**Змістовий модуль 2. Логопедична діагностика.**

**Тема: » Особливості діагностичної роботи в умовах різних типів навчальних закладів для дітей із мовленнєвими патологіями.**

 **Особливості обстеження дітей з різними порушеннями мовлення:**

 **Ринолалія** — порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату. При ринолалії механізм артикуляції, фонації та голосоутворення має вагомі відхилення від норми та обумовлений порушенням участі носового та ротоглоткового резонаторів. За нормальної фонації у людини під час вимови всіх звуків мовлення, крім носових, відбувається розмежування носоглоткової та носової порожнини від глоткової й ротової. Ці порожнини розділяються змиканням піднебіння з глоткою (піднебінно-глоткове змикання), яке здійснюється скороченням м’язів м’якого піднебіння та бокової і задньої стінок глотки.

 **Дизартрія –** порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Це важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже усіх груп звуків, але і просодична сторона мовлення: голос, інтонація, темп, ритм. Це неврологічний діагноз. Невролог призначає медикаментозне лікування, а логопед займається корекцією мовленнєвих вад. Лікування дизартрії повинно являти собою комплексний вплив, де будуть використані і медикаменти, і лікувальна фізкультура, і масаж , і логопедична робота.

**Дислалія –** це порушення звуковимови у дітей, яке зустрічається найчастіше в дошкільнят, і саме в цьому віці логопедична робота при дислалії є найбільш ефективною. Причини виникнення дислалії - коротка під'язикова вуздечка; - неправильне будова щелепи і зубів; - зниження слуху; - нерозвинений фонематичний слух (коли дитина, наприклад, не розрізняє звуки «б» і «п»); - нечітке вимовляння окремих звуків дорослими, яким наслідує дитина.

**ФФНМ .** За психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих вад до порушень засобів спілкування, крім загального недорозвитку мовлення, відносять фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення (ФФНМ) – порушення процесів формування звуковимовної системи рідної мови у дітей із різними мовленнєвими розладами внаслідок дефектів сприймання та вимови фонем. До цієї категорії відносяться діти з нормальним слухом і інтелектом.

Фонематичний слух є частиною фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення і зіставлення звуків, які дитина чує з їх еталонами, що зберігаються в пам'яті людини впорядковано – в «решітці фонем». Кількість порушених звуків у дитини з ФФН може бути досить значною – до 16-20. Таке порушення звуковимови у дітей безпосередньо зумовлене несформованістю у них фонематичного слуху.

Фонематичне сприймання – це здатність розрізняти фонеми і визначати звуковий склад слова. Саме фонематичне сприймання допомагає відповісти на запитання: Скільки складів у слові сомі Скільки в ньому звуків? Який приголосний звук стоїть у кінці слова? Який голосний звук у середині слова? Правильний розвиток фонематичного слуху і фонематичного сприймання покладено в основу безпомилкового засвоєння письма і читання в процесі шкільного навчання.

**ЗНМ -**це загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) – складне мовленнєве порушення, при якому у дитини з нормальним слухом та інтелектом не сформовані усі компоненти мови: лексика, фонетика, граматика.

Мовленнєве недорозвинення може бути виражене в різному ступені: від повної відсутності мовленнєвих засобів спілкування до розгорнутого мовлення з окремими елементами лексико-граматичного та фонетичного недорозвитку.

**Заїкання -** це порушення темпу, ритму і плавності усного мовлення, обумовлене судорожним станом м’язів мовного апарата, а також  це порушення мовлення, що виявляється у мимовільному повторенні окремих звуків, складів або цілих фраз, неприродному розтягуванні звуків або блоках мовчання, протягом яких людина, що заїкається, не може вимовити звук.

 **Схеми обстеження**

  **Схема обстеження дитини з ринолалією**

1.Анкетні дані, відомості про сім'ю дитини та умови' її виховання

 1.Прізвище та ім'я дитини.

2.Вік дитини.

3.Звертають увагу на наявність двомовності в сім'ї, шо в подальшому може ускладнити роботу над розвитком мовлення.

4.Відвідує чи відвідувала раніше дитина дитячий дошкільний заклад, чи навчається в школі ( загальноосвітня школа чи школа для дітей з тяжкими вадами мовлення).

5.Вік, професія і місце роботи батьків. Слід звернути увагу на наявність різних «шкідливостей», які могли мати місце до народження дитини.

6.Умови виховання в сім'ї: де виховується чи навчається дитина (вдома, в дитячому будинку, в школі-інтернаті); як адаптувалася дитина до дитячого навчального закладу, особливості мовленнєвого середовища (контакти з іншими особами, які мають мовленнєві вади, наявність двомовності, особливості мовленнєвого виховання в домашніх умовах тощо); культурно-по- бутові умови в сім'ї, психологічний мікроклімат у сім'ї (конфлікти між членами сім'ї, гіпо- або гіперопікування дитини, ставлення членів родини до мовленнєвої вади дитини тощо), скарги з боку батьків, вихователів, вчителів, заходи, яких було вжито для усунення проблем у розвитку дитини.

 Дані анамнезу

1.Скарги хворого або його родичів.

2.Чинник спадковості, її характер. Скільки дітей у сім'ї, чи єуінших дітей, батьків чи близьких родичів патологія губи і піднебіння або мікроознаки; в якому поколінні траплялися подібні вади в роду батька і матері тощо.

3.Яким був перебіг вагітності матері, особливо в перші місяці її, на що хворіла мати під час вагітності тощо.

4.Характер пологів (нормальні, стрімкі, затяжні, зі стимуляцією); чи була асфіксія, як довго вона тривала тощо.

5.Маса і зріст дитини при народженні.

6.На який день було виписано дитину з пологового будинку. Додатковий строк перебування в пологовому будинку, причини.

7.Особливості перебігу післяпологового періоду (чи одразу закричала дитина, наявність пологових травм, їх характер тощо).

8.Наявність природженого незрощення верхньої губи і/або піднебіння, вид незрошення, у якому віці було зроблено хірургічну операцію, результати відновлювальної хірургії тощо.

9.Особливості годування (грудне, через зонд, через спеціальну соску та ін.).

10.Хвороби у перші місяці життя.

\!1. Хвороби у віці від 1 до 3 років.

12.Ранній психомоторний розвиток дитини (коли вона почала тримати голову (в нормі з 1,5 міс.), хапати предмети (в нормі з2,5 міс.), перевертатися (в нормі з2,5—3 міс.), сидіти (в нормі з 6 міс.), повзати (6—8 міс.), вставати (7—9 міс.), ходити за руку (9—12 міс.), самостійно ходити (10—12 міс.).

13.Поява перших зубів (у нормі — 6—8 міс.).

14.Характер порушень моторики: занадто рухлива дитина, невправна, загальмована в рухах, незграбна тощо.

15.3 якого часу дитина почала себе самостійно обслуговувати (їсти, вмиватися, одягатися, взуватися тощо).

16.Ранній мовленнєвий розвиток (особливості гудіння (в нормі з 2—3 міс.) і лепету (4—8 міс.) — активність, різноманітність звукових комбінацій, характеристика голосових реакцій тощо). Коли з'явилися перші слова (9—12 міс.), проста фраза (1,5— 2 роки), чи є розгорнуте фразове мовлення. Мовленнєва активність.

