільки психічний розвиток дитини перебуває в прямій залежності від стану рухової активності (про що йшлося вище), то природньо очікувати різноманітні **відхилення з боку психічної діяльності.** Ситуація може посилюватися ще й тим, що виявляються ураженими **не лише рухові зони, але й інші ділянки головного мозку,** що має негативний вплив на становлення психічних функцій.

Раніше ДЦП кваліфікували як хворобу, проте нині фахівці все більше схиляються до висновку, що це **стан,** який є наслідком впливу несприятливих факторів на організм дитини до народження, в період пологів або ж новонародженості. Далі дія зазначених факторів припиняється, що означає відсутність «незвичних» для організму людини впливів, а отже – **відсутність хвороби.** Проте залишаються **наслідки** такого впливу. Вони мають різну анатомічну основу: від незначних змін нейронів (клітин нервової системи) до різноманітних рубців, запустінь як наслідків крововиливів, розм'якшень тощо у

тих чи інших структурах головного мозку, що своєю чергою призводить до змін і нервово-м'язових скінчень (наприклад, відбувається їхнє розпадання на окремі фрагменти).

Ці останні, як відомо, відіграють головну роль у звершенні гальмівних дій, а також у передаванні ритму імпульсів, адресованих м'язам. В результаті відбуваються глибокі порушення процесів скорочення м'язового волокна, мають місце дистрофічні чи атрофічні (пов'язані з порушенням живлення) процеси, що і не дає змогу м'язам виконувати свої звичайні функції.

Траєкторія можливих рухів спотворюється, що призводить до незвичайного (не передбаченого природою) функціонального навантаження на кістки. Якщо м'язові зусилля, що прикладаються до кістки, збільшуються чи послаблюються, то кістка починає пристосовуватися (відбувається патологічна перебудова), що спричинює або її зміни у місцях прикріплення м'язів, або до порушень кісткової тканини.

Таким чином, вплив шкідливих факторів, який має місце на ранніх етапах розвитку дитини, створює патологічну основу для подальшого становлення систем її організму. У такому випадку йдеться про **дизонтогенез** – шлях, який відрізняється від прийнятої в суспільстві норми (онтогенезу). В цілому, почуття, котрі відчуває тіло в умовах ДЦП, можна порівняти з загрузанням у сипучих пісках, оскільки доводиться долати сильний опір при спробах здійснення довільних рухів.

Логічно припустити, що ушкодження різних структур мозку при ДЦП можуть призводити і до **порушень мовленнєвого розвитку**. Досить згадати про побудову мовленнєвого апарату, центральна частина якого являє собою структури нервової системи, описані вище. Сучасні дослідження свідчать про наявність випадків повної відсутності мовлення, різноманітності варіантів спотвореного або своєрідного його формування.

Статистичні дані свідчать про те, що в середньому у 70-80% випадків наявності ДЦП присутня патологія мовлення (В. Кардвелл). Частина мовленнєвих розладів має традиційне походження, частина – наслідок моторних порушень або ж опосередковано пов'язана з ними.

Повертаючись до фактів, що підтверджують взаємозв'язок мовлення та руху, відзначимо, що обмеження рухової активності дитини з ДЦП, вже само по собі може призводити до затримання мовленнєвого розвитку. Особливо суттєвою у зв'язку з цим є низька результативність або неможливість формування тонких рухів пальців рук у випадках порушення іннервації м'язів верхніх кінцівок, що також має безпосередній вплив на становлення мовленнєвої функції, і про що йшлося вище.

Водночас специфічні ушкодження центральної частини мовленнєвого апарату, зумовлені ДЦП, неминуче призводять до своєрідності функціонування периферичної (дихання, голосу, артикуляції). Її робота базується на послідовному втягненні у процес утворення мовлення певних груп м'язів, про що йшлося вище. Для цього необхідний повноцінний нервовий імпульс, який передається від центру на периферію за допомогою язикоглоткового, блукаючого, під'язикового та інших черепно-мізкових нервів (їхні ядра розташовані в стовбурі мозку і можуть бути уражені).

Через зазначені особливості формування нервово-м'язових закінчень передача імпульсу виявляється утрудненою в умовах ДЦП, викликаючи появу мовленнєвих розладів, які проявляються у порушеннях вимовної системи мовлення (різноманітних **дизартріях**) або в його відсутності (**анартрії**). Ступінь тяжкості розладів перебуває у прямій залежності від локалізації та глибини ураження структур головного мозку. Встановлено, що певний тип мовленнєвих порушень часто виникає у контексті певної форми ДЦП.

1.2. Поняття про дизартрію

За причини того, що мовлення належить до умовних рефлексів, які дають змогу опановувати **довільні рухи** (у цьому випадку пов'язані з мовотворенням), першою чергою важливо розглянути його саме з цієї точки зору. Необхідно враховувати, що умовні рефлекси утворюються на основі безумовних. Утворення умовного рефлексу стає можливим у тому випадку, якщо час зміни зовнішнього середовища та внутрішнього стану організму, який сприймається корою великих півкуль мозку, поєднується із здійсненням того чи іншого

безумовного рефлексу. Лише за такої умови зміна зовнішнього середовища чи внутрішнього стану організму стає **умовним** подразником. У такому випадку **подразнення, яке викликає безумовний рефлекс, має супроводжувати умовний подразник, підкріплюючи його.** Наприклад, для того, щоб пляшечка з рідиною, з якої напувають маленьку дитину, викликала у неї виділення слини, необхідний повторний збіг зорового сприймання пляшечки з питтям з неї – підкріплення подразників, які спочатку нічого не значать для слинної секреції, питтям, тобто безумовним подразненням слинних залоз.

Таким є алгоритм утворення будь-якого умовного рефлексу. А в основі технології його появи є **виникнення часового зв'язку**, замикання поміж кірковими клітинами, які сприймають умовне подразнення, і кірковими нейронами, що входять до складу дуги безумовного рефлексу.

Вартим уваги є той факт, що значна кількість безумовних рефлексів зникає до року, оскільки природна потреба в них відпадає у процесі розвитку (наприклад, рефлeksi, що забезпечують акт смоктання). На зміну їм приходять установчі рефлeksi, що дають змогу опанувати довільні рухи чи пози.

Проте у контексті нейромоторного дефіциту **безумовні рефлeksi зберігаються**, заважаючи появі необхідних моторних схем. Вони продовжують існування як додаткові компоненти рухів, через що останні стають неприродними. Це суттєво заважає формуванню правильної вимови, оскільки органи мовленнєвого апарату намагаються зайняти «звичне» положення, призначене, наприклад, для смоктання при спробі надати губам руху з метою вимови певних звуків ([o], [y] та інших). Трудність переключення з однієї позиції органів мовленнєвого апарату на іншу є причиною неправильної вимови і подальших звуків, що входять до складу слова.

