

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**
Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ У ДІТЕЙ
СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИТЯЧОЮ АПРАКСІЄЮ
МОВЛЕННЯ ЗАСОБАМИ CUED ARTICULATION**

Студентки 2 курсу,
Групи ЛОГм-1-24-1.4д
другого (магістерського) рівня
галузі знань 01 Освіта/Педагогіка
спеціальності 016 Спеціальна освіта
освітньої програми 016.01.01 Логопедія
Пінчук Вікторії Юріївни

Науковий керівник: К.О. Тичина
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри спеціальної та
інклюзивної освіти

Використання чужих ідей,
результатів і текстів мають
посилання на відповідне джерело

(підпис студента) (ініціали, прізвище)

Кількість балів: _____ Оцінка: ECTS _____

Голова комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

Допуск до захисту
Перед ЕК

_____ О. В. Мартинчук,
Завідувач кафедри спеціальної
та інклюзивної освіти

Члени комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

(підпис) (ініціали, прізвище)

(підпис) (ініціали, прізвище)

м. Київ – 2025 р.

Зміст

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИТЯЧОЮ АПРАКСІЄЮ МОВЛЕННЯ	8
1.1. Дитяча апраксія мовлення: поняття, етіологія та симптоматика.....	8
1.2. Особливості формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення	13
1.3. Сучасні методи корекції звуковимови у дітей з дитячою апраксією мовлення.	16
Висновки до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧОЮ АПРАКСІЄЮ МОВЛЕННЯ.....	28
2.1. Організація та методика проведення констатувального етапу дослідження ...	28
2.2. Аналіз результатів дослідження та визначення труднощів у формуванні правильної вимови приголосних звуків.....	55
2.3. Методичні рекомендації щодо формування вимови приголосних у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation.	64
Висновки до другого розділу	79
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	83
ДОДАТКИ	92

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ДАМ – Дитяча апраксія мовлення

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

WHO – World Health Organization

APA – American Psychiatric Association

DSM-5-TR –Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5 «text revision»

DTTC -- Dynamic Temporal and Tactile Cueing

ReST – Rapid Syllable Transitions

PROMPT – Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets

AAC – Augmentative and Alternative Communication

ВСТУП

Актуальність дослідження. Чітка звуковимова є основою мовленнєвого розвитку дитини та впливає на оволодіння фонетичним складником мовленнєвої компетентності відповідно до Базового компонента дошкільної освіти. Цей складник охоплює правильну вимову звуків, розвиток фонематичних процесів, мовленнєвого дихання та інтонаційної виразності. Окрім цього, згідно з вимогами освітнього напрямку «Мовлення дитини. Основи грамоти» мовленнєва компетентність також включає здатність до звукового аналізу, усвідомлення звукової структури слова та формування передумов для оволодіння читанням і письмом. У старшому дошкільному віці цей процес досягає завершального етапу, що є важливим кроком у підготовці дитини до школи.

Одним із найскладніших аспектів мовленнєвого розвитку є правильна вимова приголосних звуків, оскільки вона вимагає високого рівня моторного планування і координації рухів органів артикуляційного апарату. Діти із дитячою апраксією мовлення демонструють труднощі моторного програмування мовлення (L.D.Shriberg; E.Maas; E.Strand;), що ускладнює відтворення точних артикуляційних позицій. Це призводить до варіативності вимови одного й того ж слова, спотворення, заміни або пропусків приголосних звуків, що ускладнює розвиток фонематичного аналізу та синтезу, засвоєння правил орфоєпії та негативно впливає на оволодіння дитиною грамотою.

На сучасному етапі розвитку логопедії особлива увага приділяється пошуку ефективних методів корекції мовленнєвих порушень, які б враховували індивідуальні особливості дітей із дитячою апраксією мовлення. Одним із перспективних підходів є методика Cued Articulation (візуально-артикуляційна підтримка), яка спрямована на інтеграцію слухових, візуальних та кінетичних каналів сприйняття. S.Pascal створила систему жестів, які допомагають дітям зрозуміти та відтворювати звуки мовлення, особливо тим, хто має мовленнєві порушення, такі як дизартрія, дитяча апраксія мовлення чи порушення фонологічної обізнаності. Використання цього методу дозволяє забезпечити дітям із дитячою апраксією мовлення більш чітке усвідомлення артикуляційних рухів, стимулюючи таким чином розвиток їхнього мовленнєвого планування.

Дослідження S.McLeod та E.Strand підтверджують ефективність використання Cued Articulation у розвитку фонологічної обізнаності та мовленнєвої моторики у дітей із мовленнєвими труднощами. Sh.McLeod наголошує, що ця методика не лише покращує звуковимову, а й сприяє загальному вдосконаленню мовних навичок завдяки поєднанню сенсорних, візуальних і моторних підказок. E.Strand підкреслює, що мультисенсорний підхід, який використовує тактильні, зорові й слухові сигнали, значно підвищує ефективність логопедичної роботи, роблячи Cued Articulation перспективним інструментом для корекції мовленнєвих порушень, зокрема у дітей із дитячою апраксією мовлення.

Отже, дослідження формування вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation відповідає сучасним потребам логопедичної практики, сприяє покращенню якості корекційної роботи та розширює науково-методичну базу для роботи з дітьми із мовленнєвими порушеннями.

Мета дослідження – теоретично й емпірично дослідити стан сформованості вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення та розробити методичні рекомендації щодо її формування засобами Cued Articulation.

Відповідно до мети визначено **завдання**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо проблеми дослідження.
2. Визначити стан сформованості звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення .
3. Розробити методичні рекомендації щодо формування вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation.

Об'єкт дослідження – звуковимова у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення.

Предмет дослідження – методичні рекомендації щодо формування вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали: Базові теоретичні засади спираються на визначення й класифікації CAS, подані в документах American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)[7], World Health Organization (WHO)[72], American Psychiatric Association (APA)[8], а також на психолінгвістичні й нейромоторні моделі розвитку мовлення, розроблені L. Shriberg [63,64,65], A. Ozanne [54], B. Davis[21], J. Stackhouse[18], E. Strand[68], J. Iuzzini-Seigel [30; 31; 32]. Методологічну основу складають принципи моторного навчання [46], на яких базуються ефективні терапевтичні підходи: Dynamic Temporal and Tactile Cueing (DTTC) [33; 48; 49], Rapid Syllable Transitions (ReST) [22; 46; 47], Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (PROMPT) [25; 26; 27; 20; 52] та методи з використанням біологічного зворотного зв'язку [13; 50; 51]. Ефективність цих методів підтверджено у клінічних дослідженнях E. Murray, P. McCabe, K. Ballard [48; 49; 9]. Також враховано нейрофізіологічні дослідження пластичності мозку при CAS [23; 36; 38] та застосування альтернативної й додаткової комунікації (AAC) [6; 11; 12; 19; 53]. Український науковий контекст представлено працями К. Тичини, Н. Бабич, Є. Линдіної, О. Ревуцької [1; 2; 3; 4; 5], що висвітлюють формування артикуляційного праксису та використання інноваційних методів логопедичної корекції.

Експериментальна база дослідження. Експериментальну частину роботи було виконано на базі Закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №285 міста Києва, де досліджувалися сформованість приголосних у дітей старшого дошкільного віку. До вибірки увійшли 20 дітей: 10 з яких були з типовим розвитком та 10 з дитячою апраксією мовлення.

Елементи наукової новизни дослідження полягає комплексному підході до вивчення особливостей формування вимови приголосних звуків у дітей із дитячою апраксією мовлення шляхом поєднання аналізу артикуляційних, моторних і фонетико-фонематичних компонентів мовлення. Було розроблено методичні рекомендації щодо діагностики та поетапного формування приголосних звуків з урахуванням специфіки моторного планування у дітей із дитячою апраксією мовлення. Запропоновано практичні вправи, спрямовані на розвиток

точності, плавності та координації артикуляційних рухів, що забезпечує більш ефективне засвоєння приголосних звуків у процесі логопедичної корекції.

Практичне значення результатів дослідження полягає у тому, що результати мають важливе значення для роботи з дітьми, які мають дитячу апраксію мовлення. Отримані дані дають змогу глибше зрозуміти механізми порушення формування вимови приголосних звуків, визначити типові труднощі у їх артикуляції, послідовності формування та переключенні артикуляційних укладів. Розроблені та апробовані методики дослідження можуть слугувати діагностичним інструментом для виявлення рівня сформованості приголосних звуків і ефективності корекційного впливу. Отримані результати також можуть бути основою для створення програм і рекомендацій щодо поетапного формування вимови приголосних звуків у дітей із дитячою апраксією мовлення.

Апробація результатів дослідження здійснена на базі Закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №285 міста Києва. Результати дослідження були представлені на: Студентській науково-практичній онлайн-конференції «Перші кроки в науку» (06.11.2025 р., м. Київ, Україна); на Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасний дизайн інклюзивного навчання: успішні українські та зарубіжні практики» (11.11.2025 р., м. Київ, Україна). Матеріали дослідження викладено у тезах доповіді «Особливості формування та реалізації вимови приголосних звуків у дітей із дитячою апраксією мовлення», підготовлених у співавторстві з науковим керівником К. Тичиною, викладачем кафедри спеціальної та інклюзивної освіти І. Папп.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел (72 найменування, з них в іноземних джерелах – 67), додатків. Повний обсяг роботи становить 101 сторінка, основного тексту – 82 сторінки. Робота містить 13 таблиць і 8 діаграм на 20 сторінках основного тексту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИТЯЧОЮ АПРАКСІЄЮ МОВЛЕННЯ

1.1. Дитяча апраксія мовлення: поняття, етіологія та симптоматика

У 2002 році Законодавча рада American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) постановила заснувати Спеціальну комісію з дитячої апраксії мовлення. Головним завданням комітету було дослідження цієї галузі та створення відповідних практичних матеріалів. Комітет підготував технічний звіт і цю декларацію позиції, перенісши розробку заяви про знання, навички та практичні настанови до моменту завершення досліджень, що дозволило б обґрунтувати конкретні рекомендації та директиви. До складу Спеціальної комісії з дитячої апраксії мовлення увійшли L. Shriberg (голова), C. Gildersleeve-Neumann, D. Hammer, R. McCauley, S. Velleman, і R. Clausen (за посадою). С. Hooper, віцепрезидент з професійної практики в логопедії (2003-2005), та В. Shulman, віцепрезидент з професійної практики в логопедії (2006-2008), виконували функції експертів-наглядачів. Цей документ набув офіційного статусу політики Асоціації та був затверджений Законодавчою радою ASHA 24 березня 2007 року [7].

Дитяча апраксія мовлення (ДАМ) – порушення мовленнєвого розвитку, що проявляється у труднощах планування, програмування та узгодження рухів, необхідних для артикуляції звуків, складів і слів. На відміну від дизартрії, ДАМ не зумовлена порушеннями нервово-м'язової функції, однак характеризується дефіцитом моторного планування та послідовності рухів, що забезпечують мовленнєве відтворення [8]. Поширеність цього розладу, за даними досліджень, має тенденцію знижуватися з віком, проте своєчасне виявлення є ключовим чинником ефективної корекції. У випадках, коли симптоми зберігаються у старшому віці, зазвичай спостерігається супутня неврологічна симптоматика, мовленнєві порушення різного ступеня тяжкості, а також труднощі у засвоєнні навичок читання та письма[72]. Статеві відмінності у поширенні дитячої апраксії

мовлення також є помітними: частіше діагностують порушення у хлопчиків, хоча цей дисбаланс поступово зменшується в період шкільного віку, що може бути пов'язано з дозріванням мовленнєвої системи та підвищенням діагностичної чутливості [9]. Процес діагностики ДАМ є делікатним і складним, часто спирається на експертну оцінку логопеда у поєднанні з різними діагностичними методами. Наразі відсутні стандартизовані інструменти для швидкої перевірки, розроблені спеціально для виявлення ДАМ, через що порушення інколи встановлюється на основі спостережень, отриманих під час терапії, а не на початковому етапі обстеження [9]. Прояви ДАМ можуть охоплювати труднощі з моторними функціями, залученими у роботу м'язів обличчя, як-от жування чи сякання, що свідчить про більш загальне порушення координації рухів, яке може вимагати комплексного, мультидисциплінарного підходу для оцінки та втручання [9; 8].

Турецькі вчені А. Şimşek, N.S. ulutaş та G.E. özaltın[16] описали, що не всі діти з апраксією мовлення у ранньому віці виявляють ідентичні ознаки [17]. Перераховані далі симптоми та прояви можуть бути нехарактерними для кожної конкретної дитини. Надзвичайно важливим є проведення комплексного обстеження дитини кваліфікованим логопедом або мовленнєвим терапевтом, який має достатні знання та практичний досвід у сфері дитячої апраксії мовлення, з метою виключення інших можливих етіологічних чинників мовленнєвих порушень. J. Buesser[34] виділила такі характеристики, на які варто звертати увагу при підозрі на дитячу апраксію мовлення:

У дітей раннього віку (від 1 року до 3 років.):

- Перші слова можуть з'являтися із запізненням або бути відсутніми.
- Спостерігається обмежений набір приголосних і голосних звуків.
- Відзначаються труднощі у поєднанні звуків у склади чи слова, а також подовжені паузи між звуками під час мовлення.
- Дитина може спрощувати слова, замінюючи складні звуки на простіші або випускаючи окремі звуки.
- Іноді спостерігаються труднощі з прийомом їжі, пов'язані з координацією артикуляційних рухів.

У дітей старшого віку (від 5 до 6-7 років):

- Спостерігаються непослідовні помилки у вимові, які не можна пояснити віковою незрілістю.
- Дитина краще розуміє мовлення, ніж здатна самотійно висловлюватися.
- Виникають значні труднощі з імітацією звуків і слів.
- Може бути помітна напруга або гримаси при спробі вимовити звуки, пов'язані з координацією губ, язика та нижньої щелепи.
- Вимова довших слів або речень є складнішою, ніж коротких.
- Мовлення може погіршуватися в стані тривоги або хвилювання.
- Звуки часто звучать уривчасто, монотонно, або з неправильним наголосом у словах чи фразах.

Інші можливі прояви:

- Затримка мовленнєвого та мовного розвитку.
- порушення експресивного мовлення, зокрема неправильний порядок слів у реченні або труднощі з добором слів.
- Проблеми з дрібною моторикою та координацією рухів.
- Діти з порушеннями звуковимови або з дитячою апраксією мовлення часто мають труднощі у навчанні читання, письма та правопису[16].

Традиційно ДАМ розглядається як труднощі у плануванні та програмуванні рухів артикуляційних органів (язика, губ, щелепи) ще до фактичного вимовляння звука, визначаючи труднощі моторики мовлення в основі розладу. Існують різні погляди щодо природи порушень, що лежать в основі дитячої апраксії мовлення (ДАМ). Водночас низка теоретичних підходів вказує на можливий зв'язок цього розладу з труднощами у засвоєнні навичок читання та орфографії у деяких дітей. До характерних проявів моторних порушень, пов'язаних із цим розладом, належать складнощі у виконанні послідовних оральних рухів, порушення координації голосового тракту, недостатній контроль над кінчиком язика, неправильне положення губ, а також сповільнена діадохокінетична активність, що відображається у відсутності або недорозвиненості артикуляційних рухів, необхідних для утворення мовленнєвих звуків. Хоча порушення моторного

планування не є прямою причиною труднощів із засвоєнням грамотності, моторний дефіцит може негативно впливати на мовленнєвий розвиток дитини та формування її навичок читання і письма [17]. J. Stackhouse і B. Wells [18] припустили, що непослідовне та неточне мовлення у дітей із дитячою апраксією мовлення може призводити до неправильного мовлення, що, у свою чергу, впливає на розвиток мовної системи дитини. Це може негативно позначатися на слуховій обробці, засвоєнні словникового запасу та формуванні навичок грамотності.

Інші теоретичні моделі розглядають ДАМ як мультидефіцитний розлад, що впливає на кілька рівнів мовленнєвої обробки одночасно. Так, A. Ozanne [54] запропонував три основні рівні порушень у дітей із дитячою апраксією мовлення:

- Дефіцит фонологічного планування
- Порушення формування фонетичної програми
- Труднощі у виконанні рухової програми

Згідно з цією моделлю, ДАМ включає як мовленнєві, так і моторні порушення: дефіцит фонологічного планування відноситься до лінгвістичного рівня, тоді як проблеми з формуванням і реалізацією фонетичної програми належать до моторного рівня. Подібним чином J. Stackhouse визначив, що ДАМ впливає на мовленнєвий, мовний і когнітивний рівні розвитку дитини. Наприклад, B.A Lewis, A. Free-bairn, A.J.Hansen, S.K. Iyengar, і H.G. Taylor [40] виявили, що хоча старші діти із дитячою апраксією мовлення зазвичай мають зрозумілу мову, вони відчують труднощі з точною вимовою нових і/або складних багатоскладових слів [54]. Дитяча апраксія мовлення є порушенням, характеристики якого можуть змінюватися впродовж життя дитини. Динаміка цього розладу виявляється у зміні вираженості його ознак та тяжкості, що зазвичай зменшується при належному втручанні. На думку E. Strand, R. McCauley, R. Stoeckel, ДАМ може мати широкий спектр проявів – від легких до важких форм, і його вплив на особу може варіюватися в залежності від збільшення потреб у комунікації з віком.

R. McCabe та ін. (2024) [50] виділяють кілька ключових факторів для оцінки тяжкості дитячої апраксії мовлення:

- **Розбірливість мовлення** – діти з важчими формами ДАМ мають значні труднощі у вираженні своїх думок, і навіть близькі родичі можуть не завжди розуміти їхнє мовлення.
- **Обсяг мовленнєвого інвентарю** – оцінюється кількість звуків та складових структур, які дитина здатна використовувати у мовленні, у порівнянні з іншими дітьми того ж віку.
- **Наявність та вираженість симптомів ДАМ** – наявні прояви апраксії можуть бути класифіковані відповідно до критеріїв ASHA (2007) та досліджень L. Shriberg та ін. (2011)[24].
- **Труднощі з вимовлянням складних слів у старшому віці** – підлітки та дорослі із дитячою апраксією мовлення можуть уникати ситуацій, що потребують усного спілкування, таких як телефонні розмови, що може призводити до соціальної ізоляції та зниження якості життя.
- **Супутні когнітивні або комунікативні розлади** – наявність додаткових мовленнєвих та когнітивних труднощів може ускладнювати процес розвитку мовлення.

За даними E. Strand та співавт. (2013) відносна частота прояву характерних ознак ДАМ змінюється залежно від таких чинників, як рівень складності мовного завдання, вік дитини та ступінь тяжкості порушення. Наприклад, ASHA (2007) зазначає, що складні поведінкові характеристики ДАМ можуть приводити до стійких мовленнєвих та експресивно-мовленнєвих труднощів, а також фонологічних проблем, які можуть впливати на розвиток грамотності.

Крім того, наявність ДАМ у важкій формі підвищує ймовірність необхідності використання альтернативних комунікаційних засобів та допоміжних технологій для забезпечення ефективного мовленнєвого розвитку (Strand E. A., McCauley R. J.).

Оскільки прояви ДАМ змінюються з часом, можливе виникнення нових труднощів у міру дорослішання дитини. Вважається, що ті, у кого вираженість порушення зменшується (від тяжкої форми до легшої), є особами, які добре відповідають на мовленнєву терапію. Однак, на сьогоднішній день недостатньо

наукових даних, які б чітко підтверджували цей зв'язок, тому подальші дослідження у цій галузі є необхідними[44].