17.Чи мали місце грубі порушення звуко-складової структури слова після 3 років, грубі аграматизми після 3 років.

18.Чи займалася дитина з логопедом, де, коли, упродовж якого часу, якими були результати такої роботи.

19.Ставлення дитини до своєї вади (мовлення і зовнішнього вигляду).

III. Обстеження педіатра

До висновку педіатра мають увійти дані про загальний соматичний стан дитини, супутні захворювання, рекомендації щодо специфіки годування, догляду за такою дитиною, можливі протипоказання до проведення логопедичних занять.

IV. Обстеження отоларинголога

Для логопеда важливо отримати висновок лікаря-отоларинголога про стан:

а) слухової функції (рівень зниження слуху); б) носової порожнини (чи є викривлення носової перегородки, наявність поліпів, стан носових ходів тощо); в) носоглотки (хоан, аденоїдів); г) піднебінних мигдаликів у ротоглотці;

д) голосових зв'язок, характер змикання їх тощо.

Ці дані є важливими для планування і реалізації логотерапії, оскількі^зниження фізіологічного слуху призводить до несформованості фонематичних уявлень, значно ускладнює формування процесів фонематичного аналізу і синтезу; різноманітні відхилення носоглотки, ротоглотки, носової порожнини можуть спричинювати порушення дихальної і голосової функцій.

V. Обстеження стоматолога й ортодонта

Висновки лікаря-стоматолога і лікаря-ортодонта є надзвичайно важливими для визначення методів і прийомів логопедичної роботи, її строків, змісту і обсягу. Вони мають охоплювати дані про:

а) стан зубощелепної системи (відсутність зубів або наявність некомплектних, порушення прикусу, інші особливості);

б) патологію верхньої губи, піднебіння, язика. Наявність ана- томо-функціональних порушень (характер і вид незрощення;

Cтан м'якого піднебіння, його розміри, рухомість; особливості будови твердого піднебіння після уранопластики: особливості будови і рухомості верхньої губи тошо);

в) характер рефлекторної діяльності піднебінної і глоткової мускулатури, особливості піднебінно-глоткового змикання;

г) годування: чи користується дитина обтуратором, з якого часу, як довго.

 VI. Обстеження інших фахівців

У разі потреби дитину обстежують інші спеціалісти, висновки яких обов'язково враховує в своїй роботі логопед. За поєднаної вади необхідною буває консультація психоневролога, психопатолога, генетика, ендокринолога, фізіотерапевта, лікаря ЛФКта ін.

 VII. Логопедичне обстеження

1. Загааьна характеристика мовлення.

З'ясувати, які засоби спілкування доступні дитині (окремі звуки, склади, звуконаслідування, міміка, жести, слово чи фраза); які засоби виразності виявляються у мовленнєвих реакціях (радість, здивування, розчарування, роздратування). Характер загального звучання мовлення (прояви назальності, хрипкості, неприродності голосу особливості темпу мовленнєвих висловлювань і дотримання ритмічного малюнка їх). Якість дикції, зрозумілість мовлення. Емоційна виразність мовлення (нормальне, маловиразне, монотонне).

2. Будова і функції артикуляційного апарату.

Будова:

а) довжина м'якого піднебіння (логопед шпателем намагається довести задній край м'якого піднебіння до задньої стінки глотки, притримуючи язик дитини марлевою серветкою);

б) форма твердого піднебіння (високе, готичної форми або занизьке, пласке). Обидва варіанти негативно впливають на формування звуковимови;

в) наявність післяопераційних рубців уділянні твердого, м'я- кого піднебіння, верхньої губи, наявність незрощень, субмукозної щілини тощо;

г) аномалії прикусу (прогенія, прогнатія, відкритий передній або бічний прикус, аномалії зубного ряду);

д) будова губ (характер і вид природженого незрощення верхньої губи, сформованість губи після хейлопластики);

є) будова язика (макроабо мікроглосія, закоротка під'язикова вуздечка та ін.).

Функції:

а) рухомість м'якого піднебіння;

б) наявність піднебінно-глоткового змикання, його вид і характер (достатнє, недостатнє, активне);

в) рухомість губ; г) положення і рухомість язика (його спинки, кореня і кінчика); рухомість нижньої щелепи; д) стан мімічної мускулатури; наявність синкінезій (додаткові, супутні рухи).

Обстеження мовленнєвої моторики спрямоване на визначення особливостей рухів артикуляційних органів за такими параметрами:

•наявність або відсутність рухів;

•тонус, тобто нормальне напруження, гіпотонус або підвищений тонус м'язів артикуляційного апарату;

•активність рухів (нормальна активність, загальмованість або розгальмованість рухів);

•об'єм рухів (повний, неповний);

•точність ( точне або неточне виконання рухів);

•тривалість виконання рухів, тобто здатність утримувати органи артикуляційного апарату в запропонованому положенні впродовж певного часу;

•здатність до переключення рухів (плавно або поштовхоподібно, з включенням мімічної мускулатури тощо);

•темп рухів (нормальний, швидкий, загальмований);

•заміни одних рухів іншими;

•наявність додаткових, зайвих, супутніх рухів.

 Обстеження рухомості артикуляційних органів передбачає

виконання ізольованих рухів, серії рухів, рухів за наслідуванням, заТловесною інструкцією, спонтанних рухів.

Будову і функції артикуляційного апарату обстежує логопед незалежно від повноти висновку лікаря-стоматолога.

3. Стан дихальної функції:

а) фізіологічне дихання у стані спокою: тип дихання, його глибина і сила;

б) стан мовленнєвого дихання: тип, сила, тривалість фонаційного видиху; наявність проходження повітря через ніс під час вимовляння ротових звуків, координація дихання і фонації тощо.

 4. Просодична сторона мовлення.

Обстеження стану голосової функції та інтонаційної сторони мовлення спрямоване на визначення таких характеристик:

а) сила голосу за параметрами тихий—гучний—затухаючий; сильний—слабкий (пропонують вимову голосних звуків, складів, слів, фраз від шепітного мовлення до повноцінного голосу: шепітно, тихим голосом, голосом середньої гучності, голосно, з поступовим підсиленням або послабленням сили голосу);

б) висота голосу за параметрами високий—низький (вимова голосних звуків, складів, слів з підвищенням або зниженням висоти голосу, проспівування гами у різних діапазонах з урахуванням віку дитини та її голосових можливостей);

в) тембр голосу (забарвлення, якість голосу) — сиплий, хрипкий, глухий, дзвінкий, металічний, різкий, з назальним відтінком тощо (обов'язково звертають увагу на ступінь назалізації під час ізольованого вимовляння звуків, а також у мовленнєвому потоці);

г) мелодика голосу (чи вміє дитина варіювати голосом, забарвлюючи його інтонаційно (стверджуючи, запитуючи, окликаючи тощо);

д) темп і ритм мовлення (нормальний, швидкий, повільний, дисритмія).

 5. Стан фонетичної і фонематичної сторін мовлення:

а) у дитини до 3 років визначають здатність до звуконаслідування;

б) після 3 років досліджують стан звукоскладової структури слова (відображено повторити за логопедом слова з 1, 2, 3, 4 складів; відмічають максимальну кількість правильно відтворених складів);

в) обстеження стану звуковимови починають з ретельної перевірки ізольованої вимови голосних і приголосних звуків. Потім досліджують вимову звуків у складах, словах, реченнях. Увагу звертають на те, як саме вимовляється звук; самостійно, за показом, за словесною інструкцією логопеда. Дитині пропонують предметні картинки, в назві яких є потрібний звук. У дитини з ринолалією особливу увагу звертають на стан вимови голосних звуків. У карті обстеження реєструють якісну сторону кожної вади звуковимови: порушення, заміна, плутання.