Перешкоди у формуванні мовлення дітей в умовах нейромоторного дефіциту складають також і розлади м'язового тонусу, які характеризують як загальну моторику, так і мовленнєву. Гіпертонус (спастичність), гіпотонус (млявість), дистонія (змінний тонус) негативно впливають на рухливість м'язів і можуть стосуватися як усіх м'язів, так і бути присутніми вибірково у межах

різних відділів мовленнєвого апарату, від чого також виникають порушення мовленнєвого дихання, голосу, артикуляції.

Підсумовуючи вищевикладене, зазначимо, що нині ДЦП можна назвати **очевидним індикатором визначення взаємозв'язку всіх систем організму як єдиного цілого**. Науково-практичний досвід демонструє залежність різних порушень одне від одного в умовах цього стану та необхідність розгляду ураження головного мозку як порушення функції цілісного організму з розвитком комплексної патології (Legido A, Katsetos C D). Частою є спільність причин, що викликають особливості моторики та мовлення, а також їхній тісний зв'язок між собою, що підтверджує необхідність надання допомоги дітям з нейромоторним дефіцитом **в контексті єдиної методики**, яка має комплексний характер і максимально враховує неушкоджені ділянки організму дитини.

Незважаючи на те, що вперше наукове тлумачення дизартрії німецьким неврологом Літтлем з'явилося понад 170 років тому (у 1853 році) саме у контексті ДЦП, а термін було використано німецьким терапевтом і неврологом Куссмаулем у 1879 році, особливості розвитку мовлення, що є наслідком нейромоторного дефіциту **лише на рівні мовленнєвого апарату** (без присутності особливостей розвитку опорно-рухового апарату), також завжди потрапляли до фокусу уваги фахівців.

Підсумовуючи усе зазначене, нині визначаємо **дизартрію** /від грецького δυσ- – утруднення, розлад + ἄρθρω – «з'єдную, членоподільно вимовляю»/ – порушення вимовної сторони мовлення, що обумовлено недостатністю іннервації м'язів периферичного мовленнєвого апарату, розладами нейромоторної регуляції м'язового тону внаслідок органічного або функціонального ураження центральної нервової системи. Нейромоторний дефіцит негативно позначається на якості мовленнєвого дихання, фонації, артикуляції, інтонування. Мовлення при дизартрії характеризується низьким ступенем виразності, чіткості й розбірливості – «загальною змазаністю», може набувати гугнявого відтінку, а також бути скандованим. В основу вивчення дизартрії покладено такі наукові підходи: клінічний (неврологічний),

синдромологічний, лінгвістичний, нейропсихологічний та психолого-педагогічний.

Клінічний підхід дає змогу виділити форми дизартрії за принципом локалізації ураження: бульбарну, псевдобульбарну, екстрапірамідну (підкіркову), мозочкову та кіркову. У контексті синдромологічного підходу виділяють спастико-паретичну, спастико-ригідну, спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну, атактико-гіперкінетичну форми дизартрії, що притаманні дітям з церебральним паралічем (І. Панченко). Їх детально описано у літературі логопедичного спрямування.

Лінгвістичний підхід дає змогу характеризувати дизартрію з точки зору порушення акустичних характеристик звукоутворення, його просодичного боку (голосу: висоти, сили, тривалості, здатності до модуляції; ритму; темпу; сполучення наголошених та ненаголошених складів; мелодики мовлення), а також артикуляційних ознак звуковимови (сили, точності, плавності, синхронності, здатності до переключення, об'єму рухів органів артикуляції).

З точки зору нейропсихологічного підходу особливості звуковимови при дизартрії розглядаються як один з випадків дизорганізації довільного руху, що призводять до формування спотвореного кінестетичного образу артикуляції, який своєю чергою сприяє закріпленню аномальних рухових стереотипів.

Психолого-педагогічний підхід виступає як підґрунтя для створення цілісної системи надання допомоги особам з дизартрією. Відповідно до її класифікації за ступенем зрозумілості мовлення для оточуючих (G. Tardier) виділяють: перший (найлегший) ступінь порушення, коли дефіцит виявляється лише фахівцем у процесі обстеження; другий ступінь – дефіцит помітний кожному, але мовлення залишається зрозумілим для оточуючих; третій ступінь – мовлення виявляється зрозумілим для близьких і частково для оточуючих; четвертий ступінь – тотальний дефіцит або мовлення майже незрозуміле близьким (анартрія).

Дітям з дизартрією зазвичай надається фахова логопедична допомога, чому нині присвячено багато вітчизняних і зарубіжних досліджень (Алан Е. Г. Емері; Бондар Л., Косташенко Л.; Гаврилова Н.; Галущенко В.;

Голуб А.; Кисличенко В.; Конопляста С.; Кравець В.; Пахомова Н.; Bloch S., Barnes S.; Erika S, Levy, Younghwa M Chang, KyungHae Hwang, Megan J McAuliffe; Rowe H.P., Gutz S.E., Maffei M. F., Tomanek K. and Green J. R.; Stephanie A. Borrie, Kaitlin L., Lansford A.), водночас реалізації спеціальних підходів потребує організація їхнього освітньо-розвивального середовища, підґрунтям чого виступає усвідомлення значення використання індивідуальної пластичності і здатності до компенсації нейромоторного дефіциту.

1.3. Роль пластичності та компенсації в розвитку дітей з дизартрією

Ж. Руссо належить ідея про те, що нервову систему не можна порівнювати з машиною, оскільки вона є живою та здатною до змін.

Він висловив припущення про те, що на «організацію мозку» впливає наш досвід і нам слід «тренувати» наші почуття та розумові здібності в такий самий спосіб, як ми тренуємо м'язи тіла. Це пояснюється наявністю здатності людської істоти до **вдосконалення** протягом життя, що пов'язано з **пластичністю** або **гнучкістю** нервової системи, і відрізняє людину від тварин. Така думка далі була підтримана та розвинена знайомим з працями Ж. Руссо французьким філософом та натуралістом Ш. Бонне, який висловив припущення про те, що нервова тканина може реагувати на тренування так само, як це роблять м'язи. Означена гіпотеза була експериментально перевірена італійським вченим М. Малакарне. Порівнюючи мозок тренуваних та нетренуваних ним птахів після їхньої смерті, досліднику вдалося виявити суттєву різницю в його розмірах.

