

Levele



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЛОГОПЕДІЯ

*Підручник,
третє видання, перероблене та доповнене*

За редакцією доктора педагогічних наук,
професора М.К.Шеремет



Київ 2014

ого
ій-
ω -
и із
ан-
ли з
ди-
их.
ю в
рар-
мов-
. Ос-
ня),
ня).
ї лю-
лова-
мов-
ність

УДК 376-056.264(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.Чердніченко, І.С.Марченко, В.В.Тищенко,
І.В.Мартиненко, О.Ю.Ромась*

Рецензенти:

В.М.Синьов – д-р пед. наук, проф., д. чл. АПН України, ди-
ректор Ін-ту корекційної педагогіки та психології;
Л.С.Вавіна – канд. пед. наук, старш. наук. співроб., зав. лаб.
тифлопедагогіки Ін-ту спеціал. педагогіки АПН України.

Шеремет М.К.

Л 69 **Логопедія.** Підручник. Третє видання, перероблене та
доповнене / За ред. М.К.Шеремет. – К. : Видавничий Дім
«Слово», 2014. – 672 с.
ISBN 978-966-194-053-5

Висвітлено науково-методичні засади логопедії як науки, сис-
темні 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 978-966-194-053-5

© Шеремет М.К., 2014
© Видавничий Дім «Слово», 2014

Розділ 1

ЛОГОПЕДІЯ, ЇЇ 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. (λογός – слово, мовлення і παιδεία – 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 (вимовлення), 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 співвідношення 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: уміня 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. Цілеспрямований 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 мовлення, 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).

Внутрішнє мовлення – це суб'єктивна мова-співбесіда, за допомогою якої задум переводиться в зовнішнє мовлення (М.Жинкін).

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.

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.

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 регульовальну 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 мовлення, 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 спілку-

ванню, 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 обґрунтованих 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 відрізняти від вікових особливостей його формування. Ті або ті 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 розроблені 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 певного відхилення, як зазначав Л.Виготський, слід розрізняти 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 тих 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 розумової відсталості, туговухості, 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 вміле 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. Неприпустимими для них 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 логопедії

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 послань 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 її 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, О.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, що чують, 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, несутісність 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, менінгоенцефаліти, 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 сензитивний 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 тією вадою;
- 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 «територію» власного «я» (все те, що дитина вважає своїм, про що може сказати «моя»). 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, відтворювального 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 відрізнити 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, радості 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; вміння спілкуватися з дорослими та однолітками дасть змогу дитині перейти до навчальної співпраці; розвиток довільності сприятиме подолан-

ню 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);
- мисленнєвого розвитку;

- спілкування та гри;
- емоційно-соціального розвитку.

Ці дані характеризують особливості психофізичного розвитку ку 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, що 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	Відрізняє за зовнішнім виглядом своїх близьких від чужих.
7	Здатна добре координувати м'язи очей, а також синхронність рухів «рука-очі». Косоокість зникає остаточно, хоча іноді рухи одного ока можуть відставати від другого, особливо коли дитина дивиться вбік.
10–12	Розрізняє предмети за формою. На фотографії впізнає знайомих дорослих.
12–15	Орієнтується у двох контрастних (з різницею 3 см) предметах (наприклад, у двох різних за розміром м'ячах).

закінчення табл.

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, контрастні 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 відповідні їм плоскі геометричні фігури і називає їх.
40–48	Орієнтується у схемі квартири, дитячого садка, двора будинку, в якому живе.
48–50	Копіює (за поданим зразком) плоский предмет зі складною структурою елементів (наприклад, годинник).
50–54	Копіює правою (лівою, якщо лівша) рукою групу з 10 (15) геометричних фігур, розміщених у довільному порядку.
54–57	Копіює лівою і правою рукою групу з 10 (15) геометричних фігур, розміщених 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, розміщених 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 сенсомоторного розвитку дитини
0–1	Відразу після народження сприймає тембр, гучність і висоту голосу. Здатна виявити джерело голосу: почувши звук, крутить головою, шукаючи його джерело. Звукам людського голосу віддає перевагу навіть тоді, 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.
5	Розрізняє і впізнає голос близької людини, сувору і ласкаву інтонацію, з якою до неї звертаються, по-різному при цьому реагуючи на неї.
6	По-різному реагує на власне і чуже ім'я.
7	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.
8	На запитання «Де...?» поглядом знаходить кілька предметів (2–4), розташованих на постійних місцях. За словами дорослого виконує ті дії (навички, вміння, елементи гри), що були розучені з дорослим.
9	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.

продовження табл.

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 спить, грається, їсть. Виконує сприйняті на слух доручення дорослого («Дай», «Посади, погоду 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 той 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 того звука в слові.
45–48	Не завжди зважає на власну неправильну вимову звуків, а буде 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.

закінчення табл.

54–60	Правильно розкладає малюнки, де зображено предмети, в назвах яких є звуки (наприклад, [ш]), 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 сенсомоторного розвитку дитини
0–1	Руки 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, завмирає і залишається нерухомою. Підвищений тонус верхніх кінцівок майже зникає, а нижніх – ще зберігається.

продовження табл.

	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.
3	Некоординовано наштовкується 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.
4–5	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.
5	Бере іграшку з рук дорослого та гримає 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 живіт. Підтягується за руки з положення «сидячи на спині», міцно вчепившись усіма пальцями за пальці рук дорослого; сідаючи, зберігає повний контроль за положенням голови.
6	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).

продовження табл.

7	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»).
8	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.
8–11	Відсуває руку дорослого, щоб дістати заховану іграшку.
9	Самостійно лягає і без утруднень піднімається. Засвоює рух великого пальця: здатна користуватися пальцями окремо і узгоджувати їх рухи.
9–10	Переходить від одного предмета до іншого, злегка притримуючись за них руками. Добре п'є з чашки, тримаючи її руками.
10	Виходить на невисоку гірку, тримаючись за перила, самостійно сходить з неї. Йде вперед, тримаючись за обидві руки дорослого. Легко нахилиється уперед, убік, назад, а також уперед та навколо осі тіла. Хапає маленькі предмети великим та вказівним пальцями (мов пінцетом).
11	Самостійно стоїть і робить перші самостійні кроки.
12	Ходить самостійно, без опори.
12–14	Однією рукою підтягує до себе килимок, щоб дістати іграшку, яка на ньому лежить.
13	Присідає, повертається, нахилиється, тривало ходить.
13–15	Самостійно, однією рукою їсть ложкою густу їжу.
15–18	Переступає через перешкоди приставним кроком.
16–18	Відкривши коробку, пальцями витягує з неї цукерку.
19–21	Самостійно ходить по обмеженій поверхні (лавочка, мотузка, по намальованих крокуючих підшвах тощо).

закінчення табл.

22–24	Переступає через перешкоди неприставним 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 задає 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 пол ожень правої і лівої рук (кулак–долоня).
62–65	Дзеркально відтворює пози руки, запропоновані дорослим («Доторкнись рукою до кінчика носа, до вуха тощо») Із заплещеними очима вказує на своєму тілі те місце, до якого доторкнувся дорослий.
65–67	Із заплещеними очима вказує на своєму тілі ті два місця, до яких доторкнувся дорослий. Називає предмет (геометричну фігуру, цифру), який дорослий пальцем (палічкою) «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 заплещені) доторкнувся дорослий. Ходить назад, навшпиньки. Робить вперед 10 стрибків, не падаючи. Кидає предмет однією рукою на 2–3 м, ловить тенісний м'яч, кинутий з висоти 1 м. Ходить по колоді, балансує: ходить уперед, назад, убік. Може стрибнути на 2 м. Перестрибує калюжі, самостійно гойдається. 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 у них 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 показ-

ники 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 щоки 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, повертає голову в бік подразника та заплющує очі.

закінчення табл.

Зазвичай після 5 міс.	Хапальний кисті	Коли до долоні дитини торкаються олівцем або пальцем, 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 рога 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.
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 звикання, орієнтувальна реакція, тонус м'язів тощо (табл. 2.5).

Таблиця 2.5.

Показники поведінки немовляти

Показник	Поведінка
Звикання	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 про інтелектуальні 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 дитині і приблизно до двох років у неї можуть спостерігатися характерні ознаки мисленевих проявів (табл. 2.6).

Таблиця 2.6.

Характерні ознаки мисленевих проявів (раннє дитинство)

Віковий період	Характерні ознаки проявів мисленнєвої сфери
Від народження	Власне інтелектуальні прояви не спостерігаються.
6 тижнів	З'являється «рефлекс на руку», як сходинка до вирішення завдань.

закінчення табл.

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. З'являється поведінка з подолання труднощів як перша форма вирішення завдань.
8–14 міс.	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. Дитина вже розмірковує; створює внутрішній план дій
2–3 роки	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	Смокотання, 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 пошуку схованих об'єктів.
5	12–18	Третинні реакції	Методом спроб та помилок активно досліджує предмети, іграшки тощо.
6	3–18	Ментальні комбінації	Уявляє дію в думці, перед її 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 передує 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 егоцентричність, 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	Вибирає та роздивляється книжки з малюнками, розпізнає об'єкти на малюнках, називає намальовані об'єкти. Може доторкнутися до 1–3 об'єктів і полічити їх. Розрізняє чотири кольори. Намагається гратися з незнайомою іграшкою.
36–48	Називає п'ять–шість кольорів. Свідомо розкладає кубики або кільця за їх розміром. Розпізнає та визначає проблему. Виконує дві–три частини з мистецького 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?»)
48–60	Підказує, римуючи 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.

закінчення табл.

60–72	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).
-------	---

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 обертонального 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 початок формування у 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 «гулітті» (2–3 міс.) уже можна виділити звуки, що нагадують голосні (*а, о, у, е*), найлегші для артикулювання; губні приголосні (*п, б, м*), зумовлені фізіологічним актом ссання, і задньоязикові (*г, к, х*), 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 просте-

жується явище аутоехолалії – вона подовгу повторює той самий відкритий склад (*ва – ва – ва, га – га – 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 найтипівіші 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, телевізор, 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 (*ма – ма, па – па, дя – дя* тощо);

- за збереження частини слова (кореня, першого чи наголошеного складу) звуковимова 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 переддошкільний 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 загальноновживаних 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 мисленеву 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 пору-

шується. 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 тощо). 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 другого 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 (диз-

ритмія мовленнєвого висловлювання). Поява пауз усередині слів як між складами, так і всередині складів (онтогенетичні паузи хезитації) 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 темп 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 другого – 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 вибіркочку 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
2	Вимовляє нейтральні (нечіткі) голосні звуки, часто із закритим ротом. Гуління.
6	«Діалоги» у вигляді вимовляння голосних звуків; повертання голови (або всього тіла) у бік батьків. Поява приголосних. Використовуючи свої можливості, змінює гучність і висоту голосу.
8	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 інтонацією 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 також для прохання. З'являються осмислені слова, які тривалий час чергуються з лепетанням.
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.

продовження табл.

	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 «тоді». Задає багато запитань для продовження розмови, але не для отримання інформації.
48	Використовує складні структури речень (наприклад, «Уранці я піду до дитсадка і буду гратися з дітьми», «Я повечеряю, а потім подивлюся мультфільм»). Підтримує тему розмови і додає нову інформацію. Перепитує про те, що є незрозумілим, просить пояснення у процесі висловлювання дорослого. Пристосовує свій рівень мовлення залежно від слухача (наприклад, спрощує своє мовлення для дворічної дитини)
60	Використовує значний комплекс простих і складних речень. Володіє в основному всіма граматичними структурами (відмінками, родом, числом тощо). Оцінює речення як правильно чи неправильно побудовані (граматичні – неграматичні структури) і виправляє помилки.

закінчення табл.

	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 тощо).

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).

закінчення табл.

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 уміння, 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	Виголошує 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. Обіймає маму, виявляючи свою любов до неї.
8–13	Плаче, коли сварять.

продовження табл.

9–12	Грає у схованку («ховас» 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. 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.
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	Наслідує вираз обличчя дорослого.
12 і більше ніж 15	Намагається повторити слова. Частіше ініціює ігри.
13 і більше ніж 15	Обіймає або цілує ляльку.
13–17	«Пише» олівцем або ручкою.
13–19	Цілує дорослого, коли просять.
14 і більше ніж 15	Підмітає віничком.
14–19	Копає лопаткою.
14–20	Чмокає губами, щоб показати «смачно». Хитає головою в значенні «ні».
14–21	Повторює слова, коли просять.
15 більше ніж 15	Просить їжу за допомогою слів чи звуків.
Більше ніж 15	Відображує в грі окремі дії, за якими спостерігала раніше.
15–18	Імітує знайомі справи (наприклад, «розмовляє по телефону» або «спить»).

закінчення табл.

