

УДК 376.1-056.264:801.6-053.4:616.89-008.434.3

КОРЕКЦІЯ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ДИЗАРТРИЄЮ ЗАСОБАМИ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РИТМІКИ

Боряк О.В.

У статті наданий ґрунтовний аналіз основних етапів наукового дослідження з розробки та впровадження експериментальної методики корекції просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки. Проведений автором аналіз літературних джерел, дав змогу визначити та обґрунтувати основні компоненти просодичної сторони мовлення. Надана характеристика рівнів розвитку компонентів просодичної сторони мовлення, зазначеної категорії дітей, складена за результатами констатувального етапу дослідження. Обґрунтована експериментальна методика формульованого експерименту, наведені фінішні дані, отримані в результаті його проведення.

В статті дан аналіз основних етапів проведення наукового дослідження розробки та впровадження експериментальної методики корекції просодическої сторони речі у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедическої ритміки. Проведений автором аналіз літературних джерел, дав змогу визначити та обґрунтувати основні компоненти просодическої сторони речі. Представлена характеристика рівнів розвитку просодическої сторони речі, складена за результатами констатувального етапу дослідження. Обґрунтована експериментальна методика формульованого експерименту, наведені фінішні дані дослідження, отримані в результаті його проведення.

In the article the analysis of the basic stages of lead through of scientific research of development and introduction of experimental method of correction of as component prosodic speech side of speech is given for the children of senior preschool age with dizartriya by facilities of speech therapy rhythmic. The analysis of literary sources conducted an author allowed to select basic component prosodic speech. Description of levels of development of component prosodic speech is given, got as a result of lead through of the establishing stage

Ключові слова: компоненти просодичної сторони мовлення, діти старшого дошкільного віку з дизартрією, логопедична ритміка.

Ключевые слова: компоненты просодической стороны речи, дети старшего дошкольного возраста с дизартрией, логопедическая ритмика.

Keywords: component prosodic speech, children of senior preschool age with dizartriya, speech therapy rhythmic.

Кінець ХХ – початок ХХІ сторіч характеризується підвищеною увагою до порушень просодичної сторони мовлення (далі ПСМ) дітей із тяжкими порушеннями мовлення (далі ТПМ) з боку логопедів, лікарів-отоларінгологів, фоніатрів. У процесі експериментальних досліджень спеціалісти дійшли висновку, що комплексний медико-педагогічний та логопедичний підхід до порушень ПСМ створює найбільш сприятливі умови для впливу на особистість дитини та корекцію і розвиток голосових функцій.

Актуальною ця проблема є для дошкільників із порушеннями мовлення, оскільки сьогодні в Україні спостерігається тенденція до зростання даної категорії дітей. Факт збільшення кількості дітей дошкільного віку, котрі мають порушення мовленнєвого розвитку (Н.В.Вісневська, Н.В.Манько, С.Ю.Конопляста, В.М.Синьов, В.В.Тарасун, В.В.Тищенко, М.К.Шеремет та ін.), вимагає перегляду методів та форм виховання та навчання зазначеної категорії дітей. Досить гострою проблемою логопедичної галузі на сьогодні є проблема дизартрії, корекція якої має важливе медико-педагогічне, психологічне та соціальне значення.

Порушення ПСМ входить до структури багатьох мовленнєвих порушень, серед яких і дизартрія. Монологічне мовлення дітей з дизартрією немодульоване, невиразне, змінюється його темп, страждає логічний наголос. Як правило, порушена ритмічна сторона мовлення, наявні повтори несудомного характеру [4, с.51]. Вищезазначене зумовлює актуальність та необхідність розв'язання проблеми виявлення і подолання порушень ПСМ дітей даної категорії, розробки діагностичних та корекційно-розвивальних методик та їх впровадження в систему дошкільної освіти. Цим обумовлено вибір теми нашого наукового пошуку **«Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки»**. Метою дослідження є наукове обґрунтування та розробка методики корекції ПСМ в дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та експериментальна перевірка її ефективності.

Для реалізації поставленої мети було окреслено наступні **завдання**: дослідити рівень сформованості компонентів просодичної сторони мовлення (далі КПСМ) дітей у процесі вікового онтогенезу; розробити зміст експериментальної методики діагностики рівнів розвитку КПСМ і методики корекційно-розвивального навчання дітей старшого дошкільного віку з дизартрією; визначити педагогічні умови корекційно-розвивальної роботи з

розвитку та корекції КПСМ у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки; експериментально довести ефективність розробленої методики корекційно-розвивальної роботи з дітьми старшого дошкільного віку з дизартрією.