Результати експерименту дали змогу зробити висновок про вплив «стимулюючого середовища» на зміну мозку тренуваних птахів у бік збільшення останнього. Саме ця робота стала поштовхом для подальшого розвитку науки в зазначеному напрямі в ХХ сторіччі.

Сучасні дослідження побудови головного мозку людини дають змогу говорити про наявність близько 10 мільярдів пов'язаних між собою та постійно взаємодіючих клітин. Матеріальна основа функціональної діяльності мозку – це

нейронна мережа, у якої всі входи пов'язані з усіма виходами. Така мережа має широкі можливості, що пов'язано зі **спеціалізацією окремих ділянок на конкретних функціях** (вище було наведено приклади мовленнєвих та моторних зон). Водночас мікроелектродні дослідження (вимірювання електричних та інших потенціалів на клітинному рівні) уможливили виявлення **нейронів з полівалентною (змішаною) характеристикою, що забезпечує їхній зв'язок з будь-яким пунктом мозку**. Вони зустрічаються практично в усіх структурах мозку.

Означена обставина є вкрай важливою для розгляду можливостей відновлення функцій центральної нервової системи при її ушкодженні. Утворення нових міжнейрональних зв'язків замість втрачених складає основу **компенсації**, завдяки якій функцію зіпсованого нейрону підхоплюють інші, формуючи нові взаємозв'язки між окремими структурами мозку.

Відтак, початкова локалізація функцій замінюється багатоваріантною участю багатьох ділянок головного мозку (Е. Джон). Ось чому іноді значні порушення нервової тканини не призводять до великих розладів, які б виявлялися у вигляді відповідної клінічної картини.

Нині вже існує достатньо даних про відсутність клінічних проявів у дітей у випадках наявності органічних ушкоджень нервових тканин, що свідчить **про величезні можливості компенсації дитячого мозку**. Існування резервних можливостей мозку у дітей та підлітків пояснюється тим, що остаточне формування центральної нервової системи відбувається ближче до кінця другого десятиліття. Мають місце випадки, коли у людей, які перенесли ДЦП на ранніх етапах розвитку організму, його прояви зводяться лише до нерівномірності сухожильних рефлексів, ліворукості чи дизартричних розладів (Х.Ходос).

Водночас слід не забувати про те, що руйнація багатьох гнучких мозкових ланок, які на початку цілком компенсуються, поступово призводить мозок до втрати різноманітності його можливостей. Саме ця обставина підводить до висновку про необхідність **своєчасного** створення оптимальних умов для розвитку дитини з нейромоторним дефіцитом. На перший план виступає питання про **пластичність**, яка, в широкому сенсі, є загальною тенденцією живих тканин

підтримувати та відновлювати порушені функції за екстремальних умов життєдіяльності організму (F. Vital-Durand). Вартим уваги є те, що нейрофізіологічні механізми пластичності, а також механізми перебудов взаємодії та саморегулювання на рівні мозкових структур є принципово однаковими як для класичних умовних рефлексів, так і для будь-яких інших адаптивних, компенсаторних та захисно-приспосувальних реакцій. Ця обставина має надзвичайне значення для організації заходів компенсаційного спрямування і свідчить про можливість їх проведення. За такої умови **варто виходити з принципу оптимізації зазначених реакцій, а не протидії їм**, що означає максимальне використання притаманних людському організмові можливостей при побудові програм індивідуального розвитку дитини з нейромоторним дефіцитом. **Ігнорування адаптивних (спонтанно пристосувальних) до ураження центральної нервової системи перебудов при відновленні функцій мозку може призводити до погіршення стану організму дитини.** З цього випливає, що всі корисні заходи мають проводитися з урахуванням того «балансу», який самовільно склався в організмі дитини, а не лише з орієнтацією на ту мету, яку ми переслідуюмо (прагнення наблизитися до еталону звичайного розвитку!), надаючи йому допомогу.

Наступне питання полягає в тому, наскільки можливо **цілеспрямовано** використовувати пластичність та компенсацію як основу побудови технологій компенсаційного впливу. Справа в тому, що в умовах нейромоторного дефіциту утворюється так зване «порочне коло». Сутність його полягає в тому, що спочатку уражена нервова система не спроможна забезпечити повноцінну рухову активність, а відсутність останньої патологічно впливає на центральну нервову систему (роль рухів для розвитку нервової системи підкреслювалася нами вище).

М'язова тканина, яка часто піддається дистрофіям та атрофіям, припиняє постачати аферентні (ті, що приносять інформацію) імпульси до центральної нервової системи. Створюється враження, ніби м'язова тканина припиняє бути видимою мозком, а також організмом у цілому.

Таким чином, відбувається роз'єднання в діяльності вже двох неправильно функціонуючих систем – нервової та м'язової. Логічно припустити, що перше завдання за таких умов має полягати у відновленні втраченого зв'язку. Починаючи з середини 90-х років минулого століття, дослідники все більше уваги почали приділяти питанню **першочерговості** зосередження зусиль, спрямованих на полегшення стану організму в умовах нейромоторного дефіциту. Все більшої популярності набуває ідея першочергової уваги до кістково-м'язово-суглобної системи, яка далі фізіологічно запитує нервову та інші.

Водночас такий вплив має неодмінно забезпечити цілеспрямовану аферентацію (потік імпульсів від м'язів до головного мозку), порушити патологічні зв'язки та позитивно вплинути на мозкові структури, завдяки притаманній ним пластичності та здатності до компенсації. Слід мати на увазі, що подолання сформованого патологічного рухового стереотипу (серії усталених рухів як наслідку пристосування організму до стану нейромоторного дефіциту) потребує тривалого часу, але, головне, має відбуватися не послідовна, поетапна компенсація положення окремих сегментів тіла, а **формування одночасного потоку імпульсів від усіх його ділянок**, що пов'язано з єдністю всіх систем організму та їхньою спільною участю в моделюванні певних моторних схем.

Сучасні технології надання логопедичної допомоги враховують не лише особливості нейромоторного дефіциту при різних формах дизартрії, а і роль індивідуальних можливостей пластичності з метою створення унікальних програм компенсації нейромоторного дефіциту, що дає змогу ефективно впливати на розвиток функції мовлення. Водночас організація життєдіяльності і функціонування дитини не обмежується умовами контакту з вчителем-логопедом. Більшу частину свого життя дитина залишається поза межами впливу фахівця, що суттєво уповільнює процес досягнення позитивних результатів, вимагаючи пошуку шляхів вирішення цього питання.