Більше ніж 15–19	Зазвичай ділиться іграшками або іншими речами.
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»).
24–28	Гра набуває сюжетного характеру; відображує різноманітні сюжети з життя людей, що оточують її, і характеризується взаємозв'язком і послідовністю дій. Починає використовувати предмети заміники. Висловлює скарги словами.
26–40	Вітається (наприклад, «Привіт»).
27–40	З'являються елементи рольової гри з відображенням у ній людських взаємостосунків.
28–36	Навчається взаємодії з однолітками.
36	Епізоди наслідування взаємостосунків 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
1	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. Весміхається мамі і тим людям, яких добре знає. Проситься на руки. Просить поносити її.
7	Починає поглядом активно шукати маму, яка раптово зникла.
8-11	Не звертає уваги на інших дітей.
8-12	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. Виявляє особливу цікавість (відає перевагу) до деяких іграшок. Посміхається у відповідь на результат дії (наприклад, відкрила коробочку) за наслідуванням. Виявляє нестійкий інтерес до дітей, їх гри. Радіє веселим іграм з дорослим, танцювальним рухам. Посмішкою, хниканням звертає на себе увагу, проситься на руки. Розрізняє і адекватно (відповідно) реагує на міміку та вигуки дорослого, позитивно чи негативно забарвлені. Плаче, ображається, відповідає: у відповідь на різний тон голосу дорослого; з появою незнайомої людини; у разі невміння виконати дію. Незадоволена, якщо не може самостійно змінити позу. З'являється специфічний вираз обличчя за різних ситуацій: інтерес, задоволення, радість, увага, образа. Повзе назустріч іншій дитині. Наслідує деякі рухи та дії іншої дитини.

продовження табл.

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. Дружні зв'язки короточасні, нестійкі.
24	Вдосконалює вибіркоче ставлення до дітей і дорослих. З'являються елементи фантазії.
24-30	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. Починає грати в «дім», залучається до простих ролей. Бере участь у заняттях у малих групах (наприклад, спів, плескання в долоні, танці тощо) впродовж 5-10 хв. Знає ознаки статі. Наполягає на самостійності. Послідовно виконує три-чотири дії за одного нагадування. Самостійно грається за власною ініціативою 15 хв. Виражає різні емоції відповідними діями, словами або виразом обличчя.
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. Ділиться іграшками, матеріалами або стравами. Починає розігрувати драматичні ігри, виконуючи цілі сценки (наприклад, подорож, іграшковий будиночок, зображує тварин). Питає дозволу взяти річ, що належить іншій дитині. Бере участь у діяльності малих 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.

	<p>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 проблеми з ровесниками 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	<p>1. Вільно координовані рухи, під час ходьби не шаркає ногами. 2. Кладає м'яч двома руками, відштовхує, ловить його, не пригнічуючи до грудей. 3. Стрибає з висоти і в довжину (на 15–20 см), підскакує на місці з відривом ніг від підлоги. 4. За сигналом може стримувати рух. 5. Любить лазити. 6. Заводить ключем механічну іграшку. 7. Вміє правильно тримати олівць і проводити горизонтальні і вертикальні лінії.</p>	<p>1. Формується правильна постава, правильно тримає голову під час ходьби і бігу. 2. Добре координовані рухи рук і ніг під час ходьби. 3. Вміє ходити і бігати по колу, на носочках, тримаючись за руки; не б'ється стрибати з висоти. 4. Може ходити по бруску 30 см завшишки і 20 см завширшки. 5. Б'є м'ячем об землю, підкидає і ловить його. 6. Чітко координує рухи пальців під час конструювання. 7. Добре і вільно малює горизонтальні і вертикальні лінії.</p>	<p>1. Руки набувають легкості, стають енергійними і точними. 2. Із захопленням стрибає з розгону у висоту і довжину. 3. Розмахається під час метання предмета. 4. Ловить м'яч однією рукою. 5. Може ходити боком по лавці. 6. Вміє стрибати на місці, почергово змінюючи ногу. 7. Вільно малює олівцем і фарбами, вирізує ножицями будь-які форми.</p>	<p>1. Може швидко перебудовуватися під час руху, шикуватися в колонії, шерензі, колі. 2. Може виконувати ритмічні рухи в зазначеному темпі. 3. Може кататися на лижах, ковзанах, самокаті, триколісному велосипеді. 4. Вчиться плавати без підтримки, грати в теніс, бадмінтон. 5. Добре вміє працювати з різними матеріалами — папером, картоном, тканиною. 6. Втягує нитку в голку, пришиває гуззика. 7. Може користуватися шилою і молотком.</p>
Сенсорний розвиток	<p>1. Знає шість основних кольорів, добирає предмети за кольором і відтінком. 2. Знає і добирає «коло», «квадрат», «трикутник», вміє порівнювати предмети за довжиною, шириною, висотою. 3. Правильно орієнтується в просторі, знає поняття</p>	<p>1. Знає вісім кольорів, під час малювання використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки. 2. Може розставити предмети в зростаючому й зворотному порядку. 3. Орієнтується в сторонах власного тіла і тіла співрозмовника.</p>	<p>1. Ретельно, планомірно досліджує предмети за допомогою зору і на дотик. 2. Визначає і називає нові геометричні форми — ромб і овал. 3. Правильно називає відтінки кольорів (блакитний, рожевий, фіолетовий, срий).</p>	<p>1. Правильно називає прості і складні геометричні форми. 2. Правильно вказує на основні відмінності геометричних форм. 3. Під час малювання правильно використовує не тільки кольори, а й їхні відтінки.</p>

Розумовий розвиток	«обіля», «поруч», «за», впізнає предмети на дотик.	1. Рахує до п'яти, порівнює великі кількості. 2. Формуються узагальнені поняття на зразок: «меблі», «фрукти», «транспорт» тощо. 3. У розповіді може виділити причинно-наслідкові зв'язки узагальнювальних понять. 4. Мовлення фразове, з правильною вимовою.	1. Рахує до десяти, додає числа в межах 10, має поняття про розподіл на рівні частини. 2. Послідовно називає дні тижня, пори року. 3. Може узагальнювати 4-5 предметів методом виключення, називає складові. 4. Робить послідовний умовивід за 2-4 картинками, міркує, мовлення недорікувате.	1. Володіє прямим і зворотним рахунком у межах 10, вирішує найпростіші задачі на додавання і віднімання. 2. Диференціює кількість, незалежно від форми, величини, узагальнює методом виключення, мотнує. 3. Чітко встановлює причинно-наслідкові зв'язки, виділяє істотне. 4. Володіє великим запасом оформлене, знає букви, читає складні.
Ігрова діяльність	1. З'являється сюжетно-рольова гра з двома-трьома дітьми. 2. Гра триває від 10 до 40 хв. 3. З'являються улюблені ігри, люблять грати з будівельним матеріалом. 4. Займається конструюванням більше ніж 10 хв, будує – «гараж», «кімнату».	1. Збільшується розміття ігор, збагачується сюжетний задум гри. 2. Стрижем гри є взаємини між людьми. 3. У грі дотримуються визначених правил, що відображують суспільні функції. 4. Гра тривала.	1. Виявляє стійку зацікавленість до гри. 2. Є улюблені ігри і ролі. 3. Сюжет гри набуває найбільшої повноти, яскравості і виразності. 4. У грі найчастіше відображує життя людей, що оточують її.	1. Створює план гри, удосконалює її задум, надає перевагу груповим іграм. 2. У процесі гри узагальнює й аналізує свою діяльність. 3. Гра може тривати впродовж кількох днів. 4. Віддає перевагу груповим іграм.

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

Потреба у спостереженні за розвитком дитини: не підлягає сумніву. Знання, здобуті при цьому, допоможуть спланувати, як виховувати та навчати дитину, робити певні прогнози щодо того, в який дитячий садок (а потім і в школу) дитина піде, побачити динаміку розвитку її психічних процесів (сприймання, уявлення, мислення, мовлення тощо). Ці знання дадуть змогу краще зрозуміти її соціальну поведінку: чи вмє вона співчувати, чи усвідомлює почуття інших людей (радість та сум), чи допомагає іншим, як грається з іншими дітьми тощо.

Також треба враховувати, що багато часу потрібно для того, щоб чомусь навчити дитину, яка на той час є надто малою. Проте за кілька місяців, коли вона досягне відповідного рівня розвитку, те, що вона не змогла освоїти, стане їй доступним. Отже, пам'ятаймо, що існують певні періоди розвитку, коли навчання і виховання є найефективнішими і коли дитина засвоює певні знання, вміння та навички відносно швидко та легко. Крім того, психічний розвиток значною мірою визначається фізичним дозріванням. Просте дозрівання не єдиний чинник, відповідальний за помірний розвиток дитини. Є ще два важливих моменти: по-перше, навколишнє середовище, в якому розвивається дитина, по-друге, загальні принципи виховання.

Достатній рівень фізичного дозрівання, навколишнє середовище і відповідне виховання є складовими одного процесу – процесу соціалізації. За його допомогою дитина адаптується до вимог, звичок і звичаїв своєї культури.

2.7. Основні форми і види мовленнєвих порушень

Відомо, що порушення мовлення мають різнобічний характер залежно від їх ступеня, локалізації функції та ступеня її ураження, від виразності вторинних відхилень, що виникають під дією провідної вади.

Оскільки мовленнєві порушення тривалий час залишалися предметом вивчення дисциплін медико-біологічного циклу, найбільшого поширення набула *клініко-педагогічна класифікація мовленнєвих порушень* (М.Хватцев, Ф.Рау, О.Правдіна, С.Ляпідевський, Б.Гріншпун). В основу клінічної класифікації покладено вивчення причин (етіології) і патологічних проявів

(патогенезу) мовленнєвої недостатності. Виділяють різні форми (види) мовленнєвої патології, кожна з яких має свою етіологію, патогенез, симптоматику і динаміку прояву.

Схематична клініко-педагогічна класифікація:

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 інервації мовленнєвого апарату;
- *ринолалія* – порушення тембру голосу і звуковимови, зумовлене анатоомо-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 обґрунтованих 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 вимовляння 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, що знижує успішність дитини у навчанні.

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

Ці автори з різних позицій розглядають і виділяють етапи мовленнєвого розвитку. Так, О.Гвоздев на основі докладного вивчення послідовності засвоєння дитиною частин мови, структур речень, характеру 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, дихального 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 «гуління» відмічають у всіх дітей. Уже в 1,5 міс, а потім – в 2–3 міс. голосові реакції дитина виявляє у вимові таких звуків, як *a-a-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-аля, рн*. Дитина в процесі «гуління» ніби грається зі своїм артикуляційним апаратом, кілька разів повторює той самий звук, отримуючи при цьому задоволення. Гулить 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 «гуління» 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 «гуління» з музикантом, що настроює свій інструмент.

За нормального розвитку дитини «гуління» 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: зі зниженням слухової функції гуління «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 зникло у неї «гуління» 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 (О.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*» – це, катається, машина, літак, велосипед.

Після півтора року спостерігається збільшення активного словника дітей, з'являються перші речення, що складаються з аморфних слів-коренів: «*тато, ди*» (тато, 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), «*сінюська*» (свинюшка).

Як зазначає Н. Жукова, «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.

У 3 роки 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 стосу-

ються 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'яч упав 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 О.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-граматичним складом, словозміною, звуковимовою і складовою структурою. Одні мовленнєві групи засвоюються раніше, інші – знач-

но 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.

Розділ 3

ДИСЛАЛІЯ

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 дзвінкх 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);

– *прогения* (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 звуковимовна. 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 *мономорфну* (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.Правдіна та 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 ту 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 тієї ознаки звук упізнається неправильно, що призводить до неправильно-го 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 (*р – л*) та інших. У тих випадках, коли та чи та акустична ознака є диференційною для групи звуків (наприклад, глухість – дзвінкість), спотворюється сприймання всієї групи. Так, дзвінкі і шумні сприймаються і продукуються як парні їм глухі (*ж – ц, 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 відрізнити грубіші порушення, які поширюються на перцептивний та смисловий рівні процесів сприймання мовлення, і ті, що призводять до його недорозвинення.

Артикуляторно-фонематична дислалія. До цієї форми належать діти, 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 заміщуваного 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 правиль-

но 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 фонемні, 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 звука *р*, 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, у наступні роки – 23–26% (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 неправильно сформованими артикуляторними позиціями.

Звуки вимовляються ненормовано, спотворено для фонетичної системи певної мови, яка у дитини за цієї дислалії сформована, але фонемні 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, у разі 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 зі специфічними труднощами, оскільки як проміжні ланки виступають адекватні і неадекватні звуки, які в українській мові не мають сенсоророзрізнявальної функції. В низці випадків такий проміжок для розвитку вимови звук-замінник, що наближається до потрібного звука за акустичним ефектом, починає набувати сенсоророзрізнявальної (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** – *k* і *k'*, **гаммацизм** – *z* і *z'*, **хітизм** – *x* 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 *z* і *k* 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 *p* і *p'*, *l* і *l'*: 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 дислалій, а не розподіл на різні форми, оскільки факти свідчать про те, що має йтися про ступінь сформованості вміння за того самого виду. Різний ступінь сформованості вміння може спостерігатися в кожній із описаних форм дислалій.

