

УДК 84234:616.89-008.434(075.8)

ББК 74.3я73

Л 69

*Затверджено Міністерством освіти і науки України  
як підручник для студентів вищих навчальних закладів,  
які навчаються за спеціальністю «Дефектологія»  
(протокол №14/18.2-8 від 10.01.2006 р.)*

Авторський колектив:

*М.К.Шеремет, В.В.Тарасун, С.Ю.Конопляста,  
В.О.Кондратенко, Н.В.Чередніченко*

*Рецензенти:* В.М.Синьов - д-р пед. наук, проф., д. чл. АЛН України, дир. Ін-ту корекційної педагогіки та психології;  
Л.С.Вавіна - канд. пед. наук, старш. наук, співроб., зав. лаб. тефлопедагогіки Ін-ту спеціал. педагогіки АПН України.

ЛІ 69 Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. - К.: Видавничий Дім "Слово", 2010. - 376 с.: іл.

ISBN 978-966-8407-81-9

Висвітлено науково-методичні засади логопедії як науки, системні порушення усного мовлення, причини його прояву, патогенез і кореляційно-реабілітаційну роботу, вікові норми мовленнєвого розвитку дитини.

Для студентів вищих навчальних закладів, які навчаються за спеціальністю «Дефектологія».

ISBN 978-966-8407-81-9

© М.К.Шеремет, В.В.Тарасун,  
С.Ю.Конопляста, В.О.Кондратенко,  
Н.В.Чередніченко., 2010  
© Видавничий Дім «Слово», 2010

## РОЗЛІА

# ЛОГОПЕДІА, Ї ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ І МЕТОДИ

### 1.1. Предмет і завдання логопедії

Логопедія — наука про порушення розвитку мовлення, його подолання і запобігання йому засобами спеціального корекційного навчання і виховання.

У перекладі з грец. (*логос* — слово, мовлення і *пейдео* — виховую, навчаю) означає «виховання мовлення» і є одним із розділів корекційної педагогіки.

Предметом логопедії є вивчення закономірностей навчання і виховання осіб з порушеннями мовлення і пов'язаними з ними відхиленнями в психічному розвитку. Логопедію традиційно поділяють на дошкільну, шкільну і логопедію дорослих. Основи логопедії як педагогічної науки розроблені Р. Левіною в 50—70-х роках ХХ ст. і ґрунтуються на вченні про складну ієрархічну структуру мовленнєвої діяльності.

Психологічною основою методик корекції порушення мовлення у дітей є теорія мовлення і мовленнєвої діяльності. Остання реалізується в її основних видах: слухання (аудіювання), говоріння (вимовляння), читання, письмо (писемне мовлення). Ці види мовленнєвої діяльності є основними для взаємодії людей у процесі вербального спілкування. Залежно від спрямованості на приймання (декодування) або видачу (кодування) мовленнєвого повідомлення розрізняють мовленнєву діяльність рецептивну і продуктивну.

Психологічна природа мовлення розкрита в дослідженнях Л. Виготського, М. Жинкіна, І. Зимньої, О. Леонтьєва, Т. Ушакової та інших учених.

Мовлення посідає центральне місце в процесі психічного розвитку дитини і внутрішньо пов'язане з розвитком мислення й усвідомленням загалом. Воно має поліфункціональний характер, виконує комунікативну (засіб спілкування), інтелектуальну, або сигнікативну (засіб узагальнення), індикативну (засіб вказування на предмет) функції.

Практичне вирішення проблеми подолання мовленнєвого недорозвинення у дітей визначається розумінням співвідно-

шення мови і мовлення. Нерідко ці терміни неправильно застосовують як синоніми. В сучасних психологічних і лінгвістичних дослідженнях ці поняття істотно різняться.

Мова — це система об'єктивно існуючих, соціально закріплених знаків, що співвідносить понятійний зміст і типове звучання, а також система правил їхнього застосування і співвідношення.

Мовлення — це психофізіологічний процес реалізації мови.

Мова є засобом спілкування, а мовлення — процесом спілкування.

У процесі мовленнєвого дослідження у дитини, що нормально розвивається, формується мовленнєва (лінгвістична) здатність. О. Леонтьєв зазначає, що механізм мовленнєвої здатності формується на основі природжених психофізіологічних особливостей людини і під впливом мовленнєвого спілкування. Лінгвістична здатність — це сукупність мовленнєвих навичок і умінь, що сформувалися на основі повноцінних передумов їх розвитку. Розрізняють чотири види мовленнєвих умінь: умінь говорити, аудіювати — для усного мовлення, вміння писати і читати — для писемного мовлення.

Компонентами лінгвістичної здатності є:

- яскраво виражена вербальна пам'ять, що виявляється в швидкому створенні вербальних асоціацій;
- швидкість і легкість створення функціонально-лінгвістичних узагальнень, що виявляються у формуванні «почуття правильності» мовлення.

Розрізняють дві форми мовлення: зовнішнє і внутрішнє.

Зовнішнє мовлення охоплює такі види: усне (діалогічне і монологічне) і писемне.

*Діалогічне мовлення* — психофізіологічно найпростіша і природна форма мовлення, що виникає за безпосереднього спілкування двох і більше співрозмовників і складається переважно з обміну репліками.

*Репліка* — відповідь, заперечення, зауваження на слова співрозмовника — характеризується короткочасністю, наявністю запитальних і спонукальних речень, синтаксично нерозгорнутих конструкцій.

Характерними особливостями діалогічного мовлення є:

- емоційний контакт тих, хто спілкується, їхня дія один на одного мімікою, жестами, інтонацією і тембром голосу;
- ситуативність, тобто предмет або тема для обговорення існують у спільній діяльності або сприймаються неопосередковано.

Діалог підтримується співрозмовником за допомогою уточнених запитань, змін ситуацій і намірів тих, хто говорить. Ціле-

спрямований діалог, пов'язаний однією темою, називають *бесідою*. Учасники бесіди обговорюють або з'ясовують виділену проблему за допомогою спеціально підібраних запитань.

*Монологічне мовлення* — послідовно пов'язане викладення однією особою виділеної системи знань або події. Для монологічного мовлення притаманні послідовність і доказовість, які забезпечують зв'язність думки, граматично правильне оформлення, виразність голосових засобів. Монологічне мовлення складніше від діалогічного за змістом, мовним оформленням і завжди припускає достатньо високий рівень мовленнєвого розвитку того, хто говорить.

Виділяють три основних види монологічного мовлення: оповідний (розповідь, повідомлення), опис і обдумування, які, в свою чергу, поділяють на низку підвидів, що мають свої мовні, композиційні й інтонаційно-виразні особливості.

У разі відхилення мовленнєвого розвитку від норми монологічне мовлення порушується більшою мірою, ніж діалогічне.

*Писемне мовлення* — це графічно оформлене мовлення, організоване на основі буквених зображень. Воно звернене до широкого кола читачів, позбавлене ситуативності і припускає поглиблення навичок звукобуквеного аналізу, вміння логічно і граматично правильно передавати свої думки, аналізувати написане та вдосконалювати форму вираження. Повноцінне засвоєння письма і писемного мовлення тісно пов'язане з рівнем розвитку усного мовлення. В період оволодіння усним мовленням у дитини-дошкільника відбуваються неусвідомлене оброблення мовного матеріалу, накопичення звукових і морфологічних узагальнень, що забезпечують готовність до оволодіння письмом у шкільному віці (Р. Левіна, 1961). Недорозвинення усного мовлення зазвичай призводить до порушення писемного мовлення різної складності.

Внутрішня форма мовлення — це беззвучне мовлення, коли людина думає про що-небудь, подумки складає план висловлювання. Внутрішнє мовлення вирізняється за своєю структурою, предикативністю, згорнутістю, відсутністю другорядних членів речення, тобто має особливу синтаксичну і семантичну будову за відсутності фонетичного оформлення.

В онтогенезі внутрішнє мовлення формується у дитини на основі зовнішнього і є одним із основних механізмів мислення.

За допомогою мовлення здійснюються процес перетворення думки в мовлення і підготовка мовленнєвого висловлювання. Підготовка передбачає кілька стадій. Висхідним для підготовки кожного мовленнєвого висловлювання є мотив або задум, який відомий лише в найзагальніших рисах. У процесі перетворення думки на висловлювання настає стадія внутрішнього мовлен-

ня, яка характеризується наявністю семантичних уявлень, і відображує найістотніший її зміст, Потім із більшої кількості потенційних смислових зв'язків виділяються найнеобхідніші і відбувається вибір відповідних синтаксичних структур (Л. Виготський).

<sup>v</sup> Внутрішнє мовлення — це суб'єктивна мова-співбесіда, за допомогою якої задум переводиться в зовнішнє мовлення (М. Жинкін).

<sup>v</sup> На основі переструктурування через семантичний план будується зовнішній мовленнєвий вислів на фонологічному і фонетичному рівнях із розгорнутою граматичною структурою, тобто оформлюється мовлення.

- Нормальний розвиток мовлення без порушень може бути поданий у кількох аспектах, пов'язаних з постійним оволодінням мовою .

<sup>1</sup> *Перший аспект* — розвиток фонематичного слуху і формування навичок вимови фонем рідної мови.

*Другий аспект* — оволодіння словниковим запасом і правилами синтаксису. Активне оволодіння лексичними і граматичними закономірностями починається у дитини у віці 2—3 роки і завершується до 7 років. У шкільному віці здобуті навички удосконалюються на основі писемного мовлення.

<sup>1</sup> До другого аспекту безпосередньо приєднується *третій*, пов'язаний з оволодінням смисловою стороною мовлення, найяскравіше він виражений у період шкільного навчання.

- У психічному розвитку дитини мовлення має велике значення, виконуючи комунікативну, збагачувальну і регулювальну функції.

- Відхилення в розвитку мовлення позначаються на формуванні всього психічного життя дитини. Вони утруднюють спілкування з оточенням, нерідко перешкоджають правильному формуванню пізнавальних процесів, впливають на емоційно-вольову сферу. Під впливом мовленнєвої вади часто виникає низка вторинних відхилень, які утворюють картину аномального розвитку дитини загалом. Для подолання вторинних проявів мовленнєвої недостатності застосовують педагогічні засоби, ефективність запобігання й усунення яких безпосередньо пов'язана з раннім виявленням структури вади.

Згідно із сучасними науковими уявленнями, порушення мовленнєвого розвитку дитини є однією з форм складної когнітивної вади, яка призводить до вибіркового розладу мовленнєвої функції і зумовленого ним відхилення немовних функцій і процесів.

Для позначення порушень мовленнєвого розвитку використовують багато термінів, які не завжди взаємозамінні і точні за

суттю: *розлади мовлення, вади мов/ення, недоліки мовлення, патологія мовлення, відхилення мовлення.*

*Порушення мовлення* — термін для позначення відхилень від мовленнєвої норми, прийнятої в мовному середовищі, які частково або повністю перешкоджають мовленнєвому спілкуванню, обмежують можливості пізнавального розвитку і соціокультурної адаптації.

Основними завданнями логопедії є:

- вивчення симптоматики порушень мовлення у дітей дошкільного і шкільного віку;
- дослідження структури мовленнєвих порушень і впливу мовленнєвих розладів на психічний розвиток дитини;
- \* розроблення методів педагогічної діагностики мовленнєвих розладів;
- \* вивчення закономірностей спеціального навчання і виховання дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку;
- \* розроблення науково обгрунтованих методів усунення і запобігання різним формам мовленнєвих недоліків;
- організацію системи логопедичної допомоги.

Практичний аспект логопедії передбачає запобігання, виявлення й усунення мовленнєвих порушень. Прикладні завдання логопедії вирішують під час розроблення спеціальних програм для дітей з різною структурою і виразністю мовленнєвого порушення, створення методичних систем логопедичних занять і вправ, дидактичних посібників, рекомендацій для батьків. Теоретичні і практичні завдання логопедії взаємопов'язані.

Подолання і запобігання мовленнєвим порушенням сприяють гармонійному розвитку творчих сил особистості дитини, усувають перешкоди для реалізації її суспільної спрямованості, здобування знань. Тому логопедія, як самостійна спеціальна галузь, водночас бере участь у вирішенні загальнопедагогічних завдань.

До *недоліків розвитку мовлення* належать відхилення від нормального формування мовних засобів спілкування. Поняття про недоліки мовленнєвого розвитку охоплює не тільки усне мовлення, а й передбачає в багатьох випадках порушення писемної його форми.

Розглянуті в логопедії відхилення мовлення слід відрізнити від вікових особливостей його формування. Ті або інші труднощі у мовленні можна розглядати як недолік тільки з урахуванням вікових норм. При цьому для різних мовленнєвих процесів вікова межа може бути неоднаковою.

Спрямованість і зміст педагогічних досліджень мовленнєвої патології у дітей визначені принципами аналізу їх, що розроб-

лені Р. Левіною, і є визначальними для спеціальних методів логопедичної науки, а саме:

- 1) розвитку;
- 2) системного підходу;
- 3) підходу до мовленнєвих порушень з позиції зв'язку мовлення з іншими сторонами психічного розвитку.

*Принцип розвитку* передбачає аналіз процесу виникнення вади. Для правильного оцінювання генезу того або іншого відхилення, як зазначав Л. Виготський, слід розрізнити походження змін розвитку і самі ці зміни, їх послідовне виховання і причинно-наслідкові залежності між ними.

Для генетичного причинно-наслідкового аналізу важливо аналізувати всі різновиди умов, які потрібні для повноцінного формування мовленнєвої функції на кожному віковому етапі розвитку її.

*Принцип системного підходу.* В складній будові мовленнєвої діяльності розрізняють прояви, пов'язані зі звуковою, тобто вимовною, стороною мовлення, фонематичними процесами, лексикою і граматичною будовою. Порушення мовлення може бути спричинене кожним із цих компонентів або їх системою. Так, одні недоліки стосуються лише вимовних процесів і виявляються в порушеннях зрозумілості мовлення без будь-яких інших супутніх проявів. Інші впливають на фонематичну систему мови і виявляються не тільки у вадах вимови, а й в недостатньому оволодінні звуковим складом слова, що призводить у подальшому до порушення читання і письма. Водночас існує група порушень, які охоплюють як фонетико-фонематичну, так і лексико-граматичну системи і виявляються в загальному недорозвиненні всіх сторін мовлення.

Принцип системного аналізу мовленнєвих порушень застосовують для своєчасного виявлення ускладнень у формуванні тих або інших сторін мовлення.

Раннє розпізнавання можливих відхилень як в усному, так і в подальшому писемному мовленні дає змогу запобігати їм за допомогою педагогічних (логопедичних) прийомів.

Отже, вивчення характеру вади мовлення передбачає аналіз зв'язків, що існують між різними порушеннями, розуміння значущості цих зв'язків. При цьому логопедія спирається на закономірності, закладені в понятті системності мови.

*Принцип підходу до мовленнєвих порушень з позиції зв'язку мовлення з іншими сторонами психічного розвитку.* Мовленнєва діяльність формується і функціонує в тісному зв'язку з розвитком психіки дитини, з різними її процесами, що відбуваються в сенсорній, інтелектуальній, афективно-вольовій сферах. Ці зв'язки виявляються не тільки в нормальному, а й в аномальному розвитку.

Розкриття зв'язків між мовленнєвими порушеннями та іншими сторонами психічної діяльності дає можливість визначити оптимальні шляхи впливу на психічні процеси, що беруть участь в утворенні мовленнєвої вади.

Поряд із безпосередніми виправленнями мовленнєвих порушень логопед має впливати на ті відхилення психічного розвитку, які прямо або побічно заважають нормальному функціонуванню мовленнєвої діяльності або затримують процес корекції.

Отже, спеціальне навчання під кутом зору логопедії тісно пов'язане з корекційно-виховним впливом, спрямування і зміст якого визначаються залежністю мовленнєвих порушень від особливостей інших сторін психічної діяльності дитини.

Логопедія має тісні міждисциплінарні зв'язки з іншими науками, насамперед із психологією, педагогікою, лінгвістикою, психолінгвістикою, мовознавством, фізіологією мовлення, різними галузями медицини.

Комплексний підхід до вивчення і подолання мовленнєвих порушень передбачає знання теоретичних досягнень кожного із зазначених напрямів науки, координоване розроблення практичних заходів. У логопедії широко використовують дані психології мислення, сприймання, пам'яті.

Лінгвістичною основою логопедії є фонологічна система мови, вчення про складну структуру мовленнєвої діяльності та процес породження мовленнєвого висловлювання.

Нагальною потребою є уявлення про причини, механізми і симптоматику мовленнєвої патології, вміння диференціювати первинне недорозвинення мовлення від подібних станів за розумовою відсталістю, туговухістю, психічних та інших порушень, чим і визначається зв'язок логопедії з медициною (психіатрією, неврологією, отоларингологією тощо). Фахівець має орієнтуватися в широкому колі питань, що стосуються розвитку дитячого організму, закономірностей формування вищих психічних функцій дитини, особливостей мовленнєвого спілкування.

Корекцію мовленнєвих вад у дітей здійснюють методами навчання і виховання. Велике значення має вміння використання загальнодидактичних принципів, розроблених у загальній і дошкільній педагогіці.

У логопедії розроблені різні форми впливу: виховання, навчання, корекція, компенсація, адаптація, реабілітація. В дошкільній логопедії використовують переважно виховання, навчання і корекцію.

Завдання нормалізації мовленнєвого розвитку дитини ґрунтуються на трьох основних аспектах мовленнєвої діяльності:

\* структурному (сформованість фонетичної, лексичної і граматичної систем мови);



- функціональному, або комунікативному (розвиток зв'язного мовлення і двох форм мовленнєвого спілкування — діалогу і монологу);
- когнітивному, або пізнавальному (формування здатності до елементарного усвідомлення явищ мови і мовлення).

Конкретні завдання визначають залежно від специфіки мовленнєвого розладу, віку дитини, рівня психічного розвитку.

У процесі формування правильного мовлення враховують загальнодидактичні і спеціальні принципи навчання. Найістотнішими для процесу нормалізації мовленнєвої діяльності дитини є принципи:

- взаємозв'язку сенсорного розумового і мовленнєвого розвитку, реалізація якого спрямована на збагачення мовнорозумової діяльності;
- комунікативно-діяльнісного підходу до розвитку мовлення, тобто спрямованість на формування мовленнєвого висловлювання;
- формування елементарного усвідомлення явищ мови, що передбачає особливу організацію процесу розвитку фонематичного сприймання, морфологічних закономірностей, практичних граматичних узагальнень;
- збагачення мотивації мовленнєвої діяльності, тобто спрямованість на подолання мовленнєвого негативізму, стимуляцію мовленнєвої активності.

У процесі логопедичних і корекційно-виховних занять забезпечується активна мовленнєва практика в різних мінливих умовах спілкування і різних видах діяльності.

Велике значення для здійснення повноцінного логопедичного впливу має рівень педагогічної кваліфікації вихователя і логопеда. Працюючи зі складним контингентом дітей, педагог має володіти професійною компетентністю в галузі логопедії і дефектології, добре знати психологічні особливості дітей, виявляти терпіння і любов до дітей, постійно відчувати відповідальність за успішність їх навчання, виховання і підготовки до життя, майстерно володіти культурою мовлення. Для здійснення ефективного корекційного навчання і виховання дітей з порушеннями мовлення потрібно:

- враховувати індивідуальні особливості дітей;
- створювати мотивацію до подолання мовленнєвих розладів, адекватну віковим і психофізіологічним особливостям дитини;
- встановлювати колективні стосунки з лікарем, психологом, учителем, батьками для вироблення оптимального шляху корекції.

Особливі вимоги висуваються до мовлення логопеда і вихователя, що мають бути зразком для дітей і дорослих. Неприпус-

тимими для яких є фонетичні вади, швидкий темп мовлення, порушення орфоепічних і граматичних норм, використання жаргонних і просторічних слів та висловлювань. Велике значення має емоційне висловлювання.

## 1.2. Методи логопеди

Логопедична робота може здійснюватися з використанням різних методів, серед яких умовно виділяють наочні, словесні і практичні.

*Наочні методи* спрямовані на збагачення змістової сторони мовлення і забезпечують взаємодію двох сигнальних систем. Велика роль у цьому процесі належить вихователю.

*Словесні методи* застосовують для навчання переказу, бесіди, розповіді без спирання на наочний матеріал.

*Практичні методи* використовують для формування мовленнєвих навичок за допомогою спеціальних вправ, ігор, інсценізацій.

Особливе значення в логопедії має застосування репродуктивних і продуктивних методів та їх поєднання з урахуванням специфіки мовленнєвого порушення.

*Репродуктивні методи* ефективні в розвитку імітаційних здібностей дітей, формуванні навичок чіткої вимови в процесі використання звукоскладових вправ, сприймання мовленнєвих зразків. Їх роль особливо значна у формуванні першопочаткових навичок вимовляння звуків, корекції порушень голосу. Ефективність цих методів значно зростає, якщо їх використовувати у контексті цікавих і адекватних для дитини видів діяльності.

*Продуктивні методи* найширше використовують для побудови зв'язних висловлювань, різних видів розповіді, в творчих завданнях. Перехід до використання продуктивних методів щоразу визначають логопед і вихователь залежно від конкретних завдань корекції порушення і рівня сформованості необхідних навичок, для переходу до самостійного мовлення.

Від правильного добору співвідношення застосовуваних методів здебільшого залежать ефективність логопедичної дії, якість і міцність сформованих мовленнєвих навичок у вільному спілкуванні.

Методика логопедичного впливу за різних видів і форм мовленнєвих *недоліків* передбачає використання всієї різноманітності психолого-педагогічних методів дошкільної корекційної педагогіки. Особливості застосування цих методів зумовлені специфікою мовленнєвого розладу, структурою співвідношення

первинних і продуктивних порушень мовлення дитини, її віковими ознаками.

Логопедичний вплив має бути спрямований на стимуляцію мовленнєвого розвитку з урахуванням порушеної функції мовленнєвого механізму, корекцію і компенсацію порушень окремих ланок і всієї системи мовленнєвої діяльності, виховання і навчання дитини з мовленнєвими порушеннями для подальшої інтеграції в середовище дошкільників, що нормально розвиваються. В разі виражених («тяжких») порушень мовлення велику роль відіграють перебудова мовленнєвої функції і формування компенсаторних механізмів, що компенсують порушену ланку.

### 1.3. Причини мовленнєвих порушень

Серед чинників, що призводять до виникнення мовленнєвих порушень у дітей, розрізняють несприятливі зовнішні (екзогенні) і внутрішні (ендогенні), а також зовнішні умови навколишнього середовища.

Під час розгляду різних причин мовленнєвої патології застосовують еволюційно-динамічний підхід, який полягає в аналізі процесу виникнення вади, урахуванні загальних закономірностей аномального розвитку на кожній віковій стадії (І. Сеченов, Л. Виготський, Р. Левіна, Є. Мастюкова та ін.).

Потрібно також спеціально вивчати умови, що оточують дитину. Принцип єдності біологічного і соціального процесів формування психічних (у тому числі й мовленнєвих) процесів дає змогу визначити вплив мовленнєвого оточення, спілкування, емоційного контакту та інших чинників на дозрівання мовленнєвої системи. Прикладами несприятливого впливу мовленнєвого оточення можуть слугувати недорозвинення мовлення у дітей, щочують, але виховуються у глухих батьків, а також у дітей, що тривало хворіють і яких часто госпіталізують (тобто соматично ослаблених), виникнення у дитини заїкання в разі тривалих ситуацій у сім'ї, що травмують.

У дітей дошкільного віку мовлення є вразливою функціональною системою і легко зазнає несприятливих впливів. Можна виділити деякі види вад мовлення, які виникають унаслідок успадкування: вади вимовляння звуків *л*, *р*, пришвидшений темп мовлення. Найчастіше страждає мовленнєва функція в критичні періоди її розвитку, що створює умови для «зриву» мовлення: в 1—2 роки, в 3 роки і в 6—7 років.

Основні причини патологій дитячого мовлення:

- внутрішньоутробні патології, що призводять до порушення розвитку плоду. Найгрубіші вади мовлення виникають у разі порушення розвитку плоду в період від 4 тижнів до 4 місяців.

Виникнення мовленнєвої патології спричинюють токсикоз вагітності, вірусні й ендокринні захворювання, травми, несумісність крові за резус-фактором, екологія навколишнього середовища;

- пологові травми і асфіксії під час пологів, які призводять до внутрішньочерепних крововиливів;
- захворювання в перші роки життя дитини; залежно від часу їх впливу, локалізації ураження мозку мовленнєві вади можуть бути різного типу. Негативно позначаються на розвитку мовлення часткові інфекційно-вірусні захворювання, менингоенцефаліти, ранні тривалі шлунково-кишкові розлади;
- травми черепа, що супроводжуються струсом мозку;
- спадкові чинники; в цих випадках порушення мовлення можуть становити лише частину загального порушення мовленнєвої системи і поєднуватися з інтелектуальною і руховою недостатністю;
- несприятливі соціально-побутові умови, що призводять до мікросоціальної педагогічної занедбаності, вегетативної дисфункції, порушень емоційно-вольової сфери і дефіциту розвитку мовлення.

Кожна із зазначених груп причин, а іноді і їх сукупність, може зумовити порушення різних сторін мовлення.

Під час аналізу причин виникнення порушень враховують сукупність мовленнєвої вади і збережених аналізаторів та функцій, які можуть бути джерелами компенсації в разі корекційного навчання.

Велике значення має рання діагностика аномалій розвитку мовлення. Мовленнєві дефекти, виявлені тільки під час вступу дитини до школи або в молодших класах, важко компенсувати (втрачений синтетичний період), що негативно позначається на успішності. Якщо відхилення виявляють у дитини в ясельному періоді або дошкільному віці, то рання медична і педагогічна корекція значно підвищує ймовірність повноцінного навчання її в школі.

Раннє виявлення дітей із відхиленнями в розвитку насамперед здійснюють у сім'ях з «підвищеним ризиком», до яких належать такі:

- 1) де вже є дитина з тією або іншою вагою;
- 2) зі спадковою розумовою відсталістю, де є хворі на шизофренію, з порушенням слуху в одного з батьків або в обох;
- 3) де матері перенесли під час вагітності гострі інфекційні захворювання, тяжкий токсикоз;
- 4) де є діти, що перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, природну асфіксію, травму або нейроінфекцію, черепно-мозкові травми в перші місяці життя.

У нашій країні послідовно вживають заходів щодо охорони здоров'я матері і дитини. Серед них передусім слід назвати диспансеризацію вагітних жінок з хронічними захворюваннями, періодичну госпіталізацію жінок із негативним резус-фактором та іншими хворобами, з ускладненою спадковістю тощо.

У профілактиці аномалій мовленнєвого розвитку велику роль відіграють диспансеризація дітей, що перенесли родові травми, їх тривалий патронат у фахівців.

Велике значення для запобігання народженню дітей з мовленнєвими вадами має профілактична робота серед населення і особливо з майбутніми мамами, а також лікарями, педагогами про причини і ознаки мовленнєвої патології.

Нині велику увагу приділяють проблемі ранньої діагностики і корекції відхилень мовленнєвого розвитку дітей. Значного поширення набув досвід корекційної роботи, який полягає у створенні діагностичних груп дітей дошкільного віку з відповідним медичним обслуговуванням. Спираючись на світовий досвід, потрібно створити центри ранньої діагностики і спеціальної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку.

#### **Контрольні запитання і завдання**

1. Що є предметом логопедії?
2. Які форми і види мовлення ви знаєте?
3. Розкрийте аспекти нормального розвитку мовлення дітей.
4. Що розуміють під поняттям «порушення мовлення»?
5. У чому полягають основні завдання логопедії?
6. Які ви знаєте принципи аналізу мовленнєвої патології?
7. Схарактеризуйте основні методи логопедичного впливу.
8. Назвіть чинники, які можуть стати причиною мовленнєвих порушень у дитини.

## РОЗДІЛ

# 2

## ВІКОВІ НОРМИ РОЗВИТКУ ДИТИНИ

### 2.1. Періоди розвитку дитини

За перші сім років життя дитина проходить через три основних періоди свого розвитку, кожний з яких характеризується певним кроком назустріч загальнолюдським цінностям і новим можливостям пізнавати світ. Ці періоди життя відмежовані один від одного; кожний попередній створює умови для виникнення наступного. Крім того, ці періоди не можуть бути штучно «переставлені» в часі.

Перший період — період немовляти (перший рік життя дитини) характеризується виникненням таких вікових новоутворень:

а) *пізнавальний розвиток* — наприкінці першого року життя дитина починає орієнтуватися в елементарних особливостях навколишнього середовища і розуміти значення окремих звернених до неї слів; виділяє найближчих людей; з'являються елементи розрізнення між відчуттями, що надходять від власного тіла та ззовні; складаються початкові форми предметного сприймання. З'являються перші ознаки зародження наочно-дійового мислення, тобто дитина ще неусвідомлено починає розуміти, що існують певні типи дій, які можуть об'єднуватися у загальні структури. Отже, вона відкриває для себе прийоми логіки (порівнює, оцінює, класифікує, вимірює тощо), спираючись на конкретний предмет;

б) *розвиток довільності* — формуються рухи, що сприяють досягненню мети, переміщенню тіла в просторі, схоплюванню та утриманню предметів:

в) *емоційний розвиток* — у перші чотири місяці життя у немовляти з'являється «соціальна» посмішка, яка спонукає дорослого до посмішки у відповідь. Формується почуття довіри до світу, яке є основою позитивного ставлення до людей, до діяльності, до самої себе у подальшому житті.

Другий період — раннє дитинство (від одного до трьох років) є потенціалом для виникнення таких вікових новоутворень:

а) *пізнавальний розвиток* — дитині відкриваються можливості побачити світ, де кожний предмет щось означає, для чогось призначений. Вона починає вирізняти людей, які посідають певне місце в її житті («свої» та «чужі»); засвоює власне ім'я; формує уявлення про «території» власного «я» (все те, що дитина вважає своїм, про що може сказати «моє»). Розвиваються предметне сприймання і наочно-дійове мислення. Відбувається перехід до наочно-образного мислення, внаслідок чого дитина починає уявляти собі предмети за допомогою мисленневих образів і позначати їх назвами, а не прямими діями. Саме відтоді формується усвідомлення радикальної відмінності між можливостями людини та всіх інших живих істот;

б) *розвиток довільності* — діючи з речами, дитина освоює їхні фізичні якості, вчиться керувати переміщенням їх у просторі; починає координувати свої рухи; на основі оволодіння мовленням започатковується управління власною поведінкою (в основному у відповідь на вказівки дорослого);

в) *розвиток переживань* — виникає почуття автономії й особистої цінності (самоповаги), зароджується почуття любові до своїх близьких.

Третій період — дошкільне дитинство (від трьох до семи років). У цей період формується потенціал для подальшого пізнавального, вольового та емоційного розвитку дитини:

а) *пізнавальний розвиток* — на цей час у сприйманні дитини світ є не тільки сталим, а й може виступати як релятивний (все можна всім); умовний план дії, який склався у дитини в попередній період розвитку, втілюється в елементах образного мислення, відгворювального та *творчого уявлення*; формуються основи символічної функції свідомості; розвиваються сенсорні та інтелектуальні здібності. Наприкінці цього періоду розвитку дитина починає ставити себе на місце іншої людини, а також дивитися на все, що відбувається, з позиції інших і розуміти мотиви їхніх дій; самостійно будує образ майбутнього результату дії. На відміну від дитини раннього віку, яка здатна лише елементарно відрізняти такі сфери діяльності, як природний та рукотворний світ, «інші люди» і «я сама», наприкінці дошкільного віку формується уявлення про різні сторони кожної з цих сфер. Зароджуються оцінка і самооцінка;

б) *вольовий розвиток* — дитина звільняється від притаманного більш ранньому етапу «глобального наслідування» дорослому; може протистояти (у певних межах) волі іншої людини; розвиваються прийоми пізнавальної діяльності (зокрема, уявне перетворення дійсності), формується саморегуляція — власне вольова (ініціатива, здатність примусити себе зробити нецікаву справу), а також емоційна (висловлення своїх почуттів). Вона

стає здатною до надситуативної поведінки, тобто такої, що виходить за межі вихідних вимог;

в) *емоційний розвиток* — емоції дитини дедалі більше звільняються від імпульсивності та ситуативності. Формуються почуття відповідальності, справедливості, прихильності, радість від власної інтуїтивної дії. Набуває нового поштовху розвиток соціальних емоцій у взаємодії з однолітками. У дитини розвивається спроможність ототожнювати себе з іншими, що породжує в неї здатність до відокремленості від інших і забезпечує розвиток індивідуальності. Виникають узагальнення власних переживань, емоційне передбачення результатів чужих і власних учинків. Емоції стають «розумними».

У дитини семи років формується передумова для успішного переходу на наступний щабель освіти. На основі дитячої допитливості у подальшому формується інтерес до навчання. При цьому розвиток пізнавальних здібностей слугуватиме основою для формування теоретичного мислення; уміння спілкуватися з дорослими та однолітками дасть змогу дитині перейти до навчальної співпраці; розвиток довільності сприятиме подоланню труднощів у вирішенні навчальних завдань; оволодіння елементами спеціальних мов (термінологією), характерних для окремих видів діяльності, стане основою засвоєння різних навчальних предметів у школі (музика, математика тощо).

Періоди розвитку дитини та вікові новоутворення, притаманні для цих періодів, розкриті нами лише у вигляді можливостей, ступінь здійснення яких залежить від соціальної ситуації розвитку дитини, тобто від того, хто і як виховує та в яку діяльність залучає її, з ким вона її здійснює. Від особливостей стимуляції чи організації діяльності дітей дорослими залежить успіх у психічному і фізичному розвитку їх. Отже, поряд з висхідною лінією розвитку (власне розвитку) може бути й інша «крива» особистісних змін, що свідчатиме про такі тенденції, як регресивні, тобто ті, що йдуть назад у розвитку. Тому батьки мають знати, що кожний крок розвитку може супроводжуватися проявами та закріпленням негативних новоутворень.

Однак слід пам'ятати, що у кожної дитини свої темпи розвитку і незначна розбіжність з прийнятими віковими нормами не є проблемою. Тим більше, що розвиток відбувається нерівномірно. Часто спостерігаються так звані уповільнені темпи розвитку. Не порівнюйте конкретну дитину з іншою дитиною того самого віку. Спроби обов'язково вписати дитину в стандартні схеми нейропсихологічного дозрівання, мовленнєвого та інтелектуального розвитку тощо можуть призвести до нервозності і проблем.

Важливо лише орієнтуватися на вікові норми, а не суворо дотримуватися їх.



## 2.2. Сенсомоторний розвиток дитини

Сенсомоторний розвиток дитини охоплює зорове і слухове сприймання, моторику і тактильну чутливість.

Нижче подано дані розвитку дитини, що стосуються:

- зорового та просторового уявлення (табл. 2.1);
- слухового сприймання (табл. 2.2);
- моторики і тактильної чутливості (табл. 2.3);
- мисленневого розвитку;
- спілкування та гри;
- емоційно-соціального розвитку.

Ці дані характеризують особливості психофізичного розвитку від дня народження і до 6—7 років.

Таблиця 2.1. Зорове сприймання та просторові уявлення

Вік, міс.	Характерні ознаки сенсомоторного розвитку дитини
0 - 1	Знижена гострота зору (розвивається у перші 6—7 міс.). Найчіткіше бачення — 60—70 см від об'єкта Косоокість (виявляється впродовж 3 міс.) «Імітаційний період»: вже у перші 12 год життя уважно стежить очима за об'єктом, що рухається Зосереджує зорове сприймання (наприкінці першого місяця життя), віддаючи перевагу контрастним зображенням і округлій формі предметів, а також об'єктам, що рухаються Утримує в полі зору будь-який предмет, то рухається, а також нерухомий предмет (наприклад, обличчя дорослого)
2 - 3	Добре зосереджується очима (впродовж 7—10 хв) на кольорових, а не контрастних предметах
3	Координовано рухає очима. Точно і плавно стежить (як у горизонтальному, так і вертикальному положенні) за предметом, що рухається на відстані 3 м
3 - 4	Точно і плавно стежить (як у горизонтальному, так і у вертикальному положенні) за предметом, що рухається на відстані 4 - 7 м
4	Впізнає членів сім'ї
5 - 6	Виявляє інтерес до дрібних предметів (пов'язано з розвитком детального бачення)
5 7	Відрізняє за зовнішнім виглядом своїх близьких від чужих Здатна добре координувати м'язи очей, а також синхронність рухів «рука-очі»
10—12	Косоокість зникає остаточно, хоча іноді рухи одного ока можуть відставати від другого, особливо КОЛИ дитина дивиться вбік Розрізняє предмети за формою. На фотографії впізнає ЗНАЙОМИХ ДОРΟΣЛИХ
12-15	Орієнтується у двох контрастних (з різницею 3 см) предметах (наприклад, удвох різних за розміром м'ячах)

Вік, міс.	Характерні ознаки сенсомоторного розвитку дитини
15-18	Орієнтується у трьох контрастних формах (кругла, квадратна, трикутна) різних предметів
19-21	Орієнтується у трьох контрастних величинах (з різницею 3 см) того самого предмета
22—24	Добирає за зразком і за словесною інструкцією три предмети, <b>контрастні</b> за кольором (чорний, синій, червоний)
24-30	Добирає за зразком геометричні фігури різної форми (кульку, кубик, трикутник, квадрат)
30-36	Добирає до запропонованих зразків геометричних фігур відповіді їм плоскі геометричні фігури і називає їх
40-48	Орієнтується у схемі квартири, дитячого садка, двора будинку, в якому живе
48-50	<i>Копіює</i> (за поданим зразком) плоский предмет зі складною структурою елементів (наприклад, годинник)
50-54	Копіює правою (лівою, якщо <b>ЛІВША</b> ) рукою групу з 10 (15) геометричних фігур, розмішених у довільному порядку
54-57	Копіює лівою і правою рукою групу з 10 (15) геометричних фігур, розмішених у довільному порядку
58	Будує цілісний образ під час копіювання предмета, в якому відсутня одна чи дві його частини
60-65	Знаходить дві задані лінії серед одинадцяти ліній, розмішених під різним кутом («віялом»)
65-70	Виконує пробу зі «сліпим» годинником, тобто на малюнку, де зображено годинник без стрілок, за інструкцією визначає час
70-72	Будуючи складний перетин ліній, копіює групи точок і геометричних фігур, зображених на одному малюнку
3-72	Копіює складний цілісний комплекс геометричних фігур, що мають різне оптико-просторове розміщення. Копіює зразок, закривши спочатку одне око, а потім друге. Сприймає та інтерпретує сюжетні малюнки. Сприймає та інтерпретує серійні малюнки

Таблиця 2.2. Слухове сприймання

Вік, міс.	Характерні ознаки розвитку дитини
0 - 1	Відразу після народження сприймає тембр, гучність і висоту голосу. Здатна виявити джерело голосу: почувши звук, крутить головою, шукаючи його джерело. Звуком <b>ЛЮДСЬКОГО ГОЛОСУ</b> віддає перевагу навіть годі, коли при цьому звучать дзвіночки.
>	Спостерігаються синхронні рухи з людським мовленням (проте вони відсутні, наприклад, на ритмічне стукотіння)
2.	Здрагається в разі різких звуків і кліпає очима. Диференціює якісно різні звуки, наприклад, звучання труби і дзвоника. Тривало зосереджується на них. Здатна диференціювати звуки, швидко повертає голову, почувши гучний голос
3-4	Повертає голову в бік невидимого джерела звуку і знаходить його; по-різному реагує на звучання музичних творів

Вік, міс.

Характерні ознаки розвитку дитини

	Розрізняє і впізнає голос близької людини, сувору і ласкаву інтонацію, з якою до неї звертаються, по-різному при цьому реагуючи на неї
	По-різному реагує на власне і чуже ім'я
	Слух дитини досягає рівня тонкості слуху дорослої людини. Починає формуватися фонематичне сприймання, яке забезпечує здійснення дитиною диференціації слів за їхнім значенням. Вказує пальцем на предмети, що називають дорослі («Покажи, де...»). Відшукує цей самий предмет поглядом
	На запитання «Де...?» поглядом знаходить кілька предметів (2—4), розташованих на постійних місцях
	За словами дорослого виконує ті дії (навички, вміння, елементи гри), то були розучені з дорослим
	На запитання «Де...?» поглядом знаходить кілька знайомих предметів, незалежно від постійного місцезнаходження їх. Реагує на різну інтонацію, з якою вимовляють її ім'я
10	На прохання «Дай» знаходить серед предметів знайомі та подає їх. Під час гри вслуховується в інструкцію дорослого, а потім виконує розучені дії та рухи
11	За словесною інструкцією виконує різні розучені дії
12	За словесною інструкцією самостійно виконує раніше розучені дії з іграшками. Переносить дії, розучені з одним предметом, на інший.
	Розрізняє на слух назви кількох предметів і дій, імена дорослих і знайомих дітей. Виконує прості словесні завдання
24	Зазначені досягнення в слуховій сфері розширюються і поглиблюються. Розуміє значення конкретних іменників, що означають конкретні поняття і предмети: за інструкцією дорослого, сприйнятою на слух, показує всі предмети, названі дорослим, їхні частини, частини тіла тощо
30-36	За словесною інструкцією вибирає предмети або малюнки за темами «Іграшки», «Посуд», «Одяг». Показує, де на малюнку дівчинка <b>СНИТЬ</b> , грається, їсть. Виконує сприйняті на слух доручення дорослого («Дай». «Посади, погодуй ляльку» тощо)
36	Спостерігається готовність до звукового аналізу: «Не можу вимовити це слово», виправляє мовлення інших дітей («Треба говорити корова, а не колова»)
36-40	Усвідомлює відмінність у вимові того самого слова, вимовленого нею і дорослим. Відшукує гой елемент, яким відрізняється слово, вимовлене нею і дорослим. Усвідомлює елемент (звук), яким відрізняється слово, вимовлене нею та дорослим. Формуються образи слів (фонематичні уявлення), які відповідають уже не власній (поки що неправильній) вимові дитини, а мовленнєвій нормі. На основі слухового сприймання порівнює звуковий образ слова, вимовленого дорослим і нею, а також визначає наявність того чи іншого звука в слові

Вік, міс.	Характерні ознаки розвитку дитини
45—48	Не <b>ЗАВЖДИ</b> зважає на власну неправильну вимову звуків, а будує слухові (звукові) образи слів відповідно до мовленнєвої норми
45-50	За словесною інструкцією показує на малюнках предмети, зображені в однині і множині (стіл—столи, коса—коси). За інструкцією показує на малюнках предмети, що відрізняються у вимові одним звуком (миска—мишка, коса—коза тощо)
54-57	Вибирає малюнки, в назвах яких є заданий звук
54-60	Правильно розкладає малюнки, де зображено предмети, в назвах яких є звуки (наприклад, [ші]), які вимовляє неправильно (сонце, шапка, санки, шафа тощо)
60-65	Називає в слові перший звук
70-72	Вибирає з чотирьох малюнків (наприклад, кран, лампа, кішка, сонце) той, в назві якого перший звук такий, як у заданому педагогом слові (наприклад, «ластівка»); Вибирає з чотирьох букв (наприклад, А, О, М, П) ту, яка відповідає першому звуку слова, названого дорослим (наприклад, «машина»); Визначає, яке слово утвориться із звуків, вимовлених дорослим (наприклад: ш...а...ф...а); Може дописати букву, яку почав (і не закінчив) писати дорослий; Може назвати одну за одною букви, зображені накладеними одна на одну; За словесною інструкцією дорослого може правильно вказати, на якому з двох малюнків зображено «Петра, намальованого Іваном», а на якому — «Петром намальований Іван» (Петра зображено у білій сорочці, Івана — у картатій)

Таблиця 2.3. Розвиток моторики і тактильної чутливості

Вік, міс.	Характерні ознаки розвитку дитини
0 - 1	Рухи кінцівок дитини хаотичні; руки і ноги загорнуті в пелюшки
1	Лежачи на животі, намагається підняти та утримати голову
1-2	Побачивши пляшечку з соскою, відтворює смоктальні рухи і хапає її
2	Лежачи на животі, піднімає та тривалий час утримує голову Замість того, щоб потягнутися до місця, подразненого на тілі, замирає і залишається нерухомою. Підвищений тонус верхніх кінцівок майже зникає, а нижніх — ще зберігається. Лежачи на спині, зберігає тенденцію до згинання. Коли лежить на животі, то згинання не зберігається. У разі підтримання під пахви автоматично ходить, спираючись на кінчики пальців («крокує»); Спостерігається тенденція до розгинання пальців

Вік, міс.

Характерні ознаки розвитку дитини

Некоординовано наштовхується на іграшки, що висять над грудьми.  
 Зникає підвищений тонус верхніх кінцівок (нижніх майже зберігається).  
 Піднімає руки до обличчя і розглядає їх.  
 Лежачи на спині, робить спробу повернутися в обидва боки.  
 Лежачи на животі, спирається на передпліччя і піднімає голову (45°).  
 Опора на передпліччя нестабільна.  
**Намагається повзти**  
 Хапає мотузку, на якій висить брязкальце, щоб воно звучало.  
 На спині лежить у симетричному, витягнутому положенні.  
 Лежачи на животі, піднімає голову на 90°.  
 Піднімає руки вгору і стежить за ними координованим поглядом.  
 Бере іграшку з рук дорослого та тримає її в руці.  
 Довго лежить на животі, піднявши корпус і спираючись на долоні випростаних рук: стійко стоїть у разі підтримання під руки.  
 Легко піднімається, спираючись на передпліччя.  
 Повертається (іноді) зі спини на жмвіт.  
 Підтягується за руки з положення «сидячи на спині», міцно вчепившись усіма пальцями за пальці рук дорослого; сідаючи, зберігає повний контроль за положенням голови.  
**Тривало грається з іграшками, перекладаючи їх з однієї руки в другу.**  
 Повертається з живота на спину.  
 Пересувається, переставляючи руки або злегка підповзаючи, іноді робить «місточок», упираючись головою і п'ятками в ліжко і піднімає тулуб та живіт з вигинанням хребта.  
 Може сидіти (3—10 хв), не стомлюючись.  
 Хапає предмети всією рукою або всією долонею (наприклад, кубик тримає між долонею і кінчиками пальців).  
**Швидко повзає у різних напрямках.**  
**П'є з чашки, яку тримає дорослий.**  
 Коли беруть на руки, підтягується майже самостійно.  
 У разі підтримання під пахви намагається стояти самостійно, спираючись на кінчики пальців або (зрідка) на підшви ніг.  
 Руки не стиснуті, пальці готові до тонкої моторної діяльності.  
 Хапання предметів нагадує рух плоскогубців. Схопивши предмет, довго розглядає його («освоює очима»)  
 Самостійно сідає, сидить і лягає. Самостійно встає, тримаючись за щось руками, стоїть, присідає, переступає боком, тримаючись за меблі, тинок тощо.  
 Лежачи на животі, добре контролює рухи голови, добре витягає руки, тулуб і нижні кінцівки.  
 З положення на животі добре переходить до повзання.  
 З більшою точністю хапає предмети.  
 Відсуває руку дорослого, щоб дістати заховану іграшку.  
 Самостійно лягає і без утруднень піднімається.

Вік. міс.	Характерні ознаки розвитку дитини
9—10	Засвоює рух великого ПАЛЬЦЯ: здатна користуватися пальцями окремо і узгоджувати їх рухи Переходить від одного предмета до іншого, злегка притримуючись за них руками. Добре п'є з чашки, тримаючи її руками Виходить на невисоку гірку, <b>тримаючись</b> за перила, самостійно сходить з неї. Йде вперед, тримаючись за обидві руки дорослого. Легко нахиляється уперед, убік, назад, а також уперед та навколо осі тіла. Хапає маленькі предмети великим та вказівним пальцями (мов пінцетом)
I 1	Самостійно стоїть і робить перші самостійні кроки
12	Ходить самостійно, без опори
12-14	Одною рукою підтягує до себе килимок, щоб дістати іграшку, яка на ньому лежить
13-15	Присідає, повертається, нахиляється, тривало ходить
15-18	Самостійно, одною рукою їсть ложкою густу їжу
16-18	Переступає через перешкоди приставним кроком
19-21	Відкривши коробку, пальцями витягує з неї цукерку
19-21	Самостійно ходить по обмеженій поверхні (лавочка, мотузка, по намальованих крокуючих підшвах тощо)
22-24	Переступає через перешкоди негірставним кроком
24-30	Повністю самостійно одягається, проте не застібає гудзики і не зашнуровує взуття
28-36	Переступає через перешкоду; що горизонтально припіднята над підлогою на 30—35 см. Двома руками (за допомогою дорослого) застібає гудзики і зашнуровує взуття
48-50	Відтворює пози пальців руки (спочатку однієї, потім другої), які показує дитині дорослий
50....52	Із закритими очима відтворює ту позу пальців руки, яку <b>задає</b> їй дорослий (спочатку однієї руки, потім другої). Відтворює за показом дорослого рухи губ, язика, щік, брів, послідовність рухів руки (кулак—ребро—долоня)
52-60	Не відриваючи олівець від аркуша паперу, продовжує малювати візерунок, запропонований дорослим
60-62	Координує одночасну зміну положень правої і лівої рук (кулак—долоня)
62-65	Дзеркально відтворює пози руки, запропоновані дорослим («Доторкнись рукою до кінчика носа, до вуха тощо») Із заплющеним очима вказує на своєму тілі те місце, до якого доторкнувся дорослий
65-67	Із заплющеними очима вказує на <b>СВОЄМУ ТІЛІ</b> ті два місця, до яких доторкнувся дорослий. Називає предмет (геометричну фігуру, цифру), який дорослий пальцем (паличкою) «намалював» на долоні дитини (спочатку на одній, потім на другій)
67-70	Вказує на ляльці те місце, до якого на тілі дитини (очі у неї заплющені) доторкнувся дорослий.

Вік, міс.	Характерні ознаки розвитку дитини
	Ходить назад, навшпиньки. Робить вперед 10 стрибків, не падаючи. Кидає предмет однією рукою на 2—3 м, <b>ЛОВИТЬ</b> тенісний м'яч, кинутий з висоти 1 м. Ходить по колоді, балансуючи; ходить уперед, назад, убік. Може стрибнути на 2 м. Перестрибує калюжі, самостійно <b>ГОЙДАЄТЬСЯ</b> . Може вести, підбивати, утримувати, відбивати м'яч

### 2.3, Мисленнєвий розвиток

У багатьох фахівців і батьків особливий інтерес викликає стан мисленнєвого розвитку дитини. Це й зрозуміло, оскільки цей психічний процес є складним результатом тривалого росту; що починається від дня народження. І коли йдеться про мислення, то взагалі маємо найзагадковіший феномен серед усіх інших психічних процесів. Однак слід пам'ятати, що процеси мислення перебувають у постійній взаємодії як поміж собою, так і з соціальним середовищем, а тому постійно змінюються. Згідно з цим мислення упорядковано розвивається впродовж усього життя: від безпомічного немовляти до зрілого дорослого. На думку деяких учених (наприклад, Ж. Піаже), мислення — це найудосконаленіша форма пристосування організму до середовища, що є поєднанням двох процесів: подібності (асиміляції) та пристосування (акомодації). Отже, мислення — це можливість дитини здійснювати гнучке і водночас стійке пристосування її до навколишнього середовища і соціальної дійсності. Слід зазначити, що основне призначення мислення полягає саме в організації і забезпеченні цієї взаємодії дитини та середовища.

На думку Г. Костюка, *«досягнення в розвитку мислення дітей залежить не лише від їхнього віку, а й від того, як організовується і спрямовується їхня ігрова і навчальна діяльність у кожному віці. Спеціально організованим процесом навчання і розвитку можна значно підвищити рівень сформованості їх мисленнєвих дій, суджень, міркувань та умовиводів»*.

Основною умовою, що забезпечує розумовий розвиток дитини (на перших місяцях її життя), є сформованість її фізіологічних показників. Відповідно до цього треба уважно спостерігати за наявністю у дитини окремих рефлексів та їхніх комплексів, щоб зробити правильний висновок і деякі прогнози щодо можливостей та обмежень майбутньої діяльності дитини з різними предметами, тобто предметної діяльності.

однією з умов формування мисленнєвої діяльності дитини є її предметна діяльність. Тому потрібно знати основні показники рефлекторної діяльності дитини на першому році життя та час, коли ці рефлекси за нормального розвитку мають згасати (табл. 2.4).

Таблиця 2.4. Рефлекси немовляти та час згасання їх

Час згасання	Назва рефлексу	Описання рефлексу
Після 2 міс.	Опори	Подібний до рефлексу крокування: коли дитину підносять до краю столу і вона його торкається ногами, то намагається на нього стати
Після 2—3 міс.	Крокування	Коли дитину тримають вертикально, спираючи її ступні об тверду поверхню та нахилиючи тіло вперед, рухи ногами нагадують крокування (скоординована активність)
Після 3—4 міс.	«Пошуку грудей*»	Якщо доторкнутися до шиї дитини, вона повертається в бік подразника та відкриває рота, ніби шукає груди матері
Після 4 міс.	Моро	Коли дитину різко піднімають або опускають, обидві її руки, зігнуті в лікті, випростовуються, пальці розтуляються; потім руки повертаються у вихідне положення, а пальці знову стискаються в кулак
Зазвичай після 4 міс.	Шийно-тонічний	Коли голову дитини, яка лежить, повертають у бік, вона витягує руку та ногу з того самого боку, куди повернута голова, а протилежну руку та ногу згинає (нагадує позу фехтувальника)
Після 4 міс.	Бабкіна	У разі натискання на долоню та передпліччя будь-якої з рук дитини вона відкриває рота, повергає голову в бік подразника та заплющує очі
Зазвичай після 5 міс.	Хапальний кисті	Коли до долоні дитини торкаються олівцем або шільцем, вона сильно хапається за нього; в разі спроби забрати олівець — тримається ще дужче
Після 6 міс.	Бабінського	У разі подразнення ступні від п'ятки до пальців спостерігається згинання пальців у бік підошви; великий палець згинається в бік тильної частини ступні
Після 6 міс.	Смоктання	Якщо прикласти палець до рота дитині, вона починає смоктати його, виконуючи ритмічні смоктальні дії
Після 6 міс.	Плавання	Якщо дитину помістити у воду животом донизу, то вона намагається здійснити скоординовані плавальні рухи



Продовження табл. 2.3

Час згасання	Назва рефлексу	Описання рефлексу
Після 8 міс.	«3 очей на шию»	Якщо тримати дитину вертикально, не притримуючи її голову ззаду, і ввімкнути світло, то вона швидким рухом відкидається назад
Після 9 міс.	Хапальний ступні	Якщо натиснути кінчиками пальців на передню частину підошви дитини, то у неї відбудеться тонічне згинання ступні
Упродовж життя	Зіниць	Зіниці дитини звужуються на яскраве світло та під час засинання; розширюються в темряві та в момент пробудження

Під час спостереження за рефлекторною діяльністю дитини важливо звернути увагу на такі показники, як зивкання, орієнтувальна реакція, тонус м'язів тощо (табл. 2.5).

Таблиця 2.5. Показники поведінки немовляти

Показник	Поведінка
Зивкання	Швидкість, з якою дитина звикає до світла, звуку, брязкальця, музичної іграшки
Орієнтувальна реакція	Швидкість, з якою дитина повертається у напрямку світла, звуку брязкальця або обличчя дорослого
Тонус м'язів та рухова активність	Сила і стійкість рухової активності дитини
Динаміка станів	Швидкість та легкість, з якою дитина переходить від сну до бадьорості, від плачу до спокою
Регулювання станів	Легкість (тяжкість), з якою дитина заспокоюється
Вегетативна стійкість	Реакція дитини на раптове притискання
Рефлекси	Наявність у поведінці немовляти усіх рефлексів та ступеня їх прояву

Після 2—4 міс., коли частина рефлексів у дитини зникає або замінюється ширшою пошуковою поведінкою, можна спостерігати у неї перші так звані проінтелектуальні прояви (тобто ті, які поки що заміщають виконання дитиною справжніх інтелектуальних процесів). У подальшому саме ці прояви стають основою для появи дуже важливих новоутворень, без розвитку яких неможливий подальший рух дитини до формального інтелекту, що забезпечує утворення різних форм думок і форм їхнього поєднання.

Отже, з моменту народження дитини і приблизно до двох років у неї можуть спостерігатися характерні ознаки мисленневих проявів (табл. 2.6).

Таблиця 2.6. Характерні ознаки мисленневих проявів (раннє дитинство)

Віковий період	Характерні ознаки проявів мисленневої сфери
Від народження 6 тижнів	Власне інтелектуальні прояви не спостерігаються. З'являється «рефлекс на руку», як сходинка до вирішення завдань
6 тижнів — 3,5 міс.	Відбувається змикання двох систем діяльності — тактильної та зорової, що виявляється у смоктанні кулачка з одночасним розгляданням його. Явище активної цікавості (дослідницькі інтереси). Виникає зв'язок між слуханням та розгляданням
3,5—5,5 міс.	Ознайомлення з предметами через координацію рухів очей. Починає цікавитися світом, а найбільше — маленькими предметами
5,5 — 8 міс.	Дитина вже майже пройшла всі 4 етапи дій з предметами: 1) відсутність інтересу до предметів; 2) з'являється інтерес до предметів (через власний кулак); 3) взаємодія з предметами; 4) зосередження на властивостях предмета. Відбувається накопичення досвіду.
8—14 міс.	З'являється поведінка з подолання труднощів як перша форма вирішення завдань Враховує надбання попередніх фаз. Крім того, розвиток мислення на цьому етапі тісно пов'язаний з мовленням; виокремити певні інтелектуальні прояви поки що неможливо
14 міс. — 2 роки	Наявні значні знання про світ: розуміє багато причинно-наслідкових зв'язків. Починає володіти якісно новим мисленням — предметні дії перетворюються у мисленнєві уявлення. Спостерігається діяльність дослідження та виконання. Здатна оперувати малими предметами та помічати невідповідність між ними. Може стати на точку зору іншого. Може упереджувати результати своїх дій.
2—3 роки	Дитина вже розмірковує; створює внутрішній план дій Наявні розмірковування перед дією; збільшується обсяг знань про світ (завдяки мовленню); встановлює умовно-наслідкові зв'язки; з'являється цікавість до феномену життя та живого; досить вільно володіє абстракцією

Узагальнюючи дані табл. 2.5, зазначимо, що у перші роки життя дитини можна орієнтуватися на шість стадій сенсомоторного інтелекту, виділені психологом Ж. Піаже (табл. 2.7).

Таблиця 2.7. Стадії сенсомоторного інтелекту

Стадія	Віковий період, міс.	Назва періоду	Характерні ознаки відповідного періоду
1	0 - 1	Рефлекторна поведінка	Смоктання, хапання, розглядання, слухання
2	1 - 4	Первинні реакції	Взаємне пристосування основних відчуттів та рухів
3	4 - 8	Вторинні реакції (саме з цього віку вчені зазначають про сенсомоторний інтелект дитини)	Започатковуються перші стратегії, тобто планування, прогнозування, продовження вражень, цікавих для дитини
4	8 - 12	Координація вторинних реакцій	Дії стають більш передбаченими, з'являється здатність до пошуків схованих об'єктів
5	12-18	Третинні реакції	Методом спроб та помилок активно досліджує предмети, іграшки тощо
6	3-18	Ментальні комбінації	Уявляє дію адумці, переші виконанням: знаходить нові способи досягнення поставленої мети

Отже, в ці періоди формуються певні елементарні, але дуже важливі інтелектуальні здібності: 1) здатність використовувати звичайні предмети; 2) розуміння постійності різних об'єктів; 3) символічна система, яка передуює оволодінню мовленням.

У період розвитку дитини з 2 до 7 років вчені свідчать про появу доопераційного інтелекту, який, у свою чергу, поділяють на допонятійний, символічний (2—4 роки) та інтуїтивний, або перехідний (5—7 років).

Доопераційний інтелект має такі особливості: 1) конкретність дитячого мислення; 2) певна егонентричність, тобто в центрі всього дитина ставить своє індивідуальне «я»; 3) фокусування уваги на тих станах предметів, які дитина безпосередньо спостерігає.

Дітям переддошкільного і дошкільного віку (від 3 до 6 років) притаманні ознаки інтелектуального розвитку, наведені у табл. 2.8.

Таблиця 2.8. Ознаки інтелектуального розвитку

Вік, міс.	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
24 — 36 і	Вибирає та роздивляється книжки з малюнками, розпізнає об'єкти на малюнках, називає намальовані об'єкти, I Може доторкнутися до 1—3 об'єктів і полічити їх. I Розрізняє чотири кольори. I Намагається гратися з незнайомою іграшкою

Вік, міс	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
36.....48	<p>Називає п'ять-шість кольорів. Свідомо розкладає кубики або кільця за їх розміром. Розпізнає та визначає проблему. Виконує дві-три частини з мистецькою проекту. Ставить запитання для отримання інформації («Чому?», «Як?» тощо). Уміє полічити до семи об'єктів. Знає свій вік. Називає 6 частин тіла, якщо дорослим описано їхні функції («Чим ми беремо ложку?»). Сортує об'єкти по групах з однаковими ознаками (колір, форма, розмір). Називає або парує об'єкти, що використовують разом («Що беремо разом із щіткою для зубів?»)</p>
48—60	<p>Підказує, римуєчи слова для закінчення рядка. Малює людину за п'ятьма характерними ознаками (такими, як голова, шия, тулуб, руки, ноги). Може назвати та показати на малюнку частини тіла. Малює, називає та описує малюнок. Може підібрати чотири протилежні аналогії (лід — холодний, вогонь — гарячий). Передбачає реальне закінчення подій або оповідання. Називає деякі літери та цифри</p>
60—72	<p>Дуже точно переказує оповідання з ілюстрованої книжки. Називає всі числівники (1—10) і більшість літер абетки. Уміє полічити 12 предметів. У групі правильно і відповідно до призначення використовує матеріали і приладдя (ножиці, фарби тощо). Відповідає на запитання на додавання та віднімання об'єктів у межах п'яти. Вказує на кілька предметів; визначає, де більшість (усі, перший, середній, останній) предметів (предмет)</p>

#### **2.4. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини**

Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини в перші тижні і місяці життя вже характеризує ті природжені механізми, які використовуватимуться нею під час становлення мовлення. Крик здорової дитини характеризується дзвінким голосом, коротким вдихом і подовженим видихом. Уже відразу після народження крик набуває різного обертонового забарвлення і є першою інтонацією, значущою за своїм комунікативним змістом (крик дискомфорту, голоду тощо).

З 2—3 міс, дитина часто реагує криком на припинення спілкування з нею. Саме подальше інтонаційне збагачення свідчить

про аочатокформування неї функції спілкування. У цей період дитина починає прислуховуватися до звуків мовлення, відшукувати поглядом джерело звучання, повертати голову до людини, що звертається до неї, зосереджуючи свою увагу на обличчі, губах дорослого.

У «гудінні» (2—3 міс.) уже можна виділити звуки, що нагадують голосні (*a, o, y, e*). найлегші для артикулювання; губні приголосні (*я, б, м*), зумовлені фізіологічним актом ссання, і задньоязикові (*г, к, А*), пов'язані з фізіологічним актом ковтання.

Наступний етап, між 4 і 5 міс., передмовленнєвого розвитку — лепетання — характеризується появою ознак локалізованості і структурування складу, тобто у дитини поступово формується психофізіологічний механізм складоутворення. На цьому етапі онтогенезу лепетного мовлення у дитини простежується явище аутоехолалії — вона подовгу повторює той самий відкритий склад (*ва — ва — ва, га — ги — га*), зосереджено прислуховуючись до себе.

Після 8 міс. звуки, що не відповідають фонетичній системі рідної мови, поступово починають згасати. Натомість з'являються нові мовленнєві звуки, подібні до фонем мовленнєвого оточення. Саме в цей період розвитку у дитини починає розвиватися власне мовленнєва пам'ять, завдяки чому у неї формується фонетична (звукова) система рідної мови.

У 10—12 міс. життя діти вже здатні відтворювати найтиповіші характеристики мовленнєвого ритму, після чого у них з'являються перші слова. (При цьому зауважимо, що строки і темп розвитку усного мовлення не збігаються зі строками і темпом формування розуміння мовлення, оскільки вже в 7—8 міс. діти адекватно реагують на слова і фрази на зразок : «Покажи, де мама, телевизор, вікно?» тощо). Отже, перші слова у дитини з'являються наприкінці першого року життя. У темпах розвитку мовлення у хлопчиків і дівчаток спостерігаються деякі відмінності. Є дані про те, що у дівчаток слова з'являються на 8—9-му, у хлопчиків — на 11—12-му міс. життя. Перші слова дитини характеризуються низкою особливостей, а саме:

- тим самим словом (мама) дитина може висловлювати звертання, вказівку, прохання, скаргу;
- слово може висловлювати закінчене цілісне повідомлення, тобто відповідати реченню;
- слово зазвичай може бути поєднанням відкритих складів, що повторюються (*та — ма, па — па, дя — дя* тощо);
- За збереження частини слова (кореня, першого чи наголошеного складу) звуковимовна є спотвореною. Ці фонетичні спотворення стають дедалі помітнішими на тлі швидкого поповнення словника дитини і розвитку лексико-семантичної

сторони її мовлення. Це особливо помітно порівняно зі звуковимовлянням дитини, яке для свого вдосконалення потребує істотного дозрівання у неї фонематичного сприймання, фонематичних уявлень і мовленнєвої моторики.

Мовленнєва активність дитини цього віку ситуативна, тісно пов'язана з предметно-практичною діяльністю і залежить від емоційної участі дорослого у спілкуванні. Вимовляння дитиною слів супроводжується зазвичай жестами і мімікою.

Швидкість оволодіння активним словником у передшкільний вік має індивідуальний характер. Особливо швидко поповнюється словник в останні місяці другого року життя.

Наприкінці другого року життя формується також елементарне фразове мовлення, яке охоплює зазвичай два-три слова, що висловлюють вимогу («мама, дай», «тато, йди», «Наті пити дати»). Якщо до 2,5 року елементарне фразове мовлення не сформувалося, то вважають, що темп мовленнєвого розвитку дитини відстає від норми. Для фраз наприкінці другого року життя дітей характерним є те, що вони здебільшого вимовляють їх у стверджувальній формі з особливим порядком слів, за якого «основне» слово стоїть на першому місці. У цьому віці діти починають розмовляти з іграшками, домашніми тваринами. Наприкінці двох років мовлення стає основним засобом спілкування з дорослими. Мова жестів і міміки починає поступово згасати.

На третьому році життя різко посилюється потреба дитини у спілкуванні. У цей період не тільки стрімко збільшується обсяг загальноживаних слів, а й зростає здатність до словотворення («Андюшка — подушка», «копатка» замість лопатка, «відключити двері» замість відкрити двері). Поступово формується вміння правильно пов'язувати слова у реченні. Від простої фрази з двох слів дитина переходить до вживання складної фрази з використанням сполучників, відмінкових форм іменників, однини і множини. Збільшується кількість прикметників.

Після 3 років інтенсивно розвиваються фонематичні процеси і формується звуковимовляння. Вважають, що звуковою стороною мовлення за нормального мовленнєвого розвитку дитина оволодіває в 4—5 років. Нормативні мовленнєві звуки спочатку дуже нестійкі, легко спотворюються в разі збудження чи стомлення дитини. Наприкінці третього року життя дитина ще погано керує своїм голосом, з труднощами змінює його гучність і силу. Шепітне мовлення з'являється тільки наприкінці четвертого року життя.

Починаючи з 4 років життя фразове мовлення дитини ускладнюється (речення складається в середньому з 5—6 слів). У мовленні діти дедалі частіше використовують складнопідрядні і складносурядні речення, легко запам'ятовують і розповідають

вірші, казки, передають зміст малюнків. Свої ігрові дії супроводжують мовленням, що свідчить про формування у них регуляторної функції мовлення.

У 5-6 років у мовленні дітей з'являються узагальнені іменники і нові слова, утворені за допомогою суфіксів. Наприкінці п'ятого року життя діти оволодівають контекстним мовленням, тобто здатністю самостійно створювати текстові повідомлення, їхні висловлювання за формою починають нагадувати короткі оповідання з включенням фраз, що потребують значної кількості слів. У цей самий період спостерігають збільшення граматичних помилок (неузгодженість слів за відмінком, родом і числом), порушень у структурі речень, труднощі у плануванні висловлювання. З'являються паузи хезитації, що відображують мисленнєву активність дитини, спрямовану на пошуки адекватної лексеми або граматичної конструкції. На думку вчених, у цьому віці афективне напруження дитини стосується не стільки змісту контекстного мовлення, скільки його лексико-граматичного оформлення. Приблизно з 6 років формування мовлення дитини в лексико-граматичному плані вважають завершеним.

З 7 років життя діти вживають слова, що означають поняття, а також слова з переносним значенням, постійно оволодівають розмовно-побутовим стилем мовлення.

Узагальнюючи викладене, зазначимо, що період мовленнєвого розвитку дітей від 1 до 6 років вважають сензитивним, тобто особливо чутливим як до сприймання мовлення людей, що оточують їх, так і до впливу різних чинників зовнішнього і внутрішнього середовища. Саме в цей період діти можуть особливо продуктивно оволодівати усним мовленням за умови доброго здоров'я дитини і сприятливого мовленнєвого оточення.

Якщо в сензитивний період розвитку мовлення організм дитини зазнає впливу певних шкідливих чинників (чинників ризику), то нормальний процес мовленнєвого розвитку порушується. Вади мовлення можуть виникати або внаслідок усунення низки необхідних умов для його формування (порушення мовленнєвого спілкування з дорослими, слуху тощо), або у зв'язку з появою нових «несприятливих» чинників (різке збільшення сенсорної інформації, постійне гучне оточення, багато нових людей в оточенні дитини, зміна мовного середовища та ін.). У будь-якому разі оволодіння усним мовленням у період впливу шкідливих чинників утруднюється. Соматичні й особливо нервово-психічні захворювання, а також емоціональна депривація, обмеженість мовленнєвого спілкування можуть призвести до затримки, спотворення і патології мовленнєвого розвитку.

Незважаючи на те, що весь період від 1 до 6 років вважають сензитивним для розвитку мовлення, на цьому тлі спостерігаються достатньо обмежені за часом гіперсензитивні фази.

*Перша* з цих фаз характерна для періоду накопичення перших слів. Умовно це період від 1 до 1,5 року. Гіперсензитивність цієї фази виявляється, з одного боку, в тому, що адекватне мовленнєве спілкування дорослого з дитиною дає змогу дитині досить швидко накопичувати слова, які стають основою для подальшого нормального розвитку фразового мовлення. З іншого боку, недостатнє мовленнєве спілкування з дорослими, соматичні і психічні стреси призводять до порушення мовлення, що формується. Це може виявлятися у затриманні появи перших слів, у «забуванні» тих слів, які дитина вже знала, і навіть у припиненні мовленнєвого розвитку.

*Друга* гіперсензитивна фаза в розвитку мовлення дитини стосується трьох років (2,5—3,5 року) її життя. Це період, коли дитина активно опановує розгорнуте фразове мовлення, тобто переходить від несимволічної до символічної вербалізації (від конкретних до узагальнених форм спілкування), від односкладових фраз до комплексних та ієрархічно організованих синтаксичних і семантичних структур. Саме в цей період різко ускладнюється внутрішньомовленнєве програмування.

Реалізація дитиною мовленнєвого задуму на цьому етапі супроводжується не лише психічним, а й емоційним напруженням. Усе це позначається на характері усного мовлення. В мовленні дитини з'являються паузи, які можуть виникати не тільки між окремими фразами, а й усередині фраз і навіть слів (дизритмія мовленнєвого висловлювання). Поява пауз усередині слів як між складами, так і всередині складів (онтогенетичні паузи кезитації) свідчить про інтенсивне формування внутрішньомовленнєвого програмування. З'являються повторення складів, слів, словосполучень, або так звані фізіологічні ітерації. Цей період характеризується певними особливостями мовленнєвого дихання. Дитина може починати мовленнєве висловлювання в будь-якій із фаз дихального акту: на вдиху, видиху, в паузі між видихом і вдихом. Нерідко мовленнєве висловлювання дітей цього віку супроводжується вираженими вегетативними реакціями: почервонінням, дуже частим диханням, загальним м'язовим напруженням.

У цей самий період мовлення самої дитини стає засобом її інтелектуального і мовленнєвого розвитку. У дитини з'являється підвищена потреба в мовленнєвій активності. Вона постійно звертається до дорослого із запитаннями, ініціативно підключаючи його до спілкування з собою. Психічні стреси, а також будь-які види сенсорних депривацій можуть не лише змінити



темпового мовленнєвого розвитку (затримання мовленнєвого розвитку), а й призвести до патології мовлення (заїкання).

Третя гіперсензитивна фаза (5—6 років) характеризується формуванням контекстного мовлення, тобто самостійного зародження тексту. В цей період у дитини інтенсивно розвивається й істотно ускладнюється механізм переходу внутрішнього задуму у зовнішнє мовлення. Як і у віці 3 років, центральна нервова система дітей 5—6 років у процесі мовлення значно напружується.

Дитина у цьому віці, з одного боку, надмірно вразлива до якості мовленнєвих зразків контекстного мовлення дорослих, з іншого — психічні стреси можуть призвести до виникнення мовленнєвої патології, а обмеження мовленнєвого спілкування, низький рівень мовленнєвого оточення — до недостатньої сформованості монологічного мовлення. У подальшому ця недостатність погано компенсується і потребує спеціальної допомоги.

Отже, зазначені вікові особливості усного мовлення (нестійкість мовленнєвої функціональної системи в дошкільному віці) пояснюють вибіркочну нестійкість його розвитку впливом різних шкідливих чинників.

Узагальнені дані про стан мовленнєвого розвитку дитини від народження до семи років подано у табл. 2.9 і 2.10.

*Таблиця 2.9. Розвиток активного мовлення*

Вік, міс.	Характерні ознаки нормального мовленнєвого розвитку дитини
	Вимовляє нейтральні (нечіткі) голосні звуки, часто із закритим ротом. Гуління
	«Діалоги» у вигляді вимовляння голосних звуків; повертання голови (або всього тіла) у бік батьків. Поява приголосних .
	Використовуючи свої можливості, змінює гучність і висоту голосу
	Лепетання, вимовляє склади на зразок; «гу-гу»*.
	Плаче і сміється.
	Використовує у лепетанні різні види інтонації, зокрема інтонацію запитання.
	З'являються вказівні жести, складоподібне лепетання на зразок: <i>би-ба-ба, ма-ма-ма.</i>
	Одночасно з'являється лепетання, інтонаційно подібне до мовлення дорослого («розмовляє фразами»)
8 - 12	З'являються перші слова
12 - 16	Використовує слова, за ін тонацією подібні до речення.
	Грає з використанням голосних звуків
15 - 18	З'являються перші речення разом з першими диференціаціями слів.
	Використовує жести і вокалізацію для привертання уваги, вказування на предмети, а <b>ТАКОЖ</b> для прохання.
	З'являються осмислені слова, які тривалий час чергуються з лепетанням

Вік, vac.	Характерні ознаки нормального мовленнєвого розвитку дитини
18	Словниковий запас: від 3 до 50 слів
18	Спостерігається перенесення значення слів (наприклад, «та-то» — звертання до всіх чоловіків)
18...20	З'являються словосполучення з двох слів, граматично не оформлені. Використовує мовлення для прохань, а також коментування різних дій. Прагне привернути увагу людей, що оточують її. Можливі часті ехолалії (повторення звуків, складів і слів чужого мовлення) та імітації (наслідування), наприклад, голосів диких і домашніх тварин
20	Формується зв'язок між звучанням СЛОВА та його значенням
24	Використовує словосполучення від 3 до 5 слів (так зване «телеграфне мовлення»). Використовує прості запитання (наприклад, «Де мама?», «Іти?»). Супроводжує вимовляння слова «це» вказівним жестом. Називає себе по імені, але не «я». Коротко переказує висловлювання дорослого, але не може підтримати тему розмови. Мовлення сфокусоване на теперішній час і місце
36	Словниковий запас близько 100 слів. Правильно використовує граматичні морфеми (множину, минулий час, прийменники тощо). Зрідка спостерігаються ехолалічні повторення. Частіше використовує мовлення для позначення «там» і «годі». Задає багато запитань для продовження розмови, але не для отримання інформації
48	Використовує ектадні структури речень (наприклад, «Уранці я піду до дитсадка і буду гратися з дітьми», «Я повечеряю, а потім появлюся мультфільм») Підтримує тему розмови і додає нову інформацію. Перепитує про те, що є незрозумілим-, просить пояснення у процесі висловлювання дорослого.
60	Пристає до свого рівня мовлення залежно від слухача (наприклад, спрощує своє мовлення для дворічної дитини) Використовує значний комплекс простих і складних речень. <b>ВОЛОДІЄ</b> в основному всіма граматичними структурами (відмінками, родом, числом тощо). Оцінює речення як правильно чи неправильно побудовані (граматичні — неграматичні структури) і виправляє помилки. Розуміє жарти і сарказми, впізнає мовленнєві двозначності. Зростає здібність пристосовувати власне мовлення залежно від слухача.
65--72	Переказує відомі казки, оповідання. Складає і розповідає власні оповідання. Поширює речення. Приєднується до тих частин оповідання, пісні, вірша, що повторюються. Використовує описові слова щодо тканин, смаків тощо (м'які, жорсткі, солодкий гошо)

Таблиця 2.10. Розуміння мовлення

Вік міс.	Характерні ознаки нормального розвитку розуміння мовлення
2—5	Впізнає материнський голос
3 - 6	Швидко повертає голову на знайомий голос
4 - 6	Реагує, почувши своє ім'я
4—7	Повертається, почувши своє ім'я
6 - 8	Реагує, піднімаючи ручки, на прохання «Іди до мене»
7 - 9	Зупиняється, почувши своє ім'я
7-12	Розпізнає назви знайомих предметів
8 - 9	На запитання «Де...?» знаходить поглядом і вказує пальцем на предмети (2—5), розташовані на постійних місцях, тобто формується елементарне розуміння мовлення
8 - 10	Зупиняється, почувши голосне попередження «Не можна»
9	На запитання «Де...?» знаходить поглядом і вказує пальцем на знайомі предмети, що знаходяться в різних місцях, незалежно від їхнього постійного місцезнаходження
9 - 10	Формується процес слухової диференціації звуків мовлення
9 - 11	Зупиняється, почувши попередження «Не можна», висловлене розмовним мовленням
9 - 10	Виконує прості вказівки (на зразок «Іди до мене», «Дай...»)
11	За словесною інструкцією виконує дії, не підказані предметами
10—12	Розуміє жест «бувай-бувай» («до побачення»)
14—17	Показує принаймні три частини тіла (ніс, рот, руки або ноги)
15	Розуміє, що означають слова «відкрий» і «закрий»; виконує інструкції, в яких є ці слова
15--18	Узагальнює предмети за істотними ознаками в межах лексичного запасу дитини
15--19	Виконує інструкції, що складаються з двох частин, наприклад: «Піди в кімнату і принеси мені...»
15 -20	Розуміє, що означають прийменники «на» і «з». Виконує інструкції з цими словами
18 -25	Розуміє значення слів, що вказують на розташування предметів у просторі, таких як: «в», «під», «біля», «над», «між»
18 -25	Розуміє, що означають слова «вгору» і «вниз»
19--21	Узагальнює предмети за істотними ознаками у межах свого лексичного запасу.
	Розуміє зміст нескладного оповідання за сюжетним малюнком, відповідає на запитання дорослого
19--26	Правильно відповідає («так» чи «ні») на прості запитання
20 -29	Розуміє, що означає слово «один» дає (бере) саме один предмет
20 -30	Розуміє, що означає слово «всі» дає (бере) на прохання, наприклад, всі олівці
21 -30	Правильно визначає (вказує) предмет за назвою його кольору
22--24	Розуміє коротке оповідання дорослого про події, які були в досвіді дитини
23- 36	Показує на прохання більший з двох предметів
48--70	Слухає оповідання та стежить за малюнками. Виконує три- і багатоступеневі інструкції. Задає відповідні запитання

## 2.5. Розвиток спілкування та гри

Розвиток комунікативних умінь та навичок дитини формується в процесі пізнання навколишнього світу; спілкування з дорослими та ровесниками. Велике значення має ігрова діяльність.

Розглянемо зміст основних етапів формування різних видів діяльності дітей раннього віку та ті вміння, що мають бути сформованими в певний віковий період (табл. 2.11).

Таблиця 2.11. Характерні ознаки нормального розвитку дитини

Вік. міс.	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
2	Повертає голову й очі на звуки. Посміхається під час спілкування
2—3	Вигукує звуки, коли з нею розмовляють
2-3	Користується голосом для висловлювання емоцій (не тільки плаче)
2—5	Намагається привернути увагу дорослого лепетанням та усмішкою
3-4	Збуджується (радіє), коли дорослий бере на руки. Впізнає знайомих дорослих
3—5	Трясе брязкальцем, якщо його вкласти в її руку
6	Простягає руки, чекаючи, коли її візьмуть на руки
3-6	По-різному реагує на сторонніх людей і на знайомих
4--8	Посміхається, коли дорослий робить смішну гримасу. Тягнеться до знайомої людини
5—7	Голосно сміється, коли лоскочуть. Прибирає хустинку; якщо нею закрити її обличчя
5-9	Сміється, коли дорослий робить смішну гримасу
6-8	Кидає іграшки і дивиться, як вони падають. Намагається привернути увагу дорослого тим, що тягнеться до нього і протягує руки
6-9	Реагує на гру в схованку («ку-ку»)
7-8	Кидає і піднімає іграшки
7-9	Любить кидати іграшки, для того щоб дорослий їх підібрав
7-11	Плаче, коли забирають іграшку
8	Грає в гру на зразок «Дай і візьми» з обміном предметів з дорослим. Махає рукою на прощання. Плаче або повзе за мамою після того, як вона виходить з кімнати
8--10	Імітує гру «долоньки-долоньки»
8--11	Пручається, коли дорослий (або дитина) намагається відібрати іграшку.
8--13	Обіймає маму, виявляючи свою любов до неї
9--12	Плаче, коли сварять. Грає у схованку («ховає» обличчя долонями). Дає іграшку матері, якщо вона попросить. Простягає руку, щоб показати, що в ній тримає
10-11	Плескає в долоні, коли попросять
10--12	Вказує рукою (чи пальцем) на щось для неї цікаве.

Вік, міс.	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
	<p>Вказує на предмет, який хоче взяти.  Вимагає щось дати, простягаючи руку і виконуючи хапальний жест (розкриває і закриває долоню).  Переносить дії, розучені з одним предметом, на інший.  Катає м'ячик з дорослим.  Стискає ляльку чи іншу іграшку, щоб вони зазвучали.  Грає з ляльками</p>
10-14	Прикладає до вуха телефонну слухавку
11-15	«Читає» (відкриває книгу, перегортає сторінки). Возить іграшкову машину або іграшковий візок
12	Зростає зоровий контакт з дорослими під час гри з іграшками. Киває головою на знак заперечення
12-14	Наслідуює вираз обличчя дорослого
12 і більше	Намагається повторити слова
ніж 15	Частіше ініціює ігри
13 і більше	Обіймає або цілує ляльку
ніж 15	
13-17	«Пише» олівцем або ручкою
13-19	Цілує дорослого, коли просять
14 більше	Підмітає віничком
ніж 15	
14-19	Копає лопаткою
14-20	Чмокає губами, щоб показати «смачно». Хитає головою в значенні «ні»
14-21	Повторює слова, коли просять
15 більше	Просить їжу за допомогою слів чи звуків
ніж 15	
Більше	Відображує в грі окремі дії, за якими спостерігала раніше
ніж 15	
15-18	Імітує знайомі справи (наприклад, «розмовляє по телефону» або «спить»)
Більше ніж	Зазвичай ділиться іграшками або іншими речами
15-19	
15-21	Просить допомогти, коли щось робить
16-23	Грає з іншими дітьми, робить щось разом з ними. Стискає плечима, щоб показати: «більше немає», «закінчилося» або «пропало»
17	Хитає головою в значенні «так»
17-21	З'являється щось подібне до гри: показує, пропонує, бере іграшки
18	Кладе ляльку в ліжко
18-28	Іноді говорить «ні», коли дорослий на чомусь наполягає
19-29	Посилає повітряні поцілунки
20	Співчуває іншим дітям, намагається допомогти, втішити їх
22-24	Відтворює низку послідовних ігрових дій
23-25	З'являються епізоди, що нагадують гру
24	За умови активності дитини з'являється діяльність, подібна до ігрової (наприклад, ігри на зразок: «Дожени і доторкнися»)

Вік. міс-	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
74—28	Гра набуває сюжетною характеру; відображує різноманітні сюжети з життя людей, що оточують Ті. і характеризується взаємозв'язком і послідовністю дій. Починає використовувати предмети-замінники. Висловлює скарги словами
26-40	Вітається (наприклад. «Привіт»)
27-40	З'являються елементи рольової гри з відображенням у ній людських взаємовідносин
28 - 36	Навчається взаємодії з однолітками
36	Епізоди наслідування взаємовідносин з дорослими. Часто свариться з однолітками
36-38	Любить допомагати батькам у веденні домашнього господарства
36-40	Любить смішити інших. Бажає зробити щось добре батькам
37-40	Виключає небажаних дітей з гри
45-48	Віддає перевагу друзям по грі
46-48	Взаємодіє з однолітками вербально (словесно), іноді фізично (штовхає, гладить, бере за руку тощо)
48	Розподіляє ролі з однолітками в соціодраматичній грі

## 2.6. Емоційно-соціальний розвиток

Соціалізація дитини — це встановлення зв'язків між дитиною та іншими людьми і засвоєння нею соціальних навичок. Узагальнені дані про стан емоційно-соціального розвитку дитини наведено в табл. 2.12.

Таблиця 2.12. Соціальні зв'язки дитини у різні періоди її життя

Вік. міс.	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
I	Виявляє інтерес до людського обличчя. Іноді відрізняє обличчя матері
2	Може з'явитися посмішка в разі появи людського обличчя
6	Роздивляється на своє зображення у дзеркалі
6-7	Відрізняє «своїх» і «чужих». Стримано зустрічає незнайомих людей: ніяковіє і боїться
7	Всміхається мамі і тим людям, яких добре знає. Просить на руки. Просить поносити Ті
8-11	Починає поглядом активно шукати маму, яка раптово зникла
8—12	Не звертає уваги на інших дітей Кричить і плаче, коли її забирають від матері (або від особи, яка постійно про неї дбає). Просить тримати її за руку
9	Маніпулюючи іграшками, посміхається, спокійна, зацікавлена.

Вік, міс. і	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
	<p>Виявляє особливу цікавість (віддає перевагу) до деяких іграшок. Посміхається у відповідь на результат дії (наприклад, відкрила коробочку) за наслідуванням.</p> <p>Виявляє нестійкий інтерес до дітей. їх гри.</p> <p>Радіє веселим іграм з дорослим, танцювальним рухам.</p> <p>Посмішкою, хмиканням звертає на себе увагу, проситься на руки.</p> <p>Розрізняє і адекватно (відповідно) реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені.</p> <p>Плаче, ображається, відповідає: у відповідь на різний тон голосу дорослого; з появою незнайомої людини; у разі невміння виконати дію.</p> <p>Незадоволена, якщо не може самостійно змінити позу.</p> <p>З'являється специфічний вираз обличчя за різних ситуацій: інтерес, задоволення, радість, увага, образа.</p> <p>Повзе назустріч іншій дитині.</p> <p>Наслідує деякі рухи та дії іншої дитини</p>
12	Сміючись та лепечучи, протягує та віддає іграшку іншій дитині. Шукає іграшку, «заховану» іншою дитиною
15-18	Вимушено звертає увагу на інших дітей — частіше у зв'язку з тим, що починає взаємодіяти з ними (наприклад, хоче взяти той самий предмет)
16-18	Виявляє адекватні реакції на різні ситуації
19—21	Виявляє деякі ознаки недовіри
19-24	Граючись із дітьми, не займається спільною діяльністю — кожна дитина грає окремо, сама по собі.
24	Дружні зв'язки короткочасні, нестійкі
24-30	Вдосконалює вибіркоче ставлення до дітей і дорослих. З'являються елементи фантазії
24-36	Виявляє елементи символічності, імітує деякі елементи побутового та соціального життя. Набуває елементарного досвіду соціального життя
24-36	Спостерігає за іншими дітьми, ненадовго приєднується до гри. Робить вибір з двох альтернатив. Захищає своє майно.
	<p>Починає грати в «дім», залучається до простих ролей.</p> <p>Бере участь у заняттях у малих групах (наприклад, спів, плескання в долоні, танці тощо) впродовж 5—10 хв.</p> <p>Знає ознаки статі.</p> <p>Наполягає на самостійності.</p> <p>Послідовно виконує три-чотири дії за одного нагадування.</p> <p>Самостійно грається за власною ініціативою 15 хв.</p> <p>Виражає різні емоції відповідними діями, словами або виразом обличчя</p>
30-36	Виявляє елементи негативізму і самостійність
36	Розповідаючи про себе, починає вживати займенник «я»
36-48	Ініціює соціальну взаємодію з іншою дитиною або з дорослим.

Продовження табл. 2. II

Вік. міс.	Характерні ознаки нормального розвитку дитини
	<p>Ділиться іграшками, матеріалами або стравами.                      Починає розігрувати драматичні ігри, виконуючи цілі <b>СЦЕНКИ</b> (наприклад, подорож, <b>іграшковий</b> будиночок, зображує тварин).                      Питає дозволу взяти річ, що належить <b>іншій дитині</b>.                      Бере участь у діяльності <b>МАЛИХ</b> груп (під керівництвом педагога) впродовж 10- 15 хв.                      Грається з 2—3 дітьми з частими взаємодіями протягом 15 хв.                      Чекає або відкладає виконання свого бажання на 5 хв.                      Сумлінно виконує до трьох правил денного розпорядку.                      Проводить дозвілля, спілкуючись сама з собою.                      Часто ставить запитання дорослим.                      Уважно слухає розповідь дорослого чи дитини; просить, щоб її слухали</p>
48—60	<p>Грає в прості настільні ігри.                      Сюжетно-рольові ігри наближаються до реальності; приділяє увагу деталям і простору.                      Вирішує <b>проблеми з ровесниками</b> заміною, переконанням або переговорами.                      Розповідає про недавні заняття, події.                      Потребує позитивного оцінювання своїх дій, вчинків.                      Пояснює причини почуттів своїх товаришів.                      Послідовно і самостійно намагається виконати завдання, що відповідає рівню розвитку.                      Обережно поводить з речами, що належать іншим.                      Припиняє негідну поведінку після першого зауваження.                      Самостійно вирішує завдання, які ставить перед собою.                      Зосереджується на новій інформації.                      Активно та творчо грається.                      У щоденній діяльності використовує побутові знання та вміння.                      Об'єктивно оцінює складність завдань і свої можливості щодо виконання їх</p>
60—72	<p>Самостійно вибирає друзів серед інших дітей.                      Послідовно вирішує проблеми за складних ситуацій.                      Грає у змагальні ігри.                      Разом з іншими дітьми бере участь у кооперативних іграх, що передбачають групове прийняття рішень, розподілення ролей, чесну гру.                      Вітає, підтримує іншу дитину чи допомагає їй.                      Висловлює позитивні твердження щодо своїх здібностей.                      Самостійно виконує всі аспекти завдання, що відповідає розвитку.                      Самостійно працює впродовж 20 хв</p>

Порівняльну характеристику стану загального розвитку дитини від 4 до 7 років наведено у табл. 2.13.



Таблиця 2.13. Порівняльна характеристика стану розвитку дитини на 4—7-му роках життя

Показник	Вік			
	4 роки	5 років	6 років	7 років
Моторний розвиток	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вільні, координовані рухи рук, під час ходьби не шаркає ногами.</li> <li>2. Кидає м'яч двома руками, відштовхує, ловить його, не притискаючи до грудей.</li> <li>3. Стрибає з висоти і в довжину (на 15—20 см), підскакує на місці з відривом ніг від підлоги.</li> <li>4. За сигналом може стримувати рух.</li> <li>5. Любить лазити.</li> <li>6. Заводить ключем механічну іграшку.</li> <li>7. Вміє правильно тримати олівець і проводити горизонтальні і вертикальні лінії</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Формується правильна постава, правильно тримає голову під час ходьби і бігу.</li> <li>2. Добре координовані рухи рук і ніг під час ходьби.</li> <li>3. Вміє ходити і бігати по колу, на носочках, тримаючись за руки; не боїться стрибати з висоти.</li> <li>4. Може ходити по бруску 30 см заввишки і 20 см завширшки.</li> <li>5. Б'є м'ячем об землю, підкидає і ловить його.</li> <li>6. Чітко координує рухи пальців під час конструювання.</li> <li>7. Добре вільно малює горизонтальні і вертикальні лінії</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рухи набувають легкості, витонченості, стають енергійними і точними.</li> <li>2. Із захопленням стрибає з розгону у висоту і довжину.</li> <li>3. Розмахується під час метання предмета.</li> <li>4. Ловить м'яч однією рукою.</li> <li>5. Може ходити боком по лавці.</li> <li>6. Вміє стрибати па місці, почергово змінюючи ноги.</li> <li>7. Вільно малює олівцем і фарбами, вирізує ножицями будь-які форми</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Може швидко перебудуватися під час руху, шикуватися в колоні, шерензі, колі.</li> <li>2. Може викопувати ритмічні рухи в зазначеному темпі.</li> <li>3. Може кататися на лижах, ковзанах, самокаті, триколісному велосипеді.</li> <li>4. Вчиться плавати без підтримки, грати в теніс, бадмінтон.</li> <li>5. Добре вміє працювати з різними матеріалами—гіпером, картоном, тканиною.</li> <li>6. Втягує нитку в голку, пришиває гудзика.</li> <li>7. Може користуватися пилкою і молотком</li> </ol>
Сенсорний розвиток	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Знає шість основних кольорів, добирає предмети за кольором і відтінком.</li> <li>2. Знає і добирає «коло», «квадрат», «трикутник», вміє порівнювати предмети за довжиною, шири-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Знає вісім кольорів, під час малювання використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки.</li> <li>2. Може розставити предмети в зростаючому й зворотному порядку.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ретельно, планомірно досліджує предмети за допомогою зору і на дотик.</li> <li>2. Визначає і називає нові геометричні форми — ромб і овал.</li> <li>3. Правильно називає від-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Правильно називає прості і складні геометричні форми.</li> <li>2. Правильно вказує на основні відмінності геометричних форм.</li> <li>3. Під час малювання пра-</li> </ol>

j

	<p>пою, висотою.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Правильно орієнтується в просторі, знає поняття «біля», «поруч», «за», впізнає предмети на дотик</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Орієнтується в сторонах власного тіла і тіла співрозмовника</li> </ol>	<p>тінки кольорів (блакитний, рожевий, фіолетовий, сірий)</p>	<p>вільно використовує лічильні тільки кольори, а й їхні відтінки</p>
Розумовий розвиток	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розуміє поняття «багато», «мало», «один», рахує до п'яти, знає пори року, доби (день-ніч).</li> <li>2. Задає запитання: «Що?», «Навіщо?», «Чому?»</li> <li>3. Уважно слухає, переказує, виділяє істотне в казці, називає сюжет картин</li> <li>4. Мовлення фразове, граматично оформлене</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рахує до п'яти, порівнює невеликі кількості.</li> <li>2. Формуються узагальнені поняття на зразок: «меблі», «фрукти», «транспорт» тощо.</li> <li>3. У розповіді може виділити причинно-наслідкові зв'язки узагальнювальних понять.</li> <li>4. Мовлення фразове, з правильною вимовою</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рахує до десяти, додає числа у межах 10, має поняття про розподіл на рівні частини.</li> <li>2. Послідовно називає дні тижня, пори року.</li> <li>3. Може узагальнювати 4—5 предметів методом виключення, називає складові.</li> <li>4. Робить послідовний умовивід за 2—4 картинками, міркує, мовлення недорікувате</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Володіє прямим і зворотним рахунком у межах 10, вирішує найпростіші задачі на додавання і віднімання.</li> <li>2. Диференціює кількість, незалежно від форми, величини, узагальнює методом виключення, мотивує.</li> <li>3. Чітко встановлює причинно-наслідкові зв'язки, виділяє істотне.</li> <li>4. Володіє великим запасом слів, мовлення граматично оформлене, знає букви, читає склади</li> </ol>
Ігрова діяльність	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. З'являється сюжетно-рольова гра з двома-трьома дітьми.</li> <li>2. Гра триває від 10 до 40 хв.</li> <li>3. З'являються улюблені ігри, любить грати з будівельним матеріалом.</li> <li>4. Займається конструюванням більше ніж 10 хв, буде — «гараж», «кімнату»</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Збільшується розмаїття ігор, збагачується сюжетний задум гри.</li> <li>2. Стрижем гри є взаємини між людьми.</li> <li>3. У грі дотримується визначених правил, що відображують суспільні функції.</li> <li>4. Гра тривала</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Виявляє стійку зацікавленість до гри.</li> <li>2. Є улюблені ігри і ролі.</li> <li>3. Сюжет гри набуває найбільшої повноти, яскравості і виразності.</li> <li>4. У грі найчастіше відображує життя людей, що оточують її</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Створює план гри, удосконалює її задум, намагається перевагу груповим іграм.</li> <li>2. У процесі гри узагальнює й аналізує свою діяльність.</li> <li>3. Гра може тривати впродовж кількох днів.</li> <li>4. Віддає перевагу груповим іграм</li> </ol>

Локазник	Вік			
	5 років	6 років	7 років	8 років
Поведінка	<p>1. Уважно слухає, про що розмовляють дорослі, називає ім'я і по батькові дорослих,</p> <p>2. Дотримується елементарних правил поведінки у суспільстві.</p> <p>3. Сформовані гігієнічні навички (охайність, умивання, миття рук після туалету)</p>	<p>1. Міркує з приводу побаченого, робить критичні зауваження.</p> <p>2. З'являються зачатки відповідальності за доручену справу, прагне бути корисним для оточення.</p> <p>3. Вміє підкоряти свої бажання вимогам дорослих, починає засвоювати правила взаємостосунків</p>	<p>1. Погоджує свою діяльність з іншими людьми.</p> <p>2. Починає свідомо дотримуватися правил поведінки з розумінням їхнього значення.</p> <p>3. Не тільки сама виконує правила поведінки, а й стежить, щоб їх дотримували інші діти</p>	<p>1. Відчуває складні моральні переживання за свої і чужі вчинки.</p> <p>2. Здатна критично аналізувати риси характеру і взаємини людей.</p> <p>3. Перша вітається з дорослим, дякує, поступається місцем, добайливо ставиться до речей</p>
Навички	<p>1. Самостійно одягається, застібає гудзика, блискавку, але не шнуркує черевика.</p> <p>2. Самостійно їсть, при цьому правильно тримає ложку, вміє користуватися виделкою.</p> <p>3. Самостійно вмивається і витирається</p>	<p>1. Вміє правильно користуватися предметами домашнього побуту.</p> <p>2. Вміє підтримувати чистоту і порядок у кімнаті.</p> <p>3. Самостійно одягається, зокрема зав'язує шнурки</p>	<p>1. Все вміє робити самостійно — умиватися, одягатися, користуватися столовим посудом.</p> <p>2. Активно підтримує встановлений порядок і чистоту вдома і дитячому садку.</p> <p>3. Вільно користується ножицями</p>	<p>1. Виконує індивідуальні доручення, формуються трудові навички — прибирання кімнати, догляд за квітами.</p> <p>2. Здатна критично аналізувати риси характеру.</p> <p>3. Хлопчики вміють користуватися молотком, пілкою, рубанком</p>

Handwritten musical notation and lyrics in Ukrainian. The notation includes notes, rests, and clefs. The lyrics are written below the notes. The text is partially obscured by a large, stylized watermark or graphic element in the center of the page.

Порушення усного мовлення

Розлади фонаційного оформлення:

- *афонія, дисфонія* — відсутність або порушення голосу;
- *брадилалія* — патологічно уповільнений темп мовлення;
- *тахілалія* — патологічно пришвидшений темп мовлення;
- *заїкання* — порушення темпоритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату;
- *дислалія* — порушення вимовної сторони мовлення за нормального слуху і збереженої інтервації мовленнєвого апарату;
- *ринолалія* — порушення тембру голосу і звуковимови. зумовлене анатомо-фізіологічними вадами мовленнєвого апарату;
- *дизартрія* ~ порушення вимовної сторони мовлення, зумовлене недостатньою інервацією мовленнєвого апарату.

Порушення структурно-семантичного оформлення висловлювання:

- *алалія* — відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку;
- *афазія* — повна або часткова втрата мовлення, спричинена локальними ураженнями головного мозку.

Порушення писемного мовлення

*Дислексія (алексія)* — часткове (повне) порушення процесів читання.

*Дисграфія (аграфія)* — часткове (повне) специфічне порушення процесів письма.

Для цієї класифікації притаманне поєднання психолого-лінгвістичних і клінічних (етіопатогенетичних) критеріїв.

Відповідно до особливостей порушення для кожної форми нині розроблено специфічні методи і прийоми корекційно-логопедичної роботи.

Як основу для комплектування спеціальних логопедичних закладів і вибору фронтальних методів впливу широко використовують *психолого-педагогічну класифікацію мовленнєвих порушень*. Вона розроблена Р. Левіною і ґрунтується на виділенні насамперед тих ознак мовленнєвої недостатності, які важливі для здійснення єдиного педагогічного підходу до навчання і виховання.

На основі психолінгвістичних критеріїв — порушення мовних засобів спілкування і порушення в застосуванні засобів спілкування в процесі мовленнєвої комунікації — вади мовлення поділяють на дві групи.

До *першої групи* належать такі порушення: фонетичне недорозвинення; фонетико-фонематичне недорозвинення; загальне недорозвинення мовлення.

До *другої групи* відносять заїкання, за якого основою вади є порушення комунікативної функції мовлення за збереженості мовних засобів спілкування.

Психолого-педагогічна класифікація відкрила широкі можливості для впровадження в логопедичну практику науково обгрунтованих фронтальних методів корекційного впливу на порушене мовлення й інші психічні функції дітей дошкільного і шкільного віку. Під кутом зору психолого-педагогічної класифікації найзначнішим є питання про те, як саме компоненти мовленнєвої системи недорозвинені або порушені. Дотримуючись цього підходу, логопед може чітко спланувати напрям корекційного навчання за відповідної категорії мовленнєвого розладу: загального недорозвинення мовлення, фонетико-фонематичного недорозвинення, в разі недоліків вимовлення звуків.

Кожну групу вад, у свою чергу, розрізняють за формою (природою) порушення і ступенем її вираженості.

Клініко-педагогічна і психолого-педагогічна класифікації взаємно доповнюють одна одну і використовуються як в діагностиці, так і для корекції мовленнєвих порушень.

## **2.8. Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини**

Мовленнєва функція відіграє важливу роль у психічному розвитку дитини, в процесі якого відбувається становлення **пізнавальної діяльності**, формуються здібності до понятійного мислення. Повноцінне мовленнєве спілкування є необхідною умовою здійснення нормальних соціальних людських контактів, а це, в свою чергу, розширює уявлення дитини про навколишній світ. Оволодіння дитиною мовленням певною мірою регулює її поведінку, допомагає спланувати адекватну участь у різних формах колективної діяльності.

Тому виражені відхилення в мовленнєвому розвитку дитини мають такі негативні наслідки:

- а) відстає психічний розвиток дитини;
- б) уповільнюється формування всіх рівнів пізнавальної діяльності;
- в) з'являються порушення емоційно-вольової сфери, що призводить до формування особливих особистісних якостей (замкненість, емоційна нестійкість, відчуття втрати, нерішучості);

г) виникають труднощі в засвоєнні письма і читання, ще знижує успішність дитини у навчанні,

У літературі питанням поетапності становлення мовлення за його нормального розвитку приділяється достатньо багато уваги. В монографії А. Гвоздева, в працях Г. Розенгард-Пупко, Д. Ельконіна, О. Леонтєва, Н. Швачкіна, В. Бедьтокова докладно описано становлення мовлення у дітей з раннього дитинства.

Ці автори з різних позицій розглядають і виділяють етапи мовленнєвого розвитку. Так, А. Гвоздев на основі докладного, вивчення послідовності засвоєння дитиною частин мови, структур речень, характер граматичного оформлення їх пропонує свою періодизацію.

Г. Розенгард-Пупко розглядає два періоди формування мовлення: до 2 років — підготовчий; від 2 років і далі — період самостійного становлення мовлення. Спираючись на дослідження О. Леонтєва, можна умовно виділити основні періоди мовленнєвого розвитку і в кожному з них визначити ту симптоматику, яка має насторожувати педагога в процесі спілкування з дитиною. Спинимось докладніше на чотирьох періодах:

1-й — *підготовчий* (з моменту народження — до 1 року);

2-й — *переддошкільний* (від 1 до 3 років);

3-й — *дошкільний* (від 3 до 7 років);

4-й — *шкільний* (від 7 до 17 років).

#### Підготовчий період

Дитина з'являється на світ і свою появу оголошує криком. Крик — перша голосова реакція дитини. І крик, і плач дитини активізують діяльність артикуляційного, голосового, **дыхально-го** відділів мовленнєвого апарату. Тому якщо в розділі «анамнестичні дані» зазначено, що дитина народилася в асфіксії і відразу не **закричала**, то ця інформація вже може бути важливим діагностичним симптомом для логопеда.

Період **«гудіння»** відмічають у всіх дітей. Уже в 1,5 міс., а потім — в 2—3 міс. голосові **реакції дитини** виявляє у вимові таких звуків, **як а-а-бм-бм, бль, у-гу, бу**. Саме вони в **подальшому** стають основою для становлення членороздільності мовлення. **«Гуління»** у всіх дітей народів світу однакове.