РОЗДІЛ 2

ТЕХНОЛОГІЯ ВИЗНАЧЕННЯ ОСВІТНІХ ТРУДНОЩІВ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРІЄЮ

2.1. Концепція визначення функціонально-мовленнєвих освітніх труднощів у дітей з особливими мовленнєвими потребами

Необхідність міркувань з точки зору освітнього критерію організації середовища для дітей з особливими мовленнєвими потребами дає змогу дійти висновку про першочерговість потреби у трансформації специфічно-професійних висновків фахівця (учителя-логопеда) у такі, що уможливають отримання конкретної інформації про те, як саме дефіцит розвитку мовленнєвої функції позначається на якості засвоєння знань і в який спосіб педагог зможе надати належну підтримку: постає питання про перетворення у нашому випадку «логопедичної мови» на «мову педагога».

З метою досягнення зазначеного результату доцільним, на нашу думку, є розроблення спеціальної процедури, яка сприятиме усвідомленню нового формату оформлення спостережень вузькопрофільним фахівцем. Її сутність полягає у виокремленні **особливостей розвитку мовленнєвої функції** конкретної дитини з огляду на природу і механізм порушення, що складає перший, звичний для фахівця, етап обстеження. На цьому етапі важливим видається детальне виявлення усіх можливих ознак особливого розвитку мовленнєвої функції (без згадування логопедичного діагнозу). Наприклад: *особливість, що виявлена – загальна «змазаність» мовлення, яка проявляється у дефіциті його розбірливості внаслідок обмеження рухів органів мовленнєвого апарату* (при цьому діагноз «дизартрія» залишається на фоновому рівні організації діяльності фахівця, адже відомості про нього не є інформативними для інших фахівців команди Інклюзивно-ресурсного центру та педагогів). Водночас визначена особливість сама по собі не дає відповіді на питання **«як конкретно її присутність позначається на якості засвоєння знань?»**.

Таким чином, виникає потреба у переході на другий етап, зміст якого має бути підпорядкований пошуку відповіді на зазначене запитання. Для досягнення такої мети необхідний певний **«набір одиниць аналізу»**, за допомогою якого видалося би

можливим визначити перешкоди у освітньому середовищі, а відтак правильно сформулювати «*особливі потреби в організації комфортного освітнього простору*», що стають предметом уваги найближчого оточення (родини, фахівців закладу освіти) і підлягають задоволенню. Логічно передбачити, що такий «набір одиниць аналізу» має знаходитися у площині «**освітнього інвентарю**», тобто того «асортименту результатів», які з'являються внаслідок впливу освітнього середовища, а це – знання, уміння, навички, завдяки яким уможлиблюється виконання відповідних віку дитини і рівню її освіти завдань та адекватна життєвій ситуації поведінка. Невідповідність ступеня готовності дитини до виконання певного типу складності завдання або певної життєвої ситуації проявляється через виникнення **труднощів** – перешкод, що вимагають великих зусиль для переборення, подолання. Кожне завдання або ситуація мають свою психологічну структуру – залучення функцій і операцій певної модальності (зорової, слухової, моторної і т.д.) у передбаченій для успішного виконання послідовності. Саме у той момент, коли **особливість розвитку дитини прямо або опосередковано «синхронізується» з компонентом психологічної структури завдання або життєвої ситуації, і виникає трудність**, яка або повністю блокує діяльність, або змушує дитину «зійти з орбіти» алгоритму еталонного виконання завдання, що призводить до появи помилок. **Ключові компоненти психологічної структури завдань і ситуацій, таким чином, виступають маркерами труднощів**, визначаючи їхню типологію: *інтелектуальні*, які можуть полягати у своєрідності рівневих властивостей інтелекту різного ступеня прояву (пізнавальних функцій, що забезпечують відображення дійсності через обсяг і розподіл уваги, сенсорне розрізнення, оперативну й довгострокову пам'ять, поінформованість у певній сфері тощо), комбінаторних властивостей (здатність до утворення взаємозв'язків між компонентами набутого досвіду в різних сполученнях: просторово-тимчасових, причинно-наслідкових, категоріально-змістовних), процесуальних властивостей (операційний склад інтелектуальної діяльності), регуляторних властивостей (координація, контроль в організації поведінки); *функціональні* (сенсорні, моторні), які можуть полягати в обмеженні життєдіяльності різного ступеня прояву слухової, зорової, опорно-рухової (кістково-м'язової), **мовленнєвої функцій**; *фізичні*, які можуть полягати в

обмеженні функціонування різного ступеня прояву органів та частин тіла дитини; *навчальні*, які можуть полягати в обмеженні або своєрідності перебігу довільних видів діяльності різного ступеня прояву (писемного виду діяльності, математичних дій); *соціоадаптаційні* (особистісні, середовищні), які можуть полягати в індивідуальних відмінностях різного ступеня прояву або дезадаптації як відповіді організму на зміни у соціальному навколишньому середовищі. Відтак завдання фахівця у нашому прикладі полягає у тому, щоб **правильно визначити першою чергою функціонально-мовленнєві труднощі, використовуючи «мову педагога»: особливість «загальна «змазаність» мовлення» спричинює виникнення труднощів, які проявляються у спробах швидко і розбірливо побудувати висловлення, правильно вимовляючи звуки мовлення, що призводить до утруднень розуміння його сенсу з боку оточуючих і т.д.**

Очевидним є той факт, що кожен тип труднощів має бути підданий ретельному аналізу з метою **визначення ступеня прояву**, що складає наступний етап цілісної системи надання допомоги, і є підставою для визначення певного асортименту «приспосувань» (умов), які дають змогу **моделювати** пристосувальне освітньо-розвивальне середовище для **конкретної дитини** з метою організації максимально доступного для неї навчання. Відтак виникає потреба у створенні **критеріїв виявлення певного ступеня прояву труднощів**. За основу нами було взято п'ятирівневу шкалу, а також поняття «бар'єр», що запропоновані у контексті Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я [2].

Нижче пропонуємо створену нами характеристику критеріїв визначення функціонально-мовленнєвих труднощів відповідно до кожного ступеня прояву.

Перший ступінь прояву труднощів:

наявність незначних, поодиноких особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні.

Другий ступінь прояву труднощів:

наявність значних особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

Третій ступінь прояву труднощів:

наявність виражених особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

Четвертий ступінь прояву труднощів:

наявність чітко окреслених особливостей початкової стадії функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

П'ятий ступінь прояву труднощів:

наявність особливостей функціонування мовлення різного ступеня прояву у сполученні з іншими особливостями функціонування, що може створювати суттєвий бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.