Порушення звуковимови в мовленні дитини можуть виявлятися по-різному:

- 1) звук відсутній: «ампа» (лапма), «акета» (ракета);
- 2) звук вимовляється спотворено, тобто замінюється звуком, відсутнім у фонетичній системі української мови: наприк-

лад, замість нормативного *p* вимовляється «горловий» або «бічний» *p*; замість нормативного *c* – міжзубний *c*;

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 *k* і *g* проривними передньоязиковими: «*диат*» – диван);

б) подібних за місцем артикуляції, однак різних за способом утворення (заміна фрикативного передньоязикового передньоязиковим проривним *t*: «*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 активнодіючим 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: язові (*p* і *л*), групи свистячих (*c*, *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 (*c*, *сь*, *з*, *зь*, *ц*) і шиплячих (*ш*, *ч*, *ж*, *щ*) звуків. Це один з найпоширеніших видів порушення вимови.

2. *Ротацизм* – недоліки вимови звуків *p* і *p'ь*.

3. *Ламбдацизм* – недоліки вимови звуків *л* і *л'ь*.

4. Вади вимови піднебінних звуків: *капацизм* – звуків *k* і *к'ь*; *гамацизм* – звуків *g* і *г'ь*; *хитизм* – звуків *x* і *х'ь*, *йотацизм* – 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 твер-

дими: наприклад, *д'ь-д*, *п'ь-п*, *р'ь-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 враховувати 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.

1.2.1. 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 широкорозпластаним 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.

1.2.2. 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 прийомами 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 логопедії 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 логопед пояснює і показує артикуляцію певного звука. При цьому увагу дитини звертають на рухи мовленнєвих органів, відчуття рукою характеру видихуваного повітряного потоку, вібрації голосових складок;

б) механічний спосіб – використання зондів, імпателів 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 використовувати 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 *ц* 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 положення, що було в разі вимовляння *с*, а по 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 вібрають.

Звуки *ш* – глухий, а *ж* – дзвінкий.

Звуки *ч* і *щ* за правильної артикуляції звук *ч* вимовляється *тьшь*.

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 вимовлення звука *щ* (*шьшь*) 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 *щ* завжди глухі.

3.3.1. 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, при-зубний, 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 вимовлення 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*.

У разі *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 кінчик язика впирається у верхні альвеоли, внаслідок чого бічні краї язика не змикаються з верхніми кутніми зубами – там утворюється щілина, через яку проходить повітряний потік (право-, ліво-бічний), двобічний.

Носовий сигматизм характеризується появою носового (назального) відтінку під час вимовлення свистячих і шиплячих, які замінюються звуком, подібним до *х* з назальним призвучком. 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 вимовлення 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 зак-

риває 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, поклати 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 язик у глибину рота. Повторити 10–15 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 напрямом.

«*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 й 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 опущений 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 (аффрикат);
- глухий;
- твердий.

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

- верхню;

- нижню (залежно від положення язика).

Губи під час вимовляння 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.

3.3.2. 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 треба 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 *са, со, су, си; ас, ос, ус, ис*.

Для відпрацювання звуку *з* потрібно звернути увагу дитини на роботу голосових зв'язок: дати їй можливість відчуття 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 звуку, 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 відчуття 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, й*), фіксуючи увагу дитини на положенні губ, язика, сильному холодному повітряному потоці.

Від йотованих звуків слід перейти до вимовлення м'якого *сь*. І далі закріплювати цей звук у співвідношенні: *яя-ся, єє-се, юю-сю*; в словах: *ся-сядь*.

Від м'якого звуку *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 роту 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 звуку *с* на ротовому видиху. Закріпивши відчуття потрібного повітряного потоку, кінчик язика фіксується за нижніми різцями.

5. У разі постановки звуку *ш* дитині пропонують тривало вимовляти звук *с* 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 звуку *ч* дитині пропонують кілька разів повторити склад *атъ* і одночасно шпателем або зондом піднімають передній край язика за верхні різці, губи злегка висунуті вперед.

У разі постановки звуку *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, вимовлення твердих і м'яких приголосних, піднебінних звуків.

Розділ 4

ДИЗАРТРИЧНІ ПОРУШЕННЯ

4.1. 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 (О.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 синкінезів;
- 5) порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;

б) 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 (слиновиділення), 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 тих 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 звуків у 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 нестійкість 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, а також у разі, коли питання поставлене не до конкретної дитини, а до її сусіда або до всього класу, тобто враховувати, що у цих 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 відрізняти 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 відчувають 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 той 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 обмеженішими. Порушення м'язового тону і збільшення обмеженості довільних рухів по-різному виникають у тих чи тих положеннях дитини: сидячи, лежачи, стоячи. Наприклад, коли дитина сидить, за різко підвищеного м'язового тону 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 роз-

ладами 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 з дизартріями притаманні швидка мовленнєва 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 амімічне 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 роз-

ширювати мережу спеціальних закладів, де проводять комплексне вивчення, лікування, розвиток, навчання і соціалізацію дітей з порушеннями опорно-рухового апарату.

Друга причина – це поліомієліт як епідемічне захворювання, що спричинює вибірккові ураження певних м'язових груп, перш за все 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 недозрілого 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 дитячого садка 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 (О.Мастюкова, М.Іпполітова та ін.) спрямовані на виявлення нозологічних¹ 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

¹ Нозологія – вчення про сутність окремих захворювань, що охоплює описання їхніх форм, характеру і ступеня вираженості рухових, мовленнєвих і психічних порушень.

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, 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 тощо), 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 вто-

ринно 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 того 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.

Переважаючою формою є псевдобульбарна дизартрія, яка характеризується різними порушеннями м'язового тону. 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 об-

меженістю 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 тону за типом еластичності (О.Мастюкова та ін.). Внаслідок такого порушення рухів (тобто напруженого стану всіх мовленневих 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 тону за типом еластичності в разі псевдобульбарної дизартрії спостерігаються також розлади м'язового тону 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 дзвінких приголосних звуків, глухий, тихий, монотонний, немодульований голос.

Парез м'язів м'якого піднебіння виявляється в його млявості 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 щільно 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 м'язових звуків.

Парез м'язів губ часто виявляється в згладженості носогубних складок (у 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 не-

однаково 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 порожнині 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 (неодночасність 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.Мартінова, 1972; Є.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 компенсованими. 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 над 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 резус-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, О.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 малюка 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 застуджувалися; дитячі інфекції мали тяжку форму, а саме: судомні напади на тлі високої температури, 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 невропатичне 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 (плач,

крик). У деяких дітей перші слова з'являлися наприкінці першого року життя. Однак збагачення словника і розвиток граматичної будови відбувалися 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 дитини².

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 псевдобульбарної дизартрії характерними є підвищена салівація, 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.

² Методику вивчення стану рухової і мовленнєворухової сфери див. у підрозділі 6.3. «Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями».

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 малозрозумим, 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 атонічно-астатичної форми ДЦП; порушення координації рухів, недорозвиненість реакції рівноваги.

Усі викладені форми дизартрій можуть поєднуватися з проявами загального мовленнєвого недорозвинення, з порушенням слуху.

4.2. 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, О.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 непостійний характер порушень слуху, слабкість слухової уваги, іноді – недостатність слухової пам'яті та труднощі локалізації звука 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, встановлено, 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: класифі-

кують 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 перенести 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 зі здоровими однолітками і дорослими та негативно позначаються на розвитку пізнавальної діяльності.

Виявлено характерну структуру ЗПР за кожної форми дизартрії. Зокрема, в разі псевдобульбарної форми ядром ЗПР є порушення формування вищих кіркових функцій, таких як просторові уявлення, оптико-просторовий гнозис, конструктивний праксис, 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 олігофреній у цих випадках може бути встановлений тільки в процесі динамічного спостереження під час проведення з дитиною лікувально-корекційної роботи.

4.3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями

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

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

– по-друге, допомогти логопеду достеменно описати ту чи ту 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 напрямку, 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 тонусу: стрибкоподібність наростання напруження від спроби до спроби; різкі сплески і падіння тонусу; збереження впродовж усього обстеження постійно підвищеного напруження, що було виявлено після першого повороту голови.

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

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

Аналіз характеру і швидкості рухів рук може виявити їх значну своєрідність, зумовлену парезами м'язів або різким підвищенням тонусу, поганою 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 незадані перехресні рухи рук, тобто утруднення у виборі раціонального напрямку руху рук, зумовлене нерівномірним розвитком їх і просторовими порушеннями.

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

Для вивчення стану мовленнєвомоторної сфери дитини логопед може використати спеціальну серію проб. Унаслідок її застосування 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.Ейдіновою 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, надути щоки, тобто виконати рухи, які дають можливість зробити висновки про стан нерва обличчя.

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

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

З метою глибокого вивчення можливостей вимовляння дитини можуть бути запропоновані для відображеної вимови слова, в структурі яких наявні збіги із 3–4 приголосних на кшталт: дитинство, спортсмен тощо.

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 нерухою нижньою щелепою.

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 кінстетичної 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 *a*;

– кінстетичну 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:

- а) напруженість усіх м'язів мовленнєвого апарату;
- б) слабкість, млявість м'язів артикуляційного апарату;
- в) руховий неспокій язика;
- г) асиметричні рухи язика, піднебіння;
- д) труднощі знаходження й утримання заданих положень язика;

е) труднощі знаходження заданих положень язика на основі його пасивних зміщень;

ж) порушення переключення рухів;

з) недиференційованість рухів язика в процесі вимовляння звуків;

и) порушення динамічної координації мовленнєвих рухів.

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

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

1. 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 тій просторовій площині одна щодо одної. Під час виконання цих проб можуть виявлятися труднощі утримування 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 захищують гвіздок), або смисловий (поманити пальцем до себе, поварити пальцем) жест. В останньому випадку виконання завдання істотно ускладнює необхідність підкоритися умовності ситуації.

Обстеження *мовленнєвого праксису* передбачає:

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

б) вивчення праксису мовленнєвого апарату, зокрема:

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

– виконання тієї самої дії за словесною інструкцією;

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

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

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

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

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

Для вивчення *оптичного (предметного) гнозису* використовують серію проб, що складається з трьох завдань:

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 обличчя

чям 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 назвати 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 позицій 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 (характеристики сили, точності, плавності, швидкості, співрозмірності, синхронності, симетричності, вільності артикуляційних рухів);

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

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

3. З позицій 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.

4.4. 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 ринологія.

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 на-

явних 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;

д) 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 самостійні 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 (О.Мастюкова, Р.Бабенкова, М.Іпполітова та ін.) покладено два взаємопов'язаних процеси:

1) *розвиток постуральних механізмів*. До них належать реакції випрямлення, рівноваги, захисту та інші пристосовувальні реакції;

2) *гальмування примітивних рефлекторних 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 загальної 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 ший,

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 еластичністю і тяжкістю порушень рухів немає прямої залежності. Тому потрібно критично ставитися до рекомендацій, обов'язково знижувати еластичність за допомогою спиртових блокад Тардье, оскільки вони не завжди значною мірою сприяють розвитку довільних рухів. Крім того, в спеціальній літературі (Р.Бабенкова, О.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'язовій 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 голо-**

ви. 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 тих 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 (О.Мастюкова та 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 ті 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 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 зворотню реакцію м'язів дитини і завчасно припиняти прийом, якщо м'язи починають дуже сильно стягуватися або з'являється далеке (в інших м'язах) підвищення тону.

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**. Створення правильного положення м'яза дає змогу знизити 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 образ 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 (О.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 *тактильно-пропріоцептивної стимуляції*. Для цього застосовують легеньке плескання по щоках, пощипувальні рухи по краях нижньої щелепи, загальне поглажування і пощипування губ, стимуляцію жувальних рухів, навчання дитини доволно закрити 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 голосотворенні, 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;

ж) 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 скоровок, співи.

Усю логопедичну роботу проводять на тлі медикаментозного лікування, фізіотерапії й лікувальної гімнастики;

з) робота з формування артикуляційної бази, дихання і голосу є необхідним 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 з дизартріями 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 звуки 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 по-

чати 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;

6) 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 доволіно керувати своїми мовленнєвими і скелетними м'язами, виховують у неї можливість рухів у певному режимі і темпі, доволіного припинення артикуляційного руху і переходу від одного руху на інший.

До системи логопедичних заходів входить не тільки розвиток у дітей 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. Провідним у роботі з усунення стертих форм дизартрії є питання, пов'язане з *принциповою відмінністю колекційного 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 утримування 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 певного 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 ав-

томатизації 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 розлитого 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 [с]) 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, уміння 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*, у такій послідовності:

- а) виділення звука за його артикуляційними (а не лише фонематичними) ознаками на фоні слова;
- б) зіставлення слів за визначеними артикулемами (а не фо-

немами). 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. Мішанина (1969), Є. 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 гриби; па-па-па – манна крупа*.

Увага дітей звернена на те, що у вимовлянні звуків *б, п* беруть участь губи, які міцно стискаються. Потім дитина вимовляє голосні *а, е*, склади і тексти з ними. При цьому роблять висновки, що під час вимовляння звуків *а, е* губи розімкнені.

