

**УДК: 376-056.**

**Н.С. Гаврилова**  
nathalia.gavr@gmail.com

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ МОТОРИКИ**

**Відомості про автора:** Гаврилова Наталія Степанівна, кандидат психологічних наук, доцент кафедри логопедії та спеціальних методик факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Україна. E-mail: nathalia.gavr@gmail.com

**Contact:** Gavrylova Natalia Stepanivna, Ph.Doctor of Psychology, assistant professor of speech therapy and special methods of the Corrective and Social Pedagogy And Psychology Department of Kamyanets-Podilsky National Ivan Ohienko University, Ukraine. E-mail: nathalia.gavr@gmail.com

**Гаврилова Н.С. Класифікація порушень артикуляційної моторики.** Актуальною проблемою логопедії є формування системної методики корекції порушень артикуляційної моторики, яка б враховувала виявлені першопричини виникнення цих порушень та специфіку симптоматики. З огляду на це, їх класифікування є вагомим, оскільки дозволить систематизувати прийоми та методи корекційного

впливу і сформувані нові диференційовані методики відновлення рухливості периферійних органів мовлення.

У запропонованій статті на підставі аналізу науково-теоретичних джерел розглянуто існуючі підходи до систематизації порушень артикуляційної моторики. Визначено, що у першу чергу, при класифікуванні опираються на клінічний діагноз, що вказує на порушення мовлення чи його форму. В основу запропонованої нами класифікації покладено синдромологічний підхід, на підставі якого виділено п'ять типів порушення артикуляційної моторики: руховий обмежуючий, активно-руховий, руховий регуляційний, чутливий кінестетичний та динамічний руховий. Визначено та охарактеризовано їх анатомо-фізіологічні та психоневрологічні причини, а також симптоматику, яка вказує на певний тип порушення.

Зокрема, виявлено, що причиною є порушення будови периферійних органів мовлення, ураження в області провідної ділянки мовленнєвого апарату, а також безпосередньо кори головного мозку. До психологічних причин виникнення цих типів порушення артикуляційної моторики були віднесені порушення моторної функції, кінестетичного та кінетичного видів праксису. На кожен із типів порушення вказує диференційована симптоматика: локальне обмеження рухливості певного органу артикуляції, слабкість рухової активності м'язів, порушення контролю над виконанням рухів периферійними органами мовлення, недостатня точність при утворенні артикуляційних та пальцевих позицій за умови відсутності візуального контролю, труднощі при переключенні з одного руху на інший.

Запропонований підхід дозволив сформулювати головні цілі для подолання кожного з описаних типів порушення артикуляційної моторики. Передбачається, що з урахуванням поставленої мети та сформованих характеристик кожного з типів і правила організації системи логопедичної корекції також будуть диференційованими.

**Ключові слова:** порушення артикуляційної моторики, анатомо-фізіологічні причини, психоневрологічні причини, клінічна симптоматика, корекційна мета.

**Гаврилова Н.С. Классификация нарушений артикуляционной моторики.** Актуальная проблема логопедии – это формирование системной методики коррекции нарушений артикуляционной моторики, которая должна учитывать выявленные первоначальные причины возникновения этих нарушений и специфику их симптоматики. С учётом этого, их классифицирование – это важная задача, которая позволит систематизировать приёмы и методы коррекционного воздействия и сформировать новые дифференцированные методики исправления нарушений движений периферических органов речи.

В предлагаемой статье, базируясь на анализе научных источников, мы рассмотрели существующие подходы систематизации нарушений артикуляционной моторики. Исходя из этого, мы определили, что в первую очередь при классифицировании ориентируются на клинический диагноз, который указывает на нарушение речи и его форму. В основу нашей классификации мы положили синдромологический подход, который стал опорой для выделения пяти типов нарушения артикуляционной моторики: двигательного ограничивающего, активно-двигательного, двигательного регуляционного, чувствительного кинестетического и динамического двигательного. Мы определили и охарактеризовали их анатомо-физиологические и психоневрологические причины, а также симптоматику, которая указывает на определённый тип нарушения.