У 4 міс. ускладнюються звукові сукупності: з'являються нові, на зразок *гн-агн, ля-сіля, рн*. Дитина в процесі «гуління» ніби **грається** зі своїм артикуляційним апаратом, кілька разів повторює той самий звук, отримуючи при цьому задоволення. Гудить дитина тоді, коли вона суха, виспалася, нагодована і здорова.

Якщо поблизу перебуває хтось із рідних і починає «розмовляти» з дитиною, то вона із задоволенням слухає звуки і ніби «підхоплює» їх. На тлі такого позитивного емоційного контакту дитина починає наслідувати дорослих, намагається урізноманітнювати голос виразною інтонацією.

Для розвитку навичок «гудіння» рекомендується і так зване зорове **спілкування**, під час якого дитина вдивляється в міміку дорослого і намагається відтворювати її. В своїх працях О. Тихєєва порівнює дитину в період «гудіння» з музикантом, що наструє свій інструмент.

За нормального розвитку дитини «гудіння» поступово переходить у лепет. У 7—8,5 міс. діти вимовляють склади на зразок *ба-ба, дя-дя*, співвідносячи їх з людьми, що оточують їх. Лепет — це не механічне відтворення складових співвідношень, а співвідношення їх з визначеними людьми, предметами, діями. У процесі спілкування з дорослими дитина поступово намагається відтворювати інтонації, темп, ритм, мелодійність, а також вимовляти звукові елементи мовлення їх. У 9—10 міс. розширюється обсяг лепетних слів, які дитина намагається повторювати за дорослим.

У 8,5—9 міс. лепет має модульований характер з різноманітними інтонаціями. Проте не у всіх дітей цей процес однаковий: із зниженням слухової функції гудіння «затухає», і це нерідко є діагностичним симптомом. Так, якщо на консультацію приводять дитину без мовлення в 2,5—3 роки, яка не розуміє звернене до неї мовлення і не розмовляє, важливо з'ясувати, чи не зникало у неї «гудіння» в ранньому віці. В подібних випадках потрібно обов'язково зробити їй аудіограму.

У дослідженнях фахівців з лінгвістики дитячого мовлення визначено основну послідовність її формування: від стадії лепету до 7 років (А. Гвоздев, Є. Ісеніна, Н. Лепська, В. Тарасун, В. Тищенко, С. Цейтлін, А. Шахнарович).

#### **Переддошкільний період**

У цей період розширюється обсяг лепетних слів, що використовує дитина. Переддошкільний період характеризується підвищеною увагою дитини до дорослих, що оточують її, посилюється її мовленнєва активність. Слова, що використовує дитина, багатозначні: одночасно тим самим лепетним словом вона позначає кілька понять: *«бах»* — впав, лежить, спіткнувся; *«дай»* — віддай, принеси, подай; *«биби»* — іде, катається, машина, літак, велосипед.

Після півтора року спостерігається збільшення активного словника дітей, з'являються перші речення, що складаються з

аморфних слів-коренів: «*тато, ди*» (тг то, йди); «*ма, да кх*» (мама, дай кицю).

Як показують дослідження, діти не відразу оволодівають правильним мовленням: одні явища мови засвоюють раніше, інші пізніше. Отже, що простіше за звучанням і структурою слова, то їх легше запам'ятовують діти. У цей період особливо важливу роль відіграє сукупність таких чинників:

а) механізм наслідування слів дорослих, що оточують дитину;

б) складна система функціональних зв'язків, що забезпечують здійснення мовлення;

в) сприятливі умови, в яких виховується дитина (доброзичливе, уважне ставлення до дитини, повноцінне мовленнєве оточення, достатнє спілкування з дорослими).

Аналізуючи кількісні показники зростання лексичного запасу дітей у цьому віці, можна навести такі дані: півтора року — 10—15 слів, до кінця 2 року — 30 слів, до 3 років — близько 100 слів.

Таким чином, упродовж півтора року відбувається кількісний стрибок у розширенні словника дітей.

Характерним показником активного мовленнєвого розвитку дітей на цьому етапі є поступове формування граматичних категорій.

Можна виділити в цей період етап «*фізіологічного аграматизму*», коли дитина використовує в спілкуванні речення без відповідного граматичного оформлення їх: «*Мама, дай ляля*» (мама, дай ляльку); «*Вова ма тина*» (у Вови немає машини).

У разі нормального мовленнєвого розвитку цей період триває всього кілька місяців і до 3 років дитина самостійно вживає найпростіші граматичні конструкції.

Багато батьків оцінюють мовленнєвий розвиток своєї дитини тільки за ступенем правильності звуковимови. І в цьому вони помиляються, оскільки показником становлення дитячого мовлення є своєчасний розвиток у дитини здібності використовувати свій лексичний запас у різних структурах речень. Уже в 2,5—3 роки діти використовують три- і чотирискладові речення з частковими граматичними формами (*йди - йде — йдемо — не йду; лялька — ляльці — ляльку*).

У 1—3 роки дитина багато звуків рідної мови переставляє, випускає, замінює простішими за артикуляцією. Це пояснюється віковою недосконалістю артикуляційного апарату, недостатнім рівнем сприймання фонем.

Проте характерним для цього періоду є достатньо стійка вимова інтонаційно-ритмічних, мелодичних контурів слів, наприклад: «*касянав*» (космонавт), «*піяміда*» {піраміда), «*ітая*» (гітара), «*тітаяська*» (чебурашка), «*сітоська*» (свинюшка).

Як зазначає Н. Жу сова, «з моменту появи у дитини можливості правильно будувати нескладні речення і змінювати слова за відмінками, числами, родами і часом відбувається якісний стрибок у розвитку мовлення».

*Таким чином, до кінця переддошкільного періоду діти спілкуються між собою і дорослими, що оточують їх, використовуючи структуру простого поширеного речення з найпростішими граматичними категоріями мовлення.*

Батьки і вихователі мають знати, що найсприятливіший і інтенсивний період у розвитку мовлення дитини припадає на перші три роки життя. Саме в цей період всі функції центральної нервової системи в процесі природного формування їх найлегше піддаються тренуванню і вихованню. Якщо умови розвитку в цей час несприятливі, то формування мовленнєвої функції настільки спотворюється, що в подальшому не завжди вдається в повному обсязі сформувати повноцінне мовлення.

*Узроки практично завершується анатомічне дозрівання мовленнєвих ділянок мозку. Дитина оволодіває основними граматичними формами рідної мови, накопичує визначений лексичний запас. Тому, якщо в 2,5—3 роки вона спілкується за допомогою лепетних слів і уривків лепетних речень: «ноти» (ніжки), «віко» (вікно), «деві» (двері), «ути» (руки); «тина» (машина), потрібно терміново проконсультувати її в логопеда, перевірити фізіологічний слух і організувати корекційні заняття в умовах ясельної або дошкільної логопедичної групи. Залишити без спеціальної допомоги таку дитину не можна, тому що буде упущений найсприятливіший період в її мовленнєвому розвитку.*

#### Дошкільний період

Цей період характеризується найінтенсивнішим мовленнєвим розвитком дітей. Нерідко спостерігається якісний стрибок у розширенні словникового запасу. Дитина починає активно використовувати всі частини мовлення, поступово формуються навички словотворення.

Деякі автори виділяють етап дитячого словотворення, підвищеної зацікавленості до мовленнєвих явищ і узагальнень (Н. Ушакова, С. Цейтлін та ін.). Процес засвоєння мови відбувається так динамічно, що після трьох років діти з високим рівнем мовленнєвого розвитку спілкуються за допомогою не тільки граматично правильно побудованих простих речень, а й багатьох видів складних речень, з використанням сполучників і сполучних слів (*щоб, тому що, той... який*).

У цей час активний словник дітей досягає 3—4 слів, формується більш диференційоване використання слів відповідно до їх значення, здійснюються процеси словозміни.



У віці 5—6 років висловлювання дітей досить поширені, простежується визначена логіка викладання. Нерідко в їхніх розповідях з'являються елементи фантазії, бажання придумувати епізоди, яких насправді не було.

У дошкільний період спостерігаються достатньо активне становлення фонетичної сторони мовлення, вміння вимовляти слова різної складової структури і звуконаповненості. Якщо у когось із дітей і виникають при цьому помилки, то вони стосуються найскладніших, маловживаних і найчастіше незнайомих для них слів. При цьому достатньо виправити дитину, дати зразок відповіді і трохи «повчити» її правильно вимовляти це слово, і вона швидко введе його в самостійне мовлення.

Розвинена навичка слухового сприймання допомагає дитині контролювати власну вимову і чути помилки в мовленні дорослих, що оточують її. В цей період формується мовленнєве відчуття, що забезпечує впевненість використання в самостійних мовленнєвих висловлюваннях усіх граматичних категорій. Якщо в цьому віці дитина допускає стійкий аграматизм (*«граю батиком»* — граюсь з братиком; *«мамою були магазині»* — з мамою були в магазині; *«м'ячупав і тоя»* — м'яч упав зі стола), скорочення і переставляння складів і звуків, уподібнення складів, їх заміну і пропуск, то це є важливим і переконливим симптомом, що засвідчує виражене недорозвинення мовлення. Такі діти потребують систематичних логопедичних занять ще до вступу їх до школи.

Отже, до кінця дошкільного періоду діти мають володіти розгорнутим мовленням, фонетично, лексично і граматично правильно оформленим.

Рівень розвитку фонематичного слуху дає змогу їм володіти навичками звукового аналізу і синтезу, що є необхідною умовою засвоєння грамоти в шкільний період. Як зазначав А. Гвоздев, до семи років дитина оволодіває мовленням як повноцінним засобом спілкування (за умови збереженості мовленнєвого апарату, якщо немає відхилень у психічному й інтелектуальному розвитку, якщо вона виховується в нормальному мовленнєвому і соціальному оточенні).

#### Шкільний період

Упродовж цього періоду триває удосконалення зв'язного мовлення. Діти усвідомлено засвоюють граматичні правила оформлення вільних висловлювань, повністю оволодівають звуковим аналізом і синтезом, формується писемне мовлення.

Отже, розвиток дитячого мовлення — це складний і різнобічний процес. Діти не відразу оволодівають лексико-граматич-

ним складом, словозміною, звуковимовою і складовою структурою. Одні мовленнєві групи засвоюються раніше, інші — значно пізніше. Тому на різних стадіях розвитку дитячого мовлення одні елементи мови виявляються вже повністю засвоєними, а інші — лише частково. Засвоєння фонетики тісно пов'язане із загальним поступальним процесом формування лексико-граматичного складу української мови.

#### **Контрольні запитання і завдання**

1. Що розуміють під поняттям «порушення мовлення»?
2. Схарактеризуйте основні види мовленнєвої патології: в усному й писемному мовленні.
3. У чому полягають основні особливості двох типів класифікації мовленнєвих порушень?
4. Роль мовленнєвої функції в психічному розвитку дитини.
5. Які негативні наслідки виражених відхилень у мовленнєвому розвитку дитини?
6. Схарактеризуйте основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини: підготовчий; переддошкільний; дошкільний; шкільний.

## РОЗДІА

### ДИСЛАЛІА

#### 3.1. Класифікація дислалій

Дислалія — це порушення вимовної (звукової) сторони мовлення за збереженої іннервації мовленнєвого апарату; що найчастіше виявляється в дитячому віці. Неправильна вимова може фіксуватися батьками і людьми, що оточують дитину, досить рано, оскільки діти оволодівають артикуляцією звуків лише поступово. Прийнято вважати, що помилки у вимові, виявлені до 5 років, є фізіологічно зумовленими, подолання яких здійснюється спонтанно в тих випадках, коли у дитини немає відхилень у мовноруховому і слуховому аналізаторах.

Зниження слуху утруднює своєчасне і повноцінне формування звукової сторони мовлення. Так, у дітей зі зниженим слухом особливі труднощі виникають під час засвоєння, наприклад, м'яких і дзвінких приголосних.

Велике значення для розвитку повноцінної фонетичної сторони мовлення має мовленнєве середовище, в якому виховується дитина. Нерідко на прийом до логопеда батьки приводять дитину зі скаргою на погане мовлення, а в процесі обстеження виявляють, що аналогічні вади звуковимови спостерігаються у найближчому оточенні.

У 10 % дітей зі зниженим слухом і 50 % розумово відсталих спостерігаються різноманітні види порушень у звуковимові.

Залежно від збереженості анатомічного складу мовленнєвого апарату дислалію поділяють на два види:

а) функціональну (порушена вимова звуків, тоді як мовленнєвий апарат не має патологічних змін);

б) механічну (неправильна вимова зумовлена вираженими порушеннями в будові артикуляційного апарату).

Причинами *функціональної дислалії* є:

а) загальна фізична ослабленість, зумовлена частими соматичними захворюваннями, що спостерігаються в період найінтенсивнішого формування мовленнєвої функції;

б) недостатній ступінь розвитку фонематичного слуху;

в) несприятливі соціальні і мовленнєві умови, в яких виховується дитина;

г) двомовність у сім'ї.

Причини *механічної дислалії*— це насамперед природжені або набуті вади кісткової і м'язової будови периферичного, мовленнєвого апарату, серед яких виділяють;

1) недоліки будови щелепно-зубної системи:

а) вади у будові зубного ряду (відсутність передніх зубів, рідкі передні зуби, подвійний ряд зубів);

б) вади у будові щелеп:

- *прогнатія* (верхня щелепа висунута вперед, порушені допустимі норми);
- *прогенія* (нижня щелепа висунута вперед, порушені допустимі норми);
- передній відкритий прикус;
- бічний (право-, лівобічний), двобічний прикус;
- укорочена або дуже масивна вуздечка язика;

2) патологічні зміни розміру і форми язика (дуже маленький або, навпаки, дуже великий язик);

3) неправильну будову твердого і м'якого піднебіння (вузьке, високе, плоске, укорочене). За таких аномалій найпомітніше порушується правильна вимова шиплячих і свистячих звуків, сонорних, страждає зрозумілість мовлення загалом;

4) атипову будову губ (товсті, масивні, вузькі, тонкі, малорухомі), що призводить до неправильної вимови губних, губно-зубних, а також голосних звуків.

Слід зазначити, що не завжди в разі патологічних відхилень у будові артикуляційного апарату порушується звуковимова. Компенсаторні можливості у кожної дитини і в дорослого різні, тому за наявності вад артикуляційних органів в окремих випадках спостерігається правильне вимовляння звуків.

Залежно від кількості порушених груп звуків дислалію поділяють на *монормфну* (страждає одна група звуків, наприклад свистячі — *с, сь, з, зь, ц*) і *поліморфну*, коли порушено дві і більше груп звуків.

За кількістю порушених звуків розрізняють дислалію *просту* (від 1 до 4 звуків) і *складну* (від 4 і більше звуків).

У вітчизняній і зарубіжній літературі розглядають дві форми дислалії залежно від того, які психофізіологічні механізми, що беруть участь у здійсненні мовленнєвих процесів, порушені. Виділяють *сенсорну* і *моторну* дислалію (К. Беккер, М. Совак, М. Хватцев, О. Токарева, О. Правдіната ін.). Такий поділ дислалії спрямовує увагу на механізм, корекція якого має бути здійснена.

На сучасному етапі розвитку логопедії класифікація дислалії спирається на сукупність критеріїв різних дисциплін, які вивчають мовлення. Водночас для логопедії як педагогічної галузі знань важливим є виділення таких ознак порушення, які є істотними саме для логопедичного впливу, тобто врахування того, якою є вада — фонематичною чи фонетичною.

Відповідно до запропонованих критеріїв виділяють три основні форми дислалії: акустико-фонематичну, артикуляторно-фонематичну, артикуляторно-фонетичну.

**Акустико-фонематична дислалія.** До неї належать вади звукового оформлення мовлення, зумовлені вибірковістю, несформованістю операцій перероблення фонем за їхніми акустичними параметрами в сенсорній ланці механізму сприймання мовлення. Такими операціями є впізнавання, зіставлення акустичних ознак звуків і прийняття рішення про фонему.

В основу порушення покладено недостатню сформованість фонематичного слуху, призначенням якого є впізнавання і розрізнення фонем, що входять до складу слова. У разі цього порушення система фонем у дитини неповністю сформована (редукована) за своїм складом. Дитина не впізнає ту чи іншу акустичну ознаку складного звука, за яким одна фонема протиставлена іншій. Унаслідок цього під час сприймання мовлення відбувається уподібнення однієї фонемі до іншої на основі спільності більшості ознак. У зв'язку з невпізнаванням тієї чи іншої ознаки звук упізнається неправильно, що призводить до неправильного сприймання слів (гора — «кора», жук — «щук», риба — «либа»). Ці недоліки заважають правильно сприймати мовлення як тому, хто говорить, так і слухачеві.

Нерозрізнення, яке призводить до ототожнення, уподібнення, спостерігається в разі дислалії здебільшого щодо фонем з одночасними акустичними відмінностями, наприклад, шумних фонем, які розрізняють за ознакою глухості — дзвінкості, а також деяких сонорних фонем (*p — л*) та інших. У тих випадках, коли та чи інша акустична ознака є диференційною для групи звуків (наприклад, глухість — дзвінкість), спотворюється сприймання всієї групи. Так, дзвінки і шумні сприймаються і продукуються як парні їм глухі (*ж — щ, д — т, г — к, з — с* тощо). У низці випадків порушеними виявляються протилежні звуки в групі проривних або сонорних голосних.

За акустико-фонематичної дислалії у дитини немає порушень слуху. Вада зводиться до того, що у неї вибірково не формується функція слухового розрізнення деяких фонем.

Від акустико-фонематичної дислалії слід відрізняти грубіші порушення, які поширюються на перцептивний та смисловий

рівні процесів сприймання мовлення, і ті, що призводять до його недорозвинення.

**Артикулярно-фонематична дислалія.** До цієї форми належать вади, зумовлені несформованістю операцій відбору фонем за їхніми артикуляторними параметрами в моторній ланці продукування мовлення. Виділяють два основних варіанти порушень. У разі першого артикуляторна база не повністю сформована, редукована. Під час відбору фонем замість потрібного звука (відсутнього у дитини) відбирається звук, що наближається до нього за набором артикуляційних ознак. Спостерігається явище субституції, або заміни одного звука на інший. У ролі заміщеного виступає простіший за артикуляцією звук.

За другого варіанта порушення артикуляторна база виявляється повністю сформованою. Засвоєні всі артикуляторні позиції, потрібні для продукування звуків, проте у доборі звуків приймається неправильне рішення, внаслідок чого звуковий образ слова стає нестійким (дитина може вимовити слова правильно і неправильно). Це призводить до змішування звуків через їхню недостатню диференціацію, до невиправданого використання їх.

Заміни і змішування в разі цієї форми дислалії здійснюються на основі артикуляційної близькості звуків. Однак, як і в попередній групі порушень, ці явища спостерігаються здебільшого між звуками або класами звуків, що відрізняються за однією із ознак: свистячими і шиплячими *с — ш, з — ж* (криса — «криша»), між проривними шумними передньо- і задньоязиковими *т — к, д — г* (Толя — «Коля», гол — «дол»), між парними за артикуляцією язиковими твердими і м'якими фонемами *с — с', л — л' | т — т'* (сад — «сядь», лук — «люк», тук — «тюк») та ін. Ці явища можуть спостерігатися серед звуків, однакових за способом творення, між африкатами *ц і ч* («курца» — курча, «крицати» — кричати), сонорними *р і л* («либа» — риба, «рапа» — лапа).

За цієї форми дислалії фонематичне сприймання у дитини здебільшого сформоване повністю. Вона розрізняє всі фонemi, впізнає слова, в тому числі і слова пароніми. Дитина усвідомлює свою ваду і намагається подолати її. В багатьох випадках така самокорекція під керуванням слухового контролю відбувається успішно. Про це свідчать деякі зіставлені дані про поширення змішування і заміни звуків на різних вікових етапах розвитку дітей. Наприклад, заміни *р — л* в 5 років становлять 42 % усіх порушень звукар, в 6 років — 34, в 7 років — 18, в 8—9 років — 18 %; заміни *л — р* в 5 років становлять 9 %, в 6 років — 5 %, в 7 років і наступні роки не спостерігаються; заміни *ш — с, ж — з* в 5 років становлять 50 % всіх порушень шиплячих, в

наступні роки — 2?—26 % (М. Александровська). Тенденцію до подолання заміни і змішування звуків у дітей у процесі їх розвитку відмічено у працях багатьох дослідників (А. Гвоздева, В. Бельтюкова, О. Правдіна, В. Тарасун, М. Шеремет). Водночас автори зазначають, що повного подолання недоліків досягають не всі діти. Серед учнів загальноосвітньої школи (1—2 класи) недоліки вимови фонематичного порядку становлять не менше ніж 30 %. До кінця навчання у школі вони трапляються поодинокі.

Спотворена вимова в разі цієї форми дислалії зумовлена не власне моторними порушеннями, а порушенням операцій відбору фонем за їхніми артикуляторними ознаками. Дитина справляється із завданнями на імітацію складних немовленневих звуків, які потребують для своєї реалізації певних укладів мовленневих органів; нерідко продукує більш складні звуки і замінює ними ті, які відсутні, найпростіші за артикуляцією звуки.

**Артикуляторно-фонетична дислалія.** До цієї форми належать вади звукового оформлення мовлення, зумовлені неправильною сформованими артикуляторними позиціями.

Звуки вимовляються ненормовано, спотворено для фонетичної системи певної мови, яка у дитини за цієї дислалії сформована, але фонемі реалізуються у незвичних варіантах (алофонах). Найчастіше неправильний звук за своїм акустичним ефектом наближається до правильного. Слухач без особливих утруднень співвідносить цей варіант вимови з певною фонемою.

Спостерігається й інший тип виправлення, за якого звук не впізнається. В таких випадках говорять про пропущення, елізії звука. Випадок пропущення звуків у разі цієї форми дислалії — явище рідкісне (частіше трапляється за інших, грубіших вад, наприклад, уразі алалії). В разі дислалії аналог звука, суто індивідуальний за своїм акустичним ефектом, виконує в мовленнєвій системі дитини ту саму фонематичну функцію, що й нормований звук.

Порушуються не всі звуки: так, за різних індивідуальних особливостей вимови акустичний ефект під час вимовляння губних (проривних і сонорних) приголосних, а також передньоязикових проривних і сонорних приголосних у межах норми. Майже не трапляються спотворення губно-зубних *ф* — *ф'в* — *в'*.

Основну групу звуків, які можуть спотворювати вимову, становлять передньоязикові непроривні приголосні. Рідше спостерігається дефектне вимовляння задньоязикових проривних приголосних і середньоязикових.

Передньоязикові непроривні приголосні — це складні за артикуляцією звуки, оволодіння правильним укладом яких потребує тонких диференційованих рухів. Під час вимовляння дитина не може опиратися на той рух, який у неї сформувався раніше у зв'язку з біологічними актами, наприклад у разі оволодіння губними приголосними або проривними передньоязиковими. Ці звуки формуються у неї пізніше за інші, оскільки вона має оволодіти новими комплексами рухів, призначених для вимови.

У процесі засвоєння мовних умінь і навичок дитина під контролем свого слуху поступово прощупує ті артикуляційні позиції, які відповідають нормальному акустичному ефекту. Ці позиції «записуються» в пам'яті дитини і в подальшому продукуються за потребою. В разі знаходження правильних укладів дитина має навчитися розрізняти уклади близьких за вимовою звуків і виробити комплекс мовних рухів, необхідних для продукування звуків (Ф. Рау). Процес вироблення мовних рухів поєднаний із специфічними труднощами, оскільки як проміжні ланки виступають адекватні і неадекватні звуки, які в українській мові не мають сенсоророзрізняльної функції. В низці випадків такий проміжок для розвитку вимови звук-замінник, що наближається до потрібного звука за акустичним ефектом, починає набувати сенсоророзрізняльної (фонематичної) функції. Він сприймається фонематичним слухом дитини як нормальний. Його артикуляція закріплюється. В подальшому звук зазвичай не піддається самокорекції внаслідок інертності артикуляційних навичок. Ці вади, на відміну від вад попередніх груп, мають тенденцію до закріплення.

Для позначення спотвореної вимови звуків використовують міжнародні терміни, утворені від назв букв грецького алфавіту за допомогою суфікса **изм**: **ротацизм** — вада вимови *p* і *p'* **ламбдацизм** — *l* і *l'* **сигматизм** — свистячих і шиплячих звуків, **йотацизм** — йот (*j*), **каппацизм** — /сі *κ*/ **гаммацизм** — *g*' **хітизм** — *A*- і *x'*. У тих випадках, коли виявляють заміну звука, то до назви вади додають префікс **пара-**: **параротацизм**, **парасигматизм** тощо.

Групування вад вимови і терміни, якими їх позначають, непридатні для описання порушень української вимовної системи. Наприклад, для позначення порушень задньоязикових приголосних зайвими є два терміни, але вони потрібні для тих мов, де *г* і *к* різні за способом творення. Для характеристики низки приголосних ця система недостатня: немає назви для вад фрикативних шиплячих *ш* і *ж*, а також африкат. Оскільки у фонетичній системі грецької мови не було подібних звуків, то



відсутні і відповідні назви. У зв'язку з цим умовно було об'єднано і групу сигматизмів, крім вад вимови свистячих, і вади інших звуків — фрикативних шиплячих і африкат.

Для спотвореного порушення вимови характерним є те, що здебільшого однорідна вада спостерігається в групах звуків, близьких за артикуляційними ознаками. Наприклад, у парі глухих — дзвінких звуків спотворення виявляється однаковим: з порушується так само, як і *с*, *ж* — як *ш*. Це також стосується пар за твердістю — м'якістю: *с* порушується як *с'*. Винятком є звуки *р'* і *л'*: тверді і м'які порушуються по-різному. Зокрема, можуть порушуватися тверді, а м'які ні.

### 3.2. Рівні порушеної вимови

Багато авторів зазначають, що в низці випадків діти правильно використовують звук ізольовано, в складах, а іноді в словах і у відображеному мовленні, а не в самостійному мовленні (М. Александровська). Аналогічні явища описані в працях М. Хватцева, О. Правдіної, К. Беккера, М. Совака та ін. Ці дані свідчать про те, що вимовні вміння дітей співвідносяться зі ступенем складності виду мовленнєвої діяльності.

О. Правдіна виділяє три рівні порушеної вимови: невміння правильно вимовляти звук або групу звуків; неправильна вимова їх у мовленні за правильної вимови ізольовано або в легких словах; недостатнє диференціювання (змішування) двох близьких за звучанням або за артикуляцією звуків за вміння правильно вимовляти обидва звуки. Виділені рівні відображують етапи засвоєння звука в процесі розвитку дитини, виявлені А. Гвоздевим. Ці дані свідчать про те, що дитина з порушеною вимовою проходить ті самі етапи оволодіння звуком, що й нормальна, проте на якомусь із них вона може затриматися або зупинитися.

К. Беккер і М. Совак виділяють звукову, складову і словесну дислалію. Доцільнішим є рівневий поділ дислалії, а не розподіл на різні форми, оскільки факти свідчать про те, що має йтися про ступінь сформованості вмінь за того самого виду. Різний ступінь сформованості вмінь може спостерігатися в кожній із описаних форм дислалії.

Порушення звуковимови в мовленні дитини можуть виявлятися по-різному:

1) звук відсутній: «*апа*» (лапа), «*акета*» (ракета);

2) звук вимовляється спотворено, тобто замінюється звуком, відсутнім у фонетичній системі української мови: наприклад, замість нормативного /*р*/ вимовляється «горловий» або «бічний» *р'* замість нормативного *с* — міжзубний *с*;

3) звук замінюється звуком, простішим за артикуляцією (л-у). Типовою є заміна звуків:

а) подібних за способом утворення, проте різних за місцем артикуляції (заміна проривних задньоязикових к і г проривними передньоязиковими: «*диат*» — диван);

б) подібних за місцем артикуляції, однак різних за способом утворення (заміна фрикативного передньоязикового передньоязиковим проривним *т*. «*тумка*» — сумка);

в) однакових за способом утворення, проте різних за участю органів артикуляції (заміна язикового *ф* губно-зубним: «*фофона*» — сосна);

г) однакових за місцем і способом утворення, але різних за участю голосу (заміна дзвінких звуків глухими: «*папуся*» — бабуся);

д) однакових за способом утворення і за активnodіючим органом, однак різних за призначенням твердості і м'якості (заміна м'яких твердими і твердих м'якими: «*сяни*» — сани). Частіше порушуються тяжкі за артикуляцією звуки: язикові (*р* і *л*), групи свистячих (*с*, *з*, *ц*) і шиплячих (*ш*, *ж*, *ч*, *щ*). Тверді і м'які пари приголосних порушуються зазвичай однаковою мірою.

Залежно від того, які звуки не сформовані або порушені, виділяють такі види недоліків:

1. *Сигматизм* — недоліки вимови свистячих (*с*, *сь*, *з*, *зь*, *ц*) і шиплячих (*ш*, *ч*, *ж*, *щ*) звуків. Це один з найпоширеніших видів порушення вимови.

2. *Ротацізм* — недоліки вимови звуків *р* і *ль*.

3. *Ламбдацізм* — недоліки вимови звуків *л* і *ль*.

4. Вади вимови піднебінних звуків: *капацізм* — звуків *к* і *кь*; *гамацізм* — звуків *г* і *гь*; *хитизм* — звуків *х* і *хь*; *йотацізм* — звука *й*.

5. *Вади одзвінчення* — недоліки вимови дзвінких приголосних звуків. Ці вади виявляються в заміні дзвінких приголосних звуків парними глухими: *б—п*, *д—т*, *в—ф*, *з—с*, *ж—ш*, *г—к*. Цей недолік нерідко трапляється у дітей зі зниженим периферичним слухом.

6. *Вади пом'якшення* — недоліки вимови м'яких приголосних звуків, що полягають в основному в заміні їх парними твердими: наприклад, *дь—д*, *нь—п*, *рвь—р* тощо («*пат*» — п'ять, «*Анута*» — Анюта).

Слід зазначити, що в процесі організації коригувального навчання велике значення мають загальнодидактичні принципи. Водночас для ефективної і стійкої корекції вад вимови потрібно врахувати і спеціальні принципи;

\* етіопатогенетичний (тобто врахування етіології і механізму порушення мовленнєвого продукування);

- комплексність впливу на всі компоненти мовної системи;
- диференційований підхід під час корекції різних видів дислалії.

### **Прийоми корекції дислалій у дітей дошкільного віку**

Відомо, що дитячий вік є найсприятливішим для формування мовлення загалом та його фонетичної сторони зокрема. Слід пам'ятати, що для успішного засвоєння шкільної програми необхідне повноцінне, граматично правильно оформлене мовлення. Тому своєчасне виявлення вад звуковимови та виправлення їх є обов'язковим елементом усього комплексу роботи з розвитку мовлення.

Формування вимовної сторони мовлення тісно пов'язане з розвитком фонематичного слуху, з одного боку, і становленням лексико-граматичних категорій — з другого. Тому від того, наскільки успішно і своєчасно буде виправлена звуковимова в дитячому віці, значною мірою залежить засвоєння навичок письма і читання в шкільний період. Відомо, що до 4—5 років недоліки звуковимови можуть мати фізіологічний характер, тому цілеспрямовані логопедичні заняття з усунення будь-яких вад вимови рекомендовано починати з 4 років.

Корекційним заняттям з формування правильної звуковимови передують обстеження фонетичної сторони мовлення для визначення не тільки кількості звуків, які неправильно вимовляє дитина, а й характеру порушення їх.

Для виявлення стану звуковимови потрібно обстежити:

- 1) будову і рухомість артикуляційного апарату;
- 2) звуковимову;
- 3) фонематичний слух.

Під час обстеження артикуляційного апарату важливо пам'ятати, що правильна звуковимова здебільшого забезпечується збереженістю кожної частини периферичного мовленнєвого апарату; ротової і носової порожнин, а також глотки і носоглотки. Досліджуючи будову язика, зубів, губ, піднебіння, щелеп, необхідно виявити, чи відповідає їхня будова нормі, а якщо ні, то який наявний характер порушення.

У процесі обстеження рухомості артикуляційного апарату дитині пропонують за наслідуванням виконати такі вправи:

- відкрити і закрити рот;
- утримати широко розпластаний язик на нижній губі (2—3 с);
- облизати широко розпластаним язиком верхню, нижню губу (за наслідуванням, за інструкцією);
- виконати колові рухи широко розпластаним язиком по верхній і нижній губі;

- утримувати кінчик язика біля правого, лівого куточків рота (2-3 с);
  - поцокати язиком (3—5 разів);
  - поцокати язиком («поганяти коней»);
  - витягнути губи вперед «трубочкою», а потім розтягнути їх у посмішці (2—3 рази);
  - спричинити вібрацію губ, вимовляючи кучерське «тпру»; надути щічки;
  - імітувати язиком положення «трубочки»;
  - відтворити 2—3 рухи із перелічених поперемінно.
- Під час виконання зазначених вправ слід звернути увагу на:
- чіткість артикуляційних рухів;
  - швидкість і плавність відтворення їх;
  - вміння швидко переключатися з одного артикуляційного укладу на інший.

Під час **обстеження звуковимови** потрібно з'ясувати, як дитина вимовляє звук, що перевіряють ізольовано, в словах, складах, реченнях, текстах, використовуючи відповідний дидактичний матеріал.

Під час **обстеження фонематичного слуху** з'ясовують, як діти на слух розрізняють фонемі рідної мови. Використовують прийоми, спрямовані на:

- впізнавання, порівняння і розрізнення простих фраз;
- виділення і запам'ятовування заданих слів у ряду подібних до звукового складу;
- розрізнення окремих звуків у звуковому ряду, в складах, словах;
- запам'ятовування і повторення складових рядів, що складаються з 2—4 елементів.

Досліджують здібність до сприймання ритмічних структур різної складності, відтворення ритмічних малюнків.

Особливу увагу звертають на розрізнення свистячих — шиплячих, шиплячих африкат, глухих — дзвінких пар звуків.

Аналіз усіх отриманих даних дасть змогу визначити характер і причину дислалії і напрям виправлення вад звуковимови.

#### **Корекційна робота**

Система роботи з формування фонетичної сторони мовлення передбачає такі етапи:

- 1) підготовчий;
- 2) постановки відсутніх звуків;
- 3) автоматизації поставлених звуків, введення їх у самостійне мовлення;
- 4) диференціації звуків.

Кожний із перелічених етапів відрізняється за змістом і прийомом логопедичної роботи.

**Підготовчий етап** передбачає систему вправ, спрямованих на розвиток рухомості артикуляційного апарату. Ці вправи можна поділити на дві групи.

*1-ша група* — масаж артикуляційного апарату, метою якого є вироблення рухомості губ, язика, здатність переключатися з одного артикуляційного укладу на інший.

Для цього дитині, що має обмежену рухливість органів артикуляції, можна запропонувати такі вправи:

- висунути язик, покласти його на нижню губу; акуратно великим і вказівними пальцями правої і лівої руки злегка пощипати бічні краї язика;
- широко розпластаний язик покласти на нижню губу і великим пальцем виконати колові рухи посередині язика, ніби розминаючи його;
- злегка покусувати передню частину язика за незначного оскалу зубів;
- пощипати пальцями верхню і нижню губу;
- витягнути губи, затиснути ними олівець і почати перекачувати його коловими рухами.

При цьому слід провести вступну бесіду з дитиною і дотримуватися необхідних гігієнічних вимог.

*2-га група* — вправи, виконання яких допомагає створювати потрібну артикуляційну базу для появи відсутніх у мовленні дитини звуків. Ці загальноприйняті в логopedії підготовчі вправи також поділяють на дві групи:

- статичні, спрямовані на утримування артикуляційної пози;
- динамічні («годинничок», «маляр», «гойдалка»).

**Етап постановки відсутніх звуків** передбачає використання трьох способів:

а) *за наслідуванням*, коли логoped пояснює і показує артикуляцію певного звука. При цьому увагу дитини звертають на рухи мовленнєвих органів, відчуття рукою характеру видихуваного повітряного потoku<sup>1</sup>, вібрації голосових складок;

б) *механічний спосіб* — використання зондів, шпательів та іншого приладдя, що допомагають дитині відтворити заданий артикуляційний уклад. Кінестетичні подразнення, що виникають при цьому в сукупності з відповідними слуховими, дають змогу створити передумови для самостійного виконання необхідної артикуляції;

в) *змішаний спосіб* — одночасне застосування механічної допомоги і показ правильної артикуляції звука.

**Етап автоматизації поставлених звуків** передбачає систему мовленнєвих вправ, спрямованих на вироблення вміння вико-

ристовувати в самостійних висловлюваннях поставлені звуки. При цьому лексичний матеріал має бути різнобічним і охоплювати не тільки ізольоване вимовляння звука, а й складові вправи зі словом, де поставлений звук посідає різну позицію, а також речення і тексти. Крім того, він має бути насичений вивченим звуком. Це дає змогу максимально виключити звуки, що дефектно вимовляються, а також змішуються.

**Етап диференціації звуків** настає після того, коли добре відпрацьована вимова кожної із груп звуків, подібних за звуковимовою або артикуляцією.

### 3.3. Сигматизм і способи його виправлення

**Сигматизм** — це недоліки у вимові свистячих і шиплячих звуків (*с, сь, з, зь, ц, ш, ж, ч, щ*).

Артикуляція звуків **с, з, ц:**

- зуби зближені на відстані 1 мм;
- положення губ і відстань між зубами залежать від наступного голосного звука;
- язик широкий, його кінчик впирається в нижні різці;
- спинка язика в міру вигнута;
- бічні краї язика підняті і з середини вигнуті, щільно притиснуті до верхніх кутніх зубів;
- посередині спинки язика утворюється жолобок, по якому проходить холодний потік видихуваного повітря;
- м'яке піднебіння підняте і притиснуте до задньої стінки глотки, не пропускає повітряного потоку через носову порожнину;
- голосові зв'язки розімкнені, звук глухий.

Під час вимовляння м'якого звука *сь* язик напружений, кінчик язика сильніше впирається в нижні різці, а спинка язика вигнута і наближена до твердого піднебіння.

Артикуляція дзвінких звуків *з-зь* відрізняється насамперед тим, що звуки дзвінкі, тобто голосові зв'язки зімкнені і вібрують; спинка язика піднята вище, видих менший, ніж у разі вимовляння звуків *с-сь*.

Звук *и*, утворюється при злитній і швидкій вимові двох звуків *т—с* (*тс* — при цьому *т* вимовляється не кінчиком, а спинкою язика): спочатку кінчик язика впирається в нижні різці, як і в разі вимовляння *с*. спинка вигнута і не торкається альвеол, далі кінчик язика залишається в тому самому положенні, а спинка після вибуху під час зіткнення з альвеолами опускається до по-

ложення, що було в разі вимовляння *с*, а гю утвореному жолобку проходить холодний потік повітря.

Звуки *ш* і *ж* — шиплячі, під час вимовляння яких:

- губи злегка висунуті вперед;
- передня частина язика у вигляді ковшика піднята до верхніх альвеол, але не торкається їх; утворюється щілина, через яку проходить теплий потік повітря;
- бічні краї язика підняті і щільно прилягають до верхніх кутніх зубів, не пропускаючи повітряного потоку;
- м'яке піднебіння підняте і закриває прохід у носову порожнину;
- голосові зв'язки у разі вимови *ш* розімкнені, а *ж* — зімкнені і вібрують.

Звуки *ш* — глухий, а *ж* — дзвінкий.

Звуки *ч* і *ц* за правильної артикуляції звук *ч* вимовляється *тьиць*.

Спочатку кінчик язика змикається з корінцями верхніх різців, а потім, після вибуху, відтягується назад до альвеол — утворюється сильний потік повітря. Корінь язика припіднятий і щільно закриває прохід у носову порожнину, голосові зв'язки розімкнені.

Під час вимовляння звука *ц* (*шьиць*) губи висунуті вперед, кінчик язика піднятий до альвеол; утворюється щілина, по якій проходить теплий потік повітря, бічні краї змикаються з верхніми зубами. Язик напружений, коренева частина його припіднята. М'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину. Голосові зв'язки розімкнені.

Звуки *ч* і *ц* завжди глухі.

#### **Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків**

Порушення одного із описаних вище артикуляційних укладів призводить до неправильної вимови цих звуків. У зв'язку з цим виділяють шість видів сигматизму: губно-зубний, призубний, шиплячий, свистячий, міжзубний, бічний, носовий.

*Губно-зубний сигматизм* виявляється в заміні свистячих і шиплячих звуків фонемою, близькою до *ф*. Це пояснюється тим, що під час вимовляння звука нижня губа змикається з верхніми різцями.

*Призубний сигматизм* виявляється в заміні свистячих і шиплячих звуками *т—д*.

Сутність цієї вади полягає в тому, що кінчик язика впирається в краї верхніх і нижніх різців, створюючи перешкоду для проходження повітряного потоку через зубну щілину.

*Шиплячий сигматизм* виявляється в заміні свистячих звуками *ш, ж*. При цьому кінчик язика дещо відтягнутий у глибину рота

і припіднятий, спинка різко вигнута — замість свисту утворюються дещо пом'якшені **ш** або **ж**.

Уразі *свистячого сигматизму шиплячі* звуки замінюються свистячими.

Заміну свистячих і шиплячих звуків іншими, простішими за артикуляцією, називають *парасигматизмом*.

*Міжзубний сигматизм* виявляється в тому, що кінчик язика займає положення між зубами. Цим пояснюється поява шепелявого відтінку звука.

*Бічний сигматизм* характеризується тим, що кінчикязика впирається у верхні альвеоли, внаслідок чого бічні краї язика не змикаються з верхніми кутніми зубами — там утворюється щілина, через яку проходить повітряний потік (право-, лівобічний), двобічний.

*Носовий сигматизм* характеризується появою носового (назального) відтінку під час вимовляння свистячих і шиплячих, які замінюються звуком, подібним дох з назальним призвуком. Така вада зумовлена тим, що корінь язика піднімається і приєднується до м'якого піднебіння, внаслідок чого м'яке піднебіння опускається і потік видихуваного повітря проходить крізь прохід, що утворився в носовій порожнині.

**Артикуляція звука с.** Під час вимовляння ізольованого звука **с** губи дещо розтягнуті, видно передні зуби. Перед лабіалізованими голосними (**о, у**) губи дещо заокруглюються, а перед іншими голосними (**а, е, и, і**) — розтягуються у посмішці. Зуби на відстані 1-1,5 мм, широкий кінчик язика змикається з нижніми різцями, а передня частина спинки язика піднімається до переднього краю піднебіння, до альвеол, утворюючи з ним вузьку щілину. Бічні краї язика щільно притискаються до верхніх кутніх зубів і частково до твердого піднебіння. При цьому між кінчиком язика і передніми верхніми зубами утворюється вузький прохід (кругла щілина). Впродовж спинки язика по його середній лінії утворюється жолобок, по якому потік повітря проходить між різцями, що спричинює різкий шум, який нагадує свист (холодне повітря). М'яке піднебіння підняте і закриває прохід у носову порожнину, голосові зв'язки розімкнені і не вібрують, тому звук глухий.

Механізм утворення м'якого **сь** відрізняється від твердого **с** тим, що середня частина спинки язика додатково піднімається до твердого піднебіння, внаслідок чого звужується щілина, по якій проходить потік повітря. Відчутно збільшене напруження м'язів артикуляційного апарату. Внаслідок цього звук набуває м'якості.

**Характеристика звука с:**

\* приголосний;



- ротовий;
- щілинний;
- передньоязиковий;
- глухий;
- твердий.

**Артикуляція звука з.** Губи розтягнуті ніби в посмішці, зуби на відстані 1—1,5 мм, язик широкий, кінчик язика опущений донизу і знаходиться біля основи нижніх різців. Спинка язика вигнута, посередині утворюється жолобок. Потік повітря, що проходить по жолобку, спричинює специфічний різкий шум, подібний до свисту. Бічні краї язика підняті і прилягають до внутрішнього боку верхніх зубів. Під час вимовляння *зь* передня частина спинки язика стає більш вигнутою, жолобок руйнується, середня частина спинки язика більше піднімається вгору, ніж у разі вимовляння *з*. М'яке піднебіння підняте, закриває прохід у носову порожнину, голосові зв'язки зімкнені, вібрують.

**Характеристика звука з:**

- приголосний;
- ротовий;
- щілинний;
- передньоязиковий;
- дзвінкий;
- твердий.

Для розвитку артикуляційного апарату використовують статичні і динамічні вправи.

**Статичні вправи:**

«*Лопаточка*» — висунути широкий язик, покласти на нижню губу. Стежити за тим, щоб язик не дрижав. Тримати язик у такому положенні 10—15 с.

«*Чашечка*» — широко відкрити рот. Широкий язик підняти доверху, наблизити його до верхніх зубів, але не торкатися їх. Тримати язик у такому положенні 10—15 с.

«*Голочка*» — відкрити рот, язик висунути далеко вперед, напружити і зробити вузьким. Вправа триває приблизно 15 с.

«*Гірка*» — трохи відкрити рот. Бічні краї язика притиснути до верхніх кутніх зубів. Кінчик язика обіперти на нижні передні зуби. Тримати язик у такому положенні 10—15 с.

«*Трубочка*» — висунути широкий язик. Бічні краї язика вигнути доверху. Утворюється трубочка, в яку треба подмухати. Виконувати в повільному темпі 10—15 с.

**Динамічні вправи:**

«*Годинничок*» — висунути вузький язик. Доторкнутися язиком поперемінно спочатку до правого, а потім до лівого вуха. Виконувати вправу 10—15 с.

«*Конячка*» — присмоктати язик до піднебіння, покладати ним. Клацати повільно, сильно. При цьому зміцнюються м'язи язика, розтягується під'язикова зв'язка. Виконувати вправу 15 разів.

«*Грибочок*» — відкрити рот, присмоктати язик до піднебіння. Не відриваючи язик від піднебіння, сильно відтягнути вниз нижню щелепу. Виконувати вправу 15 разів.

«*Смачне варення*» — висунути широкий язик, облизати верхню губу, а потім нижню і засунути язика глибину рота. Повторити Ю — 15 разів.

«*Змійка*» — широко відкритий рот, язик висунути вперед, зробити вузьким і максимально висувати вперед, далі засувати в глибину рота. Вправу виконувати повільно язиком 15 разів.

«*Маляр*» — трохи відкривши рот, висунути язик. Облизати спочатку верхню, потім нижню губу по колу. Виконувати 10 разів, змінюючи напрям.

«*Гойдалка*» — висунути вузький язик. Тягнутись язиком поперемінно до носа та до підборіддя. Рот при цьому не закривати. Виконувати вправу 10—15 разів.

Підготовчі артикуляційні вправи виконують доти, доки дитина не триматиме вільно широкий язик і дмухатиме на нього повітря.

**Вправами на розвиток мовного дихання і голосу** є ігри «Ехо», «Заметіль», «Задуй свічку», «Прокатай олівець», «Сніжинки летять», а також ігри на наслідування тварин.

**Вправи на розвиток дихання.** Спочатку виконують вправи для розвитку подовженого видиху без мовлення і діафрагмального (нижньореберного) дихання. З метою контролю над диханням логопед кладе руки на ділянку діафрагми дитини, щоб вона відчула його дихальні рухи. Застосовують такі ігри:

«*Погріємося на морозі*» — діти вдихають через ніс і дмухають на «замерзлі» руки, плавно видихаючи через рот, ніби гріють руки.

«*Пиляти дрова*» — діти стають один навпроти одного парами, беруться за руки і імітують пиляння дров: руки на себе — вдих, від себе — видих.

**Механізм утворення звука ч.** Губи витягнуті вперед та округлені, зуби зближені приблизно до 2 мм. За верхньої артикуляції кінчик і передня частина спинки язика піднімаються до альвеол і вище, утворюючи з альвеолами й передньою частиною твердого піднебіння змикання, яке переходить у щілину. В разі нижньої артикуляції кінчик язика опушений донизу і відтягується назад, а спинка язика утворює з передньою частиною піднебіння змикання, яке плавно переходить у щілину, бічні краї язика в обох випадках прилягають до верхніх бічних зубів.

М'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину. Голосові зв'язки не вібрують.

**Характеристика звука ч:**

- приголосний;
- ротовий;
- передньоязиковий;
- зімкнено-щілинний (африкат);
- глухий;
- твердий.

**Механізм утворення звука ш.** Звук *ш* має два варіанти правильної артикуляції:

- верхню;
- нижню (залежно від положення язика).

Губи під час вимовлення звука *ш* витягнуті вперед, що збільшує передній резонатор і знижує власний тон цього приголосного.

Зуби зближені приблизно до 4—5 мм.

Кінчик і передня частина спинки язика за верхньої артикуляції піднімаються до передньої частини твердого піднебіння і утворює з ним щілину, по якій проходить видихуване повітря.

У разі нижньої артикуляції кінчик язика потовщується й відтягується назад, внаслідок чого між спинкою язика і передньою частиною твердого піднебіння утворюється щілина.

Бічні краї язика в обох випадках прилягають до бічних зубів. М'яке піднебіння закриває прохід у носову порожнину. Голосові зв'язки розімкнені, не вібрують.

**Характеристика звука ш:**

- приголосний;
- ротовий;
- передньоязиковий;
- щілинний;
- глухий.

**Виправлення недоліків вимови свистячих і шиплячих звуків**

Постановка відсутніх свистячих і шиплячих звуків може бути здійснена методом наслідування, коли дитині показують і пояснюють артикуляційні уклади, дають зразок правильної вимови звуків. На жаль, цей прийом зрідка дає позитивний результат. Частіше доводиться ставити звук наново, використовуючи механічний і змішаний прийоми. Для цього потрібно:

1. Запропонувати дитині просунути язик між верхніми і нижніми різцями та подовжено вимовляти звук *с* у міжзубному положенні. Далі спеціальним зондом або кінчиком шпателя тре-

ба натиснути на кінчик язика і завести його за нижні різці. Не виймаючи зонда, продовжувати вимовляти протяжно звук *с*, злегка розтягуючи губи у посмішці. Ізольована вимова звука *с* закріплюється в складових рядах на зразок **ся, со, су, си; ас, ос, ус, ис**.

Для відпрацювання звука з потрібно звернути увагу дитини на роботу голосових зв'язок: дати їй можливість відчутти звучання цієї фонемі, прикладаючи руки до власної гортані і включаючи та виключаючи голос.

Щоб навчити дитину вимовляти звук *ц*, треба запропонувати їй вимовити суцільно звуки ***т* і *с* (*тс*)**, поступово прискорюючи темп. Закріплення звука, що з'явився, починається з обернених складів (***атс—ац, оц, уц, іц***).

2. Запропонувати дитині скласти язик «трубочкою» і в такому положенні подмухати в кульку. При цьому увагу дитини треба спрямувати на характер повітряного потоку (дати можливість відчутти його), на положення бічних країв язика, які щільно зімкнені з верхніми кутніми зубами. Далі зондом або шпателем завести кінчик язика за нижні зуби; злегка розкрити губи, продовжуючи дмухати в кульку.

3. Запропонувати дитині спотворено вимовляти звук *і* на твердій атаці. Потім перейти до відтворення спотворено йотованих (***і, я, є, ю, и***), фіксуючи увагу дитини на положенні губ, язика, сильному холодному повітряному потоці.

Від йотованих звуків слід перейти до вимовляння м'якого ***сь***. І далі закріплювати цей звуку співвідношенні: ***яя—ся, еє—се, юю—сю***; в словах: ***ся — сядь***.

Від м'якого звука ***сь*** поступово переходити до твердого варіанта фонемі ***с: ни—си, еє се, аа са***.

4. Виправляючи носовий сигматизм, потрібно навчити дитину контролювати проходження повітряного потоку через ротovu порожнину. При цьому використовують відомі в логопедії прийоми: дмухання на ватку, задування запаленої свічки або сірника, піддування повітряної кульки, гра на дудочці, пускання мильних бульбашок. Спочатку дитина дмухає за міжгубного положення язика, а потім — за міжзубного. Важливо закріпити у дитини навички відтворення звука *с* на ротовому видиху. Закріпивши відчуття потрібного повітряного потоку, кінчик язика фіксується за нижніми різцями.

5. У разі постановки звука ***ш*** дитині пропонують тривало вимовляти звуке і впевнитися у правильному його звучанні. Далі зондом або шпателем піднімають кінчик язика до верхніх альвеол у положенні «чашечки» і злегка лабілізують (витягують уперед) губи. При цьому потрібно стежити, щоб не утворювалося змикання язика з верхніми різцями — інакше у дитини з'являється боковий звук *с*.

Як базовий звук для постановки **ш** можна використовувати звук **р** — шепітний і одночасно шпателем погасити вібрацію кінчика язика, злегка лабілізувавши губи.

Звук ж можна ставити аналогічними способами, спираючись на збережені звуки з і **р**.

Для правильної вимови звука **ч** дитині пропонують кілька разів повторити склад **ать** і одночасно шпателем або зондом піднімають передній край язика за верхні різці, губи злегка висунуті вперед.

У разі постановки звука щ дитина має тривало вимовляти сполучення, що складаються із кількох пом'якшених звуків **ш** (**шь-шь-шь**).

#### Контрольні запитання і завдання

1. Що таке дислалія?
2. Які причини дислалії?
3. Схарактеризуйте основні вади вимови звуків у разі дислалії.
4. Назвіть основні причини розвитку спотвореної звуковимови.
5. Що передбачає обстеження для виявлення порушень у звуковимові?
6. Опишіть основні прийоми корекції дислалії у дітей дошкільного віку: сигматизму, ламбдацизму, ротацизму, йотацизму, вимовляння твердих і м'яких приголосних, піднебінних звуків.

## РОЗДІЛ

# 4

## ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ

Професор Р. Левіна в рамках **психолого-педагогічної** класифікації мовленнєвих порушень виділила групу дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення (ФФН). До цієї категорії належать діти з нормальним фізичним слухом і інтелектом, у яких порушені вимовна сторона мовлення і особливо — фонематичний слух.

Фонематичний слух і фонематичне сприймання — це тонкий систематичний слух, що дає змогу розрізняти і впізнавати фонемати рідної мови. *Фонематичний слух* є частиною фізіологічного слуху, спрямований на співвіднесення і зіставлення звуків, які дитина чує, з їх еталонами, що зберігаються в пам'яті людини впорядковано — в «решітці фонем».

Поняття «фонематичний слух» слід відрізнити від поняття «фонематичне сприймання».

З раннього віку дитина, що нормально розвивається, чує звуки навколишнього середовища, бачить артикуляційні рухи губ дорослих і намагається їх наслідувати. При цьому вона постійно стикається з різним звучанням фонем рідної мови: ті самі звуки (наприклад, голосні а, о) по-різному вимовляють дорослі і діти, чоловіки і жінки. Кожна людина має індивідуальні особливості вимовлення звуків: одна говорить тихо, інша — голосно; дитина вимовляє звуки дзвінким, високим голосом, а доросла людина — низьким і хриплим. Проте ці звукові відтінки не слугують для розрізнення звукових оболонок мовних одиниць.

Індивідуальний варіант звучання фонем визначається не однією ознакою, а їх сукупністю, яка охоплює не тільки компоненти, що чуємо (такі, як шумові, частотні і висотні характеристики), а й зоровий образ і рухові відчуття, які виникають під час звуковимови. На думку Н. Жинкіна, до ознак звука належать і самі процеси кодування, які виникають під час переходу сигналу від периферії нервової системи до центру.

Установлено, що вже на ранніх етапах розвитку мовлення дитина «вловлює» деякі диференційні ознаки фонем. Трирічна дитина, не вимовляючи ще правильно звуки рідної мови, здатна вже визначити, правильно чи ні вони звучать у мовленні людей, що оточують її. Це можливо завдяки наявності фонематичного слуху і фонематичного сприймання.

**Фонематичне сприймання** — це здатність розрізнити фонemi і визначити звуковий склад слова. Саме фонематичне сприймання допомагає відповісти на запитання: Скільки складів у слові сом? Скільки в ньому звуків? Який приголосний звук стоїть у кінці слова? Який голосний звук усередині слова?

Правильний розвиток фонематичного слуху і фонематичного сприймання покладено в основу безпомилкового засвоєння письма і читання в процесі шкільного навчання.

#### 4.1. вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини

Мовлення дітей з ФФН характеризується неправильною вимовою звуків: пропусками, спотвореннями, замінами. Найтипovішими є заміни звуків на більш прості за місцем і способом артикуляції (наприклад, *p* замінюється на *л* або *в*). При цьому дитина той самий звук може замінювати різними звуками: «лука» — рука, «ковово» — корова тощо. В низці випадків дитина може правильно вимовляти ізольований (окремий) звук, а в самостійному мовленні замінювати, спотворювати його.

Кількість порушених звуків у дитини з ФФН може бути досить значною — до 16—20. Таке порушення звуковимови у дітей безпосередньо зумовлене несформованістю у них фонематичного слуху.

Виділяють три можливі стани у разі недорозвинення фонематичного слуху:

- недостатній розвиток і впізнавання тільки тих звуків, вимова яких порушена;
- недостатній розвиток значної кількості звуків із різних фонематичних груп за відносно сформованої вимови їх;
- глибоке фонематичне недорозвинення, коли дитина практично не може виділити їх зі складу слова, визначити послідовність звуків у слові.

Поряд з порушеною звуковимовою у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням спостерігаються помилки в складовій структурі слова і звуконаповненості.

*Складова структура слова* — це кількість і порядок складів у слові.

*Звуконаповненість* — кількість і лорядок звуків усередині кожного складу.

Нерідко в окремих дітей з ФФН спостерігаються труднощі у вимові слів зі складною складовою структурою і в збігу приголосних, а також речень, що складаються з подібних слів (це стосується насамперед незнайомих і важких слів). Вимовляючи такий лексичний матеріал, вони перекручують звуко-складовий малюнок слів: опускають склади, переставляють їх місцями і замінюють, можуть пропустити або, навпаки, додати звук усередину складу, наприклад: «*каркадил*» — крокодил, «*батуретка*» — табуретка, «*голопед*» — логопед тощо.

Отже, характер описаних порушень свідчить про недостатність фонематичного слуху і сприймання у дітей з ФФН. Без спеціальної корекційної роботи дитина не навчиться розрізняти і впізнавати фонемати на слух, аналізувати звукоскладову будову слова, що призводить до появи стійких помилок в оволодінні писемним мовленням.

**Психолого-педагогічна характеристика дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення.** Крім зазначених вище порушень мовленнєвого (вербального) характеру, окремо слід характеризувати можливі особливості в перебігу вищих психічних функцій у дітей з ФФН:

- увага у таких дітей може бути нестійкою, нестабільною і вичерпуватися, а також слабо сформованою, довільною, коли дитині важко зосередитись на одному предметі і за спеціальним завданням переключитись на інший;
- пам'ять може не відповідати нормі. При цьому дитині потрібно більше часу і повторів, щоб запам'ятати заданий матеріал;
- спостерігаються особливості в перебігу мисленнєвих операцій: поряд з переважанням наочно-образного мислення у дітей можуть виникати труднощі в розумінні абстрактних понять і відношень. Швидкість перебігу мисленнєвих операцій може бути дещо уповільненою, внаслідок чого уповільнюється сприймання навчального матеріалу.

Виходячи з перелічених особливостей вищої нервової діяльності, дітей з ФФН в педагогічному плані можна характеризувати так:

- \* поведінка може бути нестабільною, з частою зміною настрою;
- \* можуть виникати труднощі в оволодінні навчальними видами діяльності; на заняттях діти швидко втомлюються, для них складно виконувати одне завдання впродовж тривалого часу;
- \* можливі труднощі в запам'ятовуванні інструкцій педагога, особливо дво-, три- і чотирискладових, що потребують поетапного і послідовного виконання;



- у низці випадків з'являються особливості дисциплінарного характеру.

Під час планування і проведення корекційних занять потрібно враховувати ці специфічні особливості дітей з ФФН. Організуючи з ними логопедичну роботу, доцільно:

- здійснювати суто індивідуальний підхід до кожної дитини з урахуванням її вікових і психічних особливостей;
- забезпечити позитивну мотивацію виконання завдань, щоб підвищити ефективність корекційної дії;
- чергувати різні види діяльності;
- включати до занять тренувальні вправи з розвитку уваги, пам'яті, мисленневих операцій.

#### 4.2. Організація роботи в групах для дітей з ФФН

Згідно з Типовим положенням визначено основні напрями організації роботи дошкільних закладів для дітей з ФФН у двох вікових групах: старшій — для дітей шостого року життя і підготовчій — для дітей сьомого року життя.

Корекційний вплив у цих групах має здійснюватися відповідно до спеціальної програми навчання і виховання дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням, розробленої окремо для кожної групи. В процесі навчання дітей з ФФН в умовах спеціального дитячого садка вирішують такі завдання:

- сформувати у дітей фонетичну систему мови, тобто уточнити і закріпити вимову збережених звуків, а також виправити вимову порушених звуків;
- розвивати у них повноцінний фонематичний слух і сприймання, тобто за допомогою спеціальних прийомів навчити дітей розрізняти звуки на слух, запам'ятовувати і відтворювати ряди звуків і складів;
- сформувати навички звукоскладового аналізу і синтезу, тобто вміння ділити слова на склади і звуки, послідовно аналізувати їх, проводити зворотні операції: складати склад зі звуків, а слово — зі складів (синтез);
- на основі аналітико-синтетичної діяльності забезпечити засвоєння дітьми деяких елементів граматики.

Незважаючи на цілком зрозумілі відмінності, що існують у змісті корекційного навчання і виховання для дітей старшої і підготовчої груп, **виділені завдання є основоположними.**

Програма навчання дітей з ФФН має включати:

- характеристику мовленнєвого розвитку дитини;
- обстеження мовлення;

- режим дня старшої (підготовчої) групи;
- логопедичну документацію.

Режим визначає оптимальний порядок проведення вихователем і логопедом занять із зазначенням їх кількості і тривалості. Згідно з розпорядком логопед проводить різні типи занять:

- індивідуальні — окремо з кожною дитиною;
- під **групові** — з трьома-чотирма дітьми, об'єднаними за принципом подібності вади;
- фронтальні — з усіма дітьми або половиною групи залежно від рівня мовленнєвого розвитку.

Чергування цих занять забезпечує максимальну ефективність логопедичної роботи.

**Програму корекційного навчання, незалежно від вікової групи,** поділяють **на три періоди.** Кожний період передбачає визначений обсяг навчального матеріалу, запланованого для вивчення під час індивідуальних, підгрупових і фронтальних логопедичних занять. Зокрема, визначено такий порядок вивчення звуків на фронтальних заняттях: *у, а, ау, ай, і, п, нь, т, к, кь, ттк, х, хь, ль, йот, і-и, с, сь, з-зь, сь-зь, ц, б-п, ш-ж, с-ш, з-ж, л-р, ль-рль, л-р-ль-рль, ч, ць, ч-ць.*

Залежно від вікової групи цей матеріал по-різному розподілений за періодами навчання.

Обладнання логопедичного кабінету має відповідати санітарно-гігієнічним вимогам і охоплює необхідні логопедичні посібники для обстежень і розвитку:

- інтелекту;
- слуху;
- зв'язного мовлення: вимовляння й умови оволодіння складовою структурою слів; фонематичного слуху; лексичного запасу і граматичної будови мовлення; елементів граматики.

**Рекомендації щодо роботи з батьками.** Упродовж року логопед надає батькам можливість вивчати індивідуальні зошити дітей, щоб вони могли простежити динаміку їх навчання, щотижня проводить вечірні бесіди з ними і організовує участь їх у виконанні домашніх завдань.

Крім того, логопед організовує оформлення тематичних виставок і стендів для батьків, не менше ніж три рази на рік проводить батьківські збори, планує показові виступи дітей.

**Взаємозв'язок роботи логопеда і вихователя.** Логопед має працювати в тісному контакті з вихователем, забезпечуючи чітку послідовність цієї роботи. Тому вихователь логопедичної групи повинен знати мовленнєві і психолого-педагогічні особливості дітей, уміти підходити до них індивідуально. Бажано, щоб він по можливості відвідував фронтальні логопедичні заняття,

аби з'ясувати, хто з дітей відчуває труднощі під час виконання завдань логопеда і в чому вони полягають.

Ознайомлення з деякими спеціальними методичними прийомами дасть змогу вихователю не тільки ефективно закріплювати матеріал, пройдений логопедом, а й грамотно координувати з ним вирішення виховних завдань. Логопед і вихователь разом планують роботу з розвитку мовлення дітей, визначаючи тематику і зміст занять, лексичний матеріал і вимоги до мовлення дітей на кожному конкретному етапі навчання. Вихователь планує ознайомити дітей з лексичним матеріалом за заданими темами, а логопед забезпечує його автоматизацію і введення в самостійне мовлення.

Мовлення вихователя має відповідати правилам фонетики і граматики. Він повинен володіти достатньо широким лексичним запасом.

#### **Контрольні запитання і завдання**

1. Схарактеризуйте фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення.
2. Як впливає порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини?
3. Схарактеризуйте основні завдання корекційних занять.

## РОЗДІЛ

# 5

## РИНОЛАЛІЯ

### 5.1. історія вивчення ринолалії

Термін «ринолалія» (від грец. *rhinos* — ніс, *lalia* — мовлення) у перекладі означає мовлення в ніс, або гугнявість, тим самим відображуючи лише зовнішні прояви розладу. Історично для визначення цього мовленнєвого порушення в літературі (особливо зарубіжній і медичній) використовували й інші терміни: «палатолалія» {*Klaus-Peter Becker, Milosh Sovak*}, «палапголалія», «ринофонія» (М. Зесман), «механічнадислалія» (О. Правдіна, В. Олтушевський). Проте на відміну від механічної дислалії в разі ринолалії порушується вимова не тільки приголосних, а й голосних звуків. Від ринофонії, за якої спостерігається лише збільшення назалізації (від грец. *nasus* — ніс), або носового резонансу голосу, ринолалія вирізняється ще й наявністю стійких порушень звуковимовної сторони мовлення.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я ринолалія зарахована до голосових розладів, незважаючи на те, що за її наявності спостерігаються грубі порушення артикуляції, які найчастіше є наслідком природжених незрощень верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння.

Нині найуживанішим визначенням цього мовленнєвого порушення є таке: **ринолалія — це порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатомо-фізіологічними вадами артикуляційного апарату.**

Історія вивчення проблеми порушень мовлення в разі вроджених незрощень губи і піднебіння (ВИГП) — це тривалий і складний шлях, який і дотепер не можна вважати завершеним.

Перші праці з ринолалії написані лікарями. Ще в Давній Греції лікарі не тільки думали як подолати природжені вади губи і піднебіння, а й намагалися зрозуміти механізм порушення голосу. Пізніше зусилля медиків були спрямовані насамперед на відновлення твердого і м'якого піднебіння, щоб створити відповідні умови для забезпечення змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Вважали, що досягнення цього ефек-

ту забезпечить **можливість** розмежування між собою порожнини рота і носа, тим самим створюючи передумови для подолання назальності.

Однак досягнуті хірургами успіхи в корекції природженої анатомічної вади ротової порожнини наприкінці XIX — на початку XX ст. не забезпечували задовільних результатів фонетичного оформлення мовлення тільки завдяки оперативному втручанню. Стає загальновизнаним твердження про те, що сама по собі уранопластика (від грец. *uranos* — піднебіння) не позбавляє надлишкової **назальності** голосу дитини. Ще А. Лімберг основним завданням хірурга вбачав якомога повніше відновлення форми і розміру твердого і м'якого піднебіння із збереження нормального розвитку їхніх функцій. Відновлення мовленнєвої функції, на його думку, мають передбачати інші додаткові методи лікування і виховання — фізіотерапія, ортодонція, логопедія тощо.

У 1864 р. Б. Лангенбек присвятив спеціальний розділ своєї праці питанню нормалізації голосу та мовлення своїх пацієнтів. Доктор Макуен зазначав, що навчання дасть дітям і дорослим більше, ніж хірургічне лікування. На важливу роль логопедичної роботи з цією категорією дітей наголошували на початку XX ст. більшість видатних хірургів. Вони вважали, що виховання правильного мовлення після операції є важливішим від самої операції. Проте, безумовно, аксіомою залишається потреба у вчасному хірургічному відновленні анатомо-фізіологічної спроможності артикуляційного апарату, що забезпечує умови для ефективного логопедичного впливу.

М. Пирогов (1884), Н. Воронцовський (1875), М. Пайкін (1936) у своїх працях досліджували питання про те, які показники розмірів піднебіння є найсприятливішими для ефективної логопедичної роботи.

У процесі поступового медичного і педагогічного вивчення суті вади і можливостей її подолання створювалися різні наукові школи або напрями усунення мовленнєвого порушення за вроджених вад верхньої губи і піднебіння. Серед цих наукових напрямів нині умовно виділяють німецький і французький, розглядаючи проблему подолання ВНГП в історичному аспекті. Слід наголосити на істотних відмінностях у принципах і методах логопедичної роботи, які впроваджували представники цих наукових напрямів з метою досягнення однієї мети — подолання гугнявості.

Представники так званої німецької наукової школи (Г. Гутцман (1924); Г. Арнольд (1959); М. Ванкевич (1926); В. Каретнікова (1927); М. Хватцев (1931 — 1959); та ін.) виходили з потреби добитися рухомості м'якого піднебіння через його збудження,

для чого використовували сильні подразники в ділянці піднебіння (електростимуляцію, вібромасаж), завдяки чому до комплексної діяльності збережених мовленнєвих органів залучалися і дефектні органи артикуляції. Слід зазначити, що запропоновані вправи частково мали силовий, напружений, неприродний характер. Логопедичні заходи обов'язково передбачали спочатку активне застосування електро- і вібромасажу з поступовим уведенням занять з артикуляційного і дихального тренінгів. Перші 2—3 міс. хворим було рекомендовано використовувати тільки фальцетний голос, а потім переходити до оволодіння грудним голосом.

Найяскравішим представником німецького напрямку вважають професора Г. Гутцмана, який ще в 30-ті роки XX ст. запропонував систему дихальних, артикуляційних вправ для забезпечення і стимуляції функції піднебінно-глоткового змикання. Він рекомендував починати логопедичну роботу з комплексу загальних гімнастичних вправ, після яких проводити мовленнєві вправи із застосуванням носового затискача для підвищення тиску в порожнині рота, що забезпечувало чіткішу вимову приголосних звуків. Ним же було запропоновано активне використання гучного голосу, оскільки при цьому певною мірою змінювався тип дихання, підвищувалася активність м'якого піднебіння. Мовленнєві вправи починалися з вимови сполучення *ana*, де перший звук вимовляли голосом звичайної сили і висоти, а сполучення *na* — значно сильніше, з акцентом на другий звук *a*. Аналогічно відпрацьовували вимову решти звуків. Надалі здобуті мовленнєві навички закріплювали без використання носового затискача. Проте пацієнтам було рекомендовано певний мінімум вправ виконувати упродовж усього життя.

Принцип первісної іррадіації збудження дістав своє відображення в працях Бейса, Фрешельса, М. Хватцева та ін., в яких він був модифікований і значно удосконалений. Автори пропонували активно використовувати шепітне мовлення, впроваджувати прийоми постановки голосу, які застосовують у роботі з туговухими дітьми, застосовувати комплекси механічних прийомів роботи для розвитку рухомості органів артикуляційного апарату. Інші фахівці пропонували ставити звуки на діафрагмальному диханні, з відкритим носом, особливого значення надавали саме роботі над голосом. Нині не можна повністю відкидати ці підходи в роботі як застарілі. Доцільно активніше використовувати в логопедичній практиці ті методи і прийоми, які забезпечували позитивний результат.

Представники другого напрямку, умовно названого французьким, в основу своїх методик виховання мовлення поклали принцип активного використання природного, правильного

дихання і голосу, відмовившись від використання силових, неприродних рухів і вправ (С. Борель-Мезоні, 1929; В. Ведю, 1929 та ін.). Для правильного дихання і голосу застосовували методики навчання співам, особливу роль відводили вокальним вправам. Вважають, що саме французька логопедична школа заклала основи ортофонічного (ортофонія — поєднання голосових, дихальних, артикуляційних вправ на тлі медикаментозного впливу) методу постановки голосу у дітей з гугнявістю.

«Посередником» між двома науковими підходами до подолання гугнявості можна вважати М. Хватцева (1959—1962), який наполягав на використанні силових методів в особливо тяжких випадках.

Є й інші напрями відновлення голосу в разі ринолалії. Так, на думку М. Зеємана, так звані мовленнєві тренування слід розпочинати з шепітного мовлення, потім включати тихий голос з м'яким голосовим початком. Удосконалили цей метод А. Митринович-Моджеєвська, Т. Воронцова, О. Алмазоватаінші, які також використовували фоніатричний (від грец. *phone* — голос, звук + *iatreia* — лікування) підхід до реабілітації мовлення і голосу ринолаліка, активно використовуючи в роботі дихальні, артикуляційні вправи, постановку голосу в «маску» для отримання високих формант (форманта — локальний максимум частотного спектра, або коливань певного звука) і грудний резонатор — для низьких формант. При цьому Т. Воронцовою запропоновано диференційований підхід у виборі логопедичних методик залежно від довжини і рухомості м'якого піднебіння.

Спираючись на започатковані французькими вченими підходи, Ф. Рау (1931—1959), О. Рау (1933-1969), З. Нелюбова (1938), Т. Воронцова (1966), Л. Дмитрієв (1969), А. Іпполітова (1983), Г. Чиркіна (1969), І. Ермакова (1984), Т. Волосовець (1995) та інші розробляли власні підходи, удосконалювати і пропонували нові методики виховання правильного мовлення, довели необхідність проведення логокорекційної роботи як у доопераційний, так і в післяопераційний період.

## 5.2. Медична допомога дітям з ринолалією

Перші відомості про кількість випадків природжених вад обличчя в Європі з'явилися ще в 1438 р. У Росії перші подібні статистичні дані були опубліковані Я. Фребеліусом у 1865 р. Серед 180 тис. вихованців дитячого будинку у Петербурзі було виявлено 118 дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння.

На відміну від розвинених європейських країн, таких як Данія, Швеція, Німеччина, Франція, Італія, Чехія та інші, в яких багато десятиків років проводиться державна реєстрація вад розвитку дитини, в Україні тривалий час такі дані спиралися на спорадичні дослідження окремих авторів по регіонах (Є. Ширяк, Одеса, 1908—1928; М. Дубов, Київ, 1960; Г. Семенченкові співавт., Одеса, 1977). Перші науково обгрунтовані дані про поширеність цієї патології розвитку в Україні були надані Л. Харьковим на початку 90-х років ХХ ст. і продовжені в дослідженнях А. Гулюка, Є. Самари, Г. Музичиної, Л. Яковенко та ін.

Сьогодні основними науковими осередками вирішення проблем природжених вад обличчя є Український (Київ) та між-обласні центри для надання допомоги дітям із вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки.

Дитяче населення щодо дорослого в Україні становить 17,4 %. Згідно зі статистичними даними МОЗ України, у 2003 р. кількість дітей від народження до 14 років становила 8 825 253. Серед них за останні шість років народилася 2541 дитина із вродженими вадами губи та піднебіння, в середньому 424 дитини за рік. Щороку ця кількість збільшується на 1000 осіб (народжених і недолікованих) і зменшується приблизно на 600—700 реабілітованих (Л. Харьков, 2001). Умови життя нині свідчать про те, що кількість таких дітей збільшується. У 2000 р. в Україні народилося 385 126 дітей, серед них 386 — із незрошенням губи та піднебіння, відповідно у 2001 р. кількість народжених становила 376 478, а дітей із незрошеннями було 415; у 2002 р. — 430; у 2003 р. із 408 589 новонароджених 444 мали незрошення, у 2004 р. — 397 (Л. Яковенко, 2004). Серед них п'яту частину становлять хворі з двобічними незрошеннями губи і піднебіння. Слід зазначити, що в містах України діти з ВНГП народжуються частіше (52,2 %), ніж у сільській місцевості (44,8 %). Середньостатистичне співвідношення новонароджених з ВНГП до здорових дітей в Україні нині становить приблизно 1,11 : 1000; в Києві - 1,18 : 1000; в Севастополі - 1,44 : 1000 (Л. Харьков, Л. Яковенко, 2004). Частота народження дітей з ВНГП у Європі коливається від 1 : 500 до 1 : 700. У деяких країнах ці показники найнебезпечніші: Велика Британія — 1 : 490, Нідерланди — 1 : 435, Данія — 1 : 641, Швеція — 1 : 390, Норвегія — 1 : 633.

Упродовж останніх 50 років у більшості регіонів Росії народжуваність дітей із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння становила 1:500 — 1:1000 (Н. Постовалова, 2002). У Москві за період 1979—1993 рр. кількість дітей з піднебінною патологією збільшилася у 19 разів (С. Білякова, 1996). Серед усіх

незрошеньдвобічні спостерігали у 11 % дітей. Заданими МОЗ Російської Федерації за 2001 р., на 10 000 новонароджених припадає 31,9 дитини з незрошенням верхньої губи та піднебіння (Н. Старикова, 2002). С. Блохіна (1992) констатує, що за останні 15 років у Росії народжуваність дітей з вадами щелепно-лицьової ділянки збільшилася, і в середньому співвідношення становить 1 : 500.

Незрошення губи та піднебіння посідає друге місце (після серцево-судинних) серед усіх природжених вад організму. Однобічні незрошення верхньої губи та піднебіння розвиваються у 6 разів частіше, ніж двобічні (N. *Wanna*, 2002). Із вродженими незрошеннями губи і піднебіння частіше народжуються хлопчики (60 %), ніж дівчатка (40 %). При цьому у хлопчиків частіше спостерігаються незрошення верхньої губи і піднебіння, у дівчаток — ізольовані незрошення піднебіння або тяжкі форми поєднаних незрошень (N. *Wantia*). Помічено расові та етнічні відмінності у розвитку орофациальних незрошень. Так, висока частота незрошень притаманна азіатській популяції (0,79—3,74 на 1000 осіб); середня — у кавказького населення (0,91—2,69 на 1000 осіб) і дуже низька — у негроїдної раси (0,18—1,67 на 1000 осіб) (M. *Vanderas*, 1987).

### 5.3. Етіологічні чинники виникнення природжених вад обличчя

Питання етіології природжених вад обличчя і нині залишається надзвичайно актуальним і остаточно не вирішеним, незважаючи на численні дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів (Ю. Гулькевич, Г. Лазюк, К. Гулькевич, Б. Бурдєс, В. Бадмаєва, Л. Болховитинова, П. Светлов, О. Давиденкова, В. Месіна, Л. Корочкін, О. Гуцан, *Freund, Talmant, Rival* зі співавт., *Fraser, Curtis, Bhatia* та ін.).

Враховуючи дані багаторічних досліджень з вивчення причин вроджених незрошень верхньої губи і піднебіння (ВНГП), не викликають сумніву висновки про мультифакторність виникнення цієї тяжкої вади розвитку. Проте здебільшого (59 %) простежувати наявні причини ВНГП не вдається (Л. Харьков, 1992; F. *Bianchi*, 2002).

Лише в 30 % випадків спостерігаються спадкові причини (на відміну від твердження про 70 % спадкового чинника в медичній літературі початку ХХ ст.), в 11 % вирішальним чинником виникнення ВНГП стали захворювання матері в перші два місяці вагітності, в 4 % випадків вада розвитку обличчя спричинена



стресовими ситуаціями (втрата близької людини, розлучення, хвороби рідних тощо).

Усі причини виникнення ВНВГП умовно поділяють на екзогенні (зовнішньо зумовлені) та ендогенні (внутрішньо зумовлені).

До *екзогенних* належать чинники несприятливого екологічного впливу, іонізуюча радіація (незначні дози якої здатні спровокувати виникнення мутацій у статевих клітинах), хімічні мутагени, включаючи фармакологічні препарати, необгрунтована медикаментозна терапія (особливо використання в ранньому періоді вагітності антибіотиків, кортикостероїдів, гормональних, жарознижувальних засобів). Доведено негативний вплив на розвиток плоду шкідливих звичок батьків (вживання алкоголю, наркотичних препаратів, паління тютюну). Цікавими є дані щодо професії батьків, у яких народилися діти з ВНВГП. «Групу ризику» становлять батьки, що мають професію водія далекого прямування, працівника АЕС, моряка-підводника, фізика, працівника шкідливого виробництва тощо.

Серед *ендогенних* чинників особливе місце посідають захворювання матері в перші два місяці вагітності, а також наявність у неї хронічних захворювань. Це насамперед гострі інфекційні захворювання (вітряна віспа, кір, краснуха, інфекційний паротит); вірусні респіраторні інфекції, інтюзійні цитомегалії, протозойні інфекції (токсоплазмоз, малярія), вірус герпесу, гепатит, пієлонефрит тощо. Групу ендогенних чинників поповнюють ендокринні захворювання матері, гінекологічна патологія, захворювання серцево-судинної системи, вітамінна недостатність (особливо фолієвої кислоти та вітаміну В<sub>6</sub>).

Слід зазначити, що віковий чинник є одним з важливих, що спричинюють ВНВГП. Так, діти з природженими вадами обличчя найчастіше народжуються у матерів у віці 17—20 років і після 30—35 років. Батьками цих дітей стають чоловіки після 35—45 років (Л. Харьков, Н. Горовенко, 2004).

Незрошення губи і піднебіння становлять 86,9 % усіх вроджених вад розвитку обличчя. Майже кожне п'яте типове незрошення є компонентом важкого синдрому (О. Лильїн, Є. Богомазов, Б. Гофман-Кадошников). Дехто з авторів вважає, що кількість новонароджених із цими аномаліями зростає, і в недалекому майбутньому частота таких випадків збільшиться в 2 рази, це спостерігалось 100 років тому. В інших роботах прогноз оптимістичніший, проте скрізь наголошують на тенденції до збільшення випадків піднебінної патології. Щороку на кожних 100 тис. населення кількість новонароджених з незрошенням губи та піднебіння збільшується в 1,38 рази (О. Гуцан, 1984).

У зв'язку з цим постійно зростає кількість одружених пар, в яких один із батьків (мати чи батько) є носієм аномалії.

Серед новонароджених із незрошенням губи і піднебіння завжди переважають хлопчики: їх народжується в 4 рази більше, ніж дівчаток. У дівчаток трапляються зазвичай тяжчі форми вад. Здебільшого незрошення губи і піднебіння не є ізольованою вадю у дитини. Виявлення додаткових фенотипової чи морфологічних змін свідчить про наявність синдрому. Якщо в 1970 р. налічувалося 15 синдромів, до фенотипової картини яких належали незрошення, то в 1972 р. були описані вже 72 синдроми, у 1976 р. — 117, у 2000 р. — більш ніж 150 синдромів з орофациальним незрошенням (О. Лильїн, Є. Богомазов, Б. Гофман-Кадошников).

Враховуючи зазначене, потрібно окремо спинитися на генетичному аспекті розвитку ВНВГП.

Ще на початку ХХ ст. було виявлено, що успадкування різних видів незрошень губи і піднебіння не підпорядковується класичним законам Менделя (50—70 % випадків є спорадичними, тобто такими, що з'явилися в сім'ї вперше). Крім того, встановлено, що незрошення губи з (або без) незрошенням піднебіння та ізольовані незрошення піднебіння є принципово різними станами.

Запідозрити спадковий характер незрошення може будь-який фахівець, проте зробити обґрунтований висновок про спадковість вади має зробити тільки лікар-генетик після всебічного обстеження пацієнта і членів родини, застосовуючи синдромологічний аналіз, генеалогічні і параклінічні методи обстеження.

Спадкову природу ознаки (або захворювання) можна передбачити, якщо вона трапляється в родоводі кілька разів і виключається вплив подібних зовнішніх чинників під час усіх вагітностей. Проте слід пам'ятати, що наявність навіть кількох випадків незрошень в одному роду ще не є прямим доказом спадковості вади, а наявність незрошення тільки у пробанда (хворий або носій ознаки) не виключає спадковості його природи.

**Спадково зумовлені незрошення губи та / або піднебіння** становлять *гетерогенну* (від грец. *getero* — різний, різноманітний) групу і охоплюють:

**1) моногенні природжені вади розвитку (ПВ)**, які спричинені мутацією одного гена й успадковуються згідно із законами Менделя. До них належать:

**я) ізольовані незрошення губи/піднебіння** за відсутності природжених вад або аномалій розвитку інших органів і систем. Моногенна спадковість стосується тільки незрошень губи і/або піднебіння;

**б) синдроми множинних вроджених вад розвитку (МВВР)**, коли незрошення губи/піднебіння є тільки однією складовою синд-

рому. Моногенний варіант спадковості стосується всього синдрому загалом. На 2000 р. було описано більше ніж 350 моногенних синдромів з незрошеннями губи і/або піднебіння. Моногенні синдроми залежно від типу наслідування поділяють на **аутосомно-домінантні, аутосомно-рецесивні, зчеплені зі статтю, і синдроми з нетрадиційним типом наслідування.**

За аутосомно-домінантного типу наслідування ВНГП може виникнути як у разі передавання мутантного гена від батьків, які мають незрошення губи і піднебіння, так і внаслідок виникнення спорадичної мутації в статевих клітинах одного з батьків. Однак в обох випадках ризик для нащадків дитини з незрошенням становить 50 %. В минулому, коли незрошення губи і піднебіння призводили до смерті дітей у перші роки життя, майже всі в популяції новонароджені з аутосомно-домінантними синдромами з'являлися внаслідок нових мутацій. Нині у зв'язку зі значним удосконаленням хірургічних технологій і впровадженням цілої системи реабілітаційних заходів збільшується кількість прооперованих осіб з аутосомно-домінантними синдромами, що вступають у шлюб і передають мутантний ген своїм дітям.

У разі аутосомно-рецесивних синдромів дитина з ВНГП може народитися від двох здорових батьків, гетерозиготних носіїв аномального гена. Ризик для другої дитини в цій сім'ї становить, як і для першої, 25 %, тоді як для дітей пробанда з незрошенням ризик буде мінімальним. Звичайно, що вік батьків і номер пробандової вагітності за таких синдромів не мають значення. Водночас «шлюбна дистанція» (відстань від місця народження чоловіка до місця народження дружини) значно зменшена. В багатьох випадках батьки хворої дитини є кровними родичами. Частота нових рецесивних мутацій незначна, майже завжди батьки дитини з таким синдромом гетерозиготні. Дуже рідко трапляються моногенні форми незрошення губи і піднебіння, внаслідок яких виникають зчеплені зі статтю синдроми. Частіше спостерігаються X-зчеплені мутації, за яких жінка є неуразеним носієм мутантного гена. В цьому разі в родоводі відповідні вади виявляють у чоловіків. За A'-зчепленого домінантного успадкування синдром виявляють у гетерозиготних жінок, а ураження гомозиготних чоловіків настільки різко виражено, що зазвичай несумісне з позаутробним існуванням;

2) **хромосомні синдроми** зумовлені змінами кількості або структури хромосом.

Загальними ознаками всіх синдромів хромосомної етіології є пренатальна гіпоплазія, симетричність уражень, часто олігофренія. Такі діти з незрошенням губи і піднебіння є клінічно найтяжчими. Незрошення губи і піднебіння неспецифічні для

будь-якого одного хромосомного синдрому. Вони виникають у разі аномалій половини хромосом (1; 3; 4; 5; 7; 10; 11; 13; 14; 18; 21 та X), причому як у разі деліцій, так і транслокацій. Це не означає, що будь-яка дитина, наприклад із синдромом Дауна, матиме незрощення губи і піднебіння, проте частота виникнення незрощення в разі синдрому Дауна в 10 разів перевищує цю частоту в загальній популяції.

Хромосомний синдром у пацієнта з ВНГ або ВНГП підтверджують такі **ознаки**:

- 1) поєднання незрощень губи і/або піднебіння з вродженими вадами інших органів і систем;
- 2) поєднання незрощення губи і/або піднебіння із затриманням психомоторного і фізичного розвитку;
- 3) затримка мовленнєвого розвитку, порушення когнітивних (пізнавальних) процесів, своєрідна поведінка, порушення уваги з гіперактивністю та інші порушення психологічного статусу;
- 4) наявність у пацієнтів незвичайних рис обличчя, що робить їх несхожими на батьків, братів і сестер;
- 5) низька маса під час народження, передчасні пологи або ознаки незрілості за вчасних пологів;
- 6) наявність хромосомних аномалій у батьків або сібсів (брати і сестри однієї пари батьків);
- 7) додатковим критерієм може бути наявність в анамнезі батьків тривалого безпліддя, викиднів на ранніх строках вагітності.

**Незрощення, пов'язані із вишвом середовища**, виступають як один з проявів ембріопатії (певний вид вади розвитку) або фенотипії (сукупність зовнішніх і внутрішніх ознак організму). Відповідно до строків ембріонального розвитку, формування вторинного піднебіння, верхньої губи, підносової ямки верхньої губи, гребеня і кінчика носа відбувається на 6—7 тижні. Отже, вплив шкідливих чинників у цей період розвитку ембріона є вкрай небезпечним щодо виникнення ВНГП.

**Незрощення мультифакторної природи.** Мультифакторна природа незрощень зумовлена одночасним впливом на формування фенотипу (сукупність усіх ознак організму, які виявляються впродовж усього життя) певної кількості генних мутацій (змін) і несприятливих умов середовища.

Для поліетіологічних спадкових незрощень губи і піднебіння притаманні загальні для всіх мультифакторних захворювань ознаки. Появу таких форм спричинюють наявність генетичної схильності і вплив будь-яких несприятливих чинників середовища, що призводять до виникнення вад розвитку. Самі по собі несприятливі умови середовища незалежно від певного генетичного фону не здатні спричинити появу таких синдромів.

Характерною ознакою такої спадковості є відмінність «порога піддатливості» для чоловіків і жінок (вада формується лише тоді, коли «концентрація генів» перевищує якусь певну величину — «пори́г»). Загальний ефект генів, що зумовлюють виникнення незрошень у представників однієї статі, наприклад у чоловіків, виявляється недостатнім, щоб стати причиною появи їх у осіб жіночої статі. У зв'язку з цим частота уражених дівчат і хлопчиків у разі незрошення губи і піднебіння мультифакторної природи різна, тоді як за моногенних форм цей показник у чоловіків і жінок однаковий. У разі мультифакторних незрошень губи і піднебіння у батьків можуть бути виявлені мікроознаки — прояв дії аномальних генів.

До справжніх *мікроознак*, що трапляються у батьків дітей з мультифакторним незрошенням губи і піднебіння, належать у разі незрошення:

- губи: коротке піднебіння, асиметрія крил носа, девіація осі носа, прогнатія, атипова форма зубів;
- піднебіння: коротке піднебіння, атипова форма зубів, діастема, прогенія, незрошення м'якого піднебіння.

Аналіз зазначених мікроознак свідчить про можливі розмежування генетичної етіології незрошення губи і незрошення піднебіння, оскільки для незрошення губи притаманні такі мікроознаки, як прогнатія, девіація осі носа, а для незрошення піднебіння — прогенія, діастема, розчеплення язика. Проте з впевненістю можна зазначити, що вроджена патологія обличчя є своєрідною інтерференцією спадковості і середовища як чинників впливу.

Вивчення чинників, що впливають на формування вроджених незрошень губи і піднебіння, дало змогу поділити їх за етіологічними ознаками на п'ять груп (Н. Горовенко, 2005):

- 1) природжені незрошення моногенної природи;
- 2) ВНГП у складі моногенного синдрому (аутосомно-домінантного, аутосомно-рецесивного, А-зчепленого);
- 3) ВНГП у складі хромосомного синдрому;
- 4) ВНГП, зумовлені негативним впливом зовнішнього середовища;
- 5) природжені незрошення губи і піднебіння мультифакторної природи.

Важливим досягненням сучасної медичної генетики можна вважати відкриття у 1991 р. британськими вченими гена, аберація якого може провокувати незрошення губи і піднебіння. Це відкриття сприяє поліпшенню діагностики і лікування цього захворювання. Дослідники Імперського коледжу Лондона встановили, що хвороба спричинена змінами в гені TBX 22, розміщеного на 12-й хромосомі. Відкриття було зроблено за до-

помогаю інформації, отриманої під час аналізу даних розшифрування людського геному. В своїх дослідженнях біологи вивчали ДНК семи поколінь однієї ісландської родини з цим спадковим захворюванням. Для картирування зміненого гена ДНК представників цієї родини порівнювали з геномом жителів Канади, Бразилії і Великої Британії. Інформацію про ДНК родини різних поколінь вдалося зібрати завдяки тому, що в Ісландії проживає незначна кількість людей, і медична інформація про них досконало зібрана й організована. Це відкриття дає змогу підняти на вищий рівень ранню діагностику і лікування цього надзвичайно складного захворювання. Проте слід зауважити, що далеко не всі науковці, які досліджують зазначену проблему, сприйняли цю інформацію як вірогідну.

Обов'язково слід пам'ятати, що сила і характер шкідливого впливу не є однаковими впродовж ембріогенезу. Особливо небезпечними вони можуть бути в критичні періоди закладення й інтенсивного формування певних ділянок обличчя. Саме тому характер ураження в основному залежить від часу впливу. Той самий тератогенний чинник, впливаючи в різні періоди розвитку плоду, може спричинювати різні вади, і, навпаки, різні патогенні чинники, впливаючи одночасно, можуть спровокувати однакову ваду. Для можливого виникнення природжених незрощень у щелепно-лицьовій ділянці особливо небезпечним вважають 4—8 тиждень ембріогенезу, зокрема, 5—6 тиждень для незрощень обличчя, 7—8 тиждень — для виникнення порушень цілісності верхньої губи і піднебіння. Критичним для розвитку незрощення верхньої губи і піднебіння вважають період між 4 і 12 тижнями ембріогенезу.

Наявність вроджених незрощень губи або піднебіння є загальною ознакою для багатьох нозологічних форм спадкових захворювань.

Не можна залишати поза увагою клінічні дані останніх років про збільшення кількості дітей зі складними або поєднаними вадами, де вроджені незрощення губи піднебіння виявляються у поєднанні із складними генетичними хворобами, захворюваннями опорно-рухової системи, зумовленими органічними ураженнями центральної нервової системи у поєднанні з тяжкими психічними станами, на тлі з неврологічною патологією тощо. Очевидно, що діти з ВНГП — це поліморфна як у клінічному, так і в психологічно-педагогічному плані категорія людей.

Багатофакторна етіологія вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння, неможливість проводити первинну профілактику (і навіть не завжди вторинну), наявність змін гомеостазу організму такої дитини, супутніх захворювань, порушень основ-

них функцій (годування, дихання, ковтання, мовлення) зумовлюють потребу у комплексному підході до її медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації.

Реабілітація хворих із природженими незрошеннями губи та піднебіння передбачає виконання як комплексних своєчасних етапних заходів, що проводяться в умовах спеціалізованих клінік висококваліфікованою командою фахівців, так і науково обгрунтованої логопедичної і психокорекційної допомоги.

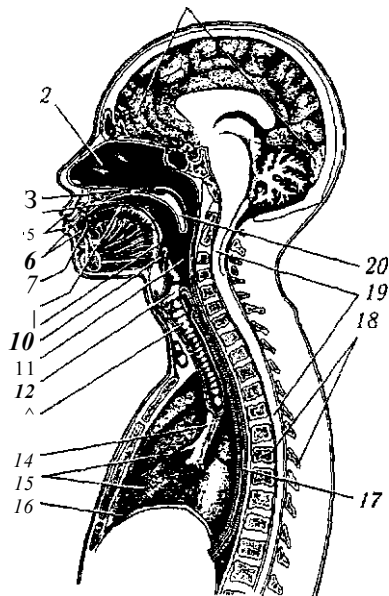
#### 5.4. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринолалії

Мовленнєвий апарат складається з двох тісно пов'язаних між собою частин: центрального (регулювального) мовленнєвого та периферичного (виконавчого) апаратів (мал. 5.1).

**Центральний мовленнєвий апарат** міститься в головному мозку і складається з: кори головного мозку (переважно лівої півкулі), підкіркових вузлів, провідних шляхів, ядер стовбура (в основному довгастого мозку) і нервів, що йдуть до дихальних, голосових і артикуляційних м'язів. Через систему черепно-мозкових нервів передаються нервові імпульси від центрального мовленнєвого апарату до периферичного, приводячи в рух мовленнєві органи. Проте шлях від центрального мовленнєвого апарату до периферичного — це лише частина механізму мовлення. Інша частина полягає у зворотному зв'язку — від периферії до центру.

**Мал. 5.1. Будова мовленнєвого апарату:**

1—головний мозок; 2 — носова порожнина; 3 — тверде піднебіння; 4— ротова порожнина; 5 — губи; 6 — різці; 7 — кінчик язика; 8 — спинка язика; 9 — корінь язика; 10 — надгортанник; 11 — глотка; 12 — гортань; 13 — трахея; 14 — права бронха; 15 — права легеня; 16 — діафрагма; 17 — стравохід; 18 — хребет; 19 — спинний мозок; 20 — м'яке піднебіння



У разі ринолалії порушеною є діяльність саме верхньої частини периферичного мовленнєвого апарату, який, у свою чергу, складається з трьох відділів: дихального, голосоутворювального (голосового) й артикуляційного.

**Перший (нижній) відділ — дихальний**, до якого входять: бронхи, легені, трахея і комплекси м'язів, що забезпечують рухи органів дихання (діафрагми, міжреберних і грудних м'язів). Мовленнєвий акт тісно пов'язаний з дихальним, оскільки людина говорить на видиху. Тому важливим є забезпечення тривалого, плавного видиху, оскільки видих під час мовлення стає набагато довшим, ніж вдих. Зрозуміло, що триваліший видих може забезпечити більший запас повітря. В момент мовлення вдих стає коротшим і глибшим. Саме система видихувальних м'язів (черевної стінки і внутрішніх міжреберних м'язів) забезпечує потік видихуваного повітря до органів фонації, підвищує тиск струменя повітря, регулює його швидкість і кількість, без чого мовлення вголос неможливе. Власне це визначає енергетичний розрахунок під час відтворення звуків і складів. Тому дихальний відділ часто називають енергетичним.

Зміни дихання в разі незрощень різні. Щілина піднебіння виключає розмежування ротової і носової порожнин, і у дитини поступово формується носо-ротове дихання, за якого тривалість видиху різко скорочується. Дихання стає частим, переривчастим, життєвий об'єм легенів знижується, відстає в розвитку грудна клітка, зменшується її екскурсія.

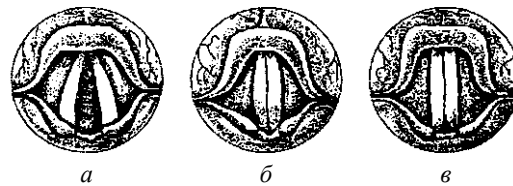
Через порушення фізіологічного дихання у дітей з ринолалією глибоко страждає фонаційне дихання. Замість мовлення на видиху, що є природним, діти з ВНГП говорять, дихаючи одночасно ротом і носом на тлі винятково ключичного типу фізіологічного дихання (замість нижньореберного). На видиху значний об'єм повітря (30 %) проходить у ніс, тому різко скорочується час видиху і знижується тиск повітря над голосовими зв'язками. Мовленнєве (фонаційне) дихання дитини з ВНГП до операції залишається прискореним і поверховим.

Намагаючись перекрити проходження видихуваного повітря через ніс під час вимовляння ротових звуків, діти занадто напружують м'язи обличчя і навіть м'язи шиї і плечового пояса, стискають крила носа. Як компенсаторні ці гримаси стають звичними і характерними для осіб з ринолалією.

**Другий (середній) відділ — голосоутворювальний (голосовий)** складається з гортані і голосових зв'язок, які розміщені над нею. Гортань — це широка коротка трубка, що складається з 9 хрящів, з'єднаних між собою суглобами та м'язами, крім надгортанника, який має тільки зв'язкове прикріплення. Суглоби забезпечують рухомість гортані. Вгорі гортань переходить у глотку, а



Мал. 5.2. Уклад  
голосових зв'язок:  
а — під час дихання;  
б — під час фонації;  
в — під час шепоту



знизу — в дихальне горло (трахею). На межі гортані і глотки міститься надгортанник, який складається з хрящової тканини у вигляді пелюстки або язичка. Надгортанник слугує своєрідним клапаном: опускаючись під час ковтання, запобігає потрап- лянню в гортань їжі і слини. У порожнині гортані розмішені справжні і псевдоголосові зв'язки (мал. 5.2). Справжні передніми краями прикріплені до задньої поверхні щитоподібного хряща, а задні — до голосового відростка правого і лівого черпалоподібних хрящів. Функцію голосоутворення забезпечують постійні зміни положення щитоподібного та черпалоподібних хрящів, які змінюють співвідношення натягу голосових зв'язок. Паралельно зі справжніми голосовими зв'язками розмішені зв'язки із слизової оболонки, які ще називають псевдоголосовими. Вони не беруть учісті у фонації. Роботу голосового апарату забезпечують певні групи м'язів, які за цією ознакою поділяють на чотири групи: а) м'язи, які звужують голосову щілину; б) м'язи, які розширюють голосову щілину; в) м'язи, які напружують голосові зв'язки; г) м'язи, які розслаблюють голосові зв'язки. Голосові зв'язки своєю масою майже закривають просвіт гортані, залишаючи відносно вузьку голосову щілину. Під час фізіологічного дихання і вимовлення глухих звуків голосові зв'язки розімкнені, розслаблені, тобто голосова щілина широко розкрита і нагадує форму трикутника, через який вільно проходить вдихуване і видихуване повітря, а щитоподібний хрящ перебуває в стані спокою (не висувається вперед). Під впливом різниці тиску у під'язиковій і над'язиковій порожнинах голосові зв'язки то розслаблюються і розходяться (під час дихання), то напружуються, натягуються і зближуються (під час мовлення).

Під час фонації (голосоутворення) голосові зв'язки перебувають у зімкненому стані (мал. 5.2).

Струмінь видихуваного повітря проривається крізь зімкнені голосові зв'язки і розсуває їх. Через свою пружність голосові зв'язки повертаються у висхідну позицію з тим, щоб під тиском видихуваного повітря розімкнутися знову. Таким чином, під час фонації відбуваються коливання голосових зв'язок. Слід зазначити, що ці коливання здійснюються в поперечному, а не

в поздовжньому напрямку (тобто всередину і назовні, а не догори і донизу).

Коливання голосових зв'язок спричинюють коливання видихуваного повітря, що сприймаються нами як звуки голосу. Тобто в ділянці гортані відбувається первісна генерація звука, яка продовжується в щілинах і порожнині рота. Це забезпечує диференціювання звуків на голосні і приголосні.

Голосу притаманні сила, висота і тембр.

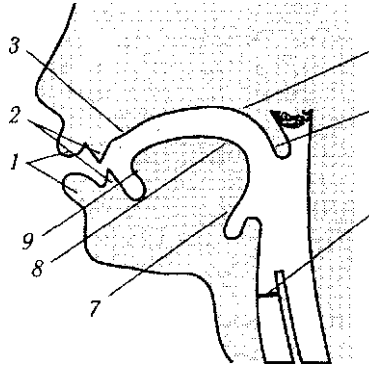
*Сила голосу* залежить в основному від амплітуди (розмаху) коливань голосових зв'язок, яка визначається силою видиху. На силу голосу також впливають особливості резонаторних порожнин (глотки, ротової і носової порожнин), які є природними підсилювачами звука.

Саме носова порожнина в основному забезпечує індивідуальне забарвлення голосу, його неповторність, а порушення її анатомо-функціональної цілісності породжує гугнявість і неприродність звучання. Розрізняють зовнішній ніс, власне порожнину носа і придаткові пазухи, що з'єднуються з порожниною носа за допомогою вузьких отворів. Порожнина носа розміщена посередині, у верхньому відділі лицьового черепа. Порожнину носа на дві половини розділяє носова перегородка. Із зовнішнім середовищем порожнина носа з'єднується за допомогою ніздрів, а з носоглоткою — за допомогою хоан. Нижньою стінкою, або дном носової порожнини, є кістки твердого піднебіння, а верхня стінка, або стеля, має вигляд тонкої, кісткової, подібної до сита пластинки, крізь яку проходять гілочки нюхового нерва. Внутрішньою стінкою правої і лівої частин порожнини носа слугує носова перегородка, задня частина якої є кістковою, а передня — хрящовою. На бічних стінках порожнини носа є так звані носові раковини (нижня, середня і верхня), які розділяють праву і ліву половини носової порожнини на носові ходи — верхні, середні і нижні. Верхні і середні носові ходи мають невеликі отвори, за допомогою яких порожнина носа з'єднується з придатковими пазухами носа. В нижньому носовому ході є отвір слюзно-носового каналу. Придаткових пазух носа чотири пари: верхньощелепні (гайморові), лобні, основні і решітчасті (лабіринти).

Розмір і форма резонаторних порожнин, а також особливості будови гортані надають індивідуального забарвлення голосу, тобто забезпечують його *тембр*. Саме тембр дає змогу розрізняти людей за голосом. Навіть після операційного втручання зміни тембру пов'язані зі змінами конфігурації резонаторів, зменшенням об'єму ротової порожнини, наявністю в порожнині рота післяопераційних рубців тощо. І. Єрмакова стверджує, що маленькі діти кричать і плачуть нормальним голосом, а носовий відтінок виявляють вперше в лепетному мовленні,

**Мал. 5.3. Профіль органів артикуляції:**

1 — губи; 2 — різці; 3 — альвеоли; 4 — тверде піднебіння; 5 — м'яке піднебіння; 6 — голосові зв'язки; 7 — корінь язика; 8 — спинка язика; 9 — кінчик язика



коли дитина починає артикулювати перші приголосні звуки.

*Висота голосу* залежить від частоти коливань голосових зв'язок, а також від довжини, товщини і ступеня напруження їх. Що довшими, товщими і менш напруженими будуть голосові зв'язки, то нижчим буде голос.

**Третій (верхній) відділ — артикуляційний.** Основними органами артикуляції є: язик, губи, щелепи (верхня і нижня), тверде і м'яке піднебіння, альвеоли. Язик, губи, м'яке піднебіння і нижня щелепа рухомі, всі інші — нерухомі (мал. 5.3).