Дитяча апраксія мовлення (ДАМ) є складним нейромоторним порушенням, що характеризується порушенням програмування та планування рухів, необхідних для артикуляції. Прояви розладу мають широкий спектр – від легких до тяжких форм – і змінюються залежно від віку дитини, рівня мовленнєвого розвитку та складності мовного завдання. Тяжкі форми ДАМ зумовлюють потребу у використанні альтернативних та допоміжних засобів комунікації з метою забезпечення ефективної мовленнєвої взаємодії.

Наукові дані свідчать про динамічний характер порушення: під впливом цілеспрямованої логопедичної терапії та вікових змін відбувається поступове покращення мовленнєвих функцій. Водночас, бракує достатньо емпіричних підтверджень щодо прямої залежності між ступенем тяжкості розладу та результативністю терапії, що зумовлює потребу у подальших дослідженнях.

Таким чином, дитячу апраксію мовлення слід розглядати як порушення, що має індивідуалізований перебіг та потребує комплексного, довготривалого і гнучкого підходу до корекції. Подальше вивчення динаміки її проявів та розроблення ефективних терапевтичних стратегій є необхідною умовою підвищення якості логопедичної допомоги дітям із цим розладом.

1.2. Особливості формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення

Формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення (Childhood Apraxia of Speech, CAS) має специфічні закономірності, що відрізняють це порушення від інших форм, таких як фонологічні порушення чи дизартрія. Діти із дитячою апраксією мовлення демонструють значні труднощі у плануванні, програмуванні та послідовній реалізації артикуляційних рухів, необхідних для точної та плавної вимови звуків. У дослідженнях L. D. Shriberg et al. (2017)[68] та E. Murray et al. (2015) [49] зазначається, що основними діагностичними ознаками цього порушення є

непослідовність помилок при повторенні одного й того ж слова, спотворення звуків через порушення моторного планування та порушення просодії – зокрема ритму, наголосу та інтонації мовлення [43].

У дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення спостерігається варіативність артикуляційних спроб: під час відтворення одного звука або слова дитина може кожного разу вимовляти його по-різному (J. Iuzzini, 2012[30]; J. Iuzzini і K. Forrest, 2010[31]). Така нестабільність свідчить про труднощі у формуванні точних моторних програм, які координують роботу артикуляційних органів. За даними J. Iuzzini-Seigel і E. Murray (2017)[32], у більшості випадків (до 80%) фіксуються спотворення приголосних звуків – як активного (спотворене місце або спосіб творення), так і пасивного типу (зниження чіткості через слабкість м'язового контролю). Для дітей із дитячою апраксією мовлення типовими є також компенсаторні артикуляційні прийоми: вони намагаються замінити складні звуки більш простими, часто втрачаючи при цьому смислорозрізнявальну функцію.

Особливо складним для дітей із дитячою апраксією мовлення є оволодіння складними артикуляційними комбінаціями, що вимагають швидких переключень між рухами язика, губ та нижньої щелепи. За результатами досліджень B. L. Davis et al. (1998)[21], A. Jacks et al. (2006) і T. P. Marquardt et al. (2004)[35], такі діти часто демонструють затримку у становленні точних рухових патернів навіть у старшому дошкільному віці, коли більшість однолітків уже володіють повним фонемним складом рідної мови. Відсутність стабільних артикуляційних програм призводить до труднощів у відтворенні звуків у різних позиціях – ізольовано, у складах, словах та спонтанному мовленні.

Характерною є також нерівномірність засвоєння звуків: одні фонемні можуть бути тимчасово сформовані, але швидко втрачаються у подальшому мовленнєвому потоці. Це зумовлює фрагментарність звукової системи дитини. Як підкреслюють B. Maassen та H. Terband (2016)[45], розвиток звуковимови у таких дітей відбувається не за лінійним принципом поступового ускладнення, а за хвилеподібним – з періодами покращення та регресу.

Ще однією особливістю є порушення просодичної організації мовлення: інтонація, ритм і темп у дітей із дитячою апраксією мовлення мають монотонний або рваний характер, наголоси розподіляються нерівномірно, що створює враження «зламаної» мелодики (L. D. Shriberg et al., 2017[68]). Просодичні відхилення можуть впливати на сприйняття мовлення слухачем і додатково ускладнювати комунікацію.

Таким чином, формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення характеризується поєднанням моторно-програмувальних, артикуляційних і просодичних труднощів. Їхнє подолання потребує тривалої, цілеспрямованої корекційної роботи, спрямованої на автоматизацію рухових послідовностей, формування стабільних артикуляційних схем і розвиток просодичних компонентів мовлення. Успішність формування звуковимови безпосередньо залежить від інтенсивності терапевтичного втручання, раннього виявлення та застосування методик, заснованих на динамічних підказках і багаторазовому повторенні (E. Maas et al., 2008; E. A. Strand et al., 2006 [65])[55; 67].

Отже, узагальнюючи вищезазначене, можна зробити висновок, що формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення є складним і багатоаспектним процесом, який потребує комплексного підходу. Ефективність корекційної роботи визначається не лише систематичністю занять, а й використанням методик, спрямованих на розвиток моторного планування, артикуляційної координації та просодичної виразності мовлення. Саме поєднання інтенсивного тренування, динамічних підказок і сенсомоторного підкріплення створює умови для поступового формування стабільних мовленнєвих навичок та підвищення комунікативної компетентності дітей з дитячою апраксією мовлення.

1.3. Сучасні методи корекції звуковимови у дітей з дитячою апраксією мовлення

У сучасній логопедії спостерігається активний пошук ефективних підходів до подолання порушень звуковимови у дітей з дитячою апраксією мовлення (ДАМ). Це зумовлено складністю самого розладу, який пов'язаний із порушенням планування та послідовності артикуляційних рухів, а не зі слабкістю м'язів мовленнєвого апарату. Традиційні методи формування правильної звуковимови виявляються недостатньо результативними, оскільки не враховують специфіки моторного програмування. З огляду на складну природу дитячої апраксії мовлення, ефективна корекційна робота потребує поєднання різних підходів, спрямованих не лише на формування правильної звуковимови, а й на розвиток мовленнєвого праксису, темпо-ритмічної організації та просодії. Тому сучасні дослідження зосереджені на розробленні спеціалізованих терапевтичних методик, які враховують нейромоторні механізми мовлення та принципи моторного навчання. Нижче розглянемо найпоширеніші з них, що довели свою ефективність у роботі з дітьми, які мають дитячу апраксію мовлення.

Динамічний руховий підхід до терапії (Dynamic Temporal and Tactile Cueing or DTTC) є спеціальною методикою, розробленою для дітей із тяжкими формами дитячої апраксії мовлення (ДАМ). Автором методики є Edith A. Strand. Цей підхід ґрунтується на принципі інтегральної стимуляції, який передбачає активну участь дитини у процесі навчання за принципом «слухай мене, спостерігай за мною та повторюй». Основна мета DTTC – покращення мовленнєвої моторики через систематичну підтримку та цілеспрямовану практику, що сприяє загальному покращенню мовленнєвої продукції [65].

На відміну від традиційних методів корекції мовленнєвих розладів, DTTC орієнтований на тренування рухових жестів мовлення в контексті реальних слів і фраз. Це дозволяє не лише оптимізувати комунікативні навички, а й підвищити мотивацію дитини до взаємодії. Логопед працює з дитиною за ієрархічним принципом: спочатку артикуляційні рухи виконуються повільно, а з покращенням точності темп мовлення поступово наближається до природного.

Процес навчання відбувається у чотири етапи:

1. Одночасне відтворення (дитина промовляє разом із терапевтом).
2. Пряма імітація (дитина повторює після логопеда без затримки).
3. Відкладена імітація (дитина повторює після паузи).
4. Самостійне продукування (дитина говорить без підказки).

Логопед динамічно регулює рівень підтримки, надаючи візуальні, тактильні, жестові та вербальні підказки відповідно до індивідуальних потреб дитини. У міру набуття дитиною більшої незалежності в мовленні підказки поступово зменшуються, сприяючи закріпленню навичок і переносу їх у нові контексти.

Дослідження ефективності DTTC (J. Iuzzini-Seigel, J. Case, M. I. Grigos, S.L. Velleman, D. Thomas, E. Murray), зокрема експериментальні дослідження на малих вибірках, демонструють помітний позитивний вплив цього методу на мовленнєві навички дітей. Однак, для глибшого розуміння факторів, що впливають на результати терапії, необхідні масштабніші дослідження, які враховуватимуть індивідуальні характеристики дітей, такі як рівень уваги, ступінь порушення та стійкість до терапії [33].

Хоча метод DTTC є ієрархічним – підтримка поступово зменшується з покращенням мовленнєвих рухів – успішне його використання вимагає гнучкості. Логопед має вміти швидко змінювати рівень допомоги залежно від потреб дитини. Тип підказок може варіюватися навіть між окремими спробами, залежно від того, наскільки точно дитина вимовляє фрази.

Важливою частиною методу є інтенсивне повторення лексики, що допомагає закріплювати моторні шаблони у реальних комунікативних ситуаціях.

Метод DTTC (Edith A. Strand.) був створений спеціально для маленьких дітей та/або для тих, хто має важкі форми ДАМ, зокрема для тих, хто майже не використовує мовлення [39].

Ефективність DTTC підтверджена кількома дослідженнями з дизайном одиничного випадку. У першій публікації про використання DTTC (Edith A. Strand та P. Debertine) [40] описували роботу з 5-річною дівчинкою з тяжкою ДАМ. Терапія тривала 33 заняття (по 30 хвилин чотири рази на тиждень). Було

зафіксоване покращення у вимові цільових фраз, хоча на нетреновані фрази це не поширилось.

Пізніше Edith A. Strand із колегами [71] провели терапію для чотирьох хлопчиків 5-6 років із тяжкою формою ДАМ. Заняття проводилися двічі на день, п'ять днів на тиждень упродовж шести тижнів. Фокус був на обмеженій кількості фраз. У трьох із чотирьох дітей спостерігалось покращення вимови тренованих фраз і часткове перенесення результатів на нові фрази.

Також DTTC використовувався B.S. Baas з колегами для терапії 12-річного хлопчика з CHARGE-синдромом, тяжкою ДАМ, легким когнітивним порушенням і майже повною відсутністю мовлення. Після 25 місяців терапії хлопець почав використовувати кілька функціональних вербальних висловлювань. Автори підкреслили, що мовленнєва терапія може бути ефективною навіть для старших дітей, а тривалість та інтенсивність практики є ключовими для стабільності результатів. Але варто врахувати, що це лише один клінічний випадок.

Ще одне дослідження [41] стосувалося двох п'ятирічних білінгвальних дітей (іспансько-англомовних): одна дитина мала помірно-тяжкий мовленнєвий розлад, інша – тяжку ДАМ. DTTC використовувався для цілей, спільних в обох мовах, і в обох випадках це дало позитивні результати: покращилась вимова та загальна зрозумілість мовлення в обох мовах, що підтверджує ефективність методу навіть у двомовному середовищі [56].

Rapid Syllable Transitions. Методика Rapid Syllable Transitions (ReST) (E. Murray, P. McCabe, D. Thomas) є підходом до мовленнєвої терапії, який базується на руховому навчанні та спрямований на покращення чіткості наголосу у словах, а також на розвиток плавності та швидкості переходів між звуками або складами. Цей підхід використовує принципи моторного навчання (Principles of Motor Learning, PML)[47].

Заняття за методом ReST зазвичай складаються з двох основних етапів: попередньої практики та основної практики. На етапі попередньої практики логопед знайомить дитину з необхідними навичками та словами, що будуть

відпрацьовуватись, а також активно допомагає дитині, даючи підказки та детальний зворотний зв'язок після кожної спроби.

Під час основної практики, яка займає більшу частину заняття, дитина виконує велику кількість повторень (не менше 100 за одне заняття). Слова подаються у випадковому порядку, а логопед рідше надає зворотний зв'язок – тільки після певної паузи, щоб дитина мала змогу самостійно оцінити свою вимову. Зворотний зв'язок стосується лише правильності виконання (knowledge of results). Метою цього етапу є досягнення 80% правильної вимови без підказок протягом 100 спроб.

Метод ReST зазвичай рекомендується для дітей старшого віку, які мають легкі або помірні порушення мовленнєвої моторики.

K.J. Ballard, D.A. Robin, P. McCabe та J. McDonald у своїх дослідженнях зосередили увагу на вивченні ефективності терапевтичних підходів, спрямованих на формування просодичних компонентів мовлення у дітей з дитячою апраксією мовлення (ДАМ). У межах одного з таких експериментів, проведеного за їх авторством, було залучено трьох дітей із ДАМ. Протягом тритижневої терапії, що включала заняття тривалістю 60 хвилин чотири рази на тиждень, дослідники виявили покращення у контролі тривалості складів у словах із наголосами типу «сильний–слабкий» та «слабкий–сильний» [69]. Крім того, спостерігався перенос на інші, раніше не треновані вигадані слова, однак на засвоєння реальних слів цей ефект був мінімальним.

L.J. Van Rees, K.J. Ballard, P. McCabe, A.G. Macdonald-D'Silva та J. Arciuli у своєму дослідженні, проведеному за участю 14 дітей із типовим розвитком, продемонстрували, що діти здатні оволодіти навичками правильного розміщення наголосів у вигаданих словах [70]. Результати експерименту також засвідчили збереження набутих умінь після завершення тренування та їх успішний перенос на нові, нетреновані слова.

E. Murray, P. McCabe та K.J. Ballard у своєму найновішому рандомізованому контрольованому дослідженні, проведеному за участю 13 дітей із дитячою апраксією мовлення, досліджували ефективність терапії, побудованої на методі

ReST (Rapid Syllable Transition Treatment) [46;22]. Результати експерименту показали суттєве покращення точності мовлення як у тренованих, так і в нетренованих вигаданих словах, а також у реальних словах – відповідно до даних перцептивної (слухової) оцінки[68].

Методика PROMPT. Методика PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets) – це терапевтичний підхід, який базується на тактильній, кінестетичній та пропріоцептивній стимуляції. Вона розроблялася і вдосконалювалася протягом останніх тридцяти років (Chumpelik, 1984 [15]; Hayden, 2004, 2006 [25;26]). відзначають, що метод PROMPT відрізняється від інших підходів до терапії дитячої апраксії мовлення (ДАМ), оскільки вона не фокусується на окремих звуках (фонемах), фонологічних процесах або поступовому наближенні до правильної вимови. Натомість головна увага приділяється нормалізації природнього, віковідповідного і змістовного мовленнєвого руху.

У цьому підході логопед використовує зовнішні фізичні (тактильні) сигнали до органів артикуляції, щоб допомогти дитині правильно відтворити мовленнєві шаблони. Такі сигнали сприяють контролю над напрямком і амплітудою артикуляційних рухів, а також допомагають регулювати їхню послідовність у процесі коартикуляції (тобто коли звуки впливають один на одного під час мовлення).

Крім того, метод PROMPT включає кілька важливих компонентів:

- визначення основної мети терапії (наприклад, розвиток навичок повсякденного спілкування, гри або передмовленнєвих навичок);
- розуміння того, як саме використовувати PROMPT (наприклад, для розвитку когнітивно-мовленнєвих понять, мовленнєвих підсистем, сенсорних каналів);
- формування цілей, які відповідають функціям комунікації (наприклад, вміння вести діалог, вибір слів, відповідна до віку лексика);
- систематична практика з використанням підказок у природному середовищі для досягнення точності мовлення.

Більш детальний огляд методики можна знайти у Hayden, D. A., Eigen, J., Walker, A., & Olsen, L.(2010)[27]. Ефективність PROMPT як способу втручання при дитячій апраксії мовлення підтверджена результатами низки досліджень:

- Dale, P. S., & Hayden, D. A. (2013)[20] провели дослідження з перемінними методами втручання у форматі одного суб'єкта з кількома базовими лініями для чотирьох дітей.
- Kadis, D. S., Goshulak, D., Namasivayam, A., Pukonen, M., Kroll, R., De Nil, L. F., Pang, E. W., & Lerch, J. P. (2013)[36] провели дослідження з використанням декількох базових ліній, яке охопило 28 дітей.
- Fiori, S., Pannek, K., Podda, I., Cipriani, P., Lorenzoni, V., Franchi, B., Pasquariello, R., Guzzetta, A., Cioni, G., & Chilosi, A. (2021)[23] описали серію випадків, у яких порівнювали два різні методи втручання на вибірці з 10 дітей.
- Також Namasivayam, A. K., Huynh, A., Granata, F., Law, V., & van Lieshout, P.(2020)[52] показали позитивні результати застосування PROMPT у дітей із тяжкими порушеннями мовленнєвої моторики[25].

Комунікативні «структури» у методі PROMPT будуються на основі спеціальної ієрархії моторної мовленнєвої терапії [46,48]. Вона починається з найпростіших аспектів, таких як загальний м'язовий тонус і фонація, а потім переходить до складніших навичок – наприклад, контролю над рухами артикуляторів. Найвищий рівень охоплює вміння виконувати послідовні мовленнєві рухи та керувати основними параметрами голосу (висотою, гучністю, тривалістю), що необхідні для передачі просодії. Ці етапи не є повністю відокремленими – вони взаємопов'язані та можуть частково накладатися [26]. Логопед оцінює вміння дитини на кожному з цих рівнів, щоб зрозуміти, з чого почати логопедичне втручання.

Метод PROMPT розрахований для дітей різного віку та рівня розвитку – від зовсім маленьких до тих, у кого є когнітивні труднощі. Його можна використовувати як при легких, так і при тяжких мовленнєвих моторних порушеннях. Але для того, щоб працювати за цим методом, логопед обов'язково має пройти спеціалізоване навчання або сертифікацію в Інституті PROMPT[26].

Augmentative and Alternative Communication. Альтернативні та додаткові засоби комунікації (AAC, англ. *augmentative and alternative communication*) включають широкий спектр технологій та стратегій – від найпростіших низькотехнологічних (наприклад, ручка й папір) до високотехнологічних пристроїв і спеціалізованих програмних засобів. Згідно з визначенням American Speech-Hearing-Language Association, AAC вважається додатковим у тих випадках, коли доповнює наявне мовлення, і альтернативним, коли повністю замінює мовлення, яке є нефункціональним або відсутнім.

AAC-технології здатні як задовольняти нагальні комунікативні потреби, так і сприяти довгостроковому розвитку мовлення. Зменшення труднощів, пов'язаних із природним мовленням, дозволяє покращити як рецептивні (вхідні), так і експресивні (вихідні) мовленнєві функції (Weitz et al., 1997[256; Branson & Demchak, 2009[71]; Allen et al., 2017[6]). Застосування AAC у поєднанні з іншими терапевтичними підходами сприяє розвитку таких умінь, як ініціювання теми, відновлення комунікації, збільшення довжини та складності висловлювань (C. Binger, 2007[12]), зниження рівня фрустрації (Oommen, E.R. & McCarthy, J.W. 2015[57]), а також загальному покращенню мовлення та функціонального спілкування (Cumley, G. D., & Swanson, S., 1999[19]).