Репрезентована характеристика ступенів прояву функціонально-мовленнєвих труднощів, на нашу думку, має озброїти фахівців чітким алгоритмом визначення особливих освітніх потреб, які претендують на задоволення за умови надання певного рівня підтримки. **Виявлення бар'єрів** (при інтенсивності труднощів 2,3,4,5 ступенів) **виступає у якості індикатора переведення певних особливостей розвитку до статусу особливих освітніх потреб** у наданні освітніх послуг закладом освіти, а значить пристосуванні освітнього середовища до стану розвитку дитини. Слід мати на увазі, що ті особливості, які можуть бути виявлені під час обстеження дитини, проявитися у вигляді певних труднощів, але не створювати бар'єр на шляху до опанування шкільних знань (що може трапитися внаслідок високих адаптивних можливостей організму дитини або сприятливих контекстуальних факторів навколишнього середовища, які чинили вплив упродовж усього попереднього життя дитини), **не набувають статусу особливих освітніх потреб**, а значить не потребують спеціальних налаштувань освітнього середовища.

Надзвичайно важливим, з огляду на вищезазначене, є той факт, що типологія освітніх труднощів має свою **ієрархічну структуру**, підґрунтя якої складає біо-психо-соціальна модель розвитку становлення дитячого організму. *Інтелектуальні,*

функціональні (сенсорні, моторні) і фізичні труднощі – ієрархічно нижчий рівень, який демонструє психофізіологічні можливості організму. Дитина, яка має особливості мовленнєвого розвитку, є потенційним претендентом на подолання функціонально-мовленнєвих (моторних – фонетичних, сенсорних – фонематичних) труднощів, а водночас може потребувати особливої уваги у зв'язку з виникненням вторинних інтелектуальних. *Навчальні труднощі* – ієрархічно вищий рівень, який базується на попередньому і демонструє здатність до опанування довільних видів діяльності. Наявність мовленнєвих труднощів у шкільному віці у більшості випадків призводить до виникнення труднощів опанування навчального матеріалу у контексті різних предметів. *Соціоадаптаційні труднощі (особистісні, середовищні)* – ієрархічно найвищий рівень, який відображає якість взаємодії дитини і поточного середовища. Оскільки мовлення виступає однією з визначальних складових соціальної поведінки людини, специфіка його розвитку не може не позначатися на якості спілкування. Таким чином, розуміння ієрархії труднощів дає змогу чітко визначити послідовність виникнення причин обмеження життєдіяльності на шляху до опанування знань. Важливо враховувати і той факт, що різні труднощі, що притаманні одній дитині, можуть мати різний ступінь прояву. Вочевидь, правильною у такому випадку має бути стратегія визначення рівня підтримки за найвищим ступенем прояву труднощів. Це своєю чергою дає змогу правильно обрати шлях педагогічного впливу, уникаючи зайвих кроків у процесі **моделювання освітнього простору**, що складає зміст останнього етапу організації послуг.

Зазначимо, що емпіричний досвід учителів-логопедів і педагогів закладів, де впроваджується навчання з позицій принципу інклюзивності, водночас свідчить про вагомий внесок лінгвістичної складової до загальної структури комунікативної компетентності (КК), відтак підтримка її становлення у процесі освіти дітей з особливими мовленнєвими потребами спонукає до пошуку спеціальних підходів. Особливої актуальності цей аспект розвитку набуває у контексті організації навчання дітей з тяжкими порушеннями мовлення, до яких відносяться діти з дизартрією.

2.2. Алгоритм встановлення ступенів прояву освітніх труднощів у дітей з дизартрією

Термін «комунікативна компетентність» уперше було введено до наукового обігу в 1966 році американським лінгвістом, соціолінгвістом і антропологом Деллом Хаймсом на основі етнографічного дослідження, котре нині складає основу популярного соціолінгвістичного підходу «етнографія комунікації», ядром якого виступає ствердження про те, що комунікативна форма не обмежується «розмовною мовою», а функціонує відповідно до певної культури. У контексті означеного підходу КК трактується як здатність розуміти і використовувати мову ефективно з метою комунікації у **автентичному** соціальному і **освітньому** середовищі, а значить під впливом контекстуальних факторів навколишнього середовища відповідно до МКФ-ДП⁴, де у першому випадку воно являє собою родину, а у другому – заклад освіти у сукупності всіх його можливостей менеджменту і сервісу.

На основі досліджень Делла Хаймса та його послідовників було створено декілька сучасних варіантів структури КК, один з яких, наведений нижче у нашій інтерпретації, найбільш повно, на нашу думку, відображає можливості опису особливостей формування КК у дітей з особливими мовленнєвими потребами.



Аналіз змісту чотирьох компонентів КК демонструє певний ступінь участі в їхньому формуванні кожної з основних сфер розвитку дитини: фізичної,

⁴ Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (діти, підлітки): https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf

мовленнєвої, когнітивної, емоційно-вольової і соціальної, а відтак – підтверджує відповідний стан біопсихосоціального підґрунтя на момент обстеження дитини в умовах наявності одного з первинних порушень мовленнєвого розвитку.

Одним з найскладніших порушень мовленнєвого розвитку з точки зору стану комунікації можна вважати **дизартрію**. Аналіз особливостей мовленнєвого розвитку в умовах нейромоторного дефіциту з точки зору КК дає змогу визначити першопричину виникнення її своєрідності: наявність недосконалості фізичної і мовленнєвої складових (можливі вторинні відхилення інших), що спричинює недосконалість лінгвістичного, соціолінгвістичного компонентів КК (можливий вторинний дефіцит інших).



Наявність дизартрії не лише спричинює особливості становлення КК, а може і значно уповільнити її подальше формування у закладі освіти через виникнення **функціонально-мовленнєвих труднощів**⁵ опанування знань. Відтак, підтримка дитини не може обмежуватися наданням послуг вузькопрофільним фахівцем (учителем-логопедом), а розповсюджується на ширше коло спеціалістів, які дотичні до організації освітнього процесу. Надзвичайно актуальним залишається питання встановлення обсягу такої підтримки, що потребує **розроблення критеріїв виявлення ступеня прояву труднощів**.

⁵ Методичні рекомендації для інклюзивно-ресурсних центрів щодо визначення категорій (типології) освітніх труднощів у осіб з ООП та рівнів підтримки в освітньому процесі:

https://ispukr.org.ua/?page_id=8429#.YoyzVjxn3Dc

Запропонована у контексті МКФ-ДП п'ятиступенева шкала прислужилася основою і прототипом для досягнення означеної мети. Перший етап нашого дослідження полягав у створенні спільних критеріїв для визначення функціонально-мовленнєвих труднощів, а зміст другого етапу передбачав розроблення критеріїв чітко відповідно до першопричини виникнення особливостей мовленнєвого розвитку, що представлено у таблиці.