*Язик* вважають найдійовішим артикуляційним органом. Він розвивається з кількох зачатків, які мають вигляд потовщень на дні первинної порожнини рота. Вже на 4-му тижні ембріогенезу з непарного язикового горбка розвивається частина спинки язика, а бічні язикові горбки дають початок більшій частині тіла язика і його кінчику. Корінь язика утворюється із потовщення слизової оболонки і мезенхіми, розміщеної нижче від закладки щитоподібної залози. Всі ці зачатки язика згодом зростаються між собою в єдине ціле. Язик є масивним м'язовим органом. Передня частина спинки язика рухома, активна, а задня — фіксована (корінь язика). Рухома частина спинки язика має кінчик, передній і бічні краї, спинку. Слизові оболонки, що вкривають м'язи язика на дні ротової порожнини, утворюють вуздечку, недорозвиненість якої (вкорочення) перешкоджає рухові язика вгору, тим самим утруднюючи вимову голосних звуків високого підняття (/, и, у) та передньоязикових приголосних, особливо вібранта **p**. Завдяки складно організованій м'язовій системі язика активно змінюються його форма, положення і ступінь напруження. Значна рухливість язика, його еластичність і вправність дають змогу створювати в порожнині рота різні артикуляційні позиції (артикулеми). Це є надзвичайно важливим у забезпеченні артикулем як голосних, так і майже всіх приголосних (крім губних) звуків.

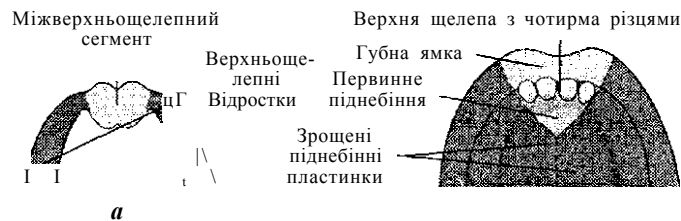
Важливу роль в утворенні звуків мовлення відіграють нижня щелепа, губи, зуби, тверде і м'яке піднебіння, альвеоли.

*Піднебіння* в нормі — це утворення, яке розмежує порожнини носа, рота і глотки. Воно складається із твердого і м'якого піднебіння. Тверде має кісткову основу і вкрите слизовою оболонкою. Висота і конфігурація твердого піднебіння впливають на резонанс. Спереду і з боків його обмежує альвеолярний відросток верхньої щелепи, позаду — м'яке піднебіння. М'яке піднебіння є продовженням твердого і в своїй передній частині розміщене горизонтально, а в задній — напрямлене дозад і донизу. З боків м'яке піднебіння переходить у дужки — передню і задню. Передня спрямована до бічної поверхні язика, а задня продовжується по бічній поверхні глотки. Піднебінні дужки відіграють важливу роль у забезпеченні процесу голосоутворення. В логопедичній практиці є випадки, коли піднебінні дужки частково виконували функції язика в разі порушення їх.

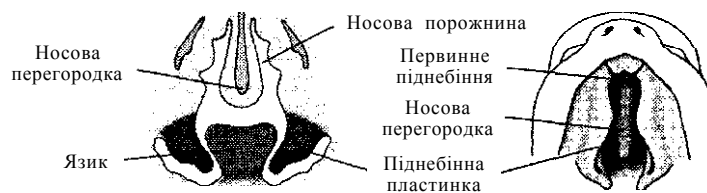
Задній край м'якого піднебіння посередині закінчується виступом, який називають язичком (*uvula*). У нормі в стані спокою він вільно звисає і досягає кореня язика.

За умови нормального морфогенезу тканини первинного піднебіння утворюються завдяки двом верхньощелепним та двом медіальним носовим опуклостям. Перші розміщені латерально від ротової ямки, а другі — вздовж внутрішнього краю носової ямки, яка утворюється на 5-му тижні внутрішньоутробного розвитку вrostанням носових плакод у глиб прилеглої мезенхіми. На 6—7-му тижні верхньощелепні опуклості, збільшуючись у розмірах, зміщують носові опуклості до середини та зближуються з останніми. Згодом мезодерма заповнює борозну між медіальною назальною та верхньощелепною опуклостями не лише на поверхні, а й у глибині з рostrальною частиною носової перегородки, яка утворюється з лобової опуклості. Таким чином формується міжверхньощелепний сегмент, тобто тканини первинного піднебіння. Він складається із губного (пролябіум), верхньощелепного (премаксила) та піднебінного (передній відділ твердого піднебіння до різцевого отвору) компонентів (мал. 5.4).

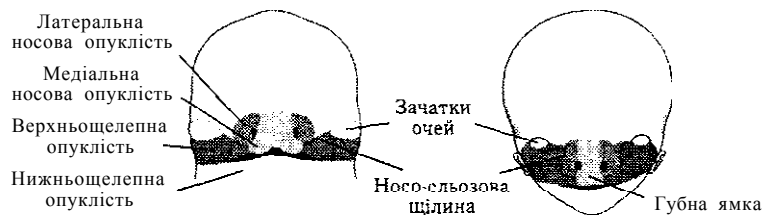
Вторинне піднебіння формується з двох паличкоподібних відростків, або піднебінних пластинок верхньощелепної опуклості. Вони з'являються на 6-му тижні, а на 7-му починають зливатися одна з одною у горизонтальному положенні над язичком, і до 10 тижнів цей процес завершується. При цьому спереду піднебінні пластинки з'єднуються із піднебінним компонентом міжверхньощелепного сегмента, а внутрішньо — із носовою перегородкою, яка на цей час досягає твердого піднебіння (мал. 5.5). Отже, на 2-му міс. внутрішньоутробного розвитку первинна ротова порожнина розділяється на носову та власне ротову порожнини.



Мал. 5.4. Міжверхньощелепний фрагмент і верхньощелепні відростки (в); первинне та вторинне піднебіння (б)



Мал. 5.5. Зрощення носової перегородки з піднебінними пластинками



Мал. 5.6. Формування носа

Ніс утворюється внаслідок злиття лобової опуклості (перенісся), медіальних носових (кінчик носа) та латеральних носових опуклостей (крила носа) (мал. 5.6).

Розвитку середньої третини лица у сагітальному напрямку та донизу сприяє хрящ носової перегородки, який починає активно рости з 6-го тижня. З 12-го тижня ріст хряща допереду уповільнюється, і внутрішньоутробний розвиток середньої третини доповнюється ростом через аппозицію та резорбцію. В ембріона без незрощення існує тонкий баланс між ростом хряща допередудонизу, який додатково координується тканинами верхньої губи і комірковим (альвеолярним) відростком верхньої щелепи. В ембріона із незрощенням цей механізм грубо порушений.

Розвиток пристінки ротової порожнини тісно пов'язаний з розвитком губ і щік. На 7-му тижні ембріогенезу утворюється щічно-губна пластинка, або пластинка пристінки порожнини рота. На ній виникає борозна або щілина, яка відмежовує зачаток верхньої і нижньої щелеп від верхньої і нижньої губ. Ця щілина в подальшому перетворюється на пристінок порожнини рота. Спочатку ротова щілина в ембріона дуже широка і досягає своїми кутами зовнішнього вуха. Пізніше внаслідок зрощення країв ротової щілини і утворення щік вона сильно зменшується. Слизова оболонка по лінії зрощення ротової щілини і по задньому краю червоної кайми губ потовщується і покривається епітелієм. Слизова оболонка губ є переходом від шкірного покриву до слизової рота.

Збереженість цілісності і рухомості губ є надзвичайно важливою умовою, оскільки рухи губ відіграють значну роль у забезпеченні правильної вимови звуків, особливо губно-губних, губно-зубних і голосних.

У разі формування незрощення верхньої губи та піднебіння верхньощелепний виступ не з'єднується із медіальним носовим виступом. Результатом цього стає утворення стійких однієї (однобічне незрощення) або двох (двобічне незрощення) борозен, де епітеліальна тканина розтягується та зміщується донизу, що призводить до формування незрощення. Внутрішньоутробне положення незрощених фрагментів верхньої щелепи, а разом з ними і верхньої губи та носа, залежить від виду утвореного незрощення (протяжність дефекту м'язового шару, кісткової тканини), наявності зон росту (перегородка носа, леміш), які позбавлені регулювальної дії спрямованого розвитку, положення плоду і тиску плодових вод, м'язових стінок матки. Положення плоду, а саме його верхніх кінцівок, які у нормі схрещені на грудях, може також впливати на розміщення серединного фрагмента. Розміщення їх під ним чи збоку від нього може призводити до зміщення у різних напрямках, що спостерігається відразу після народження дітей із природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння.

Природжені незрощення піднебіння можуть бути різної форми і довжини. Щілинний дефект найлегшого ступеня має вигляд вдавлення слизової оболонки, іноді можуть бути роз'єдані тільки м'язи і кістка за збереженості слизової оболонки. Незрощення піднебіння часто є продовженням бічного незрощення верхньої губи і коміркового (альвеолярного) відростка і містяться між лобним і верхньощелепним відростками. Незрощення піднебіння може поширюватися по всій довжині піднебіння або займати окремі його частини, тому прийнято розрізняти неповні й повні щілини піднебіння. Щілина піднебіння

від різцевого отвору до задньої носової ості може бути одно- чи двобічною. За однобічної щілини леміш (сошник) з одного боку з'єднується з піднебінним відростком, з другого — утворюється щілина, через яку з'єднуються носова і ротова порожнини. Якщо ліва половина піднебінної пластинки з'єднана з лемешем, то виникає правобічна щілина, якщо права, — то лівобічна. В разі двобічної щілини обидві носові порожнини з'єднуються з порожниною рота, а нижній край лемеша залишається вільним посередині і містяться на рівні незрошених піднебінних пластинок.

У літературі є кілька класифікацій ГТНП. Нині найточнішою і найуживанішою як у медицині, так і в практичній логопедії є така **класифікація природжених незрошень губи і піднебіння:**

Природжені незрошення верхньої губи:

**однобічні (право- ліво-);**

**двобічні (симетричні і несиметричні);**

**серединні (приблизно 1/96).**

Усі види, в свою чергу, поділяють на приховані і наявні: повні і неповні.

Крім того, вроджені незрошення верхньої губи можуть бути: **ізолюваними** і **поєднаними** (супроводжуються незрошенням альвеолярного відростка і піднебіння, незрошенням тільки альвеолярного відростка або тільки незрошенням піднебіння).

**Наявні незрошення верхньої губи** характеризуються незрошенням усіх її тканин за глибиною (слизовий, м'язовий, шкірний покрив) і висотою.

У разі **прихованих незрошень губи** збереженими залишаються шкірні і слизові оболонки, спостерігається лише незрошення м'язового шару. Візуально виявляють незначну втягненість шкірного покриву, або борозенку.

За **неповного незрошення** тканини (мал. 5.7) залишаються збереженими лише там, де починається ніс, а вся губа фактично розділена на два фрагменти.

У разі **повного незрошення** тканини губи — від червоної кайми до дна носової порожнини — повністю роз'єднані, тим самим утворюючи малий і великий фрагменти. При цьому саме дно носового ходу відсутнє.

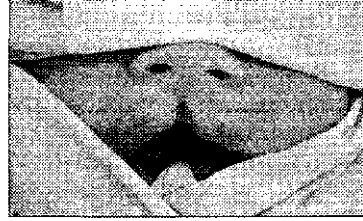
За **правобічного незрошення** великий фрагмент — правий, менший — лівий, лівобічного — навпаки.

**Двобічне незрошення** губи (мал. 5.8) передбачає наявність двох бічних і серединного фрагментів, яке у разі поєднаних вад включає не тільки тканини губи, а й міжщелепну кістку, що переходить у леміш.

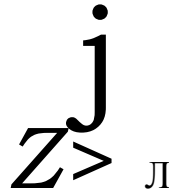
Залежно від ступеня тяжкості операція з усунення вади губи — **хейлопластика** може здійснюватися в один або в кілька етапів.



Мал. 5.7. Ізольоване правобічне неповне незрощення верхньої губи



Мал. 5.8. Вроджене ізольоване середнє незрощення верхньої губи



Мал. 5.9. Лівобічне наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння



Мал. 5.10. Двобічне наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння

Оперативне втручання на губі — хейлопластика, або хейло-риногіластика залежить від загальносоматичного стану дитини та від виду незрощення. Зазвичай однобічні незрощення ліквідують у 2,5—3 міс., а двобічні — в 5—6 міс.

Серед природжених незрощень піднебіння розрізняють: *одно- і двобічні*. У свою чергу, їх поділяють на:

*наявні та приховані твердого піднебіння і (або) м'якого піднебіння; наскрізні (повні) та ненаскрізні — неповні* (мал. 5.9, 5.10) (тільки твердого, тільки м'якого або твердого і м'якого без незрощення коміркового відростка).

Незрощення піднебіння можуть бути *ізольованими* (не супроводжуються незрощеннями верхньої губи або альвеолярного відростка) і *поєднаними* (супроводжуються щілинами верхньої губи або альвеолярного відростка).

Наявні незрощення не зумовлюють діагностичних проблем, тоді як приховані (субмукозні або підслизові) потребують ретельного обстеження дитини педіатром і логопедом. У разі прихованого незрощення піднебіння найчастіше можна виявити



широкий середній відділ глотки, різко закоротке піднебіння, велофаренгіальну недостатність (коли м'яке піднебіння не змикається із задньою стінкою глотки (з валиком Пассавана), втягнутість тканин, синюшний або блідий відтінок слизової оболонки над місцем незрощення кістки (у вигляді невеликого трикутника) по середній лінії твердого піднебіння або м'язів на м'якому піднебінні. Пальпація ділянки незрощення на твердому піднебінні дає змогу виявити певний дефект кістки. В своїй роботі логопеди практикують виявлення прихованої щілини твердого піднебіння ще за допомогою гучного промовляння голосного звука *a* за широко відкритого рота. Візуально фіксують втягування задньої поверхні піднебіння у формі трикутника. Приховані щілини виявляються в основному тільки функціональними порушеннями актів ковтання та голосоутворення.

Уразі ізольованих незрощень піднебіння (мал. 5.11) незрощеними можуть бути тільки м'яке або м'яке з частиною твердого піднебіння, комірковий відросток залишається цілим, а піднебіння складається з двох фрагментів. Дітей з ізольованими щілинами м'якого (іноді м'якого і задньої третини твердого) зазвичай матері вигодовують груддю і вони не потребують допоміжних пристосувань для годування.

У разі двобічних незрощень (мал. 5.12) альвеолярний відросток, тверде і м'яке піднебіння складаються з трьох фрагментів — двох бічних і серединного, представленого міжщелепною кісткою і лемешем.

*Оперативне втручання на піднебінні—ураностафілопластика* також залежить від виду незрощення і соматичного стану



Мал. 5.11. Ізольоване незрощення м'якого і 2/3 твердого піднебіння

Мал. 5.12. Двобічне неповне незрощення верхньої губи і піднебіння



дитини. За умови необтяженого стану здоров'я ізольовані незрощення піднебіння долають у віці 12—18 міс.; однобічні — з 10 до 24 міс.; двобічні із широкою відстанню між фрагментами — в два етапи: у 8—10 міс. — *велопластика* (ліквідація дефекту м'якого піднебіння) і в 1,5—2 роки — *уранопластика* (ліквідація дефекту твердого піднебіння). Операцію з ліквідації дефекту коміркового відростка виконують за сприятливого співвідношення фрагмента верхньої щелепи та ортогнатичного прикусу, після прорізування постійних зубів (10—12 років).

Слід зазначити, що необхідною умовою для здійснення ранніх (до 2 років) первинних операцій на піднебінні в разі природжених його незрощень є сприятливість загальносоматичного і місцевого статусу, можливість проведення до- і післяопераційного ортодонтичного лікування таких дітей. За таких достатньо сприятливих умов ураностафілопластику здійснюють щадним методом, який має низку значних переваг порівняно з іншими. В деяких випадках проведення щадної ураностафілопластики дає змогу одночасно здійснювати і хейлопластику. При цьому оперативне втручання починають на піднебінні і завершують операцією на верхній губі (Л. Харьков, Л. Яковенко та ін.).

Незрощення піднебіння трапляється в поєднанні з незрощеннями верхньої губи. При цьому різні форми незрощень губи можуть поєднуватися з різними формами незрощень піднебіння.

Багаторічна праця професіональних колективів лікарів Європи дала змогу відпрацювати і рекомендувати стандарти мультидисциплінарного підходу до лікування таких пацієнтів, а також форми і методи участі в ньому громадських і державних організацій, якими керуються фахівці і в Україні.

*М'язи обличчя* відіграють важливу роль не тільки у положенні трьох незрощених фрагментів верхньої щелепи, а й у рості їх. Б. Никитюк виявив, що у місцях порушення функціональної діяльності жувальних та м'язів припиняється або знижується до мінімуму ріст кісткової тканини, змінюється форма кістки. Значне порушення рівноваги м'язів, що спостерігається на тлі ВНГП, призводить до зміни розміщення як серединного, так і бічних фрагментів. Це підтверджують дослідження Р. Новосолова, який описав морфологічні особливості м'язів навколо порожнини рота у новонароджених та навіть оригінальну схему дії окремих груп м'язів у разі однобічних незрощень. Він виявив, що в разі незрощень верхньої губи функція колового м'яза, дія якого спрямована на звужування ротової щілини, випадає. У зв'язку з цим превалює функ-

ція антагоністів колового м'яза. Вони розтягуюті. убік незрошені частини верхньої губи, при цьому кут ротата основа крила носа відтягуються догори і змішуються зовнішньо, носові отвори розширюються, крильний хрящ сплющується. Верхній м'язовий пучок внутрішнього глибокого шару колового м'яза прикріплюється біля основи крила носа та зовнішньої поверхні носового ходу, під час скорочення його діюча сила спрямована назад. У разі двобічного незрошення ситуація погіршується ще більшим дефіцитом м'язів, їх патологічним прикріпленням. Рівнодія сил незрошених м'язів губно-щічно-глоткового кільця, що змінили місце прикріплення, збігається із напрямком деформаційної дії на серединний фрагмент носової перегородки. Крім того, виявлено переміщення дозадку бічних фрагментів верхньої щелепи крилоподібними м'язами, що прикріплені до крилоподібних відростків.

Постійний тиск звичайно гіпертрофованого язика на вільну від м'язової тяги, а також кісткового зрощення, міжщелепну кістку призводить до переміщення останньої у положення протрузії. Цим ще більше погіршується взаємне розміщення трьох незрошених фрагментів верхньої щелепи. Цей чинник діє доти, доки серединний фрагмент верхньої щелепи переміститься допереду настільки, що стане недосяжним для язика. Крім того, тиск язика на бічні фрагменти призводить до зміщення їх убік, унаслідок чого збільшується сам дефект, а горизонтальні пластинки твердого піднебіння переміщуються вертикально. Порушення типу дихання, відсутність диференціації ротового і носового дихання, атакож викривлення носової перегородки призводять до збільшення тиску язика на тканини верхньої щелепи, ще більше ускладнюючи дефект.

Артикуляція (від лат. *artikulare* — чітко, зрозуміло вимовляти) — це злагоджена діяльність органів мовлення, необхідних для вимовляння звуків та їх сполучень (комплексів). Правильну артикуляцію кожного звука забезпечує складно організована відповідна система рухів органів артикуляції (артикуляційна база). Злагоджена робота цієї системи потребує анатомо-функціональної збереженості артикуляційних зон. Артикуляційна база формується під впливом слухового і кінестетичного контролю за правильною вимовою, що забезпечується механізмом зворотного зв'язку. Суть артикуляції полягає втому, що артикуляційні органи (губи, язик, м'яке піднебіння, голосові зв'язки) утворюють щілини або змикаються у разі стикання або наближення язика до піднебіння, альвеол, зубів, а атакож змикання губ або наближення їх до зубів. Гучності і чіткості мовленнєвим звукам надає резонаторна система (глотка, ротова і носова порожнини).

Порожнина рота утворюється щелепами. Вона може змінюватися за формою і об'ємом залежно від розміщення язика і форми піднебіння, а також від ступеня участі лицьових і мімічних м'язів, колового м'яза губ. Рухи нижньої щелепи також відіграють певну роль у забезпеченні акту мовлення. Всі її рухи забезпечуються великою кількістю м'язів лицьової і мімічної мускулатури, які злагоджено діють з м'язами середнього і нижнього відділів периферичного мовленнєвого апарату. Не менш важливу роль у процесі вимовляння звуків відіграють м'язи рота.

Ротова порожнина і глотка беруть участь у вимовлянні всіх звуків рідної мови. В українській мові налічується 6 голосних і 32 приголосних звуки, з яких тільки два приголосних звуки *м* і *н* (та їх м'які варіанти) потребують участі носового резонатора. Вимова решти звуків потребує піднебінно-глоткового (велофаренгіального) змикання, що забезпечується скороченням м'язів м'якого піднебіння, бічних і задніх стінок глотки.

Одночасно в момент фонації з рухами м'якого піднебіння відбувається потовщення задньої стінки глотки (так званий валик Пассавана), що також сприяє контакту задньої поверхні піднебіння із задньою стінкою глотки. Повнота контакту м'якого піднебіння із валиком Пассавана може бути різною і залежить від довжини і рухомості м'якого піднебіння і розмірів глоткового кільця. Під час фонації м'яке піднебіння рухається дуже швидко (час відкривання і закривання носоглотки коливається від 0,01 до 1 с). Ступінь його підняття залежить від швидкості мовлення, а також від фонем, які вимовляють у цей момент. Максимальним є підняття піднебіння під час вимовляння звуків *а* і *с*, найбільш напруженим — звука *і*, значно меншим — голосних *о*, *а*, *є*. Потрібно усвідомлювати найважливішу, фізіологічну роль саме м'якого піднебіння в забезпеченні повноцінного мовленнєвого акту. Його повноцінна рухомість, анатомічна цілісність і досконалий м'язовий апарат зумовлюють швидкі зміни в резонаторних порожнинах і регуляцію повітряної хвилі, що сприяє чіткій і точній вимові звуків.

Таким чином, всі три зазначених вище відділи периферичного мовленнєвого апарату за умови нормального морфогенезу діють взаємозалежно, злагоджено і взаємозумовлено.

У разі природжених незрощень анатомічні дефекти виявляють тільки в третьому — верхньому відділі периферичного мовленнєвого апарату (наявність самого незрощення, недорозвиток м'язового комплексу твердого і м'якого піднебіння, зміни в будові щелеп і зубних рядів). Однак ці анатомічні зміни

призводять до стійких функціональних дефектів у всіх трьох відділах периферичного мовленнєвого апарату і як наслідок — до своєрідного механізму звуковимови,

У разі ринолалії як фонаційна, так і артикуляційна сторони істотно відрізняються від норми. Спостерігається стійке порушення взаємозв'язку всіх відділів.

За наявності дефекту твердого піднебіння утворюється з'єднання між носовою і ротовою порожнинами, а також істотно змінюються резонаторні властивості цих порожнин, що є причиною не тільки порушення актів жування, ковтання і дихання, а й процесу голосоутворення. Струмінь видихуваного повітря не має на своєму шляху перешкод з боку твердого піднебіння і потрапляє одночасно в роту і носову порожнину, порушуючи тембр голосу і чіткість звуковимови.

У разі ринолалії в ротовій порожнині формуються дефектні артикулеми (артикуляційні уклади), що, очевидно, фіксується в корі головного мозку у вигляді дефектних кінестезій. Таким чином, вторинно порушеною можна вважати центральну ланку мовнорухового акту.

## **5.5. Класифікація ринолалій.**

### **Основні форми**

Гугнявість як фонетичний феномен має різну природу, що потрібно розуміти для глибшого усвідомлення механізмів, покладених в основу такого самостійного мовленнєвого порушення, як ринолалія.

Причиною носового відтінку голосу може бути як надмірне, так і недостатнє резонування носової порожнини в процесі мовлення.

Перший варіант зумовлений наявністю анатомічного дефекту твердого та м'якого піднебіння, що утворює з'єднання між ротовою і носовою порожнинами і провокує недостатнє змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, внаслідок чого голосовидихуваний струмінь майже повністю проходить через ніс.

Другий варіант гугнявості зумовлений органічними змінами в носовій і/або носоглотковій ділянці або функціональними розладами піднебінно-глоткового змикання, що утруднюють процес носового дихання.

Залежно від характеру порушення функції піднебінно-глоткового змикання виділяють різні форми ринолалії.

У логопедичній літературі традиційно виділяють три форми ринолалії: закрити, відкрити і змішану і за етіологічними показ-

пиками кожна з них може бути *органічно* і *функціонально* зумовленою.

**1. Закрита ринолалія** — це порушення фонаційної сторони мовлення. Порушення нормального проходження струменя повітря через ніс призводить до повного або часткового виключення носового резонансу, спричинюючи тим самим зміни тембру голосу. Закрита ринолалія характеризується зниженням фізіологічного носового резонансу під час вимовляння носових звуків (*м, м', н, я'*). У процесі артикуляції цих звуків у нормі носоглотковий прохід залишається відкритим, і повітря вільно проникає в носову порожнину. Якщо носового резонансу немає, то ці фонемні звучать як ротові (*б, б', д, д'*). Крім вимови носових приголосних звуків у разі закритої ринолалії фонаційно порушуються і голосні звуки, вимова набуває неприродного глухого відтінку, оскільки в цих випадках голос позбавлений низки обертонів.

Причинами закритої ринолалії найчастіше є органічні зміни в носовому просторі, або функціональні розлади піднебінно-глоткового змикання (наприклад, підвищений тонус м'якого піднебіння), тобто ізолюється носова порожнина від ротової.

Розрізняють: *передню закриту ринолалію*, що виникає за хронічної гіпертрофії слизової носа (в основному задніх відділів нижніх раковин), у разі поліпів у носовій порожнині, викривлення перегородки носа, пухлин у носовій порожнині; *задню закриту ринолалію*, яка найчастіше є наслідком великих аденоїдних розрощень або носоглоткових поліпів унаслідок фіброми чи інших пухлин. У разі передньої закритої ринолалії порушується нормальне проходження повітря в носові ходи, а задньої закритої — зменшується об'єм носоглоткової порожнини, при цьому фонемні *м, н*, «звучать як *б, д, д'*. Однією із зовнішніх ознак закритої ринолалії є постійно відкритий рот.

Закриту ринолалію прийнято ще поділяти на *органічну* і *функціональну*.

Проте, на відміну від традиційної точки зору щодо закритої форми ринолалії, точніше і правомірніше було б віднести її до *ринофонії*, оскільки зазвичай за закритого варіанта спостерігаються лише порушення фонологічні (темброві), а артикулювання, як процес мовотворення, залишається збереженим. Тобто випадає одна з ланок, яка характеризує цю мовленнєву ваду як ринолалію. На користь цієї точки зору свідчать і рекомендації щодо її подолання, які насамперед передбачають усунення причини (органічної або функціональної) медичними засобами. Після лікування зазвичай відновлюється носове дихання і назалізація зникає. Хоча в логопедичній практиці є поодинокі випадки, коли, наприклад, після аденектомії (ви-

далення аденоїдів хірургічно) залишається назальний тембр голосу, і тоді йдеться про так звану *звичну закриту ринолалію*. В цих випадках рекомендовано застосовувати фонопедичні прийоми, комплекс дихальних і логопедичних вправ, за допомогою яких вдається позбутися неприродного, гугнявого відтінку голосу.

**2. Відкрита ринолалія — це порушення як звуковимовної, так і фонаційної сторони мовлення.** Вона є найскладнішою в механізмах і найтяжчою у подоланні формою. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкриту ринолалію. В свою чергу, органічна форма відкритої ринолалії може бути набутою і природженою.

*Набута відкрита органічна ринолалія* виникає в разі перфорації твердого і м'якого піднебіння внаслідок черепно-мозкової травми або у разі розвитку остеомієліту, рубцевих змін, поранень, тиску пухлини тощо, тобто порушуються цілісність і рухомість твердого і/або м'якого піднебіння.

*Вроджена органічна відкрита ринолалія* зазвичай є наслідком: а) природжених незрошень м'якого та твердого піднебіння, закороткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння *uvula*, субмукозної (прихованої) щілини; б) парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язикоглоткового і блукаючого нервів.

За *функціональної відкритої ринолалії* найчастіше вада мовлення зумовлена парезом м'якого піднебіння (одно- або двобічним), змінами, які відбуваються у глотці через її травми і пухлини, порушенням контролю за власним мовленням у разі зниження слухової функції або наслідуванням назальному мовленню.

**3. Змішана ринолалія — це стан мовлення, що характеризується низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків та наявністю назального тембру голосу.**

Причиною змішаної ринолалії є поєднання ускладненого носового дихання та недостатності піднебінно-глоткового змикання функціонального або органічного походження. Найтипівшим є поєднання закороткого м'якого піднебіння, підслизового його незрошення та аденоїдних вегетацій. У таких випадках аденоїди будуть перешкодою для проникнення повітря через носові ходи. Стан мовлення може погіршитися після аденектомії, оскільки виникає піднебінно-глоткова недостатність і виявляються ознаки відкритої ринолалії. Потрібно ретельно обстежити будову м'якого піднебіння, встановити, яка форма ринолалії сильніше порушує тембр мовлення. Після відновлення носового дихання використовують логопедичні прийоми подолання відкритої ринолалії.

Загалом будь-який варіант відкритої ринолалії характеризується надмірною назальністю мовленнєвих звуків та їх дефектною артикуляцією внаслідок підвищеної можливості проходження струменя видихуваного повітря через ніс (як синонім вживають термін «гіперринолалія»). За цих умов не тільки звуки носові (*м, м', н, н'*), а й усі інші, які є ротовими, набувають носового відтінку, при цьому порушується артикуляційна характеристика звуків.

Оскільки в логопедичній практиці найчастіше трапляється природжена відкрита органічна ринолалія, спинимось на ній докладніше.

Відкрита органічна ринолалія найчастіше є наслідком природженої вади піднебіння, причини і механізми виникнення якої було розглянуто вище.

Природжену відкриту органічну ринолалію (далі — відкриту ринолалію) характеризує своєрідний *комплекс симптомів* (за А. Іпполітовою).

1. *Зміна положення і активності язика.* За цієї вади язик стабілізується в такому положенні: тіло язика відтягнуте дозад (до глотки), а задня частина спинки і корінь язика підтягнуті догори, дещо збільшені за розмірами, гіпертрофовані (спостерігається підвищений тонус). Кінчик язика практично нерозвинений, млявий, атонічний. Унаслідок цього для язика залишаються доступними тільки найелементарніші, недостатньо диференційовані артикуляційні рухи.

2. *Порушення діяльності м'язів м'якого піднебіння.* Навіть після операційного втручання відновлене м'яке піднебіння залишається недостатньо активним, малорухомим, що зумовлено, зокрема, наявністю рубцевої тканини. Воно не виконує функції розмежування ротової і носової порожнин. Часто спостерігається асиметрія м'язів м'якого піднебіння зліва і справа, яка з віком прогресує. Поступово слизова оболонка стає блідішою, млявою, атрофічною. Спонтанне змикання м'якого піднебіння із валиком Пассавана не спостерігається.

3. *Порушення взаємодії м'язів периферичного артикуляційного апарату.* Насамперед порушується взаємодія артикуляційних і мимічних м'язів, що підтверджується зайвими рухами лицьових м'язів під час мовлення, навіть наявністю синкінезій (додаткові рухи), інколи тикоподібних і хореїчних рухів м'язів обличчя. У дитини поступово може сформуватися стійкий стереотип напруженого мовлення. Симптомом, який ускладнює організацію мовленнєвого акту; можна вважати стійке порушення взаємодії між артикуляційними і дихальними м'язами, що призводить до специфічних порушень мовленнєвого дихання. Страждають ритмічність мовленнєвого дихання (порушується



співвідношення між вдихом і видихом), спрямованість і плавність видиху.

4. *Тотальне порушення звуковимови.* Симптоми цього порушення описано у підрозділі 5.6.

Таким чином, за відкритої ринолалії органічна вада — незрощення піднебіння призводить до функціонального порушення праксису артикуляційного апарату.

### 5.6. Характеристика мовлення дитини з ВНП

Патологічні особливості будови і діяльності мовленнєвого апарату зумовлюють численні відхилення як у розвитку звуковимови, так і інших структурних компонентів мовленнєвої діяльності.

Навіть долінгвістичний розвиток дітей з ринолалією є досить збідненим і своєрідним. У зв'язку з порушенням анатомічної цілісності периферичного мовленнєвого апарату дитина позбавлена можливості інтенсивного лепету, артикуляційної «гри», тому певним чином гальмується і збіднюється підготовчий етап організації артикуляційних укладів. Найтипівіші лепетні звуки *п, б, т, д* дитина артикулює дуже тихо або навіть беззвучно у зв'язку з проходженням струменя повітря через носові ходи, не отримуючи через це слухового підкріплення. Є дані про поступове зменшення лепетливої активності (Г. Волосовець, 1995).

У дітей з ВНП порушуються не тільки артикуляція, а й розвиток просодичних елементів мовлення (інтонація, темп, ритм). Голос у них глухий, здавлений, неприродний, слабкий, виснажений, тихий, приглушений з яскраво вираженим носовим відтінком. Акустичні зміни голосового спектра позбавляють його дзвінкості і польотності, знижують чіткість і розбірливість мовлення.

У разі ринолалії мовлення розвивається із запізненням, відмічається значний часовий інтервал між появою перших складів, слів і фраз у перші роки життя, які вважають сензитивними для формування не тільки звукового, а й інтелектуального компонента. Часто перші слова з'являються приблизно у 2 роки, а іноді значно пізніше і мають якісні особливості. Фразове мовлення також зазвичай з'являється у цих дітей із запізненням, інколи — після 4—5 років (А. Уракова). Крім природженої анатомічної вади периферичного мовленнєвого апарату, у дітей з ринолалією часто вторинно страждає слухова функція, тобто розвивається туговухість, яка безперечно гальмує мовленнєвий розвиток дитини з ВНП (О. Мануйлов, Л. Дербалюк, О. Фомічова).

Імпресивне мовлення розвивається відносно нормально, проте експресивне потерпає від множинних якісних змін.

Слова і фрази, які з'являються у дітей з ВНГП, малозрозумілі для оточення, оскільки звуки, що формуються у них, є своєрідними за артикуляцією та звучанням. Унаслідок дефектного положення язика в порожнині рота приголосні звуки утворюються в основному завдяки активнішій участі задньої частини спинки язика, неприродній участі кореня язика в артикуляції, а також у разі зайвої активізації м'язів обличчя.

Вимова деяких приголосних звуків становить для хворих особливі труднощі. Так, через млявість і недостатню рухомість кінчика язика вони не можуть здійснити необхідне змикання з верхніми зубами і альвеолами для вимови звуків верхньої позиції: *л, т, д, ч, ш, щ, ж, р*, а біля нижніх різців — звуків *с, з, ц* з одночасним ротним видихом. У зв'язку з цим свистячі та шиплячі звуки у ринолаліків набувають своєрідного звучання. Звуки *к, г* або відсутні, або замінюються характерним вибухом, що виникає в разі з'єднання незрощених частин у вусі. Вібрантир (*р'*) майже ніколи не досягають нормального звучання, їх або пропускають, або вони наближаються до одноударного. Сонорний *л* або відсутній, або наближається до двогубного, часто замінюється на *й, у*. *Л'* часто звучить як *н'* чи *й* або його пропускають. В разі ринолалії страждає дзвінкість приголосних, спостерігається оглушення дзвінких звуків, їх затухаюча вимова.

Голосні звуки дитина вимовляє за відтягнутого назад язика з видиханням повітря через ніс, характерними для них є млява губна артикуляція і сильний назальний відтінок.

Отже, паталогічне звукоутворення в разі ринолалії має як антропофонічні (спотворене звучання фонем), так і фонологічні (заміна однієї фонемі на іншу) ознаки. Практично всі голосні та приголосні звуки грубо назалізовані, нечітко диференційовані між собою. Артикуляція їх значно змінена, звучання більшості з них навіть не наближається до норми, часто вони взаємозамінюються всередині груп звуків, подібних за акустичними ознаками і способом творення. Для хворого навіть такі артикулеми слугують кінемою, тобто руховою характеристикою визначеного звука, і в його мовленні виконують смислорозрізнавальну функцію, що дає змогу використовувати їх для мовленнєвого спілкування.

Усі звуки, що вимовляє дитина з ВНГП, на слух сприймаються як дефектні. Загальна характеристика їх для слухача — шиплячі звуки з носовим відтінком. При цьому глухі звуки сприймаються як наближені до звука *х*, дзвінки — до *г* фрикативного; з них губні і губно-зубні — до звука *м*, а передньоязикові — до звука *н* або *и* з незначною модифікацією звучання.

Таким чином, звуковимова в разі ринолалії порушується тотально, незважаючи на те, що деякі артикуляційні уклади можуть бути наближеними до норми.

Фонетико-фонематичні порушення виступають провідною вадою у структурі мовленнєвої діяльності, причому первинними вважають порушення фонетичного оформлення мовлення (А. Іпполітова). Тобто особливості усного мовлення дітей з ринолалією можуть бути причиною порушень у формуванні інших мовленнєвих процесів.

Щодо словникової і граматичної сторін мовлення в разі ринолалії існують різні думки. Так, О. Рау, В. Синяк вказують на те, що порушення лексико-граматичної сторони мовлення у дітей з ринолалією зумовлене не тільки анатомічною вадою обличчя, а й недоліками сімейного виховання, відсутністю вчасного корекційного навчання, впливом середовища, компенсаторними можливостями, станом психічного здоров'я тощо. Діти в основному добре розуміють лексичне значення слів, але намагаються використовувати спрощені форми власних висловлювань, відчувають труднощі у побудові розгорнутого зв'язного мовлення, в разі потреби точно передати зміст тексту, сформулювати власну точку зору.

Особливості письма зумовлені несформованістю фонематичної системи мови внаслідок порушень звуковимови. Тому звукові образи, що засвоїла така дитина у своїй свідомості, є неповноцінними і не можуть стати підґрунтям для формування писемного мовлення. Зв'язок порушень письма з вадами артикуляційного апарату може бути різним. Якщо дитина до початку навчання грамоти оволодіває чітким і зрозумілим мовленням, то розвиток звукобуквеного аналізу буде успішним. Однак якщо у дитини з ВНГП до навчання в школі залишаються труднощі у вимові звуків і фонаційному оформленні їх, це безперечно спровокує специфічні порушення письма. Прояви дисграфії залежать від низки чинників: тяжкості вади артикуляційного апарату, соматичного і психологічного статусу дитини, її компенсаторних можливостей, характеру і строків логопедичного впливу, участі сім'ї в процесі навчання дитини.

Отже, у структурі мовленнєвої діяльності в разі ринолалії вада фонетико-фонематичної будови мовлення є провідною ланкою порушення, причому первинним є порушення фонетичного оформлення мовлення. Ця первинна вада певною мірою позначається на формуванні лексико-граматичної будови мовлення, проте глибокі якісні зміни його трапляються зазвичай лише за поєднання ринолалії з іншими мовленнєвими порушеннями.

## 5.7. Особливості розвитку дітей з ринолдією

### Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на соматичний розвиток дитини

Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння є одним із чинників, що вкрай несприятливо впливає на організм дитини і спричинює у ньому грубі функціональні і морфологічні зміни.

Тяжкість вади визначається не тільки зовнішньою потворністю, складними функціональними порушеннями, соціальною невпевненістю дитини в дошкільному і шкільному колективах, конфліктною напруженістю і негативним психологічним фоном у сім'ї, а й тим, що наявність незрощень зумовлює низьку соматичних розладів, що призводять до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму (А. Лімберг, 1933; М. Дубов, 1960; Б. Булатовська, Н. Кузнецова, 1971; Л. Харьков, 1980; Ю. Бернадський, 1985; *R. B. White*, 1981, *W. J. Doyle* зі співавт., 1986 та ін.).

Із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння частіше народжуються хлопчики — 60 %, ніж дівчатка — 40 % (Л. Яковенко). *N. Wantia* уточнює, що хлопчики частіше мають незрощення верхньої губи і піднебіння, а дівчатка — незрощення тільки піднебіння або тяжкі форми незрощення губи та піднебіння. Помічена сезонна залежність народжуваності таких дітей. Частіше вони з'являються, заданими Л. Харькова, взимку (12 %), а згідно з дослідженнями Л. Губіної та О. Краснікової, — навесні (34 %). Аналіз строків народження дітей з цією вадою в Україні, дав змогу виявити, що 9,53 % із них народилися недоношеними, з масою тіла, меншою ніж 1500 г (Л. Харьков, Л. Яковенко, 2001). В Росії це становило 3,21 %, тобто втричі менше. Діти, які народилися недоношеними, мають більший ризик захворіти у ранній період розвитку. У хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння порівняно із здоровими дітьми у 15,5 раза частіше трапляються супутні вроджені вади. Крім того, у них спостерігається порушення з боку серцево-судинної і нервової систем, лужно-кислотної рівноваги (Т. Селезньова). У 14 % дітей з вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння було виявлено несприятливий соматичний стан через високий рівень у них захворюваності. Так, вони частіше хворіли на бронхіти, пневмонії, холецистохолангіти, пієлонефрити, цистити, нейродерміти, остеохондропатії.

Згідно з дослідженнями *J. Paradize, R. Ruberg* (1980), відставання у зрості і масі дітей з незрощеннями піднебіння спостерігається до 6-місячного віку. Не всі батьки обстежених дітей

використовували спеціальну методику годування. Значні труднощі *під час* годування було виявлено у 73 % дітей. Найбільше зниження маси (майже на 30 % порівняно з нормою) спостерігалось у дітей до 2 міс. Тенденція до відставання антропометричних показників удітей з незрошеннями піднебіння простежується до 3 років. Незважаючи на те що в Україні нині проводиться значна робота, спрямована на раннє хірургічне відновлення піднебіння і навчання батьків спеціальних прийомів годування немовляти, проблема негативного впливу цієї вади на ранній розвиток дитини залишається актуальною.

Аналіз анамнестичних, клінічних і рентгенографічних даних (*/. Sokolowski, 1976; Д. Мініцаєв, 1980*) свідчить про істотні порушення соматичного розвитку дітей з незрошеннями піднебіння. Авторами встановлені строки виникнення супутніх захворювань у цієї категорії дітей. У перші роки життя дитини розвиваються захворювання, пов'язані з порушеннями годування. Захворювання дихальних шляхів частіше трапляються у віці 2—5 років. ЛОР-органів — у 5—10 років.

Л. Дербалюк констатувала, що у дітей, старших за 4 роки, порушення носового дихання зумовлені не стільки широким з'єднанням порожнин носа і рота, скільки непрохідністю носових ходів через виникнення ендоназальних перешкод. До них належать гіпертрофія носових раковин (у 53 % хворих), викривлення перегородки носа (у 40 %), а також наявність поліпів, аденоїдів і звуження носових отворів. Проте у всіх дітей, прооперованих у віці до 4—5 років, носове дихання відновлюється. Встановлено, що ступінь зниження слуху залежить від віку, в якому було прооперовано дитину. Ранні строки хірургічного відновлення піднебіння забезпечують значне поліпшення слухової функції вже через 1—2 роки.

Хронічні осередки інфекції, які часто супроводжують природжені незрошення губи і піднебіння, є постійним джерелом інтоксикації дитячого організму. Так, заданими Н. Кузнецової, захворюваність дітей на хронічну пневмонію в 4—5 разів перевищує таку серед дітей, що не мають подібної вади. Майже у 20 % дітей з ВНГП виявлено інші природжені вади (порушення діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вади грудної клітки, потворність кінцівок — полідактилія, синдактилія; аномалії статевих органів тощо). Частота і тяжкість супутніх захворювань прямо залежать від ступеня складності вади.

Т. Селезньова (1985) простежила, що наявність стоматологічних проблем у дітей дошкільного віку з природженими щілинами губи і піднебіння становить 88,7 %. На верхній щелепі уражених зубів було більше, ніж на нижній. Удітей зі складними природженими аномаліями розвитку поширеність карієсу

становила 100 %. Вади розвитку тимчасових і постійних зубів було виявлено у 40 %, а деякі форми гіпоплазії молочних і постійних зубів — у 63,4 % обстежених.

Дослідження О. Коваленко і Г. Марченко (1973) свідчать про те, що тільки у 26,5 % дітей дані фізичного розвитку були в межах вікової норми. Це були переважно діти з ізольованими незрощеннями верхньої губи або тільки твердого піднебіння. Незадовільний фізичний розвиток виявлено у 73,5 % дітей.

### **Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією**

Неповноцінність мовлення негативно позначається на формуванні всіх психічних функцій дитини з ВНГП, особливо на процес становлення особистості.

Вроджені незрощення губи та піднебіння часто поєднуються з іншими вадами розвитку, атакож з органічними ураженнями центральної нервової системи, що виявляється в розумовій відсталості того чи іншого ступеня прояву. У таких хворих різко зростає ризик розвитку різних нервово-психічних розладів уже в дитячому і підлітковому віці — від легких невротичних явищ до реактивних станів, що нерідко супроводжуються вторинною затримкою інтелектуального розвитку.

Серед причин виділяють: загальне недорозвинення і тяжкі мовленнєві порушення, що часто спостерігаються у таких хворих; несприятливі умови виховання і психічну травматизацію дітей з цією вадою розвитку в ранньому віці, пов'язані з порушенням стереотипу контакту таких дітей з однолітками і дорослими, частою госпіталізацією таких хворих у зв'язку з багатостадійною лікуванням. Все це з віком призводить до виникнення у людей з цією патологією серйозних соціальних і психологічних проблем.

Деякі дослідження (В. Мушинський, А. Уракова, Л. Харьков, Б. Биндер, С. Носко, С. Станіславський) присвячені оцінюванню психічного розвитку, вивченню особливостей нервово-психічних станів дітей різного віку з незрощеннями піднебіння. Поряд зі змінами органічного характеру виявлено невротичні реакції, астенічний синдром, вегетосудинну дистонію тощо, що свідчить про потребу як у неврологічній, так і у психологічній реабілітації цієї групи хворих. У деяких дітей наявними є неврологічні мікроознаки: ністагм, асиметрія очних щілин, асиметрія носо-губних складок, підвищення сухожильних рефлексів тощо. Простежено поширеність психічних захворювань у дітей із наскрізними та ізольованими щілинами губи і піднебіння, що становить 31,5 % і майже в 20 разів перевищує таку у дітей без цієї вади розвитку. Психічні розлади частіше спостерігаються

у дітей віком 7—10 років. Згідно з дослідженнями цих авторів, порушення психічного розвитку виникає внаслідок захворювань ЛОР-органів, ранньої туговухості, загальної соматичної ослабленості, затримки мовленнєвого розвитку. Характерним є факт значно більшої кількості психічних захворювань у хлопчиків, ніж у дівчаток. Установлено, що хлопчики з комбінованими щілинами губи і піднебіння в 2 рази менше страждають від психічних розладів, ніж хлопчики з ізольованими незрощеннями губи і піднебіння (В. Мушинський, 1984; А. Уракова, 1977).

Затримку інтелектуального розвитку як вторинну ваду у дітей з ВНГП констатували П. Львов (1925); В. Кузнецов (1952); А. Коваленко (1968). Одну з причин ЗПР у цієї категорії дітей В. Матвеева зі співавт. (1968) вбачала у частій госпіталізації хворих, несприятливих умовах виховання і педагогічної корекції.

Н. Захарова, Т. Гнилорібов виділяють два типи психогенних реакцій у дітей зі складними незрощеннями: гіпостенічний (м'якість, сором'язливість, низька комунікабельність, схильність до переляку, швидка втомлюваність тощо) і гіперстенічний (підвищена роздратованість, нестійкість психічних станів, руховий неспокій тощо). Автори підкреслюють, що у дітей з незрощеннями піднебіння можуть спостерігатися патохарактерологічні зміни особистості. При цьому надзвичайно велике значення має вплив середовища. Гіпостенічний і гіперстенічний варіанти психогенних реакцій формуються зазвичай із 7-річного віку. Слід зазначити, що різні неврологічні порушення у дітей розвиваються в певні вікові періоди. «Критичними» є такі: 2—3 роки, коли формується індивідуальність дитини; 7—8 років, коли остаточно дозріває активна моторика; 12—18 років — період статевого дозрівання. Водночас Р. Беккер, посилаючись на дослідження *I. Haun*, вказує, що здебільшого у дітей з незрощеннями піднебіння інтелект розвинений нормально.

За даними *I. Tobiasen* (1984), діти з вадами обличчя часто виликають у дорослих і однолітків негативні емоції, у зв'язку з чим порушується стереотип контакту. Доведено, що непрооперовані діти на момент початку навчання в школі розвинені значно гірше, ніж прооперовані у віці до 2 років. У них з часом формуються дещо особливий склад характеру і манери поведінки (*L. Richman*, 1978).

У літературі недостатньо даних, що характеризують психічний стан дітей з природженими незрощеннями губи та піднебіння в динаміці з урахуванням віку, виду і ступеня тяжкості вади, а також супутніх захворювань. Практично немає також відомостей про вплив строків проведення і методик оперативного втручання на зміну стереотипу психічного розвитку дітей з ВНГП.

Для виявлення можливих взаємозв'язків між рівнем психічного розвитку дітей з незрошенням верхньої губи і піднебіння та характером *вади*, станом супутніх захворювань, характером і строками медичної допомоги тощо колективом учених на базі Українського центру з надання допомоги дітям з ВНГП було розроблено спеціальні карти спостереження за такими дітьми, що охоплювали 56 параметрів. За допомогою цих параметрів передбачалося додатково виявити наявність чи відсутність деяких психогенних реакцій, характерологічні особливості хворих дітей, а також рівень їх адаптації в колективі, ставлення до них людей, що оточують їх, та членів сім'ї тощо.

Л. Харьковим, С. Носко, Л. Яковенко та іншими фахівцями було обстежено 60 дітей із вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння, які проходили лікування в Центрі в період з лютого 1995 р. по квітень 1996 р. Під час дослідження на запитання: «Чи відчуває дитина ваду мовлення і зовнішності», 100 % матерів дітей, старших за 4 роки, відповіли позитивно, тоді як щодо дітей у віці 4 років цей показник становив лише 15 %.

Опитані матері дітей шкільного віку відмічали замкненість характеру своєї дитини, заглибленість у себе, часто пригнічений настрій. З інших ознак називали сором'язливість, млявість, повільність, різку роздратованість, стійку нерішучість, надзвичайно сильну прив'язаність до батьків, психологічну залежність від дорослого. Це доводить наявність прямого негативного впливу природженої вади обличчя на психічний розвиток дитини.

За станом психічного розвитку діти з ВНГП — це досить різномірна група: діти з нормальним психічним розвитком; діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР); діти з порушеннями розумового розвитку різного ступеня.

Серед хворих із вторинною вагою піднебіння кількість осіб з ЗПР залишалася приблизно постійною для різних вікових груп і становила близько 30 %. Характерно, що у цієї категорії хворих наявність ЗПР найімовірніше була пов'язана зі строками проведення уранопластики. Так, ЗПР практично не спостерігали у таких дітей, якщо на момент операції їм було менше ніж 3 роки. Крім того, було виявлено майже повний збіг логопедичної групи (куди увійшли діти, обстежені логопедом з виявленими у них мовленнєвими порушеннями) і групи дітей із ЗПР, яку виділили на основі результатів психологічного тестування.

Серед обстежених 60 хворих дітей, що мають природжені незрошення верхньої губи і піднебіння і перебувають на різних етапах хірургічної реабілітації, виявлено 22 дитини (36,6 %) із ЗПР. Найчастіше затримка психічного розвитку трапляється серед дітей з природженими незрошеннями піднебіння, зрідка —



серед дітей з рубцевою деформацією верхньої губи і носа після хейлопластики. Це свідчить про зменшення кількості дітей із ЗГТР серед хворих, що мають вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння, проте перебувають на останніх етапах хірургічної реабілітації. Такий факт можна пояснити наявністю феномену відновлення нормального психічного розвитку у міру усунення причин, що негативно на нього впливають.

Ця категорія дітей, які всі здорові діти, з часом стають дорослими, вони вступають у самостійне життя, починають свідомо виконувати соціальні ролі.

С. Станіславський (2003) у своїх дослідженнях висвітлив проблему щодо сприймання себе як особистості підлітками і дорослими з ВНГП, а також щодо впливу соціального середовища на формування їх особистості.

Порушення збалансованості системи «людина — середовище», недостатніх психічних або фізичних ресурсів індивіда для задоволення актуальних потреб, що зумовлено своєрідним вихованням дитини із незрощенням губи і піднебіння, неузгодженість самої системи цих потреб, побоювання, пов'язані з вірогідною нездатністю реалізувати значущі прагнення у майбутньому, а також з тим, що нові вимоги середовища можуть виявити їх неспроможність, породжують специфічність прояву психологічних якостей хворих на ВНГП у соціальному середовищі.

Дослідження С. Станіславського доводять безумовний вплив вродженої вади піднебіння на психологічний портрет особистості. Можна сказати, що усі особливості психологічної організації хворого на ВНГП зумовлені переживанням ним власної патології.

Не можна, однак, стверджувати, що хворі на ВНГП у сукупності своїй психологічно однорідні. В осіб із вродженою вадою обличчя ставлення до навколишнього світу є більш сталим і ригідним, реакції кожного з індивідів характеризуються відносно незначною різноманітністю. Вроджені вади розвитку впливають на широту діапазону прояву поведінки індивіда: коливання реакцій у межах «фізична асоціальна агресивність — опіка щодо інших» є значно меншими в осіб з ВНГП, що і є свідченням збідненості. Лінія поведінки є більш егоцентричною, ніж у здорових осіб юнацького віку, вони відчувають деяку напруженість щодо власного перебування у соціумі, постійний психологічний дискомфорт.

С. Станіславським експериментально підтверджена більша соціальна зрілість дівчаток. Вони є менш схильними до протиправних, делінквентних дій, що свідчить про відносно важчу здатність хлопчиків до корекційного впливу. При цьому хлоп-

чмки демонструють більше прагнення до досягнення, прикладання зусиль на шляху до мети, професійну й особистісну амбіційність.

Важливим результатом тендерних відмінностей у хворих на ВНГП є виявлене протистояння соціальному середовищу у юнаків, що поєднується з відносно більшою схильністю до самопокарання, самозасудження та приниження себе. З огляду на те, що червоний колір у дівчат має більш високий ранг, можна вказати на їх відносно вищу сценічність, самостійність, незалежність та домінантність. Усе це свідчить про складність психологічної будови особистості з ВНГП.

Аналіз досягнень у вивченні психологічних особливостей хворого на ВНГП дав змогу дійти висновку про недостатню і слабку розробленість проблеми його адаптації у суспільстві. Існує залежність рівня соціальної адаптації дорослих осіб із ВНГП від низки соціальних чинників, які мали місце ще у ранньому дитинстві.

Аналіз досліджень вітчизняних і зарубіжних учених вказує на суперечність результатів дослідження осіб з цією вадою: з одного боку, для них характерними є депресивні, тривожні стани (*N. Berk, T. Ramstad, E. Ottem, W. Shaw*), з іншого — виявлено високий рівень екстраверсії і низьку особистісну тривожність (В. Михайлова, М. Панін, Л. Барденштейн, Б. Климов). Автори вказують на невідповідність даних тестування і реального спостереження (*R. Eder*). Загальними проблемами хворих на ВНГП залишаються суб'єктивні труднощі соціального прийняття (*T. Bressman, R. Sader, U. Ravens—Sieberer*), висока оцінка впливу батьків на їхні власні думки (*S. Turner*).

На соціальному рівні різноманітність особистісних якостей індивідів з природженим незрошенням губи та піднебіння виявляється якістю взаємодії із соціумом і контекстом, особливими ситуаціями контакту з навколишніми. Вченими встановлено найуніверсальніший спектр життєвих ситуацій (К. Абульханова-Славська, Л. Бурлачук, Є. Шорохова, *N. Peseschkian, H. Reese, M. Smyer*), за яких зовнішні умови можуть забезпечити реалізацію внутрішнього змісту особистості, а саме: ситуації, пов'язані зі змінами фізичного середовища, матеріальним становищем, місцем проживання, шлюбом; навчання та зміни соціального середовища; майбутні власні діти; міжособистісні стосунки та ін.

Проте, відзначаючи досягнення сучасної медицини, які забезпечують повний цикл лікування зазначеної категорії дітей, слід констатувати, на жаль, відставання у вирішенні проблеми розвитку дітей із природженими вадами піднебіння — як педагогічної, так і психологічної.

### **5.8. Логокорекційна робота з подолання ринолалії**

Серед мовленнєвих розладів ринолалію вважають тяжкою вадою, подолання якої потребує тривалого часу, ранньої діагностики порушень розвитку, своєчасного корекційного впливу, врахування індивідуальних і загальнокомпенсаторних можливостей дитини, глибокого знання специфіки логопедичної роботи саме з цією категорією дітей.

Сучасна практична логопедія активно використовує в роботі методичні розробки і рекомендації О. Алмазової, Л. Вансовської, Т. Волосовець, Т. Воронцової, І. Єрмакової, А. Іпполітової, Н. Захарової, Н. Серебрової, В. Чиркіної та інших як такі, що забезпечують позитивні результати логопедичної роботи (формування чіткої, правильної звуковимови і подолання гугнявого відтінку голосу).

Насамперед слід зазначити, що логопедичний вплив у разі ринолалії має бути науково обґрунтованим, системним, послідовним і мати комплексний характер. Плануючи свою роботу, логопед, керуючись психолого-педагогічною класифікацією мовленнєвих порушень, має визначити стан розвитку структурних компонентів мовлення у процесі логопедичного обстеження. Виходячи зі стану сформованості фонетичної, лексико-граматичної і просодичної сторін мовлення, визначають основні завдання і обирають напрями логокорекційного впливу на дитину з ринолалією.

Високу результативність показала система логопедичного впливу на дитину з ВНГП, розроблена А. Іпполітовою. Підтримуючи ідеї М. Зеємана, М. Хватцева про можливість доопераційного логопедичного втручання, А. Іпполітова багаторічним досвідом роботи довела необхідність і доцільність систематичних логопедичних занять уже в доопераційному періоді. Проте нині слід ураховувати, що цю систему розробляли у 80-ті роки, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна й особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди визнають методику А. Іпполітової як ефективну за відсутності у дитини системних порушень мовлення.

Своєрідність цієї методики полягає в тому, що на тлі дихальних і артикуляційних вправ, розвитку кінестетичних відчуттів увага дитини зосереджується спочатку на артикуляційному укладі (артикулемі) звука, і тільки за умови її засвоєння пізніше підключається голос. У процесі формування артикулем особлива увага звертається на плавний, невимушений характер рухів з метою запобігання виникненню синкінезій у лицьовій та

мімічній мускулатурі. У системі вправ з розвитку артикуляційного праксису основним є використання фізіологічної взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату, тобто їх взаємообумовленість та взаємозалежність. Послідовність роботи над звуками визначається рівнем готовності артикуляційної бази. Зміст логопедичних занять передбачає перевиховання фізіологічного дихання на мовленнєве; відпрацювання диференційованого видиху — видиху; виховання довгого, плавного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без включення голосу) та фрикативних глухих приголосних; диференціацію короткого і довгого ротового та носового видиху для формування сонорних звуків і африкат; формування м'яких звуків, диференціацію й автоматизацію сформованих звуків. У методиці А. Іпполітової чітко визначено етапи (підготовчий, основний) і особливості логопедичної роботи в до- і післяопераційному періоді, вказано послідовність роботи над звуками, дозування матеріалу в різні періоди роботи.

Артикулеми голосних звуків рекомендовано формувати у такій послідовності: *а, є, о, у, и, я, ю* (завершує цю послідовність звук *и*). Звуки *я, є, ю* формуються зі сполучення *й* та відповідного голосного звука (*а, є, о, у*). Звук *й* дає змогу простежити напрям видихуваного повітря як першої, так і другої частини дифтонга. Принципово відмінною від інших А. Іпполітовою була запропонована саме послідовність роботи над приголосними звуками. О. Рау рекомендувала такий порядок постановки приголосних: *п, б, м, т, д, н, ф, л, к, г, с, з, х*. М. Хватцев: *я, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж*. З. Нелюбова: *я, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. Тобто зазначені автори починати постановку приголосних зі проривних (*я, б*) і передньоязикових (*т, д, я*). А. Іпполітова, спираючись на досягнення підготовчого періоду (рухомості м'якого піднебіння, напрямленості видихуваного струменя повітря через рот, постановки голосних звуків), вважала, що найефективнішим буде початок роботи з постановки щілинних *ф* і *в*, оскільки їх вимова не потребує підвищеної сили голосу, що не є бажаним для ослабленої дитини. На основі *ф* і *в*, змінивши артикуляційний уклад, пропонується поставити *с* і *ї* (оскільки дитина вже може показати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий *ф, ф, ф*, відбувається змикання і утворюється звук *я*, а від звука *в* можна поставити звук *б*. Незважаючи на відносну збереженість деяких звуків, А. Іпполітова категорично наполягала на тому, що роботу над постановкою звуків слід починати заново, з нуля, оскільки звуковимовну сторону вважала тотально порушеною. Кількість вправ, запропонованих дитині на кожному занятті, може бути різною. Так, на першому занятті можна обмежитися тренуванням ротового

видиху або перейти до формування деяких артикулем голосних звуків.

Цікавими є запропоновані автором спеціальні таблиці для автоматизації поставлених звуків, малюнки, картинки, завдання для батьків тощо.

Не меншою популярністю серед логопедів користується поетапна методика корекції розладів голосу в разі ринолалії І. Єрмакової (1984). Вона встановила вікові особливості функціональних розладів голосоутворення удітей і підлітків із природженими незрощеннями губи і піднебіння і, враховуючи це, запропонувала оригінальну систему постановки голосу у ринолаліків. При цьому І. Єрмакова наголошувала на обов'язковому врахуванні в логопедичній роботі принципу індивідуального підходу до свого вихованця. Автор методики звертає увагу на потребу у проведенні першого (доопераційного) етапу роботи з метою запобігання формуванню компенсаторних патологічних звичок і артикуляційної бази для розвитку мовлення. В цей період передбачено доопераційну підготовку м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання після операції, по можливості запобігання дистрофії м'язів глотки, створення функціональних передумов для процесу нормального звукоутворення: переміщення язика в ротовій порожнині вперед, опускання його кореня і зміцнення кінчика, активізація губ і щік, запобігання ключичному типу дихання тощо. Цікавим є акцент на використанні фонації для виховання рухомості м'якого піднебіння як найбільш фізіологічного процесу. Особливості артикуляції голосних *a* і *ε*, на думку автора методики, дають змогу застосовувати їх для розвитку рухливості сегментів м'якого піднебіння. Вправи з цими голосними слід починати з першого заняття, привертаючи увагу дитини до м'якої голосоподачі і правильного положення язика в роті. На думку І. Єрмакової, патологічне положення язика в порожнині рота порушує мовлення більше, ніж недостатність піднебінно-глоткового змикання. Тому активізації рухомості язика і вихованню правильного його положення в роті потрібно приділяти особливу увагу. Артикуляційну гімнастику і масаж органів артикуляції слід проводити щодня — 3—4 рази по 5 хв. Оскільки кінестетичні відчуття у осіб із ВНГП знижені, рекомендовано одночасно працювати не більше ніж над трьома видами вправ, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини. При цьому слід уникати різких, швидких артикуляційних рухів, оскільки вони потребують значного напруження і не дають бажаного ефекту, тому що дитині важко запам'ятати зміну кінестетичних відчуттів і точно відтворити рухи.

Корекцію дихання краще проводити в кабінеті ЛФК. Щоб дитина могла перейти безпосередньо до дихальних вправ, вона

має оволодіти спрямованим струменем повітря. Тільки після оволодіння достатньо подовженим діафрагмально-реберним видихом логопед може приступати до постановки голосних звуків і вокальних вправ, починаючи з протяжної вимови голосних *a-a-a*, *e-e-e* на м'якому видиху в грудному регістрі. Пізніше підключаються звуки *o*, *i*, *y*, *u*. Після того як дитина навчиться протяжно вимовляти «ізольовані» голосні, слід переходити до злитної вимови сполучень з двох, потім з трьох звуків. Розвиток фонематичного слуху входить до кола завдань, які логопед вирішує в підготовчому періоді (вміння виділяти звук з ряду ізольованих, виявляти наявність звука в слові, визначати місце звука в слові і правильність його вимови, розрізнити на слух ротові і носові звуки тощо). Слід активно використовувати ігрові моменти з елементами звуконаслідування, ігри з включенням сюжетних елементів тощо. Оскільки вправи на розвиток фонематичного слуху є досить виснажливими, ними рекомендовано займатися впродовж 7—10 хв під час одного заняття.

І. Єрмакова вважає можливою роботу над звуковимовою до операції, зміст якої залежить від віку дитини і стану вади. Основне, на думку автора, — добитися поліпшення комунікативної функції мовлення, задовольняючись на цьому етапі лише приблизною артикуляцією, звуками-аналогами.

До постановки приголосних фонем має завершитися етап постановки діафрагмально-реберного дихання. Етапу постановки «чистих» приголосних можуть передувати операція і період відновлення сформованих мовленнєвих навичок. За І. Єрмаковою, починати потрібно з приголосних *л*, *л'*, *в*, *в'*, *ф*, *ф'*, вимова яких краще диференціюється в складах, де приголосний стоїть в інтervoкальній позиції — між двома голосними. Принциповою є позиція автора щодо потреби у включенні до спонтанного мовлення нових мовленнєвих навичок уже на цьому етапі. Надалі послідовність постановки приголосних може бути такою: *п*, *п'*, *б*, *б'*, *м*, *м'*, *с*, *с'*, *з*, *з'*, *т*, *т'*, *д*, *д'*, *н*, *н'*, *ш*, *ж*, *к*, *х*, *р*, *р'*. За цією методикою останньою має бути робота з постановки *ж* і *африкатів*. Одночасно проводять роботу з диференціації ротових і носових звуків: *м* — *п*; *м'* — *п'*; *н* — *д*; *н* — *т*; *м* — *б*; *м'* — *б'* тощо.

Надумку Л. Вансовської (1977), роботу з усунення назалізації слід починати не з традиційного звука *а*, а з голосних переднього ряду і та *е* (*рос.*), оскільки саме ці звуки дають змогу спрямувати струмінь видихуваного повітря в передній відділ ротової порожнини і укласти язик біля нижніх різців. При цьому посилюється чіткість кінестетичних відчуттів, а вимова звука *і* «примушує» активізуватися м'язи глотки і м'якого піднебіння.

За цією методикою логопед під час роботи з дитиною говорить тихим голосом, з дещо висунутою вперед нижньою щелепою, з півусмішкою на обличчі, з посиленням напруження м'якого піднебіння і м'язів глотки. Спочатку проводять роботу з усунення назалізації голосних, потім здійснюють постановку сонорів (*л,р*), пізніше — щілинних і проривних приголосних (*рос.*).

Ще наприкінці 60-х років Т. Воронцова наголошувала на потребі у врахуванні анатомічних і функціональних особливостей артикуляційного апарату для здійснення логопедичної роботи.

Водночас С. Таптапова (1963) працювала з дорослими ринолаліками і, спираючись на власний досвід роботи, розробила методику подолання гугнявості з використанням режиму мовчання (вимови голосних про себе), вокальних вправ, спеціальних прийомів для зняття гримас і зайвого напруження м'язів шиї, плечового поясу.

Керуючись методичними рекомендаціями своїх попередників з відновлення голосу у підлітків і дорослих (Н. Лебедева, М. Фомінова та ін.), деякими прийомами вокальних методик (С. Малютін, Л. Работнов та ін.), матеріалами досліджень зарубіжних фоніатрів і логопедів (Г. Гутцман, В. Во, Д. Тарно, Д. Ейзенсон та ін.) і результатами практичного досвіду роботи, в 70-ті роки О. Алмазова запропонувала методичну систему відновлення голосу у дітей у разі органічних захворювань гортані. В контексті проблеми подолання ринолалії цікавими є авторська характеристика різних форм ринофонії і комплексний метод подолання її, який полягає у поєднанні ортофонічних вправ з психотерапією, лікувальною фізкультурою і низкою лікувально-профілактичних заходів.

Значний внесок у вирішення проблеми подолання ринолалії зробила Г. Чиркіна, яка на основі багаторічного вивчення цієї категорії дітей наприкінці 80-х років розробила методичні рекомендації з комплексної психолого-педагогічної корекції цього мовленнєвого порушення. За Г. Чиркіною, логопедична робота з подолання ринолалії повинна мати комплексний характер і бути спрямованою не тільки на корекцію фонетичних розладів, а й на розвиток лексики, граматики і граматичного мислення на тлі корекційного психологічного впливу.

Виходячи із зазначеного, проаналізувавши методи і прийоми, які використовують у практичній логопедії, можна виділити основні принципи і напрями корекційної роботи з подолання ринолалії:

\* урахування механізмів розладу мовлення й особливостей симптоматики (стану піднебінно-глоткового змикання, анатомо-функціональної збереженості артикуляційних органів, дихання, стану артикуляторної бази, слухового контролю,

рівня фонематичного слуху тощо), що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних укладів заново;

- спирання на збережені аналізатори і їхні функції, розвиток потенційних функціональних можливостей кінстетичного, слухового, зорового апарату;
- використання фізіологічного дихання з метою перевиховання його в мовленнєве діафрагмальне з ротовим видихом;
- паралельність у роботі над формуванням мовленнєвого дихання і формуванням артикуляційних укладів;
- використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису;
- урахування рівня готовності артикуляційної бази звуків для визначення послідовності постановки їх;
- урахування вікових і компенсаторних можливостей дитини з ВНГП;
- забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційної роботи.

Тобто система корекційної роботи з розвитку фонетично правильного мовлення у дітей дошкільного віку з ВНГП обов'язково має забезпечити: розвиток рухомості м'якого піднебіння, усунення назального тембру голосу, виховання правильної артикуляції всіх звуків, розвиток фонематичного сприймання. Зміст логопедичної роботи з кожного розділу може варіювати залежно від того, чи прооперована дитина, чи працював з нею логопед до операції, наскільки тривалою була підготовча робота, чи готова вона психологічно до логопедичних занять тощо. Після операції логопед повинен допомогти дитині оволодіти мовленням в анатомічно нових умовах. Для всіх пацієнтів логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням доопераційної роботи та ефективності операції. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення пацієнта з урахуванням його психічного статусу. Проте незмінними залишаються основні принципи, мета, завдання і вимоги до результатів логопедичної корекції.

Запропоновані Л. Вансовською критерії дають можливість чіткіше розмежувати порушення мовлення в разі ринолалії й оцінити ефективність корекційного впливу за двома позиціями: усунення назалізації і подолання вад артикуляції. Мовлення дитини з ринолалією після логопедичної корекції може бути оцінене як:

- нормальне або наближене до норми — сформованою є звуковимова і усунено назалізацію;
- значно поліпшене мовлення — сформованою є звуковимова за помірної назалізації;



- поліпшене мовлення — сформованою є артикуляція не всіх звуків на тлі помірної назалізації;
- без поліпшення — несформованою є артикуляція звуків у разі гіперназалізації.

### **5.9. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрошень губи та піднебіння**

Не можна недооцінювати роль профілактики мовленнєвих порушень і запобігання вторинним вадам удітей з природженими вадами губи і піднебіння. Безперечно, тяжка вроджена вада обличчя ослаблює дитину фізично, гальмує її психічний розвиток, спотворює індивідуальну лінію особистісного розвитку.

Розроблення і впровадження системи профілактичних, медичних, психологічних і педагогічних заходів дає змогу повноцінно використати захисні і компенсаторні можливості організму дитини загалом, своєчасно виявити відхилення у фізичному, нервово-психічному і мовленнєвому розвитку, запобігти ускладненням і вторинним нашаруванням. Це стає можливим за умови спеціального корекційного впливу на розвиток такої дитини з моменту її народження зусиллями багатьох фахівців і обов'язково за активної участі батьків.

Обов'язково слід наголосити на значенні первинної профілактики, реалізацію якої слід розпочинати ще до народження дитини створенням для майбутньої мами максимально сприятливих умов, що забезпечуються державною службою охорони здоров'я матері і дитини. Система профілактичних заходів насамперед передбачає підвищення рівня медичної і педагогічної освіченості майбутніх батьків, урахування біологічних і соціальних чинників ризику, які можуть спровокувати відхилення в розвитку дитини, забезпечення своєчасного генетичного консультування, врахування і за можливості виключення чинників ризику мовленнєвих порушень тощо. Бажано, щоб усі члени сім'ї були поінформовані про розвиток мовлення в нормі і . спираючись на ці знання, грамотно, свідомо, активно і систематично займалися розвитком мовлення дитини. Якщо в сім'ї народилася дитина з ВНГП, вона відразу повинна опинитися в полі зору логопеда. Саме логопед має пояснити батькам механізми компенсації вади, вселити надію у можливість подолання мовленнєвих порушень, залучити батьків до спільної корекційної роботи якомога раніше.

Виходячи із зазначеного, логопедичні зусилля і використання ком апексу лікувальних заходів певною мірою можна розгляда-

ти як первинно профілактичні, оскільки їх метою є максимальне запобігання тим можливим відхиленням у розвитку, які спричинені самим фактом незрощення. З профілактичної точки зору в цей період основну увагу потрібно звертати на таке.

1. **Запобігання появі астеничного синдрому.** Відомо, що діти з ВНГП соматично ослаблені і схильні до простудних захворювань, тому з раннього дитинства вони потребують стимуляції фізичного розвитку і загартовування. З цією метою доцільно використовувати водні процедури, повітряні ванни, прогулянки на свіжому повітрі. Стимуляції фізичного розвитку досягають переважно завдяки масажу, спеціальним фізичним вправам, рухливим іграм. На ранніх етапах розвитку краще стежити за перебігом нормального онтогенезу, дещо активізуючи рухи, доступні за віком дитини. Зміцнюють здоров'я дитини повноцінне і збалансоване харчування, приймання вітамінних препаратів. Забезпечення достатньої фізичної витривалості і зміцнення здоров'я є надзвичайно важливим чинником для успішності майбутньої операції, яку часто відкладають на тривалий строк через астенизацію дитини.

2. **Запобігання фіксації язика в неправильному положенні.** З цією метою вже з перших днів життя дитину не треба класти на спину, що провокує западання язика назад. Рекомендується вклати її в положення, що стимулює утримання кінчика язика якомога ближче до альвеол: лежачи на животі чи на боці. В подальшому слід використовувати низку спеціальних рухів і вправ на стимуляцію рухів кінчика і передньої частини спинки язика.

3. **Запобігання порушенням дихальної функції.** Оскільки в разі ринолалії зазвичай видих короткий, неекономний, треба запобігати остаточній фіксації його як способу дихання. Основне завдання — сформуванню достатньо довгий, економний, стійкий ротовий видих, якого буде достатньо для цілої фрази. За допомогою спеціальної дихальної гімнастики та ігрових моментів дитину слід вчити диференціювати ротове і носове дихання. Потрібно використовувати розвинений у дітей наслідувальний рефлекс — спочатку під час ссання, а потім у безпосередніх вправах з розвитку мовленнєвого видиху (після року). Для цього застосовують ігри на дмухання, так звані нюхові ігри і вправи, ігри на звуконаслідування, під час яких звертати увагу дитини на ротовий видих за допомогою різних яскравих іграшок (ватних кульок, сніжинок, метеликів, рибок тощо).

Під час гри дитину можна навчити імітувати такі ситуації, як, наприклад, дихання собаки, коли їй жарко. При цьому дитині підказують шепітну вимову *а-а-а* з висунутим язиком. За допомогою запитань «Як ми гріємо ручки?» демонструють ви-

дих на руки х-х-х..., «Що так пахне?» — відпрацьовують вдих через ніс, видих ротовий тощо. Можна придумати низку інших вправ, щоб привчити дитину видихати ротом, перемішуючи кінчик язика вперед.

Від простих дихальних ігор-вправ пізніше слід поступово переходити до відпрацювання видиху через рот з включенням голосу на артикуляції голосних і приголосних звуків, вкладаючи певний змісту кожний звук, що вимовляють. Дихальні вправи крім рішення логопедичних завдань сприяють більш повноцінному розвитку грудної клітки дитини і зміцненню її здоров'я.

**4. Активізація діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця.** З цією метою дитині можна запропонувати вправи на зразок легкого позіхання, покашлювання, ковтання, починаючи з краплі, потім маленькими ковточками, відкинувши голову назад. При цьому фрагменти м'якого піднебіння рефлекторно піднімаються вгору. Добре зарекомендував себе пальцевий масаж м'якого піднебіння (або його сегментів), якому навчають маму дитини ще в пологовому будинку. Вважають, що провокація блювотного рефлексу («полоскотавши» задню стінку глотки паперовою трубочкою) примушує швидко і сильно рухатися м'яке піднебіння. Проте такий прийом потребує особливої обережності і вправності. Після операції м'яке піднебіння добре стимулюють вправи на полоскання горла. Добрі результати дають фізіотерапевтичні заходи. Вся ця робота має сприяти змиканню м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, що, в свою чергу, є профілактикою мовленнєвих ускладнень. Щоб активізувати роботу м'язів глотки і м'якого піднебіння, слід спочатку примусити дитину злизати краплю води чи сиропу з губи, потім давати питво спочатку краплями, пізніше — маленькими ковточками. Інші подібні вправи пропонують, враховуючи вік і можливості дитини. Ще до року бажано проводити щоденні заняття з логопедом і б домашніх умовах (після відповідної підготовки батьків) упродовж 2,5—5 хв по кілька разів на день, спираючись на здатність дитини наслідувати дорослого.

**5. Розвиток рухомості артикуляційних м'язів як передумови формування правильної звуковимови.** Турботою про це треба перейматися з раннього віку. Спочатку застосовують пасивні рухи (дитина повинна зібрати губи в трубочку, розтягнути їх в посмішку, зробити «качечку», підняти верхню губу вгору, опустити нижню губу тощо). За допомогою шпателя або пальців руки «працювати» з кінчиком язика (притискати до дна рота, піднімати до верхньої губи, опускати на нижню губу тощо).

Яку ранній післяопераційний, так і віддалений післяопераційний періоди логопед і батьки мають продовжувати роботу для досягнення рухомості, пластичності верхньої губи, систе-

матично використовуючи низку вправ або масажних прийомів. Одразу після зняття швів логопед активно включає в роботу різні масажні рухи, пасивні артикуляційні вправи (поступово — пасивно-активні вправи, пізніше — комплекс артикуляційної гімнастики), які потрібно проводити з дитиною щодня.

Якщо м'язи обличчя (в ділянці лоба, носа, щічно-вилицевої ділянки) напружені, можна розслабити їх за допомогою спеціально підібраних масажних рухів. Масаж проводять у вихідному положенні «лежачи на спині» за повного розслаблення всіх м'язів тіла, або у вихідному положенні «сидячи, голова на підлокітнику». Масаажні рухи (погладжування, вібрація, слабкий «пальцевий душ») слід поєднувати з пасивними артикуляційними вправами.

**6. Розвиток сили і гучності голосу.** У дитини з ВНГП голос звучить тихо і глухо. Знаючи це, необхідно якомога раніше розпочати роботу в цьому напрямі.

З перших місяців життя потрібно розвивати зір та слух дитини, які мають велике значення для розвитку голосу як важливого компонента мовотворення, оскільки він забезпечує чутність мовлення та його інтонаційну виразність. Розмаїтості інтонацій досягають зміною основних характеристик голосу — висоти, сили і тембру. З перших місяців у дитини слід розвивати вміння прислухатися до різних звуків, до мовлення дорослого, який має часто і лагідно розмовляти з дитиною. На 3-му місяці життя у дитини з'являються перші короткі звуки: *а-а-а, а-гу, бу* та інші. Це період гудіння, успішний перебіг якого потребує від оточення дитини підвищеної уваги до звучання й артикулювання дорослого. Завдання батьків і логопеда — допомогти дитині «відчути» артикуляцію звука і слова, звернути на неї увагу. Ще до року з дитиною можна гратися, імітуючи різні голоси природи, голоси тварин і пташок, наспівуючи улюблені мелодії тощо. Корисною грою для розвитку голосових можливостей є укладання ляльки спати з характерним чергуванням більш високого і низького звучання звука а. Для мимовільного підвищення сили голосу корисно відходити від дитини на більшу відстань, гратися в піжмурки, кликати когось до себе тощо. Корисно в роботі з розвитку голосу використовувати фонозаписи звуків природи, записи улюблених дітьми пісень і мелодій.

Усі окреслені вище напрями корекційно-профілактичної роботи закладають підвалини для розвитку нормального мовотворення. З цієї точки зору період двох-трьох років є надзвичайно відповідальним. Відстежуючи перебіг домовленнєвого розвитку дитини з ВНГП, логопед разом з батьками продовжують роботу з розвитку мовлення і запобігання ускладненням. У цей час потрібно підготувати м'яке піднебіння до піднебін-

но-глоткового змикання, за можливості запобігти дистрофії м'язів глотки і піднебіння, прагнути до переміщення язика вперед, опускання його кореня й укріплення кінчика, активізувати рухи губ і щік, відпрацювати діафрагмальне дихання, нормальний повітряний потік, запобігти змішуванню звуків в усному мовленні.

Переміщення язика вперед значною мірою визначає ефект усіх занять, створюючи умови для постановки правильних звуків, пониження носового відтінку, нормалізації мовленнєвого дихання. Одночасно переходять до вправ для активізації всього артикуляційного апарату: губ, щік, нижньої щелепи, м'якого піднебіння; проводять масаж у разі м'язового напруження в ділянці рота, носа, щічно-вилицевій.

Ідеальним варіантом є формування мовленнєвої функції на основі відновленого піднебіння. Проте, якщо з низки причин уранопластику проводять після трьох років, логопед має обов'язково втрутитися в процес засвоєння звукової сторони мовлення, застосовуючи систему логопедичних прийомів і вправ. Завдяки активізації здорових відділів мовленнєвого апарату, вироблення фізіологічного і фонаційного дихання, розвитку природних голосових даних за допомогою вокальних вправ поступово формуються правильні артикуляційні уклади і за можливості підключаються голос і слуховий контроль за власною вимовою. Послідовність роботи над звуками визначається підготовленістю артикуляційної бази звука. Профілактично-підготовча логопедична робота, навіть якщо вона буде проведена частково, є вкрай важливою, базисною для формування правильного мовлення в післяопераційний період.

У доопераційній логопедичній роботі крім забезпечення артикуляційної бази і максимально можливого (з урахуванням віку і соматичного статусу дитини) формування звуковимовної сторони мовлення значну увагу слід приділяти гармонійному розвитку дитини.

Первинна профілактика мовленнєвих порушень за ВНГП не буде повноцінною й ефективною, якщо не будуть відновлені анатомічні і функціональні можливості органів, що забезпечують мовленнєвий акт. З цієї точки зору насамперед слід вирішити проблему годування дитини.

Природне вигодовування новонародженого зміцнює смктальний рефлекс, що формується в онтогенезі досить рано. Його ознаки **виявляються** у плоду вже з 13 тижнів. На 21 — 24-му тижні смктальний рефлекс набуває характеру координованої реакції. На момент народження дитина здатна здійснювати активні смктальні рухи. Формуються вони внаслідок подразнення губ, після чого еферентні імпульси від центру смктання проволять-

ся до м'язів щік, губ, язика та щелеп. Смоктальні та дихальні рухи у новонароджених координовані (1:1 чи 2: 1). Тобто кожний (чи кожний другий) смоктальний рух супроводжується ковтком. Останній у дітей також має свої особливості, а саме завдяки вищому розміщенню стравоходу та гортані створюються умови, що перешкоджають потраплянню молока у повітряно-носні шляхи. У дітей з вадами губи та піднебіння з перших днів життя порушені функції ссання, ковтання, дихання, що утруднює годування і створює умови для розвитку різних вторинних деформацій щелепи. Для малюків ссання відіграє важливу роль у гармонійному рості щелеп та лицьового скелета загалом. Порушення однієї з ланок (вади твердого та м'якого піднебіння, м'яких тканин верхньої губи) функціональної системи ссання призводить до неузгоджених дій усіх складових її елементів і створення умов, неможливих для природного вигодовування такої дитини, та формування вторинних деформацій верхньої щелепи. 12 % матерів дітей із природженим незрошенням губи та піднебіння жодного дня не годували їх грудним молоком, 16 % — годували лише до 2 тижнів, 19% — до 1 міс., 15% — до 2, 23 % - до 3, 8 % - до 6, 3 % - до 8 та 4 % - до 10 міс. Тому першим завданням, що потребує вирішення після народження дитини із такою вадою губи та піднебіння, є вибір способу вигодовування.

На жаль, через недостатню інформацію або незнання цього питання неонатологами останні годування дитини в основному здійснюються через зонд, який не є фізіологічним процесом та має багато негативних моментів. При цьому пригнічується рефлекс ссання, травмується слизова оболонка глотки, стравоходу, виникають її набряк, запалення і, як наслідок, утворюються стриктури. Крім того, в разі годування таким способом їжа може потрапити в дихальні шляхи, що призводить до різного ступеня обтурації їх, виникнення пневмоній, зменшення кількості молока у матері тощо. Такі випадки зареєстровані на практиці. Тому цей спосіб годування не використовують для дітей із природженими незрошеннями губи та піднебіння, якщо немає інших показань до нього.

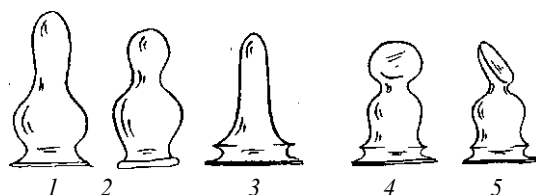
Найвідомішим є спосіб штучного вигодовування через пристосовану соску. Однак він лише певною мірою вирішує проблеми доти, доки дитина з природженим незрошенням губи та піднебіння не буде проконсультована щелепно-лицьовим хірургом і ортодонтом для з'ясування питання, чи можна її продовжувати годувати через соску, чи треба виготовляти обтуратор (від. *am.obturo, obturatum* — закупорювати, закривати). Обтуратори — це спеціально виготовлені із сучасних матеріалів пристрої для тимчасового закриття вади твердого піднебіння. За

даними Л. Яковенко, 90 % батьків використовували для цього соску, а 10 % — ложечку. Соски зазвичай мають округлу форму і бувають подовженими чи короткими (мал. 5.13). Деякі фірми (наприклад, NUCK) виготовляють їх із високоякісного латексу, пласкої форми з коротким соском, що дає змогу закрити ваду піднебіння лише у передньому його відділі. Використання звичайної соски не тільки обмежує виконання її основної функції, а й прямо шкодить, ускладнюючи вади.

Це зумовлено тим, що в такому разі пружність соски і тиск, який виникає під час ссання, є тими силами, які тиснуть на незрощені фрагменти піднебіння і розсувають їх ще більше. Крім того, при цьому горизонтальні пластинки твердого піднебіння переходять у вертикальне положення, тим самим посилюючи деформацію верхніх щелеп та створюючи умови, за яких проведення ураностафілопластики стає неможливим.

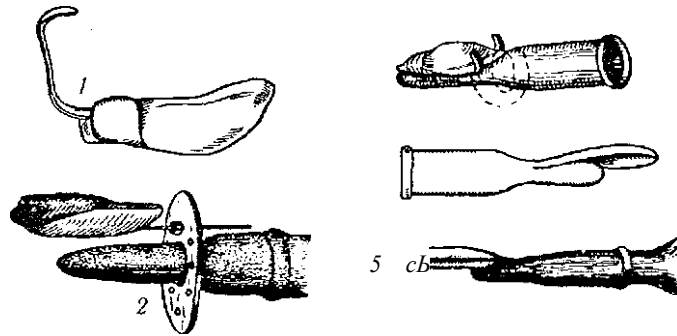
Тому нині зондове годування та використання звичайної соски для годування дітей з двобічними незрощеннями губи та піднебіння вважаються вкрай небажаними, протипоказаними.

Проблема щодо вигодовування таких дітей визначається потребою у застосуванні додаткових пристроїв. Вже понад 100 років використовують пластинку — obturator, що ізолює порожнину рота від порожнини носа (мал. 5.14). Так, *T. Brophy* сконструював гумову пластинку, що мала випуклу форму конгруентну поверхні піднебіння, та алюмінієву ручку, за допомогою якої мати дитини утримувала цей пристрій під час годування. Obturator *Sanvehero—Rosselli* складається з плаского гумового кільця, який надівають на сосок матері. До кільця прикріплена випукла гумова пластинка, яка розміщується над соском матері та закриває щілину на піднебінні. Є й інші пристрої, що принципово не відрізняються один від одного (ріжки-obturator *Warnekros'a, Martina, Sanvereno—Rosselli*, Пергамента тощо). Obturatori, що використовують лише під час годування, створюють усі ті переваги у розвитку ^канин орофаци-



Мал. 5.13. Соски, які застосовують для годування дітей із незрощеннями губи та піднебіння:

1, 3 — звичайні соски із подовженим соском; 2, 4 — звичайні соски із коротким соском; 5 — соска з коротким пласким соском



Мал. 5.14. Види обтураторів:

1 — обтуратор *Brophy*; 2 — обтуратор-ріжок *Warnekros*;...обтуратор-ріжок *Martin*"; 4 — обтуратор-ріжок *Sanvereno—Rosseii*; 5 — обтуратор-ріжок Пергамента

альної ділянки, які забезпечує функція ссання. Надалі найпопулярнішими стали так звані «плавальні» обтуратори, що допомагали запобігти запальним ускладненням дихальних шляхів у дітей, створювали умови для правильної вимови звуків. Проте «плавальні» обтуратори заглиблюються у пошкодження, тиснуть на край його, що спричинює дистрофічно-атрофічні процеси у прилеглих тканинах. Уже понад 20 років Т. Шарова використовує обтуратор типу знімної пластинки на верхню щелепу. Конструкція знімної пластинки дає змогу рівномірно охоплювати всю площину незрощених фрагментів та розподіляти тиск на них, запобігати розширенню останніх і стимулювати їх ріст. Тому він є найоптимальнішим для використання у разі вигодовування малюка із незрощенням верхньої губи та піднебіння. На жаль, лише для 8 % хворих (за даними Українського центру лікування вродженої та набутої патології щелепно-лицьової ділянки, м. Київ) були виготовлені обтуратори в перші три тижні життя в лікарні за місцем проживання (3 % — заданими Донецького міжобласного центру ).

Потрібно розрізняти обтуратор, що забезпечує годування, та обтуратор, який застосовують пізніше для формування правильної звуковимови. У період, коли вважали, що ураностафілопластику слід проводити у більш віддалені строки застосування функціональних обтураторів було виправданим, оскільки вони забезпечували умови для розвитку нормального мовлення. Нині, коли фактично у всьому світі основні оперативні втручання на піднебінні завершують до 2—2,5 року, функціональні обтуратори використовують зрідка, лише тоді, коли вада на піднебінні з різних причин не може бути ліквідована своєчасно оперативним шля-



хом (Л. Яковенко). Отже, основним призначенням обтураторів нині є забезпечення нормального вигодовування дитини.

Запобігаючи розвитку вторинних деформацій верхньої щелепи до хейлоластики провідні вчені кафедри стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку (Л. Харьков, Л. Яковенко) створили та запатентували в 2001 р. як наукове відкриття — спеціальну соску для годування дітей з ВНГП, аналогів якої немає у світі. Доцільність її використання було доведено експериментальними дослідженнями (Л. Яковенко) і з 2004 р. рекомендовано для широкого застосування в медичній практиці через мережу аптек. Соска має додаткову латексну площину, за допомогою якої рівномірно розподіляється тиск на фрагменти верхньої щелепи під час ссання, досягається ефективна ізоляція ротової порожнини від носової. Завдяки оригінальній конструкції, яка дає змогу одночасно охоплювати усі три незрошені фрагменти верхньої щелепи, соску можна використовувати одразу після народження дитини з цією вадою, причому адаптація до неї практично не потрібна.

Не менш важливою умовою, що забезпечує не тільки комплекс лікування дітей з ВНГП, а й яку можна вважати первинно профілактичним засобом запобігання тяжким мовленнєвим порушенням, є рання ортопедична та ортодонтична допомога, ЛОР-лікування в перші роки життя дитини, використання лікувальних фізкультурних комплексів в умовах стаціонару, забезпечення психологічної допомоги в різному віці з метою запобігання вторинним відхиленням у розвитку.

Тільки комплексний медичний і психолого-педагогічний вплив на розвиток дитини з природженими незрошеннями губи і піднебіння, використання інтегральних реабілітаційних технологій забезпечать можливість успішної інтеграції їх у сучасному суспільстві.

#### **5.10. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією**

Порушення мовлення в разі ринолалії можуть стосуватися різних сторін мовленнєвої діяльності: фонетичної, лексичної, граматичної; при цьому можуть бути уражені системи і механізми, що забезпечують її здійснення (дихальна система, голосоутворювальна, периферичний артикуляційний апарат). Для того щоб з'ясувати ваду, ефективно на неї впливати, обирати найраціональніші шляхи подолання її, потрібно виявити причини і характер мовленнєвого порушення, його глибину, ступінь, проаналізувати, які мовленнєві компоненти страждають тощо.

Це означає, що обстеження дитини з ринолалією має бути, з одного боку, різнобічним, а з іншого — інди відуальним у кожному конкретному випадку залежно від багатьох чинників (характеру, ступеня тяжкості вади тощо). З психолого-педагогічного вивчення дитини з ВНГП починають фактично логопедичну роботу, оскільки отримані дані визначають вибір засобів і прийомів на початку та в процесі логопедичної роботи, дають змогу оцінити її результативність та надати рекомендації після завершення.

Обстеження дітей з ринолалією має ґрунтуватися на певних принципах.

**Принцип комплексності** передбачає обстеження дітей з ВНГП різними фахівцями (логопедом, педіатром, отоларингологом, стоматологом, ортодонтом, невропатологом або психоневрологом, фізіотерапевтом, лікарем ЛФК, психологом). Лише грамотне використання і зіставлення результатів комплексного дослідження дасть можливість дійти висновку про суть вади і її глибину. Виходячи з природи порушення, у дітей із природженими незрощеннями губи і піднебіння простежуються порушення не тільки структури або анатомічної цілісності артикуляційного апарату, а й його функцій. Це виявляється у самому незрощенні верхньої губи, м'якого і/або твердого піднебіння, підслизової (субмукозної) щілини, порушеннях зубного ряду, прикусу, закороткій під'язиковій вуздечці, відсутності або загальмованості піднебінних і глоткових рефлексів тощо. З метою виявлення цих відхилень, здійснення комплексного лікування, а також для визначення строків логопедичного втручання дитину обстежують хірург-стоматолог і ортодонт.

Було зазначено, що природжені вади розвитку обличчя часто призводять до порушення слухової функції, що, в свою чергу, ускладнює процес фонематичного сприймання. Рівень фізіологічного слуху дасть логопеду орієнтири для планування подальшої логопедичної роботи. Крім того, піднебінну патологію часто супроводжують викривлення носової перегородки, звуження носових ходів, хвороби придаткових пазух носа, новоутворення в порожнині носа і ротоглотки. Це означає, що таку дитину обов'язково має обстежити лікар-отоларинголог.

Загальна соматична ослабленість, хворобливості такої дитини потребують ретельного обстеження її лікарем-педіатром.

Природжені вади обличчя і косметичні вади після ураностафілопластики часто негативно впливають на формування психіки, на становлення особистості дитини-ринолаліка. Тому обов'язковою є консультація лікаря-психоневролога і психолога.

У медичній практиці часто трапляються випадки поєднаних вад розвитку, коли дитина крім природженої патології губи і піднебіння може мати низку інших захворювань. Тому в тако-

му разі вона додатково потребує консультації дитячого невролога, ендокринолога, офтальмолога.

Зазвичай у дітей з ВНГП страждає мовлення, тому під час обстеження цих дітей обов'язковою є консультація логопеда.

**Принцип цілісного, системного вивчення** передбачає, що обстеження цієї категорії дітей має бути багатоплановим і всебічним. Оскільки мовленнєва діяльність як вища психічна діяльність формується і реалізується в тісному взаємозв'язку з іншими психічними процесами, які забезпечують сенсорну, інтелектуальну, афективно-вольову сфери та ін., обстеження передбачає не лише вивчення самої мовленнєвої вади, а й розкриття зв'язків між мовленнєвими порушеннями і станом інших сторін психічної діяльності дитини, виявлення компенсаторних можливостей її тощо. Це означає, що обирати тактику психолого-педагогічних досліджень і аналізувати отримані результати потрібно тільки у системі, яка має свою чітко визначену структуру (а не лише суму певних елементів). Система взаємозв'язків вищих психічних функцій виявляється як за умов нормального розвитку, так і в умовах дизонтогенезу.

У процесі психолого-педагогічного обстеження слід з'ясувати, як відбувався ранній загальний і мовленнєвий розвиток дитини, яким є ставлення оточення до цієї дитини, як сама дитина ставиться до своєї вади; обстежити стан пізнавальних психічних процесів (сприймання, уваги, пам'яті, мислення), емоційно-вольової сфери, визначити особистісні особливості дитини з ринолалією. Саме такий підхід дає змогу встановити ієрархію вад розвитку, їх взаємовплив і взаємозалежність, точніше виявити компенсаторні можливості дитини, а отже, чітко визначити методи логопедичного впливу. Принципово важливим є забезпечення системного підходу і до аналізу стану мовленнєвої діяльності. За системного підходу слід визначити не тільки, який саме компонент мовленнєвої системи порушений, а й взаємовплив і взаємозалежність його з іншими компонентами мовлення, первинність і вторинність порушень.

**Принцип цілеспрямованості** обстеження передбачає, з одного боку, аналіз процесу виникнення мовленнєвої вади, а з іншого — взаємозв'язок первинних вад і вторинних нашарувань. У процесі обстеження логопед виявляє причини порушень мовлення, особливості перебігу його; важливо не тільки перелічити і описати прояви порушень, а й зробити аналіз причин і наслідків. Під час обстеження дитини з ринолалією потрібно виявити і проаналізувати первинні вади (порушення артикуляційної моторики, дихання, голосу), зв'язок порушень артикуляційної моторики, дихальної і слухової функцій із станом звуковимови, фонематичного слуху тощо. При цьому слід пам'ятати, щотруд-

ноїці у засвоєнні звукової системи мовлення можуть вторинно зумовити обмеження словникового запасу, ускладнити оволодіння граматичною системою мови, призвести до затримки мовленнєвого розвитку тощо. Все це, в свою чергу, може спричинити проблеми у засвоєнні писемного мовлення. Отже, в разі ринолалії внаслідок спрямованого обстеження та аналізу отриманих даних виявляють первинні мовленнєві вади, вторинні і третинні нашарування, а також їхні взаємозв'язки.

**Принцип порівняння** передбачає зіставлення отриманих під час обстеження даних з подібними даними в нормі. Це дає можливість визначити рівень порушеного розвитку, глибину вади.

**Принцип динамічності** ґрунтується на отриманні даних про характер порушення, його своєрідність і якість у динаміці, тобто внаслідок багаторазових досліджень у певний проміжок часу. Не менш важливими є статичні дані про стан складових мовленнєвої діяльності, які надають значну інформацію для визначення логопедичного висновку.

**Принцип індивідуального підходу до відповідного віку і можливостей дитини щодо навантаження** передбачає насамперед потребу у визначенні компенсаторних *можливостей* дитини, зони її найближчого розвитку, що може значно підвищити ефективність логотерапії, скоротити строки її.

Порушення мовлення тісно пов'язані з особистістю дитини. Забезпечення індивідуального підходу під час обстеження, тобто врахування особистісних характеристик дитини, дає можливість розкрити характер динаміки порушення, своєрідність формування психічних процесів, виявити вплив мовленнєвого порушення на навчання дитини, на стосунки з дорослими та однолітками, на її долю взагалі. Обов'язковим у застосуванні принципу індивідуального підходу є врахування віку дитини та всіх психофізіологічних особливостей, притаманних йому.

Строк та обсяг матеріалу для обстеження мають відповідати віку та індивідуальним особливостям дитини. Затягування обстеження у часі і перевантаження дитини складними завданнями і вправами може спровокувати негативне ставлення дитини до логопеда, до процесу обстеження, а в подальшому — і до логопедичних занять загалом.

**Принцип наочності та емоційності обстеження.** Обстеження дитини з ринолалією слід проводити цікаво, емоційно, оптимістично, жваво. У дитини сама процедура обстеження має викликати позитивні емоції.

Застосування різних видів наочного матеріалу (іграшок, дидактичних ігор, предметних, сюжетних, тематичних картинок, природних матеріалів, предметів оточення тощо) залежить від мети його використання, віку дитини та її інтересів. Так, якщо

потрібно обстежити стан загальної та дрібної моторики, то краще це зробити в процесі рухливої гри: під час обстеження стану звуковимови доцільно використовувати логопедичні ігри, логолото, дидактичні матеріали, музичні іграшки тощо. Емоційності обстеження досягають ігровою формою проведення, використанням яскравих матеріалів, частою зміною форм діяльності дитини, доброзичливістю і навіть артистичністю логопеда. Все це передбачає тісний емоційний контакт з дитиною, що забезпечує багатоплановість обстеження, виключає можливість перевтоми, особливо дошкільника.

Реалізація психолого-педагогічного обстеження на основі цих принципів забезпечує всебічне і комплексне обстеження дитини, дає змогу зробити правильний логопедичний висновок (визначити так званий «мовленнєвий статус» дитини), виявити зони найближчого розвитку, що сприяє подальшій ефективній логокорекційній роботі.

Обстеження дітей із природженими незрощеннями губи і піднебіння проводять тільки індивідуально. Воно може здійснюватися логопедом в умовах клінічного стаціонару, логопедичного кабінету дитячого дошкільного закладу або школи.

У процесі психолого-педагогічного обстеження цієї категорії дітей використовують такі прийоми:

- вивчення історії розвитку дитини у бесіді з батьками;
- аналіз медичних висновків лікарів-фахівців різних профілів;
- вивчення педагогічної документації (психолого-педагогічної характеристики з дошкільного закладу або школи);
- обстеження дитини в процесі ігрової, навчальної та інших видів діяльності;
- обстеження дитини за допомогою об'єктивних методів дослідження.

Обстеження дитини з ВНГП здійснюється в певній послідовності і складається з кількох етапів.

#### **Схема обстеження дитини з ринолалією**

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

1. Прізвище та ім'я дитини.
2. Вік дитини.
3. Національність. Звертають увагу на наявність двомовності в сім'ї, що в подальшому може ускладнити роботу над розвитком мовлення.
4. Відвідує чи відвідувала раніше дитина дитячий дошкільний заклад, чи навчається в школі (загальноосвітня школа чи школа для дітей з тяжкими вадами мовлення).

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

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

"Ч  
ч

#### //. Дані анамнезу

1. Скарги хворого або його родичів.
2. Чинник спадковості, її характер. Скільки дітей у сім'ї, чи є у інших дітей, батьків чи близьких родичів патологія губи і піднебіння або мікроознаки; в якому поколінні траплялися подібні вади в роду батька і матері тощо.
3. Яким був перебіг вагітності матері, особливо в перші місяці її, на що хворіла мати під час вагітності **тощо**.
4. Характер пологів (нормальні, стрімкі, затяжні, зі стимуляцією); чи була асфіксія, як довго вона тривала тощо.
5. Маса і зріст дитини при народженні.
6. На який день було виписано дитину з пологового будинку. Додатковий строк перебування в пологовому будинку, причини.
7. Особливості перебігу післяпологового періоду (чи одразу закричала дитина, наявність пологових травм, їх характер тощо).
8. Наявність природженого незрощення верхньої губи і/або піднебіння, вид незрощення, у якому віці було зроблено хірургічну операцію, результати відновлювальної хірургії тощо.
9. Особливості годування (грудне, через зонд, через спеціальну соску та ін.).
10. Хвороби у перші місяці життя.  
! 1. Хвороби у віці від 1 до 3 років.
12. Ранній психомоторний розвиток дитини (коли вона почала тримати голову (в нормі з 1,5 міс.), хапати предмети (в нормі з 2,5 міс.), перевертатися (в нормі з 2,5—3 міс.), сидіти (в нормі з 6 міс.), повзати (6—8 міс.), вставати (7—9 міс.), ходити за руку (9—12 міс.), самостійно ходити (10—12 міс.).
13. Поява перших зубів (у нормі — 6—8 міс.).
14. Характер порушень моторики: занадто рухлива дитина, невправна, загальмована в рухах, незграбна тощо.

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

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

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

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

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

### ***III. Обстеження педіатра***

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

### ***IV. Обстеження отоларинголога***

Для логопеда важливо отримати висновок лікаря-отоларинголога про стан:

- а) слухової функції (рівень зниження слуху);
- б) носової порожнини (чи є викривлення носової перегородки, наявність поліпів, стан носових ходів тощо);
- в) носоглотки (хоан, аденоїдів);
- г) піднебінних мигдаликів у ротоглотці;
- д) голосових зв'язок, характер змикання їх тощо.

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

### ***V. Обстеження стоматолога й ортодонта***

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

- а) стан зубощелепної системи (відсутність зубів або наявність некомплектних, порушення прикусу, інші особливості);
- б) патологію верхньої губи, піднебіння, язика. Наявність анатомо-функціональних порушень (характер і вид незрощення;

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

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

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

#### ***VI. Обстеження інших фахівців***

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

#### ***VII. Логопедичне обстеження***

##### ***1. Загальна характеристика мовлення.***

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

##### ***2. Будова і функції артикуляційного апарату.***

Будова:

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

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

в) наявність післяопераційних рубців у ділянці твердого, м'якого піднебіння, верхньої губи, наявність незрощень, субмукозної щілини тощо;

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

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

е) будова язика (макро- або мікроглотсія, закоротка під'язикова вуздечка та ін.).