В частности, было обнаружено, что к причинам относят нарушения строения периферических органов речи, поражения в проводящем звене речевого аппарата, а также в корковых зонах головного мозга. К психологическим причинам возникновения этих типов нарушений артикуляционной моторики отнесены нарушения моторной функции, кинестетического и кинетического видов праксиса. На каждый из типов нарушений указывает дифференцированная симптоматика: локальное ограничение движений определённого органа артикуляции, слабость двигательной активности мышц, нарушение контроля над движениями периферических органов речи, недостаточная точность при создании артикуляционных и пальцевых позиций при условии отсутствия визуального контроля, трудности переключения с одного движения на другое.

Предложенный подход позволил сформулировать главные цели для преодоления каждого из описанных типов нарушения артикуляционной моторики. Предполагается, что с учётом поставленной цели и сформированных характеристик каждого из типов и правила организации системы логопедической коррекции также будут дифференцированными.

**Ключевые слова:** нарушения артикуляционной моторики, анатомо-физиологические причины, психоневрологические причины, клиническая симптоматика, коррекционная цель.

**Gavrylova N.S. Classification of articulatory movements disorders.** Forming systemic method of correction of articulatory movements' disorders, which would include origins of their rise and specifics of symptoms, is pressing issue of modern speech therapy. Therefore, classification of these disorders is necessary. It will help to systematize techniques and methods of correctional influence and to form new differentiated methods of recovery of peripheral speech organs movement.

The article contains study of the existing approaches to systematization of articulatory movements' disorders, based on the analysis of principled sources. First, in the classification scientists rely upon the clinical diagnosis, which points at the speech disorder and its form. The suggested classification is based on the syndrome-logical approach, which allows detaching five types of articulatory movements' disorders: locomotive determinative, active locomotive, locomotive regulatory, sensuous kinesthetic and dynamic locomotive. We found and characterized physiological and psycho-neurological origins of these types of disorders and symptoms, which point at the concrete type.

In particular, we found, that the physiological origins are violations of structure of peripheral organs of speech, damage of main locus of vocal apparatus and cerebral cortex. Psychological origins include disorders of motor function, kinesthetic and kinetic praxis. Each of types of disorders is differentiated with separate symptoms: local limitation of movements of some articulatory organ, weakness of muscles' active movement, decontrol of movements of peripheral organs of speech, lack of accuracy when creating articulatory and dactylar positions in the absence of visual control, difficulties of changing over moves.

The suggested approach allowed forming main goals for overcoming each of the described types of articulatory movements' disorders. Taking into account this goal and formed characteristics of each type, rules of organization of system of speech correction are to be differentiated as well.

**Key words:** articulatory movements' disorders, physiologicalorigins, psycho-neurologicalorigins, clinical symptoms, correctional goal.

**Актуальність дослідження.** Порушення артикуляційної моторики, як показує аналіз даних статистики (дані були отримані на підставі аналізу матеріалів, що знаходяться на ПМПК в Кам'янці-Подільському), зустрічається у 58% дітей у віці до 6 років, наслідком чого є труднощі при формуванні правильної артикуляції звуків мовлення. Переважну більшість дітей з даними порушеннями вдається виявити у дошкільному віці, проте залишається досить великий відсоток таких, яких виявляють уже в молодшій (27%), а інколи у старшій школі (8%).

Як показують наукові дослідження останніх років в галузі логопедії (О. Архіпової, О. Мастюкової та інших), найефективнішим є проведення корекції порушень артикуляційної моторики у ранньому домовленневому віці – до трьох років, проте на сучасному етапі ще існують труднощі з діагностуванням відхилень у цей період.

У цілому, на підставі аналізу наукових джерел (О. Ревуцької, М. Савченко, М. Шеремет та інших) виявлено, що корекції порушень артикуляційної моторики та дихання потребують діти з

органічною дислалією, обумовленою наявністю короткої під'язикової вуздечки, неправильним прикусом (прогнатією чи прогенією). Метою корекційної роботи при наявності у дітей короткої під'язикової вуздечки є її розтягування, формування вміння витягувати язик вперед і піднімати його вгору. При наявності неправильного прикусу по типу прогенії, метою є витягування нижньої щелепи вперед; прогнатії – відтягування її назад.