Значний інтерес викликає дослідження, проведене Oommen, E.R. & McCarthy, J.W. (2015[53]), у якому взяли участь вісім логопедів із досвідом щонайменше п'яти років у сфері логопедичної допомоги дітям із дитячою апраксією мовлення і застосування AAC. Учасники дослідження відзначили, що впровадження AAC допомагає знизити емоційне напруження та покращити загальні результати комунікації завдяки поєднанню традиційного та альтернативного підходів. Також логопеди наголошували на тому, що альтернативні засоби комунікації сприяють зниженню кількості негативних поведінкових проявів у дітей із дитячою апраксією мовлення.

Водночас були виявлені певні проблеми, пов'язані з недостатньою підготовкою фахівців до використання AAC, складністю переносу ізольованих висловлювань у природні комунікативні ситуації, а також низькою мотивацією

дітей використовувати ААС паралельно з природним мовленням. Важливу роль у виборі логопедичного впливу відіграють також уподобання батьків, які зазвичай надають перевагу розвитку саме природного мовлення.

Попри виклики, логопеди, що брали участь у дослідженні, запропонували низку практичних рекомендацій щодо ефективного впровадження ААС: оптимізація цілей, частота використання, стратегія генералізації мовленнєвих умінь, а також важливість тісної співпраці з родиною та міждисциплінарною командою[11].

Ultrasound Biofeedback. Біозворотний зв'язок (*biofeedback*) – це метод, що передбачає надання людині зворотної інформації про виконання певної фізіологічної функції, зазвичай у вигляді візуального зображення. Такий підхід відповідає принципам моторного навчання, оскільки дає змогу в режимі реального часу отримувати інформацію про положення артикуляційних органів, а також про якість виконання завдання (КР – *knowledge of performance*).

У логопедичній практиці вже застосовувалися біозворотні методи з використанням спектрограм та електропалатографії для корекції порушень звуковимови у дітей (Shuster, L. I., Ruscello, D. M., & Toth, A. R. 1995[66]; Carter, P., & Edwards, S., 2004[14]; Byun, T. M., & Hitchcock, E. R., 2012[50]). Однак широке впровадження таких методів обмежується через високу вартість обладнання та потребу в спеціалізованому навчанні для його використання.

З огляду на доступність ультразвукової техніки, останнім часом її почали активно вивчати як більш практичну альтернативу у втручанні при порушеннях мовлення, зокрема при дитячій апраксії мовлення. Результати досліджень показали ефективність цього методу в поєднанні з іншими терапевтичними програмами для дітей із дитячою апраксією мовлення (Preston, J. L., Brick, N., & Landi, N., 2013, 2015, 2016, 2017[57, 58, 59, 60]).

Ультразвуковий біозворотний зв'язок може використовуватися разом з іншими логопедичними прийомами, обраними фахівцем, наприклад, тактильними підказками, імітаційними вправами або іграми з мовленнєвими повторами. Як правило, ультразвуковий датчик розміщується під підборіддям дитини або

закріплюється на спеціальній підставці, на яку дитина спирається під час вправ. На екрані відображається зображення язика – сагітальний або корональний розріз, залежно від того, які звуки або їхні поєднання потрібно сформувати.

Перед початком основної частини терапії дитину ознайомлюють із пристроєм, навчають орієнтуватися у зображенні. Потім логопед переходить до навчання, даючи словесні вказівки щодо рухів язика та положення артикуляційних органів[62].

У дослідженні, проведеному Lundeborg I, McAllister A. [42], одному з дітей із дитячою апраксією мовлення було запропоновано пройти терапію з використанням електропалатографа – пристрою, який показує, як язик торкається піднебіння під час мовлення. Цей метод поєднувався з внутрішньоротовою сенсорною стимуляцією та вправами на артикуляцію, орієнтованими як на звуки, що утворюються за допомогою язика, так і на беззвучні артикуляційні позиції. Попри позитивну динаміку у мовленні дитини, через відсутність контрольної групи (дослідження типу «до-після») не можна впевнено сказати, що саме біозворотний зв'язок спричинив це покращення.

У більш свіжому дослідженні J. Preston, L.N. Brick, , & N. Landi [61] шістьом дітям із дитячою апраксією мовлення проводили терапію з використанням ультразвукової візуалізації язика в реальному часі як форми біологічного зворотного зв'язку. Тренування були індивідуалізовані й спрямовані як на окремі звуки, так і на їх комбінації. Усі діти продемонстрували покращення щонайменше за двома мовленнєвими цілями, і більшість досягнень збереглися через два місяці після завершення терапії. Такі результати виглядають перспективними та відповідають результатам використання біозворотного зв'язку в інших групах пацієнтів [10, 28, 37, 38, 51, 61, 63].

Водночас, наукові дані щодо ефективності біологічного зворотного зв'язку саме для дітей із дитячою апраксією мовлення поки що є обмеженими. Зокрема, існує припущення, що діти молодшого віку можуть не отримати суттєвої користі від цього підходу [43], а потенціал використання акустичного спектрального біозворотного зв'язку [43, 38] у цієї категорії дітей ще не вивчався[71].

Метод Cued Articulation

Метод артикуляції за допомогою підказок (Cued Articulation) був створений австралійським логопедом Jane Passy наприкінці 1970-х – на початку 1980-х років як додатковий інструмент до традиційної артикуляційної терапії (J. Passy, 1997). Ця система використовує спеціальні ручні жести для позначення 44 фонем англійської мови, які відображають основні артикуляційні характеристики кожного звуку та допомагають їх правильно відтворювати (J. Passy, 2003). Кожен жест відповідає одному звуку і відображає інформацію про місце та спосіб його утворення, що робить метод логічним і зрозумілим для дітей.

Попри широке використання методу серед логопедів і педагогів, наукових доказів його ефективності на сьогодні небагато. Проте, за результатами опитування, проведеного Н. Botham у грудні 2009 року серед учителів, які відвідували курси Cued Articulation, 88% респондентів відзначили покращення у розвитку звукової обізнаності та правильності вимови у своїх учнів [29].

На відміну від традиційних методів, де дитина спирається лише на слухове сприйняття або зорове спостереження за артикуляцією логопеда, у Cued Articulation використовується мультисенсорний підхід. Рух руки виступає своєрідною підказкою, яка компенсує обмеженість візуального доступу до артикуляційних процесів, що відбуваються всередині ротової порожнини.

Наприклад, при вимові звука [П] губи зімкнені та різко розмикаються під час видиху, а відповідний жест виконується у формі кола, яке утворюють великий та вказівний пальці і відкривають під час звучання. Така кінетична асоціація сприяє засвоєнню моторного патерну звуку, полегшуючи його відтворення у подальшому мовленні.

Методика Cued Articulation активно використовується логопедами-практиками (SLT) при роботі з дітьми, які мають розлади звуковимови, порушення слуху, розлади аутичного спектра, а також у навчанні англійської як другої мови. Незважаючи на те, що емпіричні дослідження ефективності цієї техніки є обмеженими, вона здобула широку популярність у клінічній практиці завдяки своїй наочності, доступності та універсальності застосування. Застосування Cued

Articulation особливо ефективне у випадках, коли дитина має труднощі з наслідуванням звуків мовлення, зумовлені сенсорними або моторними обмеженнями. Завдяки поєднанню зорової, слухової та тактильної стимуляції метод забезпечує глибше залучення сенсорних каналів у процес навчання та сприяє активізації артикуляційного праксису [61].

Висновки до першого розділу

У першому розділі розкрито теоретичні основи проблеми формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення. Проаналізовано сучасні наукові підходи до визначення, класифікації, етіології та проявів дитячої апраксії мовлення (ДАМ), що розглядається як складне нейромоторне порушення, пов'язане з дефіцитом програмування та планування послідовності артикуляційних рухів.

Визначено, що специфіка звуковимови при ДАМ полягає у непослідовності артикуляційних спроб, порушенні темпо-ритмічної організації мовлення, спотворенні приголосних звуків і труднощах у формуванні стабільних моторних програм. Ці порушення призводять до низької розбірливості мовлення, обмеженого звукового інвентарю та потреби у використанні альтернативних засобів комунікації у тяжких випадках.

Узагальнення сучасних досліджень дозволило окреслити основні методологічні підходи до корекції звуковимови у дітей із дитячою апраксією мовлення. До них належать нейромоторні терапії, побудовані на принципах моторного навчання – Dynamic Temporal and Tactile Cueing (E. Strand), Rapid Syllable Transitions (E. Murray, P. McCabe, K. Ballard), Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets (D. Hayden, P. Dale), а також методи із застосуванням біологічного зворотного зв'язку, альтернативної комунікації (AAC) та мультисенсорних підказок (Cued Articulation). Ефективність цих підходів підтверджена у численних клінічних дослідженнях, що демонструють покращення точності, плавності й розбірливості мовлення дітей із дитячою апраксією мовлення.

Таким чином, результати теоретичного аналізу свідчать, що подолання порушень звуковимови при дитячій апраксії мовлення потребує комплексного,

інтенсивного та індивідуально орієнтованого підходу, який враховує нейромоторні механізми мовлення, вікові особливості дітей та принципи моторного навчання. Отримані положення стали науковим підґрунтям для подальшого визначення напрямів експериментально-корекційної роботи, спрямованої на вдосконалення звуковимови у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ВИМОВИ ПРИГОЛОСНИХ ЗВУКІВ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧОЮ АПРАКСІЄЮ МОВЛЕННЯ

2.1. Організація та методика проведення констатувального етапу дослідження

Констатувальний етап дослідження мав на меті визначити рівень сформованості вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення. На цьому етапі було важливо виявити специфіку порушень звуковимови, характерні труднощі та типові помилки, що виникають у процесі відтворення приголосних звуків, а також визначити індивідуальні особливості мовленнєвої діяльності дітей. Для досягнення поставленої мети на цьому етапі були визначені такі завдання:

- 1) підібрати діагностичний інструментарій, що дозволяє комплексно оцінити стан вимови приголосних звуків;
- 2) здійснити обстеження мовлення дітей із дитячою апраксією мовлення;
- 3) проаналізувати отримані результати та встановити типові порушення вимови.

Констатувальний етап проводився на базі Закладу дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу №285 міста Києва.

Суб'єктом дослідження виступали діти 5-ти та 6-ти річного віку з дитячою апраксією мовлення та типовим розвитком.

У констатувальному експерименті брали участь 20 дітей, 10 з яких були з типовим розвитком та 10 з дитячою апраксією мовлення.

Предметом експериментального дослідження є: особливості формування вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення.

На констатувальному етапі дослідження з метою виявлення характерних порушень та рівня сформованості мовленнєвих навичок у зазначеній категорії дітей було використано комплекс діагностичних методик у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Опис діагностичних методик констатувального експерименту щодо визначення рівня сформованості вимови приголосних у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення.

Блок	Показник	Назва методики	Автор	Мета методики
Блок обстеження сформованості звуковимови	Стан звуковимови (відсутність, спотворення, змішування, заміна звуку)	Обстеження стану звуковимови	Бабич Н.М., Тичина К.О., Косянчук А.Д. (2021)[1]	Обстежити звуковимову приголосних у дітей
Блок обстеження розвитку артикуляційного праксису	Рухливість органів артикуляції	Статичні артикуляційні вправи	К. Тичина, Н. Бабич, Є. Линдіна та О. Ревуцька (2025); К. Тичина та Д. Кошман (2020); К. Тичина та Н. Кібальна (2019)[2]	Перевірка стану органів артикуляції (язика, губ, піднебіння) та їх рухливості.
		Динамічні артикуляційні вправи	К. Тичина, Н. Бабич, Є. Линдіна та О. Ревуцька (2025); К. Тичина та О. Шегера (2019)[3]	
	Утримання положення	Утримання положення (губ, язика, м'якого піднебіння та нижньої щелепи) при вимові звуків.	К. Тичина та Д. Кошман (2020)[4]	Перевірка при утриманні стану артикуляційного апарату.
Блок проби на діадохокінез	Губи, кінчик язика, корінь язика, переключення	діадохокінез	S. Diepeveen, L. van Haaften, H. Terband, B. de Swart, & B. Maassen (2019)[5]	Проба для виявлення мовленнєвої диспраксії

У таблиці 2.1 представлено методику проведення констатувального експерименту, спрямовану на визначення рівня стану сформованості приголосних у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення. Результати, які отримаємо дозволять нам визначити стан сформованості навичок у дітей старшого дошкільного віку.

З метою зручності аналізу отриманих результатів, діагностичні методики/проби було згруповано у три діагностичні блоки:

Блок 1 – «Стан сформованості звуковимови»

Блок 2 – «Стан розвитку артикуляційного праксису».

Блок 3 – «Проба на діадохокінез».

Кожен блок містить низку показників, для оцінки яких застосовувалися відповідні діагностичні методи або проби. Розглянемо їх докладніше.

Блок 1 – «Стан сформованості звуковимови»

Для вивчення сформованості звуковимови у дітей старшого дошкільного віку було взято картку обстеження. Обстеження кожного звука включає в себе діагностику на початку, у середині та в кінці слова в самостійній, відображеній та ізольованій вимові.

1) Обстеження стану звуковимови (за Бабич Н.М., Тичина К.О., Косянчук А.Д.)

Хід проведення: При перевірці самостійної вимови логопед показує дитині предметну картинку та дає таку інструкцію: «Назви, що (хто) це» або «Що (хто) це?». Дитина має самостійно назвати картинку. При перевірці відображеної вимови логопед показує дитині предметну картинку та дає таку інструкцію: «Послухай, це ...(робот), а тепер повтори, що це?». Дитина має повторити правильну назву картинки за логопедом. При перевірці ізольованої вимови логопед дає таку інструкцію: «Послухай, (RRRRR) так ричить лев (пісенька лева). Співаймо разом зі мною (RRRRR). Тепер ти сам, а я послухаю твою (пісеньку лева)». Дитина повинна повторити правильну ізольовану вимову звука за логопедом. Логопед фіксує результати обстеження у протоколі обстеження вимови приголосних звуків 2.2.

Протокол обстеження вимови приголосних звуків

Вимов а Звуки	Самостійна			Відображена			Ізольован а	Примітк а
	почато к	середин а	кінець ь	почато к	середин а	кінець ь		
[М]								
[П]								
[Б]								
[К]								
[Г]								
[Г']								
[Х]								
[Д]								
[Д']								
[Т]								
[Т']								
[Н]								
[Н']								
[В]								
[Ф]								
[С]								
[С']								
[З]								
[З']								
[ДЗ]								
[ДЗ']								
[Ц]								
[Ц']								
[Ш]								
[Ж]								
[ДЖ]								
[Ч]								
[Л]								
[Л']								
[Р]								
[Р']								

Отримані результати дослідження рівня сформованості звуковимови були узагальнені у таблиці, що відображає показники самостійної, відображеної та ізольованої вимови окремих звуків. Такий підхід дав змогу комплексно оцінити артикуляційні можливості дитини та визначити ступінь сформованості звуковимовних навичок у різних позиціях слова. Для подальшого аналізу результатів застосовано систему бального оцінювання, що забезпечує

об'єктивність та точність інтерпретації даних. Нижче наведено детальний опис критеріїв оцінювання вимови за окремими показниками.

Рівні інтерпретації результатів:

Самостійна вимова (початок, середина, кінець слова)

2 бали – дитина правильно вимовляє звук у всіх позиціях (початок, середина, кінець слова) без підказки.

1 бал – звук вимовляється частково правильно (лише в одній позиції, або зі спотворенням у деяких).

0 балів – звук відсутній, замінюється або спотворений у всіх позиціях.

Відображена вимова (повтор за логопедом)

2 бали – звук повторюється правильно в усіх позиціях (початок, середина, кінець).

1 бал – звук вимовляється частково (правильно лише в одній-двох позиціях, із помилками).

0 балів – не повторює або повторює з грубим спотворенням.

Ізольована вимова (звук окремо, «пісенька»)

2 бали – правильно, чисто повторює звук ізольовано..

1 бал – звук відтворюється зі спотворенням (недостатня тривалість, нечіткість).

0 балів – звук відсутній або зовсім не повторюється.

Вимова у зв'язному мовленні (сюжетна картинка)

2 бали – правильно вживає звук у словах і реченнях без підказки.

1 бал – звук вимовляється частково правильно (заміни/спотворення у деяких словах).

0 балів – звук постійно замінюється, відсутній у мовленні.

Кожне завдання оцінювалось за шкалою від 0 до 2 балів. Максимальна сума балів становила 16. Визначення рівнів сформованості звуковимови здійснювалося за такими критеріями: високий, середній та низький рівень.

Високий рівень (13–16 балів) – дитина має добре сформовану звуковимову. Вона самостійно та правильно вимовляє досліджуваний звук у всіх позиціях слова (на початку, в середині, в кінці), без підказки дорослого. Під час повторення за логопедом зберігає точність артикуляції, правильно відтворює звук ізольовано

(«пісенька»), а також активно вживає його у зв'язному мовленні. У мовленні звук є автоматизованим, не спотворюється й не замінюється, дитина володіє ним свідомо й стабільно.

Середній рівень (7–12 балів) – дитина частково оволоділа звуковимовою. Вимова може бути правильною лише в одній або двох позиціях слова, іноді потребує навідних запитань чи зразка логопеда. Під час повторення за дорослим допускає незначні неточності або спотворення звуку. В ізольованій вимові звук може бути нечітким чи нестабільним, а в зв'язному мовленні зустрічаються окремі заміни або пропуски. Звук не повністю автоматизований, потребує додаткового закріплення.

Низький рівень (0–6 балів) – спостерігається несформованість звуковимови. Дитина не може самостійно вимовити звук, замінює його іншим або спотворює у всіх позиціях. Під час повторення за логопедом не завжди може відтворити звук правильно, навіть за зразком, або повторює з грубими помилками. Ізольована вимова відсутня, у зв'язному мовленні звук не вживається. Це свідчить про значні труднощі у формуванні артикуляційної пози та потребує тривалої цілеспрямованої корекційної роботи.

Блок 2 – «Стан розвитку артикуляційного праксису».

Для діагностики стану сформованості артикуляційного праксису у дітей старшого дошкільного віку було використано діагностичну методику К. Тичина, Н. Бабич, Є. Линдіна та О. Ревуцька (2025); К. Тичина та Д. Кошман (2020); К. Тичина та Н. Кібальна (2019).

Обстеження розвитку артикуляційного праксису буде включати в себе дві серії завдань: перша серія спрямована на визначення рівня сформованості оральних-моторних навичок, а саме здатності до відтворення статичних та динамічних артикуляційних вправ перед дзеркалом /без використання дзеркала/ за мовленнєвою інструкцією; друга серія спрямована на визначення рівня сформованості оральних-моторних навичок, а саме здатності відчувати положення губ та язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння при вимові звуків з опорою на зоровий аналізатор/з опорою на картки-підказки.

Мета: перевірка стану органів артикуляції (язика, губ, піднебіння) та їх рухливості.

Процедура: для першої серії завдань дитині пропонують виконати різні артикуляційні вправи (наприклад, висунути язик, зробити його широким і вузьким). Для другої серії завдань дитині потрібно вимовляти звуки, щоб спостерігати за утриманням положення губ, язика та щік при вимові звуків.