Поняттями «*просодія*», «*просодема*», «*просодичний*» гуманітарне знання оперує ще з часів розквіту древньогрецьких ораторських та риторичних шкіл. У перекладі з древньогрецької «*просодія*» означає «вхідний гімн», який співали під час ходи до храму [1, с.18].

У системі сучасних наук аналізуються різні аспекти мовленнєвої просодії. Так у філософії (В.Б.Бірюков, Н.І.Дьомін, Б.Кроче) просодію розуміють як категорію «міри», у фізіології та медицині (М.О.Бернштейн, В.М.Бехтерев, М.Б.Кроль, О.О.Ухтомський та ін.) – у синонімічному ряді з поняттям «динамічний». В акустиці використання об'єктивних інструментальних методів дослідження дає можливість трактувати просодію як взаємопов'язані зміни частоти основного тону (далі ЧОТ) та інтенсивності, яка розгортається у часі [5].

У логопедії термін «просодичний» відноситься до позначення явищ висоти, тривалості, сили. «Просодія», за визначенням В.І.Селівьорстова, [з грецької *prosodiya* наголос, приспів] – 1) загальна назва для надсегментних якостей мови; 2) учення про принципи та засоби членування мовлення та поєднання розчленованих таких частин, як підвищення та пониження основного тону, розлади наголосів, відносне прискорення або уповільнення мовлення та розрив вимови [3, с.257]. Зазвичай, просодичну сторону мовлення розглядають у структурі дефекту при заїканні (Л.І.Белякова, О.О.Дьякова, В.О.Кондратенко). Автори визначають, що просодика відноситься до акустичних характеристик усного мовлення і включає такі компоненти, як темп, ритм, темпо-ритмічну організацію, паузу, інтенсивність, тон мовлення, інтонація [2]. Науковці наголошують на тому, що інтонація є основною складовою просодії: крізь інтонацію з'ясовується зміст мови та її підтекст. У дослідженнях В.О.Артемова, навпаки, доведений той факт, що засоби інтонації та просодії мають не тільки спільні риси, але й відмінні [1, с.37-38].

Зроблений нами ґрунтовний аналіз літературних джерел, дає змогу зробити висновок, що не можна ототожнювати інтонацію із просодією або ж підкорювати інтонацію просодії, розглядати інтонацію як основну складову просодії. Це пояснюється перед усім тим, що на сучасному етапі доведеним є той факт, що основні фізичні характеристики звуків мовлення в європейських мовах біфункціональні. З одного боку, вони слугують для реалізації складової будови мовлення, а з іншого, - для розрізнення інтонацій. У першому випадку ми маємо справу з мовленнєвою просодією, а в другому - з мовленнєвою інтонацією. У першому випадку звуки мовлення - безпосередньо не значимі, а в другому - значимі безпосередньо як динамічна інтонаційна структура, яка змінюється в часі та має комунікативне, предикативне, синтаксичне та модальне значення. Але при цьому зазначаємо, що просодична та інтонаційна організація мовлення корелюють.

Відповідно, ми вважаємо найбільш вдалим для дослідження та визначення ПСМ як темпо-ритмічної сторони мовлення на яку впливає: ЧОТ, дихання, мелодика, фонетичні ознаки голосу: тембр, сила, гучність; наголос та розподіл пауз.

У спеціальній педагогіці дизартрія визначається як порушення звуковимови, голосоутворення і просодики, що обумовлене недостатністю іннервації м'язів мовленнєвого апарату, дихального, голосового, артикуляції (О.Ф.Архипова, С.Ю.Конопляста, Л.В.Лопатіна, О.М.Правдіна-Вінарська, З.М.Серебрякова, М.К.Шеремет та ін.). При дизартрії порушується руховий механізм мовлення за рахунок органічного ураження центральної нервової системи. Структуру дефекту при дизартрії складає порушення всієї вимовної сторони мовлення і немовленнєвих процесів загальної та дрібної моторики, просторових уявлень та ін. Структура дефекту в спеціальній літературі представлена достатньо широко.