Потім діти називають предмети, зображені на малюнках: *бочка, п-елікан, б-абуса, п-альто* та ін. і вказують, під час вимовляння яких слів губи на початку зімкнені, а за яких – розімк-

нені. 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 *ш* (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. Далі 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 розмішений 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 статиці 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.

Це повний обсяг роботи з розвитку тонкого диференціювання 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 використання 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) у дітей зі стертою дизартрією можуть бути успішно використані звукові варіанти, наближені до потрібного звука.

Закріплення правильної вимови звука поєднується з роботою з розвитку у дітей лексико-граматичної будови і зв'язного мовлення.

4.5. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП

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 командирів і виконавців 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, обриваються усі 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.

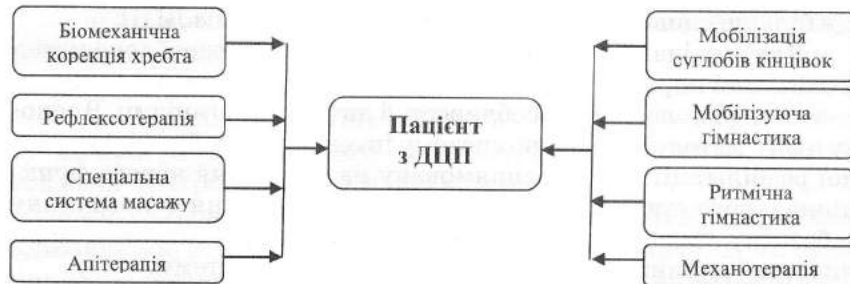
Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації складається з двох підсистем:

- 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. 4.1).



Мал. 4.1. 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 блокад хребто-рухових сегментів та відновлення нормальної рухомості суг-

лобів 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 блокад 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 заблокованих суглобів і досягнення «центрування» суглобової поверхні.

Упродовж курсу лікування інтенсивність проведення мобілізації поступово підвищують. За наявності показань застосовують мобілізацію скроне-нижньощелепних 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 перед-

бачає 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 методиках 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 передуюваних 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 їх 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 у 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 бджололжалювання. 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 бджололжалювання 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 бджолоїної 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 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 формування 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 докладати 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, на піврукавичок та 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.

4.6. 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 прогресуванню 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 під час 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 розробле-

но технологію нейротрансплантації у хворих з наслідками апалічного 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 тяжкими 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 вірусносійства, 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 премоторна зона лобової частки). Після розрізання твердої мозкової оболонки маленькі шматочки ембріональної мозкової тканини (2–3 мм³) кількістю 5–10 шт. спеціальним інструментом уводять 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 нейросенсibiliзації 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 у субарахноїдальному лікворі деталізують рівень розладу інтеграції функціональних структур мозку та об'єктивізують результати оперативного втручання, а також коригують повторні нейротрансплантації.

4.7. 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.Галіної та ін.), воно показано в разі: дитячого церебрального паралічу (ДЦП) на стадіях, що підлягають санаторному лікуванню; наслідків пологової травми; травм головного мозку в ранньому дитинстві; наслідків енцефалітів та менінгоенцефалітів; компенсованої гідроцефалії; усіх форм перинатальних церебральних 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, почали стихійно заповнювати діти, хворі на дитячий церебральний параліч. Терміново було створено концепцію реабілітації дітей з патологією нервової системи, у тому числі хворих 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: «Ампліпульс-ЗТ», «Віотрон», «Віон», «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 церебрості-
нальних синдромів – 0,1 г лідази в 30 мл буферного розчину;
активний електрод розміщують у шийно-грудному відділі, па-
сивний – у попереково-крижовому; струм 0,01 мА/см² з нарост-
анням до 0,05–0,1 мА/см² по 10 хв., на курс 15 процедур;

– прозерин 0,1% з плюсового електрода 0,01–0,1 мА/см² по
10 хв. 15 процедур;

– йодид калію 2–3% з мінусового електрода 0,01–0,1 мА/
см – 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 аку-
пунктуру і лазеропунктуру, подразнення пучком голок і
мікрохвильову резонансну терапію, електроakupунктуру і ма-
нуальну терапію.

Доза лазерного випромінювання за один сеанс не має пере-
вищувати 12 Дж/см² на точку акупунктури і 0,5 Дж/см² за кон-
тактно-сканувального методу в окремій зоні черепа.

У разі гіпопаретичної форми ДЦП дотримуються певних
особливостей: на стороні парезу в точках кінцівок діють по 20–
30 с на одну точку (1–2 Дж/см²), а на здоровій – по 10–20 с (0,5–
1 Дж/см²). 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, впли-
вають на зони голови (черепа) й аурикулярні точки.

Особливістю лазеротерапії в разі атонічно-астатичної (гіпо-
тонічно-атактичної) форми ДЦП є те, що на корпоральні точки
потрібно впливати невеликими дозами лазерного опромінюван-
ня – 0,2–1 Дж/см². 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 апа-

рати «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 про-
ведення 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 гемодинамі-
ки, як наслідок, поліпшується функціональний стан централь-
ної 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. Розши-
рення рухових можливостей дитини позитивно впливає на фун-
кціональний стан вищих кіркових функцій: поліпшуються
мовлення, стан когнітивної і емоційно-вольової сфери.

При цьому поліпшуються функції серцево-судинної систе-
ми, 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 встанов-
лено, що у хворих на ДЦП із нейроендокринною патологією і з
вегетативними дисфункціями (що становить не менш як 25%
усіх хворих) доцільно використовувати щадні методики грязе-
лікування, з тренувальним ефектом (поступовий перехід від
нижчої температури грязьової аплікації до вищої, від більш
короткої експозиції до тривалішої в разі «розтягнутого» засто-
сування процедур). Це саме стосується і грязелікування хво-
рих на тяжкі форми ДЦП, детренованих тривалою нерухоміс-
тю, 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. Найвність цих розладів потребує проведення «вступних» процедур і деякої відстрочки початку грязьових аплікацій.

У разі призначення грязелікування дітям раннього (1,5–3 роки) віку, незалежно від форми і тяжкості захворювання, температура грязьової аплікації не має перевищувати 38–39°C, 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 пелоїдотерапії, 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.

Методи 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. Допомога логопеда-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.

Методи 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.

Розділ 5

РИНОЛАЛІЯ

5.1. Історія вивчення ринолалії

Термін «ринолалія» (від грец. *ῥίνας* – ніс, *λαλία* – 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.Зеєман), «механічна дислалія» (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. *νασοῦς* – 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 (ВНГП) – 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 ефекту 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 втручанням. Стає загальновідомим твердження про те, що сама по собі уранопластика (від грец. *οὐρανίσκος* – 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 зі збереженням нормального розвитку їхніх функцій. Відновлення мовленнєвої функції, на його думку, мають передбачати інші додаткові методи лікування і виховання – фізіотерапія, ортодонтія, 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 ефективнішого 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 логотерапевтичної 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 логотерапевтичної 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. Логотерапевтичні заходи обов'язково передбачали спочатку активне застосування електро- і вібромасажу з поступовим введенням 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 ХХ 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 починали 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.Алмазова та інші, які також використовували фоніатричний (від грец. φωνή – голос, звук + ιατρεία – 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 звуку) 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.Єрмакова (1984), Т.Волосовець (1995) та інші розробляли власні підходи, удосконалювали 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 спираліся на спорадичні дослідження окремих авторів по регіонах (Є.Ширяк, Одеса, 1908–1928; М.Дубов, Київ, 1960; Г.Семенченко зі

співавт., Одеса, 1977). Перші науково обґрунтовані 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 міжобласні 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 незрощенням губи та піднебіння, відповідно у 2001 р. кількість народжених становила 376 478, а дітей із незрощеннями було 415; у 2002 р. – 430; у 2003 р. із 408 589 новонароджених 444 мали незрощення, у 2004 р. – 397 (Л.Яковенко, 2004). Серед них п'яту частину становлять хворі з двобічними незрощеннями 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 незрощеннями 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 незрощень двобічні спостерігали у 11% дітей. За даними МОЗ Російської Федерації за 2001 р., на 10 000 новонароджених припадає 31,9 дитини з незрощенням 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.

Незрощення губи та піднебіння посідає друге місце (після серцево-судинних) серед усіх природжених вад організму. Однобічні незрощення верхньої губи та піднебіння розвиваються у 6 разів частіше, ніж двобічні (N.Wantia, 2002). Із вродженими незрошеннями губи і піднебіння частіше народжуються хлопчики (60%), ніж дівчатка (40%). При цьому у хлопчиків частіше спостерігаються незрощення верхньої губи і піднебіння, у дівчаток – ізольовані незрощення піднебіння або тяжкі форми поєднаних незрощень (N.Wantia). Помічено расові та етнічні відмінності у розвитку орофациальних незрощень. Так, висока частота незрощень 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.Бурдьє, В.Бадмаєва, Л.Болховітінова, П.Светлов, О.Давиденкова, В.Месіна, Л.Корочкін, О.Гудан, Freund, Talmant, Rival зі співавт., Fraser, Curtis, Bhatia та ін.).

Враховуючи дані багаторічних досліджень з вивчення причин вроджених незрощень верхньої губи і піднебіння (ВНВП), не викликають сумніву висновки про мультифакторність виникнення цієї тяжкої вади розвитку. Проте здебільшого (59%)

простежувати наявні причини ВНВП 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 ВНВП 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 ВНВП 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, необґрунтована 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 ВНВП. «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, інклюзійні 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 В₉).

Слід зазначити, що віковий чинник є одним з важливих, що спричинюють ВНВП. 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).

Незрощення губи і піднебіння становлять 86,9% усіх вроджених вад розвитку обличчя. Майже кожне п'яте типове незрощення 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 незрощенням губи та піднебіння збільшується в 1,38 рази (О.Гудан, 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 незрощенням губи і піднебіння завжди переважають хлопчики: їх народжується в 4 рази більше, ніж дівчаток. У дівчаток трапляються зазвичай тяжчі форми вад. Здебільшого незрощення губи і піднебіння не є ізольованою вадюю у дитини. Виявлення додаткових фенотипової чи морфологічних змін свідчить про наявність синдрому. Якщо в 1970 р. налічувалося 15 синдромів, до фенотипової картини яких належали незрощення, то в 1972 р. були описані вже 72 синдроми, у 1976 р. – 117, у 2000 р. – більш ніж 150 синдромів з орофациальним незрощенням (О.Лильїн, Є.Богомазов, Б.Гофман-Кадошников).

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

Ще на початку ХХ ст. було виявлено, що успадкування різних видів незрощень 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 незрощення губи з (або без) незрощенням піднебіння та ізольовані незрощення піднебіння є принципово різними станами.

Запідозрити спадковий характер незрощення 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 незрощень в одному роду ще не є прямим доказом спадковості вади, а наявність незрощення тільки у пробанда (хворий або носій ознаки) не виключає спадковості його природи.

Спадково зумовлені незрощення 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:

а) ізольовані незрощення губи/піднебіння за відсутності природжених вад або аномалій розвитку інших органів і систем. Моногенна спадковість стосується тільки незрощень губи і/або піднебіння;

б) синдроми множинних вроджених вад розвитку (МВВР), коли незрощення губи/піднебіння є тільки однією складовою синдрому. Моногенний варіант спадковості стосується всього синдрому загалом. На 2000 р. було описано більше ніж 350 моногенних синдромів з незрощеннями 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 ВНВП може виникнути як у разі передавання мутантного гена від батьків, які мають незрощення губи і піднебіння, так і внаслідок виникнення спорадичної мутації в статевих клітинах одного з батьків. Однак в обох випадках ризик для нащадків дитини з незрощенням становить 50%. В минулому, коли незрощення 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 аутомно-домінантними синдромами, що вступають у шлюб і передають мутантний ген своїм дітям.

У разі аутомно-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 Х-зчеплені мутації, за яких жінка є неуразеним носієм мутантного гена. В цьому разі в родоводі відповідні вади виявляють у чоловіків. За Х-зчепленого доміантного 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 незрошення губи і піднебіння, проте частота виникнення незрошення 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 незрошень губи і/або піднебіння з вродженими вадами інших органів і систем;
- 2) поєднання незрошення 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.

Незрошення, пов'язані із впливом середовища, виступають як один з проявів ембріопатії (певний вид вади розвитку) або фенотатії (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.

Незрошення мультифакторної природи. Мультифакторна природа незрошень 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 незрошень 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 – «поріг»). Загальний ефект генів, що зумовлюють виникнення незрощень 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 незрощення губи і піднебіння мультифакторної природи різна, тоді як за моногенних форм цей показник у чоловіків і жінок однаковий. У разі мультифакторних незрощень губи і піднебіння у батьків можуть бути виявлені мікроознаки – прояв дії аномальних генів.