Також корекційну роботу у заданому напрямку організують з *ринолаліками*, особливо при наявності у них незрощення твердого, м'якого піднебіння і язичка (І. Єрмакова, С. Конопляста та інші). Метою її проведення є регуляція тонусу спинки язика, укріплення кінчика язика, а також окремо проводиться робота з забезпечення активності м'якого піднебіння і язичка та відновлення ротового видиху. При наявності у дітей, супровідно, незрощення верхньої губи, корекційну роботу слід також проводити з метою укріплення тонусу м'язів губ.

Найбільш виражено артикуляційна моторика порушена у дітей з *анартрією (дизартрією)* (О. Архіпова, О. Мастюкова, М. Поваляєва та інші). В залежності від симптоматики, яку діагностують при цьому порушенні мовлення, визначають і цільову установку при проведенні корекції артикуляційної моторики. Зокрема, при наявності млявості – метою є активізація тих груп м'язів, які були уражені. При спастичній симптоматичі, ригідності та наявності гіперкінезів – метою проведення корекційної роботи буде регуляція тонусу уражених м'язів.

Також, при наявності тяжких порушень мовлення: *при розумовій відсталості, при моторній алалії, складній дислалії, за умови наявності порушень кін естетичного праксису* корекційну роботу можна організувати з метою стимуляції відповідних відчуттів в межах визначених груп м'язів органів артикуляції з метою формування уявлення про артикуляцію окремих звуків мовлення (О. Мастюкова та інші).

За умови наявності у дітей порушень кінетичного праксису при *моторній алалії, складній дислалії* теж є необхідність формувати артикуляційну моторику (Є. Соботович та інші). Метою корекційної роботи при цьому є формування вміння переключатися з однієї позиції на іншу.

**Метою** нашого дослідження було формування характеристики типів порушення артикуляційної моторики та визначення цільових установок для їх корекції.

У результаті підсумкового аналізу нами було умовно виділено п'ять структурних типів порушення артикуляційної моторики, кожен з яких характеризувався відповідною симптоматикою, яка вказувала на порушення відповідної функції чи психічного процесу та місце локалізації порушення (табл. 1).

Таблиця 1

**Характеристика симптомів, що вказують на порушення артикуляційної моторики різні за причинами виникнення та структурою**

Тип порушення	Причини виникнення	Порушена функція чи психічний процес	Симптоми, що вказують на наявність порушення
Руховий обмежувачий	Порушення будови периферійних органів мовлення	Коротка під'язикова вуздечка,	Труднощі при витягуванні язика вперед, роздвоєння кінчика язика, труднощі при підніманні язика вгору,
		прогеноїя (прогнатія)	При відкриванні (закриванні) рота нижня щелепа занадто відтягується назад (просувається вперед), при втримуванні зубів зімкненими верхні зуби занадто виступають над нижніми (нижні занадто виступають вперед по відношенню до верхніх)
Активно-руховий	Порушення пар черепно-мозкових нервів та ядер, у яких вони беруть початок	М'який парез у межах периферійних органів мовлення	Слабкість виконання усіх рухів периферійними органами артикуляції: витягування, розтягування губ, відкривання-закривання рота, витягування язика вперед, піднімання його вгору. Нетривале втримування артикуляційних позицій, після чого вони самостійно повертаються у частково вихідну позицію.
		Односторонній парез (параліч) периферійних органів мовлення	Асиметричне виконання рухів периферійними органами мовлення.
		Параліч периферійних органів мовлення	Відсутність виконання рухів периферійними органами мовлення. При цьому на пасивному рівні можливим є утворення артикуляційних позицій: зокрема можливо витягнути дитині язик вперед за допомогою зондів, розтягнути чи витягнути вперед губи, тощо. При цьому