Причину порушення голосу при дизартрії науковці вбачають у патології еферентного та аферентного ланцюгів керування інтонацією. За причини обмеженості довільних рухів голосових складок м'язів діафрагми виникають порушення, які відносяться до еферентного ланцюга. Аферентна патологія проявляється в недостатності кінестетичного аналізу, у порушеннях проприоцептивної імпульсації від органів голосоутворення до дихання.

З метою досягнення мети, вирішення завдань даного наукового пошуку нами була розроблена програма педагогічного експерименту, що складалась з трьох етапів: теоретико-аналітичного, конструктивно-моделюючого, й апробаційно-узагальнюючого. Загальна кількість задіяних у дослідженні – 220 осіб: 166 дітей із дизартрією та 54 дитини без порушень мовленнєвого розвитку 5 – 6 (7) років дошкільних закладів освіти №193, 248, 174 (м. Одеса), № 34, 26 (м. Суми), №16 (м. Слов'янськ). До окремих аспектів пошукової роботи було залучено 89 логопедів дошкільних закладів для дітей із ТПМ. Проаналізовано 199 карт логопедичного обстеження дітей із дизартрією.

Під час розробки експериментальної методики дослідження КПСМ були використані модифіковані методики, запропоновані О.Ф.Архиповою. В ході експериментального дослідження рівнів розвитку КПСМ були впроваджені: метод слухової аудиторської оцінки, який використовувався при дослідженні (діагностиці) таких компонентів, як мелодійна сторона мовлення, тип мовленнєвого дихання, тембр, сила та гучність голосу та розподілу пауз. Для

визначення об'єму дихання, темпу, часу максимальної фонації використовувався метод слухової аудиторської оцінки із залученням технічних засобів діагностики (секундоміру). Для діагностування ЧОТ, діапазону голосового поля, тембру був використаний спектральний та акустичний аналіз голосу, які дозволили визначити спектральний склад голосних у різних умовах фонації, особливості фонетичної сторони голосу (тембру, сили, гучності).

Під час дослідження ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією були виявлені наступні особливості: для дітей із дизартрією притаманні порушення іннервації дихальної мускулатури, що впливають на порушення мовленнєвого дихання. Ритм дихання не регулюється смисловим змістом мови, під час мовлення воно зазвичай прискорюється, після вимови окремих складів, слів наявні судомні вдихи; струм повітря під час видиху скорочений, відбувається зазвичай через ніс. Прослідковується тенденція розмовляти під час вдиху, що призводить до порушення контролю над диханням, порушує координацію між диханням, фонацією та артикуляцією; несформованість мовленнєвого дихання, порушення координації дихання та фонації суттєво впливає на час максимальної фонації, який у дітей з дизартрією в 98% менший ніж 10с. (при нормі 10 – 13с.); у дітей з дизартрією спостерігаються значні відхилення темпової організації мовлення: 38% - оптимальний темп, при якому мовлення зрозуміле для оточуючих, в 62% темп мовлення уповільнений; сприйняття та відтворення звукових ритмів засвідчило, що значна кількість дітей (69%) здатна відтворити ритмічні структури тільки після багаторазового повторного роз'яснення та демонстрації експериментатором. Порушення ритмічної здатності насамперед були пов'язані з недостатністю рівня розвитку слухової диференціації запропонованих ритмічних структур, слухозорових та зорово-моторних координацій; тембр голосу дітей старшого дошкільного віку з дизартрією характеризується підвищеною назалізованістю: 39,6% - в легкому ступені, 25,4% - в помірному, 6,1% - важкому. Що стосується тембрового зафарбовування голосу дітей, то у 72,4% дітей наявний глухий, здавлений, хриплий, з додатковими призвуками, тембр голосу; були виявлені певні труднощі в відтворенні логічного наголосу: діти з важкістю визначають голосом слово, яке є головним носієм смислового навантаження в реченні, практично не вживають логічний наголос у відповідях; більшість дітей з дизартрією – 78,9% вживають короткі паузи під час мовленнєвого акту, притаманна відсутність логічного обґрунтування розташування пауз у мовленнєвому потоці, вживання пауз у середні або на початку слів, наявність великої кількості пауз хезитації.

Порушення голосу, виявлені в ході експерименту, передусім пов'язані з парезами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, голосових складок, м'язів гортані, порушенням їх м'язового тону та обмеженістю їх рухливості; при цьому різні клінічні форми дизартрії мають різноманітні, специфічні розлади голосу. Найбільш поширеними є такі властивості: голос слабкий, тихий, виснажливий; тембр глухий, назалізований, монотонний, здавлений, з наявністю додаткових призвуків; фонація форсована, напружена; несформовані або сформовані на низькому рівні голосові модуляції.