Якщо у дитини з ВНГП уранопластику ще не проведено, обстеження стану якості вимови звуків доцільно проводити двічі: без обтуратора і з обтуратором. Результати можуть мати відмінності, які слід обов'язково зафіксувати в карті обстеження.

Послідовність обстежуваних звуків може бути такою: голосні (а, о, у, е, и, і), середньоязиковий (й), губно-губні приголосні (л, б, м, в), губно-зубні приголосні (ф), задньоязикові приголосні (г, к, х), фарингальний (г'), передньоязикові (зубні — т, д, з, с, ц, дз, л, н, піднебінно-зубні або коміркові — ж, дж, ч, ш, р). Логопед фіксує також увагу на вимові звуків у твердому і м'якому варіантах;

г) обстеження стану фонематичного сприймання є обов'язковим, навіть якщо у дитини з ринолалією немає порушень фізичного слуху. Для цього звуки диференціюють попарно (тверді— м'які, глухі—дзвінкі, свистячі—шиплячі, сонори) у спеціальних логопедичних завданнях і вправах. Визначають характер труднощів фонематичного уявлення і сприймання, простежують зв'язок фонематичних проблем з порушеннями звуковимовної сторони мовлення;

д) стан звукового аналізу і синтезу слова. Залежно від віку дитині

пропонують завдання на визначення місця голосного або приголосного звука в слові, загальної кількості звуків та їх послідовності у слові, впізнавання слова за названими звуками тощо.

 6. Стан лексики і граматичної будови імпресивного мовлення:

а) пасивний словник — відмічають обсяг словника, точність розуміння значень слів (показати за словесною інструкцією логопеда предмети, частини тіла, вибрати предметні картинки тощо), розуміння дій (показати на картинках, де дівчинка спить, біжить, грається, їсть, малює тощо) та узагальнювальних слів (з 3 років — вибрати предмети або картинки за темами: «Іграшки», «Посуд», «Меблі», виконання доручень за словесною інструкцією «Дай мені ляльку», «Погодуй свою ляльку», «По- клади ляльку спати» тощо);

б) розуміння форм однини і множини іменників (з 3—4 років) (показати на картинках: кубик—кубики, гриб—гриби, яблуко— яблука, цукерка—цукерки тощо);

в) розуміння прийменниково-відмінкових конструкцій з прийменниками на, під, в, за, біля, над (після 4 років) — («Поклади ручку на стіл», «Поклади ручку в стіл», «Покчади ручку під книгу» тошо);

г) розуміння зменшувальних суфіксів іменників (4—5 років) — (показати на картинках, де є м'яч—м'ячик, заєць—зай- чик, ложка—ложечка, подушка—подушечка);

д) диференціація дієслів з різними префіксами: йшов, пішов, прийшов, підійшов, відійшов, вийшов, зайшов, перейшов тощо (з 5 років);

е) розуміння словосполучень і простих речень (покажи: ручкою олівець і ручку олівцем; картинки, де хлопчик грає в м'яч, сидить на траві, читає книгу тощо);

ж) розуміння зв'язного мовлення (з 5 років).

 7. Стан лексики і граматичної будови експресивного мовлення: а) загальна характеристика експресивного мовлення (чи є мовлення взагалі, мовлення на рівні лепетного, мовлення на рівні окремих слів, фразове мовлення);

б) активний словник: іменники (назвати предмети, картинки за темами: «Посуд», «Одяг», «Сім'я», «Тварини» тощо); дієслова (назвати, що робить дівчинка на картинці: спить, одягається, їсть, сидить, читає, малює, біжить, гуляє); прикметники (назвати, розглядаючи картинки, колір, розмір, смак);

в) стан граматичної будови мовлення і зв'язного мовлення (обстежують, якщо дитина користується фразовим мовленням):

•використання іменників у називному відмінку однини і множини: стіл—столи; лялька—ляльки; рука—руки; дерево—де- рева; квітка—квіти; машина—машини; риба—риби тощо;

•використання іменників у знахідному відмінку однини без прийменника («Назви, що ти бачиш на картинці». — «Бачу собаку, будинок, м'яч, пташку» тощо);

•узгодження іменників з прикметниками однини чоловічого і жіночого роду (назвати колір предметів: кулька — червона, олівець — жовтий, машина — жовта, помідор — червоний, сонце — жовте, сонях — жовтий);

•використання у власному мовленні прийменників (простих і складних) на матеріалі картинок або демонстрації дій;

•використання родового відмінка множини: багато чого? Жук — жуків; ключ — ключів; літак — ...; дерево — ...; яблуко — ...; портфель — ...; ручка — ... тошо;

•утворення іменників зі зменшувально-лагідними суфіксами: квітка — квіточка; лисиця — лисичка; дівчина — дівчинка; хлопець — хлопчик; намисто — намистинка; м'яч — м'ячик; книга — ...; лялька — ...; гриб — ...; кішка — ... тощо;

•утворення відносних прикметників від іменників: варення з яблук — яблучне; склянка зі скла — скляна; олівець із дерева — дерев'яний; коробка з картону — ...; черевички зі шкіри — ...; погода з дощем — ... тощо; г) переказ розповіді (зміст тексту добирають залежно від віку

дитини), складання розповіді за запитаннями логопеда, за серією сюжетних малюнків, складання розповіді-спогаду тощо.

У висновках відмічають наявність і характер аграматизмів, визначають рівень розвитку зв 'язного мовленння;

д) обстеження стану читання і письма обов'язково проводять, якщо у дитини виявлені порушення фонематичних процесів, лексичної і граматичної будови мовлення (тексти для обстеження добирають з урахуванням віку дитини і програмних вимог).

 VIII. Психологічне обстеження

Психологічне обстеження передбачає вивчення стану когнітивних (пізнавальних) психічних процесів (відчуттів і сприймання, які створюють передумови для виникнення більш складних ППП — пам'яті, мислення, уяви, стан яких обстежують з використанням методичного арсеналу з урахуванням біологічного віку дитини, рівня її сенсорного, моторного, інтелектуального, мовленнєвого розвитку). Враховуючи особливості психічного розвитку дітей з природженими незрощеннями піднебіння, які є часто психологічно травмованими вадами зовнішності

**Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями.**

Метою обстеження дитини з дизартрією є вивчення стану її позамовленнєвих функцій (гнозису і праксису), мовленнєвих процесів (експресивного й імпресивного мовлення, читання, письма), а також інтелектуальних можливостей. Обстеження має передбачати подвійну мету:

 по-перше, відмежувати наявні у дитини розлади від інших порушень мовлення недизартричного ряду;

по-друге, допомогти логопеду достеменно описати ту чи іншу форму дизартрії, з якою він має справу. Водночас таке обстеження має допомогти педагогу виділити ті основні ланки патологічної картини, які зумовлюють виникнення низки вторинних (системних) порушень мовлення і психічних процесів.