Функції:

а) рухомість м'якого піднебіння;



- б) наявність **піднебінно-глоткового** змикання, його вид і характер (достатнє, недостатнє, активне);
- в) рухомість губ;
- г) положення і рухомість язика (його спинки, кореня і кінчика); рухомість нижньої щелепи;
- д) стан м'язової мускулатури; наявність синкінезій (додаткові, супутні рухи).

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

- наявність або відсутність рухів;
- тонус, тобто нормальне напруження, гіпотонус або підвищений тонус м'язів артикуляційного апарату;
- активність рухів (нормальна активність, загальмованість або розгальмованість рухів);
- об'єм рухів (повний, неповний);
- точність (точне або неточне виконання рухів);
- тривалість виконання рухів, тобто здатність утримувати органи артикуляційного апарату в запропонованому положенні впродовж певного часу;
- здатність до переключення рухів (плавно або поштовхоподібно, з включенням м'язової мускулатури тощо);
- темп рухів (нормальний, швидкий, загальмований);
- заміни одних рухів іншими;
- наявність додаткових, зайвих, супутніх рухів.

Обстеження рухомості артикуляційних органів передбачає виконання ізольованих рухів, серії рухів, рухів за наслідуванням, заГловесною інструкцією, спонтанних рухів.

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

### 3. Стан дихальної функції:

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

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

### 4. Просодична сторона мовлення.

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

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

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

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

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

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

##### 5. Стан фонетичної і фонематичної сторін мовлення:

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

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

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

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

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

г) *обстеження стану фонематичного сприймання* є обов'язковим, навіть якщо у дитини з ринолалією немає порушень фізичного слуху. Для цього звуки диференціюють попарно (тверді—м'які, глухі—дзвінкі, свистячі—шиплячі, сонори) у спеціальних

логопедичних завданнях і вправах. Визначають характер труднощів фонематичного уявлення і сприймання, простежують зв'язок фонематичних проблем з порушеннями звуковимовної сторони мовлення;

д) *стан звукового аналізу і синтезу слова*. Залежно від віку дитині пропонують завдання на визначення місця голосного або приголосного звука в слові, загальної кількості звуків та їх послідовності у слові, впізнавання слова за названими звуками тощо.

б. *Стан лексики і граматичної будови імпресивного мовлення:*

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

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

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

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

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

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

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

7. *Стан лексики і граматичної будови експресивного мовлення:*

а) *загальна характеристика експресивного мовлення* (чи є мовлення взагалі, мовлення на рівні лепетного, мовлення на рівні окремих слів, фразове мовлення);

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

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

- використання іменників у називному відмінку однини і множини: **стіл—столи**; лялька—ляльки; рука—руки; дерево—дерева; квітка—квіти; машина—машини; риба—риби тощо;
- використання іменників у знахідному відмінку однини без прийменника («Назви, що ти бачиш на картинці». — «Бачу собаку, будинок, м'яч, пташку» тощо);
- узгодження іменників з прикметниками однини чоловічого і жіночого роду (назвати колір предметів: кулька — червона, олівець — жовтий, машина — жовта, помідор — червоний, сонце — жовте, сонях — жовтий);
- використання у власному мовленні прийменників (простих і складних) на матеріалі картинок або демонстрації дій;
- використання родового відмінка множини: багато чого? Жук — жуків; ключ — ключів; літак — ...; дерево — ...; яблуко — ...; портфель — ...; ручка — ... тощо;
- утворення іменників зі зменшувально-лагідними суфіксами: квітка — квіточка; лисиця — лисичка; дівчина — дівчинка; хлопець — хлопчик; намисто — намистинка; м'яч — м'ячик; книга — ...; лялька — ...; гриб — ...; кішка — ... тощо;
- утворення відносних прикметників від іменників: варення з яблук — яблучне; склянка зі скла — скляна; олівець із дерева — дерев'яний; коробка з картону — ...; черевички зі шкіри — ...; погода з дощем — ... тощо;

г) *переказ розповіді* (зміст тексту добирають залежно від віку дитини), *складання розповіді за запитаннями логопеда, за серією сюжетних малюнків, складання розповіді-спогаду* тощо.

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

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

### ***VIII. Психологічне обстеження***

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

і мовлення, потрібно особливу увагу звернути на особистісний статус такої дитини, стан її емоційно-мотиваційної сфери, оцінювання характеру і поведінки, на виявлення комунікативних якостей особистості ТОЦЮ. ' 1

#### ***IX. Об'єктивні методи дослідження***

Розуміння структури вади, здійснення диференційної діагностики, ефективного планування й успішної реалізації всього комплексу логопедичної роботи забезпечують усебічне, комплексне обстеження дитини з піднебінною патологією, а також використання таких об'єктивних методів дослідження.

*Рентгенографія.* Для нормалізації мовленнєвої функції важливо визначити довжину і рухомість м'якого піднебіння, стан глоткової мускулатури, можливості змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Під час обстеження дітей з ринолалією можливість пасивного змикання піднебіння із задньою стінкою глотки визначають за допомогою інструмента; активного — під час фонації дитиною голосного звука *a*. Рухи м'якого піднебіння і характер велофаренгіального змикання під час фонації решти голосних і приголосних залишаються прихованими від дослідника. Використання методу рентгенографії дає змогу повніше вивчити структурні і функціональні особливості мовленнєвого апарату, цілеспрямовано організувати корекційний процес і об'єктивно оцінити його результати.

*Спектральний аналіз.* Для дослідження голосової функції, яка починає порушуватися як у перші роки життя дитини (порушення тембру голосу), так і в більш старшому віці (порушення сили, висоти і тембрового забарвлення голосу) використовують метод спектрального аналізу. Записані на магнітофон звуки, які вимовляє дитина, піддають спектральному аналізу на спектрометрі. Результати аналізу акустичного спектра заносять до таблиць у вигляді графіків. Зазвичай гіперназалізація характеризується ослабленням основного тону і перших двох формант (*nar.formantis* — характерний тон) і появою в спектрі особливих піків у межах низьких частот або додаткових «формант назалізації». Крім того, виявляють відхилення спектральної кривої до низьких частот, зниження високої співочої форманти і нечіткість вираження інших високих тонів унаслідок збільшення їх за шириною. Спектральний аналіз дає можливість точніше оцінити ступінь назалізації мовлення під час обстеження, в процесі занять, а також перевірити ефективність застосування тих чи інших методів і прийомів логопедичної роботи.

*Рентгеномографія.* Для визначення правильних логокорекційних шляхів надзвичайно важливим є вивчення положення органів артикуляції, рухів язика під час фонації (особливо його

кінчика, спинки, кореня), форми резонаторних порожнин, ступеня відкриття рота. З цією метою застосовують метод рентгенотомографії. Аналіз томограм дає можливість визначити висоту твердого піднебіння, відстань від м'якого піднебіння до задньої стінки глотки, ступінь відкриття рота, положення язика в порожнині рота під час фонації, його піднімання, відстань від різців до кінчика язика, розмір ротового резонатора в передньому, середньому і задніх відділах, відстань від кореня язика до задньої стінки глотки. Дітям з ринолалією притаманні два артикуляційних уклади, які різко відрізняються один від одного і від норми. У разі першого під час фонації вся маса язика відтягнута назад, спинка і корінь різко підняті вгору, корінь язика зазвичай гіпертрофований, а відтягнутий іноді до середини ротової порожнини кінчик язика практично не рухається. Таке положення є характерним приблизно для 70—75 % випадків. У разі другого артикуляційного укладу язик у порожнині рота займає відносно низьку позицію, тобто кінчик знаходиться біля нижніх різців, а спинка злегка піднята вгору. В першому варіанті відстань між спинкою язика і м'яким піднебінням зменшується вдвічі, а об'єм глотки збільшується; в другому — ротовий резонатор під час фонації майже не відрізняється від норми, за винятком незначного звуження в задньому відділі, його дає значно меншу назалізацію, ніж у першому варіанті. Отже, за допомогою методу рентгенотомографії досліджують положення язика щодо інших пасивних і активних артикуляційних органів, основні типи артикуляційних укладів різних фонем, співвідношення резонаторних порожнин, що в подальшому дає змогу ефективніше організувати логотерапію.

*Спірометрія.* З метою вивчення дихальної функції, що порушується у дітей з природженими незрощеннями губи і піднебіння, застосовують метод спірометрії. Заміри проводять із закритими і відкритими носовими ходами, поперемінно закриваючи правий, потім лівий носові ходи. Це дає можливість визначити об'єм видихуваного повітря, наявність перешкод у носовій порожнині для нормального носового видиху.

Зазначена система обстеження дітей з ринолатією ґрунтується на низці загальних і спеціальних принципів, забезпечує всебічне, комплексне обстеження з метою вивчення структури і ступеня тяжкості мовленнєвої вади, індивідуальних відхилень у фізичному, психічному, особистісному статусі дитини. Обстеження за цією схемою дає змогу виявити зону актуального і найближчого розвитку; визначити ієрархію порушень у розвитку, спираючись на позитивні і враховуючи негативні детермінанти, що впливають на перебіг розвитку конкретної дитини; визначити найефективніші психолого-педагогічні шляхи, мето-

ди і прийоми організації і здійснення логопедичного навчання, а також забезпечити можливості для об'єктивного оцінювання результатів такого впливу.

### Контрольні запитання і завдання

1. Дайте визначення ринолалії як самостійної мовленнєвої вади.
2. Якою є будова периферичного мовленнєвого апарату?
3. Дайте розгорнуту характеристику форм ринолалії.
4. Опишіть механізм утворення носових і ротових звуків за відкритої та закритої форм ринолалії. Порівняйте з механізмом утворення цих звуків у нормі.
5. Назвіть причини природженої та набутої відкритої ринолалії.
6. Наведіть класифікацію різних видів природжених незрощень верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння.
7. Як виявити наявність прихованої (субмукозної) щілини твердого або м'якого піднебіння?
8. Чи порушується у дітей з природженим незрощенням губи та піднебіння голосова функція, просодична сторона мовлення? Обґрунтуйте відповідь.
9. Чи впливають ранні строки хірургічного відновлення губи та піднебіння на зміст корекційно-педагогічної роботи? Чому?
10. Якими є особливості раннього психомоторного та мовленнєвого розвитку у дітей з ВНГП?
11. У чому полягають завдання логопедичної роботи у доопераційний період?
12. Завдання та зміст логопедичної роботи у післяопераційному періоді. Дайте характеристику кожного етапу.
13. Особливості психічного стану дітей з природженими незрощеннями губи і піднебіння. Чи впливає вік дитини на цей стан?
14. Складіть протокол обстеження дитини з природженим незрощенням губи і піднебіння (ВНГП) дошкільного та молодшого шкільного віку, підготуйте матеріали для обстеження.
15. Складіть на основі протоколу обстеження розгорнуту психолого-педагогічну характеристику дитини з природженим незрощенням губи та піднебіння з логопедичним спостереженням та планом корекційного впливу.
16. Складіть план роботи з основних напрямів психолого-педагогічної роботи з підлітками з ВНГП.

### 6.1. Суть, прояви, причини і класифікація дизартричних порушень

На сьогодні група порушень звуковимови охоплює численні недоліки вимовляння звуків, що відрізняються за своїм проявом і механізмами, — це дислалії, ринолалії та дизартрії.

Термін «дизартрія» походить з латинської і в перекладі означає розлад членороздільного мовлення.

Дизартрія характеризується певними особливостями залежно як від проявів, так і від походження.

Особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність з руховими розладами (Е. Мастюкова, Р. Бабенкова, М. Іпполітова та ін.). Це виявляється насамперед у характері порушень загальної і мовленнєвої моторики.

До особливостей моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами належать шість видів порушень:

- 1) обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення;
- 2) змінний (нестійкий) характер порушень м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі;
- 3) наявність гіперкінезів (примусових рухів);
- 4) частота оральних синкінезій;
- 5) порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;
- 6) вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату.

Розглянемо докладніше перелічені особливості порушень моторики артикуляційного апарату.

*Обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення* (м'язів губ, язика, піднебіння, голосових зв'язок) виявляються в тому, що діти за нормальної будови периферичного мовленнєвого апарату не можуть за завданням висунути язика за межі зубів, пересувати його у порожнині рота, опускати вниз до нижніх різців, піднімати кінчик язика до верхніх різців. Для таких дітей притаманні: напіввідкритий рот, гіперсаливація (сли-



новиділення), утруднення під час жування твердої їжі, піднімання кінчика язика. Довільні рухи губ обмежені, а іноді — неможливі (діти не можуть витягнути губи вперед, зробити «хоботок» тощо). Спостерігається швидке виснаження мовленнєвої мускулатури, тобто поступове виконання (за завданням) 2—3 рухів стає неможливим. Часто обмеження рухів м'язів мовленнєвого апарату поєднується з втратою кінестетичного відчуття в них (тобто дитина втрачає можливість відчувати положення і рухи язика, губ, піднебіння).

Унаслідок цього виникають:

- труднощі в диференціації тонких рухів (наприклад, кінчика язика і різних ділянок спинки язика);
- велика кількість непотрібних додаткових рухів (наприклад, під час виконання тих чи інших рухів язиком одночасно починають рухатися губи, нижня щелепа, руки).

Через обмеженість вільних рухів мовленнєвого апарату артикуляція звуків і вимова слів утруднюються, мовлення набуває нечіткого, стертого характеру.

Найбільші труднощі виникають під час вимовляння всіх приголосних звуків, які потребують більш складної координації мовленнєвих рухів. Ці звуки можуть спотворюватися, випадати, уподібнюватися, змішуватися. Особливо утруднена вимова звисів в мовленнєвому потоці, де координація рухів є найскладнішою.

Значні труднощі для дизартрика з обмеженими довільними рухами становить вимова слів зі збігом приголосних звуків. Звуки в разі збігу їх у словах зазвичай випадають, навіть якщо дитина уміє правильно вимовляти кожний окремий звук.

*Мінливий (нестійкий) характер м'язового тону* (його підвищення або зниження), залежність від впливу зовнішніх чинників, стану довільних рухів, емоційного стану дитини, положення її тіла і голови зумовлюють інші, ніж у першому випадку, порушення звуковимови. За цих порушень відсутні стабільні артикуляційні порушення, що спричинює непостійність порушень фонетичної сторони усного мовлення.

Якщо у спокійному стані мовленнєвої мускулатури виявлено дистонію, тобто мінливий характер м'язового тону (підвищення, пониження), то в разі намагання говорити спостерігається лише різке підвищення м'язового тону в артикуляційній мускулатурі. Тонічні м'язові порушення можуть також поширюватися на дихальну мускулатуру і м'язи гортані, зумовлюючи своєрідні голосоутворення і дихання у цих дітей. Тому важливо враховувати, що довільне підключення голосу у них завжди ускладнене: минає певний латентний (прихований) період між беззвуквою артикуляцією і відповіддю дитини. У таких дітей

завжди спостерігаються «особливі» труднощі усної відповіді. Важливо при цьому пам'ятати, що полегшення мовленнєвого висловлювання настає у зв'язному мовленні, атакожуразі, коли питання поставлене не до конкретної дитини, а до її сусіда або до всього класу, тобто враховувати, що у них дітей передусім порушується функція спілкування. Мовлення стерте, нечітке, голос з гугнявим відтінком.

*Наявність гіперкінезів* (примусових рухів) у мовленнєвій мускулатурі грубо спотворює мовлення, іноді робить його малозрозумілим, часом неможливим для розуміння. Гіперкінези призводять до примусового відкривання рота і викидання язика вперед, що може призвести до повної втрати дитиною можливості говорити. Крім того, у дітей можуть спостерігатися гіперкінези в м'язах діафрагми, міжреберних м'язах, що грубо порушує дихання, плавність мовлення і в тяжких випадках призводить до виникнення насильницьких викриків, стогону.

*Частоту оральних синкінезів* слід відрізнити від гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі, що спостерігаються зазвичай у спокої і підвищуються в разі спроби до мовлення і довільного руху. Синкінези виникають за всіх типів активних рухів у кінцівках і особливо бувають виражені під час рухів правої руки, але виникають головним чином у процесі засвоєння нової рухової навички (наприклад, письма). Вони виявляються у відкриванні рота, в облизувальних рухах язика, губ. Важливо пам'ятати, що синкінези, на відміну від гіперкінезів, дитина може подолати вольовим зусиллям. Часто оральні синкінези поєднуються з гіперкінезами.

*Порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату* виявляється у слабкості або недостатності відчуттів положення і руху органів артикуляції. Діти слабо відчують положення язика, губ, напрями їхніх рухів. їм важко навіть за прикладом відтворити і зберегти артикуляційне положення язика, губ. У деяких випадках, навчившись виконувати той чи інший рух за наслідуванням, вони не можуть його повторити через дуже короткий відрізок часу. Це зумовлено нестійкістю кінестетичного наслідуваного образу в артикуляційній мускулатурі, тобто діти легко «забувають» положення і рухи органів артикуляції. У зв'язку з цим навіть за незначних парезів м'язів артикуляційного апарату ці діти важко засвоюють артикуляційні положення і рухи язика, губ, що спричинює труднощі у логопедичній роботі.

*Вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату* виявляється у тому, що стан м'язового артикуляційного апарату і можливість довільних рухів у ньому залежать від положення тулуба, голови, кінцівок. За деяких положень голови (наприклад, під час опускання голови донизу) м'язовий тонус в язиці посилюється і активні рухи його стають обмежені-

шими. Порушення м'язового тонусу і збільшення обмеженості довільних рухів по-різному виникають у тих чи інших положеннях дитини: сидячи, дежачи, стоячи. Наприклад, коли дитина сидить, за різко підвищеного м'язового тонусу вона не в змозі відкрити рота і висунути язик уперед. Однак у положенні лежачи дитина може виконувати ці рухи.

Розглянуті розлади артикуляційної моторики у всіх дітей з таким мовленнєвим порушенням зазвичай ускладнюються розладами дихання і голосоутворення. Дихальні порушення і розлади голосоутворення значною мірою визначаються тонічними спазмами дихальних і фонаційних м'язів та наявністю гіперкінезів.

Майже у всіх дітей спостерігається скорочене, уривчасте дихання з різко обмеженим видихом. Довільне підключення голосу утруднене, а тому діти під час усних відповідей можуть переривати не тільки фразу, а й слово. Для подолання труднощів усної відповіді вони починають говорити на вдиху, і їх мовлення набуває «захлинального» характеру.

Узагальнюючи викладене, зазначимо:

1) порушення моторики, голосоутворення і дихання призводить до того, що мовлення дітей стає стертим з гугнявим відтінком, часом скандованим, малозрозумілим для оточення зі значними порушеннями звуковимови;

2) дітям або дорослим здизартріями притаманні швидка мовленнева втома, нерідко значне слиновиділення (гіперсаливація). Поштовх видихуваного повітря слабкий. Діти швидко стомлюються, для вираження процесів артикуляції та фонації вони постійно мають докладати зусиль.

Отже, тяжкі розлади різних сторін вимовляння звуків є провідним порушенням мовлення в разі дизартрії. Інші сторони мовлення: розуміння, словник, граматична сторона можуть або не порушуватися, або відставати у своєму розвитку, як і за розумової відсталості. Іноді дизартрія спостерігається на тлі значних рухових порушень, ступінь вираження яких може бути різним. Так, у дітей часто страждає моторика верхньої частини обличчя; при цьому спостерігається нерухоме маскоподібне асимічне обличчя. Нерідко діти погано пережовують і ковтають їжу. Можуть траплятися паралічі або парези рук і ніг, а за їх відсутності — загальна моторна незграбність.

Найчастішою причиною виникнення дизартрій є дитячий церебральний параліч (ДЦП).

Проблема ДЦП є однією з актуальних і найскладніших проблем медицини і спеціальної педагогіки — як їх теорії, так і практики. Нині (як і раніше) вирішення цієї проблеми потребує участі фахівців різних галузей науки. У зв'язку з цим слід розширювати мережу спеціальних закладів, де проводять комп-

лексне вивчення, лікування, розвиток, навчання і соціалізацію дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Друга причина — це поліомієліт як епідемічне захворювання, що спричинює вибіркові ураження певних м'язових груп, первинно не порушуючи інтелект, мовлення і формування вищих кіркових функцій. Тому діти з наслідками поліомієліту успішно засвоюють програму дитячого садка і школи. Якщо кількість дітей, хворих на поліомієліт, різко скоротилася останнім часом, то кількість дітей, хворих на ДЦП, не зменшується,

На відміну від поліомієліту, ДЦП — захворювання незрілого мозку, яке виникає в період внутрішньоутробного розвитку, в момент пологів і на першому році життя. За ДЦП насамперед уражуються рухові зони мозку, спостерігаються затримання і порушення його розвитку загалом. Тому у дітей з ДЦП є множинні порушення: рухові, інтелектуальні, мовленнєві, а також розлади інших вищих кіркових функцій, про які йтиметься далі. Практика навчання дітей цієї групи свідчить, що множинні порушення не дають змоги певній кількості дітей повноцінно засвоювати програмовий матеріал дитсадка і школи, зумовлюючи у них специфічні труднощі в навчанні. Тому завжди гострим було і залишається питання про знаходження шляхів корекції рухових порушень і мовленнєвих розладів у цієї категорії дітей.

Клінічні обстеження дітей (Е. Масткжова, М. Іпполітова та ін.), спрямовані на виявлення нозологічних<sup>1</sup> особливостей, показали, що діти з церебральним паралічем (ЦП) є неоднорідною групою. Встановлено, що різновиди і тяжкість цих порушень за ДЦП залежать від часу, локалізації і поширення уражень мозку.

З часу описання ДЦП основну роль у його виникненні відводили пологовій травмі, а пізніше — асфіксії. Нині називають ті самі причини, хоча оцінюють їх дещо інакше. Залежно від часу, характеру і тяжкості ураження внутрішньоутробна патологія може бути як причиною захворювання, так і умовою для виникнення пологової травми і асфіксії, уражуючи мозок у момент пологів.

У літературі зазначено, що найчастіше трапляються внутрішньоутробні (пренатальні) ураження, що виникають унаслідок гострих і хронічних захворювань матері, токсикозів вагітності та інтоксикацій, спричинюючи хронічне кисневе голодання плоду (внутрішньоутробну гіпоксію), які, як вважають учені,

<sup>1</sup> *Нозологія* — вчення про сутність окремих захворювань, що охоплює описання їхніх форм, характеру і ступеня вираженості рухових, мовленнєвих і психічних порушень.

порушують розвиток мозку у внутрішньоутробний період. Велику увагу приділяють також відсутності дихання під час народження, порушенням мозкового кровообігу, внутрішньочерепним крововиливам.

Є вказівки на певну роль генетичних чинників у розвитку ДЦП, хоча деякі автори не вважають його спадковим захворюванням. Велике значення мають ураження мозку внаслідок несумісності крові матері і дитини за групою або резус-фактором. Отже, дизартрія є одним із проявів паралічу центральної нервової системи.

Як висновок щодо причин ДЦП зазначимо, що найчастіше це захворювання виникає внаслідок різних шкідливих чинників, які впливають на плід внутрішньоутробно, під час пологів або в перші місяці життя дитини. Чинники, що зумовлюють ураження (гіпоксія плоду, тобто нестача кисню, інфекції, травми, інтоксикації та ін.), призводять до порушення закладення і дозрівання мозкових структур. Наслідком цього є неправильне, патологічне становлення і розвиток рухових, психічних і мовленнєвих функцій. Поступово формується клінічна картина ДЦП зі спастичним або атонічним станом м'язів, порушенням рівноваги або з наявністю зайвих рухів—гіперкінезів.

Дитина з ДЦП не має нормального м'язового тону, у неї не згасають примітивні рефлекси новонароджених і тому порушуються механізми, що забезпечують вертикальне положення (вертикалізацію) тіла, а також зв'язок між чуттєвими і руховими системами. Патологічний руховий стереотип дитини, її поза, можливості пересування у просторі (локомоції) відображують ступінь тяжкості ураження командних рухових систем у головному або спинному мозку. Однак за цієї патології завжди вторинно страждає виконавчий руховий апарат — суглоби і зв'язки хребта, м'язи спини і тулуба, які утримують тіло у вертикальному положенні. Страждає також м'язово-суглобовий апарат кінцівок, обмежуючи можливість активних, усвідомлених рухів дитини. В руках і ногах постійно з'являються нерухомість, контрактури і деформації. Порушуються співпраця й узгоджене функціонування «командирів» і «виконавців» рухів (за термінологією В. Козьявкіна), створюється нездорове коло — складний комплекс патологічних змін. Одним із компонентів цього комплексу є різні форми дизартрій.

Є кілька класифікацій дизартрій. Загальноприйнятою є класифікація за локалізаційним принципом. За цією класифікацією розрізняють такі форми дизартрій: псевдобульбарну, екстрапірамідну, мозочкову та кіркову.

Оскільки м'язи органів артикуляційного апарату приводяться в рух (іннервуються) черепно-мозковими нервами, то в цьому

руховому процесі мають бути задіяні їхні ядра, розміщені у довгастому мозку (бульбусі), і пірамідно-над'ядерні шляхи, що з'єднують ядра з корою головного мозку (моторною ділянкою кори). Отже, для виконання того чи іншого руху потрібна збереженість усіх перелічених ділянок мозку.

Одно- і двобічне ураження всіх відділів центральної нервової системи (моторної ділянки кори пірамідних шляхів, ядер черепно-мозкових нервів) призводить до парезів і паралічу міміко-артикуляційної мускулатури.

Проте в здійсненні мовленнєвих рухів важливу роль відіграють й інші ділянки мозку. Зокрема, підкіркові ядра (екстрапірамідна система) регулюють тонус м'язів, мозочок — координує рухи. Отже, ураження цих ділянок також призводить до своєрідних парезів і паралічів мовленнєвого апарату.

Переважною формою є *псевдобульбарна дизартрія*, яка характеризується різними порушеннями м'язового тонусу. Ці порушення зумовлені ураженням черепно-мозкових нервів, що іннервують артикуляційну мускулатуру. Внаслідок ураження язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів у дітей виявляється псевдобульбарний синдром, що характеризується порушенням ковтання, дихання, голосоутворення, різкою обмеженістю рухомості органів артикуляційного апарату. Так, ураження X пари черепно-мозкових нервів виявляється млявістю м'якого піднебіння, слабкістю глоткового рефлексу, попірхуванням під час їжі. В разі ураження VII пари спостерігаються порушення іннервації губної мускулатури і паретичність (слабкість) колового м'яза рота.

У разі псевдобульбарної дизартрії переважають порушення м'язового тонусу за типом спастичності (Е. Мастюкова та ін.). Внаслідок такого порушення рухів (тобто напруженого стану всіх мовленнєвих органів) спотворюється або неправильно формується вся звукова сторона мовлення: тверді проривні приголосні пом'якшуються, фрикативні — спотворюються, голос набуває здавленого відтінку, в ньому немає модуляції. Мовлення тихе, маловиразне.

Крім порушень м'язового тонусу за типом спастичності в разі псевдобульбарної дизартрії спостерігаються також розлади м'язового тонусу за типом паретичності. Парез м'язів гортані і голосових зв'язок дається взнаки з перших днів життя дитини: у новонароджених спостерігаються глухий голос, слабкий крик, часте попірхування під час годування. З розвитком мовлення у таких дітей виявляють порушення вимови дзвінкх приголосних звуків, глухий, тихий, монотонний, немодульований голос.

Парез м'язів м'якого піднебіння виявляється в його млявому або в асиметричному скороченні, відхиленні маленького

язичка від середньої лінії. Внаслідок цих проявів м'яке піднебіння під час мовлення не змикається взагалі або змикається не досить шільно із задньою стінкою гортані, і видихуване повітря проходить через рот і ніс. Отже, внаслідок паралічу або парезу м'якого піднебіння мовлення набуває гугнявого й увулярного відтінку, що призводить до порушення вимови мовних звуків.

Парез м'язів губ часто виявляється в згладженості носо-губних складок (в нормі під час усмішки ці складки добре видно), неможливості зробити деякі мімічні рухи — витягнути губи трубочкою, розтягнути в сторони. У разі однобічного парезу спостерігається асиметричне розтягування губ у сторони (тобто неоднаково розтягуються правий і лівий кути рота). Парез м'язів губ призводить до стирання відмінності всередині групи голосних звуків.

Парез м'язів язика виявляється по-різному: може відмічатися повна нерухомість язика. За легких форм спостерігаються обмеження об'єму рухів, уповільненість, неплавність рухів, неможливість утримувати язик у певному положенні. Іноді парез язика виявляється під час виконання найпростішого завдання — кінчик язика відхиляється вбік у разі висування його з рота (за однобічних парезів) або спостерігається відхилення всієї маси язика і його кінчика в порожнину рота. Унаслідок парезу м'язів язика порушується вимова мовних звуків.

Паретичний стан окремих м'язів артикуляційного апарату призводить до порушень координованої роботи дихального, голосового й артикуляційного апарату. Тому за псевдобульбарної дизартрії здебільшого спостерігається асинхронність (неодноразовість голосоутворення, мовленнєвого дихання і артикуляції). Так, якщо ці діти починають говорити, видихнувши все повітря, вони змушені переривати своє мовлення частими інспіраціями (вдиханням повітря). Такі порушення здебільшого виступають на тлі більш значних рухових порушень, тобто парезу або паралічу рук і ніг.

Псевдобульбарна дизартрія може виявлятися різною мірою:

- \* середня тяжкість або виражена псевдобульбарна дизартрія, за якої можливі рухомість окремих м'язових груп і деяка артикуляція звуків;
- легка або стерта дизартрія, за якої неврологічна симптоматика нечітко виражена, наявні парези окремих м'язових груп, що супроводжуються нечіткою звуковимовою, назалізацією, дисфонією, просодичними розладами, коротким і поверхневим диханням (Л. Мартинова, 1972; Е. Соботович, 1974; А. Гуровець, С. Маєвська, 1981). Спинимось докладніше на характеристиці цього ступеня дизартрії.

Дослідження стертих форм дизартрії довели, що всі діти зі стертою дизартрією для підтвердження органічної природи цієї вади потребують якомога раннього їх виявлення, комплексного обстеження і спеціального навчання.

Автори одноставно висловлюють думку, що в основу численних порушень звуковимови (таких, як бічна вимова свистячих, шиплячих звуків, міжзубний сигматизм і ламбдацизм), усунення яких пов'язане зі значними труднощами, покладено легкі залишкові розлади іннервації мовленнєвої мускулатури, так звану органічну мікросимптоматику. Вона виявляється лише в разі поглибленого спеціального обстеження рухів артикуляційного апарату (серію таких спеціальних проб буде розглянуто нижче в розділі діагностики мовленнєвого розвитку дітей з дизартричними розладами). У зв'язку зі стертим, невираженим характером ці рухові порушення мають тяжчий, ніж за функціональної дислалії, характер, але є значною мірою скомпенсованими. Тому вони виявляються частіше не в процесі виконання окремих ізольованих рухів, а в потоці мовлення, тобто в динамічних мовленнєворухових процесах. У зв'язку з цим порушення звуків у цієї категорії дітей за зовнішнім проявом нагадують дислалію, що на початкових етапах корекційно-логопедичної роботи призводить до змішування стертої дизартрії і поліморфної дислалії.

Ретельне вивчення цієї вади дає змогу встановити порушення іннервації однієї сторони язика (правої чи лівої), що виявляється в слабкості рухів однієї половини язика або відхиленні його вбік. Важливо зазначити, що ці особливості виявляються лише в процесі вимовляння звуків, причому не тільки свистячих і шиплячих, а й усіх передньоязикових.

У результаті визначено, що цю ваду правильніше відносити до дизартрій, оскільки під час неврологічного обстеження у такому разі виявляються мікросимптоми органічного ураження центральної нервової системи з однієї сторони, а зазвичай і зниження слуху (з тієї самої сторони), тобто всі ознаки, що вказують на центральний, органічний характер цієї вади.

Діагностика стертої дизартрії пов'язана зі значними труднощами. Проте під час обстеження у дітей стану порушень звуковимови можливість таких розладів потрібно враховувати з метою визначення правильних методів подолання їх.

Отже, якщо подолання порушень звуковимови має складний, затяжний характер, то логопед, передбачаючи наявність у дитини стертої форми дизартрії, повинен довести, що подовження строку корекційного логопедичного впливу зумовлене не тим, що він неправильно визначив шляхи і методи усунення вад звуковими, а тим, що розлад звукової системи мовлення у таких дітей має органічну природу.



З цією метою педагог має володіти:

1) даними анамнезу про пренатальний, натальний і постнатальний періоди життя дитини;

2) результатами обстеження стану рухової і мовленнєворухової сфер дитини.

У таких дітей, особливо у тих, хто має бічну вимову звуків, під час вивчення анамнезу зазвичай виявляють численні порушення перебігу пренатального (допологового) періоду: токсикоз вагітності, гостре респіраторне захворювання у першій половині вагітності, хронічні хвороби матері: серцево-судинні захворювання, туберкульоз легень, тяжкі шлунково-кишкові захворювання, хвороби печінки, сечостатевої системи, алкоголізм.

Розгляд перебігу попередніх вагітностей може показати наявність викиднів і мертвонародження, часті аборти, які передували цій вагітності.

Провідною патологією в пологах є слабкість пологової діяльності матері із загрозою асфіксії плоду, що потребувала стимуляції пологів, стрімкі, швидкі пологи; може бути виявлена ре-зус-несумісність крові матері і народженої в строк дитини, за якої обмінного переливання крові не проводили.

Можуть траплятися особливості в характері раннього постнатального розвитку цієї категорії дітей. Так, у період новонародження в деяких дітей можуть спостерігатися порушення життєвого ритму («день-ніч» за термінологією К. Семенової, Е. Мастюкової, Н. Смугліна), руховий неспокій; несамовитий крик дитини впродовж 2—3 діб підряд у перші місяці її життя, коли лікар-педіатр не може пояснити причини цього стану соматичним захворюванням. На думку авторів, подібна поведінка матюка може свідчити про тяжке порушення мозкового кровообігу і безпосередні наслідки асфіксії.

У частини дітей смоктальний рефлекс виявляється тільки через кілька днів після народження. На подібні порушення смоктального рефлексу у дітей, яким пізніше встановлюють діагноз ЦП, вказують М. Ейдінова і О. Правдіна-Винарська. На думку творчого колективу К. Семенової, подібне порушення акту смоктання міг спричинити парез артикуляційних м'язів і язика. Іноді виявляють, що у обстежуваних дітей з деякою затримкою відбувався розвиток частин установочних рефлексів і локомоторних функцій, а саме: неможливість утримувати голівку у вертикальному положенні до 5—7-місячного віку; сидіти без підтримки у 8—9 міс.; важкий перехід до ходіння за прямого положення тіла (2—4 роки).

У ранньому віці діти часто застуджуються; дитячі інфекції мали тяжку форму, а саме: судомні напади на тлі високої тем-

ператури, що дає змогу передбачати перебіг одночасно з соматичним захворюванням ураження нервової системи; судомні напади зазвичай у таких дітей припинялися в дошкільному віці і більше не повторювалися.

Отже, під час збирання даних про ранній розвиток дитини з діагнозом «стерта дизартрія» логопед має враховувати дані клініки про те, що перебіг звичайних захворювань може ускладнитися ураженням нервової системи. Тому увага педагога має бути спрямована на визначення характеру перенесених дитиною захворювань у цей період, тобто чи не було у дитини шлунково-кишкових захворювань, сепсису, рахіту, вірусного гепатиту. Перебіг цих захворювань зазвичай має тяжку форму, що дає підставу визначити органічну основу порушення звуковимови.

Аналізуючи дані несприятливого натального і постнатального періодів, логопед також має враховувати те, що патологія пологів, яка супроводжується асфіксією, зазвичай створює невротичне тло, на якому відбувається подальший розвиток дитини.

Серйозні порушення спостерігаються і в ранньому розвитку мовлення. Може бути виявлено, що в деяких дітей мовлення розвивалося нормально і за часом появи перших слів і за подальшим збільшенням словника. Однак навіть у такому разі батьки зазначали, що мовлення дитини було нерозбірливим, незрозумілим, часто навіть і для матері. Іноді нерозуміння оточення було причиною появи невротичних реакцій дитини (гшач, крик). У деяких дітей перші слова з'являлися наприкінці першого року життя. Однак збагачення словника і розвиток граматичної будови відбуватися повільними темпами, внаслідок чого фразове мовлення з'являлося зазвичай після 3—4-річного віку. У багатьох дітей поява перших слів і подальший розвиток мовлення відбуваються зі значною затримкою, при цьому у деяких з них не спостерігалось лепетання. Пізня поява фразового мовлення у дітей, особливо з бічним сигматизмом, може супроводжуватися одночасною появою заїкання.

Отже, причини появи стертих дизартрій можна встановити під час ретельного вивчення анамнезу (загального і мовленнєвого), а також стану мовленнєворухової сфери дитини<sup>1</sup>.

Слід зазначити, що різного ступеня прояву псевдобульбарної дизартрії відмічається обмежена рухомість артикуляційних м'язів, особливо при цьому страждають найтонші ізольовані рухи — зазвичай це рухи язика вбік і особливо вгору. Для гісевдо-

<sup>1</sup> Методику вивчення стану рухової і мовленнєворухової сфер див. у підрозділі 6.3 «Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями».

бульбарної дизартрії характерними є підвищена саливація, оральні синкінезії, порушення дихання, голосоутворення, часті порушення жування, дихання, іноді приймання їжі. Мовлення — невиразне, монотонне, голос з гугнявим відтінком. Псевдобульбарна дизартрія найчастіше спостерігається у дітей зі спастичною диплегією (переважно ураження ніг; руки уражуються менше) і в разі геміпаретичної форми церебрального паралічу (однобічне рухове порушення; найчастіше при цьому виявляють тяжче ураження руки).

Безумовно, для логопеда-практика важливим є знання сутності та інших форм дизартричних порушень.

Так, *кіркова дизартрія* характеризується більш ізольованими порушеннями іннервації м'язів артикуляційного апарату. В разі кіркової дизартрії частими є порушення орального праксису, у зв'язку з чим страждає насамперед вимова тих звуків, які пов'язані з найтоншими ізольованими рухами окремих м'язових груп язика. Темп і виразність мовлення за кіркової дизартрії зазвичай не страждають.

Для *екстрапірамідної дизартрії* характерні порушення м'язового тону в артикуляційній, фонаційній і дихальній мускулатурі за типом дистонії (мінливого тону) або за типом ригідності (тонічних спазмів). Спостерігаються також розлади інтонаційно-виразної сторони мовлення, наявність гіперкінезів (найчастіше у м'язах язика). Мінливий характер м'язового тону, гіперкінези в артикуляційній та дихальній мускулатурі грубо спотворюють мовлення, часом роблять його малозрозумілим, іноді неможливим для розуміння. Екстрапірамідальна дизартрія спостерігається за гіперкінетичної форми ДЦП. При цьому гіперкінези (примусові рухи) різного ступеня і форми можуть виявлятися у м'язах обличчя, язика, шиї, плечового поясу, кінцівок, у м'язах артикуляційного апарату. Часто у цих дітей виявляють порушення слуху.

*Мозочкова дизартрія* характеризується порушенням узгодження (координації) в роботі артикуляційної, дихальної та фонаційної мускулатур, що призводить до порушення синхронності артикуляції, дихання і фонації. Мовлення втрачає плавність звучання, стає скандованим (розірваним на склади, слова). Найчастіше ця форма дизартрії спостерігається за атонально-астатичної форми ДЦП: порушення координації рухів, недорозвиненість реакції рівноваги.

Усі викладені форми дизартрій можуть поєднуватися з проблемами загального мовленнєвого недорозвинення, з порушенням слуху.

## 6.2. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями

У цієї категорії дітей серед сенсорних розладів переважають порушення зорового, слухового та кінестетичного сприймання (Р. Бабенкова, М. Іпполітова, Е. Мастюкова та ін.).

*Порушення зорового сприймання* може бути зумовлене недостатністю фіксації погляду та стеження за предметом, порушенням конвергенцій, обмеженням поля зору, зниженням гостроти зору та іншими причинами. Усі перелічені порушення можуть значно утруднити процес навчання, особливо під час оволодіння читанням та письмом. Тому потрібно своєчасно виявляти і застосовувати спеціальні корекційні вправи з розвитку плавності і простежування погляду, розширення поля зору.

Частим порушенням для цієї категорії дітей є недорозвинення зорово-моторної координації: дитина не може плавно простежувати очима рухи своєї руки в процесі різних предметних дій і особливо під час писання. Спостерігаються труднощі одночасного сприймання форми та розміру, впізнавання заштрихованих, перевернутих зображень, у виділенні фігури із фону тощо.

*Порушення слухового сприймання* можуть мати різні характер та ступінь прояву — від зниження слуху різного ступеня до повної глухоти. Найчастіше порушення слуху спостерігаються в разі гіперкінезів. При цьому характерне вибіркове зниження слуху на високі тони, що може призвести до порушення розуміння дитиною зверненого до неї мовлення. Для ЦП притаманні неперервний характер порушень слуху, слабкість слухової уваги, іноді — недостатність слухової пам'яті та труднощі локалізації звуку в просторі.

*Порушення кінестетичного сприймання* є причиною нездатності дитини відтворити артикуляційний рух, спираючись тільки на свої кінестетичні відчуття. Поряд з характеристикою особливостей порушень зорового, слухового і кінестетичного сприймання, аналізу та синтезу визначають особливості інтелектуального розвитку дітей з дизартріями.

Так, установлено, що серед дітей з різними формами ЦП діти з нормальним інтелектом становлять 40—50 %; у 40—50 % виявлено ЗПР і тільки 7—10 % — це діти з розумовою відсталістю ступеня дебільності. Враховуючи те, що диференційна діагностика ЗПР і розумової відсталості ускладнена, розглянемо це питання докладніше.

Загальною ознакою ЗПР у цієї категорії дітей є: затримка розвитку логічного мислення; нерівномірність розвитку різних психічних функцій; вираженість органічного психосиндрому.

*Затримка розвитку логічного мислення* виявляється в тому, що ці діти з труднощами та часто за неістотними ознаками встановлюють подібність і відмінність між предметами: класифікують предмети за принципом конкретних ситуативних зв'язків; у них несформовані більшість **узагальнювальних** понять. Однак (на відміну від розумово відсталих дітей) у навчанні цих дітей спостерігається позитивна динаміка розвитку: вони «приймають допомогу» і принципи виконання завдання можуть перенестися на виконання аналогічних завдань.

*Нерівномірність розвитку різних психічних функцій* виявляється у затримці формування просторових уявлень, зорового гнозису, праксису і вищих кіркових функцій.

*Органічний психосиндром* виявляється в уповільненості психічних процесів, підвищеній дратівливості, виснажливості, набриданні, частих порушеннях пам'яті, проявах гіпертензійного синдрому (головний біль, запаморочення, неспроможність переносити спеку, духоту тощо).

Важливо підкреслити, що у низці випадків ЗПР у дітей зумовлена руховими та мовленнєвими порушеннями. Діти, обмежені в пересуванні, не можуть набути того запасу знань і уявлень про навколишній світ, якими оволодівають їхні здорові однолітки. Крім того, це затримує розвиток маніпуляційної, ігрової діяльності, яка є основою для формування у них оптико-гностичних функцій, просторових уявлень та мисленнєвих операцій. Мовленнєві порушення обмежують контакт та спілкування цих дітей із здоровими однолітками і дорослими та негативно позначаються на розвитку пізнавальної діяльності.

Виявлено характерну структуру ЗПР за кожної форми дизартрій. Зокрема, в разі псевдобульбарної форми ядром ЗПР є порушення формування вищих кіркових функцій, таких як просторові уявлення, оптико-просторовий гнозис, конструктивний гіраксис, лічба, читання.

Встановлено, що у дітей з дизартріями частіше виявляється атипова форма олігофренії (7—10 %), яка характеризується нерівномірною структурою інтелектуальної вади, вираженим недорозвиненням таких функцій, як оптико-просторовий гнозис, конструктивний праксис, рахунок. Порушення оптико-просторового гнозису виявляється в ускладненнях у впізнанні і відтворенні геометричних фігур, у труднощах під час малювання, конструювання, виконання завдань з ручної праці. Такі діти не можуть відтворити на папері (за зразком) просторове розміщення предмета та його деталей; у них утруднене формування понять, що відображують положення предметів у просторі; відчувають труднощі під час складання цілого з частин.

Характерною особливістю олігофренії у таких дітей є здебільшого порушення їхньої цілеспрямованої діяльності, поведінки, емоційно-вольової сфери. Для них притаманні: непослідовність мислення, труднощі у визначенні основного у змісті оповідання, в сюжетному малюнку (особливо під час складання послідовної серії малюнків), завжди наявні труднощі під час лічби.

Диференційний діагноз олігофренії і ЗПР у дітей з дизартричними порушеннями часто утруднений, оскільки і в тому і в іншому разі спостерігаються правильна поведінка, адекватні особистісні реакції, диференційоване емоційне ставлення до оточення. Діагноз олігофренії у цих випадках може бути встановлений тільки в процесі динамічного спостереження під час проведення з дитиною лікувально-корекційної роботи.

### **6.3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями**

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

Обстеження має передбачати подвійну мету:

- по-перше, відмежувати наявні у дитини розлади від інших порушень мовлення недизартричного ряду;
- по-друге, допомогти логопеду достеменно описати туди іншу форму дизартрії, з якою він має справу. Водночас таке обстеження має допомогти педагогу виділити ті основні ланки патологічної картини, які зумовлюють виникнення низки вторинних (системних) порушень мовлення і психічних процесів.

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

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

Для вивчення стану рухової сфери педагог аналізує виконання дитиною таких завдань: біг, ходіння, стрибки (на правій нозі, на лівій, навперемінно); кидання предмета; як дитина витягує в одному напрямку ногу і руку, як витягує ногу в одному на-

прямку, а руку — в другому. Ці завдання дають змогу логопеду зробити висновок про особливості структури бігу, стрибків, кидків, а також про стан функції переключення рухів. Виявлена неправильна структура їх, у свою чергу, свідчатиме про стан і вираженість таких рефлексів, як шийно-тонічні, що характеризують різну патологію тону: стрибкоподібність наростання напруження від спроби до спроби; різкі сплески і падіння тону; збереження впродовж усього обстеження постійно підвищеного напруження, що було виявлено після першого повороту голови.

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

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

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

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

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

Для вивчення стану мовленнєвомоторної сфери дитини логопед може використати спеціальну серію проб. Унаслідок її за-

**стосування** логопед зможе отримати якісну характеристику рухів язика, а саме: обсягу, точності, сили рухів; стану статичної координації мовленнєвих рухів; стану мовленнєвої динамічної координації; диференційованості рухів органів мовленнєвого апарату, а також стану кінестетичної чутливості мовленнєворухової сфери дитини. При цьому зауважимо, що саме цю серію завдань потрібно використовувати для виявлення *стертих форм дизартрії*.

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

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

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

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

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

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

*Диференціацію язиково-губної і губно-губної фрикації (щілини) і змикання* перевіряють під час виконання дитиною таких завдань: витягнути губи вперед і подмухати в щілину між губами; опустити кінчик язика вниз, підняти його вгору і притиснути до зубів.



*Стан сформованості рухової функції язикоглоткового нерва і кінестетичної чутливості мовленнєворухового апарату обстежують за допомогою таких проб:*

- рухову функцію язикоглоткового нерва вивчають дослідженням стану м'якого і твердого піднебіння, тобто скорочення їх під час фонацій звука «а»;
- кінестетичну чутливість вивчають так: логопед за допомогою шпателя піднімає язика дитини вгору, опускає вниз, притискує до верхніх різців, відводить назад. Потім дитина повинна самостійно, спираючись тільки на свої рухові відчуття, відтворити ці рухи.

Під час виконання всіх зазначених проб враховують силу, легкість виконання рухів і характер переходу від одного руху до іншого.

У процесі обстеження можуть бути виявлені такі особливості мовленнєвої моторики:

- 1) напруженість усіх м'язів мовленнєвого апарату;
- 2) слабкість, млявість м'язів артикуляційного апарату;
- 3) руховий неспокій язика;
- 4) асиметричні рухи язика, піднебіння;
- 5) труднощі знаходження й утримання заданих положень язика;
- 6) труднощі знаходження заданих положень язика на основі його пасивних зміщень;
- 7) порушення переключення рухів;
- 8) недиференційованість рухів язика в процесі вимовляння звуків;
- 9) порушення динамічної координації мовленнєвих рухів.

Як **зазначалося** вище, методика вивчення цієї категорії дітей передбачає також завдання, зміст яких спрямований на визначення стану інших позамовленнєвих (невербальних) функцій, тобто практичних і гностичних процесів.

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

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

2. Вивчення апраксії пози потребує інших прийомів. У цьому разі дитині дають завдання відтворити запропоновану позу

руки. До таких проб належить відтворення різних поз пальців руки. Важливо зазначити, що за стертих форм праксичних розладів дитина довго шукає потрібні позиції пальців і відтворює низку проб, перш ніж знайти потрібну позу.

3. Для обстеження предметно-символічного праксису вивчають, якою мірою дитина здатна знайти комплекс рухів для виконання осмислених предметних або символічних дій.

Виконувати ці завдання можна у двох варіантах:

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

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

Обстеження *мовленнєвого праксису* передбачає:

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

б) вивчення праксису мовленнєвого апарату, зокрема:

- пробу на відтворення низки «конструктивних» актів, показаних дитині (торкнутися язиком до верхньої губи, покласти його між верхньою губою і зубами тощо);
- виконання тієї самої дії за словесною інструкцією;
- відтворення низки свідомих символічних актів (свисту, цокання, поцілунку);

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

- рухове виконання ритмів, які логопед відстукує олівцем по столу;
- переключення рухів (проби «кулак — долоня — ребро» (дитина повинна послідовно змінювати три позиції руки); «кулак — кільце»; на реципрокно координацію (проба Озерецького): швидко і одночасно змінювати позиції обох рук).

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

Для вивчення *оптичного (предметного) гнозису* використовують серію проб, що складається з трьох завдань:

1) показ одиничних геометричних фігур і швидкий показ групи із 4—6 простих геометричних фігур. Дитина повинна назвати сприйняті нею фігури;

2) показ зображень предметів, які дитина має назвати або знайти серед запропонованої групи малюнків. При цьому логопед може запропонувати зображення предметів, намальованих

реалістично, контурно, силуетно. Спеціальним варіантом є фігура Поппельрейтера, в якій дитина повинна розібрати накладені один на одного контурні зображення. Спеціальною пробою, що дає змогу чітко встановити збереженість активних форм сприйняття, є проба Рево д'Аллона, коли дитині пропонують виділити фігури із однорідного фону;

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

Обстеження *стану просторового гнозису* передбачає використання такої серії проб:

1) безпосереднє спостереження за орієнтацією дитини в просторі;

2) копіювання серій геометричних фігур, елементи яких мають певну просторову організацію. Це завдання дитина може виконувати або малюванням фігури, або викладанням її із сірників, або знайшовши потрібну серед кількох запропонованих на вибір фігур;

3) проба Хеда, за якої дитина має відтворити положення рук поверненої обличчям до неї людини, подумки здійснивши потрібне переміщення дзеркально сприйнятого положення;

4) зображення схем просторових співвідношень, наприклад плану логопедичного кабінету, кімнати групи, плану шляху з групи до спортивної зали;

5) розпізнавання символічно позначених просторових співвідношень. Це передбачає розпізнавання дитиною правої і лівої сторін свого тіла; правої і лівої сторони оберненого обличчям до дитини логопеда; розпізнавання названих логопедом пальців своєї руки. Дітям шкільного віку можна запропонувати завдання на розпізнавання і написання римських цифр (IX і XI, IV і VI), що відрізняються просторовими співвідношеннями.

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

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

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

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

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

Вивчення *стану усного мовлення* дитини обмежимо розглядом методики дослідження стану провідного порушення — звуковимови.

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

1. З *позиції структурної фонетики* вивчають:

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

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

в) інтонаційні можливості звукової будови мовлення;

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

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

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

3. З *позиції психолінгвістики* вивчають особливості:

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

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

в) особистісної готовності до вдосконалення звукової системи мовлення;

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

Безумовно, в разі дизартричних порушень основним є вивчення звуковимовних розладів (звуковимовляння, дихання,

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

#### **6.4. Особливості відновлювальної роботи з дітьми з дизартричними порушеннями**

Відновлювальна робота з дітьми з дизартричними порушеннями відрізняється від логопедичної роботи, спрямованої на подолання таких видів порушень звукової системи, як дислалія і ринолалія.

Метою логопедичної роботи в разі дизартрії є корекція всієї звукової системи мовлення: звуковимови, дикції, голосу, темпу і ритму мовлення, мовленнєвого дихання, а також розвитку лексико-граматичної будови. Вироблення всіх перелічених навичок можливе тільки на основі подолання або компенсації наявних порушень мовленнєвої моторики. Тому робота з розвитку загальної і особливо мовленнєвої моторики у такому разі набуває найбільшого значення.

Враховуючи те, що корекція рухових, мовленнєворухових і мовленнєвих порушень у разі дизартрії має комплексний характер, логопед планує такі напрями корекційної дії:

1. виправлення рухових порушень (медичний аспект):

а) лікувальна фізкультура і масаж. Ці види роботи має виконувати відповідний фахівець. Однак і логопед має знати деякі методи цієї роботи, щоб у разі відсутності таких фахівців він зміг допомогти дитині;

б) медикаментозне лікування, спрямоване на нормалізацію м'язового тону, стимуляцію моторного розвитку і зменшення гіперкінезів;

в) фізіотерапія, яка охоплює як чинники загальної дії, так і лікувально-рефлекторні;

г) ортопедичне, переважно консервативне лікування. При цьому велике значення має правильно організований руховий лікувальний режим, що передбачає часту зміну поз.

2. Логопедичний аспект відновлення передбачає:

а) роботу з розвитку загальної і мовленнєвої моторики, спрямовану на боротьбу з насильницькими рухами, зняття напруження з м'язів мовленнєвого апарату, вироблення рухливості

артикуляційного апарату, точності і диференційованості рухів, тобто потрібно застосовувати систему вправ лікувальної логопедичної фізкультури;

б) роботу з боротьби зі слинотечею (салівацією);

в) нормалізацію просодики мовлення (дихання, голосу, темпу, ритму мовлення, дикції);

г) систему вправ з розвитку фонематичних процесів і формування вимови фонем;

Б) систему психологічного впливу.

Розкриємо зміст спеціальних методик з відновлення моторної сфери і корекції мовленнєвих порушень. Спочатку розглянемо, які основні прийоми застосовує логопед для корекції загальної рухової діяльності дітей і для виховання артикуляційних рухів, а також мімічної активності.

Вправи для загального розвитку і коригувальні мають забезпечувати можливість здійснити вибірковий вплив на різні порушення, що допускаються дітьми в елементарних рухах, і розвивати в них здатність до виконання складних рухових комплексів.

У самотійні підрозділи логопед виділяє: дихальні вправи; вправи для корекції позотонічних реакцій у локомоторно-статичних функціях, вправи для розслаблення м'язів; розвитку координації рухів, формування стопи (її рухомості й опорності), а також вправи для розвитку просторової орієнтації і точності рухів. Ці вправи через особливе значення в корекційно-відновлювальній роботі включають до кожного заняття таким чином, щоб сприяти корекції і компенсації рухових вад під час оволодіння різними видами рухів.

Нині неможливо виділити якусь із розроблених систем як найефективнішу. Це пояснюється насамперед відсутністю загальноприйнятої методики оцінювання ефективності роботи, а також неоднорідністю складу дітей, щодо яких застосовували різні відновлювальні методи. Водночас не викликає сумніву і те, що ентузіазм, досвід, майстерність і сама особистість логопеда не можуть не позначитися на результатах корекційної роботи. В основу методики розвитку моторики (Е. Мастюкова, Р. Бабенкова, М. Іпполітова та ін.) покладено два взаємопов'язаних процеси:

1) *розвиток постурольних механізмів*. До них належать реакції випрямлення, рівноваги, захисту та інші пристосовувальні реакції;

2) *гальмування примітивних рефлексорних автоматизмів*, що наявні у дитини зазвичай від народження і за допомогою яких розвиваються довільні рухи і перцептуальна функція, тобто функція сприймання.

Отже, одним із важливих завдань відновлення з ігальної моторики є розвиток постуральних механізмів, що забезпечують дитині правильний «контроль голови» у просторі і щодо тулуба. Положення голови визначається провідною ланкою складної функціональної структури рухів, оскільки в подальшому за допомогою цієї реакції відбувається вирівнювання шиї, тулуба і кінцівок. У дитини з'являється можливість зберігати рівновагу під час активних рухів. В онтогенезі постуральні механізми розвиваються у дитини в суворій послідовності у різних положеннях (на животі, на спині, сидячи, стоячи і під час ходіння). Важливо пам'ятати, що для кожної дитини потрібно знайти свою індивідуальну схему постуральних реакцій. Фахівцям добре відомо, як важко буває іноді сформувати постуральні реакції у дитини в положенні лежачи (особливо в разі подвійної геміплегії), коли тяжче уражені руки, а також у дітей з різними порушеннями дихання. У цьому разі допускаються обхідні шляхи розвитку, переважно в інших вихідних положеннях дитини (сидячи, лежачи на боці). Під час проведення цієї роботи особливої уваги потребує питання нормалізації м'язового тону. Водночас медичними дослідженнями останнім часом встановлено, що між вираженою спастичністю і тяжкістю порушень рухів немає прямої залежності. Тому потрібно критично ставитися до рекомендацій, обов'язково знижувати еластичність за допомогою спиртових блоkad Тардье, оскільки вони не завжди значною мірою сприяють розвитку довільних рухів. Крім того, в спеціальній літературі (Р. Бабенкова, Е. Мастюкова) вказується, що зниження м'язового тону не має бути основним завданням відновлювальної роботи, а має співвідноситися з розвитком постуральних реакцій дитини.

Зазначене стосується також заходів зменшення гіпотонії м'язів, оскільки і ця робота може бути непотрібною, якщо вона не супроводжується розвитком постуральних реакцій (випрямлення, рівновага, захисні реакції). Адже роботу з нормалізації м'язового тону і розвитку активних рухів у скелетній і м'якшій мускулатурі слід проводити **одночасно**. Це означає, що коли логопед розглядає свою роботу тільки як відновлення моторики мовленнєворухового апарату, то його робота може бути непотрібною.

Здійснюючи роботу з розвитку у дитини точності, сили і обсягу рухів (за методиками, широко представленими в логопедичній літературі), логопед повинен цю роботу поєднувати з розвитком постуральних реакцій. Для їх розвитку використовують вправи, що передбачають **різні повороти і нахили голови**. Починати їх потрібно дитині у положенні лежачи на животі. Потім застосовують вправи для **формування рухів з предметами**.

Особливу увагу слід спрямовувати на формування навички схоплення і координації руху рук, навчати дітей дозовано розвивати м'язове зусилля в рухах з предметами. Проте цим вправам обов'язково має передувати робота з **ознайомлення дітей з особливостями використовуваних предметів**, що впливають на характер рухів (м'яч — твердий, круглий, великий, маленький, важкий, легкий, шкіряний, гумовий тощо), тобто ознайомити дітей з предметами різної форми, об'єму і маси, які використовують у роботі.

У цей час **важливо** для підтримання у дітей цікавості до занять спеціальні вправи чергувати з ігровими завданнями. Вводять елементи змагань, застосовують різні форми заохочення. В ігровій формі діти засвоюють правильні способи виконання тих чи інших рухів, їх площинні, тимчасові параметри (напрямок, темп і ритм) і навчаються раціонально використовувати м'язові зусилля для виконання завдання.

Комплекс вправ, спрямований на розвиток постуральних реакцій, логопед узгоджує з лікарем ЛФК (або невропатологом). Він уточнює фізичне навантаження, виходячи зі стану дитини, її загального рухового, ортопедичного режиму й особливостей лікування.

Коли автоматичний контроль голови і тулуба вже сформований і дитина може виконувати досить тонкі диференційовані рухи, вдаються до кіркового контролю, тобто контролю за рухами дитини за допомогою слова. У спеціальних джерелах (Є. Мастюковата ін.) зазначено, що для полегшення виконання рухів, які дітям виконувати особливо важко, можна стимулювати інші рухи. Тому, наприклад, якщо дитині не вдається належно підняти голову і випрямити спину, то можна попросити її підняти руки. Проте і цей прийом потрібно використовувати обережно і суворо диференційовано.

Таким чином, розвиваючи рухову сферу дитини, цю роботу весь час треба співвідносити, поєднувати з розвитком функцій випрямлення, вирівнювання шиї, тулуба, кінцівок, тобто розвивати пристосувальні реакції.

Важливим завданням з розвитку моторики у дітей є **гальмування і подолання патологічних тонічних рефлексів**. Часто діти з порушеннями опорно-рухового апарату вступають у дитячий садок і школу вже з міцно сформованим патологічним руховим стереотипом. Деякі діти використовують самостійно знайдені компенсаторні рефлекси для подолання гіперкінезів і компенсації порушених функцій. Тому потрібна спеціальна робота з виконання нових рухів у скелетній і мовленнєвій мускулатурі. Для цього під час занять у дитини підвищують **можливість тактильного** сприймання, диференційованого сприймання температури,



відчуття маси, фактури предметів. Це створює умови для розвитку у дитини стереогнозу (сприймання предметів на дотик).

Для сенсомоторного розвитку підключають мовленнєву функцію (предмет гладенький, жорсткий тощо), обов'язково розвивають «схему власного тіла». Так, для поліпшення відчуття пальців дитині надівають на пальці каблучки; для підсилення відчуття положення голови — стрічку на шию; для кращого відчуття положення обличчя хлопчикам прикріплюють штучні вуса, бороду, різні маски. Іноді, щоб звернути увагу дитини на ті чи інші частини тіла, пропонують використати лід.

Для розвитку у дитини уявлень про «схему тіла» в логопедичній роботі потрібно постійно спиратися на комплексну аферентацію: зорову, тактильну, пропріоцептивну з обов'язковим підключенням мовленнєвої функції.

Велике значення має розвиток у дітей праксису в скелетній і мовленнєвій мускулатурі як підґрунтя для формування навичок самообслуговування (одягання, використання пензля, ножиць тощо).

Отже, у відновлювальній роботі в разі дизартричних розладів особливу увагу приділяють **спеціальній організації рухів**.

Крім того, логопед використовує лікувальний диференційований масаж, а також рухи: пасивні (тільки за допомогою механічної дії) і активні (за мовленнєвою інструкцією під рахунок).

**Масаж** — це лікувальний метод, під час якого використовують механічну енергію: тертя, натискання, штовхання, що проводяться різними способами. Основна мета масажних заходів у разі *спастичного парезу* — *підвищити рецепторну діяльність*, чого досягають двома методами: методом погладжування і методом локальної вібрації, а інколи додатково використовують розминання. М'язи після проведення цих прийомів стають більш працездатними. Тому логопед має добре знати анатомію м'язів обличчя і язика. В разі спастичного парезу застосовують також глибоке й охоплювальне погладжування. Розтирання виконують дуже обережно, логопед повинен постійно відчувати зворотну реакцію м'язів дитини і завчасно припиняти прийом, якщо м'язи починають дуже сильно стягуватися або з'являється далеке (в інших м'язах) підвищення тонусу.

Якщо в разі спастичного парезу застосовують масаж, то за *гіперкінезів* нормалізації мовленнєвої мускулатури досягають здебільшого прийомами *активних рухів*. Масажні прийоми в цьому разі обмежують поверхневим плоским або дуже легким погладжуванням. Погладжують м'язи шиї, потилиці, плечі, груди, бічні м'язи тулуба в напрямку лімфатичних судин.

Одним із основних прийомів відновлення рухів за будь-яких вад мовленнєвої моторики є використання *пасивних рухів*. Ство-

рення правильного положення м'яза дає змогу зчизити рефлексорну збудливість або тонус, або загальмувати примусові рухи. За пасивних рухів логопед навмисно створює нову схему артикуляційного руху, значну за обсягом і правильну за позицією та траєкторією, створюючи таким чином кінестетичний зобраз артикуляційної позиції, яка потрібна для вимовляння звука. Обов'язковим під час пасивних рухів є створення нової схеми руху на тлі спокою. Для цього потрібно зафіксувати на кілька секунд потрібну позу, дати дитині можливість усвідомити її, паралельно пояснити її суть, зуміти виключити її через кілька секунд, знову сформувати у дитини (за наслідуванням або самостійно). Пасивні рухи виконують серіями по 3—5 рухів у кожній серії. При цьому (як і для активних рухів) важливо виконати: «вхід» у рух, його фіксацію, «вихід» з руху, спокій.

**Корекція активними рухами є більш результативною після проведення масажу і пасивних рухів.** Застосування активних рухів також має ґрунтуватися на даних не тільки логопедичного, а й неврологічного обстеження. Основна мета активних рухів — збільшити можливість паретичних м'язів або погано керованих. І тільки після масажу, корекції активними і пасивними рухами виконують вправи для окремих м'язів, об'єднаних загальною іннервацією, навчають придушувати стійкі патологічні рухові навички. У створенні таких вольових різних рухів, що сприяють корекції мовленнєворухової сфери, полягає творча робота логопеда (М. Ейдінова, О. Правдіна-Винарська).

Викладене можна подати у вигляді **схеми проведення логопедичних занять з дітьми, які мають дизартричні порушення:**

а) перед проведенням логопедичного заняття потрібно досягти *максимального м'язового розслаблення* як в артикуляційній, так і в скелетній мускулатурі дитини. Тому логопедичні заняття рекомендують проводити в спеціальних рефлексозаборонених позах, тобто в такому стані дитини, за якого вплив патологічно посиленних рефлексів на м'язовий тонус був би мінімальним (Е. Мастюкова). Цього досягають насамперед проведенням логопедичних занять, а саме: у спеціальних, адекватних для дитини положеннях, які індивідуально добирають лікар і логопед. При цьому важливо забезпечити стабілізацію пози, особливо голови, а також корекцію неправильного положення кінцівок. Після вибору адекватної пози логопед приступає до загального і локального розслаблення ший;

б) після введення дитини в таку рефлексозаборонену позицію і в позицію загального розслаблення проводять масаж і артикуляційну гімнастику;

в) у роботі з формування артикуляції, як і в процесі роботи з розвитку загальної моторики, важливим є проведення *тактиль-*

*но-пропріо ієптивної стимуляції*. Для цього застосовують легеньке плескання по шоках, пошипувальні рухи по краях нижньої шелепи, загальне погладжування і пощипування губ, стимуляцію жувальних рухів, навчання дитини довільно закривати рота та ковтати слину. Якщо під час жування у дитини наявна асиметрія обличчя, то масаж і гімнастику потрібно проводити у великому обсязі (з гіперкорекцією) цієї сторони;

г) поступово розвивати *рухи губ і язика*. Роботу з розвитку м'язів язика починають з активного доторкування кінчиком язика до країв нижніх зубів. Усі вправи проводять обов'язково перед дзеркалом, з опорою на зорову і тактильну стимуляцію. Роботу з формування артикуляції і міміки поєднують з розвитком моторики рук;

д) паралельно проводять роботу з розвитку *правильного мовленнєвого дихання*-, формують комбіноване діафрагмально-реберне дихання, відпрацьовують плавний, довгий видих (погасити свічку, подути в музикальну трубочку тощо). Дитину вчать поєднувати початок видиху з початком мовлення. Виховують нешвидкий темп і паузи у мовленні, оскільки саме паузи забезпечують час для спокійного глибокого вдиху;

е) основне завдання логопедичної роботи з *виховання голосу* — навчити дитину користуватися м'яким голосопочатком, зняти напруження з голосового апарату, усунути гугнявий відтінок голосу, розвинути силу голосу. Цього досягають роботою над низкою компонентів, які беруть участь у голосоутворенні, а саме:

- \* робота над диханням, оскільки інтенсивне опускання діафрагми і розширення нижнього відділу грудної клітки (під час діафрагмально-ребрового дихання) дає краще резонування низьких звуків і збільшує силу голосу;
- \* вироблення правильної установки всього мовленнєвого апарату: низьке положення діафрагми і гортані (як під час вимовлення звука), легке напруження піднебінно-гортанних м'язів (відчуття напівпозіхання), зібране посилення звука (губи мають форму, що **нагадує** букву О). **В** цих умовах вдається отримати ненапружений, сильний голос, м'яку атаку голосу;
- \* для подолання гугнявого відтінку голосу проводять роботу з розвитку рухомості м'якого піднебіння і поліпшення інтонації та виразності голосу (уміння підвищувати і знижувати голос, вимовляти фрази з упевненістю: стверджувальною, запитальною й окличною інтонацією).

Ці види робіт також сприяють нормалізації темпу і ритму мовлення;

є) значну увагу приділяють виробленню *чіткої дикції*. Для цього дитину привчають ретельно артикулювати всі звуки в

слові, реченні, контролюючи, щоб вона не змикала щелепи під час мовлення. Корисними є вправи на вимову важких слів зі збігом приголосних звуків, повільне вимовляння важких скромовок, співи.

Усю логопедичну роботу проводять на тлі медикаментозного лікування, фізіотерапії й лікувальної гімнастики.

3) *робота з формування артикуляційної бази, дихання і голосу є необхідніи фундаментом для виправлення недоліків вимови фонем і розвитку всіх сторін мовлення.* Виправлення недоліків вимови є тривалим з одночасним порівнянням звуків: на слух, за артикуляцією, за тактильно-кінестетичним і зоровим сприйманням.

Розкриємо зміст роботи, спрямованої на формування у дітей здизартріями звуковимови, та розглянемо докладно вправи, які застосовують для відпрацювання правильної звуковимови. Немає потреби спинятися на постановці звуків, оскільки і в разі псевдобульбарної дизартрії використовують ті самі методики, що й для усунення дислалії. Схарактеризуємо тільки особливості постановки окремих звуків у разі дизартрій, зауваживши, що при цьому термін роботи з формування правильної звуковимови значно довший, ніж за дислалії.

Враховуючи зазначене:

1) не рекомендується відразу досягати повної чистоти звука; шліфування кожного звука має проводитися тривалий час, на тлі роботи над іншими звуками;

2) потрібно одночасно працювати над кількома звуками, що належать до різних артикуляційних установок;

3) послідовність роботи над звуками диктується поступовим ускладненням артикуляційних установок. У зв'язку з цим за важкістю вимовляння звуку поділяють на чотири групи:

- ***а, е, м, п;***
- ***у, о, ф, в, б, т, д, н, і, с, з, х, к,*** г та м'які варіанти приголосних;
- ***у, я, ю, г;***
- ***ш, ж, л, р;***

4) робота з подолання патологічного слиновиділення проводиться обов'язково перед дзеркалом. Потрібно пояснити дитині, що вона повинна ковтати слину, яка накопичується в роті, особливо перед тим, як виконати артикуляційну вправу або почати говорити. Спочатку, коли акт ковтання є утрудненим, слід запропонувати дитині злегка закинути голову і пожувати, що полегшить акт ковтання. Крім ковтання слини дитина має навчитися закривати рота й утримувати його закритим;

5) під час постановки і корекції звуків велике значення має метод пасивної корекції, за допомогою якого формуються більш чіткі кінестетичні відчуття в м'язах артикуляційного апарату.

Проводиться робота з оволодіння звуко-складовим і звуко-буквеним аналізом;

б) у роботі з формування артикуляції важливо відвернути увагу дитини від виконавчого мовленнєвого апарату, що полегшує мовленнеутворювальний процес. Цього досягають розвитком мовлення, за допомогою чого дитина коментує доступні їй рухові дії і одночасно коментує хід виконання їх. Поступово обсяг «зовнішнього» мовленнєвого висловлювання звукується, і внутрішнє мовлення програмує виконання рухового і мовленнєвого акту. Це відволікає увагу дитини від мовленнєвого апарату, оскільки кіркова діяльність гальмує підкіркові відділи мозку. Дитину навчають довільно керувати своїми мовленнєвими і скелетними м'язами, виховують у неї можливість рухів у певному режимі і темпі, довільного припинення артикуляційного руху і переходу від одного руху на інший.

До системи логопедичних заходів входить не тільки розвиток удітей загальної й артикуляційної моторики та звуковимови, а й формування її лексико-граматичної сторони і створення необхідних умов для оволодіння дитиною писемного мовлення.

Рання і систематична корекція мовленнєвих порушень у дітей з дизартрією сприяє розвитку у них комунікації, що створює умови для більш оптимальної шкільної і соціальної адаптації їх.

Важливим завданням логопедичних занять є вироблення у дітей регуляції і контролю за своїм мовленням, вирішення якого можливе розвитком у дітей спеціальної установки і волевого зусилля. Отже, невід'ємною частиною логопедичної роботи є виховання особистості.

Розкриємо зміст і методику логопедичної роботи, спрямованої на усунення стертих форм дизартрії.

Завдання і зміст корекційної логопедичної роботи при цьому визначають дані, отримані під час обстеження. У кожному конкретному випадку робота з усунення стертих форм дизартрії зазвичай передбачає:

1) розвиток фонематичних процесів (диференційованого слухового сприйняття звуків мовлення, чітких фонематичних уявлень);

2) розвиток моторики артикуляційного апарату;

3) вироблення й автоматизацію правильної артикуляції звуків мовлення;

4) розвиток лексико-граматичної будови мовлення.

Як відомо, роботи по кожному із цих розділів (з урахуванням стану звукосприймання, звуковимови, лексико-граматичної системи мовлення) проводять з використанням методів, широко представлених у загальній і спеціальній літературі. Про-

відним у роботі з усунення стертих форм дизартрій питання, пов'язане з *принциповою відмінністю корекційного логопедичного впливу з вироблення правильної звуковимови в разі стертих дизартрій і функціональної дислалії*. Така відмінність полягає насамперед у системі роботи з розвитку моторики мовленнєвого апарату. Розглянемо це питання докладніше.

У логопедичній практиці для розвитку моторики артикуляційного апарату частіше використовують систему вправ, спрямованих на розвиток у дітей *статичної координації мовленнєвого апарату*, тобто вправи з розвитку необхідних рухів: їх точності і сили (вправи для розвитку рухомості кінчика язика, для підняття і утримання язика у верхньому положенні, для розвитку вміння утримувати язик, губи, щелепи у певному положенні тощо). Ці вправи застосовують ізольовано, поза мовленням у процесі виконання окремих рухів. Потім у статичній формі відпрацьовують артикуляцію того чи іншого звука.

Водночас динамічна координація м'язової діяльності залишається в попередньому стані. Цей розрив між станом статичної і динамічної координації призводить до того, що штучно поставлені ізольовані звуки (особливо у разі стертої дизартрії) тривалий час не закріплюються в експресивному мовленні дитини, незважаючи на проведення великого обсягу роботи з автоматизації звуків. Як показує досвід власної роботи і досвід роботи логопедів у мовленнєвих дитячих садках, вади кожної фонетичної групи зазначеними методами виправляються від 1 до 3 місяців. Робота ж з автоматизації звуків у разі розлітої дефектної вимови триває від 1 до 2 років. Такий тривалий строк корекції вад звуковимови пов'язаний передусім із тим, що система виховання окремих ізольованих рухів не може забезпечити розвитку тонкого мовленнєворухового диференціювання. В онтогенезі дитячого мовлення процес становлення звуків, як відомо, має зовсім іншу картину: від 1 міс. (звук [сі]) і до 2,5 міс. (звук [р]). Це стає можливим завдяки тому, що формування звукової системи мовлення відбувається з *постійним наближенням до потрібної артикуляційної установки*. Поступове наближення виявляється в тому, що дитина спочатку вимовляє не готовий, чистий звук, а низку його звукових варіантів, які наближаються до потрібного звука.

Тому, використовуючи статичні вправи, спрямовані на вироблення потрібного обсягу рухів, рухомості артикуляційного апарату, сили рухів, їх точності, вміння утримувати задане положення, слід поряд з цим проводити роботу з виховання у дітей зазначених якостей руху в процесі власного мовлення. Тобто розвивати динамічну координацію рухів, а також тонке диференціювання рухів органів артикуляційного апарату.

Для розвитку динамічної координації рухів запропоновано використовувати прийом роботи, сутність якого полягає в тому, що моторика артикуляційного апарату розвивається в потоці мовлення. Для цього передбачене повільне і чітке промовляння дитиною скоромовок і фонетично важких слів зі збігом приголосних звуків та ін. При цьому на початку роботи слід використовувати тексти з якомога меншою кількістю звуків, які дитина вимовляє неправильно.

Для розвитку тонкого диференціювання проводиться робота, спрямована на формування у дітей кінестетичного відчуття і кінестетичного аналізу, утакій послідовності:

а) виділення звука за його артикуляційними (а не лише фонематичними) ознаками на фоні слова;

б) зіставлення слів за визначеними артикулемами (а не фонемами). При цьому потрібна артикулема має бути на початку слова, оскільки в цій позиції вона найкраще виділяється;

в) ознайомлення з артикуляцією правильно вимовленого звука.

На перших етапах роботи широко використовується опора на зоровий аналізатор. У подальшому використання цієї додаткової опори зводять до мінімуму.

Потім, у процесі розвитку кінестетичного аналізу, у дітей відпрацьовують правильну артикуляцію тих звуків, що найчастіше вимовляються дефектно. Такий принцип постановки звуків (тобто використання відчуття положення власного язика і губ) рекомендують М. Піскунов (1962), Г. Коряцька і Є. Мішаніна (1969), Е. Собонович (1974), М. Савченко, Р. Юрова (1982) та ін.

Проілюструємо застосування цього методу постановки звуків на прикладі роботи з розвитку диференційованих рухів мовленнєвого апарату, необхідних для виховання правильної вимови звука *ш*.

Для виховання цього звука потрібно виробити диференційовані рухи:

а) губ (особливо у разі губно-зубного сигматизму);

б) кінчика язика для підняття його вгору;

в) язика (кінчика і спинки) для утворення фрикації.

З цією метою використовують відповідний мовленнєвий матеріал: звуки, склади, слова, малюнки, пригадування і називання слів, під час вимови яких язик набуває необхідного положення. Так, для вироблення свідомих диференційованих рухів губ дітям пропонують вимовляти (перед дзеркалом) склади і тексти зі звуками *б, п*: *би — би — би — смачні гри-би; па — па — па — манна кру-па*.

Увага дітей звернена на те, що у вимовлянні звуків *б, іт* беруть участь губи, які міцно стискаються. Потім дитина вимовляє голосні *а, е*, склади і тексти з ними. При цьому роблять висновок, що під час вимовляння звуків *а, е* губи розімкнені.

Потім діти називають предмети, зображені на малюнках: *б-очка, п-елікан, б-абуся, п-альто* та ін. і вказують, під час вимовляння яких слів губи на початку зімкнені, а за яких — розімкнені. Потім згадують і називають слова, під час вимовляння яких на початку слова губи зімкнені (розімкнені).

Таким чином, у дітей відпрацьовують *свідому диференціацію рухів губ* з подальшим витягуванням їх уперед у процесі постановки звука **г** (з цією метою в зміст роботи включають лабіалізовані голосні **о, у**).

Так само відпрацьовують *диференціацію рухів язика* для його підняття вгору. Для цього використовують передньоязикові звуки **т — д — н**, які спочатку діти вимовляють ізольовано, а потім — у складах і текстах: *та — та — та — гаряча пли-та; да — да — да — у відрі во-да* тощо.

Увага дітей фіксується на тому, що під час вимовляння звуків **т, д** кінчик язика міститься вгорі. Потім вони вимовляють голосні **а, е**, склади з ними та слова; роблять висновок про те, що кінчик язика під час вимовляння цих звуків знаходиться внизу. Діти називають предмети, зображені на малюнках: *танк, Андрій, насос, Африка* тощо і вказують положення язика на початку слова (вгорі, внизу), пригадують і називають слова, під час вимовляння яких кінчик язика на початку слова розміщений внизу (вгорі).

При цьому широко спираються на зоровий аналізатор. Крім викладеної роботи, логопед спрямовує свої зусилля для *вироблення диференційованих рухів язика для утворення фрикації* (у цьому разі диференціації рухів кінчика і спинки язика). Виробити ці рухи в статистиці без використання мовленнєвого матеріалу неможливо. Тому з цією метою діти вимовляють перед дзеркалом звуки **а — я: а — а — а** — язик лежить внизу; **я — я — я** — піднімається спинка язика.

Далі діти вимовляють слова: *ау, яма, якір, айстра* і зазначають, коли під час вимовляння слова на його початку піднімається спинка, а коли — лежить спокійно.

Де повний обсяг роботи з розвитку тонкого диференційовання у мовленнєворуховому аналізаторі, необхідного для виховання правильної вимови звука **ш**. Отже, він передбачає підготовчу роботу з розвитку у дитини кінестетичних відчуттів і кінестетичного аналізу, тобто тих механізмів, завдяки яким стає можливим формування тонких рухів, потрібних для виховання правильної вимови звука **ш**.

Потім дітей ознайомлюють з артикуляцією звука **ш** (схемою, муляжем, вимовою звука логопедом).

Унаслідок застосування розглянутих вправ у низці випадків стає можливим виховати правильну вимову звука **ш** без вико-



ристання спеціальних механічних засобів, оскільки його артикуляційний уклад буде значною мірою підготовлений розвитком мовленнєворухового аналізатора. Як показує досвід практичної роботи, на початковому етапі виховання правильної артикуляції звуків мовлення (зокрема, шиплячих) удітей зі стертою дизартрією можуть бути успішно використані звукові варіанти, наближені до потрібного звука.

Закріплення правильної вимови звука поєднується з роботою з розвитку удітей лексико-граматичної будови і зв'язного мовлення.

### **6.5. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДПП**

Серед реабілітаційних програм найпоширенішими є:

- нейророзвивальна методика Бобата (філософія розвитку дитини або неврологія розвитку);
- метод рефлексолокомоції Войта;
- кондуктивна педагогіка Петьо.

Ці програми охоплюють різні напрями корекції патологічних змін центральної нервової системи;

- метод біомеханічної корекції хребта та великих суглобів В. Козьявкіна. У цьому методі, крім зазначених питань, як провідне виділяється питання про значення порушень функції суглобово-м'язового апарату у подальшому моторному та психічному розвитку дитини.

Розвиток рухів (як складний функціональний комплекс) група вчених на чолі з В. Козьявкіним порівняла з човном-вітрильником, в якому:

- вітрила — це різні поверхи мозку (стовбур, підкірка, кора), які є командирами рухів;
- корпус човна — це зв'язки, суглоби, кістки; вони є виконавцями рухів;
- щогла — хребет зі спинним мозком, які з'єднують в єдине командири і виконавці рухів.

Сигнальні (аферентні) системи передають у головний мозок інформацію про події зовнішнього світу (температуру, звуки, запахи) і про стан м'язів, суглобів, зв'язок. Перероблення отриманої інформації, командні відповіді мозку по рухових, моторних (аферентних) провідниках передаються через спинний мозок виконавчим органам. Завдяки такій чіткій і злагодженій роботі формується точний рух.

Однак вітрильник може бути зруйнований або пошкоджений, внаслідок чого паралізується робота всіх систем, обрива-

тобто всі зв'язки і він потребує відновлення як човен, що потрапив у шторм. Так само у дитини, хворої на ДЦП, виникають порушення тонусу та дисрегуляція м'язової діяльності. Виникнення у дітей з ДЦП функціональних блокад хребтово-рухових сегментів та суглобів кінцівок зумовлює у них патологічні рефлекси та патологічні рухові стереотипи. Імпульси, які йдуть від патологічно змінених периферичних структур, спричинюють дисрегуляцію центральних структур нервової системи. Все це ще більше сповільнює моторний розвиток дітей з ДЦП.

Для ліквідації цього патологічного впливу розроблено метод біохімічної корекції хребта та великих суглобів, адаптованих до анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму. В основу цього методу покладено систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР), спрямовану на створення нового функціонального стану в організмі дитини. Створення такого стану забезпечується активізацією внутрішніх компенсаторних можливостей дитини та пластичності її нервової системи.

Створена система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації офіційно визнана в Україні, а також викликала широкий міжнародний інтерес. В енциклопедичному виданні з дитячої ортопедії (за ред. Нітарда, Німеччина) цю систему включено до четвірки найефективніших консервативних методів лікування пацієнтів з ДЦП. За цією методикою останнім часом пройшли лікування понад 10 тис. хворих з хронічними ураженнями нервової системи, в тому числі понад 6 тис. хворих з Німеччини, Австрії, Швейцарії, Греції, Франції, Іспанії, США та інших країн.

Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації складається з двох підсистем:

- 1) інтенсивної корекції;
- 2) стабілізації і закріплення позитивних результатів корекційної роботи.

*Інтенсивна корекція* проводиться в умовах реабілітаційного центру і триває впродовж двох тижнів.

У період *стабілізації та потенціювання* ефекту лікування продовжують, згідно з рекомендаціями, в домашніх умовах. Цей період триває 6—12 місяців, після чого проводиться повторний курс інтенсивної корекції.

В основу системи реабілітації покладено полімодальний підхід із застосуванням різних методів впливу на пацієнта. Дія одних методик доповнює та потенціює інші. Основний комплекс лікувальних заходів *включає*: біомеханічну корекцію хребта, мобілізацію суглобів кінцівок, рефлексотерапію, мобілізуючу гімнастику, спеціальну систему масажу, ритмічну гімнастику, апітерапію та механотерапію (мал. 6.1).



Мал. 6.1. Основні компоненти системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації

**Біомеханічна корекція хребта.** Основою системи інтенсивної реабілітації є оригінальна методика полісегментарної біомеханічної корекції хребта, розроблена проф. В. Козьявкіним. Вона спрямована на усунення функціональних блоkad хребтovo-рухових сегментів та відновлення нормальної рухомості суглобів хребта, що дає можливість зменшити прояви дисрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих та рухових систем.

Корекцію хребта проводять після мануальної діагностики та відповідної підготовки послідовно у всіх відділах хребта — поперековому, грудному та шийному. У поперековому відділі маніпуляцію здійснюють одночасно на всіх заблокованих сегментах, при цьому застосовують розроблену методику «ротації назад». Корекцію заблокованих сегментів грудного відділу здійснюють за спеціальними імпульсними методиками послідовно згори донизу на фазі видиху, а шийного відділу — із застосуванням руху по складній траєкторії, що забезпечує одночасний вплив на заблоковані сегменти. За наявності блоkad ілеосакрального з'єднання застосовують імпульсні методики мобілізації. Паралельно використовують спеціальні прийоми релаксації м'язів.

**Мобілізація суглобів кінцівок.** Методики мобілізації суглобів кінцівок розроблені для відновлення рухливості суглобів, корекції м'язово-суглобового дисбалансу, поліпшення трофіки та створення передумов до формування нових рухів. Мобілізацію починають із впливу на великі суглоби (колінні, плечові), з подальшою дією на дрібні суглоби Кисті та ступні.

Використовують класичні прийоми мобілізацій, спрямовані на плавне виведення суглоба за межі фізіологічного обсягу пасивного руху з дозованим навантаженням на зв'язковий апарат суглоба. Значного поширення набули методика вібраційних рухів, а також імпульсна техніка «простукування» за ходом суглобової щілини, спрямовані на пасивне розклинювання за-

блокованих суглобів і досягнення «центрування» суглобової поверхні.

Упродовж курсу лікування інтенсивність проведення мобілізації поступово підвищують. За наявності показань застосовують мобілізацію скроне-нижньоїщелепних суглобів, що в поєднанні зі спеціальними масажними прийомами сприяє поліпшенню артикуляції.

**Рефлексотерапія.** З метою потенціювання досягнутого ефекту розслаблення м'язів та корекції соматовегетативних порушень застосовують методику рефлексотерапії. Вона передбачає застосування класичних методів рефлексотерапії у поєднанні з розробленим алгоритмом впливу на біологічно активні точки пучками імпульсів низької напруги складної конфігурації. Використовують точки класичних меридіанів та специфічні точки. Вплив на тригерні зони м'язово-суглобового апарату здійснюється одночасно з ізотонічним чи постізометричним напруженням м'язів, застосовують також релаксувальні положення та пози. Процедура проводиться без пошкодження цілісності шкірних покривів та не спричинює больових реакцій.

**Мобілізуюча гімнастика** спрямована на удосконалення існуючих та формування нових моторних функцій, досягнення досконаліших форм пересування і освоєння важливих для щоденного життя навичок.

Мобілізуюча гімнастика ґрунтується на класичних методах кінезотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Основою її є принцип «від центра до периферії», який передбачає переважний вплив спочатку на формування рухів тулуба та проксимальних суглобів з поступовим залученням дрібних суглобів. Нові моторні акти освоюють за принципами «від пасивних рухів через пасивно-активні до активних» і «від простих рухів до складних». Велику увагу приділяють правильності виконання руху, вираженості нередукованих патологічних рефлексів, постуральних реакцій та патологічних синкінезій. Кожне заняття включає вправи дихальної гімнастики, вправи для «розробки суглобів», спрямовані на підвищення мобільності суглобів хребта та кінцівок, а також вправи для зміцнення м'язово-суглобового апарату.

Запорукою ефективності реабілітації є дотримання необхідного рухового режиму та виконання в домашніх умовах комплексу рекомендованих вправ, освоєних батьками, яких залучають до проведення занять.

**Спеціальна система масажу.** В рамках реабілітаційної програми для підготовки до проведення біомеханічної корекції хребта, для розслаблення спастичних м'язів та впливу на тригерні

точки м'язів застосовують спеціальну систему масажу. Вона включає прийоми класичного, сегментарного та периостального масажу в поєднанні з елементами постізометричної та антигравітаційної релаксації. Ефективне проведення біомеханічної корекції потребує відповідної підготовки суглобово-м'язового апарату із застосуванням релаксаційних методик масажу. Для збільшення рухливості кінцівок використовують елементи мобілізації суглобів, для впливу на тригерні зони — прийоми точкового масажу, активізації гіпотонічних, бездіяльних м'язів — прийоми тонізуючого масажу.

**Ритмічна гімнастика.** З метою розвитку рухових можливостей, поліпшення емоційної сфери, інтелектуальних та комунікативних функцій в реабілітаційному центрі проводять групові заняття з ритмічної гімнастики. Вони ґрунтуються на ігрових методах з використанням музики і танців. Групи пацієнтів формують залежно від віку та рівня моторного розвитку. Позитивний емоційний фон сприяє освоєнню пацієнтами нових як моторних, так і комунікативних навичок. До участі у групових заняттях активно залучають батьків. Ці заняття спрямовані не лише на розвиток і вдосконалення моторної сфери пацієнта, а насамперед на розвиток соціальної поведінки дитини, активацію мотивацій особистості до одужання та зміцнення віри у власні сили.

**Апітерапія.** Для стимуляції захисних сил організму, локального поліпшення кровообігу, трофіки та метаболічних процесів застосовують воско-парафінові аплікації та методику бджоловжалювання. Перед апітерапією проводять алергологічний тест на продукти бджільництва. Воско-парафінові аплікації застосовують у вигляді теплових обгортань різних груп м'язів та суглобів за певною схемою. Крім теплової дії, вони впливають на м'язово-суглобовий апарат унаслідок дифузії біологічно активних речовин крізь шкіру. Для бджоловжалювання виділяють місця за ходом суглобової щілини суглобів з контрактурами, зони міофасціальних тригерних точок та болісні периостальні зони. Використання видаленого з бджоли жала дає можливість дозувати введення бджолиної отрути та зменшити негативний вплив чинника страху.

**Механотерапія.** Засоби механотерапії використовують для розвитку сили м'язів, поліпшення координації рухів та формування правильного рухового стереотипу. Тренування м'язів нижніх кінцівок проводять за допомогою апаратів важільного типу. Добором ві довжини важелів, маси обтяження та кількості повторів забезпечується оптимальний тренувальний режим. Для розвитку сили та витривалості м'язів верхніх кінцівок здебільшого застосовують апарати блочного типу. Для формуван-

ня правильного стереотипу рухів та поліпшення координації проводять заняття на біговій доріжці та велотренажері. Використовують також апарати типу віброекстензора, в яких дозована дія тепла, вібрації та механічного масажу паравертебральних зон сприяє мобілізації суглобів хребта.

**Біодинамічний корекційний костюм «Спіраль».** Під час проведення занять з лікувальної гімнастики, механотерапії та звичайної рухової активності пацієнтів з ДЦП для забезпечення правильної постави тіла та корекції рухових порушень використовують біодинамічний корекційний костюм «Спіраль». Він дає змогу докласти додаткових коригувальних зусиль потрібної сили та напрямку до відповідних частин тіла пацієнта, не обмежуючи при цьому загальної рухливості. У створенні пристрою використано ідею професора К. Семенової про доцільність застосування у цієї групи пацієнтів принципу динамічної антигравітаційної корекції рухів.

Костюм корекції рухів — це система еластичних пружних тяг, прикріплених до спеціальних опорних елементів — жилета, шортів, наколінників, налокітників, напіврукавичокта чобітків. Тяги костюма, завдяки своїм пружним властивостям, забезпечують потрібне коригувальне зусилля, а спеціальна липка поверхня тяг дає змогу прикріпляти їх до опорних елементів у будь-якому місці і тим самим довільно вибирати точку прикладення та напрямок дії цього зусилля залежно від особливостей порушення рухів та поставленої мети лікування.

#### **б.б. Нейротрансплантація в разі дитячого церебрального паралічу**

Нейротрансплантація є окремим специфічним напрямом трансплантації органів і тканин взагалі. Під цим терміном у літературі розуміють трансплантацію тканини надниркових залоз або ембріональної (фетальної) мозкової тканини в центральну нервову систему (головний чи спинний мозок).

Пошук методів відновлення втрачених або порушених функцій головного мозку є одним з найактуальніших завдань сучасної нейрохірургії та неврології. Загальновідомо, що нервові клітини не відновлюються. Від народження у людини від 20 до 50 млрд нервових клітин, з яких понад 100 млн — це нейрони основних структурних елементів мозку. Щодня людина втрачає від тисячі до десятків тисяч нервових клітин, сотні тисяч або мільйони нейронів ушкоджуються та гинуть унаслідок черепно-мозкових травм, захворювань мозку або порушень кровообігу, що призводить до тяжкої інвалідизації. Запобігти прогресуван-

н о серйозної патології можна за допомогою трансплантації ембріональних тканин.

Численні експерименти довели, що головний мозок є «імунологічно привілейованим», тобто у ньому не діють закони відторгнення, пов'язані з імунологічною несумісністю. Дослідженнями встановлені умови, необхідні для приживлення трансплантата. Оскільки ця ембріональна тканина є недиференційованою, то пересаджують маленькі шматочки її, старанно готуючи ложе для трансплантата. Доведено, що трансплантат не тільки приживляється, а й диференціюється, розростається і встановлює тісні морфологічні зв'язки з мозком дитини.

Нині нейротрансплантації виконують у 14 країнах світу: Швеції, Кубі, США, Великій Британії, Китаї, Мексиці, Іспанії, Чехії, Словаччині, Польщі, Україні, Росії, Японії, Франції. Всього у світі виконано понад 3 тис. нейротрансплантацій за різних видів патології. Враховуючи власні багаторічні експериментальні дані та досвід нейротрансплантації в інших країнах, вважаємо, що нейротрансплантацію слід проводити у тій категорії хворих на ДЦП, у якої інші методи лікування не дали ефекту. Адже причиною рухових порушень у разі ДЦП є два основних чинники — гіпоксія підчас пологів та черепно-мозкова пологова травма, тобто два види патології. Після обговорення цього питання вчена рада Інституту нейрохірургії дозволила проведення нейротрансплантації у хворих на ДЦП. Першу операцію виконано у березні 1989 р. В подальшому було розроблено технологію нейротрансплантації у хворих з наслідками апаїчного синдрому, ішемічного інсульту та черепно-мозкової травми. Враховуючи рекомендації Всесвітньої медичної асоціації та досвід закордонних колег, в Україні розроблено 14 положень, обов'язкових для всіх нейрохірургів країни, що проводять нейротрансплантацію. Ці положення регламентують морально-етичні та правові аспекти нейротрансплантації і виходять з концепції Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка чітко наголошує: все, що робиться для збереження життя і здоров'я людини, є етично виправданим.

Нині в Інституті нейрохірургії найбільший досвід нейротрансплантацій за ДЦП — понад 500 операцій. Це — пріоритет української нейрохірургії.

На операцію відбирають хворих із важкими формами ДЦП, у яких попередньо проведене тривале консервативне лікування виявилось неефективним. Згоду на операцію дитини дають батьки. Госпіталізують дитину обов'язково разом з матір'ю. Ембріональну тканину беруть під час абортів у молодих здорових жінок, які переривають вагітність з власної ініціативи. Враховуючи те, що не завжди донорів обстежують якісно та повною

мірою, обов'язково вдаються до повторного обстеження; крім того, перед трансплантацією проводять контроль ембріональної тканини на стерильність.

У лютому 2000 р. Верховна Рада України прийняла Закон «Про трансплантацію органів і тканин», який дає можливість на легітимних офіційних засадах вирішувати морально-етичні та правові питання нейротрансплантації.

Вже розроблено технологію зберігання та використання ембріональної нервової тканини, що дає змогу створювати банки тканин, повноцінно проводити лабораторне дослідження на всі види вірусоносійства, вибирати тканини відповідно до строків гестації та забезпечувати потрібну кількість їх. Відпадає потреба в ургентних трансплантаціях, усі операції виконуються планово. А основне те, що виключається ціла низка морально-етичних проблем, пов'язаних з особливостями забору ембріональних тканин у потенційних жінок-донорів.

Оперативні втручання з трансплантацією ембріональної мозкової тканини за цим методом малотравматичні, проводять їх дуже швидко (30—45 хв).

Операцію виконують таким чином: під загальним наркозом фрезою діаметром 2,5—3 мм накладають трепанаційний отвір над зоною ураження мозку (найчастіше це гіремоторна зона лобової частки). Після розрізання твердої мозкової оболонки маленькі шматочки ембріональної мозкової тканини (2—3 мм<sup>3</sup>) кількістю 5—10 шт. спеціальним інструментом вводять у паренхіму кори прецентрального звивин півкуль головного мозку. Зшивають тверду мозкову оболонку. Проводять пластику кісткової вади. Накладають шви на м'які тканини голови. За потреби введення ембріональної тканини у глибинні структури мозку використовують стереотаксичний апарат.

Післяопераційний період зазвичай характеризується відсутністю ускладнень або погіршенням стану хворих більш ніж у 500 випадках оперативних втручань.

За результатами динамічного спостереження, позитивну динаміку виявлено у 63 % хворих зі спастичною формою ДЦП, у 82 % дітей з атонічно-астенічною формою і лише у 24 % хворих зі змішаною формою захворювання. Негативно позначаються на результатах лікування високий рівень нейросенсибілізації до нейроспецифічних білків, вік хворих понад 8—10 років, наявність вираженого гіперкінетичного синдрому та епісиндрому.

Проведені дослідження показують, що нейротрансплантація здійснює імунокоригувальний та імуностимулювальний вплив у разі дитячого церебрального паралічу, якому притаманний вторинний імунодефіцит. Завдяки цьому відпадає потреба у використанні імунодепресантів.



Крім того, трансплантація ембріональної мозкової тканини позитивно впливає на метаболічні процеси у мозку завдяки замісному ефекту трансплантованого матеріалу.

Порівняння результатів дослідження вмісту дофаміну та гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) у лікворі хворих зі спастико-гіперкінетичними формами ДЦП до та після трансплантації ембріональної мозкової тканини свідчить, що після трансплантації здебільшого у хворих спостерігається зниження рівня нейромедіаторів у субарахноїдальному лікворі.

Одним із пояснень визначеної тенденції є те, що під час трансплантації зростає ступінь інтегрованості мозкових структур та відновлюється специфічне перероблення аферентного інформаційного потоку. Такий ефект спричинює зниження вмісту нейромедіаторів, специфічних для висхідних інтегральних систем мозку. Відновлення інтегральних зв'язків також призводить до зниження рівня ГАМК у лікворі.

Таким чином, трансплантація ембріональної мозкової тканини є перспективним методом, який нині дає добрі результати у лікуванні ДЦП. Застосування цього методу потребує ретельного аналізу характеру ураження мозкових структур. На основі результатів визначення дофаміну та ГАМК в субарахноїдальному лікворі деталізують рівень розладу інтеграції функціональних структур мозку та об'єктивізують результати оперативного втручання, а також коригують повторні нейротрансплантації.

#### **6.7. Санаторно-курортне лікування хворих на дитячий церебральний параліч**

Санаторно-курортне лікування в Україні, спрямоване на реабілітацію хворих з різними патологіями нервової системи, має широкі можливості. На думку вчених (І. Самосюка, І. Галіноїта ін.), воно показане в разі: дитячого церебрального паралічу (ДЦП) на стадіях, що підлягають санаторному лікуванню; наслідків пологової травми; травм головного мозку в ранньому дитинстві; наслідків енцефалітів та менингоенцефалітів; компенсованої гідроцефалії; усіх форм перинатальних цереброспінальних синдромів. Загальна вакцинація проти поліомієліту, проведена наприкінці 50-х років минулого століття, сприяла практично повному зникненню цього захворювання. У зв'язку з цим місця в оздоровчих дитячих закладах на грязьових курортах, створені для лікування хворих з наслідками поліомієліту, почати стихійно заповнювати діти, хворі на дитячий церебральний параліч. Терміново було створено концепцію реабілітації дітей з патологією нервової системи, у тому числі хво-

рих на ДЦП. Були відкриті спеціалізовані реабілітаційні відділення ЗАТ Укрпрофоздоровниці для лікування дітей з ДЦП у Львівській області, у містах Євпаторії і Саках.

Основними завданнями санаторно-курортного лікування дітей, хворих на ДЦП, є:

- відновлення та поліпшення функції опорно-рухової системи;
- корекція і виховання правильної вимови та артикуляції;
- лікування психосоматичних розладів;
- продовження лікування, яке проводили у стаціонарі;
- дидактично-виховна робота;
- розроблення індивідуальних програм реабілітації.

До курсу лікування входять:

1. **Рефлексотерапія.** Застосовують незалежно від форми ДЦП, з впливом на зони голови, артикулярні зони, задній та передній серединні меридіани та меридіани сечового міхура. У рефлексотерапії ДЦП нині використовують усі варіанти — від класичної акупунктури до сучасних методів у поєднанні з лазеропунктурою і мікрохвильовою резонансною терапією (МРТ). Найдоцільнішим є поєднання в одному сеансі двох або трьох варіантів рефлексотерапії з різними фізичними чинниками — класичної акупунктури і лазеропунктури, подразнення пучком голок, електропунктури і мануальної терапії.

2. **Апаратна фізіотерапія** передбачає електричну стимуляцію, електрофорез, лазеротерапію, мікрохвильову резонансну терапію.

*Електрична стимуляція* сприяє розвитку рухових функцій, поліпшує кровообіг і трофіку паретичних м'язів.

Для електростимуляції використовують різні апарати: «Амгліпульс-ЗТ», «Біотрон», «Біон», «Тонце-1», «СНІМ-1», «2-8», «2-Ю», «Мета», «СНМ2-01».

Завдяки впливу на руховий нерв імпульсним струмом скорочуються м'язи. Тривалість процедури від 1—2 до 10—15 хв, щодня або через день; курс 12—15 процедур.

Стимуляцію здійснюють до появи тетанічних скорочень м'язів. Параметри стимуляції добирають індивідуально. Фізіотерапевтичні процедури призначають після бальнеопроцедур, але перед масажем.

**Електрофорез:**

- лідаза в разі резидуальних перинатальних та цереброспінальних синдромів — 0,1 г лідази в 30 мл буферного розчину; активний електрод розміщують у шийно-грудному відділі, пасивний — у попереково-крижовому; струм  $0,01 \text{ мА/см}^2$  з наростанням до  $0,05\text{—}0,1 \text{ мА/см}^2$  по 10 ХВ, на курс 15 процедур;
- прозерин 0,1 % з плюсового електрода  $0,01\text{—}0,1 \text{ мА/см}^2$  по 10 хв 15 процедур;

- йодид калію 2—3 % з мікусового електрода 0,01—0,1 мА/см<sup>2</sup> по 10 хв 15 процедур.

*Лазеротерапія.* Сучасні підходи до рефлексотерапії за ДЦП цілеспрямовано поєднують в одному сеансі 2 або 3 її варіанти з різними фізичними чинниками. Наприклад, класичну акупунктуру і лазеропунктуру, подразнення пучком голок і мікрохвильову резонансну терапію, електроакупунктуру і мануальну терапію.

Доза лазерного випромінювання за один сеанс не має перевищувати 12 Дж/см<sup>2</sup> на точку акупунктури і 0,5 Дж/см<sup>2</sup> за контактнo-сканувального методу в окремій зоні черепа.

У разі гіпаретичної форми ДЦП дотримуються певних особливостей: на стороні парезу в точках кінцівок діють по 20—30 с на одну точку (1—2 Дж/см<sup>2</sup>), а на здоровій — по 10—20 с (0,5—1 Дж/см<sup>2</sup>). Лазеротерапію проводять також в інших зонах, як і за інших форм ДЦП.

Слід зазначити, що за гіперкінетичної форми ДЦП поряд з тетрапарезом виявляється гіперкінез різного характеру. Тому поряд із зонами, які використовують у разі тетрапарезу, впливають на зони голови (черепа) й аурикулярні точки.

Особливістю лазеротерапії в разі атонічно-астатичної (гіпотонічно-атактичної) форми ДЦП є те, що на корпоральні точки потрібно впливати невеликими дозами лазерного опромінювання — 0,2—1 Дж/см<sup>2</sup>. Важливим у лікуванні хворих цієї форми ДЦП є використання методики подразнення пучком голок у зонах не тільки навколохребтових ліній, а й гіпотонічних м'язів. Ефективною є також електростимуляція, яку проводять через 2—3 год після лазеротерапії.