			органи артикуляції протидії не чинять. Переважно труднощі спостерігаються при закриванні і відкриванні дитині рота, оскільки в межах суглобів через відсутність рухів нижньою щелепою може відбуватися пересихання суглобної рідини, розвиток явищ артрозу тощо, що утруднює рухи нижньої щелепи навіть на пасивному рівні.
Руховий регуляційний	Порушення в області пірамідної системи, великого альфа мотонейрону	Спастичний парез	Підвищення тонусу м'язів при виконанні рухів органами артикуляції на довільному рівні; на цьому рівні рухи органами артикуляції неточні, або і протилежні, при цьому на недовільному рівні вони можуть бути виконані правильно.
	Порушення в області екстрапірамідної системи, стріопалідарної її ділянки, малого альфа мотонейрону	Гіперкінетичний парез: атетоз	Повільні «вишукані» рухи в області органів артикуляції при виконанні рухів на довільному рівні: повільне витягування язика, викручування його, вип'ячування губ, викривлення рота, поцокування язиком тощо.
		Гіперкінетичний парез: хореїчні гіперкінези	Швидке виконання рухів, які нагадують довільні: висовування та ховання язика, переміщення його вправо-вліво (нагадує виконання артикуляційної вправи «Г одинник») тощо.
		Гіперкінетичний парез: міоклонії	Короткі швидкі клонічні посмикування в межах групи м'язів. Можуть виникати в межах обличчя, язика, м'якого піднебіння. Спостерігаються у спокої, при виконанні рухів, посилюються при хвилюванні.

		Гіперкінетичний парез: тіки	Швидкі клонічні посмикування локально в межах однієї групи м'язів мають вигляд ритмічно організованих рухів: висовування язика, скрикування, хрюкання, нахмурювання брів тощо.
		Гіперкінетичний парез: тремтіння	Ритмічне скорочення груп м'язів, дрібне тремтіння нижньої щелепи (при напруженні), кінчика язика.
		Гіперкінетичний парез: тонічна судома	Раптове миттєве короткочасне скорочення м'язів.
	Порушення в області екстрапірамідної системи, ділянки ретикулярної формації, гамма мотонейрону	Ригідний парез (параліч)	Значно підвищений тонус м'язів органів артикуляції, що утруднює чи унеможлиблює виконання рухів на довільному та недовільному рівнях.
Чутливий кінестетичний	Порушення кінестетичних зон тім'яної долі кори головного мозку	Знижений тонус м'язів, порушення кінестетичного праксису	Точність виконання рухів органами артикуляції та пальцями рук з опорою на зоровий аналізатор. При відсутності візуалізації, з опорою на кінестетичне відчуття артикуляційні позиції та позиції пальцями рук відтворюються неточно або взагалі не відтворюються.
Динамічний руховий	Порушення кінетичних зон лобної долі кори головного мозку	Порушення кінетичного праксису	Труднощі при переключенні з однієї позиції на іншу при виконанні чітко впорядкованих динамічних рухів (за певним запропонованим зразком). Труднощі можуть мати вигляд пауз між рухами, пропусків окремих позицій, застрявання на окремих рухах, стереотипного виконання деяких рухів. Такі помилки можуть спостерігатися на рівні як органів артикуляції, так і пальців рук.



Зокрема, причиною *рухового обмежуючого типу* є порушення будови периферійних органів мовлення. Нами було виділено лише коротку під'язикову вуздечку та прогенію (прогнатію) як ті причини, які, з одного боку, можна корегувати шляхом використання засобів формування артикуляційної моторики (логопедичного масажу, артикуляційної гімнастики), оскільки лише у цьому випадку ми маємо справу з динамічними органами артикуляції. З іншого ж боку, саме у цьому випадку є лише обмежені можливості виконання рухів. У інших же випадках порушення будови динамічних органів артикуляції поруч з обмеженням руху переважно спостерігається зниження тону м'язів. Наприклад, при незрощенні верхньої губи чи м'якого піднебіння і язичка, поруч з порушеннями будови периферійних органів мовлення було виявлено і слабкий, знижений тонус м'язів, що вказувало на наявність комбінованого типу порушення: рухового обмежуючого та активно-рухового.