1) Рухливість органів артикуляції

Статичні артикуляційні вправи (за К. Тичина, Н. Бабич, Є. Линдіна та О. Ревуцька (2025); К. Тичина та Д. Кошман (2020); К. Тичина та Н. Кібальна (2019))

Хід проведення: Дитині пропонують зайняти певне артикуляційне положення та утримувати його протягом 10 секунд. Спочатку завдання виконується перед дзеркалом – дитина спостерігає за власним обличчям і контролює положення органів артикуляції зорово. Потім перевірка проводиться без дзеркала, щоб оцінити збереження пози без візуального контролю. На завершальному етапі логопед дає мовленнєву інструкцію, без попереднього показу, перевіряючи, чи здатна дитина відтворити й утримати артикуляційну пози за словесною вказівкою з протоколу обстеження артикуляційного праксису (статичні вправи) 2.3 .

Таблиця 2.3

Протокол обстеження артикуляційного праксису (статичні вправи)

Назва вправи	Фіксація утримання			Коментар
	Перед дзеркалом	Без використання дзеркала	За мовленнєвою інструкцією	
Утримання позиції губ				
«Усмішка»				
«Хоботок»				
Утримання позиції язика				
«Гірка»				
«Чашечка»				
Утримання позиції нижньої щелепи				

«Лопатка»				
«Печиво»				

Результати виконання артикуляційних вправ подано у таблиці, що відображає рівень сформованості навичок фіксації та утримання артикуляційних позицій із використанням різних способів контролю — перед дзеркалом, без дзеркала та за мовленнєвою інструкцією. Такий підхід дає змогу простежити, наскільки дитина здатна самостійно регулювати рухи органів артикуляційного апарату та зберігати задану позу без зовнішньої підтримки. Нижче подано детальний опис кожної вправи, її мету та інструкції до виконання.

«Усмішка».

Інструкція: Рот закритий. Утримувати губи в усмішці. Намагатися не показувати зуби.

«Хоботок».

Інструкція: Губи і зуби зімкнути. Губи витягнути уперед..

«Гірка».

Інструкція: Рот широко відкрити. Губи в усмішці. Кінчиком язика упертися в нижні зуби. Спинка язика вигинається, бокові краї язика притиснуті до верхніх кутніх зубів.

«Чашечка».

Інструкція: Рот широко відкрити, покласти широкий язик на нижню губу, бокові краї і кінчик язика загнути у формі чашечки. Слідкувати, щоб губи не обтягували зуби, нижня щелепа була нерухомою.

5. «Лопатка»

Інструкція: рот відкритий, язик спокійно лежить на нижній губі, утримується положення.

6. «Печиво»

Інструкція: «Затисни між губами картонку (печиво) і тримай, щоб не впало».

Проби блоку II (статичні вправи) склалися з шести завдань і оцінювалися за трирівневою шкалою (0–2 бали):

2 бали – дитина виконує вправу правильно, без сторонніх рухів. Утримує артикуляційну позу 10–15 секунд. Контроль збережений, позиція не втрачається.

1 бал – виконує вправу частково: утримує позу менше 10 секунд, спостерігаються допоміжні рухи (тремтіння язика, рух щелепи), потребує словесної підказки.

0 балів – не може виконати вправу або виконує з грубими помилками, контроль артикуляційних органів відсутній.

Кожне завдання оцінювалося у межах від 0 до 2 балів, а за сумарною кількістю балів визначався рівень сформованості статичних артикуляційних поз:

Високий рівень (8–12 балів) – дитина впевнено утримує всі артикуляційні пози протягом 10–15 секунд, без сторонніх рухів. Контроль за положенням язика, губ і щелепи стабільний. Артикуляційна стійкість і точність добре сформовані.

Середній рівень (4–7 балів) – дитина виконує більшість вправ, але має труднощі із тривалістю утримання пози або зберігає її з допоміжними рухами. Артикуляційний контроль нестійкий, позиція може порушуватись.

Низький рівень (0–3 бали) – дитина не може самостійно утримати артикуляційну позу, швидко втрачає положення або замінює потрібний рух іншим. Контроль слабкий або відсутній, спостерігаються хаотичні рухи язика, губ.

Динамічні артикуляційні вправи (за К. Тичина, Н. Бабич, Є. Линдіна та О. Ревуцька (2025); К. Тичина та О. Шегера (2019)).

Хід проведення: Дитині пропонують виконати послідовні артикуляційні рухи, змінюючи одне положення органів артикуляції на інше. Спочатку перевірка проводиться перед дзеркалом – логопед показує потрібні пози, дитина спостерігає за своїм відображенням і повторює рухи, контролюючи їх зорово. Далі завдання виконується без використання дзеркала – дитина переключає артикуляційні пози орієнтуючись лише на показ логопеда або попередній руховий досвід, без зорового контролю. На завершення проводиться перевірка за мовленнєвою інструкцією: логопед дає словесні вказівки, а дитина самостійно змінює положення органів артикуляції відповідно до інструкцій в протоколі обстеження артикуляційного праксису (динамічні вправи) 2.4:

Протокол обстеження артикуляційного праксису (динамічні вправи)

Назва вправи	Фіксація переключення			Коментар
	Перед дзеркалом	Без використання дзеркала	За мовленнєвою інструкцією	
Переключення позиції губ				
«Усмішка - Хоботок»				
«Поцілунок – усмішка»				
Переключення позиції язика				
«Гойдалка»				
«Годинник»				
Переключення позиції нижньої щелепи				
«Бегемот»				
«Підйомний кран»				

Результати виконання вправ на переключення артикуляційних позицій узагальнено в таблиці, що демонструє рівень сформованості динамічних артикуляційних навичок за різних умов контролю — перед дзеркалом, без використання дзеркала та за мовленнєвою інструкцією. Аналіз цих показників дозволяє оцінити здатність дитини швидко та координовано змінювати положення органів артикуляційного апарату, що є важливим компонентом формування плавності та точності мовлення. Нижче наведено опис кожної вправи та інструкції щодо її виконання.

«Усмішка - Хоботок».

Інструкція: Посміхнись, щоб було видно зубки. Тепер витягни губи вперед, зроби «хоботок». Повторюй по черзі.

«Поцілунок – усмішка»

Інструкція: Зроби губи, як для поцілунку, а тепер широко усміхнись.

«Годинник»

Інструкція: Висунути язик. Рухати язиком з одного куточка рота в інший. Тягнутися язиком поперемінно праворуч – ліворуч в повільному темпі (можна під лічбу).

«Гойдалка»

Інструкція: Відкрити рот. Язиком торкатися по чергово до верхніх та нижніх зубів. Нижня щелепа нерухома.

«Бегемот»

Інструкція: Із напруженням м'язів опускати й піднімати нижню щелепу.

"Підйомний кран"

Інструкція: Із напруженням м'язів рухати щелепою вправо-вліво.

Проби блоку II (динамічні вправи) також включали шість завдань, спрямованих на оцінку переключення артикуляційних рухів. Завдання оцінювались за наступними критеріями:

2 бали – виконує вправу правильно 7–10 разів, зберігає темп і ритм, перемикавання артикуляції плавне, без зайвих рухів.

1 бал – виконує частково (3–6 разів), збивається з темпу, рухи обмежені, потребує зорової підказки чи нагадування.

0 балів – виконує менше 3 разів або не виконує зовсім, артикуляційні рухи хаотичні, некоординовані.

За загальною кількістю балів визначався рівень сформованості динамічного артикуляційного праксису:

Високий рівень (8–12 балів) – дитина чітко виконує всі вправи, зберігає рівномірний темп і плавність переключення артикуляційних рухів. Координація добре сформована, рухи точні та контрольовані.

Середній рівень (4–7 балів) – дитина виконує вправи з незначними порушеннями ритму та темпу. Спостерігається напруженість або затримка при переході між артикуляційними позиціями.

Низький рівень (0–3 бали) – дитина не може узгоджено виконати рухи, швидко втрачає ритм, спостерігається розсинхронізація дихання й артикуляції, потребує постійного керівництва дорослого.

Утримання положення (за К. Тичина та Д. Кошман (2020))

Хід проведення: Дитині пропонують послідовно виконати серію артикуляційних рухів, змінюючи одне положення на інше за вказівкою логопеда. Спочатку перевірка проводиться з опорою на зоровий аналізатор – логопед демонструє потрібні артикуляційні пози перед дзеркалом, а дитина спостерігає та повторює, намагаючись точно переключатися з одного положення в інше. Потім завдання ускладнюється: проводиться з опорою на картки-підказки, де зображені відповідні артикуляційні пози. Дитина самостійно орієнтується на малюнки, виконує переключення згідно з послідовністю, зазначеною логопедом, дотримуючись правильності та плавності переходів між позиціями в протоколі обстеження артикуляційного праксису при утриманні положення 2.5.

Таблиця 2.5

Протокол обстеження артикуляційного праксису при утриманні положення (губ, язика, м'якого піднебіння та нижньої щелепи) при вимові звуків

Назва вправи	Фіксація результатів					Коментар
	З опорою на зоровий аналізатор			З опорою на картки-підказки		
Положення губ						
Почергова вимова «м-п-б» (змикання губ)						
Почергова вимова «с-ш» (розтягування-округлення губ)						
Положення язика						
Почергова вимова «к-т» (рух кореня-рух кінчика)						

Почергова вимова «т-с» (рух кінчика язика до верхніх і до нижніх зубів)						
Положення нижньої щелепи						
Почергова вимова «а-с» (максимальне відкриття щелепи-мінімальне)						
Почергова вимова «е-с» (середнє відкриття- мінімальне)						
Положення м'якого піднебіння						
Почергова вимова «ма-а- а/м-а-а-а»						
Почергова вимова «ан-ан»						
Почергова вимова «ба- ма»						

Отримані результати виконання вправ на фіксацію артикуляційних положень подані в таблиці. Вона показує, як дитина справляється з утриманням правильних позицій губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння, використовуючи зорову підтримку — дзеркало або картки-підказки. Такий підхід допомагає зрозуміти, наскільки дитина контролює свої рухи та може координувати їх під час вимови звуків і складів. Нижче подано опис кожної вправи та інструкції для їх виконання.

1. Вправа «Почергова вимова “м-п-б” (змикання губ)

Інструкція:

Попросіть дитину почергово вимовляти звуки м–п–б, уважно спостерігаючи за рухом губ. Звуки вимовляються повільно, чітко, із відчуттям змикання й розмикання. Виконання проводиться перед дзеркалом або з використанням карток-підказок із артикуляційними позами (рис. 2.1).



Рис.2.1. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “м-п-б” (змикання губ)”

Рис.2.1. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “м-п-б” (змикання губ)” зображення ілюструє артикуляційні позиції під час вимови звуків [м], [п], [б]: у всіх випадках губи щільно змикаються, але при [м] повітря виходить через ніс, при [п] — короткий видих без голосу, а при [б] — із голосом (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

2. Вправа «Почергова вимова “с-ш” (розтягування – округлення губ)

Інструкція:

Дитина вимовляє звуки с–ш по черзі: при “с” — губи розтягнуті в посмішці, при “ш” — округлені й висунуті вперед. Темп повільний, ритмічний. Логопед контролює правильність положення губ за допомогою дзеркала або карток(рис. 2.2).



Рис.2.2. Схema-візуалізація до вправи «Почергова вимова “с-ш” (розтягування – округлення губ)”

Рис. 2.2. Схema-візуалізації до вправи «Почергова вимова “с–ш” (розтягування – округлення губ)» демонструє артикуляційні позиції губ під час формування свистячих та шиплячих звуків. Зображення наочно ілюструє зміну положення губ від усмішки до округлення, що сприяє розвитку артикуляційної моторики та формуванню правильної звуковимови (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

3. Вправа «Почергова вимова “к-т” (рух кореня – рух кінчика язика)»

Інструкція:

Попросіть дитину вимовляти послідовність к–т–к–т, стежачи, щоб при звуці “к” працював корінь язика, а при “т” — кінчик язика торкався верхніх зубів. Чергування виконується в повільному темпі з чіткою артикуляцією(рис. 2.3).



Рис.2.3. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “к-т” (рух кореня – рух кінчика язика)”

Рис. 2.3. Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “к-т” (рух кореня – рух кінчика язика) відображає різницю в артикуляційних позиціях язика під час утворення приголосних звуків. Ілюстрація демонструє роботу задньої та передньої частин язика, що сприяє розвитку диференціації рухів артикуляційного апарата (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

4. Вправа «Почергова вимова “т-с” (рух кінчика язика до верхніх і нижніх зубів)

Інструкція:

Дитина почергово вимовляє т–с–т–с. При звуці “т” кінчик язика торкається верхніх зубів, при “с” — опускається за нижні, утворюючи вузький струмінь повітря. Виконання проводиться перед дзеркалом або з опорою на зорові картки(рис. 2.4).

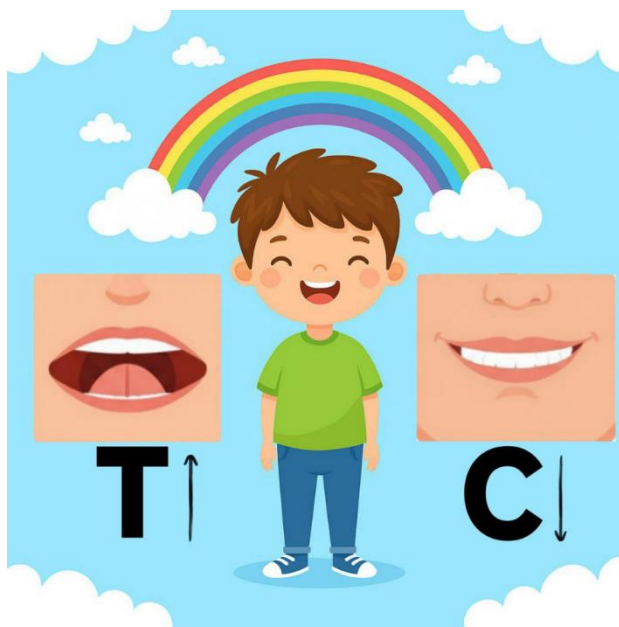


Рис.2.4. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “т-с” (рух кінчика язика до верхніх і нижніх зубів)”

Рис. 2.4. Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “т-с” (рух кінчика язика до верхніх і нижніх зубів)» Зображення демонструє зміну положення органів артикуляції під час вимови звуків [т] і [с]: при [т] язик піднімається до альвеол, а при [с] — губи розтягнуті в усмішці (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

5. Вправа «Почергова вимова “а-с” (максимальне відкриття щелепи – мінімальне)»

Інструкція:

Попросіть дитину вимовляти а–с–а–с, звертаючи увагу на рух нижньої щелепи. При “а” рот широко відкривається, при “с” — ледь прочиняється. Вимова ритмічна, плавна(рис. 2.5).



Рис.2.5. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “а-с” (максимальне відкриття щелепи – мінімальне)”

Рис. 2.5. Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “а-с” (максимальне відкриття щелепи – мінімальне) зображення відтворює положення органів артикуляції під час вимови звуків [а] і [с]: при [а] рот широко відкритий, язик опущений, а при [с] губи розтягнуті в усмішці (картинка згенерована за допомогою ІІІ та відредагована власноруч в редакторі).

6. Вправа «Почергова вимова “е-с” (середнє відкриття – мінімальне)

Інструкція:

Дитина вимовляє послідовність е–с–е–с, контролюючи ступінь відкриття рота. При “е” відкриття середнє, при “с” — мінімальне. Логопед показує артикуляційні пози, дитина повторює перед дзеркалом(рис. 2.6).

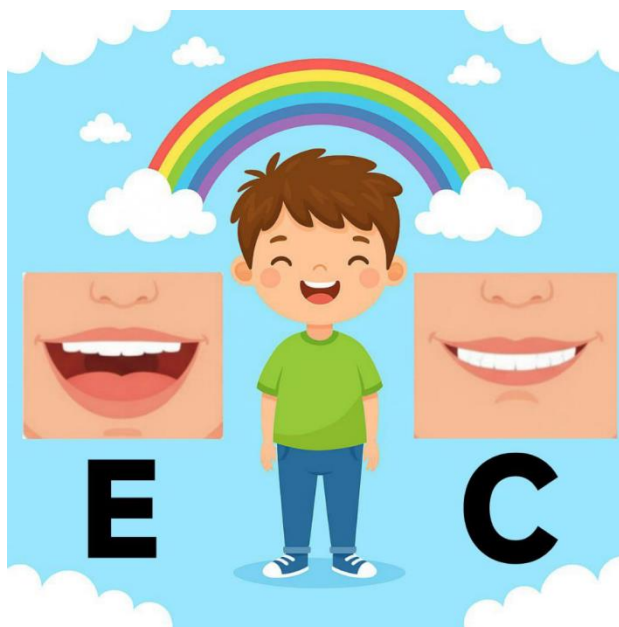


Рис.2.6. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “е-с” (середнє відкриття – мінімальне)»

Рис. 2.6 Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “е-с” (середнє відкриття – мінімальне) зображення демонструє зміну артикуляційних позицій під час вимови звуків [е] і [с]: при [е] рот напіввідкритий, язик піднятий до середини рота, а при [с] — губи розтягнуті в усмішці (картинка згенерована за допомогою ІІІ та відредагована власноруч в редакторі).

7. Вправа «Почергова вимова “ма-а-а / м-а-а-а” (підняття м’якого піднебіння)

Інструкція:

Дитина почергово вимовляє поєднання ма-а-а та м-а-а-а, слідкуючи за плавністю переходів і чіткою голосовою атакою. Логопед показує темп і ритм вимови(рис. 2.7).



Рис.2.7. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “ма-а-а / м-а-а-а” (підняття м’якого піднебіння)”

Рис. 2.7 Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “ма-а-а / м-а-а-а” (підняття м’якого піднебіння) зображення ілюструє положення органів артикуляції під час вимови звуків [м] і [а]: при [м] губи щільно зімкнені, а при [а] рот широко відкритий (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

8. Вправа «Почергова вимова “ан-ан”

Інструкція:

Попросіть дитину повільно і чітко вимовляти ан–ан, стежачи, щоб звук “н” вимовлявся носовим шляхом, без пропусків голосу. Використовується дзеркало або зорові підказки(рис. 2.8).



Рис.2.8. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “ан-ан”

Рис. 2.8 Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “ан-ан” зображення ілюструє положення органів артикуляції під час вимови складу [ан]: рот відкритий, язик у середньому положенні, м’яке піднебіння опущене для проходження повітря через ніс (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

9. Вправа «Почергова вимова “ба-ма”

Інструкція:

Дитина вимовляє ба–ма–ба–ма, звертаючи увагу на роботу м’якого піднебіння: при “м” звук носовий, при “б” — ротовий. Виконання повільне, чітке, з контролем у дзеркалі або за картками-підказками(рис. 2.9).



Рис.2.9. Схема-візуалізація до вправи «Почергова вимова “ба-ма”

Рис. 2.9 Схема-візуалізації до вправи «Почергова вимова “ба-ма” зображення демонструє зміну положення органів артикуляції під час вимови складів [ба] і [ма]: в обох випадках губи щільно змикаються, але при [б] повітряний потік виходить через рот, а при [м] — через ніс (картинка згенерована за допомогою ШІ та відредагована власноруч в редакторі).

Рівні інтерпретації результатів:

1. Положення губ

2 бали – виконує чітко, тримає пози, переключення плавне.

1 бал – виконує частково, губи тремтять або швидко втрачають форму, переключення уповільнене.

0 балів – не виконує.

2. Положення язика

2 бали – виконує вправи правильно, язик стійкий.

1 бал – виконує з помилками (коротко утримує, є девіація, губи допомагають).

0 балів – не виконує.

3. Положення нижньої щелепи

2 бали – рухи чіткі, повні, контроль щелепи збережений.