*Мікрохвильова резонансна терапія.* Для проведення мікрохвильової резонансної терапії (МРТ) використовують апарати «Поріг» і серії «МІТ». Курс лікування 10—12 сеансів по 20—25 хв, 5—6 курсів на рік з перервою від 3 тижнів до 1 міс. Для підтримання досягнутого ефекту після цього показане проведення 2—4 курсів МРТ упродовж наступного року. Сеанс МРТ проводять у лежачому або стоячому положенні дитини.

3. *Грязелікування.* Грязьові аплікації на комірцеву зону сприяють поліпшенню показників церебральної гемодинаміки, як наслідок, поліпшується функціональний стан центральної нервової системи. У дітей із ДЦП знижується м'язовий гіпертонус, поліпшується функція вестибулярного апарату, збільшується м'язова сила, наростає обсяг рухів, завдяки чому поліпшується статокінетична функція, виникають нові рухові стереотипи. Після курсу грязелікування діти опановують нові рухові можливості: починають сидіти, стояти, ходити. Розширення рухових можливостей дитини позитивно впливає на функціональ-

ний стан вищих кіркових функцій: поліпшуються мовлення, стан когнітивної і емоційно-вольової сфери.

При цьому поліпшуються функції серцево-судинної системи, стан імунної системи в окремих категорій хворих на ДЦП, знижується рівень антитіл до мозкової тканини.

З розширенням досвіду грязелікування хворих на дитячий церебральний параліч накопичувалися дані про необхідність індивідуального підходу до призначення процедур залежно від особливостей клінічної картини захворювання. Було встановлено, що у хворих на ДЦП із нейроендокринною патологією і з вегетативними дисфункціями (що становить не менш як 25 % усіх хворих) доцільно використовувати щадні методики грязелікування, з тренувальним ефектом (поступовий перехід від нижчої температури грязьової аплікації до вищої, від більш короткої експозиції до тривалішої в разі «розтягнутого» застосування процедур). Це саме стосується і грязелікування хворих на тяжкі форми ДЦП, детренованих тривалою нерухомістю, з вираженими вторинними дистрофічними змінами з боку серцево-судинної системи.

Описану впродовж останніх десятиліть роль ураження спінальних структур у патогенезі рухових розладів за дитячого церебрального паралічу було покладено в основу розширення площі грязьових аплікацій з накладенням їх не лише на комірцеву зону, а й на спину, з охопленням відповідних сегментів спинного мозку.

У хворих на дитячий церебральний параліч вираженими розладами емоційно-вольової сфери (підвищений рівень тривожності, невмотивовані страхи, несприйняття лікувального процесу), що виникають як реакція на перебування в санаторії, різко ускладнюється перебіг адаптаційного процесу і знижується ефективність грязелікування. Наявність цих розладів потребує проведення «вступних» процедур і деякої відстрочки початку грязьових аплікацій.

Уразі призначення грязелікування дітям раннього (1,5—3 роки) віку, незалежно від форми і тяжкості захворювання, температура грязьової аплікації не має перевищувати 38—39 °С, а експозиція — 12—15 хв.

Процедури грязелікування хворим на дитячий церебральний параліч слід призначати тільки після завершення адаптаційного періоду, який за цього захворювання зазвичай трохи затягується і триває не менш ніж 7—8 днів. За виражених емоційно-вольових розладів (підвищена тривога, невмотивовані страхи) курс грязелікування варто починати із «вступних» процедур у ігровій формі: купання в басейні, гідрокінезотерапія, заняття лікувальною фізкультурою тощо.

Протипоказанням до проведення педоїдотерапії, крім загальних, є судомні стани і епілепсія.

**4. Лікувальна фізкультура.** Її завданням є відновлення рухових розладів, навчання дитини життєво необхідного вміння ходити, стояти, сидіти, користуватися побутовими предметами; сприяння виробленню точності рухів; запобігання розвитку контрактур і поліпшення функції дихання та кровообігу.

Методики залежать від віку, фізичного стану дитини та форми захворювання і локалізації пошкодження.

Заняття, як групові, так і індивідуальні, проводять у вигляді гри в супроводі музики. Використовують гімнастичні палки, «шведські» стінки, лавки, гантелі, еспандери, тренажери та інші пристрої. Дітей навчають утримувати рівновагу, робити швидкі повороти, застосовують методи розслаблення м'язів. Важливо не перевантажувати дітей! Влітку заняття проводять на відкритому спортмайданчику та в басейні.

**5. Допомогологопеда-дефектолога.** Оскільки корекція і виховання звуковимови є процесом тривалим, хворих поділяють на дві основні групи:

1. Діти, які перебувають на обліку у логопеда за місцем проживання і проходять курс лікування. Для таких пацієнтів розробляють схему лікування і фіксації досягнутих результатів та їх подальшого розвитку.

2. Діти, які вперше направлені до логопеда. Їхні батьки часто не усвідомлюють, що дитина має проблеми з мовленням.

Таким дітям встановлюють логопедичний діагноз, розробляють та реалізують первинне логопедичне лікування.

Методики та особливості логопедичного впливу в обох групах залежать від кожного конкретного випадку і описані в спеціальній літературі.

#### **Контрольні запитання і завдання**

1. Дайте визначення такого мовленнєвого порушення як дизартрія.
2. Схарактеризуйте особливості моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами.
3. Які причини виникнення дизартрій?
4. Схарактеризуйте ступені прояву псевдобульбарної дизартрії.
5. Розкрийте особливості прояву стертих форм дизартрії.
6. Розкрийте зміст роботи з обстеження дітей з дизартричними порушеннями.
7. Схарактеризуйте основні напрями і методи логопедичного впливу, спрямованого на корекцію дизартричних порушень.

## РОЗЛІА



## ПОРУШЕННЯ ПИСЕМНОГО МОВЛЕННЯ

### **Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушень писемного мовлення**

Проблема порушень писемного мовлення в учнів є однією з найскладніших та найактуальніших для шкільного навчання. Повноцінне оволодіння писемним мовленням на початковому етапі шкільного навчання є необхідною передумовою для успішного засвоєння шкільної програми, формування особистості дитини та її соціальної адаптації, озброєє новими засобами мовленнєвої комунікації у письмовій формі.

Початок вивчення порушень письма і читання у дітей припадає на другу половину XIX ст. Уведення в країнах Західної Європи державної шкільної освіти дало змогу виявити особливу категорію дітей, які були неспроможні оволодіти грамотою, незважаючи на нормальний розвиток.

У той період переважала думка, що порушення писемного мовлення є частковим проявом розумової відсталості (Ф. Бахман, Г. Вольф, Б. Енглер).

У 1877 р. А. Куссмауль вперше визначив порушення письма і читання як самостійну патологію мовленнєвої діяльності.

У 1896 р. англійський лікар В. Морган описав 14-річного хлопчика з нормальним інтелектуальним розвитком, у якого були великі труднощі у читанні та письмі. В 1897 р. аналогічний випадок описав англійський лікар-окуліст Керр, а в 1905 р. вийшла праця Томаса, яка узагальнила спостереження ста випадків подібних станів.

Праці Д. Гіншельвуда в 1900—1907 рр. підтвердили думку дослідників, що порушення читання та письма не завжди супроводжують розумову відсталість. Він уперше назвав утруднення в опануванні читання та письма термінами «алексія» і «аграфія» незалежно від ступеня прояву їх.

Оже, в другій половині ХІХ ст. у наукових дослідженнях стверджується новий напрям — розгляд патології читання і письма у дітей як ізольованого самостійного порушення, яке трапляється в разі локального мозкового захворювання. Автори, які дотримуватися такої думки, вважали, що в основу патології читання та письма удітей покладено неповноцінність зорового аналізатора, а саме — оптичного сприймання літер, зорової пам'яті та обмеженість поля зорового сприймання, а недорозвинення зорових образів слів та окремих літер розглядали як основний механізм порушень читання і письма. У зв'язку з цим для визначення порушень почати застосовувати поняття «природжена словесна сліпота».

П. Раншбург, проводячи тривалі дослідження дітей з порушенням писемного мовлення, вперше вказав на різні ступені прояву порушень читання і письма, визначивши їх термінами «легастенія» та «графостенія».

Таким чином, проблема дислексій та дисграфій удітей довго існувала як **проблема оптичного або оптико-просторового порушення**. Писемне мовлення розглядали як оптико-моторний пронес.

Поступово розуміння природи процесів читання та письма, механізмів дисграфій і дислексій змінювалося. На основі ретельного вивчення симптоматики письмових порушень неодноразово змінювались їх визначення та термінологія. Було розмежовано терміни «алексія» та «дислексія», «аграфія» та «дисграфія».

Порушення функціонування зорового аналізатора перестали вважати єдиною причиною порушень читання та письма.

Дослідники почали виділяти інші форми дислексій та дисграфій, які характеризуються особливостями локалізації і своєрідністю проявів (Б. Голдштейн, Л. Лібман, К. Монахов, С. Ортон).

Вагомий внесок у вивчення дисграфій зробив відомий невропатолог К. Монахов (1914), який вперше пов'язав дислексію із загальним характером мовленнєвого порушення та афазією. Він виділив такі форми дислексії: оптичну, акустичну, моторну, ідеомоторну.

У 1937 р. С. Ортон, досліджуючи порушення читання, письма та мовлення удітей, описав специфічні помилки читання в разі дислексії у вигляді інверсій, перестановок та дзеркального читання. Він виявив, що основні труднощі удітей з порушенням писемного мовлення полягають у неспроможності скласти з літер слова. С. Ортон відмежував порушення читання та письма удітей під час навчання грамоти від порушень читання та письма внаслідок уражень головного мозку у дорослих. Він зробив висновок, що причинами атексії та аграфії удітей є по-

рушення не тільки моторного, а й сенсорного характеру. Найчастіше дислексії та дисграфії трапляються у дітей з моторними вадами, у ліворуких та тих, у кого пізно здійснюється латералізація, а також у дітей з вадами слуху та зору.

Значний внесок у вивчення механізмів дислексії та дисграфії зробили клініцисти-невропатологи Р. Ткачов і С. Мнухін. Р. Ткачов, спостерігаючи дітей з природженою нездатністю до читання, зазначив, що в основу дислексій покладено порушення пам'яті. Дитина, називаючи правильно літери та склади, неспроможна їх запам'ятати, співвіднести з відповідними звуками та утримати в пам'яті. Таким чином виникає читання за смислового здогадкою, спотворюється звукова модель слова. Причини цих порушень автор вбачає у слабкості асоціативних зв'язків між зоровими образами літер та слуховими образами відповідних звуків за достатньо збереженого інтелекту. Це порушення зумовлене, на думку автора, впливом спадкових чинників.

С. Мнухін у праці «О врожденной алексии и аграфии» вказує на той факт, що вади в процесі читання і письма є досить поширеними і трапляються за різних станів, навіть у нормі на початковому етапі навчання. Порушення читання та письма спостерігаються у дітей як з нормальним інтелектом, так і розумово відсталих. У дорослих ці вади належать до складного симптомокомплексу в разі афатичних та агностичних розладів. Під природженою алексією та аграфією автор розуміє тривалу нездатність опанувати читання і письмо за умов збереження всіх інших психічних функцій, незважаючи на нормальний інтелектуальний розвиток. С. Мнухін досить докладно описав симптоматику цих порушень. Виходячи зі своїх спостережень, він вказує, що порушення читання і письма супроводжуються цілою низкою інших розладів, які виникають на спільній з порушеннями читання та письма психопатологічній основі. Діти, які мають труднощі у писемному мовленні, погано заучують вірші, з помилками відтворюють графічний ритм, їм важко називати дні тижня, місяці року, літери алфавіту за порядком, хоча всі ці елементи знають та відтворюють в хаотичному вигляді. Характерними для них є труднощі виконання кількісного і рядкового звукового та складового аналізу і синтезу слів. Ці порушення свідчать про наявність у них утруднення й уповільнення процесів «рядоутворення та рядопромовляння».

Загальною психопатологічною основою описаних вад, на думку С. Мнухіна, є порушення цілої системи функцій структуроутворення. При цьому найскладнішими проявами цього порушення є розлади читання та письма, а елементарними —



розлади «рядопромозляння». Він вважає, що в разі дисграфії та дислексії спостерігаються спадкова обтяженість різного ступеня вираженості (алкогольна, психопатична, епілептична), а також тяжкі пологи та пологові травми.

Поступово погляд на дисграфію та дислексію у дітей як самотійне ізольоване порушення змінюється. Порушення писемного мовлення педагога-дефектологи, психологи розглядають як наслідок відхилень у формуванні усного мовлення дитини (Ф. Рау, М. Хватцев, Р. Боскіс, Р. Левіната ін.).

М. Хватцев, глибоко вивчаючи питання дисграфії та дислексії, спочатку розглядав їх як наслідок порушень звуковимови у дітей. Випадки, коли дисграфії та дислексії залишалися, незважаючи на те, що вади вимови були виправлені, автор пояснював стійкістю старих зорових стереотипів звука, представленого у вигляді літери.

У своїх останніх працях, присвячених порушенням писемного мовлення, М. Хватцев розкрив значно вищий та диференційований рівень розуміння природи цих порушень. Зокрема, розглянув складну психофізіологічну структуру процесів читання і письма, дав визначення алексії, дислексії, аграфії, дисграфії, розробив класифікацію їх. Так, за порушеними механізмами він виділив фонематичні, оптичні, просторово-апраксічні (словесна сліпота), семантичні, мнестичні та інші форми алексії та дислексії, описав їхню симптоматику та методику подолання. За таким самим принципом М. Хватцев виділив багато форм дисграфії.

Вагомий внесок у вивчення дисграфій та дислексій зробила Р. Левіна. У її ранніх працях недоліки писемного мовлення схарактеризовані як наслідок фонематичного недорозвинення. Пізніше в працях Р. Левіної, Н. Нікашиної, Л. Спіровоїта інших співробітників сектора логопедії Інституту дефектології АПН РРФСР було розроблено новий системний підхід до розуміння дисграфій та дислексій у дітей. Порушення читання і письма розглядаються ними як один із проявів недорозвинення усного мовлення.

У 1950 р. було надруковано працю відомого нейропсихолога О. Лурії «Очерки психофизиологии письма», яка відкрила нове розуміння механізмів дисграфії та дислексії з позиції нейропсихології та нейролінгвістики.

У вивченні механізмів порушень письма в сучасній логопедії спираються на комплексний підхід, який охоплює клінічний, психологічний, психолінгвістичний, психофізіологічний та методичний аспекти.

З позиції **клінічного та клініко-психологічного підходів** дисграфію розглядають не як самотійне порушення, а як один із симп-

томів, які входять до комплексу інших, переважно неврологічного або енцефалопатичного порушення (В. Ковальов, С. Мнухін). Багато авторів вказують на те, що порушення писемного мовлення найчастіше спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), затримки психічного розвитку, олігофренії (А. Руттер, В. Ковальов, С. Мнухін та ін.). Вони є частиною складних мовленнєвих та нервово-психічних порушень.

З позиції **психофізіологічного підходу**, спрямованого на вивчення психофізіологічних механізмів процесу письма та читання, дисграфію розглядають як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, мовнорухового, зорового та рухового аналізаторів, а дислексію — як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, мовнорухового та зорового аналізаторів (С. Ляпідевський, В. Басонова, О. Токарева).

Сучасне розуміння письма як виду мовленнєвої діяльності потребує значно ширшого підходу до вивчення дисграфії, не обмежуючись клінічним та психофізіологічним (аналізаторним) аспектами, які недостатньо враховують складну психологічну структуру писемного мовлення.

**Психолінгвістичний аспект** вивчення цих порушень розглядає механізми дисграфії як розлад операцій породження мовленнєвого висловлювання (О. Леонтєв, О. Лурія).

Найсучаснішими аспектами вивчення дисграфії, які набули поширення завдяки однозначному зв'язку між вадою письма та його корекцією, є **психолого-логопедичний та психолінгвістичний аспекти**.

Психолого-логопедичний та психолінгвістичний аспекти співвідносять дисграфію дітей із несформованістю вищих психічних функцій (мовленнєвих та немовленнєвих), а також тих чи інших операцій письма (Р. Лалаєва, Р. Левіна, І. Садовнікова, Л. Спірова, Є. Соботович, О. Гопіченко, Е. Данілавічюте).

Розуміння дисграфії як мовленнєвого порушення зумовлене не лише тим, що письмо є видом мовленнєвої діяльності і формується на основі розвитку усного мовлення, а й тим, що найчастіше у дітей трапляється дисграфія, пов'язана з недостатністю тих чи інших сторін мовленнєвого розвитку, що, вочевидь, не передбачає вивчення дисграфії без аналізу взаємозв'язку недостатності мовленнєвого розвитку з іншими психічними процесами.

Отже, з погляду психолого-логопедичного та лінгвістичного підходів дисграфію слід розуміти насамперед як специфічне мовленнєве порушення, що потребує спеціальних психолого-педагогічних методів корекції.

**Методичний аспект вивчення дисграфії** полягає у розробленні спеціальних корекційних методик подолання та запобігання вадам читання і письма у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку з різними психофізичними порушеннями.

У сучасній зарубіжній літературі проблема порушень писемного мовлення удітей є досить актуальною. Основою педагогічно орієнтованих досліджень дислексії є **порушення процесу навчання читання і письма**. В 60-х роках вони дістали назву «специфічні порушення навчання» (*specific learning disability — LD*). Порушення називають специфічними у зв'язку з необхідністю підкреслити той факт, що вони не пов'язані з інтелектуальною недостатністю або **грубими** вадами аналізаторів, а мають власний механізм (В. Гаддес, П. Сац, Р. Морріс). Усі визначення LD мають спільні позиції, а саме:

- наявність ознак церебральної дисфункції;
- дисгармонію дозрівання окремих когнітивних функцій;
- стійкі труднощі в опануванні деякими шкільними або соціально значущими навичками (читанням, письмом, математикою, мовленнєвими та мовними навичками тощо);
- наявність дисфункції між потенційними пізнавальними здібностями та реальними шкільними досягненнями (Дж. Лернер).

Отже, нині існують різні погляди на походження дислексії та дисграфії, що свідчить про надзвичайно складну проблему механізмів порушення писемного мовлення.

## 7.2. Поняття про писемне мовлення

Писемне мовлення — це одна із форм мовлення, яка протиставляється усному мовленню. Це вторинна, більш пізня за часом виникнення форма існування мовлення. Якщо усне мовлення виділило людину із тваринного світу, то писемність стала досягненням, яке створене людством. Писемне мовлення формується на основі усного мовлення і є вищим етапом мовленнєвого розвитку. Писемне мовлення — це зорова форма усного мовлення. У писемному мовленні моделюється (позначається певними графічними символами) звукова структура слів усного мовлення, часова послідовність звуків переводиться в послідовність графічних зображень, тобто літер.

Поняття «писемне мовлення» як дві рівноправні складові охоплює читання і письмо.

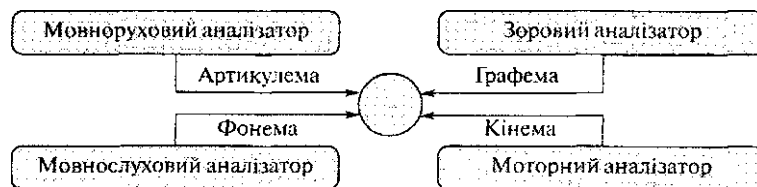
Письмо — це знакова система фіксації мовлення, що дає змогу за допомогою графічних елементів передавати інформацію на відстані і закріплювати її в часі.

І усна, і писемна форми мовлення є видом часових зв'язків другої сигнальної системи, але, на відміну від усного, писемне мовлення вже з самого початку є усвідомленим актом; воно формується в умовах цілеспрямованого навчання, а отже, його механізми формуються в період навчання грамоти й удосконалюються в процесі всього подальшого навчання.

Унаслідок рефлексорного повторення утворюється динамічний стереотип слова в єдності акустичних, оптичних і кінестетичних подразнень (Л. Виготський, Б. Ананьєв).

У процесі писемного мовлення встановлюються нові зв'язки між словом почутим, вимовленим і побаченим. Якщо усне мовлення в основному здійснюється діяльністю мовнорухового та мовнослухового аналізаторів, то писемне, на думку Б. Ананьєва, є не слухомоторним, а зорово-слухомоторним утворенням.

Процес читання забезпечується узгодженою роботою трьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового та зорового, а процес письма узгодженою роботою чотирьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового, зорового і моторного. І. Садовнікова подала взаємодію аналізаторів у вигляді такої схеми:



О. Лурія визначив читання як особливу форму імпресивного мовлення, а письмо — як особливу форму експресивного мовлення.

Таким чином, за своїми психофізіологічними механізмами читання та письмо є значно складнішими процесами, ніж усне мовлення, водночас їх не можна розглядати поза зв'язком, поза єдністю писемного та усного мовлення.

### 7.2.1. Дисграфія

Визначення і термінологія за період вивчення проблеми дисграфії та дислексії змінюватися неодноразово. В сучасній спеціальній літературі для визначення порушень письма використовують в основному терміни: *аграфія* — повна неспроможність оволодіти навичкою письма; *дисграфія* — часткове специфічне порушення процесу письма (Р. Лалаєва). У пси-

хологічній літературі О. Корнєв (1997) запропонував таке визначення дисграфії: *дисграфія* — це *стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою письма за правилами графіки, тобто керуючись фонетичним принципом, незважаючи на достатній рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність грубих порушень слухового та зорового аналізаторів, а також оптимальні умови навчання*.

Дисграфію визначено також як часткове порушення процесу письма, основним симптомом якого є наявність стійких помилок, не пов'язаних ані зі зниженням інтелектуального розвитку, ані з вираженими порушеннями слуху і зору, ані з нерегулярністю шкільного навчання (f. Садовнікова).

На Заході для визначення специфічних порушень письма (*specific spelling disability, disorthografia*) прийнято кількісний критерій: відставання в навичці письма на дві і більше стандартних помилок (або на півтора — два класи) від рівня засвоєння інших предметів за відсутності істотних порушень інтелекту, зору або слуху. Якісній характеристиці помилок не надається значення для віднесення розладу до категорії специфічних.

Серед дітей шкільного віку масової загальноосвітньої школи поширеність порушень письма, заданими різними авторів, становить 6-7 % (О. Корнєв, 1997). від 3 до 15 % (Т. Пічугіна).

Поширеність порушень читання і письма залежить як від статевої належності (у хлопчиків порушення письма і читання спостерігаються у 4,5 рази частіше, ніж у дівчаток (О. Корнєв)), так і від характеру писемності. Найвищий цей показник в англійських країнах (10—15 %) та у Венесуелі (33 %) (Л. Тарнопол, М. Тарнопол). Система українського правопису є значно простішою, ґрунтується переважно на фонетичному принципі. Тому кількість дітей, які мають порушення писемного мовлення, в нашій країні є меншою і прогнозування корекції порушень сприятливішим. Засвідченнями К. Макіти, серед японських дітей лише 0,98 % страждає на дислексію. Дослідником доведено, що у дітей, які оволодівають фонетичним складовим письмом, кількість дисграфій та дислексій значно більша, ніж у дітей, які засвоюють ієрогліфічну писемність. Автор робить висновок, що специфіка мови та писемності є значним чинником поширеності, симптоматики і структури вади в разі дисграфій та дислексій.

### 7.2.2. Психофізіологічні механізми процесу письма

Процес письма на сучасному етапі розвитку лінгвістики не зводиться лише до моторного акту руки. Він є **складною за структурою формою мовленнєвої діяльності**, що відображує розвиток у людини можливостей розрізняти смисловий бік вербальної інформації і позначати її умовними графічними зна-

**ками.** Письмо тісно пов'язане з усним мовленням і здійснюється лише на основі достатньо високого рівня його розвитку. Реалізація цього процесу потребує залучення великої кількості операцій та відбувається завдяки злагодженій роботі чотирьох аналізаторів: **мовнорухового, мовнослухового, зорового та рухового.**

Водночас письмо є **довільним видом навчальної діяльності**, що складається з багатьох умінь та навичок.

Структура процесу письма залежить від етапу оволодіння навичкою, завдання та характеру письма.

**Процес письма дорослої людини є автоматизованим** і відрізняється від характеру письма дитини, яка вчиться писати. У дорослого письмо є цілеспрямованою діяльністю з метою передавання змісту та його фіксації. Процес письма дорослого характеризується цілісністю, зв'язністю, є синтетичним процесом. Графічний образ слова відтворюється не за окремими елементами (літерами), а як єдине ціле. Слово відтворюється єдиним моторним актом. Процес письма здійснюється автоматизовано і відбувається під подвійним контролем: кінестетичним і зоровим, а іноді й слуховим (диктант). Автоматизоване письмо практично включає в себе тільки ініціацію написання, його виконання і **мовнослухову пам'ять**. Цей процес відповідає тому, що в психології називають інтеріоризацією психічної дії, переведенням у внутрішній план. Проте переведення дії у внутрішній план і спрощення її можливі лише за умови повного опрацювання всіх складових компонентів психічної дії на початковому етапі навчання.

У момент формування письмо як специфічна психічна дія є складним багатограним процесом, який охоплює такі компоненти, що становлять **функціональну систему письма** (за О. Лурія):

- процеси опрацювання слухомовленнєвої інформації (звуківий аналіз почутого, слухомовленнєва пам'ять);
- диференціація звуків на основі кінестетичної інформації;
- актуалізація зорових образів літер;
- розміщення елементів у літері, рядка у просторі;
- моторне (кінетичне) програмування графічних рухів;
- планування, реалізація та контроль акту письма;
- підтримання робочого стану, активного тону кори головного мозку.

### 7.2.3. Мозковд організація процесу письма

У засвоєнні зазначених вище компонентів письма бере участь велика кількість мозкових ділянок, кожна з яких робить свій специфічний внесок у цей процес.

**Потилична** ділянка мозку є центральним апаратом зору: тут відбувається сприймання зорових подразнень та їх перероблен-

ня, тобто зоровий аналіз і синтез, створюючи складні оптичні образи. Саме завдяки цій ділянці відбувається **засвоєння зорового образу літери**: аналіз елементів літери, розрізнення друкованих і рукописних літер.

**Скронева** ділянка мозку є центральним апаратом слухових відчуттів і слухового аналізу. Вона забезпечує розрізнення звуків, подібних за звучанням, проте з відмінним чи особливим написанням (*сприймання звуків мовлення*), а також відповідає за утримання в короточасній пам'яті матеріалу, що потребує переведення у писемне мовлення (*мовнослухова пам'ять*).

**Тім'яна** ділянка мозку є кірковим апаратом, який аналізує тактильні і пропріоцептивні відчуття, що дають змогу оцінити положення тіла. Вона забезпечує точність і чіткість рухів, оскільки такі рухи відбуваються під контролем сигналів про положення органів тіла у просторі, що постійно надходять з периферії. Саме ця ділянка забезпечує *оптико-кінестетичну організацію складного руху: співвіднесення звука і літери через промовляння та виконання написання* (схема руху, що відповідає образу літери).

**Ім'яно-скронево-потилична** ділянка сприяє засвоєнню зорово-просторового образу літери: розрізнення літер, подібних за конструкцією, просторовими деталями та розміщенням літери в дзеркальному просторі.

Нарешті, **передні ділянки кори головного мозку** пов'язані з організацією тривання рухів у часі, з відпрацюванням і збереженням рухових навичок і організацією складних цілеспрямованих дій.

**Премоторна ділянка** (*задньо-лобна*) забезпечує тонкі рухи руки, плавність переходу від одного елемента до іншого, від однієї літери до іншої.

**Лобні відділи** відповідають за ініціацію написання, яка включає постановку мети, вибір програми сполучення літер, слів, контроль за написанням із розумінням змісту, **розставлення** розділових знаків.

Спільна робота всіх цих ділянок кори головного мозку потрібна для нормального здійснення кожного складного психологічного процесу, якими є, зокрема, мовлення, читання і письмо. Недорозвинення або ураження тієї чи іншої ділянки мозкової кори, що утворює цю складну систему, спричинює розлад відповідного психофізіологічного процесу.

#### 7.2.4. Операції пронесу письма

На основі результатів нейропсихологічного дослідження вищих психічних функцій людини **О. Лурія** виділив специфічні операції письма. Письмо в будь-якій його формі (диктант, списування, самостійне, творче письмо) розпочинається

з певного мотиву, задуму, збереження якого сприяє **гальмуванню** всіх сторонніх тенденцій (забігання вперед, передчасне написання іншого слова або звука тощо). Людина, яка пише, складає смислову програму; план свого висловлювання, запам'ятовує його. За допомогою внутрішнього мовлення пей задум перетворюється у розгорнуту фразу, яка має бути записаною. Кожне речення, що підлягає запису, має бути поділеним на слова. Безпосередніми *операціями процесу письма є*: аналіз звукового складу слова; переведення фонем у зорову графічну схему, тобто співвіднесення звука з літерою; перетворення оптичних знаків — літер у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки, тобто співвіднесення літери з кінемою. Розглянемо їх докладніше.

**Першою із специфічних операцій процесу письма є аналіз звукового складу слова, яке підлягає написанню.** Ця операція є складною розумовою операцією, що передбачає правильне визначення кількості та послідовності звуків у слові. Виділення послідовності звуків, що утворюють слово, є *першою умовою* для перетворення мовленнєвого потоку в серію членороздільних звуків. *Другою важливою умовою* є уточнення звуків та перетворення почутих звукових варіантів в узагальнені мовленнєві звуки — фонем (фонема — стійкий у мовленні звук, зміна якого змінює значення слова). Окремі особливості звучання індивідуально-конкретного звука аналізуються, відмежовуються від близьких звучань та узагальнюються у формі стійкого звукового образу фонем як смислорозрізнявальної одиниці слова. Неабиякого значення для виконання цієї операції набуває **мовнослухова пам'ять**, яка забезпечує утримання в короткочасній пам'яті **матеріалу**, що потребує переведення у писемне мовлення. У виконанні цих процесів беруть участь мовноруховий (кінестетичний) та мовнослуховий (акустичний) аналізатори. Під час дослідження Л. Назарової, проведеного під керівництвом О. Лурія, було простежено значення чітких кінестезій у письмі на початкових етапах навчання. Нею було встановлено, що підсилення мовленнєвих кінестезій сприяє усвідомленню послідовності звуків у слові, більш точному співвіднесенню звуків з певними літерами, а отже, підвищенню грамотності письма учнів. Навпаки, **виключення їх призводить до різкого збільшення кількості помилок.** На думку Л. Назарової, артикулювання звуків дуже часто є чинником, який заповнює прогалини слухового сприймання. Водночас слід враховувати той факт, що за умов дефектної або шепітної вимови звуків, близьких за акустико-артикуляційними ознаками, промовляння може стати причиною **дисграфічних** помилок. У такому разі воно негативно позначається на грамотності письма.



Психологічна структура звукового **аналізу** та його закономірності розкриті Л. Чистович та її співробітниками. Є. Собо-тович та О. Гопіченко на основі аналізу літературних даних визначили модель здійснення операції звукового аналізу:

- дитина сприймає звуковий склад слова (здійснюється *слуховий аналіз* мовлення);
- почуте слово або звук переводиться в артикуляційне рішення (згідно з моторною теорією сприймання мовлення Л. Чистович). Ця ланка забезпечується *пропріоцептивним (кінестетичним) аналізом*.

Ці дві операції здійснюються завдяки сенсомоторному рівню сприймання мовлення (слуховимовна диференціація фонем, фонематичне сприймання);

- артикуляційні образи зберігаються в пам'яті (Л. Чистович);
- звук ідентифікується з фонемою — фонологічний рівень сприймання мовлення (за О. Винарською) та приймаються внутрішні рішення — операція вибору (за Л. Чистович);
- здійснюється перевірка прийнятих рішень звірянням їх зі слуховим образом і тільки потім приймається остаточне рішення (Л. Чистович). Велике значення у виконанні цієї операції має *слуховий контроль*.

Таким чином, успішне засвоєння учнями звукового аналізу можливе за умов нормального інтелектуального розвитку дитини, збереженого фонематичного сприймання, кінестетичного аналізу, мовнослухової пам'яті та слухового контролю.

**Другою операцією письма є переведення фонем чи їх комплексу в зорову графічну схему — літеру**, яка має бути віддиференційованою від літер, графічно подібних між собою. Вирішальну роль у забезпеченні цієї операції відіграє *зоровий аналізатор*, за допомогою якого відбувається засвоєння зорового та оптико-просторового образу літери. **Зорово-просторові уявлення** забезпечують правильне просторове розміщення елементів у літері, розрізнення літер із подібними просторовими деталями та розміщення літери у рядку, **зоровий аналіз** — розрізнення подібних за накресленням літер, які відрізняються між собою кількістю елементів, що їх утворюють. Завдяки **зоровій пам'яті** дитина здатна запам'ятовувати графічний образ літери. Важливою передумовою засвоєння цієї операції письма є сформованість **зорового контролю**.

**Третя операція письма — перетворення оптичних знаків (літер) у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки** — потребує достатнього рівня сформованості графомоторних навичок (О. Корнев). Написання здійснюється за допомогою рухового (кінестетичного) програмування графічних рухів, забезпечуючи їх плавність під час послідовного запису елементів літери та пере-

ходу від написання однієї літери до іншої. Оптико-кінестетична організація складного руху потребує спільної роботи рухового (кінетичного), просторового та зорового аналізаторів. Під час написання літер та слів кінестетичний контроль підкріплюється зоровим контролем та читанням записаного. Сформованість *дрібної моторики пальців рук, зорово-моторної координації, рухорухового контролю та рухової намітати* є необхідними передумовами засвоєння моторної операції письма.

Якщо на початкових етапах опанування письма кожна окрема його операція є повністю усвідомленою дією, то на подальших етапах вони здійснюватимуться автоматизовано і переходитимуть у навички.

Отже, процес письма є складною свідомою діяльністю, яка включає комплекс таких операцій:

- мотив і внутрішнє програмування писемного висловлювання ;
- конструювання, запам'ятовування і послідовний аналіз і синтез структури фрази, яка підлягає запису;
- фонематичний аналіз та синтез слів;
- співвіднесення фонем з графемами;
- відтворення графем.

Реалізація операцій процесу письма забезпечується низкою психічних функцій різних рівнів — сенсомоторних і вищих психічних, мовленнєвих і немовленнєвих.

#### **7.2.5. Передумови формування навичок письма**

Становлення функції письма відбувається лише за умов цілеспрямованого навчання у період опанування грамоти. Передумови її формування закладаються ще до початку навчання в школі. Труднощі, з якими стикається дитина під час опанування письма, полягають не лише у потребі в усвідомленні його знаково-символічної функції, а й у розрізненні змістового аспекту знака (значення) і його форми, у високому ступені довільності акту письма та наявності у дитини складноорганізованої сенсомоторної бази. Опанування письма стає можливим за умов досягнення нею певного рівня зрілості — стану «шкільної зрілості». Під «шкільною зрілістю» розуміють такий рівень фізичного, психічного, мовленнєвого та інтелектуального розвитку дитини, який дає змогу дійти висновку, що вимоги систематичного навчання, різного роду навантаження, новий режим життя не будуть для неї занадто виснажливими. Досягнення «шкільної зрілості» визначається достатнім рівнем розвитку у дітей *передумов*, що забезпечують успішне опанування навички письма на початковому етапі шкільного навчання.

Серед них: високий рівень розвитку усного мовлення дитини, сформованість функціональної бази (когнітивних, сенсомоторних процесів) та операціональних компонентів.

**Мовленнєва готовність** є одним із важливих аспектів підготовки дітей до школи. Відомо, що відхилення в розвитку усного мовлення дітей негативно позначаються на засвоєнні шкільної програми, формуванні їхньої особистості, затримують процес соціальної адаптації.

Достатній рівень розвитку усного мовлення характеризується сформованістю звукової та лексико-граматичної систем мовлення, що, в свою чергу, є усномовленнєвими передумовами опанування письма (А. Винокур, Е. Данілавічюте, Р. Левіна, Є. Соботович та інші). Сформована звукова система мовлення передбачає відсутність порушень звуковимови, фонематичних функцій (різних рівнів фонематичного сприймання, фонематичних уявлень, а також операцій, що входять до структури дій звукового аналізу слова). Розвиток цих процесів забезпечується складною взаємодією мовнослухового та мовнорухового аналізаторів, що передбачає збереженість і сформованість не тільки слухової диференціації фонем, а й інших слухових функцій — мовнослухової пам'яті, слухової уваги та слухового контролю (О. Гопіченко, Е. Данілавічюте, Є. Соботович).

**Функціональні механізми письма** є надзвичайно складними, оскільки охоплюють велику кількість психічних функцій, когнітивних і сенсомоторних компонентів.

Для переведення фонем у їхні графічні схеми (літери) дитина має засвоїти зоровий образ літери. Опанування їх передбачає достатній рівень сформованості зорових функцій: зорово-просторового сприймання і уявлення, зорового аналізу та синтезу, зорового контролю, зорової пам'яті та зорової уваги.

Одним із важливих показників функціонального розвитку дитини є *рівень зорового сприймання*, що визначає успішність засвоєння базових навичок письма і читання у початковій школі. Завдяки йому відбуваються засвоєння і впізнавання літери, аналіз її елементів, розрізнення друкованих і рукописних літер тощо.

Розвиток зорового сприймання у дитини передбачає відповідні етапи: спочатку розгорнуте «обмацування» предмета рукою й оком і лише потім згорнуті форми сприймання. В разі порушення вміння плавно переводити погляд з одного предмета на інший дитина може сприймати повноцінно лише один об'єкт, що свідчить про звуження зорового сприймання.

В основу формування зорового уявлення літери покладено встановлення різних внутрішньоаналізаторних зв'язків у зоро-

вому аналізаторі, у яких має знайти своє відображення просторове розташування і взаємовідношення графічних елементів літери. Просторова і кількісна близькість багатьох літер ще більше ускладнює внутрішньоаналізаторні зв'язки, потребуючи тонких просторово-кількісних диференціювань, без яких складна аналітико-синтетична робота, потрібна для формування зорових уявлень літер, стає неможливою.

Отже, успішне опанування письма передбачає вміння дитини *вільно орієнтуватися в просторі із володіти основними просторовими поняттями*. Орієнтування в просторі — це комплексний процес, що складається з симультанного зорового сприймання, диференційованих рухів очей, вестибулярного аналізу і синтезу, а також кінестетичних сигналів, що йдуть від ведучої руки, забезпечуючи асиметричність у сприйманні простору (О. Лурія). Зорова орієнтація в просторі є найпізнішою та більш згуртованою формою просторового сприймання.

За свідченнями О. Корнєва, для засвоєння символічного позначення фонем у дітей має бути сформованою також *навичка символізації*. Це відбувається на основі розвитку у дитини здібностей до символізації більш широкого плану: символічної гри, образотворчої діяльності та ін. Першим проявом здібності до символічної діяльності в онтогенезі є поява символічної гри з характерними для неї діями ігрового заміщення предметів і предметного зображення в матюнках. З того моменту, як дитина починає давати назви власним зображенням, можна говорити про початок розвитку графічного символізму. На відміну від письма, це символізм першого порядку: назвами позначають конкретні предмети, а не слова, які самі є також знаками. Пізніше, коли формується здібність до **малювання за задумом**, можна говорити про появу елементарних знакових операцій. Прогрес у деталізації **малюнків** є проявом динаміки засвоєння мови графічних символів. Незрілість цих здібностей у дитини навіть за достатнього розумового розвитку утруднює опанування графем.

**Графомоторні навички** є кінцевою ланкою операцій, що формують письмо: за їх допомогою здійснюється операція перетворення оптичних образів літер у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки. Тим самим вони можуть впливати на процес письма загалом. Наприклад, труднощі у зображенні літер іноді настільки концентрують увагу дитини, що дезорганізують усі попередні операції. Графомоторні навички формуються в онтогенезі одночасно з розвитком образотворчої діяльності. Найважливішою функцією, від якої залежить цей процес, є *зорово-моторна координація*. Упродовж значної частини дошкільного віку регуляція зображувальних рухів здійснюється на основі рухо-

вого **аналізатора**, тобто діти спираються на «пам'ять руки». Зорового контролю за рухами майже немає. Проте поступово відбувається міжсенсорна інтеграція кінестетичних відчуттів під час малювання і зорових образів, які при цьому сприймаються. Свого найбільшого розвитку вона досягає у віці 6—8 років. З цього періоду око бере активну участь у керуванні рухами — зорово-моторна координація починає посідати провідне місце в регуляції графомоторних рухів і розвитку відповідних навичок. На перших етапах розвитку навички письма рух, потрібний для написання кожного елемента літери, а пізніше — для написання кожної літери, є предметом спеціальної усвідомленої дії. В подальшому ці елементи поєднуються, і написання цілих звукових комплексів поступово стає автоматизованою допоміжною операцією. Процес письма набуває складного автоматизованого характеру. Одночасно з рухом руки здійснюється *руховий контроль*. У міру написання літер, слів він підкріплюється *зоровим контролем*, читанням написаного.

Необхідною умовою опанування писемного мовлення та удосконалення графомоторних навичок є достатній розвиток *дрібної моторики рук* (В. Галкіна, В. Дудьєв, М. Кольцова, О. Корнев, І. Садовнікова, Т. Пічугіна). Формування рухових функцій, у тому числі і дрібних рухів рук, відбувається у процесі взаємодії дитини з навколишнім предметним світом. Відомо, що онтогенетичний розвиток руки дитини розпочинається з обмацувальних і хапальних рухів. У подальшому маніпулятивні дії з предметами допомагають дитині набути першого досвіду у пізнанні навколишнього предметного світу, формуючи у неї предметне мислення та сприяючи розвитку тонких рухів кисті і пальців руки, що, в свою чергу, здійснює стимулювальний вплив на мовленнєву функцію дитини, на розвиток у неї сенсорної і моторної сторін мовлення. Заданими О. Корнева, оволодіння довільною регуляцією рухів руки відбувається в період від одного до 4—5 років. Для оволодіння довільними рухами необхідними є збереженість сили і точності рухів, а також нормального забезпечення тону, який є основою для чіткої координації їх.

Особливим чинником, який впливає на становлення динамічної організації різних видів довільних рухів у дітей, є *ліворукість*. У таких дітей спостерігаються неплavnість, уповільненість, дезавтоматизованість власне рухів, а також письма і малювання. Дослідження психофізіологів свідчать про зв'язок між розумовою працездатністю та тонкою руховою координацією пальців руки і кисті у дітей 5—7 років. У дітей з низьким рівнем розумової працездатності зазвичай спостерігаються також низька координація та порушення пропорційності рухів.

Особливо складним у дитини, що починає опановувати навичку письма, є оволодіння рухами кінчиків пальців, які реалізують рухи кінчика пера на поверхні аркуша. Це пояснюється невідповідністю траєкторії кінчика кулькової ручки на письмі та рухів пальців, що спрямовують його. Саме тому дитина на першому етапі навчання пише крупно, бо що крупнішим є письмо, то менша відносна відмінність між рухами кінчика ручки і рухами самої руки. Завдяки розвиненій моториці руки збільшуються можливості формування просторових уявлень, що дає змогу в процесі письма реалізовувати рухи ручки на аркуші вздовж дійсних або уявних ліній, правильно тримати знаряддя письма, а також забезпечується процес написання: виконання схеми рухів, відповідних оптичному образу літери, та плавний послідовний запис елементів літери, літер у словах.

^ \*

Аналіз психологічної структури писемного мовлення дає можливість виділити **основні когнітивні процеси**, що відповідають за опанування процесу письма та є основою його функціональної бази, а саме: *сприймання, уявлення, мислення, пам'ять і увагу* (О. Російська, В. Тарасун).

Молодший школяр під час письма стикається із необхідністю одночасного виконання великої кількості різних дій, що потребує від нього високого рівня розвитку здібності концентрувати, розподіляти і переключати увагу. Відсутність достатньої автоматизації всіх складових процесу письма передбачає певний рівень сформованості уваги. Встановлено, що шестирічні діти можуть продуктивно займатися одним видом діяльності впродовж 10—15 хв. Важливою властивістю уваги є її обсяг, що залежить від кількості об'єктів, які людина може сприйняти одночасно. Вщомо, що шестирічна дитина може одночасно сприйняти три об'єкти з певною повнотою і деталізацією (Я. Коломенський, Є. Панько).

Психологи Н. Бастуй, Ю. Гільбух, В. Горбенко пояснюють незрілість уваги недорозвиненістю емоційно-вольової сфери шестирічної дитини, що впливає на розвиток самоконтролю. Що виразніша емоційно-вольова незрілість, то меншою є у дитини здатність цілеспрямовано керувати своїми діями і відповідно гіршою є якість її письма.

Завдання записати щойно почуті чи побачені слова становить значні труднощі для початківця, особливо якщо вони мають великий обсяг. Необхідність утримувати в пам'яті певну послідовність звуків слова, яке підлягає запису, а також оптичного образу літер свідчить про її важливу роль у забезпеченні процесу письма. Важливими показниками рівня сформованості пам'яті є обсяг, швидкість та стійкість запам'ятовування сдухомовленневого та зорового матеріалу.

З огляду на те, що письмо є складною багатоопераційною діяльністю, яка охоплює низку розумових дій різного рівня, на особливу увагу заслуговують **операціональні компоненти мислення**: *симультанно-сукцесивний аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, класифікація*, складна взаємодія яких у процесі пізнання забезпечує готовність дитини до навчання в школі (Є. Соботович, В. Тарасун, Л. Андрусишин).

Велике значення у формуванні навички письма має операція **контролю** (зорового, слухового і рухового) та самоконтролю власної діяльності. Контроль виявляється у всіх психічних процесах — мисленні, пам'яті та мовленні. Виконання будь-яких завдань без нього неможливе. Саме контроль є найслабкішою ланкою в процесі регуляції діяльності дитини, що виявляється у недоведенні дії до кінцевого результату, переході на другорядні дії та асоціації, у відсутності дії перевірки після виконання завдання. При цьому можуть спостерігатися такі явища, як відволікання учня на зовнішні подразники під час виконання певного завдання.

Операція контролю має складну структурну організацію. Її нормальне виконання можливе лише за умов сформованості еталону контролю (того, з чим порівнюють результат дії), операції порівняння виконаної дії та її результатів із заданим зразком (еталоном), контрольної дії (пошук помилки) та механізмів визначення, виділення і корекції помилки (В. Тищенко). Порушення будь-якої ланки цієї операції може спричинити збій у функціонуванні всієї мовленнєвої системи.

Таким чином, письмо є складною за структурою формою мовленнєвої діяльності, що потребує залучення великої кількості операцій та різних мозкових ділянок, кожна з яких робить свій специфічний внесок. Несформованість будь-якої з розглянутих вище функцій може зумовлювати порушення процесу опанування письма — дисграфію. Опанування процесу письма можливе лише за умови досягнення дитиною високого рівня фізичного, психічного, мовленнєвого та інтелектуального розвитку.

### 7.3. Етіологія порушень писемного мовлення

Причини порушень письма та читання є подібними. Нині немає єдиної думки щодо етіології дисграфії та дислексії. Аналіз літературних джерел дає змогу встановити цілу низку причин, які призводять до порушень писемного мовлення.

Порушення читання і письма можуть бути зумовлені затримкою у формуванні певних функціональних систем, важ-

ливих для засвоєння писемного мовлення, внаслідок шкідливих чинників, які діяли в різні періоди розвитку дитини (О. Лурія, С. Ляпідевський, М. Хватцев). Дехто з дослідників відзначає спадкову схильність до дислексії (Б. Хальгрен, М. Рудінеску та ін.). Так, генетичні дослідження, проведені М. Ламі, К. Лоннай, М. Суле, Б. Хальгреном, дали змогу дійти висновку про спадковий характер деяких чинників (порушення латералізації, затримка мовленнєвого розвитку), які зумовлюють виникнення дислексії та дисграфії. М. Захалкова та співавтори відмічають спадкову обтяженість у 45 % дітей з дислексією. Заданими О. Корнева, серед дітей з дислексією та дисграфією в 60 % випадків спадковість була обтяженою психічними розладами і лише в 25 % — порушеннями безпосередньо писемного мовлення. Рейнольд також вказав на вплив спадкового чинника в етіології дислексій у дітей. На його думку, є особлива, природжена форма дислексій, коли діти успадковують від батьків якісну незрілість головного мозку в його окремих ділянках. Ця незрілість структур мозку виявляється у специфічній затримці розвитку певних функцій.

Під час клінічного дослідження в анамнезі у більшості дітей з дислексією та дисграфією виявляють несприятливий перебіг пренатального, натального і постнатального періодів: патологію вагітності і пологів (токсикоз вагітності, інфекційні захворювання, хвороби матері (нефропатії, діабет, гіпотеріоз тощо), алкоголізм матері, несумісність крові матері та плоду, недоношеність, стрімкі пологи, акушерські ускладнення у вигляді гіпоксії плоду, затяжні пологи, асфіксія); патологічну спадковість (труднощі навчання у батьків, психічні захворювання). Нерідко поряд із зазначеними чинниками виявляють черепно-мозкові травми голови, соматичну ослабленість, вірусні та бактеріальні нейроінфекції та часті інфекційні захворювання в постнатальний період. При цьому найістотнішу негативну роль у виникненні дисграфії та дислексії відіграють патологічні чинники, які діють у більш пізні періоди розвитку плоду та в постнатальний період. Дослідники передбачають, що вони негативно впливають на структури третинних зон головного мозку, які забезпечують символічні функції (усне мовлення, читання і письмо).

Етіологію дислексії та дисграфії пов'язують із впливом як біологічних, так і соціальних чинників. Порушення читання і письма можуть зумовлюватися *причинами органічного та функціонального характеру*. Підчас досліджень, проведених А. Галабурдою, було виявлено анатомічні аномалії мозку двох типів у 5 чоловіків з дислексією. Перші анатомічні відхилення виявлялися у відсутності асиметрії півкуль у ділянках, що забезпечу-



вали оволодіння мовленням, друге — аномаліями в розміщенні клітин головного мозку (порушення розвитку плоду в період з 16 по 24 тиждень вагітності) переважно в лобних та задніх тім'яно-потилицевих зонах лівої півкулі, які беруть участь у процесі мовлення. Спираючись на дослідження А. Галабурди, Н. Геншвінд розробив гіпотезу, згідно з якою відсутність або зменшення асиметрії правої та лівої півкуль у дислексиків переважно зумовлене порушеннями імунної функції організму. Надмірний вплив чоловічого статевого гормону — тестостерону" призводить до відсутності або зменшення асиметрії головного мозку, внаслідок чого порушується розвиток мовленнєвих ділянок мозку. Це підтверджує той факт, що дислексія та дисграфія частіше трапляються у хлопчиків, ніж у дівчаток (відповідно 4 : 1 і 10 : 1).

Крім того, дисграфія та дислексія виникають за органічних мовленнєвих порушень. Органічні ураження ділянок головного мозку, які беруть участь у процесі читання і письма, спостерігають у дизартриків, афазиків та алаліків (О. Лурія, С. Ляпішевський, М. Хватцев).

Багато дослідників акцентують увагу на функціональних порушеннях діяльності ділянок мозку, які забезпечують оволодіння мовленням. Функціональні причини можуть бути пов'язані з впливом як внутрішніх (хронічні соматичні захворювання), так і зовнішніх (неправильне мовлення оточення, двомовність, недостатня увага до розвитку мовлення дитини з боку дорослих, дефіцит мовленнєвих контактів) чинників, які затримують формування психічних функцій, що беруть участь у процесі читання і письма.

Таким чином, в етіології дисграфії та дислексії виявляють як генетичні, так і екзогенні чинники.

Дослідження останніх десятиліть доводять, що нерідко однією з причин порушень читання і письма є труднощі становлення прунесу латералізації (функціональної асиметрії в діяльності парних сенсомоторних органів). У таких дітей остаточно не встановилася домінуюча роль однієї з великих півкуль головного мозку, що, в свою чергу, може призвести до порушень мовленнєвого розвитку.

Причини та прояви дисграфії з позиції клініко-педагогічного підходу пов'язують передусім з явищами недорозвинення та ураження ЦНС, наприклад, такими як нейродинамічні порушення вищих психічних функцій, з функціональною недостатністю їх вищих форм регуляції. У зв'язку з цим порушення читання і письма найчастіше спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), затримки психічного розвитку, олігофренії, дитячого церебрального паралічу, порушень слуху (В. Ковальов, В. Ковшиков, С. Мнухін, О. Корнєв).

Згідно з концепцією Р. Левіної, порушення читання і письма є проявом системного порушення мовлення, відображенням недорозвинення усного мовлення у всіх його ланках. Отже, дисграфію та дислексію здебільшого виявляють у структурі складних мовленнєвих та нервово-психічних порушень.

Сучасне розуміння порушень письма і читання під кутом зору психолінгвістичного та психолого-педагогічного аспектів доводить, що різні порушення читання і письма зумовлені не стільки порушенням у дитини усного мовлення, скільки недостатністю низки психічних функцій: пам'яті, уваги, зорово-просторового гнозису, сукцесивних та симультанних процесів, а також операціональних компонентів письма та читання (О. Гопіченко, Е. Данілавичюте, Р. Лалаєва, О. Російська, І. Садовнікова, Є. Соботович, В. Тарасун, Н. Чередніченко та ін.). Труднощі в оволодінні писемним мовленням виникають як наслідок поєднання трьох груп явищ: біологічної недостатності певних мозкових систем, функціональної недостатності, що розвивається на цій основі, а також соціальних умов.

### 7.3.1. Симптоматика дисграфії

Основними симптомами дисграфії є стійкі специфічні помилки (не пов'язані із застосуванням орфографічних правил), виникнення яких не зумовлено порушеннями інтелектуального або сенсорного розвитку чи нерегулярністю шкільного навчання. Такі патологічні помилки слід відрізняти від помилок, яких припускають діти під час вивчення нової теми. Основними *критеріями відмежування* патологічних помилок від непатологічних: *стійкість, здатність закріплюватись та збільшуватись*, якщо не проводити спеціальну корекційну роботу.

Український, як і російський правопис, ґрунтується на деяких основних принципах, серед яких провідними і найбільш загальноприйнятими вважають: фонетичний (фонематичний), морфологічний та традиційний (історичний).

*Фонетичний принцип* письма є основою українського правопису. Суть його полягає в тому, що буквене позначення повністю відповідає тим фонемам, які чують у слові (слова записують так, як чують і вимовляють). Для засвоєння фонетичного принципу письма дитина має оволодіти основними операціями письма: звуковим аналізом; співвіднесенням звука з літерою та співвіднесенням літери з кінемою. Якщо вона в процесі засвоєння цих операцій допускає помилки в словах, які записують за фонетичним принципом, їх вважають тимчасовими, пов'язаними з певними етапами засвоєння цих операцій. У цей період допускається, що дитина може пропускати, переставляти та

додавати зайві літери в слова. Однак з оволодінням операціями письма ці помилки мають зникнути. Якщо дитина стабільно пропускати голосні та приголосні звуки під час їх збігу, замінювати літери, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки, або замінювати букви, подібні за написанням, це свідчить про те, що у неї є труднощі у засвоєнні основних операцій письма. Такі помилки слід вважати патологічними, що потребують спеціальної логопедичної корекції.

*Морфологічний принцип* письма полягає в тому, що під час написання зберігається **сталість буквеного** позначення морфем (префіксів, суфіксів, закінчень), незважаючи на те, що в різних фонетичних умовах їх вимовляють і чувають по-різному. Саме на цьому принципі ґрунтується більшість правил орфографії. Коли виникає **невідповідність між вимовою і** написанням, вибір літери визначається певним орфографічним правилом.

*Традиційний принцип* письма зберігає історично старе написання слів, яке неадекватне сучасній вимові; та морфологічному принципу. Тому його ще називають історичним (Л. В. Щерба, 1983). У шкільній програмі це так звані словникові слова.

Помилки, допущені в орфограмах, які ще не вивчали, не вважають патологічними. Якщо учень, знаючи правило, не може його застосувати, стабільно допускає однотипні орфографічні помилки, то в цих випадках помилки вважають патологічними, або дизорфографічними.

### 7.3.2. Типи патологічних помилок та їх механізми

Автори застосовують різні принципи аналізу специфічних помилок. Так, І. Садовнікова виділяє три групи помилок: помилки на рівні літери та сктаду; помилки на рівні слова; помилки на рівні речення.

**Перша група** найчисленніша та різноманітна за типами помилок. Сюди належать помилки: звукового аналізу; фонематичного сприймання; змішування букв за кінетичною схожістю; персеверації та антиципації.

**Друга група** помилок — це окреме написання частин слова; написання разом службових частин мови з наступним або попереднім словом; зміщення меж слів (написання разом двох слів та розрив одного із них; контамінації; морфемні аграматизми тощо).

**Третя група** помилок охоплює аграматизми, тобто порушення зв'язку між словами у реченні; відсутність або неправильне позначення меж речення; пропуски, перестановки слів у реченні.

Р. Лалаєва пропонує об'єднати помилки таким чином: спотворення та заміни букв; спотворення звукосктадової структу-

ри слова; порушення злитості написання окремих слів у реченні; аграматизми на письмі.

Слід зазначити, що ці класифікації помилок є симптоматичними та не враховують механізмів, що призводять до виникнення тієї чи іншої помилки. Найобгрунтованішою є класифікація помилок, розроблена Є. Соботович, О. Гопіченко. Вона ґрунтується на визначенні принципу письма і враховує причини та механізми допущених помилок. Автори виділяють; фонетичні; графічні та оптико-просторові; морфологічні (лексико-граматичні) помилки.

**I. Фонетичні помилки** виникають під час написання слів, які записують за фонетичним принципом. За своєю природою вони неоднорідні. До фонетичних належать три групи помилок.

*Перша група помилок* — заміни або змішування на письмі літер, що позначають звуки, близькі за акустико-артикуляційними ознаками (м'яких — твердими, дзвінких — глухими, свистячих — шиплячими та навпаки). Помилки такого характеру є дуже стійкими і важко піддаються корекції.

Дослідження, проведені Є. Соботович, О. Гопіченко, Е. Данілавічюте, дали змогу з'ясувати, що причини таких помилок неоднорідні. В їх основу можуть бути покладені порушення:

1) фонематичного сприймання (слухової диференціації фонем);

2) вимови звуків, що призводить до нечіткості фонематичних уявлень про звуковий склад слова. В цих випадках фонематичні уявлення дорівнюють власній неправильній вимові;

3) слухового контролю. Під час фонемного розпізнавання діти спираються на артикуляційні ознаки звуків (промовляння), не враховуючи їхніх акустичних ознак, що свідчить про недостатнє використання слухового контролю власного мовлення.

Цей тип помилок часто трапляється в письмових роботах дітей з фонетично чистим мовленням.

*Друга група помилок* — пропуски літер, перестановки, додавання в слова зайвих літер, спотворення звукового складу слова. Найчастіше діти пропускають голосні звуки у відкритому складі, у слабкій, ненаголошеній позиції (шапка — «шапк», хата — «хат» — голосний звук сприймається ними як елемент приголосного); приголосні перед ненаголошеними голосними (сонце — «соне»); приголосні після наголошених голосних (пейзаж — «пейза»); приголосні під час їх збігу (скло — «сло», міст — «міт»). Ці звуки в названих фонетичних позиціях є менш виразними, кінестетично менш чіткими.

Причинами такого типу помилок можуть бути:

1) несформованість або порушення звукового аналізу як процесу розумової дії, що виявляється в неспроможності виділяти

частину з іїлого (звук зі слова), визначати послідовність та кількість звуків у слові;

2) недостатня стійкість, **автоматизованість операції звуково-го** аналізу, його уразливість у разі ускладнення умов виконання завдання (ускладнення звукоскладової структури слова, пришвидшення темпу виконання завдання). Дослідження, проведені Л. Спіровою, Е. Данілавічюте, Н. Чередніченко, довели, що учні, успішно виконуючи прості види фонематичного аналізу, допускають багато помилок під час виконання завдань на звуковий аналіз **складних** за будовою слів (Батьківщина — «Батьк-ченина», парашутист — «парутнст»).

Однією з причин зазначених помилок є *порушення мовнослухової пам'яті*, що не дає змоги утримувати послідовність звуків у слові і призводить до пропусків літер, складів, а в деяких випадках — до спрощення та спотворення звукоскладової будови слова (ілюстрація — «ілюція»).

Експериментальні дослідження, проведені О. Гопіченко, Є. Соботович, довели, що вирішальний вплив на якість виконання завдань на звуковий аналіз слова має *спосіб аналізу* (на основі слухового сприймання, власного промовляння, за **уявленням**). У нормі найправильніша дія аналізу виявляється в розумовому плані (з опорою на фонематичні уявлення). За умов не**сформованих** фонематичних **уявлень діти виконують звуковий** аналіз з опорою на слухове сприймання або власне промовляння, яке не завжди буває правильним, що, в свою чергу, призводить до помилок на письмі у вигляді пропусків, заміни та змішувань **фонемографем**. Отже, дія звукового аналізу у цих дітей недостатньо сформована на рівні внутрішнього плану і є кращою з опорою на зовнішні засоби — промовляння та слухове сприймання звукового складу слова. В процесі письма в умовах класу (письмо під диктовку, творчі письмові роботи) опора на зовнішні допоміжні засоби згортається, внаслідок чого спостерігається велика кількість помилок. Такі випадки свідчать про те, що удітей страждають *слуховий контроль* за власним мовленням та *самоконтроль*, процесі перевірки виконання завдання.

**Третя група помилок** — це заміни, додавання та пропуски літер, зумовлені позицією звуків у слові та впливом звуків один на одного. Ці помилки **називають позиційними** (помилки на *уподібнення*). Вони нестабільні, виникають удітей ослаблених (астенічних), які не можуть рівномірно розподілити увагу на різних операціях, а також своєчасно переключати її з однієї операції на іншу. Звук, який має сильну позицію в слові, є виразнішим за акустико-артикуляційними ознаками (звук «я» в слові **лопата**), ніж звук-замінник (звук «от»), він концентрує на себе увагу учня, послаблюючи при цьому інші ланки процесу письма (зо-

ровий тарукоуховий контроль), внаслідок чого виникає позиційна помилка на заміну, пропуск або додавання літер (лопата — «лотата». ворона — «ворна», Оксана — «Окосана»). Спотворення фонетичного наповнення слів може виникати в усному та писемному мовленні за типом явищ прогресивної та регресивної асиміляції та має відповідні назви: антиципації (застрівання) та персеверації (випередження). Антиципації та персеверації можуть спостерігатися в межах слова, словосполучення та речення. Приклади персеверації: «магазин», «Окосана»; «у діда Модоза»; «Дівчинка кормила півника та курм». Приклади антиципацій: «на девевах» «лотата»; «Жалібко занявкало кошень».

**II. Графічними та оптико-просторовими помилками** в літературі називають різні неточності у накресленні літер. Виявляються вони в замінах на письмі літер, подібних за своїми оптико-просторовими або кінетичними ознаками. Виділяють такі типи *графічних помилок*:

1) заміни графічно подібних букв, що складаються з однакових елементів, які по-різному розташовані у просторі (*в — д, т — ш, и — н*):

2) неправильне просторове розташування елементів літери (*х — «сс», т — «ни»*);

3) заміни букв, які мають однакові елементи, але відрізняються між собою кількістю елементів або додатковим елементом (*п — т, ж — к, ш — и, ц — ш, ц — и, х — ж, н — ю, л — м, л — я*);

4) пропуски елементів, особливо в разі поєднання літер, що включають однаковий елемент (*ау — «о»*),

5) дописування зайвого елемента літери (*ш — «ни», т — «ял»*),

6) змішування або заміни літер за кінетичною подібністю (*о — а, б — <, и — j', У — Ч, Г — Р, н — ю, и — ш, л — я, Н — К, а — д*).

7) дзеркальне написання літер (*з-, с-*).

Причини та механізми цих помилок полягають у порушенні або недостатній сформованості тих психічних функцій та розумових операцій, які забезпечують засвоєння другої та третьої операцій письма, а саме: зорово-просторового сприймання, просторових уявлень, зорового аналізу та синтезу, зорової та рухової пам'яті, тонких диференційованих рухів руки, зорово-моторної координації, зорового та рукоухового контролю. Графічні та оптико-просторові помилки не завжди стабільні. На думку Є. Соботович, механізм таких помилок може бути подібним до механізму позиційних помилок.

**III. Лексико-граматичні помилки** пов'язані з незасвоєнням морфологічного принципу письма або із загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ). Вони охоплюють велику та різноманітну групу морфологічних, орфографічних, синтаксичних.

пунктуаційних та семантичних помилок. Виникають під час написання слів, що записують за морфологічним принципом, або під час написання речень. До таких помилок належать:

1) порушення у словосполученні або реченні узгодження та керування, що виявляється у *помилковому написанні закінчень слів* (аграматизми на письмі). («Скрізь лежать глибокий сніг»; «Сніг усім захищає від морозу й вітру»; «А великі старий пень став житло для комах»);

2) помилки, які виникають під час *написання префіксів та прийменників*. Учні часто відривають префікси від слова, а прийменники пишуть разом зі словом або зовсім пропускають їх («Утісі сховалися маленькі звірята»; «**На** стала зима»; «Сніг усім захищає морозі і вітру»);

3) *заміни префіксів та суфіксів* (морфемний аграматизм) (підійшов — «прийшов», ведмежий хвіст — «ведмедів хвіст»);

4) *роздільне написання частин слова* («і дуть», «по чалася»);

5) *зміщення меж слів* («Там вони **спатимутидо** весни»; «**Лежить-гли бокій** сніг»).

Такі помилки називають *морфологічними*. В їх основу покладено порушення граматичної будови мови (словозміни та словотворення), відсутність чіткого морфологічного аналізу слів, несформованість морфологічних узагальнень та обмеженість мовленнєвого досвіду учнів, що перешкоджає виділенню та засвоєнню узагальнених значень флексій, характерних для певної відмінкової форми, а також усвідомлення прийменника як самостійного слова;

6) *орфографічні помилки* пов'язані з порушенням системи словозміни та словотворення, недостатнім засвоєнням правил правопису та невмінням їх застосовувати. В логопедичній літературі їх називають **дизорфографічними**. До таких помилок належать: помилки на правопис ненаголошених голосних у корені слова: («висна», «земовий»), дзвінких та глухих приголосних усередині слова («ніхті», «лехкий»), неправильне вживання «ь» для пом'якшення приголосного в кінці та середині слів («маленкі», «скрізі» — скрізь, «спити» — спить) та у **сполученні** «ьо» (багатьох — «багатох»), вживання апострофа, написання префіксів та ін. Кількість таких помилок з роками не зменшується, а збільшується;

7) *синтаксичні помилки*, до яких належать:

а) відсутність позначень меж речення — великої літери на початку речення та крапки в кінці («скрізь лежить глибокий сніг\_\_», «Скрізь лежить глибокий сніг\_\_»);

б) неправильне визначення меж речення («у степу під м'якою зимовою ковдрою спить озимина у лісі й на луках під снігом. Сховатися різні маленькі звірята»);

в) пропуски слів та частин речень (« усіх захищає від морозу і вітру» — Снігусіх захищає від морозу і вітру. «У лісі й на житлом для багатьох комах» — У лісі й на дуках сховалися різні маленькі звірята. А великий старий пень став житлом для багатьох комах) та порушення послідовності слів у реченні.

Однією з причин синтаксичних помилок є *порушення синтаксичних узагальнень*, що призводить до несформованості структури речення. Таким учням важко виділити речення як окрему синтаксичну одиницю, правильно визначити його межі. Наступна причина — порушення *синтаксичного аналізу*, що виявляється в неправильному визначенні кількості та послідовності слів у реченні. *Звуження обсягу оперативної пам'яті* призводить до помилок узгодження та керування в операції складання висловлювання із окремих слів, а також до пропусків слів, частини речення і навіть до повного спотворення змісту фрази, яка підлягає запису. Неможливість продуктивно *розподілити увагу* між багатьма завданнями письма: технічними, логічними, орфографічними — також негативно впливає на правильність написання речення і стає причиною синтаксичних та пунктуаційних помилок, а порушення контролю та самоконтролю під час письма не дає можливості виправити ці помилки.

Недостатня автоматизація правил написання речень також може стати причиною синтаксичних помилок;

8) *пунктуаційні помилки* — це пропуски розділових знаків, неправильне вживання їх для необхідного інтонаційного оформлення речення. Основною причиною таких помилок є несформованість умінь сприймати інтонаційне оформлення фраз, співвідносити його з основними правилами пунктуації;

9) *семантичні помилки* виявляються зазвичай у замінах слів. Причому учні можуть замінювати незнайоме слово словом, близьким за звучанням, наприклад, замість «багатьох комах» написати «багатих комах», або будь-яким знайомим словом, яке зовсім не підходить до змісту речення. Причини подібних помилок полягають у системному порушенні мовлення, зокрема у несформованості лексичної семантики на рівні усного мовлення. Однією з причин семантичних помилок може бути порушення у дітей самоконтролю на письмі.

Дисграфія може супроводжуватися і *немовленневою симптоматикою* (неврологічними і психічними порушеннями, порушеннями пізнавальної діяльності, сприймання, пам'яті, уваги). Немовленнєві симптоми визначаються в цих випадках не формою дисграфії, у зв'язку з чим їх не включають до її симптоматики, а разом із порушенням письма входять до структури нервово-психічних та мовленнєвих порушень (у разі алалії, дизартрії, розумової відсталості, затримки психічного розвитку тощо).



Поряд із цим клініко-психологічне вивчення дітей з дислексією та дисграфією довело, що у них трапляються порушення низки психічних функцій: сукцесивних та симультанних процесів, зорово-просторового гнозису та праксису, зорової пам'яті, уваги, мовленнєвих функцій (О. Корнев, О. Мاستюкова, І. Прищепова, Т. Пічугіна, В. Тарасун, Н. Чередніченко та ін.). За результатами експериментальних даних Л. Волкової, О. Мاستюкової, Л. Шипіциної, у цих дітей було виявлено знижений обсяг запам'ятовування зорової, слухової і тактильної інформації. Особливо помітними були порушення короткочасної мовно-слухової пам'яті. У дітей цієї категорії за відносно збереженої логічної та смислової пам'яті, порівняно з дітьми без патології мовлення, значно знижені можливості та продуктивність запам'ятовування вербального матеріалу.

Для дітей-дисграфіків характерним є низький рівень розвитку довільної уваги — одного з основних компонентів шкільної зрілості. У них спостерігається недостатня її стійкість та слабка концентрація, що знаходить своє відображення у більш вираженому порушенні фонематичного сприймання. Ю. Гаркуша, О. Усанова зазначають про несформованість усіх видів контролю. О. Гопіченко, Є. Собонович, Е. Данілавічюте пов'язують численні помилки в письмових роботах учнів з недостатнім розвитком слухового контролю мовлення під час фонемного розпізнавання звукового складу слова, з неповноцінністю зорового та кінестетичного контролю в процесі записування слів та речень. Ці порушення основних операцій письма у дітей пов'язані з особливостями організації психічної діяльності під час письма, зокрема з труднощами в координації усіх операцій письма і виконання завдань, які стоять перед тим, хто пише, розподілі уваги між ними; неможливістю їх синхронного виконання та переключення з однієї операції на іншу.

Як свідчать результати, найбільше страждає запобіжний та поточний контроль. Ю. Максименко, Н. Чередніченко зазначають, що учні з дисграфією здебільшого майже не утримують у пам'яті до кінця уроку простих інструкцій, діють без орієнтирів та інструкцій. Якість роботи їх теж не турбує, а на заключному етапі спостерігається несформованість дії зіставлення. Порушення довільної уваги призводить до розладу всієї структури їхньої діяльності.

У багатьох дітей з дисграфією та дислексією спостерігається порушення розумових операцій, пов'язаних з мовленням (фонемного та морфемного аналізу, виконання дій за аналогією або перенесення їх на мовний матеріал, міркування).

Р. Лаласва, С. Яковлев, О. Корнев та багато інших дослідників наголошують на своєрідності особистості, більш або менш ви-

раженій дисгармонії емоційно-вольової сфери, слабкості вольових процесів, зниженні працездатності, підвищеній втомлюваності, труднощах у поведінці дітей з порушеннями читання та письма. Структура порушень пізнавальної діяльності при цьому характеризується нерівномірністю, мозаїчністю. Значне місце в ній належить органічним розладам уваги, пам'яті, темпу, спрямованості та переключенню психічних процесів і тих форм мислення, які тісно пов'язані з мовленням, особливо внутрішнім.

За умов цілеспрямованого корекційно-логопедичного впливу симптоматика дисграфії поступово стає менш вираженою.

#### 7.4. Класифікація дисграфій

Класифікація дисграфії здійснюється на основі різних критеріїв: з урахуванням порушених аналізаторів, психічних функцій, несформованості операцій письма.

М. Хватцев (1959) виділив такі види дисграфії: дисграфія на основі акустичної агнозії та вад фонематичного слуху; внаслідок порушень усного мовлення («графічна недорікуватість»); на основі порушень вимовного ритму; оптична; в разі моторної та сенсорної афазії.

О. Токарева (1969), розглядаючи дисграфію з позицій психофізіологічного підходу як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, зорового та рухового аналізаторів, виділяє три види дисграфії: акустичну, оптичну, моторну.

Основним симптомом **акустичної дисграфії** є помилки на змішування та заміни літер, які позначають звуки, близькі за своїми акустико-артикуляційними ознаками, а також пропуски літер. Причини цих помилок автор вбачає у недиференційованому слуховому сприйманні та порушеній звуковимові, що позначається на письмі.

**Оптична дисграфія** зумовлена нестійкістю зорових образів літер. Окремі літери діти не впізнають, не співвідносять з певними звуками, внаслідок чого виникають помилки на заміни, змішування літер, які близькі між собою за графічними та оптико-просторовими ознаками. У низці випадків, особливо у ліворуких дітей, спостерігаються дзеркальне письмо, елементи написання літер справа наліво.

У тяжких випадках оптичної дисграфії написання слів неможливе, дитина пише лише літери.

**Моторна дисграфія.** Характерними для неї є труднощі рухів руки під час писання, порушення зв'язків моторних образів слів з їх звуковими та зоровими образами.

Сучасне вивчення письма з позицій психолінгвістичного та психолого-педагогічного аспектів свідчить про те, що воно як вид мовленнєвої діяльності має складну психологічну структуру, охоплює комплекс операцій різного рівня: сенсомоторних, мовних та семантичних. У зв'язку з цим виділення видів дисграфії на основі порушень аналізаторного рівня на сьогодні є недостатньо обґрунтованим.

Найбільш обґрунтованою є класифікація дисграфій, в основу якої покладено несформованість певних операцій процесу письма, розроблена співробітниками кафедри логопедії ЛДГП імені О.І.Герцена під керівництвом Р. Лалаєвої (1989).

Виділяють такі види дисграфій: артикуляторно-акустичну, на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем), внаслідок порушень мовного аналізу та синтезу, аграматичну та оптичну.

1. В основу **артикуляторно-акустичної дисграфії** покладено відображення неправильної вимови на письмі, опора учнів на неправильне промовляння. Виявляється вона в замінах, пропусках літер, які відповідають замінам та пропускам звуків в усному мовленні. Така форма дисграфії спостерігається частіше у дітей з поліморфною дислалією, ринолалією та дизартрією. Причому заміни літер на письмі іноді залишаються навіть тоді, коли вимова звуків виправлена, що пов'язано з недостатньою сформованістю удітей чітких кінестетичних образів літер. Слід зазначити, що заміни і пропуски звуків в усному мовленні діти не завжди переносять на письмо. Це зумовлено компенсаторними можливостями, а саме заміною неправильних кінестетичних образів звуків їх чіткими слуховими диференціюваннями завдяки сформованим фонематичним функціям.

2. **Дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем)**, або за традиційною термінологією — **акустична дисграфія**. Виявляється в замінах літер, які позначають фонетично близькі звуки (свистячі — шиплячі, дзвінки — глухі, африкати і компоненти, що входять до складу їх (*ч-т', ч-ш, ш-щ, ц-т, ц-с*), м'які — тверді). При цьому в усному мовленні звуки вимовляють правильно.

Найчіткіше дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання спостерігається за сенсорної алалії та афазії. В тяжких випадках діти змішують літери, що позначають артикуляторно і акустично далекі звуки (*л-к, б-е, п-н*), які вони правильно вимовляють.

Механізми цього виду дисграфії, на думку авторів, різні, що пояснюється складністю процесу фонемного розпізнавання. Багаторівневу структуру процесу фонемного розпізнавання розглянуто в розділі «Операції процесу письма».

Так, Р. Левіна, Л. Спірова пов'язують заміни літер на письмі з фонематичним недорозвиненням, несформованістю уявлень про фонему, порушенням операції вибору фонему. Є. Собонович, О. Гопіченко, Е. Данілавичюте основні причини цих помилок вбачають у порушенні фонематичних уявлень про акустично близькі звуки, а також у недостатньому використанні слухового контролю під час розпізнавання їх. Своїми дослідженнями вони довели, що у дітей з цим видом дисграфії кінестетичний аналіз (промовляння під час письма) не зменшує кількості помилок на змішування літер, а, навпаки, призводить до збільшення їх.

Отже, для правильного письма потрібний достатній рівень функціонування всіх операцій процесу розрізнення і вибору фонем. Уразі порушення будь-якої ланки (слухового, кінестетичного аналізу, операції вибору фонему, слухового та кінестетичного контролю) утруднюється весь процес фонемного розпізнавання, що виявляється в замінах літер на письмі.

**3. Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу** виявляється на письмі у спотворенні звукобуквеної або морфологічної структури слова та структури речення. В її основу покладено порушення різних форм мовного аналізу та синтезу: синтаксичного, морфологічного та фонематичного, а також морфологічних та синтаксичних узагальнень. Найхарактернішими помилками є:

1) пропуски, перестановки та додавання до слів зайвих літер, що пов'язано з несформованістю фонематичного аналізу та синтезу. Механізми цього типу помилок розкрито в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» (фонетичні помилки);

2) написання разом слів, особливо прийменників, з іншими словами, написання разом частин двох слів, роздільне написання частин слова, відривання префікса від кореня та ін. Такі помилки виникають внаслідок порушення удітей морфологічних узагальнень, морфологічного аналізу та синтезу. Приклади цього типу помилок наведено в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» (морфологічні помилки);

3) помилки, які виявляються у відсутності позначень меж речення — великих літер та крапок, неправильному визначенні меж речення, пропусках слів та частин речень та порушенні послідовності слів у реченні. Приклади цих помилок, їх причини та механізми наведено в підрозділі «Синтаксичні помилки».

Порушення письма внаслідок несформованості фонематичного аналізу та синтезу широко висвітлені в працях Р. Левіної, Л. Спірової, І. Садовнікової, Г. Чиркіної, Е. Данілавичюте.

**4. Аграматична дисграфія** пов'язана з недорозвиненням граматичної будови мовлення: морфологічних та синтаксичних

узагальнень, часто **спостерігається** у дітей із загальним недорозвиненням мовлення. Може виявлятися **на** рівні слова, словосполучення, речення, тексту і є складовою частиною більш широкого **симптомокомплексу** — лексико-граматичного недорозвинення, яке спостерігається у дітей з дизартрією, **алалією**, розумово відсталих та дітей з порушенням слуху.

На рівні зв'язного писемного висловлювання виявляють значні труднощі у встановленні логічних та мовних зв'язків між реченнями. Діти неправильно передають послідовність подій, пропускаючи та переставляючи фрагменти тексту, що порушує смислові та граматичні зв'язки між окремими реченнями.

На рівні речення аграматизми виявляються у спотворенні морфологічної структури слова, заміні префіксів, суфіксів (морфемний аграматизм), у неправильному вживанні відмінкових закінчень під час узгодження слів у словосполученні та реченні. В учнів з пією формою дисграфії спостерігається порушення синтаксичного оформлення мовлення, що виявляється у труднощах конструювання складних за будовою речень, пропусках членів речення, порушенні послідовності сліву реченні. Приклади помилок за цієї форми дисграфії наведено в розділі «Типи та механізми патологічних помилок» (лексико-граматичні помилки).

**5. Оптична дисграфія** пов'язана з недорозвиненням зорового гнозису аналізу та синтезу, просторових уявлень і зорової пам'яті та виявляється в замінах та спотвореннях літер на письмі, близьких між собою за оптико-просторовими ознаками. Класифікацію та приклади помилок цього типу наведено в розділі «Типи та механізми патологічних помилок» (графічні та оптико-просторові помилки).

До оптичної дисграфії відносять і дзеркальне письмо, яке іноді виявляється у ліворуких дітей, а також у разі органічних уражень головного мозку.

0. Корнев, проаналізувавши існуючі класифікації та враховуючи сучасний рівень уявлень про порушення письма, запропонував таку систематику специфічних порушень письма:

**А, Специфічні порушення письма:**

*1. Дисграфії (аграфії):*

1. Дисфонологічні:

- а) паралалічні («недорікуватість у письмі»);
- б) фонематичні.

2. Метамовні:

- а) дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу;
- б) диспраксічні (моторні).

*і I. Ді/зорфографія:*

- 1) морфологічна;
- 2) синтаксична.

**Б. Неспецифічні порушення письма внаслідок затримки психічного розвитку, розумової відсталості, педагогічної занедбаності «несправжня дисграфія»** (за І. Садовніковою).

Розглянемо цю класифікацію докладніше.

#### **1. Дисграфії**

1. *Дисфонологічні.* Одним із провідних механізмів цієї форми виступають фонологічні порушення, які є наслідком аномального розвитку усного мовлення (неправильної вимови) та виявляються у несформованості фонематичних уявлень, порушеннях фонематичного сприймання, що, в свою чергу, утруднює оволодіння фонематичним аналізом. Для цієї форми дисграфії характерні помилки на заміни, змішування літер, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки. Причому ці звуки діти ізольовано вимовляють правильно, а в потоці мовлення змішують. Причину цих помилок О. Корнєв вбачає у слабкості слухового контролю, який гальмує усунення вад вимови, що спотворює фонематичні уявлення та призводить до нечіткості фонематичного сприймання. Внаслідок цього дитина пише слова так, як їх вимовляє. Цей варіант дисфонологічної дисграфії називають *паралалічним* і спостерігають у дітей з поліморфними порушеннями звуковимови.

Поряд із замінами та змішуваннями трапляються спотворення та спрощення звуків. Важкі за вимовою звуки діти заміняють простішими (бочка — «богька», булка — «буйка, булька»), що відображає незрілість артикуляційного апарату і зазвичай супроводжується артикуляційною диспраксією. У складних випадках труднощі вимови призводять до порушень складової будови слів у вигляді пропусків та перестановок складів.

*Фонематична дисграфія* спостерігається у дітей з нормальним мовленнєвим розвитком і виявляється у вигляді помилок на змішування опозиційних приголосних (твердих — м'яких, дзвінких — глухих, свистячих — шиплячих та ін.) та пропусках літер. Їх основними причинами є недосконалість фонематичних уявлень за нормального фонематичного сприймання, труднощі в концентрації та розподілі уваги під час письма, що призводить до недорозвинення навичок фонематичного аналізу.

2. *Метамовні* зумовлені порушенням метамовних процесів: операцій, пов'язаних з усвідомленням основних лінгвістичних одиниць членування мовлення (речення, слово, склад, звук) та аналізом усних висловлювань за цими умовними одиницями.

*Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу.* Причини та механізми цього виду дисграфії розкрито в класифікації Р. Лалаєвої та в підрозділі «Помилки на пропуски та перестановки букв».

*Диспраксихні дисграфії* виявляються у неспроможності оволодіти графічним образом літер, що призводить до помилок у вигляді заміни букв, подібних за кінетичними ознаками. У дітей з цією формою дисграфії повільно виробляються рухові образи літер (кінеми) внаслідок інертності рухового стереотипу, порушень пальцевого праксису. Почерк у цих учнів нерозбірливий, спостерігаються уповільнений темп письма та труднощі в автоматизації графомоторних навичок.

Слід зазначити, що розглянуті види дисграфій у чистому вигляді трапляються рідко. Саме тому доцільніше визначати не форму дисграфії, а типи патологічних помилок, що дасть змогу правильно спланувати зміст психолого-педагогічного та логопедичного обстеження та визначити напрями корекційної роботи.

11. Дизорфографія — це специфічне стійке порушення письма, що виявляється у неспроможності засвоїти орфографічні навички, незважаючи на знання відповідних правил. Основним симптомом дизорфографії є особлива категорія стійких специфічних (орфографічних, синтаксичних) помилок (їх приклади наведено в розділі «Типи та механізми патологічних помилок»). Кількість орфографічних помилок залежить від складності морфологічної будови слова, кількості орфограм в одному слові, ступеня самостійності письма, тобто від того, наскільки комплексним є акт письма. Основними труднощами у дітей з цим порушенням є знаходження у словах орфограм та вирішення орфографічного завдання. Останнє потребує оволодіння морфологічним аналізом слів, достатнього лексичного запасу, здатності добирати потрібні перевіряльні слова за формально граматичними ознаками.

Вирішення орфографічного завдання здійснюється у такій послідовності: знаходження орфограми — пригадування правила — морфологічний аналіз слова — добір лексичного або морфологічного матеріалу, необхідного за умовами правила, — запис.

Зіставляючи дизорфографії з дисграфіями, можна передбачити, що в обох випадках основою труднощів є несформованість метамовних навичок (операцій, пов'язаних з усвідомленням основних лінгвістичних одиниць членування мовлення — речення, слово, склад, звук). При цьому неповноцінність фонематичного аналізу призводить до дисграфії, а несформованість морфологічного аналізу — до дизорфографії. Тому це порушення можна назвати *морфологічною дизорфографією*. Успішність опанування орфографії передбачає сформованість вимовних навичок, достатнього рівня розвитку фонематичних, морфологічних, синтаксичних узагальнень, певний обсяг знань з фонетики, фонології, морфології, лексики, синтаксису.

Істотне значення у виникненні дизорфографії має дефіцит довільної концентрації, переключення та розподіл уваги, порушення суцесивної мовнослухової пам'яті.

Особливий вид дизорфографії, який виявляється у стійкій нездатності опанувати синтаксичні правила на письмі, тобто пунктуацію, називають **синтаксичною дизорфографією**.

Питанням вивчення симптоматики, механізмів, напрямів корекційної логопедичної роботи з метою подолання дизорфографіїта передумов формування орфографічних умінь та навичок присвячені праці І. Пришепової, Л. Бартеневоїта іншихдослідників. Майже не вивченою залишається синтаксична дизорфографія.

### 7.5. Дислексія

У сучасній літературі для визначення порушень читання використовують терміни: «алексія» — повна відсутність читання; «дислексія», «дислексія розвитку», «еволюційна дислексія» — часткове порушення процесу опанування читання, на відміну від тих випадків, коли акт читання порушується внаслідок уражень кори головного мозку, тобто в разі афазій. Формулювання діагнозу зазвичай залежить від професійної належності фахівця: той самий стан педагог визначає як «специфічне порушення читання» (*specific reading disability*), а лікар — «дислексія розвитку» (*developmental dyslexia*). Західні дослідники включають в коло дислексій і порушення письма, термінологічно не виділяючи останні.

У Міжнародній класифікації хвороб (ICD—10) дислексію визначено як «специфічне порушення читання».

У логопедичній літературі наведено таке визначення дислексії: *дислексія — часткове порушення процесу оволодіння читанням, яке зумовлене несформованістю (порушенням) вищих психічних функцій та виявляється в численних помилках, що стійко повторюються під час читання* (Р. Лалаєва, 1989).

У психології під дислексією розуміють *стани, основним проявом яких є стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою читання, незважаючи на достатній для цього рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність порушень слухового і зорового аналізаторів та оптимальні умови навчання*. Основним порушенням при цьому є стійка нездатність оволодівати злиттям звуків у склади і автоматизованим читанням цілими словами, що часто супроводжується недостатнім розумінням прочитаного. В основу розладу покладено порушення специфічних церебральних процесів, що загалом формують основний функціональний базис навички читання (О. Корнєв. 1997).



Синдром дислексії крім зазначеного основного симптому включає явища емоційно-вольової незрілості, симптомокомплекс сукиєсивної недостатності, церебрастенічні порушення, специфічні порушення психічних процесів.

У західній педагогічній літературі до вибіркового, специфічних порушень читання відносять випадки, коли «вік читання» (*reading age*) відстає від «розумового віку» (*mental age*) на 20 % і більше або на 2 і більше класи (*Н. Myklebust*, 1973). Важливою діагностичною ознакою дислексії є наявність дисоціацій між загальним рівнем розумового розвитку та відповідним йому очікуваним рівнем техніки читання, з одного боку, та реальною сформованістю цієї навички, з іншого. Цю ознаку включено майже до всіх існуючих визначень дислексії, оскільки вона, напевно, є найбільш надійним діагностичним критерієм.

Дислексія, як і дисграфія, є досить поширеною вадою. У європейських країнах, за даними різних авторів, до 10 % дітей за «с~лексіями мають нормальний інтелект: за даними-3. Матейчека --2—4%, заданими Б. Хальгрена — до 10%. Заданими Р. Беккер, порушення читання трапляються у 3 % дітей початкових класів масової школи, в школах для дітей із тяжкими вадами мовлення (ТВМ) кількість дітей з дислексією досягає 22 %. За даними О. Корнева (1997), дислексія спостерігається у 4,8 % учк'з 7—8-річного віку. В школах для дітей із ТВМ та із за тримкою психічного розвитку дислексію виявлено у 20—50 % випадків. За даними Р. Лалаєвої (1989), у перших класах допоміжної школи порушення читання спостерігаються у 62 % учні в. У хлопчиків дислексія трапляється в 4,5 раза частіше, ніж у дівчаток.

### 7.5.1. Психофізіологічні механізми процесу читання

Читання, як і письмо, є складним психофізіологічним процесом, в акті якого беруть участь зоровий, мовноруховий та мовнослуховий аналізатори. В основу цього процесу, на думку Б. Ананьєва, покладено «складні механізми взаємодії аналізаторів та тимчасових зв'язків двох сигнальних систем». За своїми психофізіологічними механізмами читання є значно складнішим процесом, ніж усне мовлення, проте водночас його не можна розглядати поза зв'язком писемного та усного мовлення.

Читання як вид мовленнєвої діяльності визначають як процес декодування графічної (буквеної) моделі слова в усно-мовленнєву форму (технічна сторона читання), а також як процес розуміння письмових висловлювань (сміслової сторона читання). Саме сміслова сторона читання є основною метою процесу читання. Між сміськовою і технічною сторонами читання існує

тісний зв'язок. Розуміння прочитаного визначається характером сприймання. Крім того, зорове сприймання залежить від розуміння змісту прочитаного.

У процесі читання доросла людина усвідомлює лише завдання, зміст прочитаного, а ті психофізіологічні операції, які передують цьому, здійснюються неусвідомлено, автоматично. Однак ці автоматизовані в процесі навчання грамоти операції є складними та багатосторонніми.

Ч  
\*

### 7.5.2. Операції процесу читання

Процес читання починається із зорового сприймання літер, їх розрізнення та впізнавання за оптико-просторовими ознаками. В подальшому відбувається співвіднесення літер з відповідними звуками та відтворення звуковимовного образу слова, його прочитування. І нарешті, внаслідок співвіднесення звукової форми слова з його значенням здійснюється розуміння прочитаного. Розглянемо докладніше механізми кожної з операцій читання.

**Першою операцією читання є впізнавання, розрізнення літер та їх співвіднесення з відповідними звуками.** Оволодіння звукобуквеними позначеннями відбувається впродовж добукварного та букварного періодів навчання грамоти. Однак, на думку Д. Ельконіна, «сприймання та розрізнення літер є лише зовнішньою стороною процесу читання, за якою криються найістотніші та основні дії зі звуками мовлення». Не звук є позначенням літери, а, навпаки, літера — це знак, символ, позначення мовленевого звука. Тому складний процес засвоєння звукобуквених позначень починається з пізнання звукової сторони мовлення, з розрізнення та виділення звуків з мовлення. І лише потім дітей ознайомлюють з літерами, які є зоровими зображеннями літер. Саме тому літера буде правильно та успішно засвоєною за таких умов:

1) коли дитина **правильно вимовляє та диференціює звуки**, тобто має чіткі фонематичні уявлення про акустичні та артикуляційні властивості певного звука, не змішуючи його ні за слухом, ні за вимовою;

2) коли у дитини сформувались **уявлення про фонему** як узагальнений образ звука, завдяки чому у процесі навчання читання формується уявлення про графему про відповідність літери з фонемою. Якщо процес оволодіння літерою розпочинається зі сприйняття її зорового образу, засвоєння та співвіднесення її зі звуком має механічний характер;

3) розрізнення літер між собою за оптико-просторовими та кінетичними ознаками потребує здійснення *оптичного аналізу*

кожної літери на елементи, що їх формують. Засвоєння оптичного образу літери можливе лише за умов достатнього розвитку у дитини просторових уявлень, а також здатності запам'ятовувати та відтворювати в пам'яті зорові образи. Безпосередньо процес впізнавання літери забезпечується достатнім рівнем розвитку зорового гнозису.

Таким чином, успішне та швидке засвоєння літер можливе лише за умови достатньої сформованості таких функцій:

а) фонематичного сприймання (диференціації, розрізнення фонем);

б) кінестетичного аналізу (правильної вимови звуків);

в) фонематичного аналізу (можливості виділяти звуки з мовлення);

г) зорового аналізу та синтезу (здатності визначати подібність та відмінність літер);

д) зорово-просторового гнозису та просторових уявлень (здатності розрізняти літери);

е) зорової пам'яті (можливості запам'ятовувати зоровий образ літери).

**Друга операція читання — злиття звуків у склади та слова, тобто звуковий синтез**, завдяки якому відбувається прочитування слова. Засвоєння цієї операції читання відбувається завдяки тим самим психічним функціям та операціям, що й засвоєння звукового аналізу.

На початкових етапах навчання читання його одиницею виступає літера, тобто зорове сприймання є побуквеним. Цей етап називають «поскладовим» читанням (А. Трошин). Сучасна методика навчання читання передбачає з самого початку поскладове читання, орієнтацію на склад як одиницю читання. З метою подолання труднощів злиття звуків у склади потрібно сформувати у дітей не тільки вміння розрізняти та виділяти звук, а й чіткі уявлення про звукову будову складу, слова, що передбачає високий рівень фонематичного розвитку дитини.

**Третя операція читання — співвіднесення звукового образу слова з його лексичним значенням, тобто розуміння прочитаного.** Усвідомлення значення слова на початкових етапах опанування читання відбувається часто лише після того, як прочитане слово промовлено **вголос** та прочитано кілька разів. Саме тому *чіткість звукового образу слова* матиме велике значення для розуміння його семантики. *Достатній розвиток словникового запасу та сформованість граматичної будови мовлення* — необхідні умови усвідомлення прочитаного. Нерозуміння значень окремих слів та граматичних категорій може призвести до порушення розуміння речення та зв'язного висловлювання. Важливою умовою засвоєння третьої операції читання є *сформованість узагаль-*

новального значення слова, що, вочевидь, потребує певного рівня інтелектуального розвитку дитини. Порушення інтелекту негативно позначається на засвоєнні кожної операції читання.

Особливі труднощі у розумінні прочитаного виникають під час читання речень. Привертання уваги дитини до технічної сторони читання послаблює їхню увагу до розуміння причинно-наслідкових зв'язків між словами в реченні та між реченнями у тексті. Причому на початковому етапі оволодіння навичкою читання смислова здогадка майже не використовується або використовується неправильно, що також призводить до труднощів у розумінні прочитаного.

Читання дорослої людини — це сформована дія, навичка. Як будь-яка навичка, читання у процесі формування передбачає кілька етапів. Кожен із цих етапів тісно пов'язаний з попереднім та наступним і поступово переходить із однієї якості в іншу. Навичка читання формується у процесі тривалого та цілеспрямованого навчання.

Виділяють такі етапи формування навички читання: 1) оволодіння звукобуквеними позначеннями; 2) поскладове читання; 3) становлення синтетичних прийомів читання; 4) синтетичне читання. Кожен із етапів характеризується своєрідністю, якісними особливостями, певною психологічною структурою, своїми труднощами та завданнями, а також прийомами оволодіння (Т. Єгоров). На перших двох етапах основна увага дитини спрямовується на технічну сторону читання, тобто на процес прочитування слів, речень, тексту. Процес розуміння тексту ще значно відстає у часі від процесу зорового сприймання матеріалу, йде за ним. Основні труднощі полягають у синтезі складів у слова, особливо під час читання складних за будовою слів, а також у встановленні граматичних зв'язків між словами у реченні. На третьому та четвертому етапах на перший план виступає розуміння прочитаного. Основними є способи читання цілими словами та словосполученнями. Технічна сторона читання вже не утруднює читача. Однак, незважаючи на це, існують певні труднощі, пов'язані з використанням під час читання смислової здогадки. Діти замінюють слова, закінчення у словах, що призводить до частих регресій, повернення до раніше прочитаного з метою виправлення помилок, уточнення змісту прочитаного або контролю. Темп читання на цих етапах зростає. На останніх етапах формування навички читання ще є труднощі синтезу слів у речення, а речень — у текст. Зміст тексту стає зрозумілим лише тоді, коли діти розуміють семантику кожного слова в реченні, причинно-наслідкові зв'язки між словами у реченні та ті, що існують між реченнями в тексті. Отже, розуміння прочитаного залежить від рівня розвитку лексико-

граматичної сторони мовлення та рівня інтелектуального розвитку дитини.

Основними умовами оволодіння навичкою читання є сформованість усіх сторін усного мовлення дитини (фонетико-фонематичної, лексико-граматичної та синтаксичної), достатній розвиток немовленнєвих психічних функцій (зорово-просторових уявлень, зорової пам'яті), розумових операцій зорового аналізу та синтезу, зорового та слухового контролю, а також високий рівень інтелектуального розвитку.

## 7.6. Механізми дислексії

Питання про механізми виникнення дислексій, як і дисграфій, є складним. З позицій психологічного аспекту, дислексія виникає внаслідок несформованості мовленнєвих та немовленнєвих психічних функцій, які забезпечують процес опанування читання в нормі. Психолінгвістичний аспект вивчення порушень читання розглядає дислексію як порушення різних операцій процесу читання (зорового сприймання та розрізнення букв, вибору фонем, злиття звуків у склади, синтезу слів у речення, співвіднесення їх зі значенням) внаслідок несформованості сенсомоторних, мовних та семантичних операцій.

### 7.6.1. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій

За багатьма дослідженнями, у дітей з дислексією зорово-просторове сприймання істотно не страждає. Однак спостерігаються труднощі просторової орієнтації у всіх просторових напрямках, змішування понять «вправо — вліво», «верх — низ», «попереду — позаду», «над — під», утруднення у виконанні просторово організованих рухів. Зниження рівня мовленнєвого розвитку та здатності виділяти й усвідомлювати просторові ознаки предметного світу призводить до істотного відставання в оволодінні просторовими вербально-понятійними позначеннями. Особливо чітко це виявляється в експресивному мовленні. Діти з дислексією майже не використовують прийменники «над», «між», прикметники «широкий», «вузький», «товстий», «тонкий», прислівники «попереду», «позаду». Часто замінюють їх або застосовують неадекватно. На думку багатьох авторів, порушення вербалізації просторових уявлень відіграють важливу роль у механізмах порушення читання. Причому рівень мовленнєвого розвитку не є визначальним чинником в опануванні поняттями «вправо» — «вліво».

У дітей з дислексією спостерігаються затримка в диференціації правої та лівої частин тіла, пізня **латералізація** або її порушення (ліворукість або змішана домінанта). Співвідношення між ліворукістю та дислексією не прямі, а опосередковані. В багатьох випадках, особливо під час переучування ліворукості або у дітей зі змішаною домінантою, спостерігаються специфічні труднощі у формуванні просторових уявлень, змішуванні правої та лівої сторін. У нормі розрізнення поняття «вправо» та «вліво» формується до 6 років. Достатня **сформованість просторових уявлень є необхідною передумовою розрізнення та засвоєння літер** дитиною. У ліворуких дітей без порушень читання в процесі еволюції створюються механізми, які компенсують латеральну дискоординацію, у ліворуких дітей дислексією ці системи компенсації формуються повільніше та пізніше. Отже, не сам факт ліворукості, а несформованість просторових уявлень, що спостерігається в разі переучування ліворуких дітей та за змішаної домінанти, спричинює порушення читання.

У дітей із порушеннями читання виявляють неточність у визначенні форми та розміру. **Несформованість оптико-просторових уявлень** виявляється в малюванні, під час **складання** цілого із частин. Так, під час конструювання геометричних фігур за зразком спостерігається спотворення кутових співвідношень між елементами ламаної лінії або неправильне розташування фігур. При цьому помітні спотворення форми фігур майже відсутні. Виконання цих завдань за пам'яттю часто видається непосильним. Аналіз малюнків дітей свідчить, що їм притаманні схематизм, мізерність композиції, розташування предметів і фігур в один рядок, статичність та недостатність **реалізму** (С. Ігнат'єв, Н. Сакуліна та ін.). Однією з найвиразніших патологічних ознак у дітей-дислексиків є порушення пропорцій як між частинами одного зображення, так і між окремими зображеннями. Часто малюнки непропорційно малі порівняно з форматом аркуша паперу. Основною причиною низького рівня зображувальної діяльності у дітей з дислексією, за результатами досліджень, проведених О. Корневим, є **незрілість складних, довільних форм зорово-моторної координації**. Більшість дітей, які не засвоїли літери, мають найнижчий рівень розвитку зображувальних навичок. Дефіцит зображувально-графічних здібностей безпосередньо впливає на патогенез дислексії, особливо на етапі засвоєння звукобуквенної символіки.

### 7.6.2. Дислексія та порушення когнітивних функцій

Дослідження, проведені багатьма **вченими-клініцистами**, психологами, підтвердили, що у дітей з дислексією характерною є нерівномірність розумового розвитку. Найбільше

страждають такі передумови інтелекту: пам'ять, увага, зорово-просторова орієнтація, симультанно-сукцесивні функції та мовленнєві навички. За даними О. Корнева, дефіцит сукцесивних функцій трапляється у 88 % дітей з дислексією. Найчастіше у них виявляють слабкість автоматизації мовленнєвих рядів (64 %), менше порушується відтворення звукових ритмів (46 %) та серії рухів (33 %). Дослідження довели наявність зв'язків між неповноцінністю часових операцій (запам'ятовування та відтворення часової послідовності подій, дій, слів) та дислексією. Короткочасна мовнослухова пам'ять на сукцесивно організований матеріал страждає значно більше, ніж інші психічні функції. Дітям важко запам'ятовувати комплекси з 5 геометричних фігур різної форми («симультанні комплекси») або рядів фігур чи малюнків, розташованих у різній послідовності («сукцесивні комплекси»).

Як показали клінічні та нейрофізіологічні дослідження, сукцесивні процеси тісно пов'язані зі здатністю до довільної вибіркової концентрації уваги (С. Мнухін, Н. Суворов, О. Таїров) і за умов її порушення істотно змінюються.

### 7.6.3. Дислексія та порушення усного мовлення

У дітей з дислексією часто спостерігаються порушення усного мовлення. Вони мають різний характер: порушення звуковимови та фонематичного розвитку, обмеженість словникового запасу та неточність вживання слів, порушення граматичного оформлення усного висловлювання, недорозвинення зв'язного мовлення, порушення темпу та ритму мовлення (заїкання, пришвидшений темп мовлення). У багатьох дітей спостерігаються затримка появи мовлення та уповільнений темп його розвитку. В повсякденному житті діти використовують прості фрази, уникають складних синтаксичних конструкцій. За даними О. Корнева, у 22 % дітей цієї клінічної групи характерними є ознаки нерізко вираженого загального недорозвинення мовлення (НЗНМ). У 44 % випадків виявляють порушення звуковимови, у 22 % – аграматизми у вигляді неправильно узгодження слів у реченні та спотворенні відмінкових закінчень. Обмеженість словникового запасу особливо яскраво виявляється в разі потреби визначити просторові, часові та інші абстрактні співвідношення. У багатьох дітей виявляють труднощі у використанні граматичних конструкцій, які позначають просторові співвідношення.

Численні дослідження свідчать про нечіткість та дифузність фонематичного сприймання та слуховимовної диференціації в разі дислексії (О. Корнев, Л. Спірова, *Z. Matejcek*, // *L. Levinson*),

що, в свою чергу, значно ускладнює фонематичний аналіз (92 % дітей, заданими О. Корнева). Причому найбільші труднощі зумовлюють завдання на фонематичні уявлення (добір малюнків на заданий звук) й визначення кількості та послідовності звуків у слові. Учні під час виконання аналізу пропускають звуки, особливо голосні, замість звуків виділяють склади. Недостатній рівень розвитку фонематичних процесів спричинює незасвоєння літер. Діти легко співвідносять з літерами звуки, які точно сприймають та правильно вимовляють. Якщо дитина погано розрізняє звуки на слух, спотворено вимовляє або замінює їх у вимові, то узагальнене уявлення про цей звук має нечіткий характер, а сприймання літер утруднюється.

Важким для дітей з дислексією є процес звукового синтезу. Поєднати звуки в склади — це насамперед вимовити їх так, як вони звучать в усному мовленні. Якщо у дитини відсутні чіткі уявлення про звукобуквений склад слова, формування узагальнених звукоскладових образів відбувається з великими труднощами.

Порушення звуковимови, фонематичного сприймання та фонематичних уявлень створюють перешкоди! переважно на початковому етапі опанування читання в букварний період. Недостатнє усвідомлення звукової сторони слова перешкоджає повноцінному засвоєнню звукобуквеної символіки. Якщо до цього приєднуються недостатність аналізаторної інтеграції, неповноцінність довільних форм зорово-моторної координації в зображувальній діяльності, то букварний період розтягується у дитини на роки.