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

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

Аналіз зазначених мікроознак свідчить про можливі розмежування генетичної етіології незрощення губи і незрощення піднебіння, оскільки для незрощення губи притаманні такі мікроознаки, як прогнатія, девіація осі носа, а для незрощення 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 незрощень губи і піднебіння, дало змогу поділити їх за етіологічними ознаками на п'ять груп (Н.Горовенко, 2005):

- 1) природжені незрощення моногенної природи;
- 2) ВНГП у складі моногенного синдрому (аутосомно-домінантного, аутосомно-рецесивного, X-зчепленого);
- 3) ВНГП у складі хромосомного синдрому;
- 4) ВНГП, зумовлені негативним впливом зовнішнього середовища;

5) природжені незрощення губи і піднебіння мультифакторної природи.

Важливим досягненням сучасної медичної генетики можна вважати відкриття у 1991 р. британськими вченими гена, аберація якого може провокувати незрощення губи і піднебіння. Це відкриття сприяє поліпшенню діагностики і лікування цього захворювання. Дослідники Імперського коледжу Лондона встановили, що хвороба спричинена змінами в гені *ТВХ 22*, розміщеного на X-хромосомі. Відкриття було зроблено за допомогою 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 тижнів ембріогенезу, зокрема, 5–6 тижнів для незрощень обличчя, 7–8 тижнів – 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 незрошень 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 незрошення губи і піднебіння виявляються у поєднанні зі 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 незрошень верхньої губи та піднебіння, неможливість проводити первинну профілактику (і навіть не завжди вторинну), наявність змін гомеостазу організму такої дитини, супутніх захворювань, порушень основних функцій (годування, дихання, ковтання, мовлення) зумовлюють потребу у комплексному підході до її медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації.

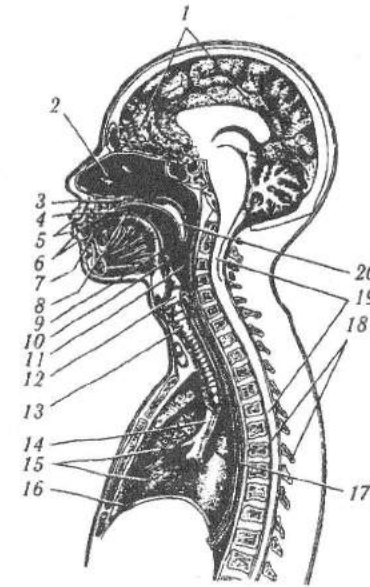
Реабілітація хворих із природженими незрошеннями губи та піднебіння передбачає виконання як комплексних своєчасних етапних заходів, що проводяться в умовах спеціалізованих клінік висококваліфікованою командою фахівців, так і науково обґрунтованої логопедичної і психокорекційної допомоги.

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-моз-

кових 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.

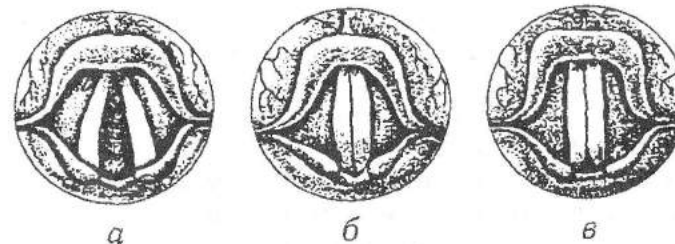
Через порушення фізіологічного дихання у дітей з ринолалією глибоко страждає фонаційне дихання. Замість мовлення на видиху, що є природним, діти з ВНГП говорять, дихаючи одночасно ротом і носом на тлі винятково ключичного типу фізіологічного дихання (замість нижньореберного). На видиху значний об'єм 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 (голововий) 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 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 потраплянню в гортань їжі і слини. У порожнині гортані розміщені 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 розміщені зв'язки зі слизової оболонки, які ще називають псевдоголосовими. Вони не беруть участі 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.



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

Під час фізіологічного дихання і вимовляння 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 цитоподібний 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 зближаються (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 спричиняють 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.

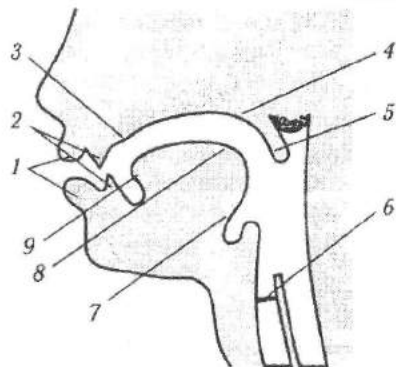
Саме носова порожнина в основному забезпечує індивідуальне забарвлення голосу, його неповторність, а порушення її анатомо-функціональної цілісності породжує гугнявість і неприродність звучання. Розрізняють зовнішній ніс, власне порожнину носа і додаткові пазухи, що з'єднуються з порожниною носа за допомогою вузьких отворів. Порожнина носа розмі-

щена 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 передня 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 додатковими пазухами носа. В нижньому носовому ході є отвір слъозно-носового каналу. Додаткових 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, 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 довгими, 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).



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

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 (*i, u, y*) 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 артикулам 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 розмежовує порожнину 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 вростанням 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 ростральною частиною носової перегородки, яка утворюється з лобової опуклості. Таким чином формується міжверхньощелепний сегмент, тобто тканини первинного піднебіння. Він складається із губного (пролябіум), верхньощелепного (премаксил) та піднебінного (передній відділ твердого піднебіння до різцевого отвору) компонентів (мал. 5.4).

Вторинне піднебіння формується з двох паличкоподібних відростків, або піднебінних пластинок верхньощелепної опук-

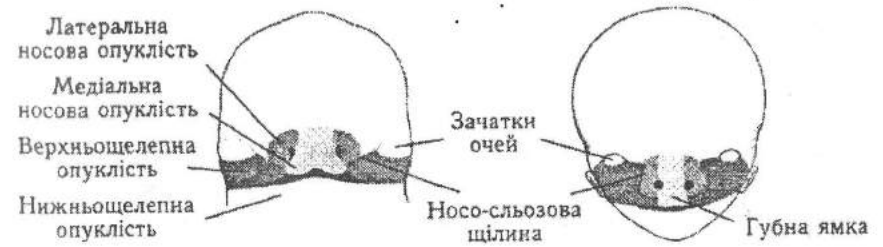
лості. Вони з'являються на 6-му тижні, а на 7-му починають зливатися одна з одною у горизонтальному положенні над язиком, і до 10 тижнів цей процес завершується. При цьому спереду піднебінні пластинки з'єднуються із піднебінним компонентом міжверхньощелепного сегмента, а внутрішньо – із носовою перегородкою, 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 (а); 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).

Розвиток 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 допереду та донизу, 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 зона 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'єднані 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 незрощених піднебінних пластинок.

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

Природжені незрощення верхньої губи:
однобічні (право- і ліво-);
двобічні (симетричні і несиметричні);
серединні (приблизно 1%).

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

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

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

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

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

У разі *повного незрощення* 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 незрощення* великий фрагмент – правий, менший – лівий, лівобічного – навпаки.

Двобічне незрощення 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 серединне незрощення верхньої губи

Оперативне втручання на губі – хейлопластика, або хейло-ринопластика 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 *посднаними* (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.



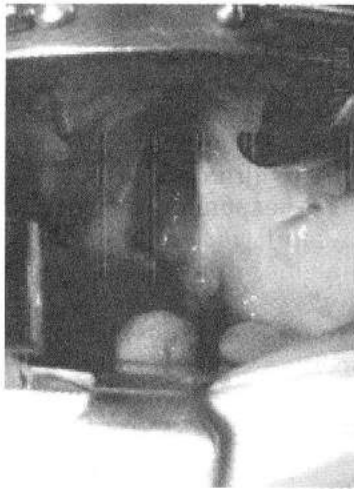
Мал. 5.9. Лівобічне наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння



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

У разі 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



Мал. 5.12. Двобічне неповне незрощення верхньої губи і піднебіння

За умови необтяженого стану здоров'я ізольовані незрощення піднебіння долають у віці 12–18 міс.; односторонні – 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

– двох бічних і серединного, представленого міжщелепною кісткою і лемешем.

Оперативне втручання на піднебінні – ураностафілопластика також залежить від виду незрощення і соматичного стану дитини.

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



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 мимічних 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 мимічних м'язів навколо порожнини рота у новонароджених та навіть оригінальну схему дії окремих груп мимічних м'язів у разі односторонніх 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 функція антагоністів колового м'яза. Вони розтягують убік незрощені частини верхньої губи, при цьому кут рота та основа крила носа відтягуються догори і зміщуються 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 незрощення ситуація по-

гіршується ще більшим дефіцитом м'язів, їх патологічним прикріпленням. Рівнодія сил незрощених 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 незрощених 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, а також 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 в тому, 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 також 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 (велофарингіального) 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 валдик 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, недорозвинення 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 ротову і носову порожнини, порушуючи тембр голосу і чіткість звуковимови.

У разі ринолалії в ротівій 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 зми-

кання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, внаслідок чого голосовидихуваний струмін 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: закриту; відкриту і змішану і за етіологічними показниками 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, н'*). 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 аденонічних розрощень або носоглоткових поліпів унаслідок фібро-

ми 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 фонема *м, н, 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 (видалення 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 незрощень м'якого та твердого підне-

біння, закороткого м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння *uvula*, субмукозної (прихованої) щілини; б) парезів і паралічів м'якого піднебіння в разі ураження язиковоглоткового 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 наслідкуванням назального мовлення.

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 незрощення 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, спинимося 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 м'язових 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 – нерозривання піднебіння призводить до функціонального порушення праксису артикуляційного апарату.

5.6. Характеристика мовлення дитини з ВНГП

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. Найтиповіші 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 (Т.Воловцев, 1995).

У дітей з ВНГП 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 ВНГП (О.Мануйлов, Л.Деребалюк, 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 ротовим 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. Вібранти *р* (*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. У разі ринолалії страждає дзвінкість приголосних, спостерігається оглушення дзвінків 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 фонем 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 смислорозрізняльну 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 вагою 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 пи-

семного 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 ринолалією

5.7.1. 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 низку соматичних розладів, що призводять до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму (А.Лімберг, 1933; М.Дубов, 1960; В.Булатовська, Н.Кузнецова, 1971; Л.Харьков, 1980; Ю.Бернадський, 1985; R.V.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, за даними 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 зі здоровими дітьми у 15,5 разів частіше трапляються супутні вроджені вади. Крім того, у них спостерігається порушення з боку серцево-судинної і нервової систем, лужно-кислотної рівноваги (Т.Селезьнова). 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, пієло-нефрити, 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 у дітей з незрощеннями 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 (J.Sokolovski, 1976; Д.Мінісаєв, 1980) свідчить про істотні порушення соматичного розвитку дітей з незрощеннями 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.Деребалюк 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 незрощення губи і піднебіння, є постійним джерелом інтоксикації дитячого організму. Так, за даними 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. У дітей 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.

5.7.2. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією

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

Вроджені незрощення губи та піднебіння часто поєднуються з іншими вадами розвитку, а також з органічними ураженнями центральної нервової системи, що виявляється в розумовій відсталості того чи того 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 багатоетапністю лікування. 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, астеничний 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 незроценнями губи і піднебіння (В.Муштинський, 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 співавтором (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 незроценнями: гіпостенічний (млявість, 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 незроценнями 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 Ж.Науп, вказує, що здебільшого у дітей з незроценнями піднебіння інтелект розвинений нормально.

За даними Ж.Тобіасен (1984), діти з вадами обличчя часто викликають у дорослих і однолітків негативні емоції, у зв'язку з чим порушується стереотип контакту. Доведено, що непроперовані діти на момент початку навчання в школі розвинені значно гірше, ніж проперовані 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 незроценнями 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 незроценням 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 незроценнями 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 різноманітна група: діти з нормальним психічним розвитком; діти із затримкою психічного розвитку (ЗПР); діти з порушеннями розумового розвитку різного ступеня.

Серед хворих із вторинною вадою 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 незрощення 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 незрощеннями піднебіння, зрідка – серед дітей з рубцевою деформацією верхньої губи і носа після хейлопластики. Це свідчить про зменшення кількості дітей із ЗПР 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, як і 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. Природжені 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 хлопчики демонструють більше прагнення до досягнення, прикладання зусиль на шляху до мети, професійну й особистісну амбіційність.

Важливим результатом гендерних 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, не-

залежність 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 другого – 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 незрощенням губи та піднебіння виявляється якістю взаємодії із соціумом і контекстом, особливо 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 тощо.

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 у 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 урахувувати, що цю систему розробляли у 1980-ті роки, коли строки оперативного втручання були більш пізніми, тобто фізіологічна й особистісна готовність дитини до спільної роботи була краще сформованою. Враховуючи це, логопеди визначають методикю 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 м'язовій 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 вдиху – 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 *й*). 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: *п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж*. З.Нелюбова: *п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. Тобто зазначені автори починали постановку приголосних зі проривних (*п, б*) і передньоязикових (*т, д, н*). 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 *з* (оскільки дитина вже може показати холодний струмінь повітря). Спираючись на короткий, відривчастий *ф* відбувається змикання і утворюється звук *п*, 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 у дітей 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 *e*, на думку автора методики, дають змогу застосувати їх для розвитку рухливості сегментів м'якого піднебіння. Вправи з цими голосними слід починати з першого заняття, повертаючи 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 «ізолювані» 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 ізолюваних, виявляти наявність звука в слові, визначати місце звука в слові і правильність його вимови, розрізняти 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 інтервокальній 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, г, 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.