1 бал – виконує з неточностями (рухи неповні, темп збивається).

0 балів – не виконує, щелепа малорухома.

4. Положення м'якого піднебіння

2 бали – виконує вправу правильно, утримує положення.

1 бал – виконує частково

0 балів – не виконує.

Проби блоку II для обстеження переключення органів артикуляції склалися з дев'яти завдань, спрямованих на оцінку здатності дитини координовано змінювати положення губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння.

Кожне завдання оцінювалось за уніфікованою трирівневою шкалою (0–2 бали):

2 бали – дитина виконує вправу чітко, правильно, зберігає ритм і темп, контролює рухи, перемикання плавні, без допоміжних рухів.

1 бал – виконує частково або з помилками: спостерігаються тремтіння, неточності, збивання темпу чи допоміжні рухи. Виконує за зразком або з підказкою дорослого.

0 балів – не виконує завдання або виконує з грубими помилками, артикуляційні рухи хаотичні, координація відсутня.

Загальна максимальна кількість балів становила 18, за якою визначалися рівні сформованості динамічного артикуляційного праксису (переключення):

Високий рівень (15–18 балів) – дитина легко й плавно переходить між артикуляційними позиціями, зберігаючи точність, темп і ритм. Упевнено координує рухи губ, язика, нижньої щелепи та м'якого піднебіння. Перемикання виконуються автоматизовано, без допоміжних рухів або напруження.

Середній рівень (8–14 балів) – дитина виконує вправи з незначними порушеннями: іноді втрачає темп, рухи менш точні або неповні. Під час переключення може з'являтися допоміжна участь інших органів (наприклад, щелепи чи губ при русі язика). Контроль збережений частково, потрібна повторна демонстрація або словесна підказка.

Низький рівень (0–7 балів) – дитина не може самостійно виконати більшість вправ. Рухи губ, язика, щелепи або м'якого піднебіння непослідовні, напружені, часто хаотичні. Спостерігається відсутність плавного переключення та труднощі у координації дихання з артикуляцією.

Блок 3 – «Проба на діадихокінез».

1) Губи, кінчик язика, корінь язика, переключення (за S. Diepeveen, L. van Haaften, H. Terband, B. de Swart, & B. Maassen (2019))

Мета: проба для виявлення мовленнєвої диспраксії

Хід проведення: Дитині пропонують виконати серію рухів, спрямованих на перевірку точності, сили, координації та швидкості рухів органів артикуляції. Спочатку перевіряється робота губ – дитину просять виконувати ритмічні змикання й розмикання губ «па-па-па». Далі оцінюється робота кінчика язика – дитина повторює склади «та-та-та». Потім перевіряється робота кореня язика – дитину просять вимовляти склади «ка-ка-ка». На завершальному етапі проводиться перевірка переключення «па-та-ка». Логопед спостерігає за темпом, ритмом, плавністю і точністю переключень, фіксує наявність зупинок, нерівномірності чи спотворень рухів.

Завдання 1. Вимова складів «Па-па-па...»

Інструкція:

Попросіть дитину вимовляти склади «Па-па-па...» стільки часу, скільки зможе, без зупинок, у рівному темпі.

Критерії спостереження:

- рівень змикання губ;
- можливість утримувати темп і ритм;
- сталість артикуляції;
- наявність або відсутність допоміжних (нав'язливих) рухів.

Завдання 2. Вимова складів «Та-та-та...»

Інструкція:

Попросіть дитину повторювати «Та-та-та...» стільки, скільки вистачить сил, у рівному темпі.

Критерії спостереження:

- рівень самостійності рухів кінчика язика;
- сталість артикуляції;
- збереження темпу та ритму;
- наявність або відсутність допоміжних рухів.

Завдання 3. Вимова складів «Ка-ка-ка...»

Інструкція:

Попросіть дитину вимовляти «Ка-ка-ка...» стільки, скільки зможе, на одному видиху.

Критерії спостереження:

- самостійність рухів кореня язика;
- сталість артикуляції;
- темп і ритмічність;
- можливість утримувати артикуляційний зразок.

Завдання 4. Вимова послідовності «Патакапатака...»

Інструкція:

Якщо дитина змогла виконати попередні завдання, попросіть її вимовляти «Патакапатакапатака...» без зупинок, рівномірно, стільки часу, скільки зможе.

Критерії спостереження:

- здатність переключатися між артикуляційними рухами;
- плавність і ритмічність переключення;
- відсутність пропусків, перестановок чи уподібнень звуків;
- тривалість — орієнтовно до 1 хвилини без втрати контролю.

Рівні інтерпретації результатів:

1. Вправа «Папапа...» (змикання губ)

2 бали – губи змикаються чітко, ритм і темп збережені, 10 і більше повторень без збоїв, артикуляція стабільна.

1 бал – губи змикаються неповністю, ритм порушується, 5–9 повторень,

з'являються допоміжні або нав'язливі рухи.

0 балів – не може ритмічно повторювати, губи не змикаються, артикуляція розпадається або спостерігається відмова від виконання.

2. Вправа «Тататата...» (кінчик язика)

2 бали – кінчик язика піднімається правильно, 10 і більше повторень, ритм і темп збережені, артикуляція стабільна.

1 бал – язик рухається з помилками, 5–9 повторень, збивання темпу, допоміжні рухи.

0 балів – не виконує завдання або кінчик язика не піднімається, артикуляція дезорганізована.

3. Вправа «Какакака...» (корінь язика)

2 бали – корінь язика рухається правильно, 10 і більше повторень, артикуляція стабільна, ритм збережений.

1 бал – виконує з неточностями, 5–9 повторень, збивання ритму, зайві рухи.

0 балів – не виконує або артикуляція хаотична, рух кореня язика відсутній.

4. Вправа «Патакапатака...» (переключення артикуляційних рухів)

2 бали – плавно переключається між складами, не менше 10 повторень, ритм і темп збережені протягом 1 хвилини, без пропусків і уподібнень.

1 бал – переключення частково збережене, 5–9 повторень, спостерігаються пропуски, уподібнення або швидка втома.

0 балів – не виконує або переключення відсутнє, артикуляція хаотична, не утримує завдання.

Отримані результати виконання завдань на діадохокінез узагальнено в таблиці 2.6, що дає змогу систематизувати спостереження за якістю та стабільністю артикуляційних рухів під час повторюваної вимови складів.

Таблиця 2.6

Протокол фіксації результатів виконання дітьми проби на діадохінез:

Завдання	Результат	Нотатки
----------	-----------	---------

Вимова «Папапапа...»	2 – високий 1 – середній 0 – низький	
Вимова «Тататата...»	2 – високий 1 – середній 0 – низький	
Вимова «Какакака...»	2 – високий 1 – середній 0 – низький	
Вимова «Патакапатакапатака...»	2 – високий 1 – середній 0 – низький	
Разом:		

Таблиця відображає рівень сформованості моторної координації, темпу, ритму та здатності до швидкого переключення артикуляційних позицій, що є важливими показниками розвитку мовленнєвої моторики.

Обстеження діадихокінезу включало чотири завдання, кожне з яких оцінювалось за трибальною шкалою (0–2 бали). Максимальна кількість балів — 8. За сумою балів визначався рівень сформованості артикуляційної моторики: високий, середній або низький.

Високий рівень (7–8 балів) – Дитина має добре сформовану артикуляційну моторну координацію. Усі завдання виконує чітко, ритмічно, без помилок і допоміжних рухів. Губи та язик змикаються і переміщуються правильно, ритм і темп збережені навіть при тривалому виконанні. Переключення між складами («па-та-ка») відбувається плавно, без пропусків чи уподібнень, спостерігається висока стійкість артикуляції. Такий рівень свідчить про достатню зрілість артикуляційного праксису та координації мовнорухових механізмів.

Середній рівень (4–6 балів) – Дитина виконує завдання з певними труднощами. У процесі спостерігається порушення ритму чи темпу, часткові збивання, зайві або нав'язливі рухи. Повторення складів можливе у межах 5–9

разів, але артикуляційна стабільність знижується при збільшенні темпу. При виконанні складніших серій («па-та-ка») може виникати втома, сповільнення або уподібнення складів. Дитина може утримувати артикуляційне завдання лише короткий час. Такий результат свідчить про часткову сформованість діадохокінетичних навичок і потребу в тренуванні темпо-ритмічних структур мовлення.

Низький рівень (0–3 бали) – Характеризується вираженою несформованістю артикуляційної моторики. Дитина не може ритмічно повторювати склади, губи не змикаються або язик не займає потрібне положення, артикуляція розпадається. Спостерігається хаотичність рухів, відсутність темпу і ритму, часті відмови від виконання. Переключення між складами («па-та-ка») не відбувається або супроводжується численними пропусками. Такий рівень вказує на низьку координацію артикуляційних рухів і недостатню сформованість мовнорухових програм.

2.2. Аналіз результатів дослідження та визначення труднощів у формуванні правильної вимови приголосних звуків

I. Блок обстеження сформованості звуковимови

Результати дослідження стану сформованості звуковимови у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення та типовим розвитком представлені у таблиці 1.1 та 1.2. в Додатку А. На діаграмі 2.10 представлені узагальнені висновки з таблиць 1.1 та 1.2:

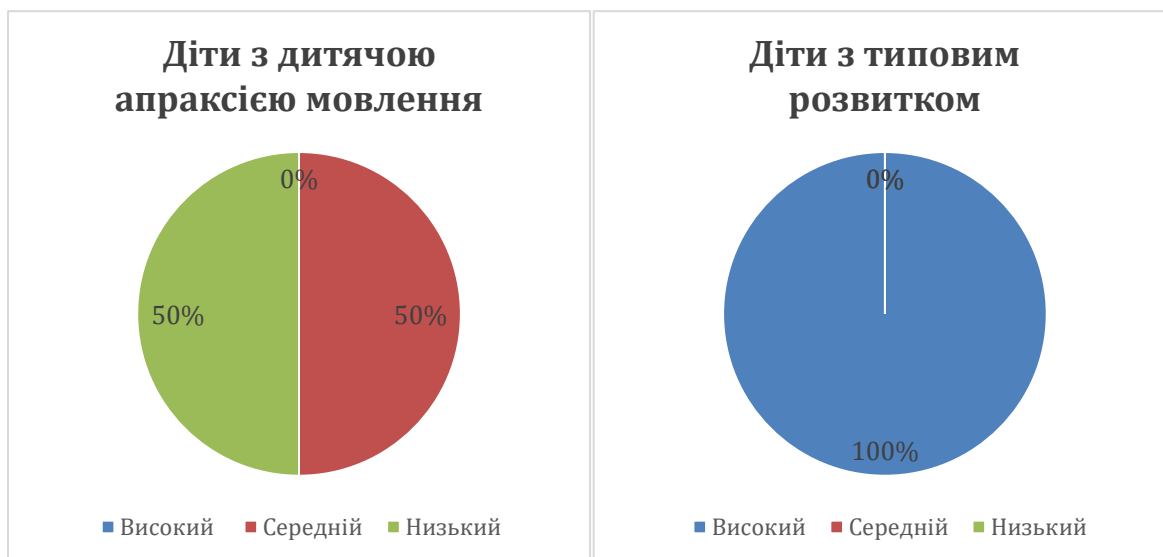


Рис. 2.10. Рівень сформованості вимови приголосних звуку у дітей з дитячою апраксією мовлення та у дітей з типовим розвитком

Відповідно до результатів представлених у діаграмі 2.10 у дітей з дитячою апраксією мовлення середній рівень стану сформованості звуковимови становить 50%, а низький також 50%, на високий рівень не виконав ніхто. Тоді як у дітей з типовим розвитком високий рівень сформованості звуковимови становить 100%, середні та низькі показники були не виявлені. Отже, проаналізувавши сформованість приголосних звуків у дітей з дитячою апраксією мовлення відзначено низку характерних труднощів у їхньому самостійному та зв'язному мовленні. У процесі самостійної вимови чітко простежувалася неточність артикуляції: діти часто замінювали або пропускали звуки й склади, одне й те ж слово вимовляли по-різному, навіть знайомий лексичний матеріал відтворювався нестійко й перекручено. Це зумовлювало обмеження активного словника: діти знали слова, однак не завжди могли їх правильно відтворити, вдавалися до спрощень, замінюючи складні слова коротшими або простішими. Мовлення мало уривчастий характер, із частими паузами, повторенням складів, зупинками, що ускладнювало його плавність. Відзначалися такі труднощі у вимові серед типів помилок найчастіше спостерігалися заміни та змішування звуків, тоді як спотворення зустрічалися значно рідше і не мали системного характеру. Найчастіше була порушена вимова губних звуків, та задньоязикових. Губні звуки ([п], [б], [м], [ф], [в]) мали порушення переважно через складність точного

поєднання рухів губ із голосовим супроводом: діти часто пропускали їх на початку складу чи слова, замінювали більш простими за артикуляцією або спотворювали за рахунок надмірного напруження. У деяких випадках спостерігалось нечітке змикання губ, що призводило до нечистого звучання, особливо у швидкому темпі мовлення. Задньоязикові звуки ([к], [г], [х]) виявилися ще більш вразливими. Вони часто замінювалися передньоязиковими ([т], [д], [с]) через труднощі у програмуванні підняття задньої частини язика до м'якого піднебіння. Основною причиною цього виступає складність у контролі підняття задньої частини язика до м'якого піднебіння. У значної кількості дітей зазначені звуки демонструють нестабільність: якщо в ізольованій вимові вони можуть артикулюватися відносно коректно, то під час використання в складі або слові часто замінюються іншими або зовсім випадають. Ці особливості суттєво ускладнюють комунікацію та негативно впливають на готовність дитини до навчання у школі.

У дітей з типовим розвитком звуковимовна є чіткою, стабільною та автоматизованою в усіх позиціях слова. Вони правильно відтворюють як губні, так і задньоязикові звуки, зберігаючи темп, ритм і плавність мовлення. Артикуляційні рухи узгоджені, відсутні заміни чи спотворення, що свідчить про сформованість фонетико-фонематичної системи та готовність до шкільного навчання.

II. Блок обстеження розвитку артикуляційного праксису

Для узагальнення рівня сформованості артикуляційного праксису у дітей старшого дошкільного віку було здійснено підрахунок інтегральних показників на основі двох серій завдань. Кожна дитина отримала три підсумкові оцінки (за статичними, динамічними вправами та завданнями з опорою на зоровий аналізатор), що дозволило визначити співвідношення високого, середнього та низького рівнів у межах кожної групи. Це дало змогу виявити співвідношення високого, середнього й низького рівнів у межах кожної вибірки. Результати дослідження подано у формі кругових діаграм, які ілюструють розподіл рівнів сформованості артикуляційного праксису у дітей з дитячою апраксією мовлення порівняно з дітьми з типовим розвитком. Результати обстеження розвитку артикуляційного праксису під час виконання статичних та динамічних вправах у

дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення та типовим розвитком представлені у таблиці 1.3; 1.4; 1.5 та 1.6 у **Додатку А**: На діаграмі 2.11 представлені узагальнені висновки з таблиць 1.3; 1.4; 1.5 та 1.6:

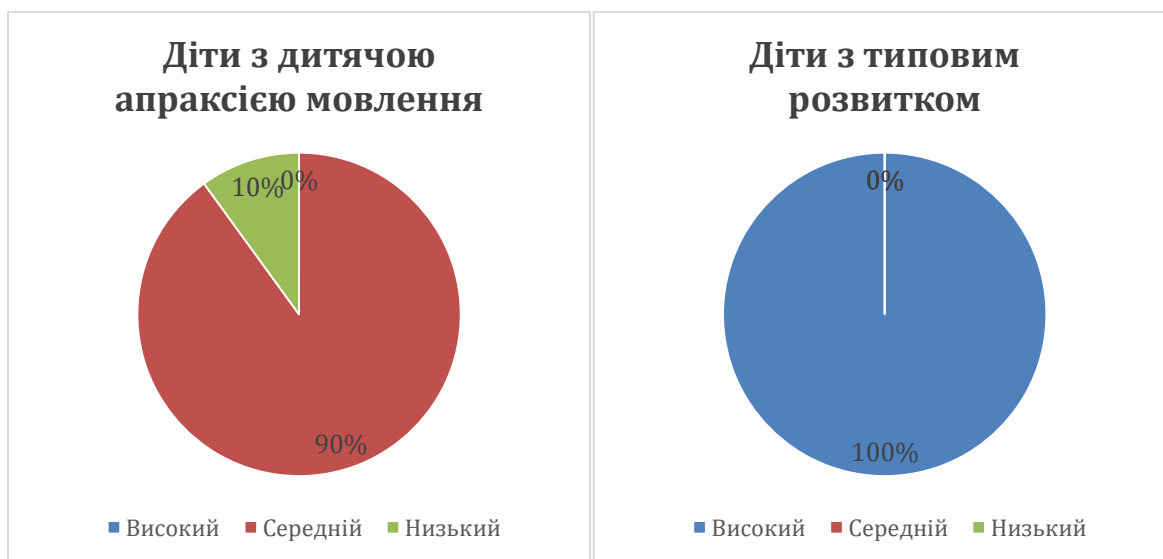


Рис. 2.11 Рівень розвитку артикуляційного праксису у дітей з дитячою апраксією мовлення та у дітей з типовим розвитком.

За результатами двох серій завдань спостерігаються суттєві відмінності у рівні сформованості артикуляційного праксису в дітей з дитячою апраксією мовлення (ДАМ) та у дітей з типовим розвитком.

У групі дітей із дитячою апраксією мовлення жодна дитина не досягла високого рівня. Більшість результатів (90%) відповідає середньому рівню, тоді як низький рівень становить 10%. Це свідчить про наявність у цієї категорії дітей значних труднощів у точності, стабільності та переключенні артикуляційних рухів.

На відміну від цього, у дітей з типовим розвитком усі показники (100%) перебувають на високому рівні. Жодних проявів середнього чи низького рівня не виявлено. Це підтверджує, що у дітей без мовленнєвих порушень артикуляційний праксис у старшому дошкільному віці є повністю сформованим.

У протилежність цим даним результати, отримані у дітей з дитячою апраксією мовлення, демонструють наявність виражених труднощів у формуванні як статичних, так і динамічних артикуляційних рухів. Це свідчить про те, що навіть коли завдання здавалися відносно простими при утриманні однієї позиції дітям

було складно стабільно зберігати правильне положення органів артикуляції. Так, під час вправ діти часто не могли достатньо довго втримати позицію, відзначалися тремтіння губ або язика, напруженість м'язів, сповзання язика з потрібного положення, а також швидка втомлюваність. При виконанні динамічних вправ спостерігалися уповільненість рухів, порушення ритму, неточність при переході від однієї позиції до іншої, часті запинки, додаткові зайві рухи. Діти важко координували дії, губи і язик зміщувалися у неправильні позиції, що свідчить про те, що механізми планування та виконання рухових послідовностей ще недостатньо розвинені.

Отже, найбільші труднощі у дітей викликають динамічні вправи на переключення артикуляційних рухів, оскільки вони потребують більшої точності, координації та контролю. Статичні позиції також засвоюються не повністю, проте утримання окремих артикуляційних положень є доступнішим, ніж їх швидке й точне переключення.