Корекція ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією є досить складним, багатоаспектним і довготривалим процесом. Він обіймає ранній і дошкільний періоди, кінцевим результатом яких повинна бути сформована мовленнєва система в цілому (фонетична, лексична, граматична, діамонологічна), використання мовлення як засобу комунікації. У нашому науковому пошуку ми розглядаємо розвиток ПСМ в його останній сенситивний період 5 – 6 (7) років, оскільки він є найважливішим та в межах одного дослідження важко врахувати всі аспекти розвитку ПСМ протягом дитинства.

Визначення останнього сенситивного періоду розвитку ПСМ пов'язане з тим, що у дітей дошкільного віку фонація здійснюється за рахунок натягування крайніх ділянок коротких тонких голосових складок, які складаються із з'єднувальної тканини та залоз. З п'яти років починають формуватися окремі пучки вокальних м'язів. Голос набуває високого звучання. У дітей старшого дошкільного віку починається формування голосової м'язи та розвиток рецепторного апарату гортані. Це впливає на розширення діапазону (він досягає 11 – 12 нот), голос набуває дзвінкості, м'якості, сріблястості.

На жаль, сьогодні проблема корекції ПСМ у дітей старшої (підготовчої) до школи групи залишається мало розробленою та майже не використовується в практичній роботі. Про це свідчать дані проведеного нами опитування вчителів-логопедів логопедичних груп при ДНЗ та спеціалізованих ДНЗ м. Києва, Одеси, Сум та Сумської області в кількості 89 осіб. Нами була розроблена анкета, відповідно до результатів опитування за якою нами було встановлено, що логопедична ритміка, як засіб корекції в повному обсязі майже не використовується логопедами-практиками (тільки 31,6% (28) вчителів-логопедів з усіх опитаних іноді залучають логоритмічні засоби корекції під час проведення різних форм логопедичних занять).

На думку логопедів-практиків, яку ми повністю поділяємо, це пов'язане з рядом труднощів, серед яких, по-перше, логоритмічні заняття передбачають сумісну роботу логопеда та музичного керівника, що не завжди є зручним в умовах дошкільного закладу (труднощі планування розкладу, наявність спеціального приміщення (музичної зали) для проведення даної форми роботи); по-друге, діти з дизартрією належать до категорії дітей із ТПМ, що передбачає кропітку та довготривалу роботу саме з мовленнєвого розвитку: виправлення порушень звуковимовної сторони мовлення, формуванню зв'язного мовлення, на що витрачається багато часу (саме

індивідуальної та підгрупової форм роботи), по-третє, досі не існує комплексної методики корекційно-розвивальної роботи саме КПСМ, яка б урахувала всі етапи, напрями корекції та розвитку КПСМ та загального мовленнєвого розвитку дітей з дизартрією.

Під час створення корекційної методики нормалізації та розвитку ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією ми спиралися на Базову програму розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» та «Програму корекційно-розвивальної роботи в логопедичних групах дитячого закладу для дітей із ЗНМ (з 4 до 7 років)» Н.В.Ніщеві (2006), як такі, що, на нашу думку, враховують усі напрями розвитку дитини із ЗНМ старшого дошкільного віку в процесі планування та проведення корекційно-логопедичної роботи.

Аналізуючи існуючі методики проведення логоритмічних занять, можна стверджувати, що методик проведення занять з логопедичної ритміки, спрямованих на корекцію саме ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією, яка б урахувала вікові та індивідуальні особливості даної категорії дітей, була б розрахована на логопедів, які не мають спеціальної музичної освіти, досі не існує, і дана методика нами запропонована вперше. Тому акцентуацію в запропонованій експериментальній методиці ми спрямували на те, що сьогодні у ВНЗ у майбутніх вчителів-дефектологів формуються загальні моделі музичних компетенцій з огляду на найбільш актуальні види музичної діяльності (музично-слухацьку, музично-виконавську та музично-композиційну), які за результатами контентного аналізу конкретизуються наступним чином: а) слухання (сприймання) музичних творів, їх аналіз та оцінка; б) вокально-хорова робота; в) імпровізація, театралізація та музичні ігри. Даний перелік компетенцій формується під час вивчення студентами-дефектологами (логопедами) таких навчальних дисциплін, як «Логоритміка з методикою», «Корекційна ритміка», «Спеціальна методика музичного виховання».