Диференційована симптоматика вказує на наявність короткої під'язикової вуздечки у дітей. Зокрема, при витягуванні язика з рота спостерігається роздвоєння кінчика язика, в медицині таку особливість ще називають «синдромом сердечка». В окремих випадках можливе відхилення кінчика язика в один бік. Проте у всіх випадках у дітей з короткою під'язиковою вуздечкою спостерігаються труднощі при підніманні язика вверх. Інколи вони не піднімають язик ні на довільному, ні на недовільному рівнях. У такому випадку під'язикову вуздечку можна побачити, піднявши язик вверх зондом. Вона матиме вигляд тонкої чи товстої плівки, яка знаходиться під язиком по середній його лінії, що може доходити навіть до кінчика язика. У легших випадках є труднощі при підніманні язика вверх на довільному рівні, проте на недовільному, наприклад, при цоканні, при облизуванні верхньої губи тощо, він піднімається.

Наявність неправильного прикусу часто помітна уже при спостереженні. Є або занадто сильне висовування нижньої щелепи вперед (прогнатія), або відсовування її назад (прогенія). Помітний неправильний прикус і при активному клацанні зубами (вправа «Голодний вовк»), і при втримуванні їх зімкненими (вправа «Парканчик»).

Наслідком рухового обмежуючого типу порушення є вади вимови фонем, переважно найскладніших за артикуляцією. Характерною є спотворена їх вимова.

Наступний структурний тип нами був визначений як *активно-руховий*, оскільки при ньому спостерігається слабкість тону м'язів, порушення активності м'язів. Причиною наявності цього структурного типу є порушення, що виникають в області пар черепномозкових нервів та ядер, у яких вони беруть початок. Відомо, що функцію мовлення

забезпечують шість з них: трійчастий, лицевий, язикоглотковий, під'язиковий, додатковий та блукаючий. Наслідком їхнього ураження є млявий парез чи параліч.

Симптоматика, що вказує на млявий парез – сповільнене та слабке виконання рухів органами мовлення, недостатньо тривале втримування артикуляційних позицій. При наявності одностороннього млявого парезу усі рухи органів артикуляції асиметричні. При млявому паралічі спостерігається відсутність рухів периферійних органів мовлення. Тонус м'язів при цьому слабкий, що уможливорює утворення артикуляційних позицій на пасивному рівні, проте втримування їх відсутнє.

Наслідком активно-рухового типу порушення є вади вимови фонем різного рівня складності: повна їх відсутність – при анартрії, порушення вимови значної частини вимови фонем – при дизартрії. Характерною для них є слабка артикуляція звуків мовлення, заміна проривних звуків мовлення щільними, оглушена вимова звуків мовлення.

Причиною третього, *рухового регуляційного типу* порушення є ураження в області однієї з трьох рефлекторних дуг: 1) в області пірамідної системи, великого альфа мотонейрону; 2) в області стріопалідарної системи, малого альфа мотонейрону; 3) в області ретикулярної формації, гамма нейрону.

Наслідком ураження пірамідної системи, великого альфа мотонейрону є спастичний парез, при наявності якого спостерігається підвищений тонус м'язів. Специфічним симптомом, який вказує на його наявність, є труднощі при виконанні рухів органами артикуляції на довільному рівні (неточність виконання), тоді коли на недовільному рівні вони можуть бути виконані правильно. Науковці (О. Архіпова, М. Поваляєва та інші) відзначають, що порушення у цій області за рівнем складності може бути: глибоким і охоплювати усі групи м'язів артикуляційного апарату, наслідком чого є відсутність звуковимови (анартрія); значним, з ураженням більшості груп м'язів, що забезпечують артикуляцію звуків мовлення (дизартрія); а також незначним, що охоплює лише окремі групи м'язів, наслідком чого є поодинокі вади вимови фонем (стерта форма дизартрії).

Наслідком ураження екстрапірамідної системи, малого альфа мотонейрону є гіперкінетичний парез, який за особливостями прояву може бути різним: атетоз, хореїчні рухи, тіки, міоклонії, тонічні та клонічні судоми. Ці недовільні рухи проявляються в області артикуляційного апарату і утруднюють процес розвитку артикуляції звуків мовлення та вимови фонем. Визначено, що рівень складності порушення артикуляційної моторики та звуковимови при цьому, як і при ураженні пірамідної системи, може бути глибоким (анартрія), значним (дизартрія) та незначним (стерта форма дизартрії).