При виконанні завдань на положення губ у більшості спостерігалася тремтіння, неточність при змиканні та розтягуванні, а також швидка втрата артикуляційної пози. Переключення відбувалося уповільнено, що ускладнювало ритмічність вимови. Завдання на положення язика також виявили виражені проблеми. Діти виконували рухи частково, з помилками, язик коротко утримував потрібне положення, спостерігалася відхилення вбік, а для досягнення артикуляційної пози часто залучалися допоміжні рухи губ. Це свідчить про труднощі у точності та координації роботи кінчика і кореня язика. При оцінюванні положення нижньої щелепи у більшості дітей рухи були неповними, іноді надто різкими, темп швидко збивався. У деяких дітей відкриття рота було недостатнім або, навпаки, надмірним, що свідчить про слабкий контроль і недостатню плавність рухів. Завдання на положення м'якого піднебіння виконувалися лише частково. Діти швидко втрачали положення, спостерігалася нестійкість у вимові складів, іноді з'являвся носовий відтінок голосу. Це свідчить про слабкість у роботі м'якого піднебіння та труднощі з регуляцією його рухів.

Отже, основними проблемами є неточність рухів, швидка втрата артикуляційних пози, уповільнене переключення, допоміжні рухи, зниження амплітуди та ритмічності.

III. Блок проби на діадохокінез

Результати проби на діадохокінез у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення та типовим розвитком представлені у таблиці 1.7 та 1.8 в Додатку А. На діаграмі 2.12 представлений узагальнений висновок з таблиці 1.7 та 1.8:

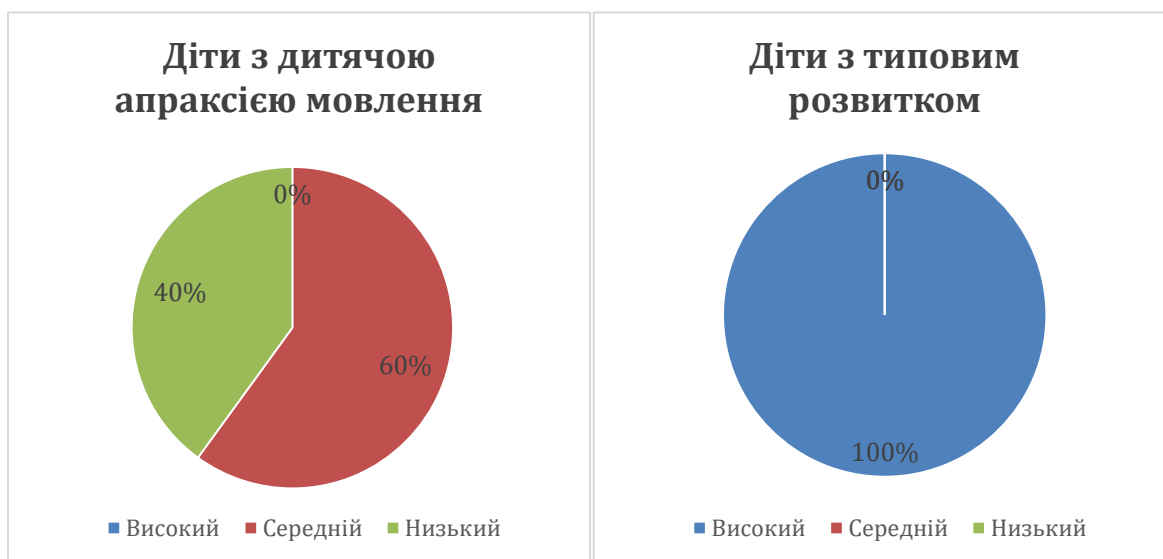


Рис. 2.12. Рівень виконання проби на діадохокінез у дітей з дитячою апраксією мовлення та з типовим розвитком

У ході проби дітей на діадохокінез було виявлено такі результати рис.2.12., у дітей з дитячою апраксією мовлення становило середній рівень - 60%, та низький рівень - 40%. Тоді як у дітей з типовим розвитком спостерігається високий рівень - 100%. На початку стало зрозуміло, що є труднощі – під час багаторазової вимови складів «Па-па-па». Діти часто не могли утримати чітке змикання губ, артикуляція була нестабільною, ритм і темп швидко порушувалися. У деяких випадках губи не змикалися повністю, а кількість повторів була обмеженою (не більше 3–4). Завдання з вимовою складів «Та-та-та» виявило труднощі в координації рухів кінчика язика. Діти не могли утримати однаковий темп і ритм, кінчик язика піднімався неточно, з'являлися допоміжні рухи губ і щелепи. Це свідчить про слабкий контроль дрібної моторики язика та недостатню автоматизацію

артикуляційних дій. При виконанні завдання з вимовою «Ка-ка-ка» труднощі стосувалися рухів кореня язика. Артикуляція часто була хаотичною, спостерігалася нестійкість, повтори виконувалися повільно, з порушенням ритму. Це вказує на недостатній розвиток глибинних артикуляційних рухів. Найбільші труднощі виникли під час комплексного завдання «Патака-патака-патака», яке вимагало швидкого та плавного переключення між різними артикуляційними рухами. У дітей із дитячою апраксією мовлення переключення відбувалося повільно, часто з пропусками або уподібненням складів. Вони швидко виснажувалися, не могли утримувати завдання більше кількох секунд, артикуляція розпадалася. Ці результати свідчать про те, що у дітей із дитячою апраксією мовлення знижена здатність до програмування та реалізації серійних артикуляційних рухів.

Узагальнюючи результати дослідження рівня сформованості мовленнєвих навичок у дітей із дитячою апраксією мовлення, слід зазначити, що оцінювалися такі компоненти, як сформованість звуковимови, артикуляційного праксису та діадохокінезу. Аналіз цих показників дозволив комплексно оцінити стан моторної організації мовлення, простежити точність, стабільність і послідовність артикуляційних рухів, а також здатність дитини до ритмічного і координованого повторення складів. Отримані дані свідчать про наявність характерних труднощів у відтворенні приголосних звуків, нестійкість артикуляційного праксису та порушення темпо-ритмічної координації, що підтверджується результатами проби на діадохокінез.

Узагальнені показники рівня сформованості цих компонентів мовленнєвої діяльності подано у діаграмі 2.13, що відображає співвідношення високого, середнього та низького рівнів сформованості у досліджуваних групах:

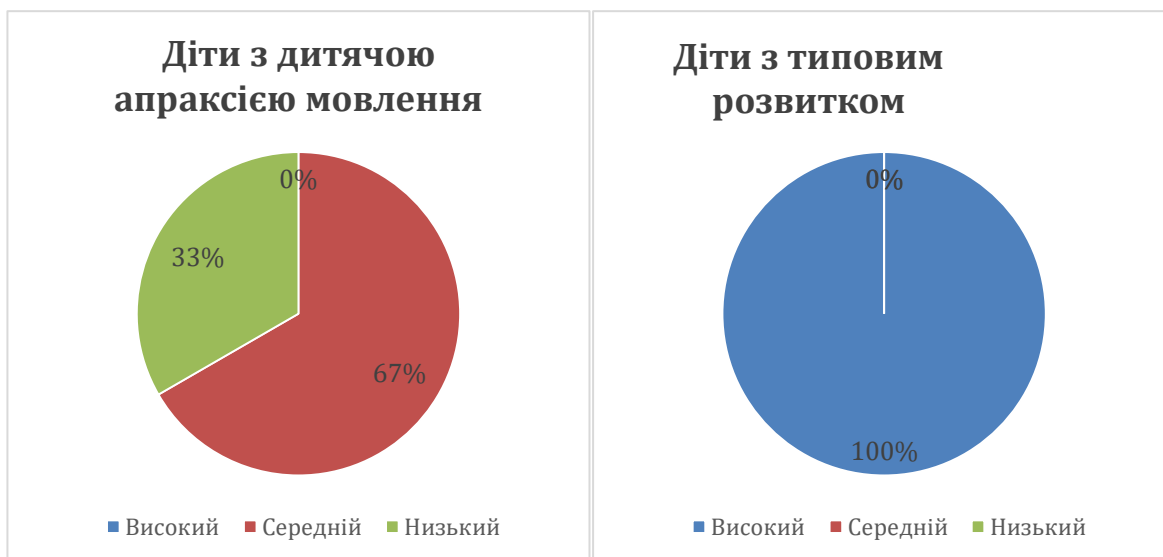


Рис. 2.13. Узагальнюючі результати щодо визначення рівня сформованості вимови приголосних звуків у дітей з дитячою апраксією мовлення

У ході дослідження було встановлено, що мовлення дітей із дитячою апраксією мовлення характеризується низкою специфічних труднощів. У порівнянні з ровесниками з типовим розвитком вони не продемонстрували високих результатів у формуванні звуковимови. Було зафіксовано неточності артикуляції, заміни та пропуски складів, нестійкість навіть під час відтворення знайомих слів, унаслідок чого мовлення відзначалося уривчастістю, монотонністю та зниженою зрозумілістю для оточення. Найбільш поширені помилки – це заміни та змішування, тоді як спотворення трапляються рідше й не мають системності. Найчастіше порушується вимова губних звуків ([п], [б], [м], [ф], [в]) через труднощі у змиканні губ і поєднанні рухів із голосовим супроводом, а також задньоязикових ([к], [г], [х]), які замінюються на передньоязикові ([т], [д], [с]) через складність у контролі підняття задньої частини язика до м'якого піднебіння. Звуки нестійкі: в ізольованій вимові вони можуть бути правильними, але в складі або слові часто спотворюються чи випадають.

Складними для дітей стали завдання на артикуляційний праксис: статичні пози утримувалися відносно краще, проте під час виконання динамічних вправ виявлялися уповільненість рухів, неточність, швидка втрата пози, додаткові рухи язика та губ, що засвідчує недостатній рівень координації та переключення

артикуляційних рухів. У дітей з дитячою апраксією мовлення спостерігається неточність і нестійкість артикуляційних позицій, швидка втомлюваність, тремтіння губ і язика, сповзання з позицій, уповільненість і порушення ритму під час виконання динамічних вправ, поява додаткових зайвих рухів. Статичні позиції діти утримують із труднощами, проте вони є відносно доступнішими, ніж динамічні вправи, які викликають найбільші проблеми через потребу точності та переключення. У завданнях на положення губ відзначається тремтіння, нечітке змикання й розтягування, швидка втрата пози; при переключеннях спостерігається уповільненість і порушення ритму. Завдання на положення язика демонструють проблеми з точністю та координацією: рухи виконуються частково, з помилками, язик швидко втрачає потрібне положення, відхиляється вбік, а для досягнення пози часто залучаються допоміжні рухи губ. У роботі нижньої щелепи відзначаються неповнота рухів, надмірна різкість, збивання темпу, недостатнє або надмірне відкриття рота. Завдання на положення м'якого піднебіння виконуються частково, положення швидко втрачається, іноді з'являється носовий відтінок голосу. Основними проблемами є неточність рухів, швидка втрата артикуляційних позицій, уповільнене переключення, допоміжні рухи, зниження амплітуди та ритмічності.

Найяскравіше труднощі проявилися у пробі на діадихокінез, де спостерігалось швидке порушення ритму й темпу, неможливість утримати однакове змикання чи підйом язика, а найважчим виявилось комплексне завдання «патака». Діти не могли утримати чітке змикання губ, язик і щелепа координувалися неточно, ритм і темп швидко порушувалися, кількість повторів була обмеженою, виникали допоміжні рухи. При складніших завданнях переключення відбувалося повільно, із пропусками та уподібненням складів, артикуляція швидко розпадалася, що свідчить про знижену здатність програмувати й реалізовувати серійні артикуляційні рухи. Отримані результати підтвердили низький рівень автоматизації артикуляційних дій і труднощі з програмуванням серійних рухів.

Отже, у дітей з дитячою апраксією мовлення сформованість звуковимови обмежується лише середнім і низьким рівнями, що проявляється у неточності

артикуляції, замінах і пропусках звуків, нестійкості вимови та уривчастості мовлення. Найбільші труднощі виникають у вимові губних і задньоязикових звуків, у виконанні динамічних артикуляційних вправ та при діадохокінезі, де спостерігається порушення ритму, темпу й переключення рухів. Це свідчить про недорозвиненість механізмів програмування й реалізації артикуляційних дій.

2.3. Методичні рекомендації щодо формування вимови приголосних у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation

Результати проведеного дослідження представлені у розділі 2.2, засвідчили характерні особливості мовленнєвого розвитку дітей із дитячою апраксією мовлення. Діагностичні дані підтвердили наявність стійких труднощів у формуванні звуковимови, плануванні та послідовності артикуляційних рухів, а також у автоматизації мовленнєвих дій. У дітей спостерігалися спотворення, заміни й пропуски звуків, порушення ритму та темпу мовлення, що знижує його плавність і зрозумілість.

Порівняння з дітьми з типовим розвитком показало суттєві відмінності у точності, координації та переключенні артикуляційних рухів. Найбільші труднощі спостерігалися під час виконання динамічних артикуляційних вправ і діадохокінетичних проб, коли діти швидко втрачали темп, допускали додаткові рухи та мали труднощі з утриманням правильної артикуляційної позиції.

Отримані результати підтверджують доцільність застосування адаптованої методики Cued Articulation як ефективного засобу допомоги дітям із дитячою апраксією мовлення. Використання жестів, що відображають артикуляційні рухи, сприяє усвідомленню звуків, розвитку моторного планування та формуванню стабільних артикуляційних програм. Поєднання візуального, слухового й кінестетичного каналів забезпечує кращу координацію рухів, полегшує переключення між звуками та стимулює розвиток фонематичного сприймання.

Таким чином, адаптована методика Cued Articulation є ефективним інструментом у корекційній роботі з дітьми з дитячою апраксією мовлення,

оскільки сприяє розвитку усвідомленої вимови, послідовності артикуляційних дій і поступовій автоматизації звукової сторони мовлення.

Відповідно до результатів було написано методичні рекомендації щодо вимови приголосних звуків у дітей старшого дошкільного віку із дитячою апраксією мовлення засобами Cued Articulation для голосних звуків української мови в таблиці 2.7; Адаптація Cued Articulation для губних приголосних звуків української мови в таблиці 2.8; Адаптація Cued Articulation для задньоязикових звуків української мови в таблиці 2.9; Адаптація Cued Articulation для передньоязикових звуків української мови в таблиці 2.10; Адаптація Cued Articulation для свистячих звуків української мови в таблиці 2.11; Адаптація Cued Articulation для шиплячих звуків української мови в таблиці 2.12 та Адаптація Cued Articulation для сонорних та йотованих звуків української мови в таблиці 2.13.

Таблиця 2.7

Адаптація Cued Articulation для голосних звуків української мови

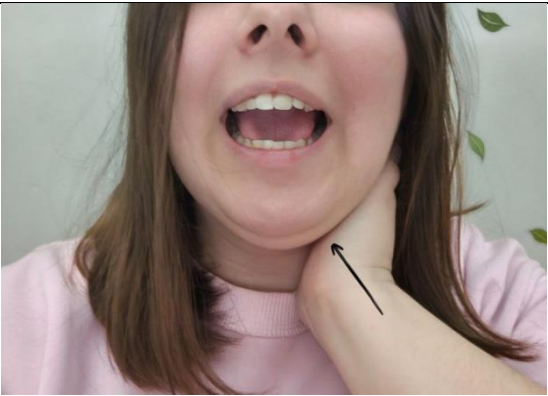
Звук	Рух	Візуалізація
Голосні		
[А]	– долоня відкрита, широкий жест вниз (відкритість рота).	
[О]	– круглий рух пальців (округлість губ).	

[У]	– трубочка пальців, губи витягнуті вперед.	
[І]	– вказівний палець вгору, вузька щілина (висота язика).	
[И]	– долоня горизонтально, пальці напівзігнуті (середня позиція).	
[Е]	– пальці трохи розведені, горизонтальний рух убік (середня широта рота).	

Адаптація Cued Articulation для губних приголосних звуків української мови

Губні приголосні		
[П]	– кулак торкається губ + легкий поштовх повітрям.	
[Б]	– кулак торкається губ із дотиком до шиї (вібрація)	
[М]	– вказівний палець торкається носа (назальність).	
[В]	– два пальці біля губ, верхні зуби злегка торкаються нижньої губи із дотиком до шиї.	
[Ф]	– два пальці біля губ, верхні зуби злегка торкаються нижньої губи + повітряний поштовх.	

Адаптація Cued Articulation для задньоязикових звуків української мови

Задньоязикові		
[К]	– долоня біля шиї, різкий поштовх (глухий).	
[Г]	– долоня біля шиї + легкий поштовх + дотик до горла (дзвінкий, вибуховий).	
[Г]	– долоня біля шиї, рух плавний, з доторком до горла (дзвінкий щілинний).	
[Х]	– долоня горизонтально біля горла плавно рухається, легкий «видих».	

Таблиця 2.10

Адаптація Cued Articulation для передньоязикових звуків української мови

Передньоязикові		
[Д]	– вказівний палець торкається зубів/ясен + дотик до горла (дзвінкий).	
[Д']	– той самий жест + легкий рух пальця убік щоки (пом'якшення).	
[Т]	– вказівний палець до зубів, поштовх пальця в зуби (глухий).	
[Т']	– те ж + додатковий рух пальця до щоки (м'який).	

[Н]	– палець до зубів + торкання носа (назальний).	
[Н']	– те ж + додатковий рух пальця до щоки.	

Таблиця 2.11

Адаптація Cued Articulation для свистячих звуків української мови

Свистячі		
[С]	– вказівний палець біля зубів, витягнутий вперед (глухий)	
[С']	– те ж + рух пальця до щоки (м'який).	

[З]	– як [С] + доторк до горла (дзвінкий).	
[З'] .	– як [З] + рух пальця до щоки (м'який)	
[ДЗ]	– поєднання жесту [Д] → [З] (рух від зубів вперед + вібрація).	
[ДЗ']	– те ж саме + рух пальця до щоки (м'який).	
[Ц]	– поєднання [Т] → [С] (поштовх від зубів + свист).	

[Ц]	– те ж саме + рух пальця до щоки (м'який).	
-----	--	--

Таблиця 2.12

Адаптація Cued Articulation для шиплячих звуків української мови

Шиплячі		
[Ш]	– долоня горизонтально перед ротом, пальці разом, видих уперед (глухий).	
[Ж]	– те ж + доторк до горла (дзвінкий).	
[ДЖ]	– спершу жест [Д], потім [Ж] (злитий рух).	
		

[Ч]	– два пальці («лапки») стуляються разом, ніби «щипають повітря» (глухий африкат).	
-----	---	--

Таблиця 2.13

Адаптація Cued Articulation для сонорних та йотованих звуків української мови

Сонорні		
[Л]	– великий палець ковзає від зубів углиб щоки (бічний вихід).	
[Л']	– те ж + додатковий рух пальця до щоки (м'який).	
[Р]	– рух пальця хвилюю перед зубами (вібрація).	
[Р']	– те ж + додатковий рух пальця до щоки (м'який).	

Йотовані / напівголосні		
[Й]	– рух вказівним пальцем угору (легкий ковзний підйом).	

Умовні позначення:

місце творення – показується біля губ, зубів, щік, горла.

спосіб – напрямок і форма руки (удар, ковзання, подих).

м'якість – завжди позначається додатковим рухом пальця до щоки після основного жесту.

глухість/дзвінкість – у дзвінких додається дотик до шиї (відчуття вібрації).

назальність – позначається доторком пальця до носа.