Порушення читання можуть бути пов'язані з недостатнім розвитком лексико-граматичної сторони мовлення. Так, заміна слів під час читання може бути зумовленою не лише їх фонетичною подібністю, неправильною вимовою, порушенням диференціації фонем, а й труднощами у встановленні синтаксичних зв'язків у реченні. В цих випадках відсутня спрямованість на морфологічний аналіз слів, діти зосереджують увагу або на злиття літер у слово, або на його семантику. Так, під час читання фрази «*Дівчинка готує вечерю*» дитина з нормальним мовленнєвим розвитком може здогадатися, яке закінчення буде у слові *вечеря*. В процесі читання вона починає здогадуватися про зміст та граматичну форму наступних слів уже під час сприймання попереднього слова. Сміслова здогадка в цьому разі спирається на існуючі в учня уявлення про закономірності мови, на «чуття мови».

Якщо у дитини порушена лексико-граматична сторона мовлення, то наведене вище речення вона може прочитати так:



«Дівчинка готує вечеря», оскільки не спирається на точні мовні узагальнення про закономірності зміни слів та їх узгодження в реченні та недостатньо усвідомлює морфологічну структуру слова. Смыслова здогадка в таких випадках або відсутня, або відіграє негативну роль, тому що призводить до значної кількості специфічних помилок (аграматизмів).

Обмежений словниковий запас та недостатньо розвинені граматичні узагальнення спричиняють труднощі в розумінні прочитаного.

Фахівці по-різному оцінюють значення порушень усного мовлення у виникненні дислексій. Так, на думку багатьох авторів (Б. Хальгрєн, С. Борель-Мезоні, Р. Левіна), порушення усного мовлення та читання є результатом впливу єдиного етіопатогенетичного чинника, який є причиною цих порушень та формує його патологічний механізм. Л. Спірова, А. Ястребова, Р. Левіна, Р. Лалаєва вважають вади усного мовлення і, зокрема, «фонематичне (фонологічне) недорозвинення» провідною причиною дислексії. Вочевидь, тяжке недорозвинення усного мовлення утруднює засвоєння читання. Однак, як засвідчили дослідження, лише у 50—60 % таких дітей спостерігаються стійкі труднощі в опануванні читання, які перевищують складність усно-мовленнєвих порушень та зберігаються після компенсації останніх. Якщо труднощі в опануванні читання пропорційні тяжкості недорозвинення усного мовлення та зникають в міру його компенсації, їх правомірно вважати неспецифічними.

Результати, отримані О. Корнєвим у процесі спеціального дослідження, довели, що порушення основних мовних засобів (звуковимови, фонематичного сприймання, лексики, граматичної будови мови) відіграють важливу, проте другорядну роль у виникненні порушень читання. Несформованість навичок фонематичного аналізу входить до складу синдрому дислексії, зумовлена тими самими механізмами, що й порушення читання, і не може розглядатися як його причина. Фонематичний аналіз порушений у дітей значно частіше, ніж читання. Однак далеко не завжди при цьому діти відстають у читанні. *І тільки комплекс порушень — дефіцит короткочасної мовнослухової пам'яті та уваги, слабкість вербсалізації зорово-просторових уявлень, порушення суцільних функцій, низькі зображувально-графічні здібності, слабкість вербально-логічного мислення поряд із недорозвиненням мовних узагальнень (фонематичних, лексичних, граматичних) призводять до дислексії.*

### 7.7. Симптоматика дислексії

Симптоматику дислексії визначають по-різному залежно від розуміння механізмів цього порушення. Немовленнєві порушення (зорово-просторових уявлень, сукцесивних функцій та ін.), які майже завжди супроводжують дислексію. — це не симптоми дислексії, а її патогенетичні механізми.

Дислексія виявляється в уповільненні процесу опанування читання, а також темпу, швидкості читання внаслідок великої кількості регресій, підвищеної тривалості фіксацій. Найтипівішим проявом дислексії є стійкі та специфічні помилки читання. В разі дислексії спостерігаються такі типи помилок:

1. Заміни та змішування звуків під час читання, частіше фонетично близьких звуків, а також заміни подібних за накресленням літер (механізми цих помилок розглянуто в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» — фонетичні помилки на заміни літер, графічні та оптико-просторові помилки на заміни літер).

2. Побуквене читання — порушення злиття звуків у склади та слова. В разі побуквеного читання літери називають по черзі, «бухштабують» (*p, a, m, a*).

3. Спотворення звукоскладової структури слова, яке виявляється в різних помилках: пропусках приголосних під час їх збігу, пропусках приголосних та голосних за відсутності збігу, в разі додавання звуків, пропусків та перестановок складів (механізми цих помилок розглянуто в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» — фонетичні помилки на пропуски та перестановки літер).

4. Порушення розуміння прочитаного, що виявляються на рівні слова, речення, тексту, коли в процесі читання не спостерігається порушення її технічної сторони.

5. Аграматизми під час читання. Ця група помилок виявляється на аналітико-синтетичному та синтетичному етапах опанування навички читання. Відмічають порушення відмінкових закінчень під час узгодження слів у реченні (види цих помилок розглянуто в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» — *л е к с и к о - г р а м а т и ч н і п о м и л к и*),

Симптоматика та перебіг дислексії залежать від її виду, ступеня вираженості, а також від етапу опанування читання.

На аналітичному етапі (засвоєння звукобуквених позначень та поскладове читання) найчастіше виявляють порушення у замінах звуків, злитті звуків у склади (побуквеному читанні), спотворенні звукоскладової структури слова, розуміння прочитаного.

На етапі переходу до синтетичних етапів читання симптоматика дислексії виявляється у спотвореннях структури, замінах

слів, аграматизмах, порушеннях розуміння прочитаного речення, тексту.

У разі синтетичного читання спостерігаються також заміни слів, аграматизми, порушення розуміння прочитаного тексту.

Динаміка дислексії має регресивний характер з поступовим зменшенням видів та кількості помилок під час читання, ступеня її вираженості.

Порушення читання можуть негативно впливати на формування особистості дитини, призвести до негативних змін у її характері, зокрема до невпевненості у собі, боязкості або, навпаки, агресивності, озлобленості, схильності до негативних реакцій.

### 7.8. Класифікація дислексій

В основу класифікації покладено різні критерії: прояви, ступінь вираженості порушень читання (Р. Беккер), порушення діяльності аналізаторів, які беруть участь в акті читання (О. Токарева), порушення тих чи інших психічних функцій (М. Хватцев, С. Борель-Мезоні, Р. Левіна та ін.), урахування операцій процесу читання (Р. Лалаєва).

За *проявами* виділяють два види дислексії: літеральну, яка виявляється у нездатності або труднотах засвоєння літер, та **вербальну**, спричинену труднощами у читанні слів. Однак цей поділ є умовним, оскільки ці два види можуть траплятися одночасно в тих самих дітей.

О. Токарева з урахуванням первинного порушення аналізаторів виділяє акустичні, оптичні та моторні дислексії.

Сучасне уявлення про системну будову вищих кіркових функцій потребує врахування у класифікації не стільки аналізаторних порушень, скільки характеру порушень вищих психічних функцій сенсомоторного та вищого, символічного, мовного рівнів. Дослідження, проведені Р. Лалаєвою, дали змогу визначити такі види дислексії (на основі порушених механізмів, тобто несформованості операцій процесу читання, а також психічних функцій, які забезпечують протікання читання в нормі): оптичну; мнестичну, фонематичну; семантичну, аграматичну, тактильну (у сліпих дітей).

Оптична дислексія виявляється в труднощах у засвоєнні та змішуванні графічно подібних літер та їх взаємозамінах. Діти змішують та замінюють літери, які відрізняються додатковими елементами (*Л-Д, З-В*) та які складаються з однакових елементів, по-різному розташованих у просторі (*Т-Г, Ь-Р, Н-П-И*). Ця форма дислексії пов'язана з нерозчленованістю зорового

сприймання форм, з недиференційованістю уявлень про подібні форми, з недорозвиненням оптико-просторових уявлень, а також з порушенням зорового гнозису, зорового аналізу та синтезу.

Спостерігається деяке порушення оптико-просторового гнозису та праксису на немовленнєвому рівні. Так, за зразком і пам'яттю знайомі та прості за формою предмети діти малюють правильно, а в разі перемальовування складніших предметів, можуть бути неточності, ще більше помилок спостерігається під час малювання за пам'яттю. У процесі малювання та конструювання вони спрощують геометричні фігури, зменшують кількість елементів, неправильно розташовують лінії порівняно зі зразком.

Характерними є труднощі у впізнаванні літер, записаних одна над одною, діти не можуть відрізнити правильну літеру від неправильної, погано конструюють знайомі літери, не можуть додати елемент, якого не вистачає, **перетворити** одну літеру в іншу (наприклад, з літери **Р** зробити літеру **В**, з **П** — **П**). Виконання подібних завдань потребує вміння відрізнити подібні графічні зображення, аналізувати, уявляти зображення чи літеру як ціле, що формується з певних елементів, по-різному розташованих один відносно одного.

Для деяких дітей з оптичною дислексією літера є складним оптичним утворенням, аналіз якого на елементи утруднений. Унаслідок несформованості оптичного аналізу уявлення про графічно подібні літери є неточним та недиференційованим.

Спостерігаються утруднення у визначенні просторових співвідношень, у мовленнєвому позначенні їх. У тяжких випадках порушується схема тіла.

**Мнестична дислексія** виявляється у труднощах засвоєння всіх літер, у їх недиференційованих замінах. Вона зумовлена порушенням процесів встановлення зв'язків між звуком і літерою та мовленнєвої пам'яті. Діти не можуть відтворити в певній послідовності ряд із 3—5 звуків або слів, порушують порядок відтворення їх, скорочують кількість елементів ряду, пропускають звуки та слова. Порушення асоціації між зоровим образом літери та слуховимовним образом звука особливо чітко виявляється на етапі оволодіння **звукобуквеними** позначеннями.

**Фонематична дислексія** пов'язана з недорозвиненням функцій фонематичної системи. Виділяють такі функції фонематичної системи (В. Орфінська):

1) смислорозрізнявальну функцію (зміна однієї фонемі або однієї смислорозрізнявальної ознаки — твердості-м'якості, дзвінкості-глухості, способу творення, місця творення, участі м'якого піднебіння — призводить до зміни семантики слова);

2) слухочимовну диференціацію фонем (кожна фонема відрізняється від будь-якої іншої акустичними або артикуляційними ознаками);

3) фонематичний аналіз, тобто розчленування слова на фонемі, які його утворюють.

У процесі формування усного мовлення у дітей опора на семантику є однією з основних умов розвитку мовленнєвої функції (тобто смислорозрізнавальна функція у дітей, які нормально говорять, сформована).

У дітей можуть порушуватися функції фонематичного сприймання, аналізу та синтезу через різні причини.

З урахуванням **несформованості** основних функцій фонематичної системи фонематичну дислексію можна поділити на дві форми.

*Перша форма* — порушення читання, пов'язане з недорозвиненням фонематичного сприймання та фонематичних уявлень, яке виявляється в труднощах у засвоєнні літер, а також замінах літер, подібних за **акустико-артикуляційними** ознаками.

*Друга форма* — порушення читання, зумовлене недорозвиненням функції фонематичного аналізу. За цієї форми спостерігаються такі помилки: побуквене читання; спотворення звуко-складової будови слова, яке виявляється у пропусках звуків, особливо приголосних під час їх збігу; **перестановках** звуків; додаванні зайвих голосних між приголосними під час їх збігу; пропусках та перестановках складів.

**Семантична дислексія** виявляється в порушенні розуміння прочитаних слів, речень, тексту в разі технічно правильного читання (слова, речення, текст не спотворюються в процесі читання). Ці порушення можуть спостерігатися під час поскладового читання. Після прочитування слова по складах діти неспроможні показати відповідний малюнок, відповісти на запитання, пов'язане зі значенням добре знайомого слова. Порушення розуміння речень можуть спостерігатися і за синтетичного читання.

Порушення розуміння прочитаного зумовлене двома чинниками: труднощами звукоскладового синтезу та нечіткістю, недиференційованістю уявлень про синтаксичні зв'язки між словами в реченні.

Поділ слова на склади в процесі читання — одна з причин нерозуміння прочитаного. Дітям із семантичною дислексією важко виконувати такі завдання: а) суцільно вимовити слова у вигляді послідовно вимовлених ізольованих звуків з короткою паузою між ними (**м,о,р,е**); б) відтворити слова та речення по складах (*Ді-ти чи-та-ють о-по-ві-дан-ня*).

Порушення розуміння прочитаних речень зумовлене несформованістю уявлень про синтаксичні зв'язки слів у реченні. При

цьому в процесі читання слово сприймається ізольовано, поза зв'язком з іншими словами у реченні.

Аграматична дислексія зумовлена недорозвиненням граматичної будови мовлення, морфологічних та синтаксичних узагальнень. За цієї форми дислексії спостерігаються: заміни відмінкових закінчень та числа іменників, неправильне узгодження за родом, числом, відмінками іменника з прикметником; заміна числа займенників, закінчень дієслів третьої особи минулого часу, а також форми часу та виду. Аграматична дислексія виявляється переважно у дітей із системними порушеннями мовлення різного генезу на синтетичному етапі формування навички читання.

**Тактильна дислексія** спостерігається у сліпих дітей. В основу її покладено труднощі у диференціації букв шрифтом **Брайля**, що сприймаються тактильно. В процесі читання характерним є змішування тактильно подібних літер, які складаються з однакової кількості крапок, **розміщених дзеркально (е-и, ж-х)**, вище чи нижче або які відрізняються однією крапкою («-б, б-л, л-к).

**У сліпих дітей з тактильною дислексією** виявляють порушення схеми тіла, часової та просторової організації, домінантності, затримки в розвитку мовлення.

Читаючи слово, сліпа дитина з дислексією сприймає кожен літеру ізольовано від іншої. У неї спостерігається не глобальне читання, а аналітичне сприймання літер. Читання часто уповільнюється у зв'язку з пошуками загубленого слова або речення. Прочитане спотворюється інверсіями, пропусками літер. Відмічають переривчастість, стрибкоподібність рухів пальців, повертання назад з метою точнішого розшифрування сприйнятого знака (крапок), коливання, **неспритність**, зайві рухи. Ці особливості є наслідком труднощів процесу читання.

### **7.9. Обстеження дітей з порушеннями читання і письма**

Метою обстеження дітей з порушеннями читання і письма є виявлення симптоматики, причин та механізмів цих порушень. У процесі психолого-педагогічного та логопедичного обстеження визначають ступінь вираженості, характер, тип порушення, що дає можливість правильно визначити основні напрями корекційно-логопедичного впливу.

Під час обстеження дітей з порушеннями читання і письма обов'язково враховують стан слуху, зору, нервової системи, пізнавальної діяльності дитини, які визначають лікарі-спеціалісти.

Обстеження проводять з урахуванням таких основних принципів, як: принцип комплексності, системності, **патогене-**

**тичний.** діяльнісного підходу, **особистісний** та принцип розвитку.

Зміст обстеження охоплює такі розділи:

**1. Анкетні дані, вивчення медико-педагогічної документації та анамнезу**

*Аналіз шкільних зошитів учнів, різних видів їхніх письмових робіт:*

- списування тексту;
- \* слуховий текстовий диктант;
- самостійний підпис слів під предметними **малюнками**, складання речень за сюжетними малюнками;
- \* творче самостійне письмо (переказ, твір).

Мовний матеріал диктантів має відповідати програмним вимогам та віку дитини. У диктантах мають бути слова, насичені опозиційними звуками, літерами, подібними за **оптико-просторовими** або графічними ознаками.

На основі **аналізу** письмових робіт учнів складають таблицю дисграфічних помилок, визначають найтипівші помилки. З огляду на характер допущених помилок, логопед добирає комплекс завдань, спрямованих на виявлення можливих причин допущених помилок.

**2. Обстеження стану мовленнєвого розвитку дитини**

Під час обстеження дитини велику увагу звертають на будову органів периферичного **відділу артикуляційного** апарату, стан мовленнєвої моторики, звуковимови, словникового запасу, граматичної будови мовлення та зв'язного мовлення. **Всі** компоненти мовлення обстежують за загальноприйнятою методикою.

**3. Дослідження сукцесивних функцій**

**1) Відтворення ряду складів**

Дитині пропонують відтворити ряд складів.

*Інструкція:* «Слухай і повторюй за мною».

Спочатку пропонують відтворити ряд, що складається з 3—4 складів, утворених зі звуків, віддалених за акустико-артикуляційними ознаками, потім — близькими за своїми ознаками: *ла-ба-да\ра-па-та-ла: па-та-на-ма\ми-но-ла-ву\ са-са-за\ра-ла-ра-ла.*

**2) Вивчення слухомоторної координації**

Відтворення звукових ритмів із поступовим ускладненням завдання..

*Інструкція:* «Послухай, як я постукаю, і після того, як я закінчу, постукай так само. Один. два. три (3 рази)».

*/ //; // /: /, // /: /, // //; /, // //; /, // //; // // та ін.*

Наводять серію ударів або коротких плескань із довгими або короткими інтервалами:

а) прості ритми:

*/: //; //://; //://; //://;*

б) складні **ритми:** *// //; //, /: / //://; / //://; // // та ін.*

**3) Відтворення рухового ряду (тест на реципроктну координацію рухів)**

Відтворити серію, яка складається з 6 рухів: одна рука — пальці в кулаці, друга — пальці розтиснені. Рухи повторювати по черзі.

**4) Відтворення ряду геометричних фігур, днів тижня, місяця, числового ряду**

**4. Дослідження сприймання мовлення на фонетичному рівні**

Застосовують складові таблиці Штерна, Б. Покрозького.

*Інструкція:* «Повторюй за мною склади: *ра, шо, ла, су, то, го, рі, ха, ми, но, ро, се, за, ми, ге, си, рак, гам, гок, рас, рен, нем, док, роб, шаз, тор, сак, дау, бом, шар, око, бро, гра, нио, бла, тру, амо, зри, кри, вне*».

**5. Дослідження короткотривалої мовнослухової пам'яті**

**1) Запам'ятовування та відтворення ряду слів (5—7 слів)**

*Інструкція:* «Уважно послухай слова, запам'ятай їх і повтори у тій самій послідовності: *квітка, річка, дошка, хмара, стіл, школа*».

**2) Запам'ятовування та відтворення пар слів**

*Інструкція:* «Уважно послухай і запам'ятай пари слів, повтори їх: *курка — яйце; жук — крісло; ножиці — різати; небо —рак; лялька — гратися; риба — пожежа; учень — школа; дерево — корова*».

**3) Запам'ятовування та відтворення речення (5—7 слів)**

*Інструкція:* «Послухай речення, запам'ятай та повтори: *У гущавині лісу заховалося чудове озерце*».

**4) Запам'ятовування та відтворення трьох пар речень**

*Інструкція:* «Послухай речення і повтори».

Спочатку пропонують відтворити пару простих за будовою речень, потім — пару простих поширених речень, які пов'язані між собою за змістом. Речення третьої пари — прості, поширені, не пов'язані між собою за змістом.

1. *Мама готує вечерю.*

*Яскраво світить сонце.*

2. *Сьогодні йшов рясний дощ.*

*Завтра в лісі буде багато грибів.*

3. *Машина зупинилася біля нового будинку.*

*На лісовій галявині ростуть чудові квіти.*

**6—10. Дослідження мовних операцій**

**6. Дослідження синтаксичних узагальнень, аналізу та синтезу**

**1) Складання речень зі слів, які подані в початковій формі**

*Інструкція:* «Послухай слова і склади з них речення»:

а) порядок слів у реченні не змінений (наприклад: *Дівчинка, читати, книжка*); б) порядок слів у реченні змінений:

*На, дощ, ти, вулиця.*

*Машина, дорога, по, їхати.*



**2) Синтаксичний аналіз речення. Визначення кількості та послідовності слів у реченні**

*Інструкція:* «Послухай речення і назви в ньому слова за порядком. Цифрою визнач кількість слів у реченні:

*Діти малюють. Дівчинка збирає ягоди. Машина їде по дорозі. Лісова стежина привела хлопців на галявину».*

**3) Складання речень за схемою**

*Інструкція:* «За поданою схемою склади речення (або) підбери речення відповідно до схеми:

*Риба живе у воді. Яскраво світить сонце».*

**4) Поділ суцільного тексту на речення**

*Інструкція:* «Прочитай текст, поділи його на речення:

*Налетіла гроза вдарила вогняна стріла в стовбур дуба затремтіли гілки загорілося верхів'ття лив дощ а дуб горів».*

**7. Дослідження морфологічних узагальнень, аналізу та синтезу**

**1) Вживання іменників в однині й множині в різних відмінках**

Учням пропонують виконати усні або письмові вправи.

*Інструкція:* «Я назву речення, але навмисне допущу в ньому помилку. виправ її та повтори речення правильно. Розкрий дужки, постав слово у відповідній граматичній формі:

*(Хлопчик) пішли до лісу.*

*На сосні сиділи (білка).*

*(Дятел) шукали у корі комах.*

*Білочка виглядала з (дуло).*

*Під (дерево) дрімав зайчик.*

*Бджоли кружляли над (квітка).*

*Мишка сховалася в (нірка)».*

**2) Узгодження іменників із прикметником за родом та числом**  
**Завдання 1.**

*Інструкція:* «Запиши (назви) ознаку і назву предмета, підбери відповідний іменник до прикметника і навпаки:

*червона... (яблуко, мак, зірочка, черевики);*

*круглий... (тарілка, годинник, колесо, апельсини)', -*

*радісний... (настрій, усмішка, обличчя, діти)',*

*лищиця... (рудий, руда, руде)-,*

*хліб., (свіжий, свіжа, свіжий, свіжі):*

*море... (спокійна, спокійне, спокійний, спокійні):*

*дні... (весняний, весняні, весняна, весняне)».*

**Завдання 2.**

У письмовій формі.

*Інструкція:* «Прочитай речення, допиши закінчення прикметників:

*Біля заводу зупинилась вантажн... машина. За селом простяглися зелен... луки. В садку виросло молод., дерево. Будинок збудували з червон... цеглин. Ми збирали стигл... клюкву».*

**У) Диференціація однини й множини дієслів**

**Завдання 1.**

*Інструкція:* «Склади речення за малюнком (або) спиши, розкриваючи дужки. Постав слова в дужках у необхідній граматичній формі:

- а) Хлопчик грається.                      б) Дівчинка поливає квіти.  
Діти граються.                              Діти поливають квіти.  
Хлопчик (грається).                        Дівчинка (поливати) квіти.  
Діти (грається).                              Діти (поливати) квіти.

**Завдання 2.**

*Інструкція!* «Прочитай речення. Знайди в ньому помилку і виправ її:

*Діти грається на вулиці. Яблука лежить на столі. Сашко зліпили снігову бабу».*

**4) Визначення спільної частини слів**

*Інструкція:* «Послухай слова і визнач у них спільну частину:

*хлопчик, пальчик, зайчик, стільчик, м'ячик;*

*вишенька, Мішенька, ніженька, рученька;*

*прийти, приїхати, присісти, прилетіти:*

*злізти, зняти, зв'язати, злетіти;*

*ліс, лісовий, лісник, лісок;*

*сад, садити, садовий, садівник».*

**8. Дослідження фонематичної диференціації звуків**

**1) Відтворення складів з опозиційними звуками**

*Інструкція:* «Слухай і повторюй за мною:

*та-да-та; па-ба-па; са-ша; ла-ра-ла; ма-мя; ли-лі; са-за; за-ца».*

**2) Впізнання звука серед ряду інших складів, слів**

Гра «Спіймай звук».

*Інструкція:* «Як почувеш заданий звук, плесни у долоні:

[С]: м, с, р, з, с, ц, ш, с, з, с;

[С']: са, ша, за, ри, со, цо, ше, се, це, си, зи;

[С'']: смак, шпак, цап, захід, сік, коза, коса, мишка, миска, оса, коза».

**3) Повторення слів-паронімів**

*Інструкція:* «Повтори за мною слова:

*коза — коса; мишка — миска; цап — сап; кит — кіт; ліс — лис; рис — ріс».*

**4) Добір малюнків зі звуками, близькими за акустико-артикуляційними ознаками**

*Інструкція:* «Назви малюнки, відбери лише ті, в назвах яких є

звук [Ц]: *циркуль, коса, заєць, яйце, сорока, змія, вода, сонце».*

**5) Виявлення стану сформованості фонематичних уявлень**

**Завдання і.**

*Інструкція:* «Не називаючи малюнки, розклади їх на дві купки: перша — зі звуком [С], друга — зі звуком [Ш]».

**9. Дослідження стану кількісного та послідовного фонематичного аналізу та синтезу**

**1) Визначення спільного звуку в словах**

*Інструкція:* «Послухай уважно слова і визнач у них спільний звук: солома, стіл, просо, роса, ліс; коза, заєць, гудзик, віз, гніздо».

**2) Визначення місця звуку в слові**

*Інструкція 1:* «Визнач місце звуку [P] у словах: *ромашка, звір, урок, верблюд, рак, море*».

*Інструкція 2:* «Назви перший звук (запиши тільки першу літеру) в словах: *берег, поріг, зима, сонце, око, вата, фокус, автомобіль*».

*Інструкція 3:* «Назви останній звук у словах (запиши останню літеру)».

**3) Визначення кількості та послідовності звуків**

*Інструкція 1:* «Назви малюнок, поклади під ним стільки фішок, скільки звуків у слові. Назви звуки за порядком, скільки всього звуків у словах: *мир, мак, ліс, кіт, коса, вовк, слон, диван, пальто*».

*Інструкція 2:* «Покажи (запиши) цифрою кількість звуків у словах: *мак, стіл, цукор, кінь*».

*Інструкція 3:* «Придумай слово, в якому 3, 4, 5, 6 звуків».

*Інструкція 4:* «Зі звуків склади слово: *к, и, т; л, с, і*».

**10. Дослідження складового аналізу та синтезу** проводять аналогічно фонематичному аналізу.

**Приклади завдань:**

1. Назвати (записати) у слові перший, останній, **другий** склади.

2. Назвати (записати цифрою) кількість складів у слові.

3. З поданих складів скласти слово: *ка-со-ро, во-ре-де, со-вей-ло, ро-мет, душ-по-ка, го-ник-дин*.

**11. Дослідження стану звукобуквених асоціацій та графічних образів букв**

**1) Співвідношення звуку з літерою**

*Інструкція:* «Я називаю звуки, ти записуєш букви».

а) Диктант акустично далеких та близьких приголосних звуків:

*т-н, к-л, р-м, н-ш; п-б, д-т, з-с, ц-щ.*

б) Диктант голосних звуків: *а-о, и-у, і-и, е-о.*

**2) Усне описання літер за уявленням, порівняльний аналіз літер:**  
*и-ш, о-а, т-иі, п-т, п-г, в-д, и-у, ш-щ, и-ц, ж-х, б-е, о-с.*

**12. Дослідження графомоторних навичок**

**1) Графічні проби**

1. Відтворення графічного малюнка.

2. Продовження орнаменту.

**2) Проби на оптико-кінетичну організацію рухів (практиє пози)**

*Інструкція:* «Доторкнись великим пальцем правої руки до середнього пальця (пальчикова гімнастика)».

**3) Проби на динамічну організацію рухів**

*Інструкція:* Повтори серію з трьох рухів («Пальчики вітаються», «Кулак-ребро-долоня»).

**13. Дослідження стану сформованості зорово-просторових функцій**

**1) З'ясування просторових уявлень та зорово-просторової орієнтації:**

а) Виявлення вміння орієнтуватися у власному тілі, розрізнявати праву та ліву його частини. Виконання мовленнєвої проби Хеда: доторкнутися правою рукою до лівого вуха, до правого ока тощо.

б) Виявлення вміння орієнтуватися на аркуші паперу.

в) Виявлення вміння орієнтуватися в навколишньому просторі:

- визначення просторового розташування предметів {«Назви предметів, які знаходяться ліворуч, праворуч від тебе»};
- виявлення вміння орієнтуватися в схемі тіла людини, яка сидить навпроти («Покажи мою ліву руку, праве вуха» тощо);
- виявлення розуміння просторових співвідношень між предметами та приєднаними конструкцій («Хто стоїть біля, перед, за, між!...»).

**14. Дослідження самоконтролю на письмі**

*Інструкція 1:* «Порівняй текст, записаний праворуч із зразком, виправ помилки».

**Зразок**

Овочі дуже корисні. їх можна вживати як сирими, так і вареними. Страви з різних овочів треба їсти щодня.

Овочі дуже карисні. їх можно вжевапи як зирими, так і вареними. Справи зрізним овочів гірева ісги щодна.

**15. Стан процесу читання** (характер читання складів, слів, речень різної складності), швидкість та спосіб читання (побуквене, поскладове, цілими словами, словосполученнями).

Проведення такого комплексного психолого-педагогічного та логопедичного обстеження дасть змогу логопеду та вчителю початкових класів визначити основні напрями корекційної роботи та здійснювати вплив на ті психічні функції та операції, порушення яких зумовлює труднощі в опануванні навичок письма та читання.

### **7.10, Методика логопедичної роботи з подолання порушень писемного мовлення**

Механізми порушень читання та письма загалом є подібними, тому і в методиці корекційно-логопедичної роботи з подолання їх є багато спільного. Під час планування корекційної логопедичної роботи слід враховувати такі важливі принципи:

1) *принцип комплексності* полягає у корекційному впливанні на весь комплекс мовленнєвих порушень — усне мовлення, читання та письмо;

2) *патогенетичний принцип* передбачає врахування механізмів порушення. Порушення письма та читання можуть бути пов'язані з вадами усного мовлення дитини або спостерігатись у дітей за достатньої сформованості лексико-граматичної та фонетичної сторін мовлення. В цих випадках порушення писемного мовлення зумовлені недостатнім засвоєнням основних специфічних операцій процесу читання або письма внаслідок різних причин. Так, заміни на письмі літер, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки, можуть бути спричинені порушеннями слуховимовної диференціації фонем, слухового контролю, фонематичного уявлення внаслідок неправильної вимови звуків. Корекційна робота має спрямовуватися на відновлення порушених психічних функцій, які забезпечують опанування операцій читання та письма;

3) *принцип урахування психологічної структури процесів читання і письма та характеру порушення мовленнєвої діяльності* полягає в тому, щоб у процесі логопедичної роботи не лише сформулювати ту чи іншу мовленнєву дію чи операцію, а й довести їх до автоматизму;

4) *принцип максимальної опори на полімодальні аферентації, на пізні функціональні системи та аналізатори* передбачає засування різних функціональних систем у формуванні вищих психічних функцій. Так, процес диференціації фонем спочатку здійснюють за участю зорової, кінестетичної та слухової аферентацій. Пізніше провідної ролі під час диференціації набуває слухова диференціація. Тому в разі недорозвинення диференціації фонем спочатку спираються на зорове сприймання артикуляції звука, кінестетичні відчуття під час його вимови, а потім на його слуховий образ;

5) *принцип опори на збережені ланки порушеної функції*. Так, у разі порушення у дитини фонематичного сприймання, звуковий аналіз формують, спираючись на оральний образ цього зву-

ка, кінестетичні відчуття тобто на збережені кінестетичні та зорові аферентації. За оптичної дисграфії та дислексії диференціацію літер на початкових етапах здійснюють з опорою на руховий аналізатор (кінестетичні відчуття під час відтворення літер) та на тактильне сприймання;

б) *принцип поетапного формування розумових дій* полягає у поступовому переведенні дії із зовнішнього плану у внутрішній. Дослідження у галузі психології (Л. Виготський, О. Леонт'єв, П. Гальперін, Д. Ельконін та ін.) свідчать про те, що формування кожного уміння та навички передбачає кілька етапів: виконання дій за допомогою розгорнутих операцій, що відбуваються у зовнішньому плані, надалі — поступове згортання і виконання їх за участю зовнішнього мовлення, нарешті — перенесення до внутрішнього плану і виконання як автоматизованих розумових дій. З огляду на те, що здебільшого операції читання і письма (звуковий та зоровий аналіз і синтез, слуховий та зоровий контроль) є розумовими діями, потрібно враховувати й принципи формування їх:

а) розпочинати формування аналізу і синтезу слід з найпростіших його видів, поступово, поетапно переходячи до більш складних;

б) під час формування звукового аналізу та синтезу необхідно спиратися на збережені аналізатори, наочність та інші допоміжні засоби, і тільки згодом виконувати дії аналізу за уявленням.

Таким чином, у процесі логопедичної роботи поступово відбувається інтеріоризація дії звукового аналізу;

7) *принцип урахування зони «найближчого розвитку»* (за Л. Виготським) передбачає поступовий розвиток тієї чи іншої психічної функції з урахуванням того рівня, на якому виконання завдання можливе з незначною допомогою з боку педагога;

8) *принцип поступового ускладнення завдань та мовленнєвого матеріалу*,

9) *принцип системності у застосуванні різних методів та прийомів* залежно від мети, особливостей та етапу корекційної роботи. Так, під час формування операцій застосовують прямі та опосередковані прийоми та вправи. Наприклад, у разі несформованості *звукового аналізу та синтезу* вдаються до *прямих прийомів*, таких як: підкреслена вимова одного із звуків у слові за допомогою сили голосу, або протяжної вимови; виділення звука, який найчастіше повторюється в заданих словах, реченнях, віршах; виділення звука зі слова на основі описання його артикуляції тощо.

У разі порушення у дитини певної функції використовують опосередковані прийоми. Наприклад, за порушення вимови зву-

ковий аналіз формують, спираючись на слуховий -а зоровий образи звука, гальмуючи неправильні кінестетичні відчуття;

10) *принцип урахування симптоматики та ступеня вираженості дисграфії і дислексії*;

І і) *принцип дієвого підходу* передбачає потребу в корекційному впливі на всіх етапах складної мовленнєвої діяльності процесів читання та письма (мотив, програмування, операції читання і письма, етап контролю). Спочатку формують порушені операції мовленнєвої діяльності, а потім поступово, в міру автоматизації окремих операцій, — цілісну структуру мовленнєвої діяльності;

12) *онтогенетичний принцип* полягає у врахуванні етапів та послідовності формування певних функцій в онтогенезі. Так, у логопедичній роботі, спрямованій на корекцію оптико-просторових помилок, потрібно враховувати послідовність формування зорово-просторових функцій в онтогенезі: 1) розвиток орієнтації у власному тілі, диференціацію правої та лівої його частин; 2) орієнтацію у навколишньому просторі; 3) визначення просторових співвідношень елементів графічних зображень, букв, цифр.

### **7.11. Логопедична робота з подолання фонетичних помилок**

Зміст логопедичної роботи з подолання фонетичних помилок залежить від типу та механізмів допущення їх.

Метою корекційної роботи з подолання помилок на заміни та змішування букв, що позначають звуки, близькі за акустико-артикуляційними ознаками, є формування у дітей звукової диференціації фонем. Основою зазначених помилок є порушення слухових операцій та функцій (слухової уваги, мовнослухової пам'яті та слухового контролю), що негативно позначається на розвитку фонематичного розрізнення і впізнавання звуків за корисними (смыслоразривальними) ознаками, а також формуванні фонематичних уявлень.

Логопедичну роботу з уточнення та закріплення диференціації звуків проводять, спираючись на різні аналізатори (мовно-слуховий, мовнорухливий, зоровий тощо), максимально використовуючи найзбереженіші ланки, які входять до складу психофізіологічної структури читання та письма. Починають роботу з диференціації звуків, які змішуються на письмі та під час читання, спираючись на найбільш збережене зорове сприймання, тактильні та кінестетичні відчуття (за збереженої звуковимови).

При цьому потрібно враховувати, що вдосконалення слуховимовних диференціювань буде найуспішнішим за умови

здійснення його у тісному зв'язку з розвитком слухової уваги, мовнослухової пам'яті, слухового контролю та фонематичного аналізу і синтезу.

Логопедична робота, спрямована на диференціацію звуків, які змішуються, передбачає два етапи.

На *першому етапі* у лгтей виробляється *вміння розрізняти кожний із змішуваних звуків окремо*. Роботу виконують у такій послідовності:

1. Уточнення артикуляції та звучання звука зі спиранням на зорове, слухове, тактильне сприймання та кінестетичні відчуття.

2. Виділення та впізнання звука на фоні інших звуків, складу, слів.

3. Визначення спільного звука в словах.

4. Формування вміння визначати наявність та місце звука в слові (початок, середина, кінець).

5. Визначення місця звука в слові щодо інших звуків (який звук за рахунком, перед яким звуком його чути або після якого звука вимовляється у слові).

6. Придумування слів на певний звук.

7. Виділення слів з певним звуком з речення, тексту.

8. Виконання письмових вправ: вставити пропущену літеру в слово; доповнити речення словом із заданим звуком, записати слова з певним звуком під відповідною літерою.

Після відпрацювання кожного зі змішуваних звуків переходять *до другого етапу* — *їх слухової та вимовної диференціації*. Диференціацію звуків здійснюють у тій самій послідовності, що й роботу з уточнення слухової та вимовної характеристики кожного зі змішуваних звуків. Мовленнєвий матеріал включає слова зі звуками, які змішуються на письмі та під час читання. Кожний зі звуків у процесі роботи співвідносять з відповідною схемою та літерою. В корекції дисграфії значне місце посідають письмові вправи, які закріплюють диференціацію звуків. До них належать вправи на списування різного за складністю вербального матеріалу, який містить змішувані фонемографеми, зорово-слухові, слухозорові, зорові та слухові диктанти, самостійне записування назв малюнків, складання речень за малюнками, оповідання за картиною тощо.

Подоланню акустико-артикуляторної форми дисграфії передує робота з корекції звуковимови. В процесі формування правильної артикуляції звертають увагу на кінестетичні відчуття під час правильної вимови, на оральний образ звуків. На початкових етапах роботи слід виключати промовляння з метою гальмування власної неправильної вимови, що може призвести до появи помилок на заміни літер під час письма. Всі вправи та завдання виконують на основі слухового та зорового сприймання (і -й етап).



Пізніше, коли учні опановують уміння користуватися акустичними ознаками фонем разом з іншими (артикуляційними, оптичними), доцільно підключити діяльність мовнорухового аналізатора (2-й етап). Після оволодіння умінням користуватися акустичними та артикуляційними ознаками однаковою мірою, а також правильно оцінювати власне мовлення доцільно перевести їх у більш природні умови письма виключенням навмисного промовляння під час виконання завдань (3-й етап).

Корекційну роботу у разі порушеної звуковимови слід спрямовувати на формування правильних фонематичних уявлень про звуковий склад слова на основі слухового аналізатора.

Аналіз зі спіранням на слуховий аналізатор відбувається у процесі сприймання звукового мовлення оточення чи власного голосного мовлення. Цей чинник відіграє провідну роль у процесі слухових диктантів, а також на початкових етапах навчання грамоти, коли учень намагається промовляти вголос слово, яке аналізує. Слід зазначити, що звуковий **аналіз** на основі сприймання еталонного мовлення оточення є більш точним, аніж аналіз на основі власного промовляння, оскільки в останньому випадку наявні чинники, що можуть негативно **вплинути** на результат аналізу. Йдеться про неправильну власну вимову що провокує неправильне визначення звукового складу слова, додаткову опору на кінестетичні відчуття.

На кінестетичні відчуття, які надходять від органів артикуляції, спираються навіть у тих випадках, коли слово дитина не промовляє (прихована артикуляція). Це досить часто провокує неправильне визначення (заміни, змішування) звуків, близьких за артикуляційними ознаками: дзвінких — глухих, твердих — м'яких, подібних за місцем чи способом звукотворення тощо.

Звуковий аналіз на внутрішні фонемні образи слів (за уявленням) є найточнішим, оскільки відбувається на основі константних фонемних образів слів. Однак це можливо лише за умови сформованості в учня правильних **фонематичних уявлень**, що відповідають вимовним нормам. Слід зазначити, що за сформованості чітких, стійких фонематичних уявлень правильний звуковий аналіз стає можливим навіть у дітей з вадами звуковимови. Це важливо враховувати, коли з об'єктивних причин процес корекції звуковимовної сторони мовлення не завершився до початку шкільного навчання і особливо у дітей із дизартрією, ринолалією, моторною алалією тощо.

Повноцінний звуковий аналіз стає можливим лише за умови **сформованості слухового контролю** на фонологічному рівні. Передусім це пов'язано з тим, що слуховий контроль забезпечує формування фонематичних уявлень (адекватних вимовним нормам). Крім того, контроль зумовлює виявлення будь-яких

допущених помилок та їх виправлення дитиною без допомоги дорослого.

Під час формування функції *слухового контролю* слід враховувати, що учні найвдаліше здійснюють контроль за мовленням педагога, ніж за власним. У зв'язку з цим їм потрібно насамперед пропонувати завдання, під час виконання яких удосконалюється вміння контролювати та оцінювати чужу правильну і помилкову вимову; яка відрізняється від власної та аналогічна їй, а потім завдання, що потребують оцінювання результатів власної вимови (методика Є. Данілавічюте). У процесі формування функції слухового контролю доцільно також активно використовувати інші його види (оптичний, кінестетичний тощо). Для початкового етапу формування слухового контролю передбачені такі вправи:

*Вправа 1.* Мета: розвиток слухового сприймання, уваги та контролю.

*Дидактичний матеріал:* малюнки із зображенням слів-паронімів.

Педагог пропонує дітям розглянути малюнки, на яких зображено слова-пароніми, називає їх і просить дітей оцінити правильність його висловів.

*Це коза. (Ні, це коса). Це дрова. (Так, це дрова). Це коса. (Ні, це коза). Це трава. (Так, це трава)* тощо.

*Вправа 2.* *Дидактичний матеріал:* предметні малюнки.

Педагог пропонує дітям розглянути малюнки. Він називає зображені на них предмети, зумисно спотворюючи вимову одного чи кількох звуків, і просить дітей оцінити правильність своєї вимови.

*Це шобака. (Ні, це собака). Цесуба. (Ні, це шуба). Це рука. (Так, це рука).*

У зв'язку з тим, що кінцевою метою корекційної роботи є правильне письмове відтворення звукової і складової структури слів під час виконання різних видів письмових робіт, у тому числі й на основі власних уявлень, коли слуховий контроль є згорнутим і функціонує у внутрішньому плані, виникає потреба у його **формуванні як розумової дії**. В учнів потрібно сформувати вміння виявляти помилки, приймати рішення щодо їх виправлення та обґрунтовувати їх. Тому на більш пізніх етапах для розвинення слухового контролю можна пропонувати учням завдання, які потребують лише власної вимови (без спірання на сприйняття мовлення педагога). Крім того, слід надати їм можливість оцінювати правильність власного вибору під час вимовляння та запису слів, словосполучень, речень. Для цього використовують індивідуальні картки, на яких фіксують **послідовність (алгоритм) здійснення операції контролю**: попередне

вимовляння слова, оцінювання вимови, записування слова в зошит з використанням гучного промовляння. На останньому етапі слуховий контроль здійснюють на рівні уявлень (у внутрішньому мовленні). Лише у разі потреби під час виконання письмових завдань учні можуть промовляти слова, які містять кореляційні звуки, і оцінювати власне промовляння за акустичним ефектом, як і на попередньому етапі.

Достатній рівень сформованості *мовнослухової пам'яті* є важливою умовою для правильного визначення та відтворення звукового образу слова. Особливо це стосується слів, складних за будовою та багатоскладових.

Під час формування операцій слухової уваги та слухової пам'яті важливо використовувати завдання, метою яких є довільне запам'ятовування та відтворення різної кількості (від трьох до семи) вербального матеріалу — звуків, складів, слів тощо. Наведемо приклади вправ (методика Є. Данілавічюте).

1. Педагог у певній послідовності називає звуки, учні прослуховують їх та відтворюють за допомогою схем (з позначенням акустичних та артикуляційних ознак звуків).

2. Педагогу певній послідовності називає склади зі звуками, які за допомогою схем учні мають відтворити (наприклад, після прослуховування складів *да, ма, па* скласти схеми, що відповідають звукам *д, м, п* тощо).

3. Педагог називає слова, розкладаючи перед учнями відповідні малюнки зображенням донизу. Вони мають розкласти малюнки у певній послідовності, промовити їхні назви, дібрати схеми до певного звука у кожному слові (наприклад, до першого).

Якщо учні добре впорались із завданням, матеріал ускладнюють. Одночасно із запам'ятовуванням звуків, складів, слів та добором до них відповідних схем вони мають виконати й розумове завдання. Наприклад:

1) з названих педагогом у певній послідовності звуків учні мають відтворити заданий ряд. При цьому перед ними розміщують більшу кількість схем, ніж звуків, що прозвучали. Вони мають відібрати схеми, які відповідають названим звукам, і розмістити їх у потрібній послідовності;

2) педагог називає ряд слів, з яких учні повинні запам'ятати лише слова із заданим звуком, а потім відтворити їх за допомогою відповідних малюнків;

3) з названого педагогом ряду слів учні мають запам'ятати, а потім відтворити за допомогою малюнків лише ті з них, у яких відсутній заданий звук.

Після виконання завдань на рівні усного мовлення використовують запис графем, що входять до відповідних схем, а потім і запис слів повністю.

Коли учні оволодівають умінням користуватися акустичними ознаками фонем на рівні з артикуляторними, можна поступово підключати діяльність мовнорухового аналізатора. Діти отримують можливість супроводжувати виконання завдань власним промовлянням. Тоді виникає потреба в одночасному оперуванні різними типами інформації (артикуляторною, акустичною, оптичною, кінетичною). На цьому етапі важливо не те, наскільки правильно діти вимовляють, а точність оцінювання власної вимови і письмового відтворення, що свідчить про рівень сформованості фонемографічних уявлень і розвиток уміння користуватися ними під час письма.

На цьому етапі доцільно пропонувати запам'ятовування та відтворення рядів, що складаються з 4—5, потім 6 вербальних одиниць. Послідовність корекційної роботи залишається попередньою. Проте під час виконання завдань учням слід пропонувати відтворення ряду за допомогою вимови. Власна вимова має супроводжуватися вибором відповідної схеми, завдяки чому стає можливим правильне оцінювання рішень, які приймає учень. Розвинення мовнослухової пам'яті та уваги слід продовжувати на матеріалі слів, об'єднаних однією темою (наприклад, *ластівка, сокіл, зозуля, соловей, сорока*), слів з однаковою складовою структурою (наприклад, *сир, ліс, віз, зір, лис*), а також на матеріалі асемантичних слів та складів. Послідовність корекційної роботи залишається попередньою: завдання на змішане запам'ятовування, а також суміщене та чисте запам'ятовування. Письмове відтворення має супроводжуватися гучним промовлянням. Як перевірку можна запропонувати учням гучне перечитування вголос письмово відтвореного матеріалу.

На останньому етапі відтворення рядів відбувається відповідно до необхідних вимог: спочатку у формі письма без промовляння, а потім без спеціальних установок згідно з діяльністю мовнорухового аналізатора.

Успішне письмове відтворення фонемографем, які змішувались, під час складання оповідання за картиною, за винятком промовляння, може свідчити про успішне здійснення операцій та функцій у внутрішньому плані. Це означає, що сформовані всі потрібні передумови для безпомилкового відтворення раніше змішуваних фонемографем, відхилення усунені, оскільки уявлення про них відповідають еталону.

Метою логопедичної роботи з подолання помилок на пропуски, перестановки та дописування букв у слові є формування в учнів фонематичного аналізу та синтезу.

Звуковий аналіз є найскладнішою формою мовного аналізу однак саме його сформованість — одна з основних умов опану-

вання дитиною читання і письма на основі аналітико-синтетичного звукобуквеного методу, а також для засвоєння фонетичного та морфологічного принципів правопису, провідних в українській мові. Однак якщо для нормально розвиненої дитини молодшого шкільного або старшого дошкільного віку оволодіння усвідомленим фонологічним аналізом є цілком посильним завданням, то формування названих операцій у дітей із порушеннями мовленнєвого розвитку супроводжується низкою труднощів. Д. Ельконін підкреслював, що «не вмючи виділити звуки зі слова, називати їх послідовність, учні не зможуть у процесі письма дібрати та правильно застосувати для них відповідні літери. Без цього неможливе не лише опанування грамоти, а й усієї мови — граматики та орфографії. Без формування навичок звукового аналізу, без розвитку у дітей фонематичного сприймання навчати грамоти важко».

Терміном «фонематичний аналіз» позначають як елементарні, так і складні форми звукового аналізу. До елементарної форми належить виділення звука на фоні слова. Більш складною формою є виділення першого та останнього звуків зі слова та визначення їх місця (початок, середина, кінець). Найскладнішим є визначення послідовності звуків у слові, їх кількості та місця щодо інших звуків.

Корекційна робота спрямовується на поетапне формування дії звукового аналізу слова відповідно до закономірностей формування розумової дії та врахування складності того чи іншого виду аналізу, який визначив П. Гальперін. У своїх дослідженнях він встановив, що повноцінна розумова дія може бути сформованою тільки тоді, коли її засвоєння відбувається послідовно через кілька етапів:

- *перший етап* — усвідомлення завдання: за допомогою підкресленої вимови окремих звуків у слові дітям дають можливість «проникнути» в звукову структуру слова, «доторкнутися» до неї;
- *другий етап* — засвоєння дії з предметами: звукову структуру слова подають у вигляді матеріальних одиниць — фішок, схем. Фішки, графічні схеми — прийоми матеріалізації звукового аналізу;
- *третій етап* — засвоєння дії в плані голосного мовлення: дитина послідовно промовляє звуки, не моделюючи схему слова;
- *четвертий етап* — перенесення дії в розумовий план і завершальне становлення дії: знімається промовляння, дитина виконує операцію звукового аналізу в розумовому плані, за уявленням.

Дослідники стверджують, по першим видом мовного аналізу, який виникає у процесі онтогенезу, є аналіз морфологічний. Це пояснюється кількома чинниками:

1) морфема є мінімальним носієм семантики, а тому орієнтація на її значення полегшує виділення її зі складу слова;

2) межі морфем досить часто збігаються з межами складів, тому у цьому випадку ритмічна структура слова допомагає виділенню морфеми:

3) деякі морфеми (суфікси, закінчення) часто знаходяться в кінці слова під наголосом, що сприяє залученню до них уваги і, як наслідок, полегшує виділення їх;

4) висока частотність, з якою слова з однотипним морфологічним оформленням (зокрема, словоформи) трапляються в мовленні.

У зв'язку із зазначеним вище морфологічний аналіз на мимовільному неусвідомленому рівні є сформованим здебільшого у дітей старшого дошкільного віку. Про це свідчить, зокрема, володіння дітьми морфологічною системою словозміни та словотворення. Не є складним для дошкільників як з нормою, так і з нерізно вираженими порушеннями мовлення оволодіння морфологічним аналізом на рівні виділення спільної морфеми у ряді однотипних похідних слів (*зайчик, хлопчик, пальчик, горобчик* тощо). Дитина здатна до визначення словотворчих суфіксів, які вказують на зменшувально-пестливу форму або незрілість, а також префікси (*приїхав, прийшов, прибіг, приніс* тощо). Складнішим є виділення спільної кореневої морфеми (*ліс, лісовий, лісок, полісся* тощо).

Одночасно з формуванням морфологічного аналізу слів у дітей розширюється словниковий запас, вони на практичному рівні оволодівають системою словотворення та словозміни.

Дослідження В. Орфінської, Є. Соботович, Л. Бартеневої, В. Тищенко засвідчують, що доступність морфологічного аналізу може бути використана як основа для більш складного звукового аналізу слова.

Безпосередньо звуковий аналіз має кілька різних за складністю видів та рівнів.

Так, найпростішим є *ана,гіз заданого звука з ряду звуків*, що вимовляються ізольовано. При цьому Р. Ладаєва зазначає, що й тут існує певна послідовність. Так, найдоступнішим для аналізу є ізольований голосний звук в оточенні приголосних, більш складним — ізольований голосний звук серед голосних. Потім — приголосний серед голосних: приголосний серед приголосних, далеких за акустико-артикуляційними ознаками; приголосний серед приголосних, близьких за акустико-артикуляційними ознаками (але не тих, що змішуються у власному мовленні).

Цей вид аналізу заданого ізольованого звука у ряду інших звуків за своєю психологічною структурою близький до слухового гнозису (впізнання звуків), тому недоліки його виконання можуть свідчити або про певні порушення слухового сприймання, або про недоліки слухової уваги; слухової пам'яті.

Значно складнішим видом звукового аналізу є **аналіз звуків на фоні слова**. За своєю сутністю це також впізнання звуків, але вже у складі слова. Його більша складність, порівняно з аналізом ізольованих звуків, пояснюється тим, що в межах слова звуки впливають один на одного, у зв'язку з чим фонетичні умови звуків у слові відрізняються від фонетичних умов ізольованих звуків. Таким чином, у межах слова одні звуки можуть бути у вигідніших фонетичних умовах (так звана сильна позиція), а інші звуки під фонетичним впливом звуків-сусідів, навпаки, в умовах, незручних для аналізу (слабка позиція).

За даними Л. Зіндер, фонетичну позицію звука (сильну чи слабку) визначають кілька чинників, які наведені у табл. 7.1.

Крім зазначеного слід з'ясувати, що доступнішими для аналізу є дзвінки та сонорні звуки, тверді виділяють простіше, ніж м'які. Через це під час розроблення методики з розвитку звукового аналізу потрібно враховувати поступове ускладнення умов аналізу — від найсприятливіших до найскладніших.

**Аналіз звуків у складі слова.** Якщо аналіз звука на тлі слова передбачає фіксацію учнем лише наявності чи відсутності звука в слові, то аналіз звука в складі слова потребує вже безпосереднього виділення звука і його називання.

Цей вид аналізу має свої легкі та складні форми. Так, **найдоступнішим для дітей є аналіз спільного звука у ряді слів**. При цьому спільний звук має перебувати у всіх словах в однаковій позиції. Фонетичні умови звуків, що виділяються дітьми, поступово змінюються відповідно до умов, поданих у табл. 7.1. При цьому на початкових етапах спільний звук акцентується голо-

Таблиця / 1. **Фонетичні позиції звуків у словах**

Сильна позиція	Слабка позиція
Наголошений <b>голосний</b> : <i>верби, сосни, берег, море</i>	Ненаголошений голосний: <i>верба, сосна, береги, моря</i>
Голосний на початку слова (складу): <i>апельсин, індик, орел</i>	Голосний у кінці слова (відкритого складу): <i>слово, ворона, море</i>
Щілинний на початку слова: <i>син, шуба, зуби, жук</i>	Глухий приголосний <b>переддзвінким</b> приголосним усередині слова: <i>боротьба</i>
Фрикативні в кінці слова: <i>мок, кіт, суп</i>	Дзвінкий приголосний перед глухим приголосним усередині слова: <i>легкий</i>

сом педагога, що спрямовує на нього увагу і, як наслідок, полегшує аналіз.

**Аналіз звуку у заданій педагогом позиції.** Слід зауважити, що **найлегшою для аналізу є позиція початку слова**, оскільки концентрація уваги на першому звуці у слові є вищою завдяки мінімальному навантаженню на оперативну пам'ять. Однак і тут слід враховувати фонетичні позиції звуків, подані у табл. 7.1.

Досить складним є **виділення звуку з позиції кінця слова**, що пояснюється більшим навантаженням на оперативну пам'ять (дитина повинна утримувати в ній усі почуті в слові звуки) та тими фонетичними впливами, які чинять на останній звук у слові попередні звуки.

Близьким за складністю видом аналізу є **визначення позиції заданого звуку в слові**, однак перед тим як запропонувати його дітям, потрібно актуалізувати у них знання про схему слова: «початок слова», «кінець слова», «середина слова». Для аналізу на цьому етапі *не слід давати голосні звуки всередині слова та відкритого складу, оскільки їх аналіз є найскладнішим і потребує спеціальної підготовки.*

Цю роботу здійснюють у кілька етапів.

**1-й етап. Формування (актуалізація) складового аналізу слова** передбачає розвиток умінь ділити слова на склади, визначати кількість та послідовність складів у слові, оскільки склад є більш природним елементом мовлення, ніж звук (О. Леонт'єв), межі якого визначаються загальною ритмічною структурою слова і мовлення взагалі, а оволодіння ним не спричинює удітей особливих труднощів. Роботу з розвитку складового аналізу та синтезу слід розпочинати з використання допоміжних прийомів, потім її проводять, спираючись на промовляння і, нарешті, на основі слуховимовних уявлень, у внутрішньому плані.

Під час формування складового аналізу з використанням допоміжних засобів пропонують, наприклад, відплескати або відстукати слово по складах та назвати їх кількість. У процесі розвитку складового аналізу в мовленнєвому плані роблять акцент на вміння виділяти голосні звуки в слові, засвоєнні основного правила поділу слова на склади: у слові стільки складів, скільки голосних звуків.

Однак слід враховувати труднощі, що можуть при цьому виникнути. Досить складним для дітей є визначення складової будови слова у разі збігу приголосних, виділення голосних.

**2-й етап. Визначення звукової структури кожного виділеного складу.** Оскільки на попередніх етапах відпрацьовували вміння виділяти перший і останній звуки у словах, то ця операція є доступною для дітей. Певних зусиль потребує лише виділення голосного звуку з відкритого складу, для чого використовують



спеціальні прийоми: протяжну вимову останнього голосного у складі; вібрану вимову голосного у відкритому складі; роздільну вимову приголосного і голосного тощо. Опора на голосні звуки під час поділу на склади дає змогу усунути та запобігти помилкам на пропуски та додавання голосних звуків.

Формування вміння визначати складову будову слова зі спиранням на голосні передбачає проведення попередньої роботи, спрямованої на диференціацію голосних та приголосних звуків.

У подальшому проводять роботу з виділення голосного звуку зі складу та слова. Для цього спочатку пропонують односкладові слова (*ох, ух, лис, дим, вовк*). Діти визначають голосний та його місце у слові. Можна використовувати графічну схему, на якій голосний звук позначають кружечком на початку, всередині чи в кінці схеми:

**О . О .\_\_О.**

Потім пропонують завдання на матеріалі дво- та трискладових слів:

1. Назвіть голосні в слові. Доберіть слова, вимова яких не відрізняється від написання (*коза, миша, молоко*).
2. Запишіть тільки голосні слова (*оса — о а*).
3. Виділіть голосні звуки, знайдіть відповідні літери.
4. Розкладіть малюнки під певним поєднанням голосних. Наприклад, пропонують малюнки (*рука, нога, риба, лапа, миша, ручка, хата, коза*) та схеми слів:

**а\_\_а, и\_\_а, у\_\_а, о\_\_а.**

Наступним за складністю видом аналізу є **визначення послідовності звуків у слові**, яке має здійснюватися спочатку на основі складового аналізу слова та звукового аналізу всіх складів, що входять до нього, а потім — без складового аналізу, послідовним перелічуванням усіх звуків у слові.

Складова будова слів поступово ускладнюється. Спершу відпрацьовують звуковий аналіз слів із подібною складовою будовою, потім поступово з різною.

1. Односкладові слова:

- \* без збігу приголосних на зразок *сон, мир, ліс* та ін.;
- \* зі збігом, приголосних на початку слова (*степ, клен*);
- \* зі збігом приголосних у кінці слова (*верх, вовк*);
- \* зі збігом приголосних на початку та в кінці слова (*стовп, блиск*).

2. Двоскладові слова:

- \* один склад відкритий, другий — закритий (*пісок, вагон*);
- \* обидва склади закриті (*балкон, барліг*);
- \* зі збігом приголосних на початку слова (*книга, трава, стану*).

- з двома випадками збігу приголосних в одному слові (*права, пливти*);
- один зі складів з м'яким приголосним та з ь (*ведмідь, пальці*).

### 3. Трискладові слова:

- із прямими відкритими складами (*молоко, корова*)-,
- із відкритими та закритими складами (*сонечко, віконце*)-,
- зі збігом приголосних (*стрибати, блискавка*).

**Визначення кількості звуків у слові.** Це завдання є найскладнішим, оскільки потребує поєднання двох завдань: визначення послідовності звуків у слові та підрахунок кількості їх.

З метою формування навичок звукового аналізу застосовують різні прийоми, зокрема такі:

1. Підкреслена вимова одного зі звуків у слові за допомогою сили голосу або протяжної вимови. Цей прийом застосовують з додаванням звука, якого не вистачає в слові, спираючись на малюнок.

2. Виділення звука, який найчастіше повторюється в заданих словах, реченнях, віршах.

3. Виділення звука зі слова на основі описання його артикуляції (прийом застосовують під час вивчення парних звуків).

4. Впізнавання заданого звука в названих учителем словах і визначення його позиції в слові (Чи є в слові звук ...?).

5. Зіставлення слів, які відрізняються одне від одного одним звуком (*ліс — лис, кіт — кит, сам — сом, бак — бик*).

6. Самостійний добір слів із заданим звуком.

Усі зазначені прийоми передбачають здійснення часткового звукового аналізу слів. Їх зазвичай використовують на початкових етапах навчання грамоти. Водночас частковий звуковий аналіз є основою повного звукового аналізу.

Робота з формування звукового аналізу та синтезу не завершується відпрацюванням різних його видів, оскільки для опанування письма та читання важливими є не лише сформованість різних видів аналізу, а й уміння оперувати звуковою структурою слова на довольному рівні, порівнювати слова за звуковою структурою і семантикою, трансформувати звукову структуру слова відповідно до умов, поставлених педагогом, добирати слова, що відповідають заданим умовам.

Важливим також є формування вміння здійснювати звуковий аналіз у різних умовах зі спиранням на слуховий аналізатор, мовноруховий аналізатор (вимову) та за уявленням.

Щодо операції звукового синтезу, то слід зазначити, що за умов сформованого звукового аналізу цей процес не є занадто складним для дітей. Однак цю роботу потрібно виконувати також у певній послідовності.

Спочатку формують синтез закритого складу на основі протязного промовляння голосного звука та додавання до нього наступного приголосного.

Формування синтезу відкритого складу можна здійснювати на основі спостереження за зміною звучання складу, в якому замінюється голосний звук, а перший приголосний залишається незмінним.

Дещо складнішим є формування синтезу складу зі збігом приголосних. Для цього застосовують таку поетапність роботи, а саме синтез:

- » односкладового слова з останнім приголосним (типу *сад, мак*) з додаванням останнього приголосного до відкритого складу;
- складу типу — *арк* з додаванням останнього приголосного до закритого складу;
- » відкритого складу з двома приголосними на початку (типу *ста*);
- односкладового слова з двома приголосними на початку та одного в кінці (типу слова *брат*).

До **прийомів звукового синтезу** належать: утворення складу з двох звуків; утворення складів приголосного зі всіма голосними; утворення за аналогією сполучення голосного звука з різними приголосними (*ар, ал, ан* тощо); утворення сполучення звуків аналогічно заданому лише з іншими звуками (*оро, оло, оно, око*); добір парних складів з м'яким приголосним (*ни — ні, ми — мі*).

Під час утворення слів використовують такі прийоми:

1. До звука (складу) додати звук (склад) і назвати слово, яке утворилося (на початку слова (*к*)*лас*, у кінці слова — *со(м)*).

2. Додати до слова такий звук, щоб утворилося нове слово (*син — сини*).

3. Утворити слово з окремих звуків, складів.

4. До заданого складу додати інший склад, щоб утворилося нове слово: *рі(чка), рі(пка), гри(би)*.

У дітей зі стійкими порушеннями суцесивного синтезу доцільно застосовувати метод глобального читання, що передбачає запам'ятовування звучання цілого складу (слова) та співвідношення його з відповідними буквами.

Розглянемо методику формування операції звукоскладового аналізу та синтезу, розроблену на основі досліджень В. Орфінської, Є. Соботович, Р. Лалаєвої, М. Савченко та інших дослідників; в-дефектологів.

#### **Формування аналізу ізольованих звуків**

На цьому етапі формують звуковий гнозис (впізнавання звуків), слухову увагу, аналіз заданого звука в ряду ізольованих звуків.

*Вправа 1.* Виділення заданого голосного звука в ряду приголосних.

Педагог пропонує дітям уважно прослухати ряд звуків і плеснути в долоні (підняти сигнальну картку), якщо вони почують заданий звук:

**(а)** *п, р, а, л, ш, а* тощо; **(о)** *л, ж, д, о, б, з, о, к* тощо.

*Вправа 2.* Виділення заданого голосного звука в ряду голосних.

Педагог пропонує дітям уважно прослухати ряд звуків і плеснути в долоні (підняти сигнальну картку), якщо вони почують заданий звук:

**(у)** *Й, /, К, >\ e, у, і, а* тощо.

*Вправа 3.* Виділення заданого приголосного звука в ряду приголосних, далеких за акустико-артикуляційними ознаками.

Педагог пропонує дітям уважно прослухати ряд звуків і плеснути в долоні (підняти сигнальну картку), якщо вони почують заданий звук:

**(ft)** *ш, п, к, д,р, м,р, в, с, т,р, н;* **(с)** *п, т, к,р, н, в, с, л, с* тощо.

*Вправа 4.* Виділення заданого приголосного звука в ряду приголосних, в тому числі й близьких за акустико-артикуляційними ознаками:

**(ш)** *п, ж, ш, с, ч, ш, ш, дж, ж, ш;* **(с)** *з, с, ц, ч, с, дз, ф, т, с* тощо.

#### **Формування аналізу звуків на фоні слова**

*Вправа 1.* Аналіз заданого звука на фоні слова.

Педагог пропонує дітям прослухати ряд слів і плеснути в долоні у відповідь на слово, в якому є заданий звук:

а) виділення голосного на початку слова в наголошеній позиції:

**(а)** *мир, суп, агрус, зуби;* **(о)** *дуб, Оля, стіл, жабка* тощо;

б) виділення голосного на початку слова в ненаголошеній позиції:

**(а)** *жук, автобус, вухо, чоботи';* **(о)** *буряк, шитао, океан, друг* тощо;

в) виділення приголосного на початку слова:

— щільного: **(с)** *вода, собака, липа, кріт;* **(ж)** *нога, жаба, вода, мит.*

— інших приголосних: **(б)** *чашка, лоша, барабан, ромашка;* **(к)** *гора, долина, калина, дощ* тощо;

г) виділення приголосного в кінці слова:

— фрикативного: **(т)** *кора, рука, салют, Зоя;* **(я)** *Катя, шило, суп, вухо;*

— інших приголосних звуків: **(с)** *вулик, квас, бочка, жолудь;* **(ж)** *вуж, просо, мило, кора* тощо.

### Формування аналізу звуків зі складу слова

*Вправа 1.* Виділення спільного звуку у словах.

Педагог пропонує дітям прослухати ряд слів і виділити в них спільний звук:

а) наголошений голосний на початку слова:

**Оля**, озеро, **олень**, **острів (о)**; ангел, агрус, айстра, арка (**а**);

б) ненаголошений голосний на початку слова:

ура, Украйна, узвар, учитель (>•); електричка, енергія, екран, екскаватор (е);

в) приголосний на початку слова:

— щілинного: собака, сир, сукня, самокат, суп (с); зуби. Зоя, зебра, зерно (з);

— інших звуків: (о) барабан, банан, бублик, бутон; (к) коні, коза, каравай, крісло;

г) приголосні звуки у кінці слова:

— фрикативні: (к) молоток, сік, будинок, вінок; (**т**) кіт, кит, сорт, поліні;

— інші приголосні: (**н**) син, тин, стан; (**с**) ніс, пояс, рис, ліс, виріс.

*Вправа 2.* Виділення першого звуку в слові.

Педагог пропонує дітям виділити перший звук у словах:

а) наголошений голосний: автор, Оля, учень, ехотошо;

б) ненаголошений голосний: автобус, указка, екран, ікра;

в) щілинний приголосний: суп, журба, шило, зуби;

г) інші приголосні: дудка, лодка, вода, банан.

*Вправа 3.* Аналіз останнього звуку в слові:

а) фрикативного приголосного: дуб, суп, голод, літак;

в) іншого приголосного: вус, вуж, король, приз.

### Формування складового аналізу

*Вправа 1.* Поділити слово на склади.

Педагог пропонує дітям промовити слово, при цьому ритмічно постукуючи рукою по столу:

сад, сир, мама, Ма-ша, ру-ка, ма-ши-на, мо-ло-ко. мо-ло-ток, мо-ро-зи-во, мі-лі-ці-о-нер.

*Вправа 2.* Визначити послідовність складів у слові.

Педагог пропонує дітям послідовно назвати всі склади у слові: перший, другий і останній:

рот, со-ва, ков-ба-са, трак-то-рист.

*Вправа 3.* Визначити кількість звуків та складів у слові.

Педагог пропонує дітям поділити слово на склади і назвати їх кількість у слові: сир, коза, жирафа, крокодил.

### Аналіз складу

Педагог пропонує дитині прослухати склад і визначити в ньому перший і останній звуки:

- а) склад, що включає лише голосні: *ау, уа, ао, оа* тощо;
- б) закритий склад: *ос, ас, ис, іс, еє: ир, ол, од, аг, ел;*
- в) відкритий склад: *по, ліо, ло, ро, го; па, мо, ну, ре, жи;*
- г) склад зі збігом приголосних: *дро, дру, гну, зву; удр, орд, олд,*  
*укр.*

#### **Визначення послідовності звуків у слові**

*Вправа 1.* Визначення послідовності звуків у слові на основі складового аналізу слова та аналізу **складів**, що входять до нього.

1. Педагог пропонує дітям **поділити слово на склади та назвати їх послідовно.**
2. По черзі проаналізувати звуковий склад кожного складу.
3. Послідовно назвати всі звуки у словах: *сад, рука, молоко, молоток, морозиво, комбайнер.*

*Вправа 2.* Педагог пропонує дітям визначити послідовність звуків у словах без попереднього складового аналізу: *мир. Мата, золото, журнал, пароплав.*

#### **Визначення кількості звуків у слові**

1. Визначити кількість звуків у слові.  
Педагог пропонує дітям послідовно назвати звуки у слові, а потім підрахувати їх кількість: *сом, жаба, човен, корито.*
2. Відібрати малюнки, в назвах яких є 4, 5 або 6 звуків.
3. Назвати цифру, яка відповідає кількості звуків у назві малюнка.
4. Розкласти малюнки в дві колонки залежно від кількості звуків у слові.

#### **Формування довільного оперування звуковим складом слова**

*Вправа 1.* Визначення відмінності у звуковому складі слів-паронімів. Дидактичний матеріал: малюнки із зображенням слів-паронімів.

Дітям пропонують прослухати пару слів-паронімів і визначити відмінність у звуковому оформленні їх.

Чим відрізняються за звучанням ці слова?

*Коза — коса, дрова — трава, лис — ліс. мишка — миска, кит — кіт.*

*Вправа 2.* Трансформація звукоскладової будови слова.

**Дидактичний матеріал:** малюнки із зображенням слів-паронімів.

Дітям пропонують змінити звуковий склад заданого слова так, щоб утворилося нове слово:

- 1) що потрібно змінити в слові *мак*, щоб утворилося слово *рак*? (*сир — син — сон — сом — сум — суп — суд — сук — сік — сім — сам — сад — над — лад — лід — дід*):

2) як змінити слово *рука*, щоб утворилося нове слово? (Якщо змінити звук *р* на звук *м*, то вийде слово *мука*):

3) переставляння звуків у слові: що треба зробити зі словом *ка-бан*, щоб утворилося слово *бан-ка* (*тила, палка, волос*).

**Вправа 3.** Добір слів, що відповідають певним фонетичним умовам:

1. Придумати слова, в яких перший звук *а* (*б, р, о, л* тощо).
2. Придумати слова, в яких звук *р* (*с, ш, .* у тощо) є останнім.
3. Придумати слова, в яких звук *ш* (*о, а, к* тощо) знаходиться всередині слова.
4. Придумати слова, в яких звук *р* є першим, а звук *а* — останнім (*рука, риба* тощо).
5. Придумайте слова, що складаються з 1 (2, 3, 4, 5) складів.
6. Придумати слова, що складаються з 3 (4, 5, 6) звуків.
7. Придумати слова із поданих звуків: *своа, ксва, пус*.
8. Придумати слова, що складаються із заданих складів: *ро, со, ка; ко, ва, ро; ло, чо, вік*.

**Вправа 4.** Гра «Ланцюжок».

1. Придумати слово, що починається з останнього звука попереднього слова. Наприклад: *сова — автобус — сир — рис — суп* тощо.

2. Придумати слова, що починаються з останнього складу попереднього слова (бажано, щоб придумані слова закінчувалися на відкриті склади). Наприклад: *молоко — корова — Ваня — нявчати* тощо.

3 метою закріплення навичок звукового аналізу в писемному мовленні широко використовують різні вправи:

1. Вставити в слова пропущені літери: *кі...ка, сон...е, м...іа* тощо.

2. Придумати та записати слова, в яких заданий звук буде першим, другим, третім, останнім (*син, осел, весна, ліс*).

3. Вибрати з речення слова з певною кількістю звуків, складів, записати їх.

4. Додати до складу заданого слова різну кількість звуків, щоб утворилося нове слово: *со-{сом}; со-(сова); со-(сокіл); со-(сокира): со-(солдати)*.

5. Придумати та записати під відповідною літерою слова, поступово ускладнюючи їхню звукоскладову структуру:

<i>Ш</i>	<i>Ж</i>	<i>ч</i>	<i>щ</i>
<i>шум</i>	<i>жук</i>	<i>час</i>	<i>щит</i>
<i>шуба</i>	<i>жаба</i>	<i>чутти</i>	<i>щиро</i>
<i>шофер</i>	<i>жираф</i>	<i>човен</i>	<i>щастя</i>
<i>шуміти</i>	<i>жувати</i>	<i>чистий</i>	<i>щавель</i>

6. Придумати слова з відповідною кількістю звуків (складів) та записати їх під відповідною цифрою.

7. Придумати та записати слова до відповідної графічної схеми.

8. Із тексту виписати слова, які відповідають поданій графічній схемі.

9. Придумати та записати слова за заданим ритмічним малюнком:

та —ліс, сир, рак, кіт,...

тА—та — осінь, листя, кішка, літо,...

тл-тА — коза, вода, лимон, буквар,...

тА-та-та — азбука, дівчинка, вулиця,...

та-тА-та — корова, подушка, малина,...

та-та-тА — бегемот, телефон, пироги,...

Пропонують також завдання зобразити ритмічним малюнком задане слово з допомогою плескання у долоні.

Отже, формування навичок звукового аналізу та синтезу є найважливішим та складним завданням. Тому звукоскладовий аналіз і синтез доцільно розпочинати ще в дошкільному віці з метою запобігання труднощам в опануванні його під час шкільного навчання.

Формувати операції звукоскладового аналізу та синтезу потрібно з урахуванням таких умов:

- дотримання послідовності та закономірностей формування звукоскладового аналізу та синтезу в нормальному онтогенезі;
- врахування виявлених порушень засвоєння його удітей із вадами мовлення;
- забезпечення умов пред'явлення мовного матеріалу (спираючись на слуховий аналізатор, промовляння, за уявленнями).

У навчанні дітей через стійкі порушення сукцесивного синтезу застосовують метод глобального читання, який передбачає запам'ятовування звучання цілого складу або слова та його співвідношення з відповідними буквами.

У період формування у дитини звукового аналізу слова широко застосовують вправи на списування слів, а також читання слів, які належать до різних частин мови та мають різні граматичні форми, що привертає увагу дитини не лише до звукового образу слова, а й до граматичного оформлення речення та його семантики. Паралельно з формуванням навичок фонематичного аналізу під час виконання письмових вправ у дітей формується зоровий контроль.



### **7.12. Логопедична робота з подолання оптико-просторових і графічних помилок та запобігання їм**

Логопедична робота з подолання оптико-просторових та графічних помилок і запобігання їм спрямована на розвиток усвідомленості тих когнітивних і сенсомоторних процесів і функцій, що забезпечують засвоєння зорово-моторного образу букви, а саме: зорово-просторового сприймання та уявлень; зорового та буквеного гнозису; зорово-моторної координації; зорової пам'яті та уваги; зорового **аналізу та синтезу**; моторних функцій.

Під час виконання вправ відбувається перехід від свідомого розгорнутого виконання кожної дії за допомогою зорових опор (за зразком, за опорними точками в зошиті) до поступового скорочення та переведення їх у розумовий план.

Ефективність формування у дітей графічного та оптико-просторового образу літери, покладеного в основу успішного опанування графічних навичок письма, значною мірою залежить від застосування правильної системи вправ, унаслідок виконання яких в учнів розвивається вміння співвідносити звук із літерою, літеру з графемою, здійснювати точні і плавні рухи під час акту письма, аналізувати та диференціювати графічно подібні фігури та літери, порівнювати виконану роботу зі зразком. Поряд із цим у дітей потрібно розвинути вміння контролювати себе в процесі виконання вправ, що сприятиме поліпшенню якості виконання роботи.

З метою розвитку у дітей здібності до засвоєння оптичного та зорово-просторового образу літери, який забезпечує впізнавання літери та співвіднесення її з відповідною фонемою, аналіз елементів букви, їх орієнтацію в просторі, а також диференціацію оптично подібних літер слід добирати спеціальні завдання з розвитку зорового сприймання, зорового аналізу і синтезу, просторових уявлень.

Вправи з розвитку **зорового та буквеного гнозису, зорового аналізу та синтезу** спрямовані на уточнення уявлень дітей про сенсорні еталони (колір, форму, розмір предметів), формування у них усвідомленості зорового сприймання внаслідок виділення істотних ознак об'єкта (предмета, геометричної фігури, літери) для створення його цілісного образу та впізнавання запропонованого зображення на основі зіставлення виділених персональних ознак об'єкта зі слідами пам'яті. Передбачено також оволодіння дітьми навичками усвідомленого зорового аналізу фігур та літер, умінням знаходити відмінні та подібні їх елемен-

ти, актуалізувати в пам'яті засвоєчі зорові образи букв та співвідносити їх з відповідними фонемами за уявленням.

Складовими завдання на розвиток зорово-просторових уявлень є:

1. Розвиток орієнтації у власному тілі, диференціація правих і лівих його частин.

2. Розвиток орієнтації у навколишньому просторі.

*Вправи на розвиток орієнтації дитини у власному тілі* здійснюють корекційно-розвивальний вплив на недосконалу організацію взаємодії півкуль головного мозку та сприяють виділенню в них домінантної ролі однієї з них. Формування у дитини орієнтації у собі здійснюється на основі сформованих у неї уявлень про диференціацію правої і лівої частин тіла.

*Робота над розвитком орієнтації в просторі* полягає у визначенні всіх просторових напрямів та просторового розташування предметів щодо дитини, формуванні розуміння нею просторових співвідношень між предметами, а також опрацюванні на цій основі прийменникових конструкцій на позначення просторових співвідношень, які значно полегшують роботу над розвитком граматичного ладу мовлення. Зокрема, передбачено практичне засвоєння в мовленні прийменників *над, між, з-за, з-під*, що позначають просторове розташування предметів.

Вправи на опрацювання просторових напрямів на аркуші створюють основу для кращого розуміння дитиною інструкцій з просторового розташування елементів літери в рядку, забезпечують письмо у заданому напрямку (зліва направо). Визначення відмінностей подібних фігур та літер, які відрізняються лише просторовим розташуванням елементів, формує вміння розрізняти літери за просторовими деталями. Визначення відмінностей між дзеркально розташованими фігурами та літерами сприяє правильному розташуванню літери в дзеркальному просторі.

*Спеціальні вправи на розвиток зорової пам'яті* мають бути спрямовані на формування довільного зорового запам'ятовування та збільшення його обсягу поступовим збільшенням кількості пропонованих об'єктів. Запам'ятовування одночасно і послідовно запропонованих об'єктів забезпечує розвиток симультанно-сукиєсивних аналізу і синтезу.

*Вправи на розвиток довільної зорової уваги* передбачають формування таких її якостей, як стійкість, концентрація, розподіл, переключення. З цією метою використовують завдання на виявлення відмінностей між подібними малюнками, знаходження серед подібних малюнків двох охгнакових.

Завдання, спрямовані на виділення з ряду однорідних предметів тих, що об'єднані спільною ознакою, сприяють формуванню вибірковості уваги, а також уточненню уявлень дітей про колір, розмір та форму.

Для розвитку стійкості та концентрації уваги дітям пропонують простежити очима з допомогою олівця, а потім і без нього від початку до кінця лінії ізольовано та в умовах переплетення ліній. Ускладненням цього завдання є простеження шляху героя по лабіринту. Виконання цих вправ сприяє також розвитку послідовного руху очей зліва направо, що поліпшує зорове сприймання дітьми складних зображень. Для розвитку здібності довільно переключати увагу пропонують читання ряду літер, які чергуються з цифрами, та по чергове відшукування літер і цифр (лише знайомих дітям) в адаптованих таблицях Шульте.

За спеціальними вправами можна підготувати дітей до формування дії зорового контролю за власною діяльністю та зіставлення отриманого результату зі зразком.

**Корекція та розвиток дрібної моторики пальців і кистей рук, зорово-моторної координації** сприяє формуванню асоціативних зв'язків між центрами мовлення і моторною зоною кори головного мозку, **внаслідок чого удосконалюється механізм довільної регуляції рухів руки**, що дає змогу дитині краще оволодіти навичками письма. Тому застосовують *вправи на розвиток кінестетичної та динамічної організації довільних рухів пальців і кистей рук*.

Для розвитку кінестетичної організації дрібних рухів використовують вправи на відтворення різних статичних поз кистей і пальців рук. Спочатку дітей навчають нескладних статичних поз із поступовим ускладненням їх. Особливої уваги серед цих вправ заслуговує так звана пальчикова абетка. Її виконання сприяє закріпленню в пам'яті графічного образу літери, а також розвитку просторових уявлень, зорового аналізу і синтезу, конструктивного праксису.

Потім у роботу вводять динамічні вправи з послідовними дрібними рухами пальців, а також на виконання складних рухових програм: відтворити серію послідовних рухів («кулак—долоня—ребро»), виконати одночасну зміну положень рук (розвиток реципрокної координації рухів: «кулак—долоня» — «долоня—кулак»).

Виконання графічних вправ сприяє становленню у дітей оптико-кінестетичної та динамічної організації рухів руки, опануванню довільної регуляції, а також формуванню зорово-моторної координації. Крім того, малювання ліній та їх переплетення використовують з метою психорегуляції, оскільки процес малювання позитивно впливає на емоційний стан та психіку дитини. Такий вплив дуже корисний для дітей з мовленнєвими порушеннями, адже здебільшого вони потребують регулювання психічних процесів гальмування і збудження. Багаторазове повільне малювання «розкручування» спіралі з центру сприяє роз-

5. **Складання** логопедом алгоритму запису літери та записування друкованої літери дітьми в зошиті за зразком.

6. Перевірка запису літери та порівняння її зі зразком.

Наведемо приклад аналізу літери **А**: «Велика літера **А** складається з трьох елементів: перший елемент — довга паличка із нахилом праворуч, другий елемент — довга паличка із нахилом ліворуч, які з'єднуються вгорі. Між ними є «місточок» — маленька паличка, розташована горизонтально».

Для закріплення графічної форми нової літери в пам'яті дітей доцільно використовувати такі завдання: написати літеру в повітрі; обвести літеру за контуром, за шаблоном; обмацати об'ємну літеру із заплющеними очима; викласти літеру за зразком із паличок, із насіння; викласти літеру з їстівних продуктів, назви яких починаються з цього звука (наприклад, літеру **М** — викласти з морквин, літеру **П** — з печива тощо); виліпити з пластиліну; «вишити» літеру шнурком на дощечках (розміром 35 x 25) з великою кількістю отворів (діаметром 5 мм); вирізати літеру з кольорового паперу; придумати слова, що починаються з цієї літери, тощо.

Виконання зазначеної вище послідовності дій сприятиме засвоєнню оптико-просторового образу літери, яку вивчають, забезпечуючи успішне опанування операції переведення фонем в зорову графічну схему (літеру) та відрізнення її від оптично подібних літер.

Під час написання дитиною літери виникає міцний зв'язок механізмів мовнослухового, мовнорухового, зорового і моторного аналізаторів. У разі систематичного повторення ці зв'язки **закріплюються** і сприяють активному мимовільному запам'ятовуванню зорового і рухового образів літери (опора на зорову, мовнорухову та кінестетичну пам'ять) та переходу акту записування в автоматизовану навичку, що запобігає помилкам на змішування літер за кінетичною подібністю.

Отже, включення до змісту роботи з підготовки дітей до оволодіння графічними навичками письма рекомендованої системи вправ за наведеними напрямками сприяє **успішному формуванню** графічного та оптико-просторового образу букви, а також достатньому розвитку операційних компонентів мислення та когнітивних процесів і функцій, що забезпечують процес писемного мовлення.

#### **Вправи з розвитку зорового та буквеного гнозису, аналізу та синтезу**

1. Назвати предмети, зображені контурно.
2. Назвати предмети, зображені пунктиром.
3. Назвати предмети, зображені в умовах зашумлення.

4. Назвати закреслені предмети.

5. Впізнати недомальовані предмети і домалювати їх.

Варіантом цього завдання є домальовування малюнка, задуманого іншими. Одна дитина починає малювати, не повідомляючи про те, що вона задумала. Інші по чергову продовжують малюнок, відображуючи власний задум. Це завдання виконує група дітей і потребує від кожної дитини достатньо розвинутої уяви.

6. Назвати предмети в умовах **накладання** (за **Поппелрейтером**).

7. Виділити фігуру; замасковану в іншій, більш складній структурі.

8. Виділити в однорідній сітці (наприклад, шахова дошка) задану фігуру.

9. Знайти фігуру серед подібних, визначити її подібні та відмінні елементи.

10. Визначити подібність і відмінність фігур, що відрізняються лише одним елементом.

і 1. Уточнення поняття про колір.

Підібрати малюнки до фону певного кольору (співвіднесення за кольором).

*Material:* синя лампа і синій аркуш картону; сонечко і жовтий аркуш картону; дерево і зелений аркуш картону; дитина в червоному комбінезоні і червоний аркуш картону.

12. Уточнення поняття про форму:

а) дібрати до малюнків подібні до них геометричні фігури (співвіднесення з геометричними фігурами);

*Material:* геометричні фігури (коло, овал, трикутник, квадрат, прямокутник); малюнки: яблуко, барабан, м'яч; яйце, слива, огірок; пірамідка, парасолька, ковпак; стіл, хустка, вікно; акваріум, двері, книга;

б) підібрати до геометричних фігур відповідні малюнки (або обвести малюнки подібними за формою рамками);

в) розкласти в рамки у вигляді геометричних фігур предмети, подібні до них за формою.

! 3. Уточнення поняття про розмір.

Визначити реальну величину предметів і розкласти їх послідовно від меншого до більшого (співвіднесення за розміром).

*Material:* малюнки чашки, відра, каструлі однакового розміру.

14. Знайти задану літеру серед інших літер, розмішених не в алфавітному порядку (спочатку різних, а потім графічно подібних):

**йцукен гшщзхі фівапр лджсяч смитбю пник шщц лмая.**

15. Назвати літери, що хаотично розміщені в різних положеннях на аркуші паперу, і викласти їх на набірному полотні.

16. Згрупувати однакові літери, написані різним шрифтом:

ККК ТТТ ААТ МММ ППП ДДД.

17. Впізнати літеру за елементами і дописати до цілої.

18. Знайти і показати, до складу яких фігур (літер) входить певний елемент (за зразком, за уявленням). Назвати ці літери.

19. Упізнати в елементах неповністю зображених літер цілі літери та викласти їх на набірному полотні:

**І ЮГІ> Д\ )НЯ>ЦЮЯ.**

20. Визначити, зі скількох елементів складається подана буква:

Х П І М И Т Р В Ж Б У Щ Ш Ц .

21. Учитель називає звук, а діти пишуть літеру на її позначення у повітрі.

22. Діти змагаються, хто швидше складе з розданих елементів фігур (літер) цілу фігуру (літеру) (за зразком, за уявленням). Назвати складену літеру.

23. Розв'язати приклади за зразком (один елемент літери + другий елемент літери = літера).

24. Розв'язати рівняння і закреслити знак « = » там, де він поставлений неправильно (там, де сума елементів містить зайвий елемент або його не вистачає).

25. Дітям пропонують картки, де ліворуч від вертикальної риски зображена вся літера, а праворуч від неї — різні елементи. Знайти серед них елементи потрібної літери:

**А j|V/d**

26. Назвати запропоновану літеру і знайти її зайвий елемент:

АІ Q ЬЪЖ .

27. Знайти і поєднати лінією однакові фігури (літери). Ускладнення цього завдання: поєднати лінією однакові літери, але записані різним шрифтом.

28. Упізнати літери в дзеркальному зображенні і правильно викласти їх з елементів.

29. Упізнати літери в умовах накладання і викласти їх на набірному полотні:

**Н ІА В Сfe.**

30. Порівняти дві графічно подібні літери і знайти елементи, за якими вони відрізняються:

ЛА ЛМ ВР ВЗ ВБ ГТ КЖ ХУ ИН ПН ИП ИЦ ЦЦ ШЩ СО ОР.

31. Визначити подібність і відмінність фігур, які відрізняються лише одним елементом.

32. Полічити, скільки разів трапляється задана літера в ряду графічно подібних літер (наводять зразок літери). Ускладненим варіантом цього завдання є його виконання за уявленням (без демонстрації літери):

**Ц Ш Щ И Ц Ш Щ И Ц Ш Щ И Ц Ш Щ И Щ Ш .**

33. Упізнати серед символів літери. Інструкція: «Знайдіть у листі інопланетян наші земні літери і назвіть їх»:

**B S m Z V Y H U B R V <sup>1</sup> F Д Х О & Я Ф Э Р Ц Е М Л L Q M W.**

34. Малюнковий диктант букв. Логопед показує дітям малюнки і пропонує викласти на набірному полотні літери, що позначають звуки, з яких починається назва кожного малюнка.

35. Предметний диктант літер. Дітям демонструють предмет і пропонують записати першу (другу) літеру його назви.

#### **Вправи з розвитку довільної зорової уваги**

1. Простежити за допомогою олівця (лише поглядом) від початку лінії до кінця в заданому напрямку (наприклад, від А до М).

2. Простежити за допомогою олівця (лише поглядом) від початку лінії до кінця, коли вона переплітається з іншою лінією або кількома іншими лініями.

3. Простежити за допомогою олівця (лише поглядом) шлях героя по лабіринту.

4. Назвати серед інших малюнки однієї тематичної групи (овочі, фрукти, транспорт тощо):

— назвати малюнки (геометричні фігури, літери) лише заданого кольору;

— полічити серед геометричних фігур лише кола (квадрати, трикутники, прямокутники);

— полічити лише маленькі (або великі) геометричні фігури.

5. «Прочитати» ряд з послідовним чергуванням літер та цифр:

**А 1 О 2 У 3 І 4 И 5.**

6. Почергово відшукати числа від 1 до 5 червоного і від 5 до 1 синього кольорів або голосні **а, о, у, и, і**, позначені червоним, а приголосні **а, я, т, к, с** — синім кольорами.

7. Знайти відмінності удвох подібних малюнках.

8. Знайти заданий малюнок серед подібних.

9. Знайти два однакових малюнки.

#### **Вправи з розвитку зорової пам'яті**

1. Уважно розгляньте сюжетний малюнок і запам'ятайте все, що на ньому зображено (час демонстрування — 1 хв). Потім малюнок закривають. Дитина має пригадати предмети, які були

зображені на малюнку. Після цього логопед відкриває малюнок, і дитина знаходить ті предмети, які забула.

2. Уважно розглянути предметний малюнок і намалювати його за пам'яттю. Після виконання роботи порівняти зі зразком.

3. Уважно розглянути малюнок, а потім знайти його за пам'яттю серед подібних. Якщо дитина відчуває труднощі під час виконання завдання, їй пропонують знайти заданий малюнок, спираючись на зразок.

4. Скласти малюнок з частин, намалювати його за пам'яттю і порівняти свій малюнок зі зразком. Якщо дитина відчуває труднощі під час виконання завдання, логопед разом з нею аналізує малюнок і пропонує перемалювати його зі зразка.

5. Уважно розглянути і запам'ятати ряд, який складається з 3—6 предметних малюнків (смужок різного кольору, геометричних фігур, літер), а потім закрити очі:

а) логопед деякі малюнки (геометричні фігури, літери, смужки) ховає чи, навпаки, додає. Діти мають помітити, що зникло чи з'явилося, і відтворити початковий ряд:

б) логопед змінює послідовність розташування малюнків (геометричних фігур, літер, смужок). Діти повинні помітити, що змінилося, і відтворити початковий ряд.

Якщо дитина відчуває труднощі у виконанні завдання, логопед аналізує разом з нею зразок, а потім повторює завдання. В разі невиконання завдання логопед зменшує кількість малюнків (геометричних фігур, літер, смужок).

6. Логопед демонструє дітям 3—6 малюнків зі знайомими предметами (геометричні фігури, літери) один за одним, кожний з яких діти розглядають 2 с. Потім вони мають пригадати і назвати послідовність малюнків (геометричних фігур, літер). Якщо дитина відчуває труднощі у виконанні завдання, логопед повторює його ще раз. У разі невиконання завдання логопед зменшує кількість малюнків (геометричних фігур, літер).

7. Зоровий диктант. Запам'ятати ряд з кількох геометричних фігур (літер або цифр) і викласти його за пам'яттю з шаблонів (на набірному полотні) у заданій послідовності (потрібно поступово збільшувати їх кількість). Потім порівняти свою роботу зі зразком і визначити, чи правильно виконано завдання.

Для корекції зорового сприймання і зорової уваги на більш пізніх етапах роботи доцільно використовувати комплекс спеціальних завдань, виконання яких позитивно впливає на вироблення навички самоконтролю.

Цей комплекс включає такі завдання:

1. Знайти в рядку сполучення літер, записаних над рискою:

мло                      жах                      ГТР  
лмомломл      жсахжсахаж      ПГТГТРГТГПР



2. Виписати 5 слів з виділеною буквою: **с м, о, ш**: урок, грак, оси, вода, сніг, вовк, парк, море, ліс, цукор.

3. Виписати 5 слів, які закінчуються буквою **к, т, п. л, и, о, а** та ін.

4. Виписати слова, в яких є сполучення букв **ьо, йо, тт, дд, ни, Ал, ча, дже, дзи, бдж**. Наприклад, сполучення **дже**: джміль, джем, воджу, народження, **Джера**, саджу, сполучення **ни**: насіння, Таня, літня, знання, няня, мовчання, цвітіння, лазня', сполучення **ьо'льод, біль, льотчик, фільм, у нього, олень, Булька, бульйон, мальований, дзьоб, знайомий, серйозний**.

5. Порівняти речення другої колонки з першою, виправити помилки, наприклад:

I. Стигле колосся гнеться до землі.      II. Стигле колося гнеця доземлі.

6. Порівняти текст другої колонки з першою, виправити помилки:

#### I. Синичка

Синичка — маленька пташка. У неї чорна голівка і білі шічки.

Груди в синички жовтенькі, а спинка зеленувата. Синичка поїдає різних комах. Це дуже корисна пташка.

#### II. Сеничка

Сеничка маленька пташка.

У неї чорна голівка і білі шчічки.

Груди в синички жовтенькі, а спинка зеленувата. Сеничка їсти різних колах, це дуже корисна пташка.

**Вправи з розвитку зорово-просторових уявлень** передбачають:

1. Розвиток орієнтації у власному тілі, диференціацію правих і лівих його частин.

2. Розвиток орієнтації у навколишньому просторі.

**Вправи для уточнення уявлень дитини про схему власного тіла**

1. Підняти свою «основну» руку, назвати її (права). Уточнити, що діти роблять правою рукою.

2. Підняти другу руку, назвати її (ліва). Уточнити, що можна робити лівою рукою.

У ліворуких дітей відповіді можуть бути оберненими. Логопед повинен пояснити цим дітям, що назви рук залишаються загальноприйнятими, тому їх слід запам'ятати.

3. Взяти предмет правою (лівою) рукою.

4. Показати на предмет правою (лівою) рукою.

5. Співвіднести частини тіла з правою рукою, назвати їх (права нога, праве вухо, праве око тощо).

6. Співвіднести частини тіла з лівою рукою, назвати їх (ліва нога, ліве вухо, ліве око тощо).

7. Виконання завдань на зразок " «Підніми ліву руку, покажи праве око, ліве вухо, праве коліно».

8. Виконання завдань на зразок: «Доторкнися лівою рукою до правого вуха, правою рукою до правого вуха, правою рукою до лівого вуха, покажи лівою рукою праве око».

***Вправи з формування умінь дитини орієнтуватися в навколишньому просторі***

1. Визначення просторового розташування предметів щодо дитини.

2. Визначення просторових напрямків, просторових співвідношень між 2—3 предметами, розуміння прийменникових конструкцій на позначення просторових відношень.

3. Уточнення просторового розташування різних фігур і літер на аркуші паперу.

***Вправи на визначення просторового розташування предметів щодо дитини***

1. Витягнути вбік праву руку, перелічити предмети, що знаходяться з правого боку (праворуч).

2. Витягнути вбік ліву руку, перелічити предмети, що знаходяться з лівого боку<sup>7</sup> (ліворуч).

3. Перелічити предмети, що знаходяться спереду (позаду).

4. Виконати рухи в одному напрямку: витягнути руку праворуч, відставити ногу праворуч; повернути голову праворуч, нахилити голову до правого плеча; зробити три нахили праворуч, присісти на праве коліно.

Так само опрацьовують інші напрямки: ліворуч, вгору, вниз, спереду, позаду.

5. Виконати інструкції на зразок: «Подивися ліворуч, праворуч; підкинь м'яч над собою; поклади книгу позаду себе; поклади зошит перед собою; поклади лінійку під себе; сховай руки за собою» та ін.

6. Стоячи в колоні, дитина має визначити, хто стоїть перед нею і за нею.

7. Стоячи в ряду, дитина має визначити, хто стоїть праворуч і ліворуч від неї.

8. Сидячи за партою, дитина має визначити місце сусіда щодо себе («Сашко сидить праворуч (або ліворуч) від мене»).

9. «Що міститься праворуч від мене?» Перелічити предмети, що перебувають праворуч, не повертаючи голови. Після цього повернутися праворуч і знову перелічити предмети, розміщені праворуч.

Так само опрацьовують напрямки ліворуч, спереду, позаду.

10. «Диспетчер та літак». За наявності просторого приміщення можна попросити дитину уявити себе «літаком», алогопеда — «диспетчером», який прокладає літаку шлях з поворотами.

\ 1. «Робот». Дитина зображує робота, який точно і правильно виконує команди людини: «Один крок вперед, два кроки праворуч, стрибок догори, три кроки ліворуч, вниз (присісти)» тощо. Потім діти грають у неслухняного робота, який виконує усі команди навпаки: йде не вперед, а назад; замість того аби підстрибнути догори, присідає; повертає не праворуч, а ліворуч. Після того як дитина почне, не помиляючись, швидко виконувати всі завдання, потрібно їх ускладнити: «Крок ліворуч правою ногою; два кроки вперед, починаючи з лівої ноги», тощо.

12. «Передай м'яч назад». До цієї гри можна залучати будь-яку кількість дітей, що стоять у колоні. Перший з них передає м'яч назад і відразу перебігає в кінець колони; другий стає першим і повторює дію першого і т. д. За командою дорослого або першого гравця м'яч передають піднявши руки догори (донизу, справа, зліва). Спочатку дітям пропонують уголос назвати напрямок, в якому вони передають м'яч.

13. «Моя кімната». В знайомому дитині просторі потрібно обговорити, що де стоїть: «Якщо стати обличчям до вікна, то праворуч буде що?., а ліворуч?..» тощо. Дають інструкцію: «Покажи верхній правий кут спереду» та ін.

***Вправи на визначення просторових напрямків, просторових співвідношень між 2—3 предметами, розуміння прийоменникових конструкцій на позначення просторових співвідношень***

1. Логопед спочатку показує рукою в повітрі напрямки і співвідносить їх з відповідною стрілкою:

*Зліва направо — «ш\*»-      Справа наліво —*

*Згори донизу — I      Знизу догори — t*

Потім пропонує дітям відтворити напрямки стрілок: логопед показує стрілку, а діти виконують відповідний рух рукою в повітрі.

2. Уточнення взаємного розташування двох предметів. Логопед пропонує покласти зошит біля правої руки, а підручник — біля лівої. Дитина має визначити: Де знаходиться підручник: праворуч чи ліворуч від зошита? Де знаходиться зошит: праворуч чи ліворуч від підручника?

3. Визначення просторових співвідношень між двома предметами. Виконання завдань на зразок: Поклади олівець ліворуч від підручника, книгу — праворуч від олівця; постав тарілку ліворуч від склянки; поклади ложку праворуч від тарілки; поклади



6. Знайти проставлені логопедом в рядку зошита чотири точки:  
а) поставити знак «+» або вивчену букву (зліва направо): від першої точки — вгору; від другої — знизу; від третьої — праворуч; від четвертої — ліворуч:

А . .А А-  
А

б) від кожної точки провести стрілочку в напрямку (зліва направо): від першої точки — догори; від другої — донизу; від третьої — ліворуч; від четвертої — праворуч.

7. Виконати графічний диктант — малювання орнаментів і літер. Для цього дитині пропонують поставити точку на аркуші в клітинку і від неї вести олівцем по клітинках під диктування, наприклад: 5 клітинок донизу, 1 — праворуч, 4 — догори, 2 — праворуч, 1 — догори, 3 — ліворуч (вийшла буква Г).

8. Дитині дають фішку і аркуш паперу, поділений на 9 квадратів. Фішку ставлять у центральний квадрат і пропонують перемістити її: а) вгору; б) вниз; в) праворуч; г) ліворуч; д) догори праворуч; е) вниз ліворуч; є) вниз праворуч; ж) догори ліворуч.

9. Розкласти геометричні фігури (малюнки, літери) на аркуші в заданих напрямках. Виконання інструкцій на зразок: «Трикутник (яблуко, літеру а) поклади в центрі аркуша; коло (сливу, літеру о) — вгорі, над трикутником (яблуком, літерою а): квадрат (грушу, літеру у) — внизу, під трикутником (яблуком, літерою а)». «Трикутник (томат, літеру т) поклади в центрі аркуша, прямокутник (огірок, літеру я) — у правому верхньому куті; еліпс (цибулю, літеру с) — у лівому нижньому куті; коло (моркву, літеру м) — у правому нижньому куті; квадрат (буряк, літеру к) — у лівому верхньому куті».

10. Намалювати геометричні фігури (малюнки), написати літери на аркуші в заданих напрямках (див. попереднє завдання).

11. Розглянути малюнок і дати відповіді на запитання: «Що намальовано в центрі аркуша? Що намальовано праворуч від нього? А ліворуч? Що намальовано в правому верхньому куті? А в нижньому лівому куті? Назви предмет праворуч унизу. Назви предмет ліворуч угорі.

12. Назвати напрямки розташування предметів на малюнку. Відповіді на запитання на зразок: Де розташовано (намальовано) трикутник (яблуко, літеру а), коло (сливу, літеру о), квадрат (грушу, літеру о)?

Де розташовано (намальовано) трикутник (томат, літеру т), в якому куті розташовано (намальовано) прямокутник (огірок, літеру я), еліпс (цибулю, літеру с), коло (моркву, літеру м). квадрат (буряк, літеру к)?

**Вправи з розвитку координації дрібних рухів пальців і кистей рук** передбачають:

1. Розвиток кінестетичної організації довільних рухів.
2. Розвиток кінетичної організації довільних рухів.

Вправи з **розвитку кінестетичної організації довільних рухів** спрямовані на відтворення статичних поз пальців та кистей рук за зразком логопеда.

Для закріплення графічної форми вивченої літери дітям пропонують так звану пальчикову азбуку, яка передбачає виконання завдань у такій послідовності:

1. Побудова літери за словесною інструкцією логопеда з одночасним показом.
2. Порівняння пальчикової літери зі зразком.
3. Побудова літери за словесною інструкцією без зразка.
4. Самостійна будова свого варіанта літери залежно від можливостей і рівня розвитку уяви.
5. Відгадування літери, побудованої іншою дитиною.

**Вправи з розвитку кінетичної організації довільних рухів**

1. Виконання дитиною послідовної зміни трьох позицій руки: «долоня — ребро — кулак». Вправу виконують спочатку повільно, а потім з поступовим пришвидшенням.

2. Дитині пропонують одночасно стукати по столу обома руками: правою, стиснутою в кулак, і лівою — розкритою долонею. Потім положення рук швидко змінюють: лівою, стиснутою в кулак, і правою — розкритою долонею. Вправу виконують спочатку повільно, а потім з поступовим пришвидшенням.

3. Виконання динамічних вправ для пальців та кистей рук за зразком логопеда.

**Графічні вправи з розвитку зорово-моторної координації та дрібної моторики рук** передбачають:

1. Виконання графічних вправ на нерозліняному аркуші паперу.
2. Виконання графічних вправ у сітці зошита.

**Графічні вправи на нерозліняному аркуші паперу**

1. Накреслити пряму (хвилясту, ламану, пунктирну) лінію в заданому напрямку: зліва направо, згори донизу, знизу догори.

2. З'єднати прямою (хвилястою, ламаною, пунктирною, спіральною) лінією малюнки.

3. Накреслити пряму, хвилясту, ламану, пунктирну, спіральну, похилу лінії між двома запропонованими лініями.

4. Заштрихувати фігури прямою вертикальною, прямою горизонтальною, хвилястою, пунктирною, ламаною, спіральною, похилою вправо, похилою вліво лініями.

5. Обвести на аркуші шаблони л картону олівцем і заштрихувати прямою вертикальною, прямою горизонтальною, хвилястою, пунктирною, ламаною, спіральною, похилою вправо, похилою вліво лініями.

6. Намалювати круглу, спіральну лінії навколо точки за годинниковою стрілкою та проти годинникової стрілки.

7. Виконати за зразком комбіновані лінії із заданим напрямком.

8. Обвести малюнки точно за контуром, не відриваючи олівця від аркуша.

9. Обвести малюнки за пунктирами.

10. Продовжити візерунок за опорними точками.

11. Відтворити заданий візерунок за опорними точками (за зразком).

12. Намалювати геометричні фігури за зразком.

13. Домалювати незакінчені малюнки.