Психолого-педагогічне обстеження вважається завершеним тоді, коли виявлено основний чинник, що зумовив виникнен­ня ознаки (симптому) мовленнєвого порушення, і логопед зможе передбачити зміни, що виникнуть у порушеній функції під час проведення певної корекційно-розвивальної роботи.

Як зазначалося, провідною вадою, що призводить до дизартрії, є рухові порушення. Тому в загальній програмі обстеження логопед основну увагу приділяє виявленню стану рухової і мовленнєво-рухової сфери.

Для вивчення стану рухової сфери педагог аналізує виконання дитиною таких завдань: біг, ходіння, стрибки (на правій нозі, на лівій, навперемінно); кидання предмета; як дитина витягує в одному напрямку ногу і руку, як витягує ногу в одному на; прямку, а руку — в другому. Ці завдання дають змогу логопеду зробити висновок про особливості структури бігу, стрибків, кидків, а також про стан функції переключення рухів. Виявлена неправильна структура їх, у свою чергу, свідчитиме про стан і вираженість таких рефлексів, як шийно-тонічні, що характеризують різну патологію тонусу: стрибкоподібність наростання напруження від спроби до спроби; різкі сплески і падіння тонусу; збереження впродовж усього обстеження постійно підвищеного напруження, що було виявлено після першого повороту голови.

Особливу увагу під час аналізу отриманих результатів обстеження треба звертати на стан тих функцій рухової сфери, порушення яких утруднює навчальну діяльність дитини. Це стан таких локомоторно-статичних функцій, як пряме стояння, пересування, можливість самостійного вільного ходіння, стан рухів кисті і пальців рук.

Під час обстеження у дітей здебільшого може спостерігатися затримка формування основних локомоторно-статичних функцій, порушення структури їх, а також зниження фізичних якостей руху: швидкості, сили, витривалості, координації.

Аналіз характеру і швидкості рухів рук може виявити їх значну своєрідність, зумовлену парезами м'язів або різким підвищенням тонусу, поганою ізольованістю моторного акту. Найбільше впадають у вічі значна скованість рухів, їх пасивність, млявість або, навпаки, судомість рухів руки з синкінезіями.

Усе це призводить до значних порушень у загальній структурі рухів з предметами, особливо грубі порушення виявляють у структурі функції хватання: пальці напружені і напівзігнуті або зігнуті в кулак; стискання і утримування м'яча тільки великим і вказівним пальцями (інші пальці зігнуті); взяття й утримування олівця, м'яча тільки великим і вказівним пальцями, кінчиками пальців, кистю другої руки. При цьому можна спостерігати чітко виражену асиметрію в положенні рук. Часто можуть бути зафіксовані незадані перехресні рухи рук, тобто утруднення у виборі раціонального напрямку руху рук, зумовлене нерівномірним розвитком їх і просторовими порушеннями.

Аналіз стану моторно-зорової координації дає змогу виявити у деяких дітей із дизартричними розладами відсутність пошуково-підготовчих рухів очей, рухів очей «навздогад.» або у протилежний бік. Рухи очей тільки на логопеда спостерігаються або є типовими для дітей, які не впевнені в собі, безпомічні в самостійній діяльності. Це свідчить про недостатню організацію довільного рухового акту їх.

Для вивчення стану мовленнєвомоторної сфери дитини логопед може використати спеціальну серію проб. Унаслідок її за стосування логопед зможе отримати якісну характеристику рухів язика, а саме: обсягу, точності, сили рухів: стану статичної координації мо&аеннєвих рухів; стану мовленнєвої динамічної координації; диференційованості рухів органів мовленнєвого апарату, а також стану кінестетичної чутливості мовлен-нєворухової сфери дитини. При цьому зауважимо, що саме цю серію завдань потрібно використовувати для виявлення стертих форм дизартрії.

Під час вивчення стану сформованості моторики язика застосовують пробу, розроблену М. Ейдіновою й О. Винарською. Дитина, наслідуючи логопеда, виконує такі рухи: висуває язика вперед, піднімає вгору, облизуючи язиком губи, робить язик широким, вузьким, тобто виконує рухи, що дають змогу аналізувати стан під'язикового нерва.

Для виявлення обсягу рухів органів артикуляційного апарату логопед може запропонувати дитині виконати пробу М. Піскунова, а саме: загасити свічку, закрити або зажмурити очі, надути щоки, тобто виконати рухи, які дають можливість зробити висновки про стан нерва обличчя.

З метою визначення статичної координації мовленнєвих рухів можна запропонувати дитині одночасне виконання рухів органами артикуляції: відкриваючи рота, одночасно піднімати язик вгору.

Мовленнєву динамічну координацію вивчають у процесі мов­лення. З цією метою використовують малюнки, де у назвах зо­бражених на них предметів враховується різний рівень фоне­тичних труднощів, тобто у групи одно-, дво-, трискладових слів добирають слова простої і складної (зі збігом приголосних) конструкцій (запропоновані слова дитина вимовляє самостійно і відображено).

З метою глибокого вивчення можливостей вимовляння дитини можуть бути запропоновані для відображеної вимови слова, в структурі яких наявні збіги із 3—4 приголосних типу: ди­тинство, спортсмен та ін.

Диференційність рухів органів мовленнєвого апарату перевіряють, пропонуючи дитині (за інструкцією і за наслідуванням) віддиференціювати рухи губ, язика, нижньої щелепи під час виконання таких проб: притиснути кінчик язика до нижніх різців і подмухати на язик; ударити кінчиком язика по верхніх різцях за нерухомої нижньої щелепи.

Диференціацію язиково-губної і губно-губної фрикації (щілини) і змикання перевіряють під час виконання дитиною таких завдань: витягнути губи вперед і подмухати в щілину між губами: опустити кінчик язика вниз, підняти його вгору і притиснути до зубів. Стан сформованості рухової функції язикоглоткового нерва і кінестетичноїчутливості мовленнєворухового апарату обстежують за допомогою таких проб:

- рухову функцію язикоглоткового нерва вивчають дослідженням стану м'якого і твердого піднебіння, тобто скорочення їх під час фонацій звука «а»;

- кінестетичну чутливість вивчають так: логопед за допомогою шпателя піднімає язика дитини вгору, опускає вниз, притискує до верхніх різців, відводить назад. Потім дитина повинна самостійно, спираючись тільки на свої рухові відчуття, відтворити ці рухи. Під час виконання всіх зазначених проб враховують силу, легкість виконання рухів і характер переходу від одного руху до іншого.

У процесі обстеження можуть бути виявлені такі особливості мовленнєвої моторики:

напруженість усіх м'язів мовленнєвого апарату;

слабкість, млявість м'язів артикуляційного апарату;

руховий неспокій язика;

асиметричні рухи язика, піднебіння;

труднощі знаходження й утримання заданих положень язика;

труднощі знаходження заданих положень язика на основі його пасивних зміщень;

порушення переключення рухів;

недиференційованість рухів язика в процесі вимовляння звуків;

 порушення динамічної координації мовленнєвих рухів. Як зазначалося вище, методика вивчення цієї категорії дітей передбачає також завдання, зміст яких спрямований на визначення стану інших позамовленнєвих (невербальних) функцій, тобто праксичних і гностичних процесів.