Методика Cued Articulation, адаптована до фонетичної системи української мови, ґрунтується на інтеграції слухових, зорових і моторних компонентів мовленнєвої діяльності. Її основний принцип полягає у використанні спеціальних жестів, які відображають артикуляційні характеристики звуків, що допомагає дитині усвідомити механізм їх утворення та акустичні особливості. Комплекс вправ, розроблений на базі цієї методики, спрямований на активізацію мовленнєвої системи дитини шляхом залучення різних сенсорних каналів сприймання. Застосування вправ забезпечує багатоканальне засвоєння звукового матеріалу: слухове (через фонематичне сприймання), зорове (через спостереження за артикуляцією та жестом) і моторне (через виконання рухової дії). Такий підхід особливо ефективний у роботі з дітьми, які мають дитячу апраксію мовлення, моторну алалію або дизартрію, оскільки сприяє формуванню стабільних звукових зразків на рівні не лише слуху, а й тілесної (рухової) пам'яті.

Для дітей із дитячою апраксією мовлення така форма роботи має високу корекційно-розвивальну цінність, оскільки апраксія характеризується порушенням програмування та послідовності мовленнєвих рухів. Жести, які супроводжують

звуковимову, виступають своєрідними сенсомоторними підказками, допомагаючи дитині усвідомити, як саме слід рухати артикуляційні органи, щоб утворити певний звук. Це створює зовнішню опору для формування внутрішнього мовленнєвого контролю.

Комплекс вправ за методикою Cued Articulation у роботі з дітьми із дитячою апраксією мовлення спрямований не лише на корекцію звуковимови, а й на розвиток загальної мовленнєвої моторики, координації рухів, ритмічності та послідовності дій. Залучення жестів допомагає сформувати стійкі моторні програми, що поступово переходять від свідомого контролю до автоматизованого використання у спонтанному мовленні.

До запропонованого комплексу входить дванадцять вправ, спрямованих на формування, розвиток і автоматизацію артикуляційно-жестових асоціацій, адаптованих до фонетичної системи української мови за аналогією до методики Cued Articulation. Комплекс може використовуватися логопедами, вчителями-логопедами, дефектологами-корекційними педагогами, а також батьками дітей під керівництвом фахівця. Його доцільно застосовувати у роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку, які мають труднощі з формуванням звуковимови, артикуляційного праксису або мовленнєвого наслідування, зокрема при дитячій апраксії мовлення.

Заняття доцільно проводити індивідуально або у малих підгрупах (2–3 дитини) з урахуванням рівня мовленнєвого розвитку дитини та її моторних можливостей. Тривалість одного заняття становить у середньому 20–25 хвилин, залежно від уваги та працездатності дитини. Комплекс може бути частиною логопедичного заняття або окремим блоком, спрямованим на розвиток артикуляційної моторики, координації рухів і звуко-рухових зв'язків.

Рекомендується проводити такі заняття 2–3 рази на тиждень упродовж не менше трьох місяців із поступовим ускладненням матеріалу: від ізольованих звуків і простих жестів — до складів, слів, коротких фраз і спонтанного мовлення. Кожна вправа має чітку структуру: постановка мети, демонстрація логопедом, спільне виконання із дитиною, а потім самостійне відтворення. Важливим компонентом є

зворотний зв'язок — логопед підкріплює правильні дії дитини невербальною (жестом, посмішкою) або вербальною похвалою.

Комплекс побудований за принципом поступового нарощування складності: від ізольованого усвідомлення артикуляційної пози («Артикуляційне дзеркало», «Жест і звук») до поєднання рухів і звуків («Звук у долоньках», «Склади в русі»), розрізнення фонем («Звукові пари», «Гра “Впіймай звук”») та їх автоматизації у мовленні («Звукова історія», «Розмовляючі руки»). Усі вправи супроводжуються чіткими інструкціями, які забезпечують зрозумілість і повторюваність дій як для логопеда, так і для дитини. Пропонуємо розглянути зміст комплексу нижче.

Комплекс вправ щодо звуків адаптованих до фонетичної системи української мови:

1. «Жест і звук»

Мета: формування зв'язку між звуком, його артикуляцією та відповідним жестом.

Хід виконання: логопед показує жест для певного звука, дитина повторює жест і вимовляє звук.

Приклад: логопед показує рух долоні до губ – [п]; дитина повторює жест і каже «п».

Варіації:

- спочатку лише імітація жесту без звука;
- потім одночасно жест + звук;
- далі – лише жест (дитина самостійно відтворює звук).

2. Артикуляційне дзеркало

Мета: усвідомлення артикуляційної пози.

Хід виконання: дитина дивиться у дзеркало, логопед показує жест, що відповідає певному звуку. Дитина повторює рух губ і жест одночасно.

Інструкція: «Подивись, як мої губи змикаються – зроби так само! Покажи цей звук ручкою!»

3. Звук у долоньках

Мета: поєднання руху і звуку.

Хід виконання: логопед вимовляє звук, показуючи відповідний жест; дитина повторює звук і одночасно копіює жест.

Інструкція: «Ми кажемо “м-м-м”, а ручки роблять ось так!»

4. Звукові пари

Мета: розрізнення парних звуків (дзвінкий–глухий, твердий–м’який).

Хід виконання: показати два жести по черзі (наприклад, [б] і [п]) та вимовити звуки. Дитина має визначити, який був перший і який другий.

Інструкція: «Послухай два звуки. Покажи перший звук ручкою!»

5. Звукова доріжка

Мета: тренування послідовності звуків.

Хід виконання: логопед викладає картки із символами звуків; дитина показує кожен жест по черзі, а потім вимовляє.

Інструкція: «Йдемо по доріжці! Спочатку “м”, потім “а”, потім “м” – вийшло “мама”!»

6. Жестове ехо

Мета: розвиток моторного наслідування.

Хід виконання: логопед показує серію жестів без звуків; дитина повторює. Потім те саме – із вимовою.

Інструкція: «Подивись і зроби, як я! Спочатку без звуку, потім із голосом!»

7. Чарівний мікрофон

Мета: стимуляція голосу та контролю сили звуку.

Хід виконання: дитина говорить звуки в іграшковий мікрофон, супроводжуючи жестами; логопед регулює гучність (голосно–тихо).

Інструкція: «Скажи “м” тихенько, як мишка... А тепер голосно, як лев!»

8. Звукова історія

Мета: перенесення жестів у мовлення.

Хід виконання: коротка історія або пісенька, де дитина вставляє потрібний звук і показує його жестом.

Інструкція: «Послухай: “Ма-ма ма-є ма-шину!” – допоможи мені сказати правильно!»

9. Розмовляючі руки

Мета: автоматизація жестів і звуків у спонтанному мовленні.

Хід виконання: у грі дитина «говорить руками» – жестами показує слова або звуки, логопед «перекладає». Потім дитина додає голос.

Інструкція: «Покажи руками, що ти хочеш сказати, а потім спробуй сказати це голосом!»

10. Склади в русі

Мета: формування плавних переходів між звуками.

Хід виконання: логопед показує два жести поспіль (наприклад, [м] + [а]), дитина об'єднує їх у склад (“ма”).

Інструкція: «Подивись – спочатку “м”, потім “а”. Разом це – “ма”!»

Висновок до другого розділу.

11. Гра “Впіймай звук”

Мета: контроль артикуляційної уваги.

Хід виконання: логопед вимовляє ряд звуків або складів, а дитина має підняти руку чи зробити жест, коли почує свій «цільовий» звук.

Інструкція: «Якщо почуєш “с”, покажи мені змійку!»

12. «Звукова мозаїка»

Мета: поєднання дрібної моторики, слуху та артикуляції.

Хід виконання: дитина викладає на килимку мозаїку або фішки за звуковими жестами.

Інструкція: «Я буду казати звук, а ти кладеш фішку певного кольору, показуєш жест, вимовляєш звук.»

Отже, розроблений комплекс вправ, адаптований до фонетичної системи української мови на основі методики Cued Articulation, є ефективним засобом розвитку артикуляційних, фонематичних і моторних навичок у дітей із порушеннями мовлення. Поєднання жестів, звуків і рухів забезпечує формування стійких звуко-рухових асоціацій, сприяє усвідомленню артикуляційних пози та полегшує засвоєння правильної звуковимови.

Висновки до другого розділу

Результати дослідження засвідчили, що мовлення дітей із дитячою апраксією мовлення характеризується низьким рівнем сформованості артикуляційних і моторних навичок. Для них є типовими неточність і нестійкість артикуляційних позицій, заміни та пропуски звуків, спотворення складів і порушення ритміко-темпового малюнка мовлення. Найбільші труднощі спостерігаються у вимові губних і задньоязикових звуків, у виконанні динамічних артикуляційних вправ і під час діадихокінетичних проб, що свідчить про недостатню здатність до програмування та переключення серійних мовленнєвих рухів. Отримані дані підтверджують недорозвиненість механізмів мовленнєвої моторики та низький рівень автоматизації артикуляційних дій у дітей з дитячою апраксією мовлення.

Отримані результати констатувального етапу дослідження підтверджують необхідність розробки ефективних методичних підходів для подолання труднощів мовлення у дітей із дитячою апраксією мовлення. Аналіз показників засвідчив потребу у впровадженні спеціальних корекційних методик, спрямованих на розвиток артикуляційного праксису, послідовності рухів і координації артикуляційних органів. Такі підходи сприятимуть формуванню чіткішої звуковимови, покращенню ритму, темпу та узгодженості мовленнєвих рухів.

За результатами констатувального етапу дослідження було розроблено методичні рекомендації щодо формування приголосних у дітей з дитячою апраксією мовлення засобом Cued Articulation, який складався з адаптації рухів до звуків української мови та комплексу вправ з використанням цих рухів для роботи над формуванням приголосних. Ці рекомендації та вправи можуть стати корисними інструментами для батьків та спеціалістів, які працюють або мають дітей з дитячою апраксією мовлення і сприяти покращенню звуковимови перед початком навчання у школі.

ВИСНОВКИ

У результаті аналізу теоретичних і практичних аспектів проблеми формування звуковимови у дітей старшого дошкільного віку з дитячою апраксією мовлення встановлено, що дитяча апраксія мовлення є складним нейромоторним розладом, який зумовлений дефіцитом програмування, планування та координації артикуляційних рухів. Це призводить до труднощів у відтворенні послідовних мовленнєвих дій, спотворення приголосних звуків, порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зниження розбірливості й комунікативної ефективності.

Проведений теоретичний аналіз сучасних наукових джерел дозволив визначити, що формування правильної звуковимови при дитячій апраксії мовлення має ґрунтуватися на принципах моторного навчання та нейромоторної корекції. Найбільш результативними визнано методики DTTC (Dynamic Temporal and Tactile Cueing), ReST (Rapid Syllable Transition Treatment), PROMPT та підходи із застосуванням біологічного зворотного зв'язку й мультисенсорних засобів стимуляції (зокрема, Cued Articulation). Ці методи орієнтовані на формування стабільних моторних програм, автоматизацію артикуляційних рухів, розвиток просодичних компонентів мовлення та підвищення комунікативної компетентності дітей із дитячою апраксією мовлення.

Результати констатувального етапу дослідження підтвердили низький та середній рівень сформованості артикуляційних і моторних навичок у дітей із дитячою апраксією мовлення. Для них характерні неточність, нестійкість артикуляційних позицій, заміни та пропуски звуків, спотворення складів, труднощі у виконанні динамічних артикуляційних вправ і діадохокінетичних проб. Отримані дані свідчать про необхідність системного, цілеспрямованого корекційного втручання.

З метою подолання зазначених труднощів було обґрунтовано й розроблено методичні рекомендації з формування приголосних звуків засобом Cued Articulation, адаптованим до фонетичної системи української мови. Запропонований комплекс вправ спрямований на розвиток артикуляційного праксису, послідовності рухів і координації артикуляційних органів. Його

застосування сприяє підвищенню точності вимови, розвитку мовленнєвої моторики та просодичної організації мовлення.

Отже, узагальнені результати двох розділів підтверджують, що ефективна корекційна робота з дітьми, які мають дитячу апраксію мовлення, потребує комплексного, поетапного та індивідуально орієнтованого підходу, який поєднує науково обґрунтовані методи нейромоторної стимуляції з практичними інструментами логопедичної діяльності. Це створює основу для підвищення ефективності логопедичної допомоги та оптимізації процесу мовленнєвого розвитку дітей із дитячою апраксією мовлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабич Н.М., Тичина К.О., Косянчук А.Д. Електронний навчальний курс з дисципліни «Логопедія (дислалія, ФФНМ)» для здобувачів першого (бакалаврського) рівня спеціальності 016 Спеціальна освіта денної форми навчання. Цифровий кампус Київського університету імені Бориса Грінченка. Режим доступу: <https://elearning.kubg.edu.ua/course/view.php?id=26291>
2. Тичина К., Бабич Н., Линдіна Є., Ревуцька О. *The impact of Playdough games on the development of oral motor skills in preschool children with childhood apraxia of speech. Scientific Bulletin of Mukachevo State University. Series "Pedagogy and Psychology"*, 2024. №3(10), Р. 51-60. DOI: 10.52534/msu-pp3.2024.51
3. Тичина К.О., Кібальна Н.М. Формування артикуляційного праксису у дітей дошкільного віку з порушеннями зору та мовлення. *Сучасний світ і незрячі: інклюзивна освіта, інтелектуалізація праці, активізація довкілля-запорука соціальної інтеграції осіб з інвалідністю*: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції, 24-26 вересня 2019 р. Луцьк: Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. С. 165-157
4. Тичина К.О., Кошман Д.А. Формування кінестетичного праксису у дітей середнього дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення. *Психологія і педагогіка на сучасному етапі розвитку наук: актуальні питання теорії і практики*. 2020. С. 73-77.
5. Тичина К.О., Шегера О.В. Формування кінетичного артикуляційного праксису у дітей старшого дошкільного віку із загальним недорозвитком мовлення. *Психологія і педагогіка на сучасному етапі розвитку наук: актуальні питання теорії і практики*. 2019. С. 33-36.
6. Allen, A. A., Schlosser, R. W., Brock, K. L., & Shane, H. C. The effectiveness of aided augmented input techniques for persons with developmental disabilities: a systematic review / *Augmentative and Alternative Communication*. 2017. Vol. 33, no. 3. P. 149–159. URL: <https://doi.org/10.1080/07434618.2017.1338752>.
7. Childhood Apraxia of Speech. *American Speech-Language-Hearing Association | ASHA*. URL: <https://www.asha.org/policy/ps2007-00277/>.

8. APA Dictionary of Psychology. *APA Dictionary of Psychology*. URL: <https://dictionary.apa.org/developmental-apraxia-of-speech>.
9. Ballard K.J., Robin D.A., McCabe P., McDonald J. A Treatment for Dysprosody in Childhood Apraxia of Speech /*Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2010. Vol.53, no.5. P. 1227–1245. URL: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010/09-0130\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0130)).
10. Becky S. Baas, Edythe A. Strand, Leanne M. Elmer, William J. Barbaresi A Treatment for Dysprosody in Childhood Apraxia of Speech /. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2010. Vol. 53, no. 5. P. 1227–1245. URL: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010/09-0130\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/09-0130)) ..
11. Binger C. Aided AAC Intervention for Children With Suspected Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*. 2007. Vol. 16, no. 1. P. 10–12. URL: <https://doi.org/10.1044/aac16.1.10>.
12. Branson D., Demchak M. The Use of Augmentative and Alternative Communication Methods with Infants and Toddlers with Disabilities: A Research Review. *Augmentative and Alternative Communication*. 2009. Vol. 25, no. 4. P. 274–286. URL: <https://doi.org/10.3109/07434610903384529>.
13. Byun T. M., Hitchcock E. R. Investigating the Use of Traditional and Spectral Biofeedback Approaches to Intervention for /r/ Misarticulation. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2012. Vol. 21, no. 3. P. 207–221. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0083\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0083)).
14. Carter P., Edwards S. EPG therapy for children with long-standing speech disorders: predictions and outcomes. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2004. Vol. 18, no. 6-8. P. 359–372. URL: <https://doi.org/10.1080/02699200410001703637>.
15. Chumpelik D. The Prompt System of Therapy: Theoretical Framework and Applications for Developmental Apraxia of Speech. *Seminars in Speech and Language*. 1984. Vol. 5, no. 02. P. 139–156. URL: <https://doi.org/10.1055/s-0028-1085172>.
16. Dr Oguz Emre, Dr Ayşegül Ulutaş Keskinkılıç. Child and Child Education in the 21 st Century : навчальний посібник. Lyon : Livre de Lyon, 2022. 123 p.

17. Alduais A., Alfadda H. Childhood Apraxia of Speech: A Descriptive and Prescriptive Model of Assessment and Diagnosis. *Brain Sciences*. 2024. Vol. 14, no. 6. P. 540. URL: <https://doi.org/10.3390/brainsci14060540>.
18. Maier P. Stackhouse, J. and Wells, B. Children's speech and literacy difficulties: a psycholinguistic framework. London: Whurr, 1997. *Dyslexia*. 1999. Vol. 5, no. 3. P. 178–179. URL: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0909\(199909\)5:3%3C178::aid-dys138%3E3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0909(199909)5:3%3C178::aid-dys138%3E3.0.co;2-g).
19. Cumley G., Swanson S. Augmentative and alternative communication options for children with developmental apraxia of speech: three case studies. *Augmentative and Alternative Communication*. 1999. Vol. 15, no. 2. P. 110–125. URL: <https://doi.org/10.1080/07434619912331278615>.
20. Dale P. S., Hayden D. A. Treating Speech Subsystems in Childhood Apraxia of Speech With Tactual Input: The PROMPT Approach. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2013. Vol. 22, no. 4. P. 644–661. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013/12-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013/12-0055)).
21. Davis B. L., Jakielski K. J., Marquardt T. P. Developmental apraxia of speech: Determiners of differential diagnosis. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 1998. Vol. 12, no. 1. P. 25–45. URL: <https://doi.org/10.3109/02699209808985211>.
22. Thomas D. C., McCabe P., Ballard K. J. Rapid Syllable Transitions (ReST) treatment for Childhood Apraxia of Speech: The effect of lower dose-Frequency. *Journal of Communication Disorders*. 2014. Vol. 51. P. 29–42. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.06.004>.
23. Fiori, S., Pannek, K., Podda, I., Cipriani, P., Lorenzoni, V., Franchi, B., Pasquariello, R., Guzzetta, A., Cioni, G., & Chilosi, A. Neural Changes Induced by a Speech Motor Treatment in Childhood Apraxia of Speech: A Case Series / *Journal of Child Neurology*. 2021. P. 088307382110158. URL: <https://doi.org/10.1177/08830738211015800>.
24. Gillon G., Moriarty B. Childhood Apraxia of Speech: Children at Risk for Persistent Reading and Spelling Disorder. *Seminars in Speech and Language*. 2007. Vol. 28, no. 1. P. 048–057. URL: <https://doi.org/10.1055/s-2007-967929>.