Ураховуючи стан підготовки майбутніх спеціалістів-логопедів, які під час навчання оволодівають необхідними елементарними музично-граматичними поняттями, навичками активного сприймання музичних творів, вокально-мовленнєвими, елементарно-виконавськими, ритмічно-руховими, що дає їм змогу використовувати отримані знання під час проведення логоритмічних занять без участі спеціалістів-музикантів відповідно до запропонованої нами методики.

Розроблена та апробована нами педагогічна модель корекції та розвитку ПСМ засобами логопедичної ритміки має три підструктури, які в сукупності дають цілісне уявлення про зміст етапів корекційно-педагогічної роботи: діагностико-пропедевтичний (підготовчий): вересень – жовтень; змістовно-розвиваючий (основний або вокальний): листопад – лютий; та функціонально-мовленнєвий (заключний): березень - травень. Кожний з вище зазначених етапів роботи має власну мету та завдання. Цілі та завдання кожного визначеного етапу формулюються з огляду на головну мету даного наукового пошуку. Корекційно-розвивальна робота експериментальної методики здійснювалася за наступними напрямками: психомоторний розвиток; розвиток та корекція ПСМ; мовленнєвий та пізнавальний розвиток.

Запропонована методика логопедичної ритміки в умовах спеціального дошкільного закладу складається з 34 занять на навчальний рік (по 1 заняттю на тиждень, може проводитися разом з музичним керівником, замість музичного заняття, бажано на початок або в середині тижня у другій половині дня).

Під час проведення системи логоритмічних занять потрібно враховувати наступні вимоги: заняття доцільно проводити фронтально тривалістю до 35 хвилин (для дітей 5 – 6 років); заняття плануються відповідно до лексичної теми; зміст рухового та мовленнєвого матеріалу варіюється в залежності від рівня сформованості моторних та мовленнєвих навичок; кожне заняття представляє тематичну та ігрову цілісність; усі вправи проводяться за наслідуванням, мовленнєвий матеріал вивчається під час проведення занять; розміщувати дітей бажано перед педагогом колом, або щоб діти сиділи півколом (щоб існувала можливість бачити викладача, рухатися та проговорювати мовленнєвий матеріал синхронно).

Окрім цього, у ході експерименту визначилися специфічні прийоми роботи під час проведення логоритмічних занять із дітьми старшого дошкільного віку з дизартрією: використання розчленованого матеріалу з демонстрацією окремих елементів; збільшення уваги удосконаленню координації перемикання рухів; чергування статичних та динамічних вправ для дітей із підвищеною втомлюваністю; демонстрація вправ, яка супроводжується словесним поясненням педагога.

Послідовність корекційної роботи варіюється у відповідності до характеру мовленнєвих розладів, індивідуальних та вікових особливостей дітей. При цьому наголошуємо, що ні один засіб логоритміки, який ми використовували в розробленій нами методиці, не може розглядатися як універсальний.

Як логопедичне так і логоритмічне заняття має свою структуру. Пропонуємо наступну структуру логоритмічних занять розробленої нами методики:

I. *Вступна частина.* Психомоторний розвиток: вправи на різноманітні види ходи, крокування, бігу. Дихальні вправи (розвиток фізіологічного дихання). «Рефлексозаборонена» позиція.

II. *Основна частина.* Масаж, тактильно-пропріоцептивна стимуляція. Вправи на розвиток орального праксису та міміки. Артикуляційні вправи (логопедическая гімнастика за Т.В.Будьонною). Вправи на

розвиток мовленнєвого дихання: типу, темпу, узгодження з мовленням. Вправи на розвиток КПСМ, творчої фантазії та уяви, голосоутворення. Вправи для розвитку дрібної моторики (гра на музичних інструментах, вправи з предметами). Розвиток дикції (вправи без мовленнєвого або з мовленнєвим супроводом, фонопедичні гімнастика). Рухові вправи (вправи з елементами танцю, ігри-драматизації).

III. *Заключна частина.* Вправи на розслаблення м'язового тону. Слухання музики.

Заняття розробляються з урахуванням можливостей дітей, їх індивідуальних особливостей та етапу корекції. На комплектування груп впливає як клінічна форма дизартрії так і тип порушення м'язового тону (спластичності або паретичності). Усі види діяльності підпорядковуються одній темі та корекційній меті. Також, необхідною умовою є гармонійне застосування засобів логопедичної ритміки.