Критерії визначення ступеня прояву функціонально-мовленнєвих труднощів	
<i>Загальні</i>	<i>При дизартрії</i>
1	<p>Наявність незначних, поодиноких особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні.</p> <p>I ступінь тяжкості за принципом розбірливості (Ж. Тардьє).</p> <p>Порушення вимови не є явно помітними для педагога, можуть проявлятися в особливостях міміки, голосу, просодії, впливати на якість читання і письма, бути інтенсивнішими при втомі, метеозмінах, необхідності користуватися новою інструкцією до завдання або перейти до виконання нового завдання і т.д.</p> <p>II ступінь тяжкості за принципом розбірливості (Ж. Тардьє).</p> <p>Порушення вимови помітні оточуючим, але мовлення залишається відносно зрозумілим.</p>
2	<p>Наявність значних особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.</p> <p>II ступінь тяжкості за принципом розбірливості (Ж. Тардьє).</p> <p>Порушення вимови помітні оточуючим, мовлення залишається відносно зрозумілим, проте його особливості заважають успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими.</p>
3	<p>Наявність виражених особливостей функціонування мовлення, які можуть бути</p> <p>III ступінь тяжкості за принципом розбірливості (Ж. Тардьє).</p>

	присутніми в різному сполученні, <i>спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.</i>	<i>Мовлення дитини є зрозумілим лише її близьким, учасники освітнього середовища його не розуміють, що негативно позначається на розв'язанні когнітивних задач, поведінці, заважає успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими.</i>
4	Наявність <i>чітко окреслених особливостей початкової стадії функціонування мовлення</i> , які можуть бути присутніми в різному сполученні, <i>спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.</i>	<i>IV ступінь тяжкості за принципом розбірливості (Ж. Тардьє).</i> <i>Відсутність мовлення або мовлення дитини не є зрозумілим навіть її близьким (анартрія), що негативно позначається на розв'язанні когнітивних задач, поведінці, заважає успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими.</i>
5	Наявність <i>чітко окреслених особливостей функціонування мовлення</i> , які можуть бути присутніми в різному сполученні (дизартрія (анартрія) II, III, IV ступенів тяжкості за принципом розбірливості), водночас <u><i>характеризувати мовлення дітей з іншими первинними типами освітніх труднощів</i></u> , що можуть спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії.	

На основі нашого дослідження було встановлено, що спільність компонентів, які складають біопсихосоціальне підґрунтя КК і алгоритм визначення критеріїв встановлення певного ступеня прояву функціонально-мовленнєвих труднощів, дає підстави вважати, що визначений ступінь прояву означених труднощів водночас свідчить про відповідну інтенсивність їхнього впливу на розвиток КК. Таким чином, своєрідність становлення мовленнєвої і комунікативної компетентностей у дітей з особливостями функціонування мовлення демонструє високий ступінь їхньої кореляції, а також свідчить про

спільність методів їхнього вдосконалення. Такий факт розкриває водночас новий ракурс організації досліджень, що спрямовані на виявлення причин недосконалості КК у дітей зі звичайним перебігом розвитку власне функції мовлення.

Зауважимо, що репрезентована технологія **визначення ступенів прояву функціонально-мовленнєвих труднощів** і стану розвитку КК дає змогу встановити, які з них створюють **бар'єри** для успішного опанування знань, набуваючи статусу **особливих освітніх потреб**, що вимагають відповідного **рівня підтримки** дитини в освітньому середовищі.

2.3. Процедура створення психолінгвосинергетичного профілю дитини з дизартрією

Організація функціонування і життєдіяльності дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі не обмежується винятково логопедичною підтримкою, а диктує свої вимоги до облаштування комфортного простору, у якому було би створено усі умови для своєчасного реагування на труднощі, які виникають у процесі опанування знань і можуть бути по'язані як з мовленнєвою сферою розвитку дитини, так і з усіма іншими. Відтак, постає необхідність у здійсненні комплексної процедури спостереження, у результаті проведення якої виявляється можливим скласти профіль дитини у сукупності особливостей її розвитку (слабких і сильних сторін). Як підґрунтя для моделювання означеного профілю можна використати **психолінгвосинергетичний підхід**, який дає змогу здійснити аналіз мовленнєвого порушення не лише з точки зору недосконалості фонологічного компоненту мовлення при дизартрії, а і з урахуванням власних «пристосувань» дитини до недосконалості мовленнєвої функції, що позначається на інших сферах її розвитку, роблячи механізм порушення унікальним – таким, який потребує індивідуального алгоритму реагування з боку фахівців...

РОЗДІЛ 3

ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЄЮ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

3.1. Індикатори вибору індивідуальної стратегії моделювання освітнього середовища для дитини з дизартрією

Визначення особливостей мовленнєвого розвитку в контексті дизартрії підтверджує факт наявності недосконалості фізичної і мовленнєвої складових біо-психо-соціального розвитку, що може спричинювати дефіцит засобів не лише фонетичного/фонемографічного оформлення мовленнєвих висловлювань на рівні усного і писемного мовлення, а і розуміння та використання лексики, граматики (лінгвістичного компонента комунікативної компетентності); мати негативний вплив на обізнаність із соціальними правилами використання мови (володіння уміннями дотримуватися алгоритмів формальності, ввічливості та ін.), невербальну поведінку, прояви загального рівня культури через використання ідіом, контекстуальних висловів, фонових знань (соціолінгвістичного компонента комунікативної компетентності). Водночас уможлиблюється вторинний дефіцит когнітивної, емоційно-вольової і соціальної складових біо-психо-соціального розвитку дитини, що проявляється у труднощах подолання мовних прогалин, планування і оцінювання ефективності спілкування, досягнення плавності розмови, доречного налаштування контексту висловлень до відповідної аудиторії і мети спілкування (стратегічного компонента комунікативної компетентності); розуміння того, як думки пов'язані за допомогою певних закономірностей організації: слів-зв'язок, перехідних (транзитивних) дієслів і т.д. (дискурсного компонента комунікативної компетентності).

Як було зазначено вище, рівень підтримки особи з особливостями мовленнєвого розвитку в закладі освіти нині залежить від ступеня прояву таких труднощів, що потребує детального опису показників, на основі яких він і може бути кваліфікованим, виступаючи **індикатором** вибору певної стратегії моделювання освітнього середовища для дитини з дизартрією. Розглянемо означені індикатори.