На думку Л.Вансовської (1977), роботу з усунення назалізації слід починати не з традиційного звука *a*, а з голосних переднього ряду *i* та *e* (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 *i* «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 напруженням 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 1960-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.Фомічова та ін.), деякими прийомами вокальних методик (Є.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 1970-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 1980-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, анато-

мо-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 кінестетичного, слухового, зорового апарату;

– використання фізіологічного дихання з метою перевищення 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 у дітей 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 напашаруванням. Це стає можливим за умов 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 на-

самперед 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 комплексу лікувальних заходів певною мірою можна розглядати як первинно профілактичні, оскільки їх метою є максимальне запобігання тим можливим відхиленням у розвитку, які спричинені самим фактом незрошення. 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 цієї метою вже з перших днів життя дитину не треба

класти на спину, що провокує западання язика назад. Рекомендується вкладати 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 – сформувати 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 *a-a-a* з висунутим язиком. За допомогою запитань «Як ми гріємо ручки?» демонструють видих на руки *x-x-x...*, «Що так пахне?» – відпрацьовують вдих через ніс, видих ротовий тощо. Можна придумати низку інших вправ, щоб привчити дитину видихати ротом, переміщуючи 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, складаючи певний зміст у 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, починаю-

чи 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 в 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 звукової мови. Турботою про це треба перейматися з раннього віку. Спочатку застосовують пасивні рухи (дитина повинна зібрати губи в трубочку, розтягнути їх у 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).

Як у ранній післяопераційній, так і віддаленій післяопераційній періоди логопед і батьки мають продовжувати роботу для досягнення рухомості, пластичності верхньої губи, систематично 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-вимищової 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». Масажні 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 гуління, 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 домовленневого розвитку дитини з ВНГП, логопед разом з батьками продовжують роботу з розвитку мовлення і запобігання ускладненням. У цей час по-

трібно підготувати м'яке піднебіння до піднебінно-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-вимищової.

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.

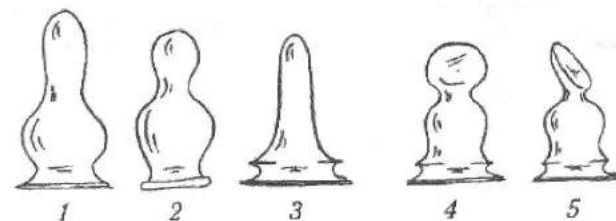
Первинна профілактика мовленнєвих порушень за ВНГП не буде повноцінною й ефективною, якщо не будуть відновлені анатомічні і функціональні можливості органів, що забезпечують мовленнєвий акт. З цієї точки зору насамперед слід вирішити проблему годування дитини.

Природне вигодовування новонародженого зміцнює смоктальний рефлекс, що формується в онтогенезі досить рано. Його ознаки виявляються у плоду вже з 13 тижнів. На 21–24-му тижні смоктальний рефлекс набуває характеру координованої реакції. На момент народження дитина здатна здійснювати активні смоктальні рухи. Формуються вони внаслідок подразнення губ, після чого еферентні імпульси від центру смоктання проводяться 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 повітроносні 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 незрощенням 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 вагою губи та піднебіння, є вибір способу вигодовування.

На жаль, через недостатню інформацію або незнання цього питання неонатологами останні годування дитини в основному здійснюють 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 незрощеннями 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 незрощенням 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. *лат. obturo, obturatom* – 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.



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

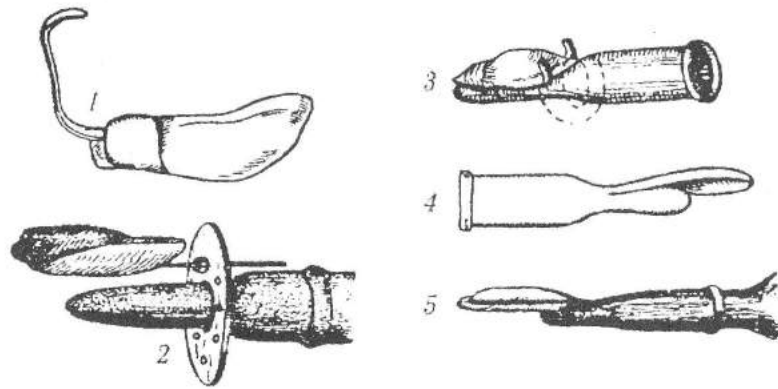
- 1, 3 – звичайні соски із подовженим соском;
- 2, 4 – звичайні соски із коротким соском;
- 5 – соска з коротким пласким соском

Це зумовлено тим, що в такому разі пружність соски і тиск, який виникає під час ссання, є тими силами, які тиснуть на

незрошені 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 незрошеннями губи та піднебіння вважаються вкрай небажаними, протипоказаними.

Проблема щодо вигодовування таких дітей визначається потребою у застосуванні додаткових пристроїв. Вже понад 100 років використовують пластинку – обтуратор, що ізолює порожнину рота від порожнини носа (мал. 5.14).



Мал. 5.14. Види обтураторів:

- 1 – обтуратор Brophy; 2 – обтуратор-ріжок Warnekros;
3 – обтуратор-ріжок Martin; 4 – обтуратор-ріжок Sanvereno-Rosselli; 5 – обтуратор-ріжок Пергамента

Так, Т. 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. Обтуратор Sanvehero-Rosselli складається з плоского 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 – обтуратори Warnekros'a, Martin'a, Sanvereno-Rosselli, Пергамента тощо). Обтуратори, що використовують лише під час годування, створюють усі ті переваги у розвитку тканин орофациальної ділянки, які забезпечує функціями 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 незрошених фрагментів та розподіляти тиск на них, запобігати розширенню останніх і стимулювати їх ріст. Тому він є найоптимальнішим для використання у разі вигодовування малюка із незрошенням 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% – за даними Донецького міжобласного центру).

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

Запобігаючи розвитку вторинних деформацій верхньої щелепи до хейлопластики 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 незрощені 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 незрощеннями 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, голо-

соутворювальна, 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 другого – індивідуальним 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, закорткій 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 по-

дальшої 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, хворобливість такої дитини потребують ретельного обстеження її лікарем-педіатром.

Природжені вади обличчя і косметичні вади після ураження стафілопластики 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 такому 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 пси-

хічних 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 другого – 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 зі станом звуковимови, фонематичного слуху тощо. При цьому слід пам'ятати, що труднощі 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 логопе-

да. 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:

І. 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.

II. 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.

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

16. Ранній мовленнєвий розвиток (особливості гуління (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 4 років.

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

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

III. Обстеження педіатра

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

IV. Обстеження отоларинголога

Для логопеда важливо отримати висновок лікаря-отоларинголога про стан:

- а) слухової функції (рівень зниження слуху);
- б) носової порожнини (чи є викривлення носової перегородки, наявність поліпів, стан носових ходів тощо);
- в) носоглотки (хоан, аденоїдів);
- г) піднебінних мигдаликів у ротоглотці;
- д) голосових зв'язок, характер змикання їх тощо.

Ці дані є важливими для планування і реалізації логопедії, 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; стан 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 obturatorом, 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 ЛФК та 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 мікроглосія, закоротка під'язикова вуздечка та ін.).

Функції:

а) рухомість м'якого піднебіння;

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

в) рухомість губ;

г) положення і рухомість язика (його спинки, кореня і кінчика); рухомість нижньої щелепи;

д) стан 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 ізолюваних рухів, серії рухів, рухів за наслідуванням, за словесною 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 параметрам 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, хриплий, глухий, дзвінкий, металічний, різкий, з назальним

відтінком тощо (обов'язково звертають увагу на ступінь назалізації під час ізолюваного 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 *звукослідування*;

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

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

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

г) *обстеження стану фонематичного сприймання* є обов'язковим, навіть якщо у дитини з ринолалією немає порушень

фізичного слуху. Для цього звуки диференціюють попарно (тверді-м'які, глухі-дзвінкі, свистячі-шиплячі, сонори) у спеціальних логопедичних завданнях і вправах. Визначають характер труднощів фонематичного уявлення і сприймання, простежують зв'язок фонематичних проблем з порушеннями звуковимовної сторони мовлення;

д) *стан звукового аналізу і синтезу слова*. Залежно від віку дитині пропонують завдання на визначення місця голосного або приголосного звука в слові, загальної кількості звуків та їх послідовності у слові, впізнавання слова за названими звуками тощо.

6. Стан лексики і граматичної будови імпресивного мовлення:

а) *пасивний словник* – відмічають обсяг словника, точність розуміння значень слів (показати за словесною інструкцією логопеда предмети, частини тіла, вибрати предметні картинки тощо), розуміння дій (показати на картинках, де дівчинка спить, біжить, грається, їсть, малює тощо) та узагальнювальних слів (з 3 років – вибрати предмети або картинки за темами: «Іграшки», «Посуд», «Меблі», виконання доручень за словесною інструкцією «Дай мені ляльку», «Погодуй свою ляльку», «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: ручкою олівець і ручку олівцем; картинка, 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 нарівні 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, сосяк – 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 незрошеннями 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 тощо.

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 при-

хованими 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 (лат. *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 тих методів і прийомів логопедичної роботи.

Рентгенотомографія. 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 відкривання 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 відкривання 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 артикуляційні 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, що 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.

Спірометрия. 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 ринолалією 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, методи 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.

Розділ 6

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 особливий – фонематичний слух.

Фонематичний слух і фонематичне сприймання – це тонкий систематичний слух, що дозволяє розрізняти і впізнавати фонему 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 відрізняти 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 *a, o*) по-різному вимовляють дорослі і діти, чоловіки і жінки. Кожна людина має індивідуальні особливості вимовляння 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 оболонки 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 в мовленні людей, що оточують її, це можливо завдяки наявності фонематичного слуху і фонематичного сприймання.

Фонематичне сприймання – це здатність розрізняти фонему і визначати 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 у середині слова?

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

6.1. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини

Мовлення дітей з ФФН характеризується неправильною вимовою звуків: пропусками, спотвореннями, замінами. Найтипівішими 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, «*корова*» – корова і т.д. В низці випадків дитина може правильно вимовляти ізольований (окремиий) звук, а в самотійному 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 при відносно сформованій вимові 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 порядок 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 у середину 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 фонем 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 схарактеризувати можливі особливості в перебігу вищих психічних функцій у дітей з ФФН:

– увага у таких дітей може бути нестійкою, нестабільною і вичерпуватися, а також слабко сформованою довільною, коли дитині важко зосередитись на одному предметі і за спеціальним завданням переключитися 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 мисленневих операцій: поряд з переважанням наочно-образного мислення у дітей можуть виникати в розумінні абстрактних понять і відношень. Швидкість перебігу мисленневих 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 схарактеризувати 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;

– 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.

6.2. Організація роботи в групах для дітей з ФФН

Згідно з Типовим положенням визначені 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, розробленою 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 сформувати вміння ділити слово 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 грамоти.

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;
- підгрупові – 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, ау, іе, і, п, пь, т, к, кь, птк, х, хь, ль, йот, і-и, с, сь, з-зь, сь-зь, ц, б-п, ш-ж, с-ш, з-ж, л, р, ль-рь, ль, л-р-ль-рь, ч, щ, ч-щ.*

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

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

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

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

Крім того, логопед організує оформлення тематичних виставок і стендів для батьків, не менш 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, але й грамотно координувати з ним рішення 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 7

ЗАГАЛЬНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ

7.1. Поняття про загальне недорозвинення мовлення

В сучасній логопедії термін «недорозвинення мовлення» використовується для позначення якісно більш низького рівня сформованості тої чи тої мовленнєвої функції або мовленнєвої системи в цілому. Недорозвинення мовлення, як зазначає О.Корнєв, не є самостійною нозологічною одиницею у медичному смислі цього поняття, цілісним однорідним розладом із єдиним патогенезом та механізмами. Зазвичай це сукупність декількох синдромів, які відрізняються за механізмами.

Під загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) у дітей із нормальним слухом і первинно збереженим інтелектом розуміють таку форму мовленнєвої аномалії, при якій порушено формування усіх компонентів мовленнєвої системи, які відносяться як до звукової, так і до смислової сторони мовлення³.

При цьому найсуттєвіші недоліки виявляються під час засвоєння і використання дітьми цієї категорії лексики та граматики рідної мови (Г.Жаренкова, Р.Лалаєва, Р.Левіна, В.Орфінська, Є.Соботович, Л.Спірова, Л.Трофименко, Т.Філічева, Г.Чіркїна та інші).

³ Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е.Левинной. – М.: Просвещение, 1968. – С. 67.

Поняття загального недорозвинення мовлення базується на прогресивній думці про можливість єдиного педагогічного підходу до різномірних за своєю етіологією виявленням недорозвиненості мовлення у дітей, виходячи з конкретного стану мовного розвитку дитини.

ЗНМ може спостерігатися при найбільш складних формах дитячої мовленнєвої патології: алалії, афазії, а також ринолалії, дизартрії – у тих випадках, коли виявляється одночасно недостатність словникового запасу, граматичної будови і фонетико-фонематичного розвитку.

У дітей, які мають порушення інтелекту, слуху, зору, недорозвинення мовлення має вторинний характер, або виступає як другий первинний самостійний дефект (наприклад, у дітей із інтелектуальною недостатністю та алалією).

Вперше теоретичне обґрунтування ЗНМ було сформульовано в результаті багатоаспектних досліджень різних форм мовленнєвої патології у дітей дошкільного та шкільного віку, які були проведені професором Р.Левіною та співробітниками НДІ дефектології (Г.Каше, Г.Жаренкова, Н.Нікашина, Л.Спірова та інші) у 50–60 роках минулого сторіччя.

Недорозвинення мовлення має різне походження і відповідно різну структуру аномальних виявлень. Але у всіх дітей із ЗНМ є типові відхилення, які вказують на системне порушення мовленнєвої діяльності. Вони обумовлені несформованістю або розладом на ранніх етапах онтогенезу власне мовленнєвих психологічних і фізіологічних механізмів при первинно збереженому слухові та інтелекті. Однією з провідних ознак є пізній початок мовлення, при якому перші слова з'являються у 3–4 роки, а іноді і після 5-ти років. Мовлення таких дітей малозрозуміле, спостерігається недостатня мовленнєва активність, яка без спеціального навчання поступово значно знижується. Усе розмаїття мовленнєвого недорозвинення умовно представлене у рівнях: від повної відсутності мовлення або белькоту до розгорнутого мовлення, але з елементами фонетичного та лексико-граматичного недорозвинення. Виявлення таких типових відхилень у смисловій та вимовній стороні мовлення дітей різних клінічних категорій дозволило на основі психолого-педагогіч-

ної класифікації мовленнєвих вад об'єднувати їх у групи з метою спільної корекційно-логопедичної роботи.

7.2. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення

ЗНМ із точки зору причинності і механізмів вивчалось багатьма дослідниками (Г.Жаренкова, Н.Жукова, Р.Левіна, О.Лурія, О.Мастюкова, О.Корнев, Є.Соботович, В.Тищенко, Т.Філічева та інші). Але і на сьогодні механізми відхилень недорозвинення мовлення залишаються недостатньо вивченою проблемою.

До загального недорозвинення мовлення призводять різні несприятливі впливи як у внутрішньоутробному розвитку, так і під час пологів (родова травма, асфіксія), а також у перші роки життя дитини.

Характер аномалії розвитку мозку в цілому в значному ступені залежить від часу ураження. Найбільш тяжкі ураження мозку (його кіркових та підкіркових структур) під впливом різних шкідливих факторів зазвичай виникають у періоді раннього ембріогенезу, на 3–4-му місяці внутрішньоутробного життя.

Найбільш частими причинами, що зумовлюють ці ушкодження є інфекції або інтоксикації матері під час вагітності, токсикози, пологова травма, асфіксія, несумісність крові матері і плоду за резус-фактором або груповою належністю крові, захворювання центральної нервової системи (нейроінфекції) і травми мозку у перші роки життя дитини. До порушень психофізичного розвитку дитини може призвести вживання під час вагітності алкоголю, нікотину, наркотичних засобів. У таких дітей ЗНМ поєднується із синдромом рухової розгальмованості, афективної збудливості, вкрай низької розумової працездатності.

Внаслідок мовленнєворухових порушень, пов'язаних із органічним ураженням або недорозвиненням певних відділів ЦНС, виникають недоліки вимови, виражені у різному ступені, а також труднощі сприймання звуків. Порушення взаємодії між слуховим і мовленнєворуховим аналізатором призводить до

недостатнього оволодіння звуковим складом слова, а це гальмує накопичення словникового запасу, формування граматичної будови мови, опанування письмом та читанням.

Як причину ЗНМ визначають і слабкість акустико-гностичних процесів. У цих випадках при збереженому слухові спостерігається знижена здібність до сприймання мовленнєвих звуків. Прямий результат порушення слухового сприймання – недостатнє розрізнення акустичних ознак, характерних для кожної фонемі, вторинно при цьому страждає вимова звуків і відтворення структури слова.

Велика роль у виникненні мовленнєвих порушень належить генетичним факторам. У цих випадках мовленнєвий дефект може виникнути під впливом навіть незначних несприятливих зовнішніх умов.

Виникнення зворотних форм ЗНМ може бути пов'язане і з несприятливими умовами оточення і виховання. До відставання у розвитку мовленнєвої функції призводить психічна депривація у період найбільш інтенсивного її розвитку. Якщо вплив цього фактору поєднується навіть із не різко вираженою органічною недостатністю ЦНС або з генетичною схильністю, то порушення мовлення набувають стійкого характеру і виявляються у вигляді ЗНМ.

Особливе місце в етіології ЗНМ займає перинатальна енцефалопатія – ураження мозку, яке виникає під впливом поєднання несприятливих факторів у внутрішньоутробному періоді розвитку або у період народження. В залежності від причин це може бути гіпоксична енцефалопатія (пов'язана з кисневим голодуванням мозку), травматична енцефалопатія (як наслідок механічної пологової травми), гіпоксично-травматична енцефалопатія (при поєднанні двох патологічних факторів), білірубінова енцефалопатія (при несумісності крові матері і плоду за резус-фактором або групою приналежністю з токсичним ураженням ЦНС).

ЗНМ зазвичай є наслідком резидуально-органічного ураження мозку, тобто є результатом завершеного патологічного процесу. Його необхідно відрізнити від порушень мовленнєвого розвитку при нервово-психічних захворюваннях (епілепсії, шизофренії тощо).

Отже, етіологія недорозвинення мовлення у більшості дітей має складну природу: поєднання генетично обумовленої дефіцитарності певних церебральних систем і наслідків органічних уражень головного мозку. За даними О.Корнева, у якості причин може виступати така низка обставин: а) локальні церебральні ураження або дисфункції; б) негативні впливи екзогенних факторів, які гальмують дозрівання нейронів і провідникових шляхів певних мозкових систем; в) генетично детерміновані асинхронії розвитку і функціональна слабкість певних функціональних систем мозку.

Спеціальні дослідження дітей із ЗНМ (О.Мастюкова) показали клінічне розмаїття виявлень загального недорозвинення мовлення. Усі діти із ЗНМ можуть бути умовно розподілені на три групи:

- з моторною алалією;
- з ускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення церебрально-органічного ґенеза;
- з неускладненим варіантом загального недорозвинення мовлення.

При моторній алалії наявні локальні ураження кіркових мовленнєвих зон та більш глибоких підкіркових структур мозку, які забезпечують насамперед нейробіологічні ланки мовлення, систем і підсистем головного мозку (рефлекторні, нейродинамічні і енергомодельючі процеси; дихання і слиновиділення; тонус, статика та динаміка жесто-мімічної та вокалізаційної складової мовленнєвої системи). Характерними ознаками алалії є труднощі формування складової структури слів, взаємозалежність фонемних і лексичних порушень, труднощі у розвитку фразового мовлення. Порушується процес актуалізації потрібного слова за його звуковими, семантичними, ритмічними і морфологічними ознаками. Вторинним дефектом є виявлення поведінкового негативізму, порушення психомоторики та порушення емоційно-вольової сфери. ЗНМ при моторній алалії може виявлятися у важкій формі, коли власне мовлення неможливе, і у малопомітних труднощах лексико-граматичної будови мови. Особливо чітко дефект виявляється під час формування зв'язного висловлювання. Це пов'язано з порушенням

операцій програмування, відбору і синтезу мовленнєвого матеріалу, з несформованістю внутрішнього мовлення.

При сенсорній алалії дитина не розуміє мовлення оточення і не говорить сама. Це порушення у чистому вигляді зустрічається рідко і важко диференціюється від дефектів слуху. При найменш виражених формах сенсорної алалії загальне недорозвинення виявляється у труднощах розуміння мовлення оточення. При бідності змісту і багатьох помилках власне мовлення дитини з сенсорною алалією інтонаційно модульоване, супроводжується мімікою та жестами.

При ускладненому варіанті ЗНМ церебрально-органічного генеза має місце дизонтогенетично-енцефалопатичний симптомокомплекс порушень. Серед неврологічних синдромів найбільш частими у дітей є такі синдроми:

– гіпертензійно-гідроцефальний – синдром підвищеного внутрішньочерепного тиску, який виявляється насамперед у порушеннях розумової працездатності, довільної діяльності і поведінки дітей, а також у швидкій виснаженості та пересиченості будь-яким видом діяльності, підвищеній збудливості, роздратованості, рухової розгальмованості;

– церебрастенічний – синдром, який виявляється у вигляді підвищеної нервово-психічної виснаженості, емоційної нестійкості, у вигляді порушень функцій активної уваги, пам'яті. Синдром може поєднуватися з виявленнями гіперзбудливості – ознаками загального емоційного і рухового неспокою або загальмованості, млявості, пасивності;

– синдром рухових розладів характеризується змінами м'язового тону, легкими гемі- і монопарезами, не різко вираженими порушеннями рівноваги і координації рухів, недостатністю диференційованої моторики пальців рук, несформованістю загального та орального праксиса. Часто у цих дітей виявляються порушення артикуляційної моторики у вигляді легких парезів, тремору і насильницьких рухів окремих м'язів язика, що обумовлює виявлення стертої дизартрії.

У логопедичній практиці нерідко поєднуються різні форми мовленнєвих порушень. Так, дизартричні розлади супроводжуються алалічними виявленнями або недорозвиненням слу-

хової функції; порушення звуковимови при ринолалії поєднуються з дизартричними проявами.

Причинами дизартрії є органічні ураження ЦНС у результаті впливу несприятливих факторів на мозок дитини у внутрішньоутробному або ранньому періоді розвитку.

Основні виявлення дизартрії полягають у розладі артикуляції звуків, порушеннях дихання і голосоутворення, у змінах темпу мовлення, ритму і інтонації. Порушення можуть виявлятися у різному ступені і у різних комбінаціях у залежності від локалізації ураження, від часу виникнення дефекту. Механізмом порушень звуковимови визначається порушення іннервації артикуляційного апарату. Обов'язковим є поєднання двох умов: наявність симптомів порушення скорочувальної здібності м'язів (гіпертонія або атонія, обмеження обсягу довільних та недовільних рухів) і/або явища дискінезії та тотальний, невибірковий характер спотворень звукових характеристик мовлення. Порушення артикуляції і фонації, що утруднюють членороздільне звучне мовлення, складають первинний дефект, який може призвести до виникнення вторинних виявлень, що ускладнюють його структуру.

У невеликій кількості дітей у групі ЗНМ може спостерігатися ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлені аномаліями у будові артикуляційного апарату у вигляді незрощень. У залежності від характеру порушень функції піднебінно-глоткового зімкнення виділяють різні форми ринолалії. Обширність і складність анатомічного дефекту, строки хірургічного втручання часто обумовлюють рівень сформованості мовлення цієї категорії дітей.

При неускладненому варіанті ЗНМ збережені первинні (ядерні) зони мовленнєворухового аналізатору; патогенетичною основою ЗНМ у цих дітей є затримане дозрівання третинних полів аналізаторів. У їх анамнезі відсутні чіткі вказівки на виражені відхилення під час вагітності матері і пологів. Лише у третини досліджуваних під час бесіди з матір'ю виявляються факти не різко вираженого токсикозу другої половини вагітності або короткої асфіксії у момент пологів. При відсутності виражених неврологічних порушень у дітей відмічають слабку

регуляцію довільної діяльності, емоційно-вольової сфери і труднощі в оволодінні писемним мовленням. Малі неврологічні дисфункції обмежуються порушеннями регуляції м'язового тону, недостатністю тонкої моторики пальців рук, несформованістю кінестетичного і динамічного праксиса. Це є дизонтогенетичний варіант ЗНМ.

Найбільш актуальним, крім виявлення логопедичного патологічного аспекту, специфічним для ЗНМ (Р.Левіна, Г.Каше, Н.Жукова, А.Семенович, В.Тарасун, Г.Чіркина та інші) є виявлення та аналіз:

1. Патологічних знаків «підкіркового» походження, що збіднюють, деформують, а часто і порушують розвиток дитини і, у першу чергу, її мовленнєвої діяльності. Такими найчастіше виступають сінкінезії, дистонії, вичурні пози, тікі, порушення ритму дихання, нав'язливі стереотипні рухи, підвищена збудливість або виснаженість.