З метою визначення змін у бік нормалізації ПСМ у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією нами були обрахований середній показник (у %) кожного рівню розвитку (високого, достатнього, середнього, низького та початкового) за кожним із досліджуваних компонентів ПСМ. Нами були отримані наступні результати які представлені наочно на гістограмі (рис. 1).

Результати дослідження виявили позитивну динаміку рівню сформованості ПСМ, її складових (компонентів), що свідчить про ефективність впровадженої експериментальної корекційно-логопедичної методики.

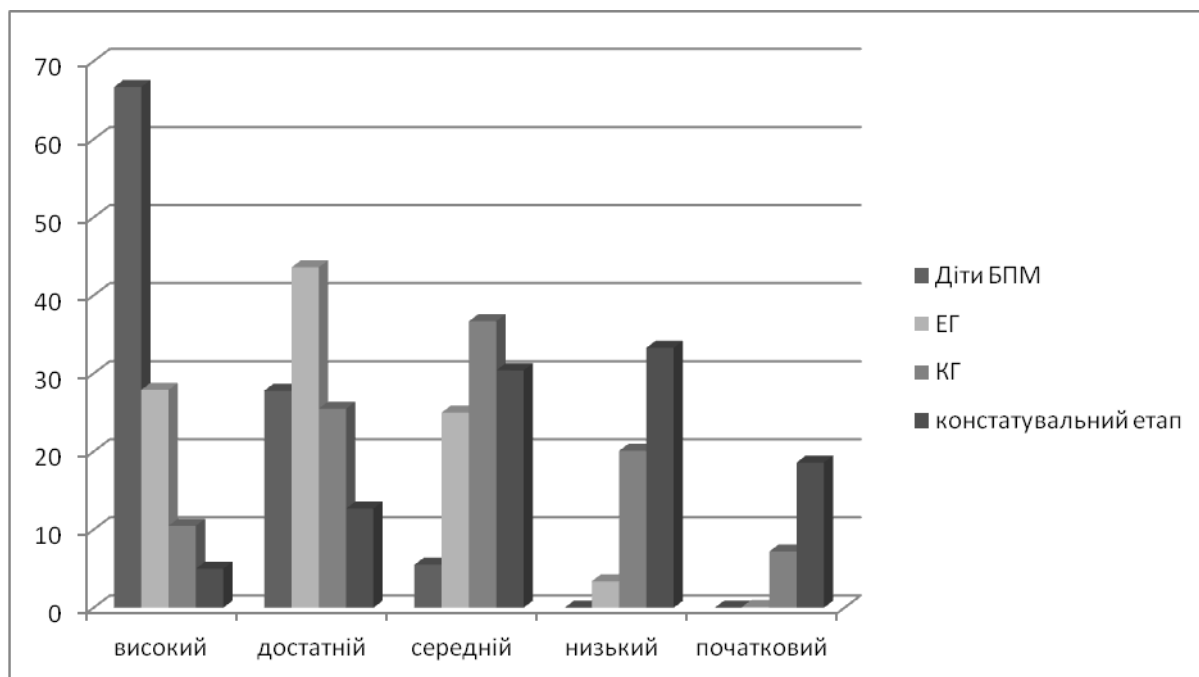


Рис. 1. Порівняльний аналіз рівнів сформованості КПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією після впровадження експериментальної методики

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Артемов В.А. Психология речевой интонации / Интонация и просодия: / Лекции к спецкурсу / Москов. гос. пед. ин-т иностр. яз. им. Мориса Тореза. – М., 1976. Ч.2. – 1976. – 87 с.
2. Белякова Л.И., Дькова Е.А. Заикание: Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия». – М.: В.Секачев, 1998. – 304 с.
3. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И.Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
4. Теорія і практика сучасної логопедії: зб. наук. пр. Випуск 3 / Ін-т спец. пед.-ки АПН України. – Київ: Актуальна освіта, 2006. – 147 с.
5. Александрова Л.Ю. Гармонизация просодических возможностей как профессионально значимого качества студентов дефектологов // Тезисы к докладу на II Всероссийских педагогических чтениях по вопросам коррекционной педагогики и специальной психологии, 7 – 8 ноября 2008 г. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.tc-sfera.ru/public/index.php?ELEMENT_ID=8344