На кожен із зазначених видів гіперкінезів вказує відповідна симптоматика, яка виявляється в процесі експериментального дослідження та при спостереженні. Зокрема, повільне витягування язика, викручування його, вип'ячування губ, викривлення рота, поцокування язиком вказує на наявність атетозу. Швидке висовування та ховання язика, рухи кінчиком язика вправо-вліво вказують на наявність в області органів артикуляції хореїчного гіперкінезу. Швидке ритмічне посмикування в межах декількох груп м'язів в області язика (як хвилячки проходять по середній частині язика), язичка (змінює свою конфігурацію), обличчя (губи змінюють свою конфігурацію) є ознакою міоклонії. Дрібне ритмічне посмикування в області однієї групи м'язів: в області кінчика язика, підборіддя, губи – вказує на наявність тремтіння. Миттєве короткочасне напруження в області кінчика, середньої частини чи кореня язика, губ, яке виникає в процесі мовлення чи утворення артикуляційних позицій, є ознакою тонічної судоми.

Наслідком порушення ретикулярної формації є ригідний параліч чи парез. Він може проявлятися як в області одного з органів артикуляції, так і в області декількох. Характерними симптомами для цього виду порушення є сильно підвищений тонус м'язів органів артикуляції, що утруднює чи унеможлиблює виконання рухів на довільному та недовільному рівнях. Тонус м'язів може залежати від емоційного стану, втомленості, внутрішнього напруження пацієнта. В складних випадках гіпертонус знімається лише медикаментозно, самої логопедичної роботи буде недостатньо.

При руховому регуляційному типі порушення спостерігається переважно спотворена вимова фонем, можливе як оглушення вимови, так і одзвінчення звуків мовлення, а також пом'якшена вимова звуків мовлення. Рівень складності порушення може бути легким – при стертій формі дизартрії, коли є мономорфні вади вимови фонем, помірним, якщо порушена у вимові велика кількість звуків мовлення – при дизартрії, та тяжким, коли відсутні звуки в мовленні – при анартрії.

Ще один структурний тип порушення, що виникає при ураженні в області тім'яної долі кори головного мозку, кінестетичних зон названо *кінестетичним чутливим*. Наслідком його порушення є незначно знижений тонус м'язів та порушення кінестетичного праксису, на які вказують неточності при виконанні артикуляційних рухів та рухів пальцями рук без опори на зоровий зразок. На певному етапі, в міру розвитку мовлення, рухи в області органів артикуляції стають точнішими, вони швидше автоматизуються, проте в області пальців рук ці труднощі залишаються набагато довше. І особливо довго формується всебічне уявлення про звук мовлення як фонему та артикулему. Характерними при цьому структурному типі є стійкі заміни одних звуків мовлення іншими. Після постановки звуків мовлення довший час спостерігаються їх взаємозаміни, сплутування.

Останній структурний тип, *динамічний руховий*, є наслідком ураження лобної долі кори головного мозку, кінетичних зон. На його наявність вказують труднощі при переключенні з однієї позиції на іншу при виконанні послідовно чітко впорядкованих рухів за певним запропонованим зразком. Труднощі можуть мати вигляд пауз між рухами, пропусків окремих позицій, застрявання на окремих рухах, стереотипного виконання окремих рухів. Такі помилки можуть спостерігатися на рівні як органів артикуляції, так і пальців рук. Наслідком динамічного рухового структурного типу є помилки при вимові слів у вигляді: пропусків звуків та складів, їх перестановки, спрощення вимови слова. Можна вважати, що у цьому випадку повільно формується уявлення про звук мовлення як складову слова, його місце у слові.

### **Висновки**

Отже, було визначено п'ять структурних типів порушення артикуляційної моторики: руховий обмежуючий, активно-руховий, руховий регуляційний, кінестетичний чутливий, руховий динамічний.