Для вивчення гностичної організації праксису (тобто побудови рухового процесу) логопед може використати низку проб:

Відтворення позиції руки в просторі, якщо права рука дитини перебуває у стані парезу, її просять відтворити пози, коли кисть руки розміщується то горизонтально, то вертикачьно. Якщо в дитини немає парезів або вони незначні, то найкращим способом обстеження порушення просторового праксису є проби, в яких обидві руки розміщуються в тій чи іншій просторовій площині одна щодо одної. Під час виконання цих проб можуть виявлятися труднощі утримування симультанно (одночасно) співвідношення обох рук.

Вивчення апраксій пози потребує інших прийомів. У цьому разі дитині дають завдання відтворити запропоновану позу руки. До таких проб належить відтворення різних поз пальців руки. Важливо зазначити, що за стертих форм праксичних розладів дитина довго шукає потрібні позиції пальців і відтворює низку проб, перш ніж знайти потрібну позу.

3. Для обстеження предметно-символічного праксису вивчають, якою мірою дитина здатна знайти комплекс рухів для виконання осмислених предметних або символічних дій. Виконувати ці завдання можна у двох варіантах:

а) в реальній предметній ситуації (застібнути ґудзики, зашнурувати черевики тощо);

б) в уявній ситуації, тобто відтворити або описовий (як забивають гвіздок), або смисловий (поманити пальцем до себе, посварити пальцем) жест. В останньому випадку виконання завдання істотно ускладнює необхідність підкоритися умовності ситуації.

 Обстеження мовленнєвого праксису передбачає:

а) проби на збереження глибокої чутливості язика оцінюванням дитиною пасивно наданих логопедом положень її язика (кінестетична чутливість);

б) вивчення праксису мовленнєвого апарату, зокрема:

пробу на відтворення низки «конструктивних» актів, показаних дитині (торкнутися язиком до верхньої губи, покласти його між верхньою губою і зубами тощо);

виконання тієї самої дії за словесною інструкцією;

відтворення низки свідомих символічних актів (свисту, цокання, поцілунку);

в) обстеження динамічної організації праксису (або кінестетичних рухових мелодій) з використанням на:

• рухове виконання ритмів, які логопед відстукує олівцем по столу;

• переключення рухів (проби «кулак — долоня — ребро» (дитина повинна послідовно змінювати три позиції руки); «кулак — кільце»; на реципрокну координацію (проба Озерецького): швидко і одночасно змінювати позиції обох рук).

Обстеження гностичних процесів охоплює діагностичні завдання на вивчення: оптичного (предметного) гнозису; просторових синтезів; сукцесивних (послідовних) синтезів.

Для вивчення оптичного {предметного) гнозису використовують серію проб, що складається з трьох завдань:показ одиничних геометричних фігур і швидкий показ групи із 4-6 простих геометричних фігур. Дитина повинна назвати сприйняті нею фігури;

2) показ зображень предметів, які дитина має назвати або знайти серед запропонованої групи малюнків. При цьому логопед може запропонувати зображення предметів, намальованих реалістично, контурно, силуетно. Спеціальним варіантом є фігура Поппельрейтера, в якій дитина повинна розібрати накладені один на одного контурні зображення. Спеціальною пробою, що дає змогу чітко встановити збереженість активних форм сприйняття, є проба Рево д'Аллона. коли дитині пропонують виділити фігури із однорідного фону;

3) показ сюжетних малюнків, об'єднаних в одне смислове ціле. Серію цих проб слід починати із зображення наочних си­туацій, зміст яких може бути визначений безпосередньо (на­приклад, діти катаються на санчатах), і закінчувати складними малюнками, зміст яких можна зрозуміти лише внаслідок зістав­лення деталей. В останньому разі, щоб зрозуміти зміст склад­ного сюжетного малюнка, дитина має одночасно сприйняти низку предметних зображень, знайти провідну смислову ланку малюнка і встановити смислові зв'язки, що існують між його істотними елементами, відкинувши інші як неістотні.

Обстеження стану просторового гнозису передбачає використання такої серії проб:

безпосереднє спостереження за орієнтацією дитини в просторі;

копіювання серій геометричних фігур, елементи яких мають певну просторову організацію. Це завдання дитина може виконувати або малюванням фігури, або викладанням її із сірників, або знайшовши потрібну серед кількох запропонованих на вибір фігур; проба Хеда, за якої дитина має відтворити положення рук поверненої обличчям до неї людини, подумки здійснивши потрібне переміщення дзеркально сприйнятого положення;

зображення схем просторових співвідношень, наприклад плану логопедичного кабінету, кімнати групи, плану шляху з групи до спортивної зали; розпізнавання символічно позначених просторових співвідношень. Це передбачає розпізнавання дитиною правої і лівої сторін свого тіла; правої і лівої сторони оберненого обличчям до дитини логопеда; розпізнавання названих логопедом пальців своєї руки. Дітям шкільного віку можна запропонувати завдання на розпізнавання і написання римських цифр (IX і XI, IV і VI), шо відрізняються просторовими співвідношеннями.

Для обстеження сукцесивних (послідовних) синтезів найзручнішим методом є серія проб на сприймання, утримання і відтворення ритмів. Вона складається з таких завдань:

дитині пропонують послухати низку ритмічних ударів (два або три послідовних) і оцінити, з яких із них складається ця група (короткі або довгі);

2) після проведення цієї проби дитині пропонують на вати кількість ударів (наприклад, два удари і ще один або два сильних і три слабких удари тощо);

3) дитині пропонують відтворити заданий ритм. Якщо ритм відтворено неправильно, то зазначають, якою мірою дитина усвідомлює цю неточність у відтворенні ритмів.

Використання логопедом описаних серій методик дає можливість скласти уявлення про характер функціональних порушень ще до обстеження стану мовленнєвих процесів у дитини. Результати виконання цих завдань є основою для вивчення мовленнєвої діяльності, тобто її чотирьох видів: слухання, говоріння, розуміння і писемного мовлення (письма, читання).

Вивчення стану усного мовлення дитини обмежимо розглядом методики дослідження стану провідного порушення — звуко-вимови.

Розлади звуковимови у дітей з дизартричними порушеннями досліджують з кількох позицій.

1. З позиції структурної фонетики вивчають:

а) акустичні дані звуковимовного процесу, а саме: характеристику голосу (його висоту, силу, рухомість, здатність до модуляції), тобто застосовують метод слухового фонетичного аналізу:

б) просодичну організацію звукового потоку (ритм, темп, мелодику мовлення);

в) інтонаційні можливості звукової будови мовлення;

г) артикуляційні дані звуковимовного процесу (характеристику сили, точності, плавності, швидкості, співрозмірності, синхронності, симетричності, вільності артикуляційних рухів);

д) фонетичну забарвленість звуків — визначення характеру дефектного вимовляння звуків (пропуски, спотворення, заміну, добавляння звуків).

2. З позицій структурної лінгвістики в логопедичній практиці обстежують особливості використання дитиною фонемних одиниць вимовляння в процесі читання та письма.

З позиції психолінгвістики вивчають особливості:

а) смислового змісту звукового потоку — семантичного та емоційного (сумно, весело тощо);

б) фонематичного сприйняття мовлення, розпізнавання і диференціації звукової будови мовлення;

в) особистісної готовності до вдосконалення звукової системи мовлення;

г) неусвідомленого і свідомого контролю за динамічною організацією звукової програми висловлювання.