Індикатор I. *Перший ступінь прояву труднощів* передбачає наявність *незначних, поодиноких* особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні. У одних випадках *порушення вимови при дизартрії не є явно помітними для педагога*, можуть проявлятися в особливостях міміки, голосу, просодії, впливати на якість читання і письма, бути інтенсивнішими при втомі, метеозмінах, необхідності користуватися новою інструкцією до завдання або перейти до виконання нового завдання і т.д. Так, можуть бути присутні на обличчі (шиї, при рухах рук, рамен, ніг тощо) ледве помітні ознаки надмірного напруження м'язів (короткотривала гримасоподібна посмішка, витягування шиї вперед, язик за межами ротової порожнини та ін.) або їхнього розслаблення («обвисання» окремих ділянок обличчя або інших частин тіла). Якщо наявний дефіцит іннервації виявляється асиметрично, то можна спостерігати напруження або розслаблення м'язів з одного з боків так, ніби дитина намагається компенсувати обмежений об'єм рухів (наприклад, перетягування рота в один бік за рахунок скорочення м'язів щоки під час розмови та ін.). Голос може бути хрипким, напруженим, переривчастим, тихим, надто гучним тощо. Мовлення може мати носовий відтінок. Цілісний потік мовлення може бути поділеним на певні відрізки, а паузи можуть виникати у невиправданих з точки зору організації висловлення місцях внаслідок добору повітря у процесі вимови слова, наприклад. Інтонація може бути затухаючою у кінці речення або різко зростати і знижуватися у контексті речення. У інших випадках *порушення вимови помітні оточуючим*, але мовлення залишається відносно зрозумілим: наявні особливості відтворення і звучання звуків, може бути присутня загальна «змазаність» мовлення, підвищена салівація.

Індикатор II. *Другий ступінь прояву труднощів* передбачає наявність *значних* особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, створювати *бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії*. *Порушення вимови помітні оточуючим*, мовлення залишається відносно зрозумілим, проте його особливості заважають успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими. Можуть бути наявними всі описані вище особливості, проте у цьому випадку їхня присутність є виразнішою і, головне, виступає як перешкода на шляху до успішного опанування знань: дитина припускається

великої кількості помилок, що пов'язані з особливостями усного висловлення при виконанні різних завдань, може відчувати дискомфорт, що негативно позначається на взаємодії з оточуючими.

Індикатор III. *Третій ступінь прояву труднощів* передбачає наявність виражених особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії. Мовлення дитини є зрозумілим лише її близьким, учасники освітнього середовища його не розуміють, що негативно позначається на розв'язанні когнітивних задач, поведінці, заважає успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими. Інтенсивність перебігу освітнього процесу вимагає швидких реакцій з боку його учасників, а мовлення виступає як найактуальніший інструмент оперування знаннями у процесі реагування: відсутність можливості його використання блокує весь процес навчання без організації спеціальної підтримки.

Індикатор IV. *Четвертий ступінь прояву труднощів* передбачає наявність чітко окреслених особливостей початкової стадії функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні, спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії. Має місце відсутність мовлення або мовлення дитини не є зрозумілим навіть її близьким (анартрія), що негативно позначається на розв'язанні когнітивних задач, поведінці, заважає успішному опануванню знань і стосункам з оточуючими. Відтак, до освітньо-розвивального середовища потрапляє дитина з довербальним або початковим рівнем комунікації. Задоволення її потреб вимагає введення обов'язкового етапу адаптивно-альтернативних засобів комунікації, ядром яких виступають особистісні якості фахівців (першою чергою уміння регулювати власну мовленнєву продукцію з позицій емпатико-сугестивного підходу), що спрямовані на створення комфортно-лінгвістичної атмосфери для стимулювання мисленнєво-мовленнєвої активності дитини.

Індикатор V. Наявність чітко окреслених особливостей функціонування мовлення, які можуть бути присутніми в різному сполученні (дизартрія (анартрія)

II, III, IV ступенів тяжкості за принципом розбірливості), а водночас *характеризувати мовлення дітей з іншими первинними типами освітніх труднощів*, що можуть спричинювати особливості когнітивного, емоційно-вольового функціонування, створювати бар'єр в успішному опануванні знань і взаємодії. На підставі присутності окресленої своєрідності розвитку виявляється можливим виокремлення *п'ятого ступеня прояву труднощів*.

Вищевикладене свідчить про необхідність високого ступеня обізнаності фахівців зі специфікою мовленнєвого розвитку при дизартрії, підсилює роль учителя-логопеда, як носія специфічних знань, місія якого полягає зокрема в ініціюванні тісної співпраці з іншими учасниками освітнього процесу задля ефективності надання освітніх послуг.

3.2. Поради для організації освітнього середовища для дітей з дизартрією

«Навчання» і «вчення» – два генеральних напрями організації взаємодії педагога і учня в освітньому середовищі. Близько 70% часу, що присвячений означеним процесам, перебігає у вербальному форматі (Jean Cl. Sabato): педагог за допомогою мовленнєвих засобів впливає на учнів, а вони своєю чергою у такий самий спосіб реагують на звернення педагога, види діяльності, що запропоновані ним, а також будують стосунки один з одним. Стати на заваді означеним проявам взаємодії можуть тяжкі порушення мовлення, до яких і відноситься дизартрія. Узагальнення експериментальних даних у контексті кожного з можливих ступенів прояву базових функціонально-мовленнєвих та інших труднощів з позицій освітнього критерію дало змогу сформулювати поради для фахівців закладів освіти з метою підвищення якості організації освітнього середовища для дітей з дизартрією, ключові з яких стосуються усного спілкування і репрезентовані нижче.

Порада 1. Зверніть увагу на те, що особливості мовлення при дизартрії можуть мати особливий прояв: нервовий імпульс часто не є достатньо потужним, аби приводити в рух мовленнєві м'язи і вони не в змозі продукувати правильну вимову звуків. У результаті мовлення дитини характеризується «змазаністю» (ефект «каші у роті»), що негативно впливає на його розбірливість. Можуть бути

притаманними особливості інтонації – єдності модуляцій голосу, фразового наголосу, ритму, темпу, пауз. Вдосконалення стану звуковимови й інтонації є предметом довготривалої уваги учителя-логопеда, професійне співробітництво з яким є надзвичайно важливим.

Порада 2. Важливо мати на увазі, що слинотеча – одна з ознак недосконалості жувальних, ковтальних м'язів і мовленнєвої моторики у комплексі особливостей розвитку при дизартрії. Найчастіше дитина не здатна своєчасно проковтнути слину, яка накопичується у ротовій порожнині й виділяється зовні. Дитина може не відчувати її наявності за причини зниженої чутливості шкіри, тому не користується серветкою. Формування звички своєчасно ковтати або користуватися серветкою – це кропітка робота фахівця у процесі надання логопедичної допомоги і батьків дитини (починаючи від розпізнавання відчуттів «мокре»-«сухе» на дотик). Поділіться своїми спостереженнями з батьками і з'ясуйте, чи відбувається робота в цьому напрямі, а також на якому етапі формування навички знаходиться дитина. Обговоріть з батьками і продумайте, у який спосіб доречно нагадувати дитині про необхідність ковтання або використання серветки (можливо, є якісь прийняті у сім'ї сигнальні слова, інтонація, рухи, погляд тощо). Поділіться цією інформацією з іншими педагогами.