#### ***Графічні вправи у сітці зошита***

1. Накреслити задані елементи у рядку зошита: а) за зразком і пунктирними лініями; б) за зразком за опорними точками; в) за зразком без опорних точок; г) без спирання на зразок.

2. Дотримуватися такої послідовності вивчення елементів літер: пряма вертикальна лінія (написання у напрямках згори донизу, низу догори), пряма горизонтальна лінія (зліва направо), похила вправо, похила вліво, похила лінія із заокругленням унизу, похила лінія із заокругленням угорі, похила лінія з петлею внизу, похила лінія з петлею вгорі, лівий півовал, правий півовал, овал (замкнена лінія).

3. Продовжити орнамент: а) по клітинках; б) міжрядковими лініями.

4. Відтворити орнамент: а) по клітинках; б) між рядковими лініями.

5. Домалювати малюнок симетрично по клітинках.

6. Намалювати малюнок по клітинках за зразком.

#### ***Вправи для самомасажу рук***

1. Виконують подушечками чотирьох пальців, які розташовують біля основ пальців тильного боку руки, яку масажують, і пунктирними рухами вперед-назад, зміщуючи шкіру приблизно на 1 см, поступово просувають їх до зап'ястя («пунктирний» рух).

2. Ребрами долоні діти імітують рухи пилки у всіх напрямках тильного боку кисті руки («прямолінійний» рух). Кисть і передпліччя розміщують на столі, діти сидять.

3. Основою кисті роблять обертальні рухи в бік мізинця.

4. Самомасаж кисті руки з боку долоні. Кисть і передпліччя розміщують на столі чи на коліні, діти сидять. Погладжування.

5. Фалангами стиснутих у кулак пальців рухають угору—вниз і справа—наліво по долоні руки, яку масажують («прямолінійний» рух).

6. Фалангами стиснутих у кулак пальців проводять рух за принципом «свердлика» по руці, яку масажують.

7. Самомасаж пальців рук. Кисть і передпліччя руки, яку масажують, розміщують на столі, діти сидять. «Щипцями», що утворені зігнутими вказівним і середнім пальцями, виконують хапальний рух на кожне слово вірша в напрямку від нігтьових фаланг до основи пальців («прямолінійний» рух).

8. Приводять у рух подушечку великого пальця, який прикладають до тильного боку фаланги, яку масажують. Інші чотири пальці охоплюють і підтримують великий палець знизу («спіралеподібний» рух).

9. Рухи такі самі, як під час розтирання рук, що змерзли.

10. Виконання вправ з маленькими м'ячами:

а) стискання і розтиснення в долонях маленьких м'ячів з гуми;

б) перекочування м'яча на столі з утриманням його спочатку між долонями, потім між великими пальцями, вказівними, середніми, безіменними, мізинцями.

Таким чином, подолання графічних та оптико-просторових помилок сприяють прийоми, спрямовані на розвиток зорового гнозису, мнезису, просторових уявлень та їх мовленнєвих позначень, зорового аналізу і синтезу а також кінетичної організації рухів. Велику увагу приділяють порівнянню літер, які змішують на письмі, з максимальним використанням різних аналізаторів.

### **7.13. Логопедична робота в подолання лексико-граматичних помилок**

Метою логопедичної роботи з подолання лексико-граматичних помилок є формування у дітей морфологічних і синтаксичних узагальнень, уявлень про морфологічні елементи слова та про будову речення. Основні напрями роботи: *логопедична робота над наголосом, корекція та розвиток граматичної будови мови (системи словозміни та словотворення); формування поняття про речення, уточнення структури речення; розвиток навичок морфологічного та синтаксичного аналізу і синтезу, збагачення лексичного запасу, розвиток зв'язного мовлення.*

Корекційна логопедична робота з розвитку умінь визначати та виділяти наголос у словах є важливою передумовою засвоєння



орфограм, морфологічного та фонетичного принципів письма, однією з умов переходу до наступних етапів логопедичного впливу під час подолання дисграфії та дизорфографії. Розвиткові вміння виділяти наголос у словах сприяють такі вправи:

1) знайдіть наголошений та ненаголошений голосний у складах (учитель промовляє складовий ряд, в якому один із складів виділяє силою голосу):

*са-со, са-со;*

*да-до-ду, да-до -ду, да-до-ду;*

*та-ло-ну-ми;*

2) визначте кількість складів у слові, назвіть наголошений;

3) поділіть слова на склади та запишіть у зошиті тільки наголошені склади;

4) намалюйте графічну схему слова, поставте наголос;

5) покажіть відповідну до слова схему (вчитель називає слова, учні показують відповідні схеми).

Подібні вправи сприяють також формуванню в учнів складового аналізу і синтезу.

**Основні напрями корекції та розвитку граматичної будови мови**

(1. Пршлепова. В. Тишенко):

1. Розвиток системи словозміни.

2. Розвиток системи словотворення та словника похідних слів.

3. Диференціація частин мови (іменників, прикметників, дієслів).

4. Диференціація граматичних значень та уточнення зв'язків з формальними ознаками.

5. Розвиток уміння визначати споріднені слова та виконувати морфологічний аналіз слів.

Вивчення морфологічної структури слів, розвиток процесів словозміни та словотворення має велике значення для розвитку лінгвістичних здібностей учнів, успішного засвоєння граматичних знань, орфографічних навичок та загального розвитку. Під час розвитку процесів словозміни та словотворення створюються передумови продуктивного засвоєння правил правопису, пов'язаних з повноцінним уявленням морфологічного складу слова, зміною певних частин мови за родами, числами, відмінками. Корекційна робота відбувається на основі вивчення гем шкільної програми з української мови, таких як «Будова слова», «Споріднені слова» та ін. Під час логопедичних занять широко застосовують усні та письмові вправи з утворення нових слів за допомогою афіксів, складання словосполучень, речень та текстів.

Логопедичні заняття в 1 класі мають суто пропедевтичний характер. Проводять їх у практичному плані з використанням

ігор, ігрових ситуацій і вправ. За допомогою ігор «Ласкаві діти», «Великі та маленькі» дітей ознайомлюють з утворенням іменників та прикметників зі зменшувально-пестливим значенням. Потім навчають правильно вживати дієслова з різними префіксами. Під час роботи використовують методи спостереження, практичні дії, різні види читання. Після прочитання всі слова обов'язково порівнюють, з'ясовують їхній звукобуквений, морфологічний склад, значення слова.

У 2 класі учні вправляються в доборі споріднених слів, спостерігають за словозміною та словотворенням. Учні 3—4 класів практично засвоюють значення найуживаніших префіксів. Їх ознайомлюють з багатозначністю деяких префіксів. Наприклад, префікс *під* означає наближення (*підбігти, під'їхати*), додавання до чогось (*підфарбувати, підсолити*). Потрібно показати відмінність у вживанні префіксів та прийменників у процесі виконання різних вправ. Утворені учнями слова обов'язково включають у речення, що дає можливість спостерігати за словозміною та отримати уявлення про зв'язки слів у реченні. На всіх логопедичних заняттях проводять роботу з розбору слів за будовою — морфемний аналіз.

Розглянемо докладніше зміст кожного напрямку.

#### **1. Розвиток системи словозміни передбачає:**

- а) розвиток умінь вживати іменники в однині та множині;
- б) розвиток умінь вживати прийменниково-відмінкові конструкції у словосполученнях і реченнях (з опорою на малюнки, на запитання). Наприклад: *Пташка біля є ні їла з гнізда. Пташка підлетіла до гнізда. Пташка влетіла у гніздо. Пташка відлетіла від гнізда;*
- в) розвиток уміння узгоджувати прикметники з іменниками за родом, числом у словосполученнях та реченнях. Наприклад: *Огірок продовгуватий, а вишня...;*
- г) розвиток уміння диференціювати дієслова в однині та множині теперішнього часу (*Дівчинка малює. Діти малюють*);
- д) розвиток уміння диференціювати дієслова минулого часу за родами (*Саша намалював. Саша намалювала.*);
- е) формування словозміни за аналогією, поданою у зразку педагога.

#### **2. Розвиток системи словотворення та словника похідних слів передбачає:**

1. Формування вміння та навичок використовувати у власному мовленні суфікси та префікси:

- а) для іменників — суфікси, що мають розмірно-оцінне значення: *-о/с, -ц, -он, -к, -атко(-ятко)* (*будиночок, віконце, листочок, мишка, кошенятко*); суфікси зі значенням недорослості: *-ен* (*слоненя, лисеня*); суфікси, що позначають особу: *-щик* (*барабанщик*),

-чик (льотчик), -ець (боєць), -ар (аптекарь)' суфікси, що позначають умістите: -ник (чайник), -ниця (цукорниця): суфікси, що позначають виробника дії: -тель (учитель), -ист (-іст) (тракторист, машиніст): суфікси, що позначають місце дії: -альня (їдальня, роздягальня);

б) для прикметників — суфікси на означення якості, що є у предметі: -// (шкільний), -ов (гумовий, банановий), -ан, -ян (кожуханий, шкіряний), -ат (горбатий), -ист (болотистий); суфікси творення оцінних прикметників: -еньк, -ени, -есеньк (гарненький, здоровенний, малесенький); суфікси творення присвійних прикметників: -ач (-яч), -ин, -ч (собачий, курячий, голубиний, вовчий);

в) для дієслів — префікси, що позначають просторові співвідношення (відбігти, прибігти, перебігти, злетіти, відлетіти, залетіти); завершеність дії (побудував, вимив).

2. Утворення складних слів із використанням вихідних пар слів та малюнків (сіно косять, зорі падають).

3. Формування навичок зіставлення слів з однотипним морфологічним оформленням та виділення в них спільного звучання (морфеми).

4. Формування навичок розрізнення морфологічних одиниць мови порівнянням значення твірного та похідного слів.

5. Формування навички творення слів за аналогією, запропонованою педагогом.

**3. Диференціація частин мови (іменників, прикметників, дієслів)** передбачає завдання такого типу:

а) розрізнення іменників, прикметників, дієслів. Логопед читає ряд слів, які означають назви предметів (ознаки предметів, дії предметів), свідомо припускаючи «помилку». Учень має знайти її та виправити (плеснути в долоні), придумати своє слово, показати картку з відповідним запитанням: Хто це? Який? Що робить?

б) перетворення слів з однієї частини мови в іншу (сніг-сніговії, льод-льодовий, гриб-грибний; вечеря-вечеряти, сніданок-снідати, літак —літати, крик-кричати);

в) закріплення знань про різні частини мови. Записати слова в 3 колонки;

г) визначення граматичної категорії слова у словосполученні. Знайти головне і залежне слово, показати відповідну картку (картки: прикметник + іменник, дієслово + іменник);

д) визначення граматичної категорії слів у реченні. Розбір речення за граматичними запитаннями; складання схеми речення.

**4. Диференціація граматичних значень та уточнення зв'язків з формальними ознаками** здійснюються за такими напрямками:

а) розвиток уміння визначати рід різних частин мови за їх кінцевою основою. Прочитати слова, вставити пропущену літеру:

земл . (земля), трав, (трава), вікн. (вікно), лі. (ліс), ві. (віз);... кон (балкон), ...са(коса. лиса), ...ло (село), ...ле (поле);

б) розвиток уміння розуміти граматичне значення різних суфіксів.

**5. Розвиток уміння визначати споріднені слова та виконувати морфологічний аналіз слів.** Наведемо приклади завдань:

а) визначення «зайвого» слова: лисиця, лисячий, лисий, лисенятко; їжак, їжачок, їжа:

б) відбір споріднених слів з групи слів; з вірша;

в) добір споріднених слів із використанням запитань (слова: **зелень, сіль, колір, лінощі**), запитання: **Що! Що робити? Який?**):  
Зелень зеленіти зелений;  
Сіть солити солоний;

г) добір споріднених слів з опорою на лексичне значення заданих словоформ (слова: *риба, море, м'ясо*) та картка зі зразком виконання завдання:

Слово-предмет	Слово-ознака предмета	Слово, що означає професію
<i>Риба</i>	<i>рибний</i>	<i>рибак;</i>

д) добір споріднених слів до певного слова;

е) знаходження в словах спільного кореня, суфікса, префікса, закінчення. Прослухати слова та визначити в них спільну частину;

є) морфологічний розбір слова з використанням «пам'ятки».

Засвоєння морфологічної системи мови здійснюється в тісному зв'язку із засвоєнням структури речення. В процесі **роботи над реченням** вирішують такі **завдання**:

1. Удосконалення вмінь складати речення, різні за структурою.

2. Вироблення вмінь правильно узгоджувати слова в реченні.

3. Формування розуміння причинно-наслідкових зв'язків між словами в реченні.

4. Вправляння в інтонаційному оформленні речення.

5. Формування операції контролю на синтаксичному рівні.

Успіх у корекційній роботі над реченням залежатиме від систематичності та послідовності роботи під час виконання кожного розділу програми, на кожному логопедичному занятті та на уроці граматики і розвитку мовлення. Це сприятиме подоланню недоліків мовлення учнів, забезпечуючи їм мовну практику вживання різних мовленнєвих конструкцій, слугуватиме засобом розширення й уточнення словникового запасу.

Залежно від завдань виділяють такі **напрями корекційної логопедичної роботи**:

**I. Формування вмінь складати різні за структурою речення.**

і. Складання речень.

2. Упорядкування деформованих речень.
3. Поширення та скорочення речень.
4. Робота над зв'язком слів у реченні.
5. Синтаксичний аналіз речень.

**II. Формування вмінь правильно узгоджувати слова в реченні.**

**III. Робота над семантикою речення.**

**IV. Робота над інтонаційним оформленням речення в усному і писемному мовленні.**

Розглянемо докладно зміст кожного напрямку роботи.

Першим напрямом є формування вмінь складати різні за структурою речення.

**1. Складання речень.**

Робота над реченням враховує складність структури, послідовність появи різних його типів в онтогенезі.

1. Складання двоскладового речення, яке включає іменник у називному відмінку та дієслово 3-ї особи теперішнього часу (*Дівчинка читає*).

2. Складання поширеного речення з 3—4 слів: підмет, присудок, прямий додаток (*Мама поливає квіти*); підмет, присудок, прямий додаток, непрямий додаток (*Хлопчик ловить рибу вудочкою*); підмет, присудок, непрямий додаток (*Діти катаються з гори*); підмет, присудок, обставина (*Сонце світить яскраво*).

Під час побудови речень велике значення має використання наочного матеріалу (малюнки, схеми, опорні слова та запитання). Згідно з теорією поетапного формування розумових дій, під час навчання розгорнутих висловлювань на початкових етапах роботи потрібно спиратися на графічні схеми, тобто матеріалізувати процес побудови мовленнєвого висловлювання. Графічні схеми у вигляді різних позначень (кружечків, прямокутників, трикутників) та стрілок допомагають символізувати предмети та зв'язки між ними.

На початкових етапах під час складання речень діти використовують фішки, якими позначають кожне слово в реченні. В подальшому фішку замінюють умовним позначенням, залежно від частини мови або від того, яке значення має слово в реченні. Наприклад, іменник (предмет, суб'єкт) позначають кружечком, дієслово (дія предмета, предикат) — прямокутником; об'єкт, на який спрямовується дія, — трикутником. Приміром, дитині пропонують розглянути малюнок, де зображений хлопчик, який ловить рибу. З допомогою запитань визначають суб'єкт (*хлопчик*), предикат (*ловить*), об'єкт дії (*рибу*). Кількість фішок (позначень) має відповідати кількості слів у реченні.

Використовують такі види завдань:

і. Скласти речення за опорними словами та запитаннями:  
*Хто? Де? Що робить? Що? (збирають, люди, гриби, в лісі).*

2. Скласти речення за опорними словами без запитань (*зика, дерев, ранкове, сонце, крізь, пробивається*).

3. Скласти речення за словосполученнями (*йдуть по дорозі, біжить по вулиці, гуляє полісу, тепла весна*).

4. Дібрати речення до певної графічної схеми (пропонують 2, 3 речення).

5. Самостійно скласти речення за поданими графічними схемами та записати їх під схемами (пропонують 1, 2. потім 3 схеми).

6. Скласти речення за таблицями-схемами.

Цей вид роботи є ефективним засобом, що допомагає учням оволодівати навичками правильної побудови речень. У таблицях наводять окремі слова, порядок розміщення їх і правильну форму слів.

Описана методика була розроблена В. Чистяковим і може бути використана як один з корекційних засобів у процесі навчання дітей з вадами мовленнєвого розвитку. Щодо таблиць подано такі рекомендації (В. Чистяков):

1) таблиці-схеми можуть бути складені логопедом та вчителем і застосовуватися в класі на будь-якому уроці за потреби і відповідно до загального перебігу роботи;

2) під час роботи з таблицями вдаються до складання, читання і запису речень;

3) за таблицями можна складати і записувати багато речень. Це забезпечує достатню кількість повторень, що сприяє усвідомленню їх, запобігає механічності виконання завдання і викликає інтерес до нього.

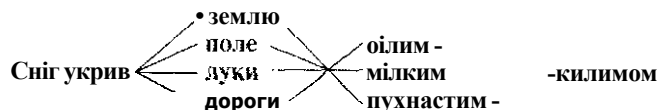
Матеріал для складання речень за таблицями:

а) із словосполученнями, що означають перехідні дії:

<b>Хлопчик</b>	v.х	<b>прибирає</b>	<b>клас</b>
<b>Черговий</b>	/	<b>підмітає</b>	<b>коридор</b>
<b>Мама</b>			<b>подвір'я</b>
<b>Бабуся</b>		<b>купила</b>	<b>торт</b>
<b>Мама</b>		<b>-принесла</b>	<b>хліб</b>
<b>Сестра</b>			<b>цукор</b>

б) із словосполученнями, що означають орудійність дії:

**Дороги** — **покрилися**  
**Вулиці**



в) зі словами, що позначають спрямованість дп на предмет:

<del>Хлопчик</del>					
Діти	→ дали молочко	-єСТ"		їжаку	
Школярі				кошеняті	
				цуценяті	
Дорослі					- дітям
Батьки	принесли <i>по</i> дарунки	<		учням	
Люди					-хлопчикам

г) зі словами, що означають просторові співвідношення:

	ЛІСОМ \		^ соніє
	сходить		^ місяць

д) зі словами, що означають ознаки предметів:

Високо		сірі	
Низько	- плывуть	темні	хмари
Повільно		важкі	

е) зі словами-антонімами:

	продають v	одяг
У магазині		іграшки
	купають ^	\ взуття

7. Складання речень за таблицями:

З кожного стовпчика вибрати відповідні слова і скласти ними речення:

Що?	Що робить <sup>9</sup>	Що робив?	Який? Яка? Яке? Які?
Річка	пливуть		маленьке
Хмари	зеленіє		молода
Трава	шумить		темні
Ліс	качається		темний
Деревце	тече		широка

8. Складання речення за заданим початком (формування дії ймовірного прогнозування на синтаксичному рівні). Завдання виконують доповненням речень, розпочатих педагогом, однорідними додатками та присудками, спираючись на наочність, попередньо прочитаний текст та бесіду за його змістом. *Продовжити речення (1—4 варіанти): Людина йшла по.... Кішка ловить.... Яблука на тарілці.... Голос зозулі....*

**2. Упорядкування деформованих речень.**

Ця робота передбачає складання речень із різних слів, відновлення правильного порядку слів у реченні. На початковому етапі роботи **складають** речення, всі слова яких наведено у потрібній формі. Потім застосовують вправи, в яких слова подані

в початковій формі. Успішна виконання поставлених завдань свідчить про підвищення рівня мовленнєвого розвитку учнів.

1) З кожної групи слів скласти і записати речення, визначити граматичну основу (слова наведені в потрібній граматичній формі):

а) безприйменникові конструкції (*біля, учні, зібралися, школи*);

б) прийменникові конструкції (*учні, у, часто, музеї, ходять*);

в) ускладнені прийменникові конструкції (*маленька, за, безділля, праця, краще, велике*).

2) З кожної групи слів скласти і записати речення, визначити граматичну основу, поставити слова в потрібній граматичній формі (слова подано у початковій формі):

а) безприйменникові конструкції (*школа, влаштувати, новорічний, ялинка*);

б) прийменникові конструкції (*на, гіршати, погода, ранок*).

### **3. Поширення та скорочення речень.**

1) Поширення речень зі спиранням на наочність та без неї.

Ці вправи сприяють збагаченню словникового запасу учнів, усвідомленню причинно-наслідкових зв'язків між словами в реченні, розвитку мовлення. Роботу проводять у такій послідовності:

1. Поширення речень за запитаннями без зміни порядку слів (*селяни косили — Що? Де?*).

2. Поширення речень за запитаннями зі зміною порядку слів (*стояв туман — Де? Коли? Який?*).

3. Поширення речень без запитань (*Лід блищить. Листя опадає*).

4. Скорочення поширених речень відкиданням деяких слів.

5. Перетворення поширених речень у непоширені (*На заході сонце горить променисто*).

### **4. Робота над зв'язком слів у реченні.**

Учні мають засвоїти, що між словами в реченні існує смисловий і граматичний зв'язок. Усвідомити його допоможуть вправи на конструювання речень.

Наприклад, логопед записує на дошці два ряди слів:

1) *трава, парти, співати*;

2) *трава, клумба, рости*.

Потім пропонує прочитати слова кожного рядка і подумати, чи можна об'єднати їх у речення. Вчитель має допомогти учням зрозуміти, що зі слів першого рядка скласти речення не можна, бо між словами відсутній смисловий зв'язок. Аналізуючи другий рядок, діти переконуються, що слова легко об'єднати в речення, оскільки ними можна висловити думку. Вчитель, змінюючи форму слів, допомагає дітям скласти кілька речень: *Клумба*



*заросла травою. Травою клумба заросла. На клумбі росте трава. Трава виросла на клумбі.*

Можна застосовувати також вправи синтетичного характеру.

Вправа 1. Серед поданих слів виберіть ті, які можна об'єднати за змістом, і складіть з ними речення.

1) *У, сонцем, пісні, дощу, зацвіли, сказав, проліски.*

2) *Настала, слово, весела, яскрава, весна.*

Вправа 2. До кожного рядка слів доберіть за змістом ще по одному слову і складіть речення:

1) *збрали, урожай, колгоспники;*

2) *ми, рідну; землю, нашу.*

У процесі практичної роботи, без будь-якого теоретичного вивчення, учні поступово засвоюють, що між словами речення має бути і граматичний зв'язок, який виражається формами слів, приєднаннями та сполучниками. Допоможуть у цьому різні вправи на конструювання речень.

1. У кожному рядку об'єднати слова так, щоб утворилося речення:

1) *наша мама, дбати, про, дітям;*

2) *діти, вирости, справжні, людьми.*

2. Пов'язавши між собою у кожному рядку слова, розташувати їх так, щоб утворилося речення:

1) *села, біля, гай, чудовий, є;*

2) *ростуть, ньому, білокорі, у, берізки;*

3) *на, ніжно-зелене, них, листячко;*

4) *поміж, веселі, вітамі, пташки, пурхають.*

3. З поданих слів скласти два речення: *є, ми, багато, будемо, цікавих, їх, книжок, читати, і, розуму, набиратись.*

4. Уважно прочитати кожне речення. Визначити, яких слів не вистачає. Вставити пропущені слова:

Зацвіли ... лісі голубі дзвіночки. В кожній пелюсточці... маленький молоточок. Як тільки вітер повіє, молоточок доторкається ... пелюстки й дзвонить. Дзвін пливе ... лісом.

Дуже корисними є аналітичні вправи, виконуючи які, учні навчаються встановлювати зв'язки між членами речення за допомогою граматичних запитань. Доцільне використання їх допомагає учням поступово усвідомити, що запитання потрібно ставити від головного слова до залежного; що між головною смисловою парою — підметом і присудком — існує двобічний зв'язок, бо вони є рівноправними один щодо одного.

Вправа 3. За допомогою запитань встановіть зв'язки між словами речення:

*Оленка вишивасруничок.*

Встановлюють зв'язок між головною парою: *Оленка* (що робить 1) *вишиває; Вишиває (хто?) Оленка*, а також однобічний зв'язок

зок між **головними** і залежними словами: *Вишиває (шо?) рушничок.*

Лії самі зв'язки можна показати на схемі речення, де стрілкою вказаний напрямок запитання.

#### **5. Синтаксичний аналіз речення.**

Під час синтаксичного аналізу в учнів закріплюються і узагальнюються знання про структуру речення, типи речень за метою висловлювання, **причинно-наслідкові** зв'язки в сис темі простого речення, розділові знаки.

Уміння визначати кількість, послідовність та місце слів у реченні можна сформулювати, виконуючи такі завдання:

1. Придумати речення за сюжетним малюнком та визначити в ньому кількість слів.
2. Придумати речення з певною кількістю слів.
3. Розширити речення, збільшивши кількість слів.
4. Скласти графічну схему та придумати за нею речення.
5. Визначити місце слів у реченні (яке за рахунком задане слово).
6. Виділити з тексту речення з певною кількістю слів.
7. Показати цифру, яка відповідає кількості слів поданого речення.

**Другим напрямом логопедичної роботи є формування вмінь правильно у згоджувати слова в реченні.**

Потреба у проведенні корекційної роботи в цьому напрямі зумовлена тим, що діти не вміють граматично правильно висловлювати свої думки. **В їхньому усному і писемному мовленні** часто трапляються помилки на узгодження та керування (аграматизми). Корекційну роботу слід спрямовувати на вироблення вмінь правильно узгоджувати слова за **родом**, числом та відмінками. Робота проводиться на практичному рівні і одночасно передбачає відпрацювання структури і граматичного оформлення речення.

#### **Узгодження іменника з прикметником за родом і числом (спосіб зв'язку слів — узгодження)**

Необхідною умовою результативної корекції є попередня робота, спрямована на збагачення словникового запасу учнів словами, що позначають ознаки предметів, уточнення значень слів різної морфологічної категорії. Наведемо приклади таких видів завдань.

1. Назвати овочі чи фрукти і до кожної назви дібрати означення; назвати домашніх тварин, птахів і дібрати відповідні означення.

2. Дібрати означення до поданого слова. Вчитель називає **будь-який предмет, а учні добирають я комога більше означень.**

Запитання ставлять приблизно в такій формі: Який буває *тсНзелений*). Правильно. А ще який?

3. Учитель роздає по два малюнки, на яких зображено два предмети. Учні мають порівняти предмети за кольорами, розміром, якістю та іншими ознаками.

4. Учні пропонують описати якийсь предмет.

5. За аналогією до слів, що означають назву предмета, дібрати слова, які означають якість предмета: *x>ііб* — *хибний*, *море* — *морська* й тощо.

Такі вправи сприяють розвитку мовлення і мислення учнів.

6. До слів, що позначають ознаки предметів, дібрати слова, які означають назви предметів: *яскраве...*, *блакитне...*, *зелена...*, *твердий...*, *холодний...*, *стигле...*, *темна...*, *висока...*, *пухнаста...*, *кругле...*

З окремими словосполученнями скласти речення.

Після підготовчого періоду роботу продовжують у процесі складання словосполучень і речень:

1. Скласти речення за зразком, спираючись на малюнок предмета. Дібрати слово-ознаку до слова-назви чоловічого роду. (Малюнок: *мак*; зразок: *Червоний мак. Цвіте червоний мак*).

2. До слова-назви предмета жіночого роду дібрати відповідне слово-ознаку і скласти речення за зразком. (Зразок: *Гарна троянда. Цвіте гарна троянда*).

3. До слова-назви середнього роду дібрати відповідне слово-ознаку і скласти речення. (Зразок: *Впало яблуко*).

4. Скласти словосполучення, дібравши до поданого слова відповідне слово-ознаку. З кожним словосполученням скласти речення. (Зразок: *Апельсин солодкий. Я їм солодкий апельсин*).

5. Послухати словосполучення. Назвати слово-підмет, поставити від нього запитання до слова-ознаки. Скласти речення. (Зразок: *Посуд. Посуд (який?) чистий*).

6. Послухати речення. Знайти в ньому слово-ознаку. Поставити запитання до слова-ознаки. (Зразок: *Перелітні птахи. Птахи (які?) перелітні*).

7. Послухати речення. Накреслити схему речення. (Зразок: *Подули вітри. Листя облетіло*).

8. Послухати речення. Назвати слово-підмет і слово-ознаку до нього, використавши запитання (*Впливло на небо жовтеньке сонце. Руденька білочка скакала по деревах*).

9. Послухати речення. Накреслити його схему. Назвати головні слова, поставити запитання. (*Маленький хлопчик сміється. Сильний дощ закінчився*).

Для закріплення знань використовують такі завдання:

!) Дописати закінчення в словах: **На столі стоїть блакит...**  
*кружка. У лісі дзюрчить дзвінк... струмочок.*

2) Записати речення зі словами, поданими в дужках: *Вітя їсть (свіжий) яблуко. По небу пливе (темний) хмаринка.*

3) Доповнити речення словами: *Зранку світить . . . сонце. Настала . . . весна. Слова для довідок: яскравий, теплий.*

4) Скласти речення з поданих слів: *зелена, росла, на, галявині, ялинка.*

### **Узгодження різних частин мови у різних відмінках (спосіб зв'язку слів — керування)**

До категорії відмінка в сучасній українській мові входять сім відмінків.

Категорія відмінка слугує для вираження функціональних значень іменника, тобто зв'язку іменника з іншими словами у реченні. Значення кожного відмінка сприймається на рівні синтаксису слова — в словосполученні та реченні. Кожний відмінок дістає своє вираження у відповідній відмінковій формі.

Одним із напрямів корекційної роботи над реченням є навчання учнів правильно знаходити вираження певного відмінка у відповідній формі, тобто узгоджувати слова в реченні, живити їх у відповідному відмінку. Кожний з непрямих відмінків має різні значення, тому навчання узгодження учнів слів відбувається на практичному занятті.

Орієнтовні види вправ:

#### **1. Родовий відмінок:**

а) значення прямого об'єкта при дієсловах із заперечною частиною **не** (*Михаилік не привітав (друг). Хлопчик не помітив (станція)*):

б) значення прямого об'єкта, не визначеного кількістю (*Дідусь купив (мед). Машиа попросила набрати (вода)*);

в) значення при збірних іменниках (*Біля верби зібрався гурт (дівчата). Ансамбль (гітариста) вирушив на гастролі*);

г) значення належності, присвійності (*Вчорая закінчив читати книгу (брат). Взимку шубка (зайчик) змінює колір*);

д) обставини значення (*Машиа чекала звістку від (подруга). Бабушина скриня почорніла від (давність)*).

#### **2. Давальний відмінок:**

а) значення спрямування (*Іра купила альбом (брат). Бабуся в'яже светр (онук)*);

б) значення належності (*Гурт виконав оду (переможці). Артисти виражали шану (поет)*).

#### **3. Знахідний відмінок:**

а) значення прямого об'єкта (*Павлик годує (кролик). Юра тримає (вудочка)*);

б) значення часу (*Він навчався 5 (рік) в університеті*);

в) значення місця (*Молоко налили в (каструля). Метелик сів на (квітка)*).

#### 4. Орудний відмінок:

- а) значення знаряддя і засобу дії (*Двірник замітає (віник)*);
- б) значення суб'єкта дії (*Лист до бабусі написано (онук)*);
- в) значення обставинної характеристики часу; місця, порівняння і перевтілення (*Над своєю роботою студент працював (ночі). Він вив (вовк) від самотності*);
- г) значення предикативної характеристики (*Він мріяв бути (лікар). Борці був з (перець)*).

#### 5. Місцевий відмінок:

- а) значення місця дії (*Бабусялюбить жити в (село)*);
- б) значення знаряддя дії (*Він писав твір на великому (папір). Дідуся гарно грає на (сопілка)*);
- в) значення засобу пересування (*Він прилетів на (літак) з Великої Британії*).

#### Третім напрямом є робота над семантикою речення.

Потреба у такій корекційній роботі зумовлена тим, що багато дітей під час читання і письма достатньою мірою не розуміють семантики простого речення, не усвідомлюють, що речення має закінчену думку. Подібні явища спостерігаються навіть у тих випадках, коли учні мають знання про **структуру** речення.

Роботу, спрямовану на поліпшення розуміння змісту речення, проводять у кілька етапів. На початкових етапах потрібно розвинути в учнів розуміння змісту простого речення з прямим порядком слів, а потім — з непрямым. На заключних етапах роботи формується розуміння семантики часових і порівняльних конструкцій.

Роботу, спрямовану на підвищення рівня розуміння змісту простих речень, проводять з допомогою загальних і допоміжних запитань, які логопед ставить до відповідного речення, тексту. Якщо учень не може відповісти на загальне запитання про зміст речення, йому пропонують допоміжні запитання до кожного з членів речення.

Приклади завдань:

##### 1. Прості речення:

а) з прямим порядком слів (*Дівчинка їсть. Що робить дівчинка? Хто їсть?*);

б) із зворотним порядком слів (*Хлопчика запросила дівчинка. Хто зробив запрошення? Вітю побив Коля. Хто забіяка?*).

##### 2. Інвертовані конструкції (*Траву їсть корова. Хто їсть траву?*).

3. Пасивні конструкції (*Молоко розливе кошеням. Хто розливе молоко?*).

4. Часові конструкції (*За зимою настає весна. Що настає спочатку?*).

5. Порівняльні конструкції (*Слон більший за вовка. Хто менший?*).

Для удосконалення розуміння семантики речення учням пропонують відповісти на запитання до речень (*Злякано затремтів густий кущ диких троянд. Про що йдеться в реченні? Що зробив кущ? Який був кущ? Як кущ затремтів? і т. д.*).

**Четвертим напрямом є робота над інтонаційним оформленням речення в усному і писемному мовленні.**

Інтонаційна завершеність є однією з основних ознак речення. Вона робить речення цілісним для сприйняття на слух. Кожний вид речення має притаманну йому інтонацію, яка робить нашу мову емоційно забарвленою, чіткою, виразною. Одним із завдань корекційної роботи є правильне інтонаційне оформлення речення в усному та писемному мовленні. Потрібно навчити учнів розрізняти на слух і фіксувати на письмі різні види інтонації: повідомлення, ствердження, заперечення, запитання, наказ, захоплення, оклик, прохання тощо.

Завдання:

1. Прочитати текст. Визначити кожне речення за метою висловлювання.
2. Визначити типи речень за метою висловлювання.
3. Списати, в кінці речень поставити відповідні розділові знаки.
4. Поділити текст на речення. В кінці речень поставити відповідні розділові знаки.

Отже, під час проведення корекційної роботи над реченням учні усвідомлюють, що воно є комунікативною одиницею ВИЩОГО рівня мови. Тільки у формі речення твориться і виражається думка, передаються повідомлення, запитання, накази, прохання, почуття і волевиявлення, тобто відбувається спілкування.

**Збагачення лексичного запасу** учнів відбувається за такими напрямками:

1) розвиток обсягу та якості номінативного словника: за лексичними темами; на основі виділення спільних та відмінних ознак у серії зображених предметів (назви «зайве»); узагальнення за одним поняттям (одяг, транспорт); розвиток подвійного узагальнення (*тюльпан, лілія, троянда — квіти; підберезник, лисичка, боровик — гриби; квіти та гриби — рослини*);

2) розвиток уміння називати дії за поданим предметом або його зображенням (*Машина їде*); явищем природи (*Дощ їде. Сніг падає. Річка тече*) та ін.;

3) розвиток уміння добирати якісні ознаки до слів, які означають предмети: Яка? Яке? Який? (*яблуко, сніг, слива*); добір відносних прикметників (*ложка, стакан, сун*); добір присвійних прикметників (*лисячий, собачий, ведмежа*);

4) розвиток уміння добирати слова-антоніми: відбір антонімів серед слів; знаходження антонімів у віршах, текстах;

добір антонімів до багатозначних слів (свіжий: *хійб. вітер, газета, яблука*: стара-людина, будинок)',

5) розвиток уміння добирати слова-синоніми: відбір синонімів із ряду слів; знаходження синонімів у текстах, добір синонімів до окремих слів; диференціація синонімів та антонімів;

6) робота над багатозначними словами: пояснення їхніх значень (*ключ, ручка, коса*): добір до кожного з них антонімів, синонімів;

7) розвиток уміння впізнавати за описанням слова та пояснювати їхні значення;

8) розвиток уміння виділяти та пояснювати переносне значення слів, прислів'їв та приказок.

З метою подолання семантичних помилок на рівні тексту потрібно проводити логопедичну роботу з формування в учнів уміння зв'язно висловлювати власні думки. Корекційна робота над зв'язним мовленням передбачає розвиток уміння докладно та стисло переказувати текст, працювати zdeформованим текстом (з використанням малюнків та без них).

#### **7.14. Профілактика порушень писемного мовлення**

Актуальність профілактики дисграфії та дислексії у дітей дошкільного віку зумовлена значною поширеністю цих порушень у молодших школярів.

Причиною уповільненого опанування читання і письма, численних стійких дисграфічних та дислексичних помилок, як зазначалося вище, іноді є недостатня психологічна готовність дітей до шкільного навчання. В нормі психологічна та мовленнєва готовність формується у дітей до кінця дошкільного віку.

Особливу увагу слід приділяти дітям з вадами усного мовлення та відхиленнями в розвитку пізнавальної діяльності, зокрема із затримкою психічного розвитку розумовою відсталістю тощо. У цих дітей виявляють недостатню готовність до різних видів мовного аналізу та синтезу, зокрема до звукового аналізу. Для них характерними є недиференційовані знання про мовну дійсність, нерозчленованість елементів мовлення, нездатність відрізнити звуковий образ від значення слів. Поряд із фонетико-фонематичним недорозвиненням у них спостерігається недосконалість лексико-граматичної будови мови. Це виявляється у недоцільних повтореннях тих самих слів, смисловій неточності вживання їх, недостатній виразності та образності мовлення, одноманітності та недосконалісті вживаних синтаксичних конструкцій і морфологічних узагальнень.

У профілактиці дисграфії та дислексії, а також утруднень у засвоєнні писемного мовлення актуальним є визначення схильності до цього порушення в дошкільному віці. На можливість ранньої діагностики дислексії вказує О. Корнев. З огляду на етіологічний аналіз дислексії та дисграфії слід враховувати наявність таких чинників ризику під час підготовки дітей до шкільного навчання:

- спадкову обтяженість нервово-психічними захворюваннями, мовленнєвими порушеннями та ін.;
- органічну симптоматику (пологова травма, патологія в пренатальний період, енцефалопатія, гідроцефалія, нейроінфекції та ін.);
- функціональні порушення нервової системи (неврози, неврастенія, психостенія);
- незрілість психічних процесів та емоційно-вольової сфери дитини внаслідок недоліків виховання;
- тимчасову затримку психічного розвитку різної етіології;
- порушення усного мовлення;
- несформованість важливих шкільних умінь (фонематичного аналізу та синтезу, різних видів мовного аналізу, таких як: виділення звука, складу, слова, речення; вільна орієнтація на аркуші паперу; графічні вміння; вміння підкоряти свої дії певному регламенту, правилам тощо).

З метою виявлення у дошкільників схильності до утруднень у процесі опанування читання і письма застосовують різні методи: бесіду, вивчення медичної документації, систему завдань в ігровій формі.

У процесі бесіди з батьками з'ясовують спадкову схильність та органічні чинники, які зумовили труднощі в опануванні грамоти, а також негативний вплив на дитину найближчого мікросоціального оточення. З медичної документації вивчають дані про фізичний та психічний розвиток дитини, перенесені захворювання, травми та їх наслідки. Після короткого логопедичного обстеження виявляють вади усного мовлення. За допомогою спеціальних завдань визначають зрілість психічних процесів та емоційно-вольової сфери, рівень сформованості важливих для засвоєння грамоти умінь.

Розглянемо приклади завдань, які можна використовувати з метою ранньої діагностики схильності до дисграфії та дислексії.

#### **Перший блок завдань — визначення готовності до різних видів мовного аналізу**

**Завдання 1.** *Мета:* з'ясувати здатність порівнювати слова за звуковим складом.

*Матеріал:* малюнки, назви яких починаються з одного звука.



*Інструкція:* Назви малюнки та ви-нач спільний звук для всіх слів: *айстра, Аня, апельсин, ананас, автобус:миша, море, машина, Муха, мило.*

**Завдання 2.** *Мета:* з'ясувати здатність до визначення кількості звуків у слові.

*Матеріал:* фішки.

*Інструкція:* поклади стільки фішок, скільки звуків у слові: *ау, ах, мак, дим, мама, гуси.*

**Завдання 3.** *Мета:* виявити здатність порівнювати слова за морфологічним складом.

*Матеріал:* слова зі спільними морфемами.

*Інструкція:* Послухай слова та визнач для всіх слів спільну частину: *зайчик, стільчик, вовчик, хлопчик: прийшов, прибіг, приповз, привіз.*

**Завдання 4.** *Мета:* з'ясувати здатність до виділення слів із речення, визначення кількості слів у реченні.

*Матеріал:* смужки паперу.

*Інструкція:* Поклади стільки смужок, скільки слів у реченні: «*Діти малюють*». «*Діти малюють зиму*». «*Діти малюють зиму фарбами*».

#### **Другий блок завдань — визначення просторових уявлень та орієнтації у дітей**

**Завдання 1.** *Мета:* визначити здатність орієнтуватися на аркуші паперу з правого та лівого боку.

*Матеріал:* аркуш паперу, малюнки: *зірочка, кулька, квітка, прапорець, будиночок.*

*Інструкція:* Поклади у центр аркуша паперу малюнок із зіркою, ліворуч від зірочки — будиночок, праворуч від зірочки — квітку, праворуч від квітки — кульку. Поклади малюнок з будиночком у центр аркуша, в правий нижній кут — прапорець, у правий верхній кут — кульку, в лівий нижній кут — квітку, у лівий верхній кут — зірочку.

**Завдання 2.** *Мета:* визначити здатність орієнтуватися у правій та лівій сторонах аркуша паперу.

*Матеріал:* малюнок із зображенням акваріума з рибками, які пливуть у різних напрямках.

*Інструкція:* Розглянь уважно малюнок. Покажи рибок, які пливуть зліва направо, справа наліво.

**Завдання 3.** *Мета:* визначити вміння орієнтуватися на аркуші паперу, точно виконувати інструкцію, відраховувати **клітинки**.

*Матеріал:* папір у клітинку, фішки.

*Інструкція:* Постав фішку в лівий нижній кут. Пересунь її через дві клітинки праворуч, через три — догори, через дві — праворуч, через дві — вниз, через три — праворуч. Стоп!

### Третій блок завдань — вивчення у дітей графічних умінь

**Завдання 1. Мета:** виявити здатність до точного відтворення зразка, особливості уваги дитини.

*Матеріал:* зразки орнаментів.

*Інструкція:* Уважно роздивись орнамент. Домалюй точно за зразком.

**Завдання 2. Мета:** виявити вміння уважно слухати, розуміти і точно виконувати певні правила; вивчити графічні навички.

*Матеріал:* папір у клітинку, олівець, зразок орнаменту.

*Інструкція:* Знайди лівий верхній кут паперу. Відрахуй дві клітинки донизу і дві — праворуч, постав крапку. Почни малювати, не відриваючи олівець від паперу: одну клітинку донизу, одну — праворуч, дві — донизу, одну — праворуч, одну — донизу, одну — праворуч, одну — догори, одну — праворуч, дві — догори, одну — праворуч, одну — догори, одну — праворуч. Подивися на свій малюнок і зразок, порівняй їх, знайди у своєму орнаменті помилки.

Ступінь успішності виконання дитиною завдань на просторову орієнтацію, фонематичного та графічного диктантів дає змогу оцінити готовність її до звукобуквеного аналізу, розвиток у неї дрібної моторики, стан довільності психічних процесів, сформованості вольових зусиль, здатності свідомо керувати своїми діями, підкоряти їх певним правилам.

На основі отриманої інформації складають міні-програми для дітей «групи ризику». Профілактична та корекційна робота з цими дітьми має комплексний характер та передбачає участь дитячого психоневролога, психолога, логопеда, вихователя. Обов'язково застосовують індивідуальний підхід: для одних дітей достатня лише психодого-педагогічна корекція, інші потребують логопедичної допомоги, треті — крім лого, лікування.

Спеціальну роботу із запобігання у дітей труднощам у засвоєнні грамоти будують за такими напрямками:

- 1) диференційований підхід до дітей на заняттях різного типу;
- 2) індивідуальна робота з дітьми;
- 3) пропедевтична спрямованість ігор;
- 4) підготовка дітей до шкільного навчання в умовах сім'ї.

Зміст роботи передбачає *розвиток зорово-просторових функцій, пам'яті, уваги, симультанно-суцесивних функцій, аналітико-синтетичної діяльності, формування мовного аналізу та синтезу, розвиток графічних здібностей, лексики, граматичної будови мови, подолання вад усного мовлення.*

Диференційоване навчання дітей «групи ризику» на заняттях різної форми передбачає індивідуалізацію у виборі навчального матеріалу, змісту прийомів роботи, форм та засобів навчання.

На *зняттях з розвитку мовлення а.т* «групи ризику» краще за інших **вправляються у «рядопромовлянні»** (днів тижня, місяців, пір року, лічилок), у відтворенні «ритмів» (ігри зі словами, які звучать).

На заняттях з *формування елементарних математичних уявлень* їм частіше пропонують завдання на перемальовування та викладання з паличок геометричних фігур, їх перетворення. За потреби дітям надають допомогу використовують зразок.

Продуктивні види діяльності (*ліплення, малювання, аплікація, конструювання*) дають можливість розвивати у дітей просторові уявлення, орієнтацію, сенсорні навички. На перших етапах роботи рекомендують частіше використовувати зразок, **докладне** пояснення. Стимулюючим чинником є діяльність разом із дорослим. Дитина сприймає дорослого і як більш досвідченого та обізнаного, і як рівноправного партнера.

На *фізкультурних і музичних заняттях* використовують різні вправи, численні повторення з метою закріплення у дітей просторових уявлень, особливу увагу звертають на орієнтацію «праворуч — ліворуч».

На *індивідуальних заняттях* з дітьми, які мають недостатню готовність до систематичного навчання, вирішують різні завдання. Їх проводять, по-перше, з метою перспективної підготовки дітей до занять; по-друге, для закріплення вмій та вироблення навичок; по-третє, з метою психолого-логопедичної корекції.

У профілактичній роботі з дітьми використовують провідний вид діяльності дошкільників — ігри. На заняттях та у вільний час педагог організовує ігри, спрямовані на розвиток у дітей недостатньо сформованих психічних функцій, моторних навичок, просторової орієнтації.

Для підготовки дітей «групи ризику» до опанування грамоти залучають батьків. У навчанні батьків використовують як традиційні форми (збори, консультації, дні відчинених дверей), так і нетрадиційні: практичні заняття, діяльність батьків разом із дітьми під керівництвом педагога, ділові ігри, моделювання педагогічних ситуацій з їх подальшим обговоренням. Батьків навчають правильного стилю спілкування з дитиною, співпраці з нею, ознайомлюють з розвивальними іграми.

Розвиток дитини в сім'ї та корекційно-педагогічний вплив на неї в дитячому садку сприяє вирівнюванню недостатньо розвинених функцій та процесів, які забезпечують засвоєння читання і письма.

Отже, порушення писемного мовлення є досить поширеною мовленнєвою вадою, що має різну етіологію та складний пато-

**генез**, і зумовлені недорозвиненням низки немовленнєвих та мовленнєвих психічних **функцій** та операцій. Основними симптомами **дисграфії та дислексії** є **стійкі** патологічні **помилки**, різні за своїми проявами та природою. **Корекційна психолого-логопедична** робота має диференційований характер, враховує механізми порушення, його симптоматику, структуру та психологічні особливості дитини. Своєчасне виявлення, психолого-педагогічне вивчення дітей, які мають труднощі в опануванні писемного мовлення, та надання їм кваліфікованої корекційно-методичної допомоги запобігають виникненню відхилень **в опануванні шкільних знань, умінь та навичок** з усіх предметів мовного **циклу**, сприяють розвитку пізнавальних здібностей учнів та їх соціальній адаптації загалом.

#### Контрольні запитання та завдання

1. Дайте короткий історичний огляд розвитку вчень про порушення писемного мовлення.
2. Розкрийте сутність клініко-психологічного підходу до вивчення дисграфії та дислексії.
3. Схарактеризуйте психолінгвістичний аспект вивчення дисграфії та дислексії.
4. У чому полягає сутність психолого-логопедичного аспекту вивчення порушень писемного мовлення?
5. Складіть порівняльну характеристику усного та писемного мовлення.
6. Розкрийте функціональні механізми процесу письма.
7. Складіть схему «Функціональні та операціональні компоненти процесу письма».
8. Назвіть основні передумови формування графічної навички письма.
9. Дайте характеристику *поняття* «мовленнєва готовність». *Яке* значення вона має у процесі засвоєння навичок читання та письма?
10. *Яке* значення має ліворукість у виникненні порушень письма та читання?
11. Недорозвинення яких психічних функцій та розумових операцій негативно позначається на засвоєнні грамоти?
12. Розкрийте суть фонетичного, морфологічного та традиційного принципів письма.
13. Схарактеризуйте патологічні помилки писемного мовлення.
14. Які критерії покладено в основу класифікацій помилок писемного мовлення?
15. Схарактеризуйте орфографічні помилки. На основі аналізу літературних джерел складіть таблицю орфографічних помилок.
16. Дайте клініко-психологічну характеристику дітям з дисграфією та дислексією.
17. Схарактеризуйте різні класифікації дисграфії.
18. Які форми дисграфії притаманні дітям із порушеннями звукової системи мови?
19. Які причини можуть призвести до оптичної дисграфії? Наведіть приклади типових помилок у разі цієї форми дисграфії.
20. Які форми дисграфії можуть спостерігатися у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату?

21. Дайте коротку порівняльну характеристику дисграфії та дизорфографії.
22. Проаналізуйте різні визначення дислексії. Доведіть, що дислексія є складним мовленнєвим порушенням.
23. Схарактеризуйте основні етапи оволодіння навичкою читання.
24. Які особливості когнітивних процесів притаманні дітям із дислексією?
25. Схарактеризуйте сучасні класифікації дислексії за схемою: 1) який критерій покладено в основу класифікації; 2) форма дислексії; 3) немовленнєва та мовленнєва симптоматика за певної форми дислексії; 4) причини та механізми патологічних помилок під час читання; 5) напрями корекційної логопедичної роботи.
26. Визначте основні напрями обстеження дітей з вадами читання та письма.
27. Розкрийте суть основних принципів, покладених в основу **корекційної** логопедичної роботи з подолання вад писемного мовлення.
28. Опишіть методику подолання фонетичних помилок на заміни та змішування букв, що позначають звуки, близькі за акустико-артикуляційними ознаками.
29. Які основні принципи та прийоми формування дії звукового аналізу та синтезу?
30. Розкрийте зміст та методику формування навичок звукобуквеного аналізу та синтезу у молодших школярів з вадами писемного мовлення.
31. Які етапи корекційної роботи з формування навичок складового аналізу та синтезу? Доберіть вправи та завдання, що сприяють розвитку складового аналізу та синтезу на різних етапах його формування.
32. Визначте основні напрями та принципи корекційної логопедичної роботи з подолання **графічних** та оптико-просторових помилок.
33. Висвітліть методику формування навичок контролю та самоконтролю у письмі під час корекційних логопедичних занять.
34. Розкрийте зміст та методи **ранньої діагностики** дітей дошкільного віку, які мають схильність до дисграфії та дислексії.
35. Розкрийте психофізіологічні механізми процесу письма та читання в нормі.
36. Схарактеризуйте сучасні підходи до вивчення причин, механізмів, симптоматики дисграфії та дислексії.
37. Схарактеризуйте різні класифікації дислексії та дисграфії. Опишіть симптоматику, механізми різних форм порушень читання і письма та наведіть приклади патологічних помилок за різних форм дисграфії та дислексії.
38. Які порушення писемного мовлення спостерігаються у дітей з вадами звукової системи мови? Назвіть причини та напрями корекційно-логопедичного впливу з метою подолання їх.
39. Схарактеризуйте порушення письма у дітей із ЗНМ. Назвіть їх причини. визначіть зміст корекційної логопедичної роботи.
40. Розкрийте зміст та методику роботи з розвитку **зорово-просторового** сприймання, уявлень, аналізу та синтезу.

## РОЗДІЛ

с?

## (Б ЗАЇКАННЯ

### 8.1. З історії вивчення проблем заїкання

Проблема лікування, корекції мовлення в разі заїкання є актуальною для науковців і практичних працівників медицини, дефектології та психології.

Упродовж ХХ ст. проблему заїкуватості вивчали і висвітлювали у науковій літературі особливо інтенсивно. Нині інтерес до проблеми не знижується. Більш того, починаючи з 1994 р. регулярно проводяться міжнародні симпозиуми, присвячені винятково проблемі заїкання, які збирають більше тисячі вчених з усіх країн світу. Ця проблема також висвітлюється у міжнародному спеціальному журналі «Fluency Disorders» («Порушення плавності»), Величезний інтерес науковців до проблеми заїкання зумовлений її актуальністю — захворювання значно поширене, помітне оточенню, має соціальне значення та часто носить рецидивний характер, важко піддається корекції.

Заїкуватість, крім судомних заїкань, поєднує у собі порушення вищої нервової діяльності, які пов'язані, з одного боку, з органічним ураженням центральної нервової системи, з іншого — із невротичною реакцією. Хроніфікація процесу (яка часто спостерігається в разі заїкання) спричинює зазвичай вторинну невротизацію (реакція особистості на основне захворювання), що робить заїкання складним патологічним процесом.

Отже, для ефективнішої корекції мовлення в разі заїкання логопед має бути не тільки обізнаний з практичними прийомами, а й розуміти цілісну клінічну та психолого-педагогічну картину цього патологічного стану, знати клінічні прояви невротичних та неввроподібних станів. Лише за цих умов можлива правильна інтерпретація психофізіологічних, психологічних та психолого-педагогічних даних, отриманих під час обстеження заїкуватого, що сприятиме визначенню адекватної та ефективної стратегії реабілітаційних та профілактичних заходів.

Мтга цього посібника відповідає основному його завданню — сприяти кращому засвоєнню студентами навчальної програмі! курсу «Заїкання».

Дослідження з вивчення питання заїкання розпочалися ще в далекому минулому. Соціальні передумови для початку наукового обґрунтування та вивчення проблеми заїкання, а також його лікування склалися в Європі (Франції, Німеччині, Росії, Австро-Угорщині) у другій половині XIX ст. Причиною цього став бурхливий розвиток виробничих сил, із якими пов'язаний значний прогрес у розвитку природничих наук. Підвищувалися вимоги до освіти працівників, зростала кількість «мовленневих» професій. У положення про придатність до військової служби дедалі частіше почали включати вимогу володіння плавним мовленням.

Наприкінці XIX ст. було закладено наукове підґрунтя, що є основою сучасних теорій заїкання. На той час медична думка формувалася *під* впливом відкриттів, зроблених у галузі топографії та функцій мозкової кори (Дакс, Брока, Верніке та ін.). Питання локалізації у корі головного мозку зони, де виникає заїкання, зумовило низку досліджень, які поєднали відкриття у галузях фізіології та психології мовлення.

На думку І. Сікорського, зона виникнення заїкання не є єдиною, можуть бути уражені й різні сторони центральних механізмів мовлення. Г. Гутцман, спираючись на дослідження І. Сікорського, зробив припущення, що структури, які утворюють моторний центр мовлення, формуються лише після народження і є не чим іншим, як продуктами життєдіяльності, тобто втручанням можна заново перебудувати їх. Це припущення можна розглядати як певне здогадування про існування мовленнєвої функції мозку, оскільки психічним функціям на той час приділялася незначна увага. Так, проблему заїкання розглядали тільки у фонетичному аспекті, а його комунікативну сторону не враховували, що зумовило недооцінювання соціального значення захворювання.

Щодо етіології заїкання І. Сікорський та Г. Гутиман вважали, що виникнення захворювання часто пов'язане з періодом розвитку мовлення у дітей і тому наполягали на лікуванні заїкання у дитячому віці. І. Сікорський перший з науковців назвав заїкання дитячою хворобою. Він дійшов висновку (який має велике практичне та наукове значення), що відсоток усіх випадків заїкання припадає на той період, коли розвиток мовлення не завершений і схильність до заїкання з віком знижується порівняно із схильністю до одужання.

Рівень знань у галузі анатомії та фізіології мозку на межі XX ст. не дали змоги просунути вперед у визначенні сутності заїкан-

ня, проте психологі." та психіатрія набули ширшого розвитку. У цих дисциплінах спостерігалася тенденція до відходу від розгляду людського організму як єдиного цілого та вивчення окремих елементів психічної діяльності. Стало можливим ретельніше вивчення всіх аспектів і проблем заїкання, яким досі не приділялося достатньої уваги.

Таким чином, теорії Г. Гутцмана, І. Сікорського, А. Куссмауля — це аналітико-синтетичний метод, що ґрунтується на природничих науках, притаманний на той час психологічній школі В. Вундта. Інші дослідники, такі як А. Лібман, Г. Неткачев, Е. Фрешельс, застосовували більш пізній метод (у галузі фізіології, психології, психіатрії, логопедії, педагогіки та філософії) різнобічного вивчення проблеми.

Після 1917 р. при Народному комісаріаті охорони здоров'я було утворено Вишу Раду гігієни, до обов'язків якої входили піклування про здоров'я дітей, а також організація виховних та навчальних установ для дітей, що мають психофізичні вади. Профілактика, розвиток мовлення, культура мовлення після декрету про загальне навчання стали питаннями великого соціального значення; правильне їх вирішення було запорукою подальшого нормального розвитку дитини та оволодіння грамотою. Отже, в перші роки після жовтневої соціалістичної революції було організовано державну допомогу дітям з порушеннями мовлення. Кабінети для виправлення мовлення почали відкривати при допоміжних школах у Москві, Петрограді, Києві, Харкові та в інших містах. У Другому московському державному університеті та в Ленінградському педагогічному інституті імені Герцена в 1921—1922 рр. були сформовані дефектологічні факультети, на яких читали курс логопедії. У ті самі роки розпочалася підготовка спеціалістів-дефектологів у Київському вищому інституті народної освіти на факультеті соціального виховання.

У Росії проблема заїкання цікавила переважно не педагогів, а психіатрів та невропатологів — Г. Неткачева, І. Сікорського, В. Хмелевського та інших. Саме в 20-ті роки за ініціативою психіатрів — професора З. Гіляровського, Ю. Флоренської, Н. Тяпугіна — почали організовувати перші установи для надання допомоги заїкуватим. У 1926 р. у Москві було відкрито спеціальну семирічну школу для заїкуватих дітей. У 1929—1930 рр. Наркомздоров'я УСРР організував у Харківському отоларингологічному інституті логопедичний відділ, де було розпочато науково-практичну роботу з усіх видів мовленнєвих порушень (Л. Квінт, М. Пайкін). Одним із найбільших досягнень того часу слід вважати організацію оздоровчих колективів для дорослих заїкуватих. Вважали, що основним психотерапевтичним методом у



лікуванні заїкання у дорослих та підлітків мають стати колективні заняття. В разі групового лікування за допомогою колективно-психотерапевтичного методу враховували характерологічні та психопатологічні індивідуальні особливості заїкуватих. Лозунгом таких колективів було висловлювання професора В. Гіляровського (1926): «Слабкий знаходить у собі більше сили, коли він виступає захисником інших».

Подальше розроблення проблеми заїкання в Радянському Союзі, починаючи з 1935—1936 рр., ґрунтувалося на вченні І. Павлова. Заїкання розуміли як невроз, функціональне порушення, яке охоплює не тільки мовленнєву функцію, а й багато інших сторін діяльності організму. Найповніше ця проблема висвітлена в монографії Н. Тяпугіна «Заїкання» (1949).

У 30-ті роки ХХ ст. великого значення набув профілактичний напрям, який полягав у тому, що заїкання, яке виникає в ранньому віці, потребує своєчасної допомоги. Першим психіатром, який запропонував розпочинати лікування заїкання в дітей у дошкільному віці — у витоків його виникнення, **був** професор В. Гіляровський, який вважав, що ранній дитячий вік особливо сприятливий **для** запобігання заїканню, оскільки пластичність та компенсаторні можливості дитячого організму дуже великі. Однак **впровадження** в практику раннього лікування заїкання було пов'язане з великими труднощами. Це було зумовлено пануванням думки, що заїкання в дошкільному віці — явище фізіологічне, і з віком воно має минути. Такої думки **дотримувались** як педіатри, так і **фоніатри**, незважаючи на те, що у ХІХ ст. професор І. Сікорський статистично довів, що заїкання здебільшого виникає у віці 2—4 років, і в разі несвоєчасного лікування, призводить до тяжких наслідків у шкільному та дорослому віці. Педагоги **вважали**, що **лікувати** заїкання можна лише за умови вільного володіння читанням.

Щоб довести помилковість цих поглядів, В. Гіляровський скликав у листопаді 1929 р. нараду, на яку крім лікарів (психіатра Ю. Флоренської та фоніатра М. Пайкіна) були запрошені відомі сурдопедагоги — професори Р. Рау (завідувач кафедри логопедії Другого Московського державного університету) та Н. Рау. На цій нараді В. Гіляровський наполегливо відстоював ідею необхідності раннього лікування заїкання. Завдяки цьому було організовано спеціальний заклад при Донській психоневрологічній лікарні в **Москві**, який спочатку назвали Дитячим **ортофонічним майданчиком**. **Основним** положенням **цього закладу** стало **використання під час лікування заїкання у дітей дошкільного віку оздоровчої ролі правильно організованого дитячого колективу**. Це дало змогу застосувати комплексний вплив на особистість дитини загалом **так**, що лікувальні та за-

гальновиховні зяходи стали супутником спеціальної логопедичної роботи. Розроблення цього методу було доручено Н. Власовій (1932). Логопедичну роботу перестали розглядати тільки як роботу над мовленням заїкуватих, об'єднавши в ній усі основні моменти, спрямовані на розвиток особистості дитини загалом, а саме: на розвиток мислення, пам'яті, уваги, моторики, загальний мовленнєвий розвиток. Спільною метою було також об'єднати роботу різних спеціалістів — психолога, психіатра та педагога-логопеда.

Мовлення почали розглядати в контексті суспільно-соціальної діяльності людини (щодо фізіології, мовознавства та психології). На думку психолога Л. Виготського, мовлення є не тільки знаряддям спілкування, а й знаряддям думки, свідомість наша розвивається в основному за допомогою мовлення і виникає із нашого соціального досвіду, що визначає її значущість та роль у розвитку особистості.

У розробленні основ виховання, терапії та навчання дітей із заїканням спиралися на комплексне клініко-психологічне та педагогічне вивчення закономірностей та особливостей онтогенезу.

З початку 60-х років XX ст. проблема заїкання набула найактивнішого розвитку у секторі логопедії НДІ дефектології АПН СРСР. Заїкання розглядали як порушення мовлення з переважним ураженням його комунікативної функції (Р. Левіна, С. Миронова, Н. Чевельова, А. Ястребова та ін.). Цими авторами в корекційній роботі запропоновано поступовий перехід від ситуативного мовлення до контекстного з урахуванням особливостей заїкуватих та залежно від зовнішніх обставин, від емоціогенних чинників, безпосередньо пов'язаних із вербальною комунікацією. Р. Левіна підкреслювала, що переривчастість мовлення, яка пов'язана безпосередньо з діяльністю вербальної комунікації, виникає лише у період оволодіння цією діяльністю і вона спостерігається переважно у дітей як явище, що маніфестує утруднення та супроводжує процес розвитку функцій мовленнєвого спілкування.

Проведений за всі ці роки поглиблений науково-практичний аналіз комплексного методу подолання заїкання свідчить про велику його ефективність. Результатом широкої пропаганди необхідності лікування заїкання у «витоків його виникнення» стало створення великої кількості логопедичних кабінетів у дитячих поліклініках, спеціальних дитячих закладів та санаторіїв для дітей дошкільного та шкільного віку із заїканням. У лабораторії функціональних та інших видів патології мовлення проведено подальше вивчення клінічної типології заїкання в порівняльно-віковому аспекті, уточнення взаємозалежності психопатологічних проявів і мовленнєвих порушень. Встанов-

лено нозологічну неоднорідність всіх хворих із заїканням, серед яких найрепрезентативнішими є дві групи: хворі із заїканням на тлі резидуально-органічних порушень (неврозоподібне заїкання) та хворі з невротичним заїканням.

Таким чином, ідеї В. Гіляровського про потребу у ранньому лікуванні та спільній роботі над проблемою заїкання лікарів, логопедів, фізіологів, психологів не тільки втілилися в життя, а й набули подальшого розвитку. Це знаходить підтвердження як в організації цілої низки спеціалізованих логопедичних закладів, так і в наукових працях учнів та послідовників В. Гіляровського, що здійснюють подальше розроблення складної проблеми клініки диференційної діагностики, терапії та профілактики заїкання.

## **8.2. Клініко-фізіологічна характеристика заїкання**

Заїкання — це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату (Л. Білякова).

В усьому світі визнано, що заїкання — важка проблема як в теоретичному, так і в практичному аспектах. Проблема заїкання залишається ще остаточно не вивченою через широкий спектр причин його виникнення, різноманітність клінічних проявів, варіантів перебігу, патологічних реакцій логопата на свою ваду.

Донині немає єдиного погляду на етіологію заїкання. Всі дослідники погоджуються, що у появі заїкання можуть мати значення такі чинники:

1. Певний вік дитини.
2. Стан центральної нервової системи дитини.
3. Індивідуальні особливості перебігу мовленнєвого онтогенезу:
4. Особливості формування функціональної асиметрії мозку.
5. Наявність психічної травматизації.
6. Генетичний чинник.
7. Статевий диморфізм.

У разі заїкання зазвичай немає специфічної поодинокі причини, що зумовлює цю мовленнєву патологію, оскільки є потреба у поєднанні низки екзогенних та ендогенних чинників.

Ще Лагузен до причин, що зумовлюють заїкання, відносив афекти, переляк, гнів, страх, травми голови, тяжкі хвороби та неправильне мовлення батьків. І. Сікорський (1880) вперше підкреслив, що заїкання характерне для дитячого віку, коли

мовлення L'є не сформоване. Значне місце він відводив спадковості, вважаючи психологічні та біологічні причини лише поштовхами, що порушують рівновагу нестійких мовленнєвих механізмів удітей.

Зарубіжні дослідники серед причин виникнення заїкання виділяли неправильне виховання дітей (А. Шервен); асенізацію організму внаслідок інфекційних захворювань (А. Гутцман); наслідування, інфекції, падіння, переляк, перенавчену ліворукість (Т. Гепфнер, Фрешельс).

Нині в етіології заїкання відмічають сукупність екзогенних та ендогенних чинників (Н. Власова, В. Гіляровський, М. Зееман, М. Хватцев, Н. Іяпугін).

На сьогодні виділяють дві групи причин заїкання: ті, що призводять до виникнення його («грунт»), та вихідні («поштовхи»).

**До причин, що призводять до виникнення заїкання («Грунт»), належать такі:**

невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції ЦНС);

невропатичні особливості заїкуватого (нічні страхи, енурез, емоційна напруженість);

конституційна схильність (захворювання вегетативної нервової системи, підвищена збудливість вищої нервової діяльності та її чутливість до психічних травм);

спадкова обтяженість (заїкання розвивається на ґрунті природженої слабкості мовленнєвого апарату, яка може передаватися спадково як рецесивна ознака);

ураження головного мозку у різні періоди розвитку під впливом багатьох шкідливих чинників: внутрішньоутробних та пологових травм, асфіксії; постнатальних — інфекційні, травматичні впливи за різних дитячих захворювань.

Зазначені причини призводять до затримки мовленнєвого розвитку, до мовленнєвих розладів та розвитку заїкання.

**Серед вихідних («поштовхів») виділяють анатомо-фізіологічні, психічні та соціальні причини.**

**Анатомо-фізіологічні причини:** захворювання з енцефалітними наслідками; внутрішньоутробні та пологові травми, струси мозку, органічні порушення мозку; виснаження або перевтома нервової системи внаслідок інтоксикації та різних соматичних захворювань, які послаблюють центральні апарати мовлення: рахіт, коклюш, хвороби обміну отоларингологічні хвороби.

**Психічні та соціальні причини:** одночасна психічна травма; тривала психічна травма, або неправильне виховання в сім'ї: розбещеність, виховання «зразкової» дитини, нерівномірне виховання: постійні конфлікти, переживання у вигляді тривалих

емоційних напружень; гостра, тяжка психічна травма, соціальні раптові потрясіння, які спричинюють гостру афективну реакцію: неправильне формування мовлення в дитинстві: мовлення на вдиху, порушення звуковимови, швидкий темп мовлення батьків; перевантаження дітей молодшого дошкільного віку мовленнєвим матеріалом, невідповідне для віку ускладнення мовленнєвого матеріалу та мислення (складна конструкція фрази, абстрактні поняття), полігЛОсія; наслідування заїкуватих: пасивне — дитина заїкається мимовільно, коли чує неправильне мовлення, активне — копіює неправильне мовлення.

### **8.2. J. Науково-теоретичні основи дослідження проблеми заїкання**

У міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду під кодом F 98.5 стоїть заїкання, що є дискоординаційним судомним порушенням мовлення. Клінічні прояви заїкання зводяться до розладів плавності, злитності мовлення, темпоритмічної організації. Вони мають форму специфічних заїкань, зумовлених судомним станом м'язів мовленнєвого апарату (Л. Білякова).

Отже, заїкання — це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, спричинене судомним станом м'язів артикуляційного апарату (за Л. Біляковою), але, за дослідженнями Ю. Кузьміната І. ГТружан (1974), неможливо виділяти судомні як основну ознаку заїкання. Підтвердженням цього може бути наступний факт: під час знімання фільму «Кінорентгеномографія мовлення в разі розщелин піднебіння» до контрольної групи входив пацієнт, який в минулому мав заїкання. На тлі безсудомного і зовнішніх проявів ускладнень мовлення під час промовляння тестового завдання спостерігалось асиметричне «здуття» м'язів язика, яке охоплювало середню частину спинки цього органу (Л. Пікулев, Л. Вансовська, 1975). Таке явище було підтверджене і кінорентгенографічними дослідженнями Я. Циммермана у 1980 р. Вважають, що дефектність мовлення в разі заїкання пов'язана з розладами послідовності артикуляційних рухів. За іншими гіпотезами, моторні порушення у 20 % випадків виникають унаслідок уповільненого оброблення слухової інформації в процесі мовлення. Крім того, заїкання пов'язують з особливостями процесу синтезу мовлення, оскільки заїкання спостерігаються на початку певних структурних одиниць повідомлення: на початку фрази, синтагми, слова. Зазвичай самі пацієнти говорять про уповільнення, труднощі у доборі слів, репродукуванні думки вголос, тоді як на письмі вони подібного явища не спостерігають.

Методом дихотомічного сприйняття мовленнєвих сигналів доведено, що в разі заїкання можуть спостерігатися особливості в системі міжпівкульних взаємовідношень під час оброблення мовленнєвих сигналів; ті, хто заїкається, мало відрізняється від інших осіб за кількістю відповідей на ліві сигнали, проте за кількістю правильних відповідей на праві сигнали — значно більше. На основі цих досліджень виявлено певну тенденцію до зниження функціональної асиметрії півкуль. У деяких країнах на основі цих досліджень використовують відповідну методику корекції заїкання.

У разі заїкання порушується не тільки мовленнєвий, а й руховий аналізатор загалом: координація рухів кінцівок з численною кількістю синкінезій і моторною недосконалістю; паралельно виявлено труднощі у запам'ятовуванні і виконанні серії послідовних і складних координованих рухів. Спостерігаються загальна напруженість, скованість та нестриманість рухів. Насильницькі рухи частіше виявляються в ділянці м'язів обличчя. Ускладнення у мовній моториці можуть супроводжуватися додатковими рухами (постукування, смикання головою, закривання очей). Ній проблемі були присвячені дослідження Л. Білякової. Нові дослідження американських учених свідчать про наявність фізіологічних компонентів, що впливають на появу заїкання. Так, виявлено, що скроневі частки головного мозку у тих, хто заїкається, більші за розміром, ніж у того, хто не має цієї вади. Крім того, для заїкання важливим є порушення комунікації, що призводить до психогенної зміни особистості хворого.

Заїкання може мати як гострий психогенно-реактивний, так і поступовий ПОГ к. У подальшому формуються психічні особливості, чуються в обмеженні мовлення, труднощах у спі^ Бобі. Логофобія зазвичай не залежить ВІДПГ о мовленнєвого порушення, а є інди- в!"" оційною реакцією пацієнта на ваду

Чення цієї проблеми пов'язує за- стосунків, патологічними особ- них умов, які призводять до й, 1973; В. Ковшиков, 1976; \8; Ю. Некрасова, 1992).

Улі -0.  
к.. 0  
рвовс. % \  
захворюю. 2  
рахіт, коклюш., АГ> 10  
Психічні та соців.  
вала психічна травма;  
бещеність, виховання «зр^.  
вання: постійні конфлікти, і,

уленнєвих порушень. За ругу страждають близько даними Л. Міссулові- IX  
ітановить 1 до 3—4  
заснають психіч-

Багато думок існує навколо цього розладу мовлення з приводу причин виникнення заїкання. Так, вважають, що причиною є перенесені емоційні проблеми або стани тривоги і страху. Ця теорія не обґрунтована серйозними доказами (*Barlow & Durand, 1999*). Зарубіжні дослідники сконцентрували увагу на вивченні сімейних стосунків. Важливу роль у виникненні заїкання відіграють генетичні чинники. Згідно з авторитетними іноземними дослідженнями, спадковість є причиною більше ніж 2/3 (71 %) різних випадків вади, а 1/3 (29 %) — це результат впливу оточення (*Andrews, Morris-Yates, Howie & Martin, 1991*). Генетичні чинники, напевно, впливають на мовлення і є причиною його патологічного розвитку, яке відбувається у мовленнєвих центрах мозку (ліва півкуля). Цією біологічною причиною заїкання пояснюються багато клінічних характеристик, зокрема і втрата самостійності та занижена самооцінка (*Yovetich, Leschied & Flicht, 2000*).

**Проблема заїкання** хвилює не одне покоління людей, **відображенням** чого є численні теорії, які претендують на пояснення його механізмів. Виникнення заїкання **пов'язують** з певною стадією мовленнєвого **розвитку літєй-дошкільників** і відносять до віку 2,5—6 років. Цей період збігається з такими періодами:

- а) становлення звукового (фонетичного) складу мовлення, активного засвоєння лексики і граматики;
- б) недостатньо сталого розвитку<sup>7</sup> мовленнєвої функції;
- в) дозрівання багатьох фізіологічних і психічних функцій дитячого організму.

Повністю координація між трьома відділами периферичного апарату — дихальним, артикуляційним, голосовим — встановлюється до десятирічного віку. З огляду на те, що можливість прояву заїкання зберігається до десяти років, профілактика його не має бути ослабленою до цього вікового періоду.

Таким чином, причиною появи заїкання є певна несформованість мовленнєвої системи. Таке заїкання, як хворобу розвитку, можна назвати еволюційним. Вторинне заїкання симптоматичне, або **посттравматичне**, зумовлене психотравмою. Відомо, що заїкання — складний симптомокомплекс, який включає особливі психофізіологічні, емоційні та особливі прояви поведінки.<sup>8</sup>

З погляду Л. Міссуловіна (1988) і В. Шкловського (1994), заїкання — це стан мовлення, за якого у периферичному мовному апараті дитини спостерігаються судом и різного ступеня тяжкості, тривалості, частоти. Судоми виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричинюють у дітей вторинні реактивні нашарування. Ці нашарування зумовлюють певні

Методом дихотомічного сприйняття мовленнєвих сигналів доведено, що в разі заїкання можуть спостерігатися особливості в системі міжпівкульних взаємовідношень під час оброблення мовленнєвих сигналів; ті, хто заїкається, мало відрізняється від інших осіб за кількістю відповідей на ліві сигнали, проте за кількістю правильних відповідей на праві сигнали — значно більше. На основі цих досліджень виявлено певну тенденцію до зниження функціональної асиметрії півкуль. У деяких країнах на основі цих досліджень використовують відповідну методику корекції заїкання.

У разі заїкання порушується не тільки мовленнєвий, а й руховий аналізатор загалом: координація рухів кінцівок з численною кількістю синкінезій і моторною недосконалістю; паралельно виявлено труднощі у запам'ятовуванні і виконанні серії послідовних і складних координованих рухів. Спостерігаються загальна напруженість, скованість та нестриманість рухів. Насильницькі рухи частіше виявляються вдільянні м'язів обличчя. Ускладнення у мовній моториці можуть супроводжуватися додатковими рухами (постукування, смикання головою, закривання очей). Ній проблемі були присвячені дослідження Л. Білякової. Нові дослідження американських учених свідчать про наявність фізіологічних компонентів, що впливають на появу заїкання. Так, виявлено, що скроневі частки головного мозку у тих, хто заїкається, більші за розміром, ніж у того, хто не має цієї вади. Крім того, для заїкання важливим є порушення комунікації, що призводить до психогенної зміни особистості хворого.

Заїкання може мати як гострий психогенно-реактивний, так і поступовий початок. У подальшому формуються психічні особливості, які виявляються в обмеженні мовлення, труднощах у спілкуванні, логофобії. Логофобія зазвичай не залежить від тяжкості перебігу цього мовленнєвого порушення, а є індивідуальною патологічно-емоційною реакцією пацієнта на ваду мовлення.

Психологічний аспект вивчення цієї проблеми пов'язує заїкання з порушеннями системи стосунків, патологічними особливостями адаптації до соціальних умов, які призводять до зміни особистості (В. Шкловський, 1973; В. Ковшиков, 1976; Г. Волкова, 1984; Л. Міссуловін, 1988; Ю. Некрасова, 1992).

Заїкання є одним із поширених мовленнєвих порушень. За даними деяких досліджень, на цю недугу страждають близько 3 % дітей і 1 % дорослих (Ю. Кузьмін), заданими Л. Міссуловіна — відповідно 2 % дітей та 1,5 % дорослих.

Співвідношення дівчаток і хлопчиків становить 1 до 3—4 (АРА 2000). Хлопчики частіше, ніж дівчатка, зазнають психічного травмування.



Багато думок існує навколо нього розладу мовлення з приводу причин виникнення заїкання. Так, вважають, що причиною є перенесені емоційні проблеми або стани тривоги і страху. Ця теорія не обґрунтована серйозними доказами (*Barlow & Durand, 1999*). Зарубіжні дослідники сконцентрували увагу на вивченні сімейних стосунків. Важливу роль у виникненні заїкання відіграють генетичні чинники. Згідно з авторитетними іноземними дослідженнями, спадковість є причиною більше ніж 2/3 (71 %) різних випадків вади, а 1/3 (29 %) — це результат впливу оточення (*Andrews, Morris-Yates, Howie & Martin, 1991*). Генетичні чинники, напевно, впливають на мовлення і є причиною його патологічного розвитку, яке відбувається у мовленнєвих центрах мозку (ліва півкуля). Цією біологічною причиною заїкання пояснюються багато клінічних характеристик, зокрема і втрата самостійності та занижена самооцінка (*Yovetich, Leschied & Flicht, 2000*).

Проблема заїкання хвилює не одне покоління людей, відображенням чого є численні теорії, які претендують на пояснення його механізмів. Виникнення заїкання пов'язують з певною стадією мовленнєвого розвитку дітей-дошкільників і відносять до віку 2,5—6 років. Цей період збігається з такими періодами:

- а) становлення звукового (фонетичного) складу мовлення, активного засвоєння лексики і граматики;
- б) недостатньо сталого розвитку мовленнєвої функції;
- в) дозрівання багатьох фізіологічних і психічних функцій дитячого організму.

Повністю координація між трьома відділами периферичного апарату — дихальним, артикуляційним, голосовим — встановлюється до десятирічного віку. З огляду на те, що можливість прояву заїкання зберігається до десяти років, профілактика його не має бути ослабленою до цього вікового періоду.

Таким чином, причиною появи заїкання є певна несформованість мовленнєвої системи. Таке заїкання, як хворобу розвитку, можна назвати еволюційним. Вторинне заїкання симптоматичне, або посттравматичне, зумовлене психотравмою. Відомо, що заїкання — складний симптомокомплекс, який включає особливі психофізіологічні, емоційні та особливі прояви поведінки.

З погляду Л. Міссуловіна (1988) і В. Шкловського (1994), заїкання — це стан мовлення, за якого у периферичному мовному апараті дитини спостерігаються судоми різного ступеня тяжкості, тривалості, частоти. Судоми виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричинюють у дітей вторинні реактивні нашарування. Ці нашарування зумовлюють певні

зміни особистості і призводять до порушення системи спілкування з оточенням. На тлі органічних порушень виникають судоми м'язів мовленнєвого апарату, які мають різну локалізацію, тип і силу виразності.

Прийнято виділяти два основних типи мовленнєвих судом: тонічні і клонічні.

*Тонічні мовленнєві судоми* виявляються у вигляді мимовільних багаторазових скорочень м'язів з різким підвищенням їх м'язів, що охоплює кілька м'язових груп. Дитина мовби скута. Рот напіввідкритий або, навпаки, губи міцно стиснуті. Обличчя відображає велике напруження.

*Клонічні мовленнєві судоми* характеризуються мимовільним разовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Дитина зазвичай повторює окремі звуки та склади.

Досить частими є поєднання клонічних і тонічних мовленнєвих судом в однієї дитини.

*Локалізація судом:* судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виявлятися в усіх його відділах: артикуляційному, голосовому і дихальному. Відповідно ці судоми прийнято називати артикуляційними, голосовими і дихальними. У клінічній картині заїкання трапляються переважно змішані судоми:

- 1) *дихально-артикуляційні;*
- 2) *дихально-голосові;*
- 3) *артикуляційно-голосові.*

Отже, із зазначеного можна зробити висновок, що заїкання — це складне комплексне захворювання, яке потребує різнобічного підходу до лікування. На сучасному етапі корекційної роботи поширений комплексний медико-педагогічний підхід до подолання заїкання.

Клініко-педагогічні спостереження за дітьми, які заїкаються, дає змогу поділити їх на три підгрупи.

До *першої підгрупи* входять діти, у яких мовлення знезацька переривається повторами різних звуків. За спостереженнями батьків, ці діти заїкаються лише тоді, коли хвилюються. У них порушені моторні механізми мовлення і на заїкання, які виникають під час мовлення, вони не звертають уваги. Мовленнєве порушення найчастіше виявляється під час емоційних реакцій, зумовлених ситуацією.

До *другої підгрупи* належать діти, які реагують на свою ваду у мовленні. До виникнення заїкання ці діти спокійні, врівноважені, проте з появою заїкання у них з'являються зміни у емоційно-вольовій сфері. Вони стають плаксивими, замкненими, намагаються менше говорити, наявні супутні рухи голови, рук, тулуба, ніг, виражені у легкому ступені. Виникає страх перед мовленням.

До *третьої підгрупи* входять діти, фізично ослаблені, занадто хворобливі, вразливі, вони бояться темряви, моторно неспокійні, тривожні. З'являється логофобія. Під час мовлення вони дуже хвилюються і частота судом збільшується. Спостерігаються судомні м'язів обличчя, шиї, кінцівок.

Усі ці аспекти треба враховувати, виконуючи корекційну роботу з подолання заїкання.

### 8.2.2. Фізіологія заїкання

Мовлення — це коловий процес (мал. 8.1). Мовленнєве коло утворюють три мозкових мовленнєвих центри (мал. 8.2): центр Брока відповідає за мовлення, керуючи мовленнєвою мускулатурою:

центр Верніке (слуховий центр мовлення) розпізнає власне мовлення і мовлення інших людей;

асоціативний центр створює структуру фраз і речень.

Розрив мовленнєвого кола в будь-якому місці руйнує мовленнєвий процес.

Заїкуватість є періодичним розривом мовленнєвого кола, що зумовлює нестабільну його роботу.

Мовленнєве коло періодично розривається внаслідок неоднакової швидкості роботи мовленнєвих центрів. Причина цього явища визначається такими чинниками:

**1) неоднаковою фізіологічною силою мовленнєвих центрів :**

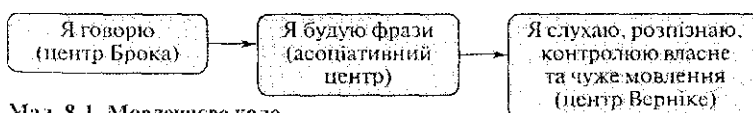
центр Брока є найсильнішим. Він розвивається першим, коли в дитини з'являються перші мовленнєвоподібні реакції — дитячий лепет;

центр Верніке формується пізніше, коли дитина із загального хаосу звуків починає розпізнавати і повторювати прості слова, від яких вона життєво залежна. Наприклад, «мама», «тато», «дай» тощо;

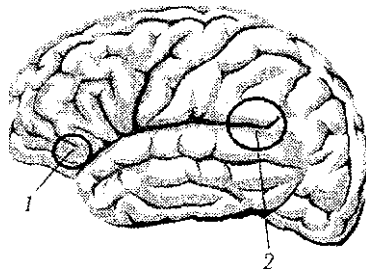
асоціативний центр розвивається до 2 років, коли дитина починає вимовляти складні фрази, за які цей центр і відповідає:

**2) недостатністю неврологічних механізмів синхронізації швидкостей роботи мовленнєвих центрів** унаслідок переляку, стресу, перенесеного наркозу або важкого соматичного захворювання (див. мал. 8.3).

Потенційно відмінність між мовленнєвими центрами є в кожній людині, проте захворювання виявляється, якщо вона



Мал. 8.1. Мовленнєве коло



**Мал. 8.2. Локалізація мовленнєвих центрів:**

/ — центр Брока; 2 — центр Верніке

стає надмірною. Саме тоді з'являється нестабільна робота мовленнєвого кола (мал. 8.4).

Найпоширенішими причинами надмірної відмінності між мовленнєвими центрами є:

а) особливості медіаторної структури мовленнєвих центрів, що може передаватися спадково;

б) чинник перенавченої ліворукості, коли центр Брока переміщується з однієї півкулі мозку в другу.

Зовнішня симптоматика захворювання насамперед визначається порушенням центру Брока. З розглядом його синхронізації порушення поширюється на прилеглу рухову зону кори головного мозку (табл. 8.1).

Центр Брока                      Центр Верніке                      Асоціативний центр

**Мал. 8.3. Нормальна робота мовленнєвого кола**

Центр Брока                      Центр Верніке                      Асоціативний центр

**Мал. 8.4. Порушений стан мовленнєвого кола**

**Таблиця 8.1. Робота центру Брока**

Нормальна робота центру	Порушена робота центру
Керування м'язами язика і губ	Спазм м'язів обличчя і піднебіння
Керування гортанню і голосовими зв'язками	Спазм м'язів шиї і гортані
Керування дихальною мускулатурою	Спазм м'язів грудної клітки і г. я.

### 8.2.3. Симптоматика заїкання

Вперше повну симптоматику заїкання було подано в праці І. Сікорського. Прояви заїкання у різні вікові періоди вивчали В. Гіляровський, М. Зесман, С. Ляпідевський, М. Хватцев та ін. У сучасній теорії та практиці логопедії умовно виділяють дві групи симптомів заїкання, які перебувають у тісному взаємозв'язку:

- » *біологічні (фізіологічні)*: порушення центральної нервової системи та фізичного здоров'я, загальної та мовленнєвої моторики;
- *соціальні (психологічні)*: мовленнєві заїкання та інші порушення експресивного мовлення, феномен фіксованості на ваді, логофобії, виверти та інші психологічні особливості.

#### 8.2.3.1. Мовленнєві судоми

Судоми м'язів мовленнєвого апарату мають різну локалізацію, тип і ступінь виразності. Виділяють два основних типи мовленнєвих судом: тонічні та клонічні.

*Тонічні мовленнєві судоми* — це складні тривалі спазми, які заважають вимовити слово та виявляються у вигляді тривалої паузи в мовленні або у вигляді напруженої, протяжної вокалізації (к —к — коро́ва).

*Каонічні мовленнєві судоми* — характеризуються мимовільним багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовленнєвого апарату. Заїкуватий повторює окремі звуки або склади (*кі—кі—кіт*).

**Локалізація судом.** Судоми м'язів мовленнєвого апарату можуть виникати в усіх його **відділах**: артикуляційному, голосовому та дихальному. Відповідно ці судоми прийнято називати артикуляційними, голосовими і дихальними. В практиці частіше трапляються змішані судоми: дихально-артикуляційні, дихально-голосові, артикуляційно-голосові.

#### **Судоми дихального апарату:**

*Інспіраторні судоми* характеризуються раптовим різким вдихом, що виникає на різних етапах мовленнєвого висловлювання, і призводять до необгрунтованої паузи. Ці судоми порушують як фонацію, так і мовленнєву артикуляцію. Сила інспіраторних судом буває різною.

*Експіраторні судоми* характеризуються раптовим різким видихом у процесі мовленнєвого висловлювання. їм притаманні сильні скорочення мускулатури черевного преса. Під час експіраторних судом артикуляція і вокалізація призупиняються.

*Судоми голосового апарату* виникають, коли логопат намагається вимовити голосний звук. Розрізняють такі види судом:

**Зімкнена голосова судома.** Виникає в разі спроби почати мовлення або посеред мовленнєвого висловлювання, раптово припиняє голосоподачу. Голосові зв'язки в момент судоми різко змикаються, перешкоджаючи проходженню повітря. Основна ознака — це повна відсутність звука (різної тривалості). Оскільки голосова щілина зімкнена, перекривається проходження повітряного струменя, черевна мускулатура напружена. Хворий завмирає, його обличчя стає амімічним, можливі скарги на відчуття напруженості в ділянці гортані, грудей та черевних м'язів, відчуття перешкоди в ділянці гортані.

**Вокальна судома** виникає у вигляді підвищеного тону голосових м'язів у процесі мовлення на голосних звуках. Акустично судома сприймається як незвичайна протяжність голосного звука. Іноді спостерігаються зміни тембру голосу і його висоти. Голос набуває неприємного, фальцетного (то зниженого, то підвищеного) звучання.

**Тремтячий, або поштовхоподібний, гортанний спазм.** Виникає під час вимови голосних звуків. При цьому мовлення припиняється, виникає тремтячий або переривчастий звук, що супроводжується повною відсутністю артикуляції. Під час тремтячого гортанного спазму голосові зв'язки змикаються, потім розмикаються, внаслідок чого виникають нефонологічні звуки. Ця судома характеризується наявністю відкритої ротової порожнини і може супроводжуватися ритмічним відкиданням або опусканням голови.

**Судоми артикуляційного апарату:**

1. Лицьові (губи, нижня щелепа).
2. Язикові.
3. Судоми м'якого піднебіння.

**Лицьові судоми:**

**Зімкнена судома губ** виявляється у вигляді спазму колового м'яза рота, внаслідок чого губи сильно змикаються, при цьому інші м'язи обличчя можуть не брати участі в судомі. В разі спроби вимовити звук щоки можуть надуватися під тиском повітря, що заповнює ротову порожнину. Порушується вимова твердих і м'яких губних звуків [б], [п], [в], [ф], [лі], а в тяжких випадках — язикових [э], [т], [к].

**Верхньогубна судома** виявляється спазмом м'язів, які піднімають верхню губу. Виникає частіше гемісудома обличчя, при цьому ротова щілина викривляється. Ця судома найчастіше буває клонічною. В разі виникнення її вимова всіх губних звуків є практично неможливою. Обличчя стає асиметричним, спотвореним.

**Нижньогубна судома** аналогічна верхньогубній. Уражує один або обидва м'язи, які опускають кут рота. Ізольовано спостерігається зрідка.

*Судома кута рота* характеризується різким відтягненням кута рота справа або зліва разом з підняттям його вгору. Ротова щілина перекошується вбік судомно скорочених м'язів. Вона може охоплювати м'язи носа, гівік, чола. Судома кута рота порушує роботу колового м'яза рота. Хворий під час судоми не в змозі зімкнути губи, від чого порушується вимова відповідних приголосних. Вона буває як тонічною, так і клонічною.

*Судома розкриття ротової порожнини* може відбуватися удвох варіантах:

а) рот розкривається широко з одночасним опусканням нижньої щелепи;

б) у разі зімкнених щелеп різко оголюються зуби. Контури рота набувають квадратної форми. Всі м'язи артикуляційного апарату напружені. Судома тонічного характеру.

*Складна судоми обличчя* є одним із проявів різних судом обличчя, виражених у тяжкому ступені, що охоплюють судоми м'язів чола, колового м'яза повік, вušних м'язів. Вона супроводжує судому колового м'яза рота.

***Язикові судоми:***

*Судома кінчика язика.* Кінчик язика з напруженням впирається у тверде піднебіння, внаслідок чого артикуляція, а також видих (і відповідно — фонація) у цей момент призупиняються, виникає необгрунтована пауза.

*Судомне підняття кореня язика.* Виявляється у мимовільному піднятті кінчика язика вгору та відтягненні його назад. Під час судоми відбувається змикання кореня язика з піднебінням, повністю блокується проходження повітряного струменя через ротовий отвір. Порушується вимова задньоязикових та глоткових звуків [г], [к], [г], [і].

*Судома виштовхування язика.* Характеризується виштовхуванням язика в простір між зубами, може бути тонічною і клонічною. В разі тонічної судоми язик висувається із порожнини рота, клонічної — періодично висувається вперед, а потім із сплюю втягується всередину. Під час судоми вимова звуків стає неможливою, дихання порушується.

*Під'язикова судома* характеризується опусканням нижньої щелепи і відкриванням ротової порожнини. Ця судома охоплює м'язи, пов'язані з під'язиковою кісткою, поєднується із судомами іншої локалізації. Часто спостерігаються повторення складів та вимова з придыхом.

*Судома м'якого піднебіння* ізольовано трапляється зрідка. Під час судоми м'яке піднебіння або піднімається, або опускається, внаслідок чого вхід у носову порожнину або відкривається, або закривається, що надає звукам назального відтінку. Зовні судома виявляється у раптовій зупинці мовлення і повторенні звуків, подібних до [пм — пм], [тн — тн], [кн—кн].

### 8.2.3.2. Феномен фіксованості на ваді

Зародження переживань із приводу якості власного мовлення можна виявити вже у маленьких дітей.

Хвилювання з приводу свого мовлення може змінюватися у заїкуватих залежно від різних обставин. Так, з віком хвилювання, а також рівень загальної тривожності зростають.

Ступінь виразності мовленнєвих хвилювань залежить від ступеня мовленнєвого розладу: що більше виражена заїкуватість, то більші хвилювання.

Багато заїкуватих разом із зростанням тривоги з приводу свого мовлення починають ототожнювати цю тривогу із самою заїкуватістю. Проте під час додаткових бесід зазвичай з'ясовують, що страх зумовлює не сама заїкуватість, а можливе ставлення до неї через **недосконале** мовлення. Тому хвилювання значною мірою залежить від того, хто є партнером зі спілкування. Страх може мати й індивідуальний характер.

Фіксованість на своїй ваді — це відображення об'єктивно існуючої мовленнєвої вади (мовленнєвих заїкань) у всій психологічній діяльності заїкуватої людини. Це результат процесів отримання і перероблення інформації про мовленнєві труднощі і пов'язані з ними неприємності, трансформовані у психічні стани і властивості заїкуватої, що виявляються в його взаємодії з навколишнім соціальним середовищем.

Виділяють три ступеня хворобливої фіксації на своїй ваді.

Нульовий ступінь характеризує байдуже ставлення заїкуватої до своєї вади в поєднанні з відсутністю вольових зусиль у боротьбі з нею. Ці заїкуваті охоче вступають у контакт зі знайомими і незнайомими. У них немає елементів сором'язливості, вразливості за своє неправильне мовлення.

Помірний ступінь характеризується помірно стриманим ставленням до своєї вади в поєднанні з наявністю вольових зусиль у боротьбі з нею. При цьому спостерігаються неприємні переживання, пов'язані з заїкуватістю, заїкуватість приховується, компенсується завдяки мовленнєвим вивертам. Проте усвідомлення свого недоліку і переживання не переходять у постійне тяжке відчуття власної неповноцінності.

**Виражений ступінь.** У хворих спостерігається безнадійне ставлення до своєї вади і наявність таких вольових зусиль у боротьбі з нею, які переростають у навіювані дії та стани. Заїкуваті постійно **зосереджують** увагу на своїх мовленнєвих невдачах, глибоко і **тривало** переживають їх. Всю свою діяльність заїкуваті із вираженим ступенем прояву фіксації на своїй ваді ставлять у **залежність** від **мовленнєвих** невдач. Для них характерним є занурювання у хворобу; самознищення, навіювані думки і виражений страх перед мовленням.



Із часом у заїкуватих ступінь фіксованості на своїй валі має тенденцію до ускладнення.

Позитивні результати логопедичної роботи із заїкуватими закономірно перебувають у зворотній залежності від ступеня їхньої фіксованості на своїй ваді (що більша фіксованість, то нижчий результат). Саме різний ступінь фіксованості на своїй ваді, а не стаж заїкуватості визначає різні результати логопедичної роботи.

*Логофобія* - - це страх мовленнєвого спілкування з очікуванням мовленнєвих невдач.

Створюється своєрідне коло, коли судомні заїкання в мовленні зумовлюють сильні негативні емоційні реакції, що посилює мовленнєві порушення. Зрештою, здебільшого у заїкуватих мовлення стає джерелом постійної психічної травматизації. Все це спричинює підвищену виснажливість (як психічну, так і власне мовленнєву), стомлюваність і призводить до розвитку патологічних рис характеру.

Поступово одні заїкуваті починають уникати мовленнєвих навантажень, різко обмежують мовленнєві контакти (пасивна форма компенсації), інші, навпаки, стають агресивними, нав'язливими у спілкуванні (явище гіперкомпенсації).

Із віком логофобія в деяких випадках набуває особливого значення в картині заїкуватості, має навіюваний характер і виникає лише в разі думки про потребу у мовленнєвому спілкуванні або спогадів про мовленнєві невдачі в минулому. В цьому стані заїкуваті часто вимовляють не те, що їм хотілося б сказати, а лише те, що легше вимовити.

#### 8.2.4. Класифікація заїкання

Починаючи з 70-х років у вітчизняній літературі з'являються нові трактування класифікації заїкання. Дослідники виділяють дві клінічні форми заїкання — неврозоподібну та невротичну, які зумовлені різними патогенетичними механізмами.

**Характеристика неврозоподібної форми заїкання.** Зовнішньо подібний до неврозу, цей розлад має не психогенне походження (в межах шизофренії, епілепсії, різних видів олігофренії, внаслідок органічного ураження центральної нервової системи). Найчастіше неврозоподібний синдром виникає внаслідок органічного ураження ЦНС у ранньому дитинстві. Після травм голови, стусу головного мозку, менінгоенцефалітів часто спостерігається неспецифічний комплекс залишкових явищ, подібних до ураження головного мозку. В цьому комплексі поєднуються універсальні загально мозкові синдроми та ознаки ураження тієї чи іншої функціональної системи.

До універсальних синдромів, які виникають практично у всіх, хто переніс подібне ураження, належить *церебрастенічний* синдром. Він виявляється в негативному перенесенні спеки, перебуванні у транспорті, у підвищеній млявості та втомлюваності в разі інтелектуального або фізичного навантаження. Діти з церебрастенічним синдромом швидко втомлюються, тому їх потрібно викликати до дошки не наприкінці уроку, а спочатку, не на останніх уроках, а на перших. Ці хворі потребують суворо дозованих навантажень з частим чергуванням періодів інтелектуальної діяльності та відпочинку. Наявність церебрастенії, з одного боку, завжди посилює вже наявну патологію головного мозку, а з другого — призводить до виникнення різних нових порушень. Отже, церебрастенічний фон не є безпечним.

Виділяють п'ять основних клінічних варіантів церебрастенічного синдрому".

1. *Астеногіпердинамічний*: людина втомлюється, стає метушливою, розсіяною, гіперрухливою.

2. *Астенодинамічний*: хворий бажає спокою, спостерігається гіподинамія. При цьому про щось запитувати його, примушувати працювати шкідливо.

3. *Астенопатичний*: хворий нічого не хоче робити, у нього апатичний стан.

4. *Астенодистонічний*: хворий роздратований, плаксивий, нудний, його не слід втішати, йому потрібен відпочинок.

5. *Змішаний*: у його проявах є різні симптоми, що впливають один на одного, і тим самим приховують прояви хвороби.

Іншою ознакою раннього органічного враження ЦНС є синдром рухового розгальмування (гіпердинамічний синдром). Він виявляється в надмірній метушливості, хаотичній рухливості, нездатності бути цілеспрямованим, дисциплінованим. Пацієнти запальні, роздратовані.

Неврозоподібна форма заїкання починається у дітей поступово в 3—4 роки без психотравматичних причин. Заїкання збігається з періодом формування фразового мовлення. В початковому періоді заїкання має хвилеподібний тип перебігу, проте періодів, вільних від судом, немає. Якщо в цей період була відсутня логопедична допомога, мовленнєве порушення поступово обтяжується. Заїкання «обростає» супутніми рухами, емболофразіями, і судомні зупинки посилюються в разі фізичної або психічної втоми, соматична ослабленість погіршує якість мовлення.

М'язовий тонус за цієї форми заїкання нестійкий, рухи порушені, не розмірені. Порушена координація рухів рук, ніг, дрібної моторики рук, артикуляційної моторики. Найвиразніші порушення відмічають у мимічній, артикуляційній та дрібній

моториці рук: страждає динамічний праксис. Заїкуватим важко відтворювати та утримувати в пам'яті заданий темп, ритм. Спостерігається різке порушення мовленнєвого дихання: слова вони вимовляють під час вдиху або в момент повного видиху.

Неврозоподібна форма заїкання характеризується тим, що мовленнєві спотикання виявляються в різних ситуаціях — як наодинці з самим собою, так і в колективі.

Активна увага заїкуватих до процесу мовлення полегшує мовлення, воно стає кращим.

За умови хронічного перебігу неврозоподібної форми заїкання у дорослих мовлення характеризується нерідко тяжкими тоно-клонічними судомою у відділах мовленнєвого апарату. Мовлення супроводжується різкими рухами пальців рук, притоптуванням, хитанням голови, супутніми рухами, які нагадують гіперкінези — насильницькі скорочення м'язів, які не мають маску вального характеру.

**Характеристика невротичної форми заїкання.** Невротична форма заїкання виникає гостро у віці від 2 до 6 років, коли фразове мовлення вже сформоване. Переважає психогенний початок мовленнєвої патології (психічна гостра або хронічна травмизація).

З анамнестичних даних випливає, що у дітей з цією формою заїкання відсутня патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів. Ранній психофізіологічний розвиток відбувається в межах норми. Моторні навички формуються своєчасно.

У мовленнєвому онтогенезі спостерігається ранній розвиток мовлення (перші слова з'являються в 10 міс.). Фразове мовлення формується в 16—18 міс. життя. За короткий період часу діти починають розмовляти розгорнутою фразою, словниковий обсяг швидко поповнюється; темп мовлення пришвидшений. Діти начебто «захлинаються» мовленням, недомовляють закінчень слів, речень; спостерігається велика кількість ітерацій — повторення складів, слів, словосполучень. Таким чином, артикуляційні механізми мовлення в них несформовані, проте лексико-граматична сторона випереджає норму.

Під час обстеження у дітей виявляють нормальний розвиток загальної моторики. Вони добре переключаються з одного руху, ритму на інший. Дрібна моторика розвивається у межах норми.

У дітей з невротичною формою заїкання часто спостерігається рецидив у 7 років у зв'язку зі збільшенням емоційного й фізичного навантаження, зумовленого вступом до школи.

У 10—12 років діти починають усвідомлювати свою ваду. У них формується логофобічний синдром. Логофобія може поєднуватися із невротичними тіками та синкінезіями.

Крім **логофобічного** варіанта неврозів виявляють істеричний механізм. При цьому внаслідок психічної травми шокувального характеру паралізуються центральні механізми мовлення, виникає істеричний **мутизм**, хворий мовчить не тільки під час психотравматичної ситуації, а й **за** будь-яких обставин. Після зникання істеричного мутизму іноді спостерігаються істеричні заїкання (під впливом **психотравматичних** хвилювань знову **паралізується** мовленнєва функція, проте у менш вираженому ступені).

За невротичної форми заїкання динаміка порушення має рецидивний характер. Тимчасово мовлення стає плавним, су- домні зупинки можуть бути відсутніми, однак у разі емоційного напруження, соматичного захворювання, перевтоми заїкання з'являється знову.

Характерною особливістю цієї форми є те, що у спокійному стані, відволікаючи увагу від процесу мовлення, наодинці з собою мовлення чітке, плавне.

Порівняльну характеристику різних форм заїкання (за М. Буяновим) подано у табл. 8.2—S.5

#### 8.2.5. Особливості особистості заїкуватих

Дані літературних джерел з цього питання дуже суперечливі. М. Буянов під час обстеження пацієнтів психіатричної лікарні виявив, що серед обстежених з різною мовленнєвою патологією (невротичною, неврозоподібною, змішаною формами) було 75—80 % чоловічої та 20—25 % жіночої статі. Це свідчить про те, що заїкання переважає у чоловіків більше, ніж у жінок. У дослідженні **М. Буянова** хворих було умовно поділено на п'ять груп залежно від домінування тих чи інших особливостей особистості.

*Перша група.* До неї ввійшли 3—6 % пацієнтів, яким були притаманні психопатичні властивості. Це в основному **підлітки** з гальмівними (астенічними, **шизоїди** **и ми**, тривожними) рисами характеру.

*Друга група.* До **складу** цієї групи належали підлітки із залишковими явищами раннього органічного ураження ЦНС — 35—45 % хворих, а також хворі із психоорганічним синдромом із **психоподібними** проявами. Крім того, у всіх хворих спостерігалися церебрастенічний та гіпердинамічний неврозоподібні синдроми.