25. Hayden D. A. PROMPT: A tactually ground treatment approach to speech production disorders. *Movement and action in learning and development: Clinical implications for pervasive developmental disorders* : навчальний посібник / Автор книги Ida Stockman. 2004. P. 255–297.
26. Hayden D. A. The PROMPT model: Use and application for children with mixed phonological-motor impairment. *Advances in Speech Language Pathology*. 2006. Vol. 8, no. 3. P. 265–281. URL: <https://doi.org/10.1080/14417040600861094>.
27. Hayden, D. A., Eigen, J., Walker, A., & Olsen, L. PROMPT: A tactually grounded model. / *Interventions for Speech Sound Disorders in Children, Second Edition*. 2010. P. 453–474.
28. Hayden DA, Square PA. Motor Speech Treatment Hierarchy: a systems approach. *Clin Commun Disord*. 1994 Sep;4(3):162-74. PMID: 7994291.
29. Hampton, Mara A., "Using visual phonics to supplement articulation intervention" (2012). *Masters Theses*. 752. <https://thekeep.eiu.edu/theses/752>.
30. Iuzzini-Seigel J., Inconsistency of speech in children with childhood apraxia of speech, phonological disorders, and typical speech. 2012. 226 p..
31. Iuzzini-Seigel J., Forrest K. Evaluation of a combined treatment approach for childhood apraxia of speech. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2010. Vol. 24, no. 4-5. P. 335–345. URL: <https://doi.org/10.3109/02699200903581083>.
32. Iuzzini-Seigel J., Murray E. Speech Assessment in Children With Childhood Apraxia of Speech. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2017. Vol. 2, no. 2. P. 47–60. URL: <https://doi.org/10.1044/persp2.sig2.47>.
33. Iuzzini-Seigel, J., Case, J., Grigos, M. I., Velleman, S. Thomas, D., & Murray, E., Dose frequency randomized controlled trial for Dynamic Temporal and Tactile Cueing (DTTC) treatment for childhood apraxia of speech: protocol paper / *BMC Pediatrics*. 2023. Vol. 23, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04066-2>.
34. Jeanne Buesser. He Talks Funny: A Heartwarming Story of Everyday Life. Authorhouse, 2010. 28 p.

35. Thomas P. Marquardt, Adam Jacks, Barbara L. Davis. Token-to-token variability in developmental apraxia of speech: Three longitudinal case studies. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2006. Vol. 20, no. 9. P. 663–681.
36. Kadis, D. S., Goshulak, D., Namasivayam, A., Pukonen, M., Kroll, R., De Nil, L. F., Pang, E. W., & Lerch, J. P. Cortical Thickness in Children Receiving Intensive Therapy for Idiopathic Apraxia of Speech / *Brain Topography*. 2013. Vol. 27, no. 2. P. 240–247. URL: <https://doi.org/10.1007/s10548-013-0308-8>.
37. Katz W. F., Bharadwaj S. V., Carstens B. Electromagnetic Articulography Treatment for an Adult With Broca's Aphasia and Apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1999. Vol. 42, no. 6. P. 1355–1366. URL: <https://doi.org/10.1044/jslhr.4206.1355>.
38. Katz W. F., McNeil M. R., Garst D. M. Treating apraxia of speech (AOS) with EMA-supplied visual augmented feedback. *Aphasiology*. 2010. Vol. 24, no. 6-8. P. 826–837. URL: <https://doi.org/10.1080/02687030903518176>.
39. McCauley R., Strand E. Treatment of Childhood Apraxia of Speech: Clinical Decision Making in the Use of Nonspeech Oral Motor Exercises. *Seminars in Speech and Language*. 2008. Vol. 29, no. 04. P. 284–293. URL: <https://doi.org/10.1055/s-0028-1103392>.
40. B.A Lewis, A. Free-bairn, A.J.Hansen, S.K. Iyengar, H.G. Taylor. School-Age Follow-Up of Children With Childhood Apraxia of Speech / *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2004. Vol. 35, no. 2. P. 122–140. URL: [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2004/014\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2004/014)).
41. Lewis, Toni, "Intervention Approaches for Childhood Apraxia of Speech: An Overview of Prevailing Treatment Methods" (2022). University Honors Theses. Paper 1192. <https://doi.org/10.15760/honors.1215>
42. Lundeborg I., McAllister A. Treatment with a combination of intra-oral sensory stimulation and electropalatography in a child with severe developmental dyspraxia. *Logopedics Phoniatrics Vocology*. 2007. Vol. 32, no. 2. P. 71–79. URL: <https://doi.org/10.1080/14015430600852035>.

43. Maas, E., Robin, D. A., Hula, S. N., Freedman, S. E., Wulf, G., Ballard, K. J., & Schmidt, R. A. Principles of Motor Learning in Treatment of Motor Speech Disorders / *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2008. Vol. 17, no. 3. P. 277–298. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/025\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/025)).
44. Maas, E., Gildersleeve-Neumann, C. E., Jakielski, K. J., Stoeckel, R. Motor-Based Intervention Protocols in Treatment of Childhood Apraxia of Speech (CAS) / *Current Developmental Disorders Reports*. 2014. Vol. 1, no. 3. P. 197–206. URL: <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0016-4>.
45. Maassen B. Terband H., Speech Motor Development in Childhood Apraxia of Speech: Generating Testable Hypotheses by Neurocomputational Modeling. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2010. Vol. 62, no. 3. P. 134–142. URL: <https://doi.org/10.1159/000287212>.
46. McCabe P., Thomas D. C., Murray E. Rapid Syllable Transition Treatment—A Treatment for Childhood Apraxia of Speech and Other Pediatric Motor Speech Disorders. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2020. Vol. 5, no. 4. P. 821–830. URL: https://doi.org/10.1044/2020_persp-19-00165.
47. Apukhtina V. V. RAPID SYLLABLE TRANSITION TREATMENT (REST) METHOD IN THE CORRECTION APRAXIA (DYSPRAXIA) OF SPEECH. *Innovate Pedagogy*. 2024. No. 73. P. 91–94. URL: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2024/73.18>.
48. Murray E., McCabe P., Ballard K. J. A comparison of two treatments for childhood apraxia of speech: methods and treatment protocol for a parallel group randomised control trial. *BMC Pediatrics*. 2012. Vol. 12, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-112> (date of access: 07.12.2025).
49. Murray E., McCabe P., Ballard K. J. A systematic review of treatment outcomes for children with childhood apraxia of speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2015. Vol. 24, no. 3. P. 729–749.
50. Byun T. M., Hitchcock E. R. Investigating the Use of Traditional and Spectral Biofeedback Approaches to Intervention for /r/ Misarticulation. *American*

Journal of Speech-Language Pathology. 2012. Vol. 21, no. 3. P. 207–221. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0083\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0083)).

51. McNeil MR, Katz WF, Fossett TRD, Garst DM, Szuminsky NJ, Carter G, et al. Effects of Online Augmented Kinematic and Perceptual Feedback on Treatment of Speech Movements in Apraxia of Speech / *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 2010. Vol. 62, no. 3. P. 127–133. URL: <https://doi.org/10.1159/000287211>.

52. Namasivayam, A. K., Huynh, A., Granata, F., Law, V., & van Lieshout, P. PROMPT intervention for children with severe speech motor delay: a randomized control trial / *Pediatric Research*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0924-4>.

53. Oommen E. R., McCarthy J. W. Simultaneous Natural Speech and AAC Interventions for Children with Childhood Apraxia of Speech: Lessons from a Speech-Language Pathologist Focus Group. *Augmentative and Alternative Communication*. 2015. Vol. 31, no. 1. P. 63–76. URL: <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.1001520>.

54. Ozanne A. Childhood apraxia of speech. *Differential Diagnosis and Treatment of Children with Speech Disorder*. 2nd ed. London, 2005. P. 71–82.

55. Overby M., Caspari S. S. Volubility, consonant, and syllable characteristics in infants and toddlers later diagnosed with childhood apraxia of speech: A pilot study. *Journal of Communication Disorders*. 2015. Vol. 55. P. 44–62. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.04.001>.

56. Preston J. L., Leaman M. Ultrasound visual feedback for acquired apraxia of speech: A case report. *Aphasiology*. 2013. Vol. 28, no. 3. P. 278–295. URL: <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.852901>.

57. Preston J. L., Brick N., Landi N. Ultrasound Biofeedback Treatment for Persisting Childhood Apraxia of Speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2013. Vol. 22, no. 4. P. 627–643. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013/12-0139\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013/12-0139)).

58. Preston, J. L., Maas, E., Whittle, J., Leece, M. C., & McCabe, P. Limited acquisition *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2015. Vol. 30, no. 3-5. P. 363–381. URL: <https://doi.org/10.3109/02699206.2015.1052563>.

59. Preston J. L., Leece M. C., Maas E. Intensive Treatment with Ultrasound Visual Feedback for Speech Sound Errors in Childhood Apraxia. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2016. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00440>.
60. Preston, J. L., Leece, M. C., McNamara, K., & Maas, E. Variable Practice to Enhance Speech Learning in Ultrasound Biofeedback Treatment for Childhood Apraxia of Speech: A Single Case Experimental Study / J. L. Preston et al. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2017. Vol. 26, no. 3. P. 840–852. URL: https://doi.org/10.1044/2017_ajslp-16-0155.
61. RCSLT. Position paper on Childhood Apraxia of Speech (CAS). London : White Hart Yard, 2024. 46 p. URL: <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/2024/02/RCSLT-Childhood-Apraxia-of-Speech-CAS-Position-Paper-2024.pdf>.
62. Saul J., Norbury C. Feasibility of an app-based parent-mediated speech production intervention for minimally verbal autistic children: development and pilot testing of a new intervention. *Pilot and Feasibility Studies*. 2020. Vol. 6, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00726-7>.
63. Shriberg L. D., Aram D. M., Kwiatkowski J. Developmental Apraxia of Speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997. Vol. 40, no. 2. P. 273–285. URL: <https://doi.org/10.1044/jslhr.4002.273>.
64. Shriberg L. D., Kwiatkowski J., Mabie H. L. Estimates of the prevalence of motor speech disorders in children with idiopathic speech delay. *Clinical Linguistics & Phonetics*. 2019. Vol. 33, no. 8. P. 679–706. URL: <https://doi.org/10.1080/02699206.2019.1595731>.
65. Shriberg L. D., Potter N. L., Strand E. A. Prevalence and Phenotype of Childhood Apraxia of Speech in Youth With Galactosemia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2011. Vol. 54, no. 2. P. 487–519. URL: [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010/10-0068\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010/10-0068)).
66. Shuster L. I., Ruscello D. M., Toth A. R. The Use of Visual Feedback to Elicit Correct /r/. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1995. Vol. 4, no. 2. P. 37–44. URL: <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0402.37>.

67. Speech feature profiles in Swedish 5-year-olds with speech sound disorder related to suspected childhood apraxia of speech or cleft palate / A. Malmenholt et al. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2021. P. 1–12. URL: <https://doi.org/10.1080/17549507.2021.1968951>.

68. Strand E.A, Debertine P. The efficacy of integral stimulation intervention with developmental apraxia of speech. *Journal of Medical Speech-language Pathology*. 2000. Vol. 8, no. 4. P. 295–300.

69. Strand E. A., Stoeckel R., Baas B. Treatment of Severe Childhood Apraxia of Speech: A Treatment Efficacy Study. *Journal of Medical Speech-language Pathology*. 2006. Vol. 14, no. 4. P. 297–307.

70. L.J. van Rees , K.J. Ballard , McCabe P., A. G. Macdonald-D'Silva , Arciuli J. Training Production of Lexical Stress in Typically Developing Children Using Orthographically Biased Stimuli and Principles of Motor Learning / *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2012. Vol. 21, no. 3. P. 197–206. URL: [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0008\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0008)).

71. Weitz C., Dexter M., Moore J. AAC and children with developmental disabilities. *The handbook of augmentative and alternative communication* : навчальний посібник. 1996. P. 395–431.

72. Clinical Utility of ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for the Classification of Mental, Behavioral or Neurodevelopmental Disorders: A Systematic Review / L. Hualparuca-Olivera et al. *Psychological Reports*. 2025. URL: <https://doi.org/10.1177/00332941251335596>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Додаток А.1

Таблиця 1.1.

**Результати обстеження вимови приголосних звуків у дітей з дитячою
апраксією мовлення**

Діти із дитячою апраксією мовлення	Самостійн а	Відображен а	Ізольована	Зв'язне мовлення	Результат
Дитина 1	2 (Н.)	2 (Н.)	1 (С.)	0 (Н.)	5/16 низький
Дитина 2	2 (Н.)	2 (Н.)	1 (С.)	0 (Н.)	5/16 низький
Дитина 3	2 (Н.)	3 (С.)	1 (С.)	1 (С.)	7/16 середній
Дитина 4	1 (Н.)	3 (С.)	1 (С.)	0 (Н.)	5/16 низький
Дитина 5	2 (Н.)	3 (С.)	1 (С.)	0 (Н.)	6/16 низький
Дитина 6	2 (Н.)	3 (С.)	1 (С.)	0 (Н.)	6/16 низький
Дитина 7	3 (С.)	3 (С.)	1 (С.)	1 (С.)	8/16 середній
Дитина 8	3 (С.)	4 (С.)	1 (С.)	1 (С.)	9/16 середній
Дитина 9	2 (Н.)	4 (С.)	1 (С.)	1 (С.)	8/16 середній
Дитина 10	2 (Н.)	3 (С.)	1 (С.)	1 (С.)	7/16 середній
Високий: 0% Середній: 50% Низький: 50%					

Результати обстеження вимови приголосних звуків у дітей з типовим розвитком

Діти з типовим розвитком.	Самостійна	Відображення	Ізольована	Зв'язне мовлення	Результат
Дитина 1	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 2	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 3	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 4	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 5	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 6	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 7	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 8	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 9	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Дитина 10	5 (В.)	6 (В.)	2 (В.)	2 (В.)	15/16 високий
Високий: 100% Середній: 0% Низький: 0%					

Умовні позначення:

В. – високий рівень;

С. – середній рівень;

Н. – низький рівень.

Результат обстеження артикуляційного праксису (статичні вправи) у дітей з дитячою апраксією мовлення

Діти із дитячою апраксією мовлення	Фіксація утримання (статичні вправи)
Дитина 1	6/12 Середній
Дитина 2	3/12 Низький
Дитина 3	7/12 Середній
Дитина 4	6/12 Середній
Дитина 5	5/12 Середній
Дитина 6	5/12 Середній
Дитина 7	5/12 Середній
Дитина 8	7/12 Середній
Дитина 9	7/12 Середній
Дитина 10	7/12 Середній
Високий: 0% Середній: 92,5% Низький: 7,5%	

Таблиця 1.4.

Результати обстеження артикуляційного праксису (динамічні вправи) у дітей з дитячою апраксією мовлення

Діти із дитячою апраксією мовлення	Фіксація переключення (динамічні вправи)
Дитина 1	3/12 Низький
Дитина 2	3/12 Низький
Дитина 3	4/12 Середній
Дитина 4	4/12 Середній
Дитина 5	5/12 Середній
Дитина 6	5/12 Середній
Дитина 7	4/12 Середній

Дитина 8	6/12 Середній
Дитина 9	5/12 Середній
Дитина 10	7/12 Середній
Високий: 0% Середній: 80% Низький: 20%	

Таблиця 1.5.

Результати обстеження артикуляційного праксису (статичні вправи) у дітей з типовим розвитком

Діти з типовим розвитком	Фіксація утримання (статичні вправи)
Дитина 1	12/12 (В.)
Дитина 2	12/12 (В.)
Дитина 3	11/12 (В.)
Дитина 4	10/12 (В.)
Дитина 5	12/12 (В.)
Дитина 6	11/12 (В.)
Дитина 7	10/12 (В.)
Дитина 8	11/12 (В.)
Дитина 9	12/12 (В.)
Дитина 10	12/12 (В.)
Високий: 100% Середній: 0% Низький: 0%	

**Результати обстеження артикуляційного праксису (динамічні вправи) у дітей
з типовим розвитком**

Діти з типовим розвитком	Фіксація переключення (динамічні вправи)
Дитина 1	11/12 (В.)
Дитина 2	11/12 (В.)
Дитина 3	12/12 (В.)
Дитина 4	11/12 (В.)
Дитина 5	11/12 (В.)
Дитина 6	12/12 (В.)
Дитина 7	11/12 (В.)
Дитина 8	12/12 (В.)
Дитина 9	11/12 (В.)
Дитина 10	11/12 (В.)
Високий: 100% Середній: 0% Низький: 0%	

**Результат обстеження артикуляційного праксису при утриманні
положення (губ, язика, м'якого піднебіння та нижньої щелепи) при вимові
звуків у дітей з дитячою апраксією мовлення**

Діти із дитячою апраксією мовлення.	Губи	Язик	Нижня щелепа	М'яке піднебіння	Результат:
Дитина 1	2	2	3	4	11/18 Середній
Дитина 2	3	3	2	2	10/18 Середній
Дитина 3	2	2	2	2	8/18 Середній
Дитина 4	3	3	3	3	12/18 Середній
Дитина 5	3	2	2	3	12/18 Середній
Дитина 6	2	3	2	3	12/18 Середній
Дитина 7	4	3	3	3	13/18 Середній
Дитина 8	3	4	3	3	13/18 Середній
Дитина 9	2	4	3	3	12/18 Середній
Дитина 10	1	1	4	4	10/18 Середній
Високий: 0% Середній: 100% Низький: 0%					

Таблиця 1.8.

**Результат обстеження артикуляційного праксису при утриманні
положення (губ, язика, м'якого піднебіння та нижньої щелепи) при вимові
звуків у дітей з типовим розвитком**

Діти з типовим розвитком	Губи	Язик	Нижня щелепа	М'яке піднебіння	Результат:
Дитина 1	4	4	4	6	18/18
Дитина 2	4	4	4	6	18/18
Дитина 3	4	4	4	6	18/18
Дитина 4	4	4	4	6	18/18
Дитина 5	4	4	4	6	18/18
Дитина 6	4	4	4	6	18/18
Дитина 7	4	4	4	6	18/18
Дитина 8	4	4	4	6	18/18
Дитина 9	4	4	4	6	18/18
Дитина 10	4	4	4	6	18/18
Високий: 100% Середній: 0% Низький: 0%					

**Результат виконання проби на діахокінез дітей з дитячою апраксією
мовлення**

Діти із дитячою апраксією мовлення	Вимова «Папапа а...»	Вимова «Тататата ...»	Вимова «Какака ...»	Вимова «Патакапат акапатака ...»	Результат:
Дитина 1	1	1	1	0	3/8 Низький
Дитина 2	1	1	1	1	4/8 Середній
Дитина 3	1	1	1	0	3/8 Низький
Дитина 4	1	1	1	0	3/8 Низький
Дитина 5	1	1	1	1	4/8 Середній
Дитина 6	1	1	1	1	4/8 Середній
Дитина 7	1	1	1	0	3/8 Низький
Дитина 8	1	1	1	1	4/8 Середній
Дитина 9	1	1	1	1	4/8 Середній
Дитина 10	1	1	1	1	4/8 Середній
Високий:0% Середній: 60% Низький: 40%					

Таблиця 1.10.

Результат виконання проби на діахокінез дітей з типовим розвитком

Діти з типовим розвитком	Вимова «Папапапа ...»	Вимова «Тататата ...»	Вимова «Какакака ...»	Вимова «Патакапат акапатака ...»	Результат:
Дитина 1	2	2	2	2	8/8
Дитина 2	2	2	2	2	8/8
Дитина 3	2	2	2	2	8/8
Дитина 4	2	2	2	2	8/8
Дитина 5	2	2	2	2	8/8
Дитина 6	2	2	2	2	8/8
Дитина 7	2	2	2	2	8/8
Дитина 8	2	2	2	2	8/8
Дитина 9	2	2	2	2	8/8
Дитина 10	2	2	2	2	8/8
Високий: 100% Середній: 0% Низький: 0%					