Безумовно, в разі дизартричних порушень основним є вивчення звуковимовних розладів (звуковимовляння, дихання, голос, членороздільність). Ці порушення зазвичай є провідними в загальній картині зазначеної мовленнєвої патології. Якщо за дизартрії у дитини, крім вад звуковимови, також наявне загальне недорозвинення мовлення, то для вивчення стану її лексико-граматичного недорозвинення й особливостей розуміння мовлення застосовують методику, аналогічну методиці, яку логопед використовує в разі загального недорозвинення мовлення.

**Обґрунтування методики діагностики мовленнєвих порушень у**

**дошкільників із ЗНМ**

Діагностика мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку із ЗНМ

спрямована на виявлення специфічних патологічних особливостей

сформованості у них лексичної, морфологічної, фонетикофонематичної, синтаксичної сторін мовлення, зв’язних висловлювань.

У представленій методиці діагностики мовленнєвих порушень у

дошкільників враховано складну структуру загального недорозвитку

33

мовлення та його психологічні механізми, а також особливості його

подолання в умовах спеціального закладу.

Існуючі традиційні діагностичні методики спрямовані на виявлення

якісних та кількісних мовних характеристик (сформованість граматичної

сторони мовлення, словникового запасу і звуковимови), але недостатньо

повно відповідають сучасним даним про мовленнєву діяльність, психологічні

механізми її формування.

На основі аналізу психолінгвістичної періодизації мовленнєвого

розвитку дитини у нормі, концепції психолінгвістичної підготовки

аномальних дітей до шкільного навчання, психолінгвістичної структури

мовленнєвої діяльності, напрямів і методів психолінгвістичного аналізу

механізмів мовленнєвих порушень (Є. Ф. Соботович), було розроблено зміст

та напрями діагностики, спрямованої на визначення особливостей розвитку

лексико-граматичної та фонетико-фонематичної сторін мовлення дітей

дошкільного (середнього та старшого) віку із ЗНМ, а також знакових

операцій з мовними одиницями і розумових дій, що забезпечують їх

формування. До методики діагностики увійшли фрагменти як традиційних

методик виявлення мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку, так і

дослідження Л. І. Бартєнєвої, О. М. Гопіченко, Е. А. Данілавічютє,

Р. І. Лалаєвої, В. К. Орфінської, Є. Ф. Соботович, В. В. Тищенка та ін.

Для того, щоб визначити наявні порушення у мовленнєвому розвитку

дитини дошкільного віку із ЗНМ, необхідно провести діагностичне вивчення

особливостей розвитку усіх мовлених систем: лексичної, граматичної,

фонетико-фонематичної, зв’язного мовлення. Наведена нижче методика

діагностики включає наступні розділи.

1. Виявлення особливостей розвитку лексичної сторони мовлення.

1.1. Вивчення стану сформованості лексичного значення слова:

– розуміння контекстуально зумовленого значення слова;

– перенос засвоєного значення на нові аналогічні ситуації;

34

– уміння добирати синоніми, антоніми;

– розуміння багатозначності слова.

1.2. Вивчення особливостей системи морфологічного словотворення:

– розуміння твірного та похідного слів і їх порівняння за значенням;

– уміння практично оперувати словотворчими морфемами у процесі

словотворення (за аналогією і самостійно);

– виділення на практичному рівні спільної морфеми (префікса, суфікса)

у ряді слів (морфологічний аналіз).

1.3. Вивчення характеру встановлюваних дитиною смислових зв’язків

між словами.

2. Дослідження особливостей розвитку граматичної сторони мовлення.

2.1. Вивчення стану сформованості системи морфологічної словозміни:

– засвоєння системи значень граматичних морфем і способів їх мовного

позначення, які відображають різні граматичні категорії (число, рід, відмінок,

відмінювання, вид, час тощо), їх використання у процесі розуміння і

породження висловлювання. Для іменників і прикметників: відмінкові,

числові, родові зміни, для дієслів: категорії числа, роду, виду.

2.2. Вивчення особливостей синтаксичної сторони мовлення:

– засвоєння дітьми синтаксичного значення слова у реченні;

– розуміння логіко-граматичних конструкцій.

3. Вивчення особливостей розвитку фонетико-фонематичної сторони

мовлення.

3.1. Виявлення стану звуковимови та звукової структури слова;

3.2. Виявлення стану сформованості фонематичних процесів:

сприймання, уявлення, аналізу.

Для отримання об’єктивних даних про рівень розвитку та стан

сформованості вищезазначених показників мовлення дітей доречно

використовувати різні методи, у тому числі: педагогічне, логопедичне

обстеження дітей з урахуванням психологічних та вікових особливостей

35

їхнього розвитку; спостереження за дітьми у процесі ігрової та навчальної

діяльності; бесіди з педагогами (логопедами, вихователями, психологами),

батьками.

Враховуючи особливості сімейного виховання, вважаємо, що

обстеження дітей слід проводити тією мовою, якою дитина спілкується у

родині (російською чи українською), особливо, коли вона уперше відвідує

дошкільний навчальний заклад або проходить первинне обстеження. Це

важливо для того, щоб правильно налаштувати дитину на спілкування та

одержати достовірні і точні результати виконання завдань та проб.

Таким чином, отримані дані вивчення особливостей розвитку мовлення

дітей дозволять не тільки об’єктивно і повно оцінити стан їхнього мовлення,

але і розробити необхідні відповідні напрями корекційної роботи, що

забезпечить більш високий і якісний рівень мовленнєвого розвитку на

наступних етапах навчання.

 **Обстеження дітей із заїканням**

**Заїкання у дітей - це форма мовної патології, основу якої становить порушення вербальної комунікації. Для адекватного планування програми логопедичної і лікувальної роботи з заїкатися дітьми необхідно їх комплексне обстеження з урахуванням всієї симптоматики цього складного мовного порушення. Обстеження заикающегося дитини складається з двох етапів.**

**Перший етап** включає вивчення анамнестичних даних, медичної і психолого-педагогічної документації.

Виявлені при вивченні анамнезу різні негативні фактори катального і постнатального періодів розвитку дитини аналізуються і оцінюються фахівцями з метою найбільш повного дослідження етіології та патогенезу заїкання. Поряд з традиційними даними в анамнез включаються відомості про наявність заїкання у батьків або інших близьких родичів. Вивчення психолого-педагогічної документації доповнює анамнестичні дані і дозволяє виявити такі особливості виховання і психологічних проявів у заикающегося дитини:

- Ставлення до нього дорослих;

- Допомога у формуванні правильної мови;

- Час виникнення заїкання, його перші зовнішні признаки;

- Особливості прояву заїкання в залежності від обстановки;

- Ставлення дитини до наявного у нього мовному нестачі;

- Чи надавалася допомога заїкається дитини, що було ре

 рекомендували і які результати.

 **Другий етап** дослідження самого заикающегося дитини.

Після уточнення відомостей про дитину, про історію виникнення та особливості протікання у нього заїкання обстежуються власне мова заикающегося і внеречевие процеси, які безпосередньо впливають на його мовну діяльність. Проводиться дослідження товариськості, моторики, подражательности, импрессивной і експресивної мови, ігровий, навчальної діяльності, особливостей особистості заикающегося. Розрізняють первинне (протягом першого місяця перебування дитини в мовному дошкільному закладі, в перші два тижні перебування в санаторії для заїкуватих дітей, на шкільному логопедическом пункті) і динамічне вивчення заикающегося в процесі корекційно-виховного впливу.