Виявлено, що психологічні причини виникнення цих типів порушення різні: порушення моторної функції, кінестетичного та кінетичного видів праксису.

На кожен із типів порушення вказує диференційована симптоматика: локальне обмеження рухливості певного органу артикуляції, слабкість рухової активності м'язів, порушення контролю за виконанням рухів периферійними органами мовлення, недостатня точність при утворенні артикуляційних та пальцевих позицій за умови відсутності візуального контролю, труднощі при переключенні з одного руху на інший.

Таким чином, корекційну роботу з метою відновлення артикуляційної моторики необхідно організовувати з урахуванням причин, що обумовили це порушення, обсягу ураження, індивідуальної симптоматики, яка на нього вказує.

Визначено, що уже цільові установки при організації корекційної роботи будуть диференційованими і залежатимуть від усіх названих компонентів. Зокрема, метою корекції рухового обмежуючого типу порушення є формування артикуляційних позицій, необхідних для постановки та правильної вимови звуків мовлення.

Метою подолання порушень активно-рухового типу є формування активності в межах уражених м'язів та базових артикуляційних позицій для постановки звуків мовлення.

Метою корекції рухового регуляційного типу порушення є формування навиків контролю за діяльністю м'язів та базових артикуляційних позицій для постановки звуків мовлення.

Цільовою установкою подолання кінестетичного чутливого типу порушення є активізація кінестетичної чутливості та формування уявлення про артикуляцію звуків мовлення.

Метою подолання рухового динамічного типу порушення є формування вміння переключатися з однієї артикуляційної позиції на іншу та уявлення про різницю у вимові звуків мовлення, протилежних за артикуляцією та подібних за звучанням.

### Список використаних джерел

1. **Архипова Е.Ф.** Логопедический массаж при дизартрии. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.- 118 с.
2. **Ермакова И.И.** Коррекция речи и голоса у детей и подростков. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143с.
3. **Конопляста С.Ю.** Ринолалія від А до Я. Монографія. – К.: Книга-плюс, - 2015. – 312 с.
4. **Мастюкова Е.М.** Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 304 с.
5. **Поваляева М.А.** Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: “Феникс”, 2001. – 448с.
6. **Савченко М.А.** Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. – 2-е вид., доп. – К.: Освіта, 1992. – 176с.
7. **Соботович Е.Ф.** Нарушения речевого развития у детей и пути их коррекции. Навчально-методичний посібник. – К.: ІСДО, 1995. – 213 с.
8. **Шеремет М.К.,** Ревуцька О.В. Логопедія (корекційна робота при дислалії): навчальний посібник. – К. 2009. – 244 с.

### References:

1. **Arhipova E.F.** Logopedicheskiy masazh pridizartrii. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.- 118 s.
2. **Yermakova I.I.** Korekcia rechi i golosa u dyetyey i podrostkov: - 2-ye izd., pyeryerab. – М.: Prosvyeshchyenie: АО «Uchyeб. lit.», 1996. – 143s.
3. **Konoplyasta S.U.** Rynolalia vid A do Ya. Monografia. – К.: Knyga-plyus, – 2015. – 312 s.
4. **Mastyukova E.M.** Lychyebnaya pedagogica (ranniy i doshkolnuy vozrast). – М.: Gumanit. izd. Centr VLADOS, 1997. – 304 s.
5. **Povaliayeva M.A.** Spravochnik logopeda. – Rostov-na-Donu: “Feniks”, 2001. – 448 s.
6. **Savchenko M.A.** Metodyka vypravlennia vad vymovy fonem u ditey. – 2-e vyd. dop. – К.: Osvita, 1992. – 176s.
7. **Sobotovych E.F.** Narushenia ryechyevogo razvitiya u dyetyey i puti ih koryekcyi. Navchalno-metodychnyi posibnyk. – К.: ISDO, 1995. – 213 s.
8. **Sheremet M.K.,** Revucka O.V. Logopedia (korekciynna robota prydysslalii): navchalnyi posibnyk. – К. 2009. – 244 s.

Received 20.02.2016

Reviewed 20.03.2016

Accepted 29.03.2016