*Третя група.* Сюди було віднесено 5—6 % логопатів, у яких неврозоподібне заїкування поєднувалося з шизофренією, епілепсією (за **яких спостерігаються** відповідні зміни особистості).

Таблиця 8.2. Клінічна характеристика різних форм заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		Неврозоподібна напоруваннями
	Неврозична	Неврозоподібна	
Мовленнєва активність	Різко знижена	Зазвичай підвищена	Висока до появи неврозичних напорувань, потім спадає
Локалізація судома	Здебільшого лисально-вокальні	Здебільшого в артикуляційно-му апараті	В усіх групах м'язів, пов'язаних з мовленням
Темп мовлення	Різкий	Такідалія	Такідалія
Вираженість мовлення	Різна	Мовлення неірамічне, монотонне, глухе	Як і за неврозоподібної заїкуватості
Пейкомоторика (включачо-чи логомоторику)	Без виражених особливостей	Незграбність, скрутність і одоманітність рухів, поганий почерк, млява міміка	Різна, проте часто подібна до тієї, що буває за неврозоподібної заїкуватості
Симптом Фрегелєля	Типовий	Непостійний	Непостійний
Супутні рухи	Часті. Мають змінилий характер	Дуже часті. Стереотипні	Постійні і напчастіше одоманітні
Фіксація на важких звуках	Виражена	Слабкіша, ніж за неврозичної заїкуватості	Більш-менш виражена
Перебіг заїкуватості	Хвилеподібний, вираженість заїкуватості залежить від варіантності психотравматичних режівань	Більш-менш постійний, з періодами погіршення, що залежать від ступеня перетому, мовленнєвого навантаження, соматичного стану	Залежить від психотравматичного стану, тому хвилеподібний
Дислексія, дисграфія, дискалькулія	Зрідка	Часто	Часто
Спрямованість у подоланні мовленнєвих порушень	Зазвичай висока, часом надмірна	Різко знижена	Недостатня

Й Таблиця 8.3. Деякі показники психічного і фізичного розвитку осіб із різними типами заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Ісихомоторний розпиток у перші дії роки життя	Різний, часом пришвидшений	Із затримкою	Із затримкою
Психомоторний тріпот у 3-4-річному віці	Різний, нерідко пришвидшений	Із затримкою	Із затримкою
Розвиток навичок самообслуговування	Без помітних відхилень	Із затримкою	Із затримкою
Ліворукість	Яку популяції	Часта	Часта
Мовленнєва патологія у близьких родичів	Зрідка	Часта	Часта
Час й обставини появи заїкуватості	Після психічних травм у будь-якому віці, проте зазвичай у 3—7-річному віці	У період становлення мовлення	Неврозоподібна заїкуватість в період становлення мовлення, а невротичні нашарування пізніше (в 12...15-річному віці)

Таблиця 8.4. Вплив соціальних, психічних і соматичних чинників на характер прояву різних форм заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Страх мовлення	Обов'язковий для логофобічної заїкуватості	Немає. Заїкуватість :))ххтає внаслідок психомоторного порушення	Як за неврозоподібною заїкуватості, потім приєднуються тривога і страх мовлення в присутності незнайомих людей
Посилена фіксація на мовленні	Типова	Немає	Трапляється часто
Вплив психотравма пічної ситуації	Різко погіршує мовлення	Впливає мало	Впливає періодично
Несподівана зміна ситуації	Різко погіршує мовлення	Не має великого значення	Погіршує мовлення
Соматичне захворювання	Не впливає на мовлення	Посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Велике мовленнєве навантаження	Погіршує мовлення залежно від психо травматичної ситуації	Посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Органічне ураження головного мозку	Істотно не погіршує заїкуватість	Різко посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Фізичне ослаблення	Не впливає на заїкуватість	Різко посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Емоційно-вольованезрілість	Істотно не впливає на перебіг заїкуватості	Заважає подоланню хворим мовленнєвої вади	Заважає подоланню мовленнєвого розладу

Таблиця 8.5. Дані параклінічних обстежень за різних форм заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Рентгенограма	Частіше без особливостей	Переважає субкомпенсована гідроцефалія	Часто субкомпенсована гідроцефалія
Електроенцефалограма	Яку популяції	Переважають органічні зміни, нерідко з підвищеною судомною готовністю	Як і за неврозоподібною заїкуватості, проте в меншому ступені
Стан ЛОР-органів	Яку популяції	Часті захворювання ЛОР-органів	Рідше, ніж за неврозоподібною заїкуватості

*Четверта група* складалася з підлітків, яким були притаманні риси психічного інфантилізму. 5 % — хворі з дисгармонійним інфантилізмом, 5 % — з гіпогенітальним, 15—20 % — з гармонічним інфантилізмом. За гармонічного інфантилізму наявна незрілість емоційно-вольової сфери виявлялася у легковажності, переважанні ігрових інтересів, швидкій перенасичуваності, невмінні довести справу до кінця. Це підлітки зі слабкою волею, які потребують постійного контролю. Для дітей із гіпогенітальним властиві прояви емоційно-вольової сфери, надзвичайна наївність, балакучість, нездатність до активних дій. Вони погоджуються з усім або коментують вчинки інших. Таким чином, приблизно кожний четвертий заїкуватий підліток різко відставав у своєму емоційно-вольовому розвитку.

*П'ята група.* Сюди ввійшли 30—35 % підлітків, у яких не спостерігалось вад особистості, приблизно у 15 % із них були наявними ознаки акцентуації гальмівного типу. До цієї групи належали також логопати з загостренням особливостей, зумовлених пубертатною кризою.

Незважаючи на те, що у обстежених перебіг заїкання був досить тяжким, лише у 10 % хворих виявлено ознаки патологічного формування особистості гальмівного типу.

Отже, на думку вченого, немає єдиної специфічної особливості особистості. Хоча у логопатів переважають гальмівні властивості характеру, вони мають різне походження, ступінь прояву, різний клінічний зміст. Особисті особливості заїкуватих підлітків перебувають у широкому діапазоні — від звичайних та акцентованих рис до грубих психопатологічних порушень. Ці хворі потребують диференційованого підходу.

#### **8.2.6. Психологічні особливості дітей із заїканням**

Проблема плавного ритмічного мовлення є важливою та актуальною для комплексу норм, пов'язаних із формуванням плавного мовлення дітей із загинанням у психології, логопедії, педагогіці, філософії, медицині.

На думку Р. Левіної, мовленнєвого порушення самого по собі немає, воно завжди передбачає особистість і психіку конкретного індивідуума з усіма його особливостями. Розуміння своєї мовленнєвої вади породжує певні психологічні особливості: сором'язливість, уразливість, беззахисність, бажання до усамітнення, відчуття пригніченості і постійне переживання за своє мовлення, дитина боїться висловити свою думку за присутності незнайомих. Іноді, навпаки, діти розгальмовані, різкі у своїх учинках. Здебільшого автори відмічають виражені психологічні

особливості у дітей (Х. Лагузен, І. Сікорський, Г. Неткачев, І. Татаковський, Ф. Штоккерт, Ю. Флоренська, М. Хватцев). Останнім часом з метою заснування психотерапевтичного напрямку в логопедичній роботі почали глибоко вивчати психологічні особливості удітей (С. Павлова, В. Селіверстов, В. Шкловський, Ю. Некрасов, Л. Андронова та ін.) та диференціювати їх за їхніми психологічними особливостями. В основу досліджень було покладено наявність логофобії та різний ступінь фіксованості на своїй ваді. Спираючись на дослідження наукових джерел минулого і сьогодення, можна уявити психологічну модель виникнення і розвитку феномену фіксованості дитини на своїй ваді з позиції інтегральної взаємодії психічних процесів. І в такий спосіб феномен фіксованості можна визначити як відображення об'єктивно існуючої мовленнєвої вади у всій психічній діяльності дитини, яка має заїкання. Це результат процесів отримання і перероблення інформації про мовленнєві труднощі та пов'язані з ними неприємності, що трансформовані у психічних процесах, станах та властивостях хворого заїканням і виявляються в його взаємодії з навколишнім соціальним середовищем. Специфічною основою заїкання є той психічний стан, на основі якого у дітей виникає усвідомлення розладу їх мовлення (Е. Фрешельс).

Ф. Штоккерт, Ю. Флоренська, М. Пайкін, Н. Власова та інші наголошувати на перебільшенні ролі фіксованої уваги на дефектному мовленні. Коли дитина вперше звертає увагу на своє неправильне мовлення, то цей період і стає критичним у розвитку заїкання. Що більше уваги дитина приділяє своєму стражданню, то більшим воно стає. Цієї точки зору дотримувався і М. Хватцев, який зазначав, що первинне спотикання від **травми** (шоку) — це не заїкання, а розлад координації. Проте коли у дитини надовго залишаються згадки про шок і думки, що вона знову може зробити помилку, коли є фіксація уваги на спотиканні, тільки тоді починається розвиток дійсного заїкання. З виникненням психопатологічних моментів заїкання із простого розладу координації переходить у невроз. Цей стан через кілька повторень перетворюється на патологічний умовний рефлекс і виникає дедалі частіше перед початком мовлення. Спостерігається циркуляція процесу, оскільки вада на прийомі посилює ваду на виході. Майже всі вчені-дослідники проблеми заїкання спостерігають у дітей виражену тривогу, побоювання, страх перед мовленням. Нині є спроби не тільки глибоко вивчати індивідуальні психологічні особливості осіб із заїканням, а й комплектувати за цією ознакою групи для обґрунтованої психотерапевтичної спрямованості логопедичної роботи з ними. Дослід-



ники виділяють три групи хворобливої фіксації на ваді: нульову, помірну і високу.

До нульової групи ввійшли діти, які не помічали свого неповноцінного мовлення. Ці діти залюбки вступали в контакт із однолітками, дорослими, знайомими та незнайомими людьми і не соромилися свого мовлення.

До помірної групи належать діти, які відчували неприємні переживання від заїкання. Вони намагалися замаскувати або приховати своє неправильне мовлення за допомогою хитрощів, проте усвідомлення цими дітьми свого недоліку не виливалось у відчуття власної неповноцінності.

До **високої** групи хворобливої фіксованості на ваді відносять дітей із **постійним** усвідомленням **свої мовленнєвої** вади. Ці діти постійно концентрують увагу на своїх мовленнєвих невдачах, глибоко і тривало переживають їх. Усю свою діяльність вони ставлять у залежність від мовленнєвих невдач. Їхнім психологічним особливостям характерні уразливість, беззахисність, хворобливо виражений страх перед мовленням.

У всіх розглянутих дослідженнях знайшла відображення думка вчених (М. Хватиева, Ю. Флоренської, Н. Власової, В. Селіверстова), що ступінь фіксованості на своїй ваді зростає з віком дитини. Це, безумовно, пов'язане зі змінами, які відбуваються у психофізичному розвитку дітей відповідно до розвитку їхньої свідомості та розширенню уваги, пам'яті, мислення, сприймання, самооцінки.

### **8.3. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих**

#### **8.3.1. Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих**

Для адекватного планування програми логопедичної і лікувальної роботи із заїкуватими та визначення її ефективності потрібне правильне обстеження заїкуватих з урахуванням симптоматики захворювання.

Обстеження заїкуватих має бути комплексним і передбачати психолого-педагогічне і логопедичне вивчення заїкуватого, а також аналіз результатів медичного обстеження.

Лікар визначає соматичний, неврологічний і психічний стан заїкуватого. Логопед обстежує стан мови заїкуватого, особливості його особистості, моторику. Починаючи **обстеження**, логопед має ретельно вивчити медичну і **психолого-педагогічну** документацію. Ця документація може містити дані про стан інтелекту, слуху, зору (висновки фахівців: психоневролога, отола-

ринголога, офтальмолога). Крім того, документація може охоплювати характеристики, складені вихователем, учителем, психологом та іншими фахівцями.

Обстеження зазвичай передбачає три етапи:

- 1) збирання анамнестичних даних;
- 2) обстеження стану мови і моторики;
- 3) вивчення **особистісних** особливостей заїкуватого.

Анамнестичні дані про індивідуальні особливості розвитку мовлення і моторики заїкуватого дають можливість логопеду правильно оцінити його стан, а потім спланувати роботу.

Основним компонентом логопедичного обстеження є складання логопедом на кожного заїкуватого характеристики мовленнєвого стану — «мовленнєвого статусу». Логопед складає цю характеристику перед початком корекційної роботи із заїкуватим. Вивчення особистісних особливостей заїкуватого може проводитися як логопедом, так і психологом.

Основи методики логопедичного обстеження заїкуватих і способи реєстрації його результатів можна подати за такою схемою.

**Анкетні дані:**

1. Прізвище, ім'я, по батькові обстежуваного.
2. Дата народження (рік, місяць, число).
3. Домашня адреса, телефон.
4. Де виховується або навчається дитина: вдома, у дитячому дошкільному **закладі**, школі (**загальноосвітній** або спеціальній), терміни перебування в них. Місце навчання або роботи підлітка і дорослого.
5. Прізвище, ім'я, по батькові батьків, їхній вік, професія, місце роботи.
6. Склад родини.
7. Скарга батьків (вихователів, вчителів або самого заїкуватого).

**Збирання анамнестичних даних**

Обов'язково вказують, з чиїх слів *зібрано анамнез: батьків або* самого заїкуватого.

**Спадковість:**

- наявність алкоголізму у батьків;
- нервово-психічні захворювання батьків;
- пришвидшений темп мовлення у батьків або близьких родичів;
- затримка мовного розвитку у батьків або близьких родичів;
- заїкуватість у батьків;
- заїкуватість у сестер і братів;
- заїкуватість у діда або баби по лінії батька і матері;
- характерологічні особливості батька і матері;
- обставини у родині;
- побутові умови життя.

**Вагітність і пологи у матері:**

від якої вагітності народився обстежуваний (а);  
чим закінчилися попередні і наступні вагітності матері;  
особливості внутрішньоутробного розвитку;  
токсикозу I, II половині вагітності; фізичні травми в I, II по-  
ловині вагітності; інші захворювання і порушення;  
особливості перебігу пологів (термінові, передчасні, зі сти-  
муляцією тощо);  
особливості перебігу післяпологового періоду (закричав\*\*^  
відразу — не відразу, асфіксія синя—біла, пологові травми): v  
прикладений до грудей (відразу; на ... добу);  
на грудному (штучному) годуванні до ...

**Період до 1 року:**

сімейні умови;  
сон, апетит;  
інфекційні захворювання;  
соматичні захворювання;  
захворювання ЦНС;  
мозкові травми;  
спокійний, неспокійний;  
формування навички охайності;  
час формування моторних навичок: сидіння, стояння, ходьба.

**Період дошкільного віку:**

сімейні умови;  
інфекційні захворювання;  
соматичні захворювання;  
захворювання ЦНС;  
мозкові травми;  
моторний розвиток: відставання, норма, випередження;  
час виділення ведучої руки, наявність перенавченості;  
адаптація в яслах, дитячому дошкільному закладі;  
основні риси характеру (спокійний — збуджений, рухли-  
вий — уповільнений, урівноважений — примхливий тощо):  
основні риси поведінки (примхливість, слізливість, три-  
вожність, негативізм, виснажливість, розгальмованість, труд-  
ноті переключення).

**Мовний анамнез:**

час появи гудіння і белькоту;  
особливості гуління і белькотання (активність, різноманіття  
звукових комплексів, характеристика голосових реакцій);  
час появи перших слів;  
час появи простої фрази;  
час появи розгорнутого фразового мовлення;  
труднощі, що спостерігалися під час переходу до фразового  
мовлення;

наявність і виразність ітерацій;  
вади мовлення (дислалія, дизартрія, ринофонія та ін.).

**Умови виховання дитини:**

соціальне середовище (де дитина виховувалася — у будинку дитини, дитячих яслах або дитячому садку з денним або цілодобовим перебуванням, удома з матір'ю, бабусею);

особливості мовного середовища: контакти з заїкуватими або особами з іншою мовною патологією; за наявності двомовності — яке мовлення переважає;

особливості мовного спілкування з дитиною, недостатність мовного спілкування, стимуляція мовного розвитку дитини (у якому обсязі читали дитячу літературу, чи відповідала вона вікові; з якого віку розучували вірші, пісні; наскільки швидко запам'ятовував, у якому обсязі);

культурно-побутові умови в родині.

**Розвиток заїкуватості:**

вік, у якому з'явилася заїкуватість;

передбачувані причини і характер виникнення заїкуватості (гостро, психогенно, без видимої причини тощо);

наявність періоду мутизму;

який перебіг заїкуватості: заїкання постійно наявні у мовленні чи ні;

за яких умов полегшується (погіршується) мовлення;

чи змінилася поведінка дитини з моменту появи заїкуватості й у чому це виявилось (стан апетиту, сну, настрою, поява капризів, негативізму, страхів, енурезу тощо);

ставлення дитини до своєї мовної вади;

які заходи було вжито для усунення мовної вади (лікування в лікаря, відвідування логопедичних занять, перебування в спеціальних установах системи охорони здоров'я або системи освіти — дитячому садку, школі);

тривалість і результативність лікування і навчання.

**Психологічний клімат у родині, особливості взаємин:**

чи мають місце часті конфлікти в родині — надмірна увага, навпаки, зайва суворість, нерівність у поводженні з дитиною; перевантаження враженнями (відвідування кінотеатру, театру, цирку, тривалий перегляд телевізійних передач та ін.);

ставлення членів родини до мовної вади заїкуватих (байдужність, співпереживання, постійна фіксація уваги навколишніх на заїкуватості, пред'явлення підвищених вимог до мови заїкуватих тощо).

Для дітей дошкільного віку потрібні такі додаткові дані:

чи наявні риси тривоги в характері заїкуватої дитини;

чи спостерігаються у поведінці дитини плаксивість, дратівливість, примхливість (тобто емоційна лабільність);

чи є у дитини риси остраху, лякливості;  
рівень розвитку ігрової діяльності дитини;  
схильність дитини до певних ігор;  
чи коментує дитина свої дії в іграх або грає мовчки;  
воліє грати на самоті або в колективі дітей;  
чи виявляється заїкуватість у грі наодинці із собою, з однолітками;

який перебіг заїкуватості (чи ускладнюється з віком або виявляється рідше, ніж раніше).

Для дітей шкільного віку потрібні такі додаткові відомості:  
чи були ускладнення або рецидив заїкуватості під час вступу до школи;

адаптація до школи;  
як виявляється заїкуватість у навчальних ситуаціях (відповідь з місця, біля дошки, перехід на писемну відповідь тощо);  
якому із способів відповіді дитина віддає перевагу на уроці;  
успішність;

характер контактів з однолітками;  
характер взаємин з батьками;  
наявність «важких» звуків і страху перед мовленням.

Для дорослих заїкуватих анамнестичні дані мають включати додатково такі пункти:

наявність логофобії і вік, у якому вона з'явилася;  
які заходи було вжито для корекції заїкуватості;  
які прийоми використовували з метою зменшення мовленнєвих судом і страху мовлення.

***Аналіз висновку фахівців:***

аналізують стан інтелекту, слуху і зору (висновки фахівців — психоневролога, отоларинголога, офтальмолога);

аналізують дані, надані вихователем, психологом, музичним керівником дитячого дошкільного закладу.

***Обстеження мовної функції:***

анатомічна будова органів артикуляції (норма або патологія; якщо патологія — вказати яка);

характеристика рухів органів артикуляції;  
характеристика звуковимови (викривлення, відсутність, заміна, змішування звуків) і фонематичного слуху, стан складової структури слова, аналізу і синтезу звукового складу слова;

лексика — кількісна і якісна характеристики словника;  
граматичне оформлення мовлення (наявність аграматизмів, їхнього прояву; сформованість зв'язного мовлення);

особливості мовленнєвої поведінки. Аналізують контактність, мовленнєву активність, стриманість, імпульсивність, характер реакції на зміну обстановки, організованість мовлення;

темп мовлення (пришвидшений значно, пришвидшений незначно; помірний; уповільнений незначно, уповільнений значно, нерівний);

голос (голосний, тихий; модульований, немодульований; з новим відтінком; хрипкий тощо);

дихання (грудочеревне, верхньогрудне; ритмічне, аритмічне; достатнє за глибиною, поверхнєве; напружене та ін.);

вираженість заїкуватості в різних видах мовлення:

— у сполученому мовленні;

— у відображеному мовленні;

— у шепітному мовленні;

— в автоматизованих рядах;

— під час читання віршів;

— під час читання прози;

— у запитально-відповідному мовленні;

— у розповіді за заданою темою;

— під час переказу прочитаного;

— у спонтанному мовленні;

тип мовленнєвих судом: тонічні, клонічні, змішані;

локалізація судом:

— дихальні: інспіраторні, експіраторні;

— голосові: вокальні; проривні голосові;

— тремтячий гортанний спазм;

— артикуляційні, губні, язичні, судоми м'якого піднебіння;

— складні лицьові судоми;

наявність важких звуків (звукофобія);

наявність мовних вивертів (заміни слів; перестановки слів; емболофразії; довільне обмеження мовленнєвого спілкування);

наявність насильницьких супутніх рухів та їхній характер;

суб'єктивні відчуття, які відчуває заїкуватий у момент мовленнєвих утруднень: напруження в губах; напруження м'язів язика; напруження в підборідді; напруження в горлі; напруження в грудях; напруження в ділянці діафрагми; загальне м'язове напруження; скутість; труднощі дихання тощо (ці дані з'ясовують тільки у підлітків і дорослих);

чинники, що посилюють заїкуватість: хвилювання; втома; бесіди з незнайомими; шум; самоконтроль тощо (для дорослих — алкоголізація);

чинники, що поліпшують мовлення: шум; самоконтроль; переключення уваги; супроводження мовлення рухом;

реакція на допомогу співрозмовника: позитивна; негативна, байдужа;

ставлення до мовленнєвої вади: адекватне, неадекватне;

наявність страху мовлення;

наявність періодів мовлення без заїкуватості: регулярність, тривалість;

вплив емоційного стану на прояв заїкуватості;

перебіг заїкуватості: прогресивний, регресивний, стаціонарний, хвилеподібний;

супутня заїкуватості інша вада мовлення.

Результати обстеження заїкуватого логопед узагальнює у вигляді психолого-педагогічного висновку. У висновку потрібно навести узагальнені дані всіх аспектів вивчення заїкуватого, що дали змогу виявити ті чи інші відхилення від норми, зокрема:

- наявність ознак органічного ураження ЦНС (на підставі медичного висновку);
- особливості мовленнєвого і моторного онтогенезу;
- значення психогенії у виникненні заїкуватості;
- вік появи заїкуватості;
- тяжкість заїкуватості;
- тип і локалізація судом;
- залежність прояву судом від емоційного стану;
- наявність страху мовлення;
- перебіг заїкуватості;
- наявність інших вад мовлення.

Таким чином, логопед має можливість визначити характер і тяжкість заїкуватості, клінічну форму заїкуватості і, основне, розробити індивідуальну програму логопедичних занять.

### **8.3.2. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема**

З огляду на багатовікову історію вивчення і лікування порушень мовлення заїкання — це одне із захворювань, механізми якого остаточно не вивчені. Слід зазначити, що механізми заїкання неоднорідні. Заїкання трактують як:

- складний невротичний розлад, який є результатом «збою» нервових процесів у корі головного мозку, порушення кірково-підкіркового взаємозв'язку, розладу єдиного авторегулювального темпу мовних рухів (голосу, дихання, артикуляції);
- складний невротичний розлад, що є результатом зафіксованого рефлексу неправильного мовлення, першочергового виникнення як наслідок мовленнєвих ускладнень різного генезу;
- складний функціональний розлад мовлення, що виник внаслідок загального і мовного дизонтогенезу і дисгармонійного розвитку особистості.

Крім того, механізм заїкання можна пояснити органічними ураженнями ЦНС.

Методики подолання заїкання автори розробляли на основі різного розуміння ними цього порушення. Чисельність методичних підходів до подолання цієї патології пояснюється складністю її структурних проявів і недостатнім рівнем знань про її природу.

На необхідність комплексного впливу під час корекції вказували І. Сікорський (1889) та І. Хмелевський (1897). Висловлені ними погляди не втратили свого значення і нині. Так, І. Сікорський до лікування заїкання включав мовленнєву гімнастику, психотерапевтичне, фармацевтичне лікування і рухові вправи. Багатоплановість такого лікувального впливу, за І. Сікорським, вперше стала комплексною системою подолання заїкання.

Спираючись на вчення вітчизняних фізіологів І. Сеченова, І. Павлова та їхніх послідовників, вчені і фахівці-практики визначили сучасний комплексний підхід до подолання заїкання. Розвитку лікувально-педагогічного підходу до подолання заїкання сприяли дослідження М. Серебровської (1925), Ю. Флоренської (1949), М. Хватцева (1959), А. Яструбової (1963), С. Ляпідевського (1960, 1963), Н. Тяпугіна (1966), Н. Асатіані (1980), Л. Міссуловіна (1988), В. Шктовського (1994). Сучасний комплексний підхід подолання заїкання передбачає лікувально-педагогічний вплив на психофізичний стан дитини різними засобами та різними фахівцями.

У працях зарубіжних науковців знаходимо також рекомендації з приводу корекції заїкання. Багато дослідників-клініцистів дійшли висновку про необхідність комплексного всебічного лікування цієї вади мовлення, що передбачає логопедичні вправи, лікувальну терапію та цілеспрямований психотерапевтичний вплив на особистість хворого (М. Сімен, 1962; К. П. Беккер, М. Совак, 1984; О. А. Блудстейн, 1995; М. Онслов, 1997). Наукові дослідження, ґрунтовані на експериментальному і клініко-психологічному вивченні заїкуватих, дали змогу сформулювати цінні теоретичні і практичні положення, визначити місце логопедії у різних лікувальних заходах комплексної системи лікування.

Уже сьогодні не викликає сумнівів доцільність диференційованого та індивідуального підходу до заїкуватих різних вікових категорій з урахуванням статтури: етіопатогенезу мовленнєвого порушення.

Отже, виникає потреба у пошуку єдиних концептуальних основ взаємодії фахівців, координації їхньої діяльності. Під час реабілітації заїкання нині використовують комплексний підхід, оскільки порушення плавності мовлення пов'язане з цілою низкою причин як біологічного, так і соціально-психологічного характеру.



На думку В. Кошикова (1976), Л. Білякової, Е. Д'якової (1998), М. Лохова, Ю. Фесенко (2000), у розробленні реабілітаційних заходів варто враховувати характер первинного ураження нервової системи за різних форм заїкання. В разі невротичної форми заїкання терапевтичні заходи мають бути спрямовані на зниження збудженості емоціогенних структур мозку, чого можна досягти поєднанням медикаментів та різних психотерапевтичних прийомів.

Неврозоподібна форма мовної вади потребує тривалого корекційно-педагогічного впливу, який сприяє розвитку регульовальних функцій мозку (стимуляція уваги, пам'яті та інших психічних процесів), спеціального медикаментозного лікування, спрямованого на редукцію наслідків раннього органічного ураження мозку. Логопедичні заняття для цієї групи мають бути регуляторними і здійснюватися впродовж тривалого часу. До комплексу лікувальних і психологічних заходів обов'язково включають методи, спрямовані на ритмізацію рухів.

Отже, якщо нервові механізми заїкання пов'язані з органічно-функціональними ураженнями моторних структур мозку, то нормалізація у функціональній системі мови має здійснюватися завдяки виробленню нових мовнорухових рефлексів, тоді як за невротичного заїкання лікування спрямовується на поновлення (відновлення) і укріплення мовних моторних автоматизмів, які існували у ранньому мовному онтогенезі.

До комплексу лікувально-педагогічних заходів для дітей, які заїкаються, належать лікувальні препарати і процедури, психотерапія, логопедичні заняття, лікувальна фізкультура та ритміка, виховні заходи. Основною метою цих заходів є усунення або послаблення судом і супутніх розладів голосу, дихання, моторики; оздоровлення та укріплення нервової системи і всього організму загалом; позбавлення дитини від неправильного ставлення до своєї мовної вади, від психологічних нашарувань у вигляді страху та сором'язливості за своє мовлення; перевиховання її особистості, формування правильної соціальної поведінки.

Увесь лікувально-педагогічний комплекс за характером його впливу умовно можна розділити на дві складові:

- 1) лікувально-оздоровчу;
- 2) корекційно-виховну.

Основними завданнями лікувально-оздоровчої роботи, яку проводить лікар, є укріплення та оздоровлення нервової системи та фізичного здоров'я дітей, усунення та лікування відхилень і патологічних проявів у психофізичному стані (ослаблення або зняття мовленнєвих судом, розладу вегетативної нервової системи, порушення моторики).

Основним завданням корекційно-виховної роботи<sup>1</sup>, яку проводить логопед, є усунення мовленнєвих порушень (перевиховання неправильного мовлення) і психологічних відхилень у дітей, які заїкаються.

Лікувально-оздоровча і корекційно-виховна робота є складовими частинами єдиного комплексного медико-педагогічного впливу з корекції заїкання.

Авторами першої методики логопедичної роботи із дітьми дошкільного віку, що мають заїкання, були Н. Власова і О. Рау. В основу цієї методики покладено поступове ускладнення мовленнєвих вправ. Звідси і рекомендована послідовність: 1) відображене мовлення; 2) завчені фрази; 3) переказ за картинкою; 4) відповіді на запитання; 5) спонтанне мовлення. Авторами запропоновано обов'язкові ритмічні і музичні заняття з дітьми та проведення роз'яснювальної роботи з батьками. На думку Н. Власової (1959), подолання заїкання найефективніше у процесі поступового виховання від сполученого (тобто разом із логопедом) до правильного мовлення.

Своєрідною у системі корекційної роботи є методика Н. Чевельової (1978), згідно з якою корекцію заїкання здійснюють у процесі ручної діяльності. Автор дотримується психологічної концепції, що розвиток зв'язного мовлення відбувається від ситуативного (пов'язаного з практичною діяльністю та наочною ситуацією) до контекстного (узагальненого), Тому послідовність мовленнєвих вправ передбачає перехід від наочних, полегшених форм мовлення, до контекстних висловів.

С. Миронова запропонувала систему подолання заїкання у процесі опанування програмою середньої, старшої та підготовчої груп дитячого закладу. При цьому корекційний вплив здійснюють на заняттях за прийнятими розділами: «Ознайомлення з природою», «Розвиток мови», «Розвиток елементарних математичних уявлень», «Малювання, ліплення, аплікація, конструювання». Робота з дітьми за всіма розділами програми підпорядкована меті перевиховання мовлення.

Методика В. Селіверстова здебільшого розрахована для логопедичної роботи у медичних закладах (амбулаторних і стаціонарних умовах). Суть цієї методики — комплексна система логопедичних занять із дітьми-дошкільниками, оскільки припускає модифікацію й одночасне використання різних (відомих та нових) прийомів логопедичної роботи. Відповідно до цієї методики, робота логопеда завжди має бути творчою та пошуковою. У запропонованій схемі послідовно ускладнених логопедичних занять із дітьми визначено три періоди (підготовчий, тренувальний, закріплення).

За методикою Л. Крапівіної, логопедичні заняття чергують із логоритмічними, музичними та фізкультурними заняттями. Дітей навчають елементам м'язового розслаблення, розвивають моторику пальців рук та артикуляційного апарату, діалогічне мовлення та граматичні категорії. Здійснюється індивідуальний підхід залежно від форми заїкання. Так, у дітей із неврозподібною формою багато уваги приділяють нормалізації звукомовної сторони мовлення і розвитку словника. В разі невротичної форми заїкання роботу спрямовують на нормалізацію психіки дитини та стосунків батьків із нею.

**Т. Berendes у своїй** методиці подолання заїкання пропонує використовувати «сценотест» Г. Стаабс. У сценках та іграх, які дитина розігрує за допомогою ляльок, виявляється скрита конфліктна обстановка і одночасно відбувається розрядка психічного напруження. Для посилення впливу автор рекомендує використовувати вправи аутогенного тренування.

У сучасних методиках логопедичних занять із дітьми, які мають заїкання, останнім часом дедалі більше уваги звертають на можливість використання різних ігор з корекційною метою. Г. Волкова розробила систему використання ігор (дидактичні, з піснями, рухливі, ігри-драматизації на основі віршованого та прозаїчного тексту, творчі ігри, пальчиковий театр, творчі ігри за пропозицією та задумом дітей). Це ігри для дітей 4—5, 5—6, 6—7 років на різних етапах послідовних логопедичних занять: на етапі мовчання (4—6 днів) і шепітного мовлення (10 днів); сполученого мовлення (4—5 тижнів) і відображеного мовлення (4—5 тижнів); запитально-відповідального (8—10 тижнів); самостійного мовлення (8—14 тижнів) та на етапі закріплення активної поведінки і вільного спілкування. У запропонованій системі різних ігор, на думку автора, діти засвоюють правила поведінки в ігрових, надуманих ситуаціях, проте вони відображують реальні, життєві явища і стосунки людей, засвоєні форми взаємовідносин, сприяють усуненню вади.

В. Рождественська та А. Павлова розробили збірник ігор та вправ для виправлення заїкання для дітей 3—4 років, 5—7 років, де вміщено ігри та ігрові завдання.

Цікаві ігри та ігрові прийоми запропоновані для логопедичних занять І. Вигодською, Е. Пелінгер, Л. Успенською. Ігри та ігрові прийоми відповідно до завдань послідовних етапів занять із дітьми сприяють проведенню вправ на релаксацію, режиму мовчання, вихованню правильного мовленнєвого дихання, спілкуванню короткими фразами, активізації розгорнутої фрази, інсценувань, вільного спілкування. У посібнику запропоновано систему цілеспрямованих ігрових прийомів та ситуацій, які формують у дітей навички самостійного мовлення.

У розглянутих методичних дослідженнях тих науковців, які в основу своїх методик включили ігрову діяльність дітей-дошкільників із заїканням, знайшла підтвердження думка Л. Виготського про те, що гра утворює зону найближчого розвитку та забезпечує високий рівень досягнень дітей.

Аналізуючи програму розвитку, навчання та виховання дітей *«Дитина в дошкільні роки»*, ми дійшли висновку, що це програма нового типу. В її основу покладено концепцію психологічного віку як етапу; стадії дитячого розвитку, що характеризується своєю структурою та динамікою. Розвитку кожного психологічного віку відповідає ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА характеристика дитини, яка включає в себе кілька критеріїв. Вони зорієнтовані на цінності та інтереси дитини, врахування вікових можливостей, на збереження дитячої субкультури, на збагачення, ампліфікацію дитячого розвитку, взаємозв'язок усіх сторін життя малюка. У програмному розділі *«Розвиток особистості»* акцентується увага на соціальній компетентності дитини в розвиненій потребі контактів з однолітками і дорослими, мотивах спільної діяльності, регуляції поведінки і діяльності та моральних почуттів.

Отже, із зазначеного можна зробити висновок про те, що ця програма націлена на виховання та загальний розвиток дитини в дошкільні роки і ніяким чином не переслідує мету корекційної роботи з подолання заїкання у цієї категорії дітей-дошкільників. Тому, спираючись на програмний зміст щоденних занять, ми впроваджували спеціально розроблені, багатоваріативні ігри та ігрові завдання для етапів корекційної роботи н&a формуванням плавного зв'язного мовлення, перевихованням психологічних відхилень у дітей-дошкільників, які мають заїкання.

### **8.3.3. Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих**

У логопедичних заняттях із заїкуватими учнями на сьогодні використовують в основному методичні рекомендації, запропоновані для роботи з дітьми дошкільного віку (для молодших учнів) чи з підлітками і дорослими (для старших учнів). Наприклад, **Н. Чевельова** у своєму посібнику пропонує систему вправлення мовлення в заїкуватих учнів 1—4 класів у процесі ручної діяльності. Принципово вона **мало** відрізняється від запропонованої раніше системи логопедичних занять із заїкуватими дошкільниками. Змінюються лише вибір і складність виробів, запропонованих для роботи з учнями. Відповідно до навчальних чвертей автор виділяє чотири періоди послідовних логопедичних занять:

1. Супровідного мовлення.
2. **Завершального** мовлення.

3. Мовлення, що випереджає.

4. Закріплення навичок самостійного мовлення.

Заняття з виправлення мови заїкуватих дітей у процесі ручної праці автор вважає за можливе проводити на шкільному і поліклінічному логопедичному пунктах. У спеціальних школах доцільно використовувати й уроки ручної праці. На думку автора, у виправленні заїкуватості необхідною є робота з батьками дитини, її вчителем.

Система логопедичних занять із заїкуватими учнями в умовах логопедичного кабінету поліклініки, спеціалізованого чи стаціонарного санаторію, запропонована В. Селіверстовим, також принципово мало чим відрізняється від викладеної вище комплексної методики занять із заїкуватими дошкільниками. Зміни в ній пов'язані лише зі старшим віком дітей, з вищим рівнем їхнього розвитку, що потребує від логопеда більше спиратися у своїй роботі на свідому активність самих дітей. Логопедичні заняття пов'язують з програмним навчанням дітей у школі (різні предмети, різні класи тощо), з особливостями формування їхньої особистості до підліткового періоду.

**А. Ястребова** внаслідок дослідження стану розвитку усного і писемного мовлення заїкуватих учнів 1—4 класів масових шкіл виявила різний рівень загального розвитку мовлення. Залежно від рівня мовленнєвого розвитку вона умовно виділила дві категорії дітей. До першої належали заїкуваті діти з високим і нормальним мовленнєвим розвитком. Ці діти не відрізнялися від учнів з нормальним мовленням.

До другої категорії ввійшли заїкуваті з елементами загального недорозвинення мовлення, у яких спостерігався недостатній фонетико-фонематичний і лексико-граматичний розвиток. Отже, вивчення особливостей мовленнєвого розвитку в цих дітей відбувалося на тлі загального недорозвинення мовлення, тобто супроводжувалося крім розладу темпу мовлення обмеженим запасом слів, уявлень, понять, недостатньою навичкою звукового складу слова, специфічними недоліками вимови, явищами аграматизму в усному і писемному мовленні.

Система логопедичних занять А. Ястребової створена для заїкуватих учнів другої категорії. Автор виділяє три періоди в навчанні цих учнів.

**Перший період** — уточнення і розширення пасивних знань дітей у мовленні, здійснювані як організацією цілеспрямованих спостережень учнів над звуковою стороною мовлення, так і в процесі активних вправ в упорядкуванні його темпу і плавності.

Змістом логопедичних занять першого періоду є різного роду вправи, що сприяють:

- 1) упорядкуванню темпу, ритму і плавності мовлення;
- 2) розширенню й уточненню словникового складу і запасу уявлень та понять;
- 3) оволодінню граматичним складом мовлення;
- 4) розвитку і закріпленню навичок звукового і морфологічного аналізу слова.

У *другому періоді* занять активізуються здобуті учнями знання з мовлення і закріплюється навичка плавного, ритмічного і виразного мовлення на більш складному мовленнєвому матеріалі, з використанням більш складних видів вправ. Логопедична робота будується з метою подальшого розширення словникового складу, запасу уявлень і понять.

*Третій період* — завершальний, завданням його є закріплення навичок правильного, вільного мовлення. В цей період триває робота над звуковою та інтонаційною стороною мовлення, висувається вимога усвідомленого використання учнем знань з фонетико-фонематичного, лексико-граматичного й інтонаційного складу мовлення та навички плавного, виразного мовлення за будь-якої життєвої ситуації.

Вивчення стану усного і писемного мовлення заїкуватих учнів з елементами загального недорозвинення мовлення дає змогу авторам визначити такі основні напрями логопедичної роботи:

- цілеспрямований і всебічний розвиток основних взаємодіючих компонентів мовлення (фонетики, лексики, граматики) у процесі роботи над його темпом і плавністю;
- тісний взаємозв'язок мовленнєвого матеріалу логопедичних занять зі змістом програми з російської мови у початковій школі;
- розвиток активності дітей.

Спеціалізована допомога заїкуватим підліткам і дорослим у нашій країні забезпечується в системі охорони здоров'я: в логопедичних кабінетах і стаціонарах психоневрологічних диспансерів та лікарень.

Складність клінічної картини заїкуватості у підлітків та дорослих висуває на перший план у комплексному подоланні заїкуватості медичні заходи. Це істотно впливає на місце, роль і специфіку логопедичної роботи з заїкуватими. Тому нині дедалі частіше цю роботу позначають як «логотерапію», «логопсихотерапію».

Особливостям логопедичної роботи з заїкуватими підлітками і дорослими присвятили свої дослідження багато науковців: І. Абелева, Л. Андропова, Л. Голубєва, А. Євгенова, М. Кисельова, М. Мерліс, А. Лубенська, Ю. Некрасова, Н. Синицина, М. Смирнова, М. Хватцев, А. Шембель, В. Шкловський та ін.

Методика усунення заїкуватості у підлітків в умовах медичного стаціонару, розроблена співробітниками ДНД1 вуха, горла і носа під керівництвом професора С. Ляпідевського, передбачає шість основних етапів логопедичної роботи:

1. Підготовчий (2—3 дні).
2. Наставний (вступна конференція, спеціальний інструктаж у плані психотерапії).
3. Максимальне обмеження мовлення (10—14 днів).
4. Активна перебудова мовленнєвих навичок (3—4 тижні).
5. Закріплення правильних мовленнєвих навичок (3—5 тижнів).
6. Завершальний етап (випускна конференція, спеціальний інструктаж).

Власне мовленнєві заняття з заїкуватими за цією методикою починають з настановного етапу, коли хворі на заїкання вчаться на позитивних прикладах тих, кого лікували до них, та отримують стимул до власного лікування. На етапі максимального обмеження мовлення заїкуваті перебувають на повному режимі мовчання 3—5 днів, а в інші 7—9 днів — відносного мовленнєвого спокою. Під керівництвом логопеда вони опановують мовленням разом з логопедом, напіввідображеним і відображеним мовленням, а потім і невеликими фразами, необхідними для побуту у відділенні. У ідей самий період із заїкуватими проводять вправи на постановку дихання та артикуляційну гімнастику.

Етап активної перебудови мовлення характеризується введенням мовленнєво-ручного режиму, роботою над діалогом, тобто запитально-відповідним мовленням, бесідами на задану тему, невеликими самостійними переказами на вільну тему. Впроваджують тут і мовленнєву практику, завданням якої є закріплення отриманих навичок самостійного мовлення за різних ситуацій.

На завершальному етапі (випускна конференція за участю батьків і друзів, персоналу, що обслуговує тощо) підлітки відповідають на запитання аудиторії або декламують, читають уривки з художніх творів, грають невеликі сценки з п'єс, роблять доповіді.

Описуючи багаторічний досвід логопедичної роботи з дорослими заїкуватими в поліклінічних умовах, А. Євгенова і М. Смирнова розподіляють логопедичні заняття за формами мовленнєвої роботи (у порядку ускладнення її) на три періоди:

- **перший період** (14 занять) — артикуляційні і дихальні вправи; лічильна зарядка; запитання і відповіді; нескладне спілкування; короткий вірш (напам'ять);
- **другий період** (12 занять) — мовна зарядка; читання; викладення прочитаного; розповідь на запропоновану тему; практика розмовного мовлення; об'єднані заняття.

\* *третій період* (12 занять) — невеликі доповіді; робота з художнім матеріалом (вірші, художня проза); драматизація, екскурсії (індивідуальні і групові); звіти тих, кого лікують, як особлива форма мовленнєвої роботи.

Згодом цю методику було удосконалено: введено значні елементи раціональної психотерапії, переглянуто мовленнєвий матеріал для занять, обґрунтовано спирання на самостійну роботу дорослих заїкуватих над своїм мовленням та ін.

Авторами нової методики рекомендовано починати роботу із заїкуватими з підготовчих вправ з техніки мовлення: зі спеціальних дихальних, голосових і артикуляційних вправ. При цьому потрібно попередньо засвоїти пам'ятку для заїкуватих і мовленнєві правила, з метою подальшого дотримання їх.

Мовленнєві вправи для корекції заїкуватості будують з поступовим ускладненням структурних компонентів мовлення. Тут передбачають роботу над: голосними звуками; словами (з наголошеним голосним на першому; другому, третьому, четвертому складах); фразами (що починаються зі слів з початковим голосним, приголосним звуком; з однією, двома, трьома дихальними паузами). Потім для послідовного ускладнення мовленнєвих вправ впроваджують роботу над піснями; віршованою мовою (казки у віршах, вірші, байки); читанням; заучуванням текстів напам'ять: переказуванням прочитаного тексту; повідомленнями на задану тему; текстом драматичних творів. Після цього впроваджують практику розмовного мовлення (діалоги-сценки, телефонні розмови, мовні ігри).

У зв'язку з підвищеним інтересом до вивчення психологічних особливостей заїкуватих останнім часом значно зросла потреба у логопедичній роботі психотерапевтичного впливу. У системах логопедичної (логопсихотерапевтичної) роботи з підлітками і дорослими (Л. Андропова, А. Лубенська, М. Мерліс, Ю. Некрасова, В. Шкловський та інші) використовують і сугестивні форми психотерапії (імперативне навіювання, ауто-тренінг, самонавіювання, гіпноз).

Розроблена В. Шкловським комплексна система подолання заїкуватості передбачає поєднання логопедичних занять з активною психотерапією. При цьому використовують різні варіанти сугестивних форм разом із роботою з перебудови порушених відносин особистості. Всю роботу проводять у тісному контакті логопеда, лікаря-психотерапевта і невропатолога.

Курс лікування заїкуватості (2,5—3 міс.) автор розподіляє на п'ять етапів:

1. Підготовчий (діагностичний).

2. Перебудова патологічних мовленнєвих навичок і порушень відносин особистості.



3. Закріплення досягнутих результатів.
4. Диспансеризація і профілактика.
5. Санаторно-курортне лікування.

Підготовчий (діагностичний) етап триває 10—15 днів. У цей час проводять обстеження хворого невропатологом, дефектологом і психотерапевтом; вивчають анамнестичні та клінічні дані, розробляють психотерапевтичні і логопедичні заходи, призначають медикаментозне лікування.

На етапі перебудови патологічних мовленнєвих навичок і порушених відносин особистості (від 1 до 1,5 міс.) проводять логопедичні заняття з нормалізації дихальної, голосової функції, вироблення мовленнєвих «еталонів» тощо. Одночасно розпочинають аутогенне тренування і раціональну психотерапію. Потім (упродовж 15—20 днів) проводять сеанс навіювання в бадьорому стані. Після сеансу вдаються до активної логопедичної роботи. При цьому велике значення мають сеанси гіпнотерапії, самонавіювання і раціональної психотерапії, спрямовані на закріплення досягнутих результатів.

Розглядаючи комплексний вплив на заїкуватих як сукупність логопедичної і психотерапевтичної роботи, В. Шкловський на цьому етапі логопедичну роботу розподіляє надві частини: підготовчу та активне тренування плавного і злитого мовлення. До першої частини включають:

1. Корекцію дихання, регістру і тембру голосу.
2. Вироблення правильного ритму і темпу мовлення.
3. Оволодіння «еталонами», «формулами» мовлення.
4. Виявлення потенційних мовленнєвих можливостей заїкуватих.

Нормалізація у хворого мовленнєвого дихання і голосу, темпу мовлення, оволодіння «еталонами» — усе це є основою для подальшої сугестивної і раціональної психотерапії.

Друга частина логопедичної роботи передбачає закріплення навичок злитого мовлення до його автоматизації. Заїкуватих навчають різних прийомів, які дають можливість подолати мовленнєві труднощі, що виникають, зміцнюється впевненість у своїх силах. Плавного, злитого мовлення досягають вправами в проголошенні багатьох голосних звуків, потім цифр, окремих фраз тощо. У разі, коли не вдається досягти повної нормалізації мовлення, впроваджують вправи на мовлення разом з логопедом та відображене мовлення тощо. Логопедичну роботу проводять разом з активною сугестивною психотерапією.

За загальної складності мовленнєвим заняттям упродовж дня слід відводити не менш як 3—4 год (кожне заняття по 10—45 хв мовленнєвого тренування).

Психотерапевтична робота на етапі перебудови патологічних мовленнєвих навичок і порушених відносин особистості має велике значення й різні форми. Раціональна психотерапія виражається у вигляді індивідуальних і колективних бесід. Вона дає змогу пояснити хворому причини заїкуватості, розкриває значення і потребу в активному ставленні і цілеспрямованості для успішного лікування заїкуватості.

Гіпнотерапію починають на 3—4 день після початку активного тренування мовлення. Проводять спочатку три рази на тиждень, а потім раз у 7—10 днів. Під час навіювання, крім формул загальнозаспокійливого характеру, приділяють увагу нормалізації емоційно-вольової сфери і діяльності артикуляційно-голосового і дихального апарату. Гіпнотерапія у багатьох випадках є доброю підготовкою до проведення сеансу навіювання у бадьорому стані.

Сеанси аутогенного тренування також починають рано, оскільки потрібен тривалий час для отримання необхідного ефекту. Стійкість й успішність результатів більшою мірою залежать від старанності та суворості систематичності проведення вправ.

Навіювання в бадьорому стані — психотерапевтичний сеанс, під час проведення якого використовують різні прийоми: бесіди в разі сильного емоційного напруження хворих, що завершуються імперативним навіюванням; імперативне навіювання в бадьорому стані з додаванням демонстративних моментів. Сеанс проводять із групою 6—8 осіб у заздалегідь визначений день, якого особливо очікують хворі, оскільки він є переломним етапом у лікуванні.

Самонавіювання — це не пасивне промовляння формул, а активне прагнення добре говорити. Його проводять 2—3 рази на день. У хворого має формуватися уявлення про те, коли він добре розмовляє, без заїкуватості: вдома, у навчальному закладі, на роботі та за інших ситуацій. Особливо важливий сеанс самонавіювання перед сном.

На етапі закріплення досягнутих результатів (він триває місяць) проводять тренування мовлення за звичайних для хворого життєвих обставин. Подолання мовленнєвих труднощів у повсякденному житті, виховання мовленнєвої активності і зміцнення у свідомості віри в можливість самостійно справитися з труднощами мовлення в найтяжчих ситуаціях — є основним змістом третього, завершального етапу лікування заїкуватості.

Системи реабілітації для заїкуватих підлітків розроблені в основному для медичних установ. Це пов'язане з тим, що в реабілітації заїкуватих підлітків велике значення мають різні види психотерапевтичної допомоги, включаючи і гіпнотичний вплив.

На сьогодні у спеціальній педагогічній літературі запропоновано систему реабілітації для заїкуватих підлітків, розробле-

ну М. Буяновим, Б. Дракніним, Є. Богдан *овею*, Н. Жихаревою та іншими.

Ця система реабілітації передбачає тісну взаємодію трьох основних напрямів: психотерапевтичного, логопедичного, психологічного, які проводять на тлі загальнооздоровчого лікування за допомогою лікарських препаратів, лікувальної фізкультури, фізіотерапії.

Особливе місце в цій системі посідає психотерапія, що включає як загальну, так і приватну: раціональну, сугестивну і трудову терапію.

Якщо загальну психотерапію, що передбачає створення позитивного емоційного тла навколишнього оточення, використовують у разі заїкуватості як у дітей, так і у дорослих, то приватну психотерапію в основному проводять, починаючи з підліткового віку. За допомогою раціональної терапії підлітку пояснюють причини його мовленнєвої патології, послідовно і поступово виховують адекватне оцінювання своїх можливостей і адекватне ставлення до себе і мовленнєвої вади. За допомогою цього виду психотерапії виховання особистості заїкуватого підлітка з метою переосмислення своєї позиції до мовленнєвої вади, свого положення серед однолітків, своїх можливостей, вибору професії, створення родини.

У процесі сугестивної терапії, що проводять зазвичай у бадьорому стані, заїкуватим підліткам, навіюють думки про можливість *повного* рятування від мовленнєвої патології, про повноцінність і самоцінність особистості підлітка, про його власне вміння зробити своє мовлення плавним за будь-якої ситуації, про його здатність регулювати свій емоційний стан і поведінку тощо.

Одним із важливих методів сугестивної терапії, що застосовують у разі заїкання у підлітків, є аутогенне тренування.

Велике значення в реабілітаційній роботі з підлітками має метод колективної психотерапії. З огляду на особливості соціалізації заїкуватих підлітків цей вид психотерапії сприяє утвердженню ролі підлітка в колективі однолітків, формуванню думки про необхідність погоджувати свої дії з колективом, героїчні приклади поведінки з життя літературних героїв у процесі колективної психотерапії стають зразком для наслідування.

Бібліотерапія в підлітковому віці залишає глибокий слід, допомагає підліткам у формуванні особистості.

Проведення так званих функціональних тренувань у процесі шкільного уроку, відвідування музею, читального залу, участь у дискусіях дають змогу підліткам використовувати нові мовленнєві і психологічні стереотипи за ситуацій, що раніше їх травмували і провокували заїкуватість.

Логопедична корекція заїкуватості підлітків передбачає на *першому етапі* формування техніки мовлення, що містить у собі постановку дихання, голосу і роботу над артикуляцією. Навчання будують на матеріалі спрощених форм мовленнєвих завдань. Логопедичну роботу проводять одночасно з психотерапією.

На *другому етапі* логопедичної корекції використовують засвоєні форми техніки мовлення на більш складному мовленнєвому матеріалі: читання текстів та їх переказ. На цьому етапі особливу увагу приділяють також розумінню підлітками змісту тексту. На логопедичних заняттях відпрацьовують матеріал, який підліток потім відповідатиме в школі на уроках.

*Третій етап* логопедичної роботи передбачає автоматизацію нових навичок мовлення і використання їх у різних видах мовленнєвої діяльності, а також в спонтанному мовленні за різних ситуацій спілкування. Особливу увагу приділяють вихованню психологічної стійкості до мовленнєвих та інших труднощів, раціональному подоланню стресових ситуацій.

Загальний комплекс заходів щодо реабілітації заїкуватих включає роботу з родиною. Впродовж усього курсу реабілітації батьки підлітка можуть відвідувати логопедичні заняття, регулярно отримувати звіти логопеда про роботу з підлітком, його успіхи й труднощі. Вони повинні знати, які вимоги слід ставити до мовлення підлітка.

Система комплексної медико-педагогічної реабілітації дорослих, проведена в умовах стаціонару і розроблена колективом Лабораторії патології мовлення під керівництвом Н. Асатіані, має свої характерні особливості. В основу цієї системи лікування заїкуватості покладено підхід, розроблений Н. Власовою. Курс реабілітації охоплює комплекс медико-педагогічних заходів, що передбачають медикаментозний, психотерапевтичний, логопедичний та логоритмічний вплив.

Перед початком курсу лікування збирають анамнез. З цією метою заїкуватим за місяць розсилають спеціальні анкети, що дає велику попередню інформацію про кожного з них.

У разі надходження заїкуватих до стаціонару проводять докладне медичне і логопедичне обстеження, на основі якого здійснюють диференційовану діагностику і визначають план індивідуальної роботи із заїкуватим у межах комплексного медико-педагогічного методу.

Курс реабілітації в умовах стаціонару триває 45 днів і передбачає кілька етапів.

*Підготовчий етап* (5—7 днів). З метою зменшення патологічних навичок у перший тиждень перебування в клініці організують режими «мовчання» і «обмеження мовлення», на тлі

яких починають проводити психологічні, психотерапевтичні і логопедичні заняття.

*Етап активної терапії (20 днів).* На цьому етапі проводяться систематичні колективні й індивідуальні заняття з логопедом, спеціалізоване аутогенне тренування, індивідуальну психотерапію і медикаментозне лікування.

*Етап активних тренувань (10 днів).* Вводять функціональні тренування, під час яких пацієнти тренують своє мовлення за межами стаціонару (розмова на вулиці з перехожим, по телефону, у магазині тощо). Всі лікувальні впливи спрямовані на реалізацію мовленнєвого спілкування пацієнтів за різних ситуацій, що ускладнюються.

На *завершальному етапі* готують пацієнтів до більш складної для них мовленнєвої ситуації — публічного виступу перед багатолюдною аудиторією, які проводять у вигляді концертної програми. Усі ланки комплексного лікувально-педагогічного впливу спрямовані на підготовку пацієнтів до цього серйозного мовленнєвого іспиту.

Перед виписуванням зі стаціонару кожний із фахівців проводить з пацієнтами індивідуальну бесіду, під час якої дають рекомендації з подальшої самостійної роботи пацієнтів. Логопедична робота, передбачена цією системою, ґрунтується на поетапному відпрацюванні різних видів мовлення: разом з логопедом, відображеного, читання віршів і прози, запитально-відповідного і спонтанного.

Проводять роботу з постановки діафрагмального дихання, подовження тривалості фази видиху, розвитку навичок раціональної голосоподачі, артикуляції, просодичних компонентів мовлення.

Важливе місце в системі посідає логопедична ритміка.

У разі психотерапевтичного впливу найбільший акцент роблять на методиках, що стимулюють активність пацієнтів, зокрема, на раціональній психотерапії та спеціалізованому аутогенному тренуванні.

Ця система передбачає проведення реабілітаційної роботи з урахуванням клінічної різноманітності пацієнтів. Так, з пацієнтами, що мають невротичну форму заїкуватості проводять масивне психотерапевтичне лікування, що в процесі логопедичної роботи набуває характеру ускладнених функціональних тренувань поза стінами стаціонару, а в умовах логопедичного кабінету використовують метод моделювання різних ситуацій спілкування.

Для пацієнтів з неврозоподібною формою заїкуватості основним напрямом логопедичної роботи є нормалізація рухових мовленнєвих стереотипів, розширення словникового запасу і розвиток мовлення як засобу спілкування. Ці пацієнти зде-

більшого мають потребу в індивідуальних логопедичних заняттях.

Таким чином, особливістю цієї системи комплексного медико-педагогічного впливу на дорослих заїкуватих є обов'язкова диференціація їх з урахуванням клінічної належності, а також застосування всього арсеналу комплексного медико-педагогічного методу психотерапії, лікарської терапії, логопедичних і логоритмічних занять, функціональних тренувань, індивідуальних, групових і колективних занять, лікувальної фізкультури, фізіотерапії і загальнозміцнювального лікування.

Особливу систему соціореабілітації заїкуватих запропонувала **Ю. Некрасова** (1985; 1992). Вона характеризується цілеспрямованим впливом на **особистісні характеристики** заїкуватих, під час якого проводять спостереження за результатами використання логопсихотерапевтичних впливів, їх дозування.

Структура системи передбачає: пропедевтичний етап, сеанс емоційно-стресової психотерапії й етап активної логопсихотерапії.

На пропедевтичному етапі у заїкуватих формується захопленість майбутньою роботою, підвищується інтенсивність «позитивних психічних станів».

На другому етапі основним є сеанс емоційно-стресової психотерапії, у процесі якого відбувається посилення негативних проблемних і позитивних оздоровчих психічних станів. Основна мета сеансу — здійснення первинної роботи з початкової реконструкції особистості (М. Дубровський). Сеанс проводять у складній ситуації публічного виступу. Після сеансу емоційно-стресової терапії у заїкуватих виникає новий психічний стан, що дає їм змогу з довірою й інтересом долучитися до активної логопсихотерапії.

На третьому етапі здійснюється перевиховання особистості заїкуватого завдяки використанню бібліотерапії, символотерапії і кінезотерапії. У цей період заїкуватих навчають навичок саморегуляції і техніки мовлення. Активно використовують парадоксальну дихальну гімнастику за методикою А. Стрельникової.

Результатом реалізації системи, запропонованої Ю. Некрасовою, є розвиток у заїкуватих потреби творчого ставлення до життя, до своїх проблем і до свого мовлення. У них з'являється можливість самостійно вирішувати свої проблеми, тобто вирішується основне завдання цієї системи.

Система комплексної реабілітації заїкуватих, запропонована Л. Арутюняном, визначається автором як комплексна методика стійкої нормалізації мовлення в разі заїкання. Корекційну роботу здійснюють за трьома напрямками:

1. Логопедична робота, спрямована на усунення мовленнєвих судом.

2. Психотерапія, спрямована на редукцію почуття тривоги у зв'язку з актом мовлення.

3. Психологічна робота, спрямована на усвідомлення свого стану і впевненості в реальній можливості одужання.

Особливістю цієї логопедичної методики є синхронізація мовлення з рухами пальців ведучої руки, що визначають ритміко-інтонаційний малюнок фрази. Спочатку таке мовлення реалізується в уповільненому темпі, що дає змогу заїкуватим з перших занять оволодіти мовленням без судомого заїкання.

#### 8.3.4. Профілактика заїкання

Запобігання появі заїкуватості в дітей пов'язане переважно із освітньою роботою серед батьків і працівників дошкільних закладів.

У профілактиці заїкуватості виділяють три основні напрями, зокрема, запобігання:

- 1) виникненню заїкуватості у дітей;
- 2) хроніфікації і рецидивам заїкуватості;
- 3) порушенням соціальної адаптації.

Виділяють кілька груп дітей із чинником ризику із заїкуватості.

**Перша група** — це діти з ознаками тривожності. Зазвичай вони дуже прив'язані до матері, реагують на зміни її настрою. Іноді у таких дітей у відповідь на різку зміну навколишнього середовища (перебування в яслах, дитячому садку, тривала відсутність матері тощо) виникають реакції у вигляді порушення сну, апетиту, дратівливості, плаксивості.

**Друга група** — це діти з раннім мовленнєвим розвитком, у яких перші слова з'являються до 1-го року а у 1,6—1,8 року формується фразове мовлення. У 2—2,5 року діти починають говорити розгорнутими фразами, їхня мовленнєва активність має високий рівень. У мовленні дітей цієї групи з'являються множинні ітерації. Мовлення виникає у період інспіраторної фази дихання.

**Третя група** — це діти з незначною затримкою мовленнєвого розвитку. Слова у таких дітей з'являються після 1-го року, найчастіше до 1,3—1,5 року. Фразове мовлення формується після 3 років, фаза її інтенсивного розвитку припадає на вік 3,6 року. Мовлення таких дітей здебільшого невиразне з істотним порушенням його звукової сторони.

**Четверта група** — це діти з генетичними чинниками ризику; тобто з ознаками ліворукості, наявністю у родині осіб із заїкуватістю (виявляється генетична зумовленість мовленнєвої патології).

Діти, що виховуються у родині із двомовністю, також перебувають у ситуації ризику заїкуватості. Виникнення заїкуватості у дітей цієї категорії спричинює зниження адаптивних можливостей їхньої центральної нервової системи.

У просвітницькій діяльності логопеда велику увагу слід приділяти роботі з батьками. У родині з чинниками ризику заїкуватості мають бути створені умови для нормального соматичного і нервово-психічного розвитку дитини. Сюди належать: дотримання режимних моментів, що відповідають віку дитини; правильне харчування; запобігання соматичним і психічним перевантаженням; створення сприятливого емоційного клімату в родині; погоджені однакові виховні впливи.

У дітей дошкільного віку, особливо із тривожними рисами характеру, легко виникають страхи. Вони можуть з'являтися внаслідок залякування, читання книг або перегляду фільмів застрашливого змісту тощо. Часто діти бояться залишитися наодинці у темряві і просять не гасити світло перед засинанням. Не слід наполягати на тому, щоб дитина обов'язково була в темряві перед засинанням, оскільки це може посилити страх і зафіксувати його. Можна залишити приглушене світло у кімнаті дитини, яка засинає, посидіти з нею. За розумного поводження батьків страх дитини поступово минає. Якщо страх спостерігається тривалий час, слід звернутися до психоневролога.

Варто звернути увагу батьків на те, що для дітей у віці від 1 до 7 років мовлення батьків є зразком. Загальними правилами мовленнєвого спілкування батьків є такі:

- мовлення має бути плавним, емоційно-виразним, темп помірний;
- бажано, щоб мовлення батьків було чітким;
- не можна розмовляти з дітьми інфантильним мовленням або спотворювати звуковимову;
- мовлення дорослих не має бути перевантажене складними для дітей словами;
- дорослі не повинні включати в мовлення під час спілкування з дитиною складні лексико-граматичні звороти, фрази за конструкцією мають бути досить простими;
- під час спілкування з дитиною варто задавати тільки конкретні запитання, не квапити з відповіддю;
- дитину не можна карати за погіршеність у мовленні, перекривлювати або роздратовано виправляти.

Корисно читати дітям віршовані тексти, що відповідають їхньому віку. Діти легко запам'ятовують їх, а римоване мовлення сприяє виробленню правильних автоматизмів.

Випадки раннього мовленнєвого розвитку не слід оцінювати як позитивне явище. Таку дитину небезпечно перевантажувати



мовленнєвим спілкуванням: вводити нові слова і мовні звороти в повсякденне мовлення, заохочувати мовленнєву активність. Навпаки, потрібно максимально знизити рівень інтенсивності інформації. Таким дітям протипоказані видовищні масові заходи, що можуть призвести до психічного перевантаження. Мовлення дорослих має бути спокійним і неквапливим, з чіткою вимовою слів і речень. Для таких дітей корисні ігри з ритмічними рухами, ритмічною вимовою окремих слів і коротких фраз. Дуже важливо звернути увагу на процес становлення у них мовленнєвого дихання.

Отже, для дітей з раннім мовленнєвим розвитком профілактичні заходи насамперед пов'язані з охоронним мовленнєвим режимом, ритмізацією мовлення і формуванням мовленнєвого дихання.

У разі, коли ітерації і мовлення на вдиху спостерігаються більше ніж півроку без тенденції до зниження (потім до зникнення цих феноменів), потрібно починати корекційну педагогічну роботу з метою запобігання заїкуватості.

У дітей із **деякою затримкою мовленнєвого розвитку** іноді під час ретельного обстеження їх психоневрологом виявляють ті чи інші симптоми церебрастенічного синдрому (підвищення внутрішньочерепного тиску, рухове розгальмування, зниження уваги тощо). Такі діти мають потребу у стимуляції мовленнєвого розвитку, однак цю стимуляцію слід здійснювати обережно і помірно. Передусім потрібно формувати звуковимову і мовленнєве дихання (базові рівні мовнорухового акту).

У період інтенсивного накопичення словника і розвитку фразового мовлення у цих дітей особливу увагу слід приділяти появі ітерацій. Якщо впродовж 3—4 міс. кількість ітерацій не знижується, доцільно переходити до корекційних впливів, спрямованих на вироблення плавності мовлення.

У дітей із **сімейною ліворукістю** корисно вчасно виявляти симптоми порушення формування нормальних міжпівкульних відношень. У дошкільному віці у частини дітей не відразу встановлюють домінуючість однієї з рук. Діти можуть однаково вільно використовувати то праву, то ліву руку у своїх діях. У цьому разі треба організовувати діяльність дитини так, щоб максимально активізувати праву руку. Погрібно послідовно, проте не силоміць, вкладати ложку перед їжею (олівець перед м'якотинням та ін.) у праву руку. Під час прогулянок намагатися тримати дитину за праву руку.

Відомо, що діти-лівші емоційно лабільні, тривожні, мають низький рівень адаптаційних можливостей центральної нервової системи. Для них особливо важлива емоційна стабільність у сімейних стосунках і шкідлива різка зміна навколишнього ото-

чення (наприклад, приміщення в дитячому садку без періоду адаптації).

**Наявність заїкуватих у родині** може мати патогенне значення для мовлення дитини. Насамперед слід значно обмежити мовленнєве спілкування заїкуватого з маленькою дитиною, особливо в період формування фразового мовлення. Їхнє спілкування може відбуватися тільки за використання таких видів мовлення, коли у дорослого заїкуватого не виявляється заїкуватості (наприклад, читання віршів, односкладове запитально-відповідне мовлення тощо).

Заїкуватим батькам рекомендують пройти курс лікувально-корекційного впливу для усунення заїкуватості.

Для дітей, мовлення яких формується в умовах родини з **двомовністю** (тобто, де розмовляють двома або більше мовами), мають бути створені особливі умови. Нервова система дітей у період розвитку мовлення значно напружена. Воно зростає у разі, коли формуються одночасно дві мовні системи. Іноді за цієї ситуації з'являються ті або інші симптоми мовленнєвої патології або виникають відхилення від норми. В одних випадках — це затримка розвитку кожної з мовних систем, які дитина опановує одночасно, невідповідний віковий малий словниковий запас, затримка формування граматичних структур, використання різних мов у побудові однієї фрази тощо; в інших — може розвинути й заїкуватість.

Для того щоб уникнути розвитку патології мовлення, потрібно створити умови для формування лексико-граматичної основи спочатку однієї мовної системи. Це відбувається в нормі зазвичай до 4 років. Після цього оволодіння іншою мовною системою не призводить до відхилень у мовленнєвому розвитку, і дитина вільно опановує іншу мову.

**Профілактика хроніфікації заїкуватості.** В разі гострого початку заїкуватості, що відбувається зазвичай після переляку, слід терміново створити умови для нормалізації емоційного стану дитини, особливо, якщо після переляку спостерігався мутизм. Такими умовами можуть бути зміна обстановки, за якої виникла психічна травма, на нейтральну; створення спеціального охоронного режиму з пролонгованим сном і зниженням рівня інформації, що надходить. Бажана консультація логопеда і психоневролога.

Із появою судомних заїкань батьки не повинні зовні виявляти свого занепокоєння, робити зауважень із приводу мовлення дитини. Неприпустимі передражнювання і глузування. В ініціальний період заїкуватості варто обмежити мовленнєве спілкування з дитиною і розмовляти з нею лише за потреби. Мовлення дорослих має бути неголосним і спокійним.

Не можна забороняти дитині говорити, якщо у неї виникає така потреба. В цьому разі потрібно переводити форму мовної активності дитини з монологічної в діалогічну, для того щоб спростити як форму спілкування з нею, так і лексико-граматичне оформлення висловлювань.

Логопед може рекомендувати батькам використовувати як ритмізоване мовлення, так і спів у спілкуванні з дитиною, розучувати з нею вірші, що мають короткий рядок, чіткий ритм і відповідний віку дитини зміст. Корисно дитині виконувати ритмічні рухи під музику (марширувати, плескати у долоні тощо.) При цьому ритм виконання рухів має бути таким, щоб дитина виконувала їх без напруження, із задоволенням.

Усі дисциплінарні вимоги потрібно висловлювати спокійним тоном, так, щоб вони не мали характеру безапеляційних наказів.

Логопед має пояснити батькам, що заїкуватість у дитини можна усунути, правильно виконуючи рекомендації.

**Запобігання рецидивам заїкуватості.** Незважаючи на ефективність корекційно-педагогічної роботи із заїкуватими дітьми в дошкільному та шкільному віці в них можуть бути рецидиви заїкуватості. Варто враховувати, що навіть з подоланням судомних заїкань, у таких дітей залишається низький рівень адаптивних можливостей центральної нервової системи. У зв'язку з цим посилення емоційного, психічного і фізичного навантажень може спричинити рецидив заїкуватості. Найчастіше перший рецидив настає зі вступом дитини до школи.

У зв'язку з тим що в період шкільного навчання активно формується зв'язне контекстне мовлення, перехід заїкуватого учня на письмову форму відповідей негативно позначається на формуванні монологічного висловлювання загалом.

Крім того, відсутність мовленнєвої практики в умовах навчальної діяльності негативно позначається на всіх сторонах усного мовлення, а основне — на мовленнєвому спілкуванні.

Для того щоб запобігти рецидиву заїкуватості, батьки мають, **підготувати дитину до школи:** ще до 1 вересня дитина повинна відвідати школу і клас, у якому навчатиметься; походити по класу, посидіти за партою, дізнатися, де туалет.

Потрібно заздалегідь познайомити дитину з учителем, який має знати про те, що вона в минулому заїкалася і тому потребує особливого ставлення до себе. Таку дитину не можна запитувати першою, наполягати на **відповіді**, якщо вона мовчить, **жадати** від неї розгорнутих усних відповідей. При цьому слід максимально заохочувати активність дитини. Рекомендовано спочатку спонукати її до відповідей перед класом тільки з читанням віршів.

Якщо в учня будуть судомні заїкання, не слід квапити його з відповіддю. В разі виникнення рецидиву заїкуватості не слід відстороняти заїкуватого від усних відповідей перед класом.

Логопед має поради́ти батькам і вчителю, як організувати взаємини з цією дитиною та її стосунки з однокласниками. Водночас дитина не повинна відчувати жалості з боку вчителя, а також мати будь-які привілеї порівняно з однокласниками. Заїкуватий має відчувати, що він такий самий, як усі.

Можна рекомендувати батькам, щоб дитина готувала домашні завдання вголос.

У разі ослаблення дитини після соматичних або інфекційних захворювань вдаються до загального і мовленнєвого режиму.

Багато, щоб дитина, яка хворіла на заїкання, перебувала під наглядом логопеда і психоневролога упродовж 1—1,5 року.

Небезпечним для рецидиву заїкуватості є пре- і пубертатний вік. У цей період психосоматичного розвитку ускладнюються форми спілкування, підвищуються вимоги до власного мовлення, у підлітка зростає емоційне напруження, пов'язане з ендокринною перебудовою організму. Іноді у нього спостерігаються переживання, пов'язані з його соціальним статусом серед однолітків. У цей період можуть бути рецидиви заїкуватості. Заїкувати мають переважно судомні заїкання під час відповіді на запитання вчителя у класі, тоді як на перерві вони можуть вільно розмовляти з однокласниками. Може створюватися враження, що заїкуватий не знає відповіді і починає заїкатися, щоб уникнути поганої оцінки. Одні вчителі часом не можуть приховати свого роздратування і ставлять погані оцінки, інші, навпаки, боячись спровокувати заїкуватість, перестають запитувати усно. Все це створює психологічне навантаження на підлітка, не дає йому змоги повноцінно вчитися і позначається на формуванні особистості. У цьому разі потрібно відразу звернутися за лікувально-педагогічною допомогою.

Для того щоб уникнути можливих рецидивів заїкуватості, потрібні тривале диспансерне спостереження логопедом і психоневрологом (психологом), а також періодичне психолого-педагогічне підтримання у вигляді логопедичних занять і психотерапії.

Запобігання порушенням соціальної адаптації заїкуватих починається у дошкільному віці. Невпевнені, тривожні за характером діти (частіше невротична форма заїкання) потребують психологічного підтримання батьків, вихователів і вчителів.

Спеціальні виховні заходи спрямовані на вироблення таких рис характеру, як впевненість у собі, активність, самостійність

у виборі рішень і в діях. Заїкуватість не повинна впливати на вибір професії, проте в разі хронічного її перебігу не рекомендуються професії зі значним мовленнєвим і психічним навантаженням.

#### Контрольні запитання і завдання

1. Дайте характеристику історії заїкання.
2. Які основні напрями в терапії і корекції заїкання сформувалися з давніх часів і донині?
3. Які передумови створення *комплексної* о підходу до усунення заїкання?
4. Етіологія заїкання.
5. Симптоматика заїкання.
6. Перебіг заїкання в різні вікові періоди.
7. Характеристика судомних заїкань за місцем їх утворення (артикуляційні, голосові, дихальні, змішані). Як вони виявляються в усному мовленні дитини?
8. Судомні заїкання, які спостерігаються в разі заїкання клонічного, тонічного та змішаного типу. Як вони виявляються в мовленні, на яких звуках?
9. Причини заїкання судомного характеру. Які біологічні і соціальні чинники можуть бути причиною виникнення в мовленні у дитини заїкань судомного характеру?
10. Схарактеризуйте заїкання як складне психофізичне порушення, за якого у людини спостерігаються різного ступеня зміни в системі ЦНС, експресивного мовлення, мовленнєвої і загальної моторики та психофізичні особливості поведінки.
11. Принцип медичної класифікації заїкання.
12. Мовленнєві судоми (тип, місце, частина) та особливості мімічної моторики.
13. Логопедичне обстеження дитини із заїканням.
14. Поясніть, яку роль у подоланні заїкання у дитини може відіграти правильно організоване навколишнє середовище і ставлення до дитини з боку людей, що оточують її. Яку конкретну участь у цьому беруть батьки і вихователі?
15. Які чинники впливають на ефективність подолання заїкання у дітей? Назвіть причини рецидивів.
16. Участь батьків (та вихователів) у корекційно-педагогічній роботі з дітьми, що заїкаються. Назвіть форми роботи.

## ПОНЯТІЙНО- ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

- Автоматизовані мовленнєві ряди** — мовленнєві дії, реалізовані без участі свідомості.
- Агнозія — порушення різних видів сприймання, що виникає за певних уражень мозку. Розрізняють зорові, тактильні, слухові агнозії.
- Аграматизм** — порушення розуміння (**імпрес.**) і **вживання** (експрес.) граматичних засобів мови.
- Аграфія (дисграфія)** — неможливість (аграфія) або часткове специфічне порушення процесу письма (дисграфія).
- Адаптація** — пристосування організму до умов існування.
- Акалькулія — порушення рахунку її рахункових операцій як наслідок ураження різних ділянок кори головного мозку.
- Алексія (дислексія)** — неможливість (алексія) або часткове специфічне порушення процесу читання (дислексія).
- Анамнез** — сукупність відомостей про хворобу й розвиток дитини.
- Анартрія** — важке порушення вимовної сторони з рясною слинотечею й порушенням рухових функцій стовбура мозку.
- Антиципації** — здатність передбачати прояв результатів дії, «упереджувальне відбиття», наприклад, передчасний запис звуків, що входять до кінцевих складів слова.
- Апраксія** — порушення довільних цілеспрямованих рухів і дій, що не є наслідком паралічів і парезів, а належать до розладів вищого рівня організації рухових актів.
- Артикуляція** — діяльність мовних органів, пов'язаних із вимовою **звуків мовлення** й різних його компонентів, що є **складовими складів**, слів.
- Астенія — слабкість.
- Астереогноз — тактильна агнозія, порушення впізнавання предметів на дотик.
- Асфіксія — задуха плоду й немовляти — припинення дихання за тривалої серцевої діяльності внаслідок зниження або втрати збудливості дихального центру.
- Атаксія — розлад координації рухів, спостерігається за різних захворювань головного мозку.
- Атрофія — патологічні структурні зміни в тканинах, пов'язані із гнобленням обміну речовин у них.

**Аудіограма** — графічне зображення даних дослідження слуху за допомогою аудіометра.

**Аферентна** (синоніми: сенсорна, гностична) — інформація, що надходить від різних органів відчуття у кору головного мозку.

**Аферентний аналіз і синтез** — аналіз і синтез імпульсів, що йдуть від рецепторів, від периферії до кори головного мозку, що контролює виконання окремого руху, організований симультанно, просторово.

**Аферентний імпульс** — той, що йде від периферії до центру, **наприклад** кінететичний, тактильний.

**Афонія** — повна відсутність голосу (дис. часткова).

**Брадилалія** — патологічно сповільнений темп мовлення.

**Брока центр (зона)** — центр моторного мовлення, розміщений у задній частині нижньої лобової звивини лівої півкулі.

**Вербалізм** — недолік, за якого **словесне** вираження у дітей не відповідає конкретним уявленням і поняттям.

**Верніке центр (зона)** — центр сприйняття мовлення, розміщений у задньому відділі верхньої скроневої звивини лівої півкулі.

**Вищі психічні функції** — складні, що формуються за життя, системні психічні процеси, соціальні за своїм походженням.

**Відображене мовлення** — повторене за ким-небудь.

**Внутрішнє мовлення** — різні види використання мовних значень поза процесом реальної комунікації типу внутрішнього промовляння («**мовлення про себе**»): а) те, що зберігає структуру зовнішнього мовлення, але позбавлене фонації й типове для вирішення мисленневих завдань в ускладнених умовах; б) власне В.м., коли воно виступає як засіб мислення; в) структурне програмування (задум, програма мовленнєвого висловлювання).

**Гамаїшзм** — недолік вимови звуків г, г'.

**Геміанопсія** — різні варіанти порушення поля зору, що виникають при ураженні первинних полів потилицевої частки й глибоких відділів мозку.

**Геміплегія** — ураження на одній половині тіла функції довільної рухливості, тобто параліч (парез) м'язів однієї половини тіла.

**Герц (Гц)** — одиниця виміру частоти коливання.

**Гіперакузія** — підвищена чутливість до тихих звуків, які байдуже сприймає оточення. Спостерігається за сенсорних порушень.

**Гіперкінези** — **надмірні** мимовільні рухи, що виникають за порушень нервової системи.

**Гіпоксія** — кисневе голодування організму.

**Глобальне читання** — неаналітичне читання, впізнавання слова як єдиного графічного цілого.

**Гнозис** - впізнавання (акустичне, оптичне, тактильне, смакове та ін.).

**Декомпенсація** — розлад діяльності будь-якого органу або організму в цілому внаслідок порушення компенсації (складного процесу перебудови функцій організму у разі порушення або втрати якої-небудь функції внаслідок захворювання, ушкоджень).

**Деонтологія** — від грец. «деон» — належний. «**Належне**» — це те, як логопед має будувати свої взаємини з особою, що має мовленнєвий **розлад**, з

його родичами і колегами. Педагогічна Д. ґрунтується на вченні про педагогічну етику, естетику, моральність.

**Депривація** — недостатнє задоволення основних потреб.

**Дизартрія** — порушення вимовної сторони мовлення, спричинене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату

**Дислалія** - порушення звуковимови за нормального стану слуху й збереженої іннервації мовленнєвого апарату.

**Ейфорія** — підвищений радісний настрій, стан благодушності й безтурботності.

**Експресивний аграматизм**....порушення вживання граматичних засобів мови в усному мовленні.

**Екстирпація (гортані)** — видалення.

**Етіологія** — вчення про причини та умови виникнення хвороб.

**Еферентний імпульс** — той, що йде від центру до периферії.

**Ехолоалія** — автоматичне повторення слів слідом за їх відтворенням.

**Ехопраксія** — наслідувальне, автоматичне повторення рухів і дій інших людей при ураженні лобових часток мозку.

**Загальне недорозвинення мовлення** — різні складні мовленнєві розлади, за яких удітей порушене формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що належать до звукової та змістової сторони.

**Зайкання** — порушення гемпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів, мовленнєвого апарату.

**Імітація** — слухове або зорове наслідування.

**Імпресивний аграматизм** — порушення розуміння граматичних засобів мови.

**Інтеріоризація** — поступовий перехід від зовнішніх схем і опор до внутрішнього планування дії.

**Капацізм** — недолік вимови звуків *к, к'*

**Кінестетичні відчуття** — відчуття положення й руху органів.

**Клонічна судом** — швидкі короточасні скорочення й розслаблення м'язів.

**Компенсація** — складний, багатоаспектний процес перебудови психічних функцій у разі порушення або втрати будь-яких функцій організму.

**Комунікативна функція мовлення** — функція спілкування.

**Контамінація** — помилкове відтворення слів, що полягає в поєднанні в одне слово складі в, що відносяться до різних слів.

**Корекція порушень мовлення** — виправлення недоліків мовлення. Використовуються також терміни «усунення», «подолання мовленнєвих порушень».

**Ламбдацізм** — неправильна вимова звуків *л, л'*.

**Логопедія** — спеціальна педагогічна наука про порушення мовлення, про методи запобігання їм. **а також їх** виявлення, усунення засобами спеціального навчання й виховання.

**Логорея** — нескладний мовленнєвий потік як прояв мовленнєвої активності; спостерігається уразі сенсорних порушень.

**Локалізація функцій** — зв'язок фізіологічних і психічних функцій з роботою певних ділянок кори головного мозку.



**Мікрогlossenія** — вроджене недорозвинення мовлення (макротонсильний язик).

**Міміка** ... рухи м'язів обличчя, очей, що виражають різні почуття людини: радість, сум, занепокоєння, подив, страх і т. ін.

**Мовлення** — сформована історично в процесі діяльності людей форма спілкування.

**Модуляція голосу** — зміна висоти голосу, пов'язана з інтонацією.

**Мутація голосу** — зміна голосу, що настає внаслідок вікових змін у голосовому апараті (13—15 років).

**Мутизм** — припинення мовленнєвого спілкування з оточенням внаслідок психічної травми.

**Невропатія** — конституціональна нервовість (підвищена збудливість нервової системи).

**Негативізм** - невмотивований опір дитини на вплив з боку дорослого. Мовленнєвий н. — наполеглива відмова від спілкування.

**Недорозвинення мовлення** — якісно низький рівень сформованості порівняно з нормою тієї або іншої мовленнєвої функції чи мовної системи в цілому.

**Нейрон** — нервова клітина з відростками (дендритами (і аксоном)). Нейрони поділяють на аферентні, що несуть імпульси до центру, еферентні, що несуть інформацію від центру до периферії, і вставні, в яких відбувається попереднє перероблення імпульсів.

**Нейроонтогенез** — дозрівання нервової системи.

**Обтуратор** — пристосування для закриття дефекту твердого піднебіння за наявності його розщелин.

**Ортодонція** - розділ медицини, що займається вивченням, запобіганням і лікуванням деформацій зубних рядів та щелепно-лицевого скелета.

**Парадигматичні зв'язки** — симультанно, просторово організована одиниця, в якій зміст змінюється у зв'язку із заміною якої-небудь ознаки одиниці. Організовані за ознакою «або — або»; наприклад, фонема може бути або дзвінкою, або глухою, або ротовою, або носовою.

**Параліч, парез** — порушення рухів у руці й нозі внаслідок ураження головного мозку.

**Парафазія** — порушення мовленнєвого висловлювання, що виявляється в неправильному вживанні звуків (літеральна) або слів (вербальна) в усному і писемному мовленні.

**Патогенез** - розділ патології, що вивчає механізми виникнення й розвитку хвороб.

**Персеверація** — патологічне повторення або наполегливе відтворення якої-небудь дії або складу, слова. В основі П. лежать процеси, пов'язані із запізнюванням сигналу про припинення дії.

**Позотонічні рефлексії** - вроджені рефлексії, що виявляються у зміні пози й м'язового тону залежно від положення голови.

**Порушення голосу** — відсутність або розлад фонації внаслідок порушень у голосоутворювальному апараті.

**Порушення мовленнєвого розвитку** — група різних видів відхилень у розвитку мови, що мають різну етіологію, патогенез, ступінь виразності. У разі П. м. р. порушується процес мовленнєвого розвитку, виявляються невідповідності нормальному онтогенезу, відставання в темпі.

**Порушення мовлення** (синоніми — розлади мовлення, мовленнєві **порушення**, **дефекти** мовлення, **недоліки** мовлення, **мовленнєві** відхилення, мовленнєва патологія) — відхилення в мові мовця від мовної норми, прийнятої в певному мовному середовищі, що **виявляються** в парціальних (часткових) порушеннях (звуковимови, голосу, темпу й ритму та ін.) й зумовлені розладами **нормального функціонування** психофізіологічних механізмів мовленнєвої діяльності. З огляду на комунікативну теорію П. м. є порушенням вербальної комунікації.

**Пренатальний** — відноситься до періоду перед народженням.

**Просодія** - інтонаційний, мелодійний компонент мовлення.

**Психічна** (у тому числі й мовленнєва) **система** - складні зв'язки, що виникають між окремими функціями в процесі розвитку.

**Психотерапія** - лікування психічним впливом.

**Релаксація** — розслаблення, зниження **тону** скелетної мускулатури.

**Рефлекс** — **заборонна позиція** - спеціальна поза дитини, в якій досягається максимальне розслаблення.

**Рефлекси орального автоматизму** — вроджені **Р.** в ділянці рота.

**Ринолалія** — порушення тембру голосу й звуковимови, зумовлене **анатомо-фізіологічними** дефектами мовленнєвого апарату.

**Розлад мовлення** — втрата мовленнєвих **навичок** і комунікативних умінь **внаслідок локальних уражень** мозку.

**Ротацізм** — неправильна вимова івуків **r'**

**Сенсорний** — чуттєвий (протилежний — моторний, руховий).

**Сигматизм** — недолік вимови свистячих і шиплячих звуків.

**Симультанний** — аналізі синтез, то мають певний **цілісний (одночасний)** характер.

**Синапс** — спеціальне утворення, що здійснює зв'язок між нервовими **клітинами**.

**Синдром** — сполучення ознак (симптомів).

**Синтагма** - синтаксична інтонаційно-змістовна одиниця.

**Синтагматичні відношення** - **сукцесивно, лінійно** організована одиниця, в якій зміст пов'язаний за принципом «і — і»: наприклад, прийменник може стояти тільки перед іменником, прислівник пов'язаний з дієсловом: іншим прикладом може **бути** тверда послідовність **звуків** у слові, слів у пісні.

**Складний (комбінований) дефект** - дефект, за якого простежуються певні зв'язки, наприклад, мовленнєва й зорова недостатність й інші сполучення.

**Соматичний** — тілесний.

**Судоми** — мимовільні скорочення м'язів.

**Сукцесивний** — **аналіз** (і синтез), реалізований частинами (послідовний), а не цілісно.

**Тахілалія** - патологічно прискорений темп мовлення.

**Тонічна судоми** — **тривале** скорочення м'язів і **никликаний** ним напружений і с тан.

**Тремор** — мимовільні ритмічні **коливання** кінцівок, голосу, язика.

**Фактор ризику** — різні умови зовнішньої або внутрішньої сфери організму, що сприяють розвитку патологічних станів.

**Фонематичне сприймання** — спеціальні розумові дії за диференціації фонем і встановлення звукової структури слова.

**Фонематичний аналіз і синтез** — розумові дії з аналізу або синтезу звукової структури слова. ^

**Фонематичний слух** — тонкий систематизований слух, що має здатність здійснювати операції розрізнення й пізнання фонем, які становлять звукову оболонку слова (Ф. с. близький за значенням Ф. в.). \

**Фонетико-фонематичне недорозвинення** — порушення процесу формування вимовної системи рідної мови у дітей з різними мовленнєвими порушеннями внаслідок дефектів сприйняття й вимови фонем.

**Фонопедія** — комплекс педагогічних впливів, спрямованих на активізацію й координацію нервово-м'язового апарату гортані, корекцію дихання й особистості, що навчається.

**Церебральний** — мозковий.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Аманавилли Ш. А.* В школу с шести лет. — М.: Педагогика, 1986. — С. 20 -63.
2. *Анастаси А.* Психологическое тестирование. — М.: Педагогика, 1982. — Т. 1. - С. 288—316.
3. *Архипова С. Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевого период). — Л., 1989. — С. 15—32.
4. *Бадалян О., Журба О. В., Тимотта О. В.* Детские церебральные параличи. — К.: Здоров'я, 1988. — 288 с.
5. *Бортфельд С. А., Городецкая Г. Ф., Розачева Е. М.* Точечный массаж при ДЦП. - Л.: Медицина, 1979.
6. *Бауэр Т.* Психическое развитие младенца. — М.: Прогресс, 1985. — С. 217-292.
7. *Бурлачук Л. Ф.* Психодиагностика личности. — К: Здоров'я, 1989. — 89 с.
8. *Вансовская Л. И.* Устранение нарушения речи при врожденных расщелинах неба. — СПб.: Гиппократ, 2000. — 132 с.
9. *Выготский Л. С.* Проблема обучения и развития в школьном возрасте: Хрестоматия по психологии. — М.: Просвещение, 1987. — 381 с.
10. *Воронцова Т. //* Принципы, методы и система исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных расщелин губы и неба: Межвуз. сб. науч. тр. - М.: МГПИ им. В. И. Ленина, 1987. - С. 18—30.
11. *Григоренко Н. Ю., Синява М. Л.* Логопедический и медицинский аспекты органической дислалии и способы ее коррекции //Дефектологія. - 2000. - № 4. - С. 22-31.
12. *Гришун Б. М.* Классификация нарушений речи. Логопедия/Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М. 1998. - С. 55-70.
13. *Гуменная Г. С.* Особенности первоначальных понятий о числе у детей с ЦП //Дефектологія, - 1977. - № 2. '
14. *Данилова Л. А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с ЦП. — Л.: Медицина, 1977.
15. *Дети с церебральными параличами: Обзоры по важнейшим научно-педагогическим достижениям /Сост.: Р, Д. Бабенкова, М. В. Ипполитова, Е. М. Мاستюкова.* — М., 1982.
16. *Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / В. А. Козьявкин, М. А. Бабадаглы, С. К. Ткаченко и др.* — Л.: Медицина світу, 1999. - 312 с.
17. *Диагностика умственного развития дошкольников / Под ред. А. А. Вагнера, В. В. Холмовской.* — М.: Педагогика, 1978. — 248 с.

18. *Дональдсон А.* Мыслительная деятельность детей. - М.: Педагогика, 1985. - 192 с.
19. *Дубинма С. А.* Методики до-та післяопераційного логопедичного навчання дітей із вродженими незрощеннями піднебіння // **Дефектологія**. - 1999. - № 2.
20. *Дубов М. Д.* Врожденные расщелины неба. — М., 1960. — С. 35...46.
21. *Ермакова И. И.* Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков: Кн. для логопеда / Под ред. С. Л. Таптаповой. — М.: Просвещение, 1984. - 143 с.
22. *Жук Т. В., Соколенко Н. А.* Перелікдокументації логопеда // **Дефектологія**. - 1996. - № 1. - С. 58...63.
23. *Ипполитова А. Г.* **Открытая ринолалия**. — М.: Просвещение, 1983. — 93 с.
24. *Ипполитова М. В.* Характеристика состава учащихся специальных **школ-интернатов** // **Дефектологія**. - 1980. - № 5. — С. 7-12.
25. *Карелина И. Б.* Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // **Дефектологія**. — 1996. — № 5. - С. 10—14.
26. *Козьявкин В. И.* Концепция метода нейрофизиологической терапии детского церебрального паралича // **Материалы междунар. конгр. «Новые технологии в реабилитации детского церебрального паралича»**. - Донецк, 1994. - 202 с.
27. *Козьявкин В. И.* Мануальная терапия в лечении спастических форм детского церебрального паралича // Всесоюз. науч.-практ. конф. по детской неврологии и психиатрии: Тез. докл. — Вильнюс, 1989. — С. 47—48.
28. *Козьявкин В. И.* Мануальная терапия в реабилитации больных детским церебральным параличом: Автореф. дне. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1992. - 22 с.
29. *Козьявкин В. И., Шестопалова Л. Ф., Подкорытов В. С.* **Детские церебральные параличи**. Медико-психологические проблемы. Л.: Укр. технології, 1999. — 133 с.
30. *Козьявкин В. И.* Структурно-функціональні порушення церебральних та епінальних утворень при дитячому церебральному паралічі та система реабілітації цих хворих: Автореф. дне. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1996. - 26 с.
31. *Коломейчук Э. И., Коломейчук Б. Я.* Логопедическое обучение и реабилитация больных в комплексном лечении **врожденных** расщелин верхней губы и **неба** // **Вісн. стоматології**. — 1997. — № 3 (15). - С. 476-478.
32. *Конопляста С. Ю.* Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини // **Педагогіка та методики спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова**. — К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. **Вин. !**. - 193 с.
33. *Костюк Г. С.* Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. ... К.: Рад. шк., 1989.
34. *Кривий Г.* Психология развития. — СПб.: Питер, 2002. — 992 с.
35. *Куссмауґт А.* Расстройства речи. Опыт патологии речи. -- К.. 1979. — С. 225»-341.
36. *Лопатина Л. В., Серебрякова И. В.* Преодоление речевых нарушений у дошкольников (Коррекция стертой дизартрии). - СПб.. 2001. —С. 9—19, 109-116.

37. *Лурия А. Р.* Травматическая афазия. — М., 1947.
38. *Мастюкова Е. М., Бабенкова Р. Д.* **Дифференцированный** подход к учащимся с различными формами гиперкинезов при восстановлении и **формировании двигательных функций**//Дефектология. — 1978. —**Яг 2.**
39. *Навчання і виховання учнів 1-го класу.* Метод, носіб. для вчителів / Уклад. О. Я. Савченко. — К.: Почат, шк., 2002.
40. *Назаревич В., Тарасюк С.* Схеми **психолого-педагогічних характеристик.** — Рівне: Принт Пауз, 2003. — 56 с.
41. *Никитина М. Н.* Детский **церебральный** паралич. — М.: Медицина, 1979.
42. *Обухівська А. Г.* Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню // **Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова.** — К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. - Вип. і. - С. 56-59.
43. *Обучение технике письма учащихся с ЦП:* Метод, рек. / Уклад. Р. Д. Бабенкова. — М., 1977.
44. *Основные показатели точности детей шестилетнего возраста к школьному обучению:* Метод, рек. / Под ред. Л. А. Вагнера, Г. Г. Кравцова. - К.: Рад. шк., 1989.
45. *Особенности мануальной терапии, физиотерапии и акупунктурной рефлексотерапии при детском церебральном параличе / В. Шевага, В. Козьявкин, В. Лисович и др. // Первый междунар. конгр. вертеброневрологов: Тез. докл. — Казань, 1991. — С. 169—171.*
46. *Пінчук Ю. В.* Основы методики виховання правильної вимови звука при дислалії ІІ Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук, праць. - К., 2000. - С. 43-49.
47. *Пижаге Ж.* Избранные психологические произведения. — М.: Просвещение, 1969. - С. 29-51, 245-278, 503-560.
48. *Правдина О. В.* Логопедия. - М., 1969. - С. 82—85, 98-104.
49. *Расстройства речи в детском возрасте / Под ред. В. К. Трутнева, С. С. Ляпидевского. - М. 1962. - С. 83-127.*
50. *Речевые нарушения и пути их коррекции у детей с гиперкинетической формой ЦП:* Метод, рек. / Уклад.: М. В. Ишголитова, Е. М. Мастюкова. - М., 1978.
51. *Сопливая Г. С.* Интерперсональная теория в психиатрии... СПб.: Ювента; М.: «КСП+». 1999. - 201 с.
52. *Семенова К. А.* **Восстановительное** лечение больных с **резидуальной** стадией детского церебрального паралича. - М.: **Антидор, 1999.**
53. *Семенова К. А.* Лечение двигательных расстройств при ДЦП. — М.: Медицина, 1979.
54. *Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских **церебральных** параличей. М., 1972. С. 222-277.
55. *Семенченко Г. И, Вакулско В. И., Дербалюк Л. Я.* Нарушение слуха и речи при врожденных расщелинах неба. — К.: Здоров'я. 1977.
56. *Сергеева / В.* Логопедична допомога в системі освіти України // Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. - К., 2001. - Вип. 2. - С. 81-83.
57. *Сикорский И. А.* О заикании. - СПб., 1889. - С. 2-32. 38 — 152.
58. *Соботович Е. Ф., Чернопольская А. Ф.* Проявление стертых дизартрии и методы их диагностики //Дефектология. — 1974. — Ль 4.

59. *Соломатина Г. М.* Разборчивость речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Дефектология. — 2005. — №3. — С. 32—38.
60. *Тарасун В. В.* Стерта форма дизартрии: Диагностика та особливості логопедичної роботи // Дефектологія. — 1997. — № 4.
61. *Тарасун В. В.* Концепція державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку і Дефектологія. — 2000. — № 2. — С. 2-10.
62. *Уайт Б.* Первые годы жизни, — М.: Педагогика, 1982. — 176 с.
63. *Хсьидова Л. Б.* Особенности фонематического восприятия и звукового анализа у младших школьников, страдающих ЦП // Дефектология. — 1977. — № 3.
64. *Халидова Л. Б.* Состояние первоначальных морфологических обобщений учащихся начальных классов, страдающих ЦП // Дефектология. — 1979. — № 1.
65. *Харьков Л. В.* Хирургическое лечение врожденных расщелин неба. — К.: Здоров'я, 1992. — 200 с.
66. *Харьков Л. В., Носко С. А.* Методика оценки психического развития детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісн. стоматології. — 1998, № 2. — С. 69-73.
67. *Харьков Л. В., Носко С. А.* Оценка психического развития детей с врожденными несращениями верхней губы и неба в зависимости от возраста и сроков их хирургической реабилитации // Вісн. стоматології. — 1998. — № 3.
68. *Харьков Л. В., Яковенко Л. М.* Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння // Дефектологія. — 1998. — № 4.
69. *Харьков Л. В., Яковенко Л. М.* Проблемы годованья дітей з вродженими незрощеннями губи та піднебіння // Новини стоматології. — 2000. — № 3. — С. 8-11.
70. *Харьков Л. В., Яковенко Л. М.* Факторы риска при оценке общего и местного статуса детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба перед хейлопластикой // Стоматология. — 1997. — Т. 76, Ns 6. — С. 47—49.
71. *Хватцев М. Е.* Логопедия. — М., 1959. — С. 466-469.
72. *Цимбалюк В. І.* Нейротрансплантація при дитячому церебральному паралічі. — К., 2003. — С. 52-53.
73. *Чаркина Г. В.* Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. — М.: Педагогика, 1969. — 119 с.
74. *Шеремет М. К., Загорська Г.* Сучасні комп'ютерні технології в логопедичній роботі і Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. — К., 2001. — Віт. 1. — С. 183-192.
75. *Шеремет М. К., Кондратенко В. О.* Прогнатія, її причини та вплив на вимову // У Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. — К., 2001. — Вип. 2. — С. 87—93.
76. *Шеремет М. К., Сергеева І. В.* Формування усного зв'язного висловлювання у дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення // Педагогіка та методика спеціальні: 36. наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. — К., 2001. — Вип. 2. — С. 100-106.
77. *Шеремет М. К.* Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови // Педагогіка та методика спеціальні: 36, наук. ст. НПУ ім. М. П. Драгоманова. — К., 2001. — Вип. 1.
78. *Шкловский В. М.* Заикание: Монография. — М., 1994. — 250 с.

## ЗМІСТ

<b>Розділ 1. Логопедія, її предмет, завдання і методи</b> .....	<b>3</b>
1.1. Предметі завдання логопедії.....	3
1.2. Методи логопедії.....	11
1.3. Причини мовленнєвих порушень.....	12
<b>Розділ 2. Вікові норми розвитку дитини</b> .....	<b>15</b>
2.1. Періоди розвитку дитини.....	15
2.2. Сенсомоторний розвиток дитини.....	18
2.3. Мисленнєвий розвиток.....	24
2.4. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини.....	29
2.5. Розвиток спілкування та гри.....	37
2.6. Емоційно-соціальний розвиток.....	39
2.7. Основні форми і види мовленнєвих порушень.....	45
2.8. Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини.....	47
<b>Розділ 3. Дислалія</b> .....	<b>54</b>
3.1. Класифікація дислалій.....	54
3.2. Рівні порушеної вимови.....	60
3.3. Сигматизм і способи його виправлення.....	65
<b>Розділ 4. Фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення</b> .....	<b>73</b>
4.1. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини.....	74
4.2. Організація роботи в групах дітей з ФФН.....	76
<b>Розділ 5. Ринологія</b> .....	<b>79</b>
5.1. Історія вивчення ринології.....	79
5.2. Медична допомога дітям з ринологією.....	82
5.3. Етіологічні чинники виникнення природжених вад обличчя.....	84
5.4. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринології.....	91
5.5. Класифікація ринологій. Основні форми.....	105
5.6. Характеристика мовлення дитини з ВНГП.....	109



5.7. Особливості розвитку дітей з ринолалією.....	112
5.8. Логокорекційна робота з подолання ринолалії.....	119
5.9. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрощень губи та піднебіння.....	125
<b>5.10. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією.....</b>	<b>133</b>
<b>Розділ 6. Дизартричні порушення.....</b>	
6.1. Суть, прояви, причини і класифікація дизартричних порушень.....	148
6.2. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями.....	160
6.3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями.....	162
6.4. Особливості відновлювальної роботи з дітьми з дизартричними порушеннями.....	169
6.5. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.....	181
6.6. Нейротрансплантація в разі дитячого церебрального паралічу.....	186
6.7. Санаторно-курортне лікування хворих на дитячий церебральний параліч.....	189
<b>Розділ 7. Порушення писемного мовлення.....</b>	
7.1. історичний аспект та сучасний стан проблеми порушень писемного мовлення.....	194
7.2. Поняття про писемне мовлення.....	199
7.2.1. Дисграфія.....	200
7.2.2. Психофізіологічні механізми процесу письма.....	201
7.2.3. Мозкова організація процесу письма.....	202
7.2.4. Операції процесу письма.....	203
7.2.5. Передумови формування навичок письма.....	206
7.3. Етіологія порушень писемного мовлення.....	211
7.3.1. Симптоматика дисграфії.....	214
7.3.2. Типи патологічних помилок та їх механізми.....	215
7.4. Класифікація дисграфій.....	222
7.5. Дислексія.....	228
7.5.1. Психофізіологічні механізми процесу читання.....	229
<b>7.5.2. Операції процесу читання.....</b>	<b>230</b>
7.6. Механізми дислексії.....	233
7.6.1. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій.....	233
7.6.2. Дислексія та порушення когнітивних функцій.....	234
7.6.3. Дислексія та порушення усного мовлення.....	235
7.7. Симптоматика дислексії.....	238
7.8. Класифікація дислексій.....	239
7.9. Обстеження дітей з порушеннями читання і письма.....	242
7.10. Методика логопедичної роботи з подолання порушень писемного мовлення.....	249
7.1 і. Логопедична робота з подолання фонетичних помилок.....	251

7.12. Логопедична робота і подолання оптико-просторових і графічних помилок та запобігання їм.....	269
7.13. Логопедична робота з подолання лексико-граматичних помилок.....	286
7.14. Профілактика порушень писемного мовлення.....	301
Розділ 8. Заїкання.....	308
8.1. З історії вивчення проблем заїкання.....	308
8.2. Клініко-фізіологічна характеристика заїкання.....	313
8.2.1. Науково-теоретичні основи дослідження проблеми заїкання.....	315
8.2.2. Фізіологія заїкання.....	319
8.2.3. Симптоматика заїкання.....	321
8.2.4. Класифікація заїкання.....	325
8.2.5. Особливості особистості заїкуватих.....	328
8.2.6. Психологічні особливості дітей із заїканням.....	332
8.3. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих.....	334
8.3.1. Клінічне і психолого-педагогічне обстеження заїкуватих.....	334
8.3.2. Розвиток мовлення у дошкільників із заїканням як методична проблема.....	340
8.3.3. Сучасні методики та технології подолання заїкання в учнів, підлітків та дорослих.....	345
8.3.4. Профілактика заїкання.....	356
<i>Понятійно-термінологічний словник.....</i>	<i>363</i>
<i>Список використаної літератури.....</i>	<i>369</i>