Матеріалом для дослідження власне мовлення дітей є картинки, дитячі книги, іграшки.

Завдання мовного обстеження заїкається полягають в тому, щоб визначити:

- Місце виникнення і форму мовних судом;

- Частоту їх проявів і зберіганню мовні можливості заїкається;

- Супутні порушення мови, рухові порушення;

- Ставлення заїкається до свого мовному дефекту, лиштви

 ність психологічних особливостей.

Місце виникнення судом (дихальні, голосові, артикуляційні, змішані) і їх форма (клонічні, тонічні, змішані) визначаються на слух або візуально.

Частота судом представляє для логопеда особливий інтерес, тому що дозволяє судити про збережених ділянках мови. Вивчення рівня вільної мови починається з виявлення залежності частоти судом від різного ступеня самостійності мови.

З метою вивчення мовної поведінки і мовних судом використовуються наступні прийоми:

- Складання розповіді або опис змісту картинки;

- Переказ прослуханого тексту;

- Поєднане і відбите повторення простих і складних

 фраз;

- Розповідь вірша або ритмизированной прози.

Для з'ясування залежності мовних судом від рівня гучності мови обстежуваному пропонується говорити тихо, голосно, пошепки.

При обстеженні заикающегося дитини необхідно звертати увагу на супутні мовні і рухові порушення. При дослідженні ігрової діяльності дітей з'ясовується характер ігор, взаємини з однолітками, ступінь ігрової активності, емоційний стан.

В ході всього обстеження відзначаються психологічні особливості дитини, що заїкається: характер контакту з оточуючими, оцінка власної мови, зокрема хворобливе фіксування на мовному дефекті, наявність захисних реакцій, мовна поведінка при обстеженні.

Отримана в процесі обстеження інформація узагальнюється в логопедическом укладанні, в якому враховуються:

- Форма судом (тонічні, клонічні, змішані);

- Вид судом (дихальні, голосові, артікуляторние, сме

 змішані);

- Ступінь заїкання (легка, середня, важка);

- Темп мови (уповільнений, прискорений, наявність тахілалія);

- Супутні мовні порушення (дислалія, стерта фор

 ма дизартрії, загальне недорозвинення мови);

- Стан моторної функції;

- Наявність і вираженість психічних симптомів заїкання:

 страх мови (логофобия), рухові і мовні виверти, ембо-

 лофразія, реакція на емоційно-значущу ситуацію.

Відзначаються також вплив складності мовної ситуації, індивідуально-психологічні особливості дитини, що заїкається, характер ігрової діяльності, ставлення до навчання.

**Логопедическое висновок дає можливість здійснити диференціальну діагностику і відмежувати заїкання від інших мовних розладів (тахілалія, дизартрії, спотикання фізіологічного характеру), а також розрізнити різні форми заїкання. Дані комплексного вивчення заикающегося дитини дозволяють встановити природу заїкання.**

 **ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З ДИСЛАЛІЄЮ**

Обстеження звуковимови має два аспекти, один із яких

(артикуляційний) передбачає з’ясування особливостей утворення

дитиною звуків мовлення й функціонування вимовних органів у

процесі мовлення. Мета другого аспекту – фонологічного – з’ясувати,

як дитина розрізняє систему мовленнєвих звуків (фонем) у різних

фонетичних умовах. Обстеження починається з вивчення наявної психолого-медикопедагогічної документації, зі знайомства з результатами неврологічного й отоларингологічного обстежень. У процесі короткої бесіди логопед налагоджує контакт з дитиною й отримує загальні уявлення про

особливості звукової сторони її мовлення. Важливим є відповідність паспортного, фізіологічного й психологічного віку, тобто відповідність рівня розвитку мовлення віку

обстежуваного.

І. В процесі збору анамнестичних даних необхідно висвітлити

такі питання:

1. Наявність мовленнєвих, нервово-психічних і хронічних

захворювань у батьків та родичів до народження дитини.

2. Протікання вагітності (від якої за рахунком вагітності дитина).

При вивченій характеру протікання вагітності відзначити: токсикоз (І

чи II половини); хронічні захворювання матері (печінки, нирок,

серцево-судинні, ендокринні); простудні й інфекційні захворювання (І

чи ІІ половина вагітності); застосування медикаментозних засобів

(жарознижуючі, протисудомні, седативні засоби, антибіотики,

гормональні препарати і їх синтетичні аналоги); вплив хімічних

речовин, що широко застосовуються в промисловості й побуті (бензин,

формальдегід, кислоти, феноли); наявність радіаційного

опромінювання; вживання алкоголю, нікотину, наркотиків; психічні й

фізичні травми матері (І чи II половина вагітності).

3. Протікання пологів (пологи в строк, дострокові; характер

пологів). При вивченні характеру протікання пологів відзначити:

нормальні, стрімкі, затяжні (зневоднені); слабкість пологової

діяльності; застосування засобів допомоги під час пологів (стимуляція):

механічна, хімічна, накладення щипців, кесарів розтин; наявність

асфіксії (синьої, білої); травми під час пологів (переломи, черепномозкові травми, крововиливи, родова пухлина в дитини); резус-фактор

(сумісність, негативний); вага й ріст дитини при народженні.

4. Ранній постнатальний розвиток дитини. При вивченні

відзначити характер грудного вигодовування (активне смоктання,

відмова від грудей, труднощі втримання соска, засипання під час

годування, швидка втома, до якого віку здійснювалося грудне

вигодовування, наступне вигодовування (змішане, штучне); характер

«життєвого ритму» дитини (без особливостей, надмірне рухове

занепокоєння, постійний плач, стійке порушення сну); ранній

психомоторний розвиток (з якого часу тримає голову, сидить, стоїть,

ходить, час появи перших зубів і їх кількість до року).

5. Перенесені захворювання до чи після року, травми голови,

судоми при високій температурі, наявність або відсутність

оперативного втручання (закриття піднебінної розщелини, видалення

аденоїдів).

6. Мовленнєвий розвиток дитини (час появи й характер зміни

лепету, перших слів, фразового мовлення, мовленнєве середовище;

особливості вимови у два-три роки; вимова слів; особливості побудови

фрази; чи озвучуються дії із предметами й іграшками; яким чином

компенсується недостача слів – жестами або звуконаслідуванням.

 **II. Логопедичне обстеження**

1. Психологічні особливості дитини (контактність та особливості

поведінки).

2. Стан слухової функції (слухова увага та сприйняття мовлення).

Дослідження слухової уваги і сприйняття здійснюється в процесі

упізнавання й розрізнення звучання музичних інструментів, іграшок,

при визначенні напряму джерела звуку. Дослідження стану сприйняття

мовлення проводиться в процесі бесіди й виконання спеціальних

завдань, які містять декілька послідовних інструкцій (наприклад:

«Підійди до шафи, візьми з нижньої полиці червоний кубик, поклади

його на стіл поруч із олівцями»).

 **3. Стан моторної сфери:**

- загальна моторика (природні рухи, виконання стрибків на

обох ногах, поперемінно на правій і лівій нозі; маніпуляції з м’ячем

піймання кинутого м’яча, підкидання над головою).