Проведіть бесіду з однокласниками дитини на предмет роз'яснення такої особливості й толерантного ставлення до неї.

Оберіть для дитини таке місце в класі, щоб їй було зручно здійснювати догляд за своїм обличчям (бажано спиною до більшості дітей класу).

Продумайте ігрові ситуації й ігри, у яких би обговорювалися і відпрацьовувалися навички догляду за тілом для усіх учнів класу, не роблячи акцент на особливостях дитини з особливими потребами. Корисним для мотивування дитини може бути читання оповідань відповідного спрямування.

Порада 3. Враховуйте особливості мовленнєвого розвитку дитини, з розумінням ставтеся до її поточних можливостей. Пам'ятайте, що дитині надзвичайно важливо бачити Ваше доброзичливе ставлення у процесі висловлення нею власних думок.

Порада 4. Проаналізуйте якість вимови звуків дитиною. Зверніть увагу на те, що є найбільш притаманним, найкраще засвоєним у мовленні дитини для подальшого застосування цих навичок у якості опорних при навчанні. Обговоріть Ваші спостереження з іншими педагогами.

Порада 5. Порадьтеся з батьками, розповідаючи про свої спостереження за дитиною у класі. Спрямуйте їх увагу на те, що ніщо не має заважати дитині вільно висловлювати свої думки, а головний критерій оцінювання мовлення – це уміння донести до співрозмовників свою думку. Відтак, якість вимови й інші помилки, якщо вони не заважають розумінню того, що сказано, у процесі передачі змісту відходять на другий план. Зосередження на них – окремий вид роботи, яким опікуються учителі-логопеди. Важливо бути в курсі успіхів дитини на заняттях з учителем-логопедом, що сприятиме правильному добору мовленнєвого матеріалу учителем на уроках і відповідній поведінці батьків удома.

Порада 6. Ініціюйте усні відповіді дитини або її участь у співбесіді з урахуванням її можливостей, аби постійно опиратися на створення «ситуації успіху». Для цього заздалегідь чітко продумуйте моменти активізації дитини, дозу її участі й висловлювання, які їй під силу. Слідкуйте за тим, аби дитина якомога менше користувалася мімікою і жестами. Пам'ятайте, що важливо поступово привчити дитину користуватися переважно мовленням (але важливо виходити з можливостей дитини).

Порада 7. Подбайте про те, щоб дитина частіше бачила правильну артикуляцію (рухи губ і частково язика) у виконанні дорослих і однокласників, які поряд, а також чула чітку вимову звуків достатньої гучності.

Порада 8. Продумайте систему підказок. Пам'ятайте, що з Ваших надійних помічників вони можуть перетворитися на серйозну перешкоду у навчанні, викликаючи залежність дитини від них. Тому використовуйте їх помірковано, своєчасно подбайте про їхнє поступове згасання.

Порада 9. Прослідкуйте за тим, аби інші учні класу з розумінням ставилися до особливостей моторної імітації звуків мовлення дитини. За необхідності вживайте заходів, як от: бесіди, проведення акцій толерантності з обговоренням

прийняття розмаїття відмінностей у людському суспільстві тощо. Перетворіть учнів класу на помічників.

Порада 10. Корисними можуть бути розіграні на уроці ситуації, у яких дитина матиме можливість багаторазового повторення одних і тих самих звуків, складів, слів, які потребують засвоєння.

Порада 11. Організуйте ігри, у яких дитина матиме можливість почути свої помилки «з боку» і дайте їй змогу помічати й виправляти їх. Починайте з яких-небудь очевидних помилок, далеких від тих, що є притаманними мовленню дитини, аби їй легше було помічати їх.

Порада 12. Зверніть увагу на те, що одна з особливостей розвитку мовлення при порушеннях іннервації може полягати в уповільненні обробки мовленнєвої інформації. Це означає, що дитині потрібно більше часу на те, щоб усвідомити зміст повідомлення. Якщо причина затримки реакції дійсно полягає у цьому, то необхідно надавати більше часу і не прискорювати дитину. Причина затримки зворотної реакції може також полягати в тому, що труднощі вимови вимагають додаткового часу на налаштування мовленнєвого апарату (прийняття органами необхідних для вимови звуків позицій, що часто є складним завданням). У такому випадку бажано надавати дитині можливість будувати відповідь відповідно до її мовленнєвих можливостей (наприклад, одним словом, яке дитина добре вимовляє). Якщо період відповіді затягується на тривалий час і суттєво заважає ходу уроку, то необхідно продумати інші способи її опитування (наприклад, у письмовій формі).

Проаналізуйте особливості реагування дитини на усні повідомлення. Порадьтеся з батьками й іншими педагогами. Поінформуйте однокласників дитини про особливості спілкування, налаштуйте їх на розуміння.

Пропонуйте ігри для класу, у яких дитина могла би поступово набувати навичок швидкого усвідомлення почутої інформації і реагування у прийнятний для неї спосіб (швидкий вибір картинки у відповідь на повідомлення, підняття руки, кивок головою, добре автоматизовані в усному мовленні слова, заплющені-розплющені задану кількість разів очі, показ певної кількості пальців руки за домовленістю тощо).

Порада 13. Ставтеся з розумінням до відсутності у дитини бажання ініціювати спілкування, а інколи уникати його. Така поведінка може пояснюватися страхом дитини не впоратися із завданням на рівні з іншими або за причини власних особливостей уповільнити загальний хід взаємодії (повільне мовлення, рухи тощо).

Не наполягайте на участі дитини в грі у разі відсутності її готовності. Спробуйте додати нові елементи в хід гри або змінити правила у такий спосіб, щоб дитина відчула впевненість у своїх силах і змінила рішення стосовно участі.

Організуйте бесіди зі всіма учнями класу, в яких обговоріть питання, що стосуються ключових ознак успішної взаємодії: розуміння, толерантності, допомоги тощо.

Запропонуйте усім учням класу такі ігри, у яких дитина з дизартрією також могла би проявити свої найкраще розвинуті якості: логічне мислення, фантазію тощо, і при цьому мала достатньо часу для їхньої демонстрації...