Логопедом фіксується: обсяг виконуваних рухів (повний чи

неповний); темп (нормальний, швидкий, повільний); активність

(нормальна, загальмованість, рухове занепокоєння); координація рухів

(нормальна, некоординованість).

- ручна моторика (кінестетична основа рухів пальців –

пальцеві проби: одночасно витягнути вказівний палець і мізинець

правої, лівої руки, обох рук; одночасно витягнути вказівний і середній

пальці правої, лівої руки, обох рук; покласти кисть правої, лівої руки з

витягнутими пальцями перед собою, помістити вказівний палець на

середній (і навпаки); з’єднати в кільце великий палець правої, лівої

руки, обох рук із вказівним (середнім, безіменним, мізинцем);

кінетична основа рухів пальців: почергово згинання й розгинання

пальців правої, лівої руки, починаючи з великого, з мізинця; «пальчики

вітаються», «гра на роялі», одночасна зміна положень кистей рук: одна

стиснута в кулак, інша - з розкритою долонею; «кулак – ребро –

долоня».

Логопедом фіксується: обсяг виконуваних рухів (повний чи

неповний); темп (нормальний, швидкий, повільний); активність

(нормальна, загальмованість, рухове занепокоєння); координація рухів

(нормальна, некоординованість); наявність синкінезій у загальній,

мімічній, артикуляційній мускулатурі, здатність до переключення

рухів.

- артикуляційна моторика. Дослідження стану артикуляційної

моторики проводиться при виконанні різних рухів, які виконуються за

наслідуванням за логопедом або за мовленнєвою інструкцією:

а) для нижньої шелепи: відкрити рот, закрити рот, поперемінно

відкрити-закрити рот, посовати нижньою щелепою з боку в бік;

б) для губ: «посмішка» з оскалом різців; змінювати стани –

«посмішка» та «хоботок»;

в) для язика: висунути язик, тримати його по середній лінії;

зробити язик широким («лопаткою»), вузьким («голочкою»"),

почергово широким-вузьким; підняти кінчик язика за верхні різці,

опустити за нижні різгді; вузьким кінчиком язика торкнутися правого,

потім лівого кутів рога;

г) для м’якого піднебіння: покашляти з відкритим ротом (язик на

нижній губі), вимовити звук [а] із широко відкритим ротом.

Логопедом фіксується: наявність або відсутність руху; обсяг рухів

(повний чи неповний); точність виконання (точно, неточно); темп

(нормальний, швидкий, повільний); активність (нормальна,

загальмованість, розгальмування); м’язовий тонус (нормальний,

підвищений, знижений); заміна одного руху іншим; наявність

синкінезій; тривалість утримання органів у заданому положенні;

здатність до переключення одного руху на інший; тремор кінчика язика

при повторних рухах і утриманні пози; збільшення гіперкінезів або

сповільнення темпу рухів при повторних рухах, відхилення кінчика

язика при висовуванні, гіперсоліваці, відхилення маленького язичка

убік, тип змикання м’якого піднебіння з задньою стінкою глотки

(активний, рефлекторний, пасивний).

4. Анатомічна будова периферичного відділу артикуляційного

апарата. При дослідженні відзначається наявність аномалій у будові:

- губ (тонкі, товсті, укорочена верхня губа, розщелина верхньої

губи: часткова, повна, однобічна, двостороння);

- зубів (відсутність зубів, зуби рідкі, дрібні, неправильної

форми, діастема, поза щелепною дугою);

- прикусу (прямій, глибокий, відкритий, перехресний,

мезіальний, дистальний і т.д.);

- язика (макроглосія, мікроглосія, коротка вуздечка, наявність

післяопераційного вузла). Необхідно уважно вивчити поведінку язика в

стані спокою. Він має бути розслабленим, не відтягуватись вглиб рота,

не вигинатись угору, не відхилятись в сторони;

- твердого й м’якого піднебіння (високе або готичне; низьке;

розщелина наскрізна однобічна або двостороння, наскрізна повна або

неповна, субмукозна).

**5.Стан звуковимови. Обстеження звуків у дітей починається з**

перевірки ізольованої вимови, потім досліджують звуки в словах і

реченнях. Перевіряються всі групи звуків: голосні, свистячі, шиплячі,

африкати; сонорні; глухі й дзвінкі за допомогою завдань, що

складаються з багаторазового повторення одного звуку.

Потім логопед з’ясовує, як дитина користується звуками в

мовленні, для цього пропонується називання слів. Під час обстеження

слід фіксувати наявність замін, змішування, спотворення, пропусків

звуків.

Для обстеження звуковимови найпростішим способом є

демонстрація картинок, де зображені предмети, в назвах яких

досліджуваний звук стоїть у різних позиціях: на початку, кінці, в

середині слова зі збігом приголосних; добираються слова різної

складової структури.

За допомогою спеціальних завдань виявляється здатність до

переключення артикуляційних рухів: пропонується кілька разів

повторити звуковий або складовий ряд, а потім змінити послідовність

звуків або складів. Фіксується, чи легко вдається переключення.

Для перевірки здатності вимовляти слова різної складової

структури зі збігом приголосних на початку, всередині та в кінці слова;

багатоскладові слова; слова, які мають у складі однакові звуки – дитині

показують предметні картинки, які вона називає, потім ці ж назви

пропонуються для відображеної вимови.

Варто перевірити вміння вимовляти звуки в реченнях, що

складаються зі звуків, які дитина правильно вимовляє, і з порушених.

При обстеженні визначається характер порушення вимови

голосних і приголосних звуків (відсутність, заміна на інші звуки;

спотворена вимова).

 **6.Стан дихальної та голосової функцій. При дослідженні**

дихальної й голосової функції визначається тип фізіологічного дихання

(діафрагмальне, черевне, змішане), дається характеристика

мовленнєвого дихання (за результатами вимови фрази, що складає з 3-4

слів (для дітей 5 років), 4-6 слів (для дітей 6-7 років) і голосу

(нормальний, надмірно голосний, надмірно тихий, з носовим відтінком

(гугнявий), глухий, монотонний).

 **7.Стан фонематичних функцій:**

Фонематичне сприймання: наявність певного звука в слові;

демонстрація картинок з предметом, що містить певний звук; виділення

з речення слова з певним звуком; добір пари до картинок зі словамипаронімами.

Фонематичний аналіз: з’ясувати місце голосного у слові; виділити

приголосний у кінці слова; виділити приголосний на початку слова;

виділити приголосний на стикові приголосних; визначити кількість

звуків у слові; визначити місце звука в слові; визначити послідовність

звуків у слові.

Фонематичний синтез: скласти слова з певної кількості звуків,

запропонованих ізольовано; скласти слова із звуків, поданих у

порушеній послідовності.

Фонематичні уявлення: дібрати слова певної теми на заданий звук;

дібрати слово на заданий звук; дібрати слово на заданий звук із

вказівкою його місця в слові; дібрати слово на звук, запропонований

логопедом. Також фіксуються можливості слуховимовної диференціації

звуків, здатність до здійснення простих і складних форм

фонематичного аналізу й синтезу, рівень розвитку фонематичних

уявлень.

У результаті такого обстеження логопед отримує необхідні дані,

які дають можливість зробити висновок про причини, характер,

складність дислалії, визначити її форму, накреслити шляхи подолання

вади.