2. Недостатність міжпівкульового забезпечення психічного розвитку дитини, яка виявляє себе у мовленнєвих, рухових, гностичних, мнестичних та інших психічних функціях. Головна увага звертається на дефіцит опто-моторних, опто-оральних, оптомануальних взаємодій; синергічних та реципрокних координацій.

Клінічний підхід до проблеми ЗНМ передбачає необхідність постановки медичного діагнозу, який визначає структуру мовленнєвої недостатності при різних формах мовленнєвого недорозвитку. Правильне розуміння структури мовленнєвого недорозвинення у кожному випадку є необхідною умовою більш ефективної логопедичної та медичної допомоги дітям.

7.3. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення

Багато авторів (О.Вінарська, О.Грибова, Л.Єфіменкова, Н.Мікляєва, Л.Соловійова, Є.Соботович, С.Шаховська, В.Юртайкін) у якості основного дефекту дітей із ЗНМ виділяють недостатність мовної здібності. Саме з нею вони пов'язують недостатню ефективність корекційно-педагогічної роботи.

Під мовною здібністю розуміють систему орієнтовних дій у мовному матеріалі, спрямовану на вловлювання регулярності і

продуктивності мовних явищ. Основні способи орієнтування у мовному матеріалі (О.Лурія) засвоюються у процесі предметної діяльності з приводу спілкування дорослого і дитини до 3-х років. До них відносять: орієнтування за наслідуванням мовленнєвим і предметним діям дорослого (орієнтування на ситуацію взаємодії); орієнтування на зразок дій дорослого; орієнтування на мовленнєвий стереотип; орієнтування за аналогією; орієнтування на «чуття мови» (на мовленнєву систему).

З психологічної точки зору (П.Гальперін, О.Леонтьєв, С.Рубінштейн та інші), схему формування механізму мовної здібності можна представити у такому вигляді: задатки – діяльність – спілкування – мовна здібність – мовна особистість (людина з ТПМ її готовності виробляти мовленнєві вчинки. – І.Раппопорт) – мовна активність – мовна компетенція – мовна обдарованість (до вивчення іноземних мов, літературна, поетична тощо) – літературний або поетичний талант.

З психолінгвістичних позицій (О.Леонтьєв), мовну здібність розглядають як один із компонентів моделі мови поряд із мовленнєвою діяльністю і мовною системою.

Мовна здібність розвивається лише у процесі спілкування з іншими людьми. Умовами її становлення є: формування навичок оволодіння мовою в її комунікативній функції; розвиток пізнавальної активності дітей і формування системи орієнтовних предметних і мовних дій; формування різних структурних рівнів системи мови (фонетичного, лексичного, граматичного).

У дітей із тяжкою мовленнєвою патологією прослідковується порушення орієнтовної діяльності у мовному матеріалі з самого раннього дитинства. Автори відмічають, що у дітей із ЗНМ виявляються порушеними самі задатки до розвитку мовної здібності.

В нормі між різними центрами кори – на базі безумовних рефлексів (орієнтовного, рухово-поєднального, наслідувального тощо) – встановлюються умовні зв'язки. Для мовленнєвої діяльності утворюється відповідний «динамічний стереотип» (І.Павлов) як тимчасовий зв'язок декількох аналізаторів, що беруть участь у даній діяльності. Дією динамічного стереотипу пояснюється засвоєння системи мови за умови формування орі-

ентовної схеми оперування з мовленнєвим матеріалом. Маленька дитина не знає правил, не знає мовних законів, вона практично інтуїтивно на чуттєвому рівні засвоює норму рідної мови. Допомагає їй у цьому «тонке чуття мови» (К.Ушинський).

У дітей із тяжкими порушеннями мовлення, як зазначає А.Маркова, відсутні такі великі можливості (як значний словник, «чуття мови»), які в умовах нормального розвитку можуть компенсувати ті чи ті недоліки у засвоєнні мови. Система мови у дітей із ЗНМ не формується, «тому алаліки в процесі свого розвитку переходять із одного рівня недорозвинення мовлення на інший, залишаючись немовленнєвими (або тими, хто погано говорить) дітьми» (Б.Гріншпун).

Порушення мовної здібності у дітей із ЗНМ проявляється у вигляді:

- зниженої мовленнєвої активності (Б.Гріншпун, Н.Жукова, Р.Левіна);

- зниженої уваги до мовленнєвого оточення і недостатньо активній спостережливості (Т.Візель, Р.Левіна, А.Маркова);

- уповільненого вироблення і патологічній інертності мовленнєвих стереотипів, поганому переключенні або, навпаки, швидкому згасанні тих відбитків, що виникли у пам'яті (Г.Гуровець, В.Лубовський, Н.Трауготт);

- як наслідок, виникають труднощі актуалізації навіть добре знайомих слів (Н.Жукова, О.Мастюкова, Т.Філічева), не здійснюється перенесення засвоєної граматичної форми на інші слова (О.Грибова, Б.Гріншпун, Н.Трауготт);

- у мовленнєвій безпорадності в нових ситуаціях і хаотичних діях під час вирішення вербальних завдань (Н.Жукова, Н.Трауготт);

- у порушеннях програмування висловлювання, несформованості динамічного стереотипу (В.Воробйова, Є.Соботович). Недорозвинення динамічного стереотипу при моторній алалії є причиною появи порушень у використанні засвоєних засобів спілкування – заїканні;

- зниження мовної здібності відображується на недостатності здібності до моделювання, заміщенню і символізації (Л.Єфіменкова, В.Юртайкін).

Дослідження мовної здібності у дітей із ЗНМ (Н.Мікляєва) виявили таку низку особливостей у її розвитку:

1. Нейрофізіологічні механізми не забезпечують необхідну основу для розгортання адекватних способів орієнтування у мовному матеріалі. Внаслідок цього у однакові вікові періоди у дітей із нормальним і порушеним мовленнєвим розвитком на розвиток мовної здібності здійснюють вплив різні установки на орієнтування у мовному матеріалі.

2. Процеси інтеграції орієнтовних дій у мовному матеріалі починаються пізніше, ніж у дітей, що розвиваються нормально, і тривають довше.

3. У дітей відмічається різне співвідношення превалюючих типів орієнтовних дій:

- у дітей, що розвиваються нормально, лівопівкульове (48%) та правопівкульове (52%) орієнтування доповнюють одне одного, починаючи з 2–3 років;

- у дітей із ЗНМ превалює правопівкульове орієнтування у мовному матеріалі (65%);

- у дітей із ЗНМ, ускладненого ЗПП, воно збільшується (82%).

Це фактично означає, що дошкільники з ЗНМ виявляються безпорадними у багатьох ситуаціях, які вимагають виявлення самостійної мовленнєвої активності і творчого перетворення засвоєних конструкторів. І це вказує на необхідність формування системи орієнтовних дій у комунікативній ситуації, предметній діяльності і мовних явищах під час комплексної корекційно-логопедичної роботи.

7.4. Періодизація загального недорозвинення мовлення

Професором Р.Левіною та співробітниками були умовно виділені три рівні загального недорозвинення мовлення, серед яких перші два характеризують більш глибокі ступені порушення мовлення, а на третьому, більш високому рівні, у дітей залишаються лише окремі прогалини у розвитку звукової сторони мовлення, словникового запасу і граматичної будови.

Під час опису кожного з рівнів враховувалися такі положення:
– ступені (рівні) мовленнєвого недорозвинення не є сталими утвореннями;

– у кожному рівні можна знайти елементи попереднього і наступного рівнів;

– у реальній практиці нечасто зустрічаються чітко виражені рівні, так як нові елементи поступово витискають попередні форми;

– у дітей частіше зустрічаються перехідні стани, в яких поєднуються виявлення наступного рівня і ще не подолані порушення.

Кожний рівень характеризується певним співвідношенням первинного дефекту і вторинних виявлень, які затримують формування залежних від них мовленнєвих компонентів. Перехід із одного рівня на інший визначається появою нових мовних можливостей, підвищенням мовленнєвої активності, зміною мотиваційної основи мовлення і його предметно-сміслового змісту.

Проблема ЗНМ набула ґрунтовного вивчення і висвітлення в спеціальній літературі протягом багатьох років (Р.Левіна, Г.Жаренкова, В.Орфинська, В.Воробйова, Л.Єфіменкова, Б.Гріншпун, Є.Соботович, В.Тищенко, Л.Трофименко, Т.Філічева, Г.Чіркїна та багато інших дослідників).

Дослідження вчених дозволили виявити системне порушення мовленнєвої діяльності і знайти типові прояви недоліків, що притаманні дітям із ЗНМ.

Перший рівень ЗНМ характеризується повною або майже повною відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли у дітей, які розвиваються нормально, мовлення в основному є сформованим. Мовленнєві засоби спілкування у дітей значно обмежені. Вони мають дуже бідний словниковий запас, який складається зі звуконаслідувань і звукових комплексів. Ці звукові комплекси утворені самими дітьми і зазвичай є незрозумілими для оточення («ді» – *дідусь*; «бібі» – *машина поїхала*). Вони часто супроводжуються вказівними жестами, відповідною мімікою, які дають можливість розуміння елементарних бажань дитини. За своїм звучанням мовлення складається як зі схожих зі словами елементів («тіта» – *киця*, «сиса» – *лисиця*),

так і зовсім несхожих на правильне слово звукосполучень («гадудт» – *горщик*, «кі» – *горобчик*, «бю» – *верблюд*). Діти можуть користуватися і окремими загальноживаними словами, але, як правило, ці слова мають спотворену складову структуру і звукове оформлення. Одним і тим самим за звучанням словом діти можуть позначати різні предмети, дії, якості, різницю значень між якими намагаються підкреслити за допомогою інтонації і жестів. Спільна назва визначається схожістю окремих частин ознак («ніх» – *сніг – це зима, санчата, зимові розваги дітей, біда* – *все те, що пов'язане з неприємностями для дитини*). Назви дій замінюють назвою предметів (*грати у м'яч – просто м'яч*, *відкривати-закривати двері – дров*).

Діти не використовують морфологічні елементи для вираження граматичних значень. У їхньому мовленні домінують «кореневі слова», в яких відсутні флексії, найчастіше це незмінні звукові комплекси.

На цій стадії мовленнєвого розвитку діти практично не володіють фразою. Тільки у деяких із них, найбільш розвинених у мовленнєвому відношенні, спостерігаються спроби висловити свої думки за допомогою декількох слів-белькотінь («тато тату» – *тато поїхав*, «Вова ода» – *Вова хоче пити*).

Невеличкий словник, який є у дітей, відображує ті предмети і явища, які вони безпосередньо сприймають через органи чуття. Словесне вираження більш складних відношень дійсності для них є неможливим.

Пасивний словник дітей, які перебувають на I рівні ЗНМ, є значно більшим за активний. Це створює враження, що діти все розуміють, але самостійно сказати не можуть. Але ці уявлення є хибними. Немовленнєві діти сприймають мовлення зазвичай лише в умовах ситуації підказки, багатьох слів вони не розуміють взагалі. Майже повністю відсутнє розуміння значень граматичних змін слів (розрізнення форм однини та множини іменника, минулого часу дієслова, форми чоловічого та жіночого роду, значення прийменників тощо).

Звуковимовна сторона мовлення дітей не сформована. Вимова окремих звуків часто позбавлена постійної артикуляції, внаслідок чого точно звучання слів передати неможливо.

Для цих дітей також досить характерна обмежена здібність відтворювати складові елементи слова. У самостійному мовленні превалюють односкладові та двоскладові утворення, а у відображеному мовленні діти схиляються до скорочення слова, яке повторюють, до одного-двох складів.

На рівні глибокого недорозвинення мовлення звуковий аналіз слова зовсім є недоступним дитині. Спроби навчання грамоти без відповідної мовленнєвої підготовки не мають успіху.

Отже, для I рівня ЗНМ характерні такі ознаки:

– активний словник перебуває у зародковому стані. Він складається зі звуконаслідувань, слів-белькотинь і тільки невеликої кількості загальнозживаних слів. Значення слів нестійкі і недиференційовані;

– пасивний словник ширше активного, але розуміння мовлення поза ситуацією досить ускладнене. Фразове мовлення практично повністю відсутнє;

– здібність сприймати звукову і складову структуру слова ще не сформована.

Другий рівень ЗНМ характеризується тим, що мовленнєві можливості дітей значно зростають, спілкування вже здійснюється за допомогою достатньо постійних, хоч і дуже спотворених у фонетичному і граматичному відношенні, мовленнєвих засобів.

Наприклад, розповідь Вови К., 5 років, про літній відпочинок:

«Пуф літо папусі. Я купаїса, г'їса воді. П'юх, п'юх (жестикуює), топ'є купаїса. Всі купаїса воді» (Був влітку у бабусі. Я купався, грався у воді. Плюх, плюх, добре купатися. Всі купались у воді).

Діти на II рівні ЗНМ володіють побутовим словниковим запасом (здебільшого пасивним). У їхньому мовленні з'являються крім іменників та дієслів деякі якісні прикметники та прислівники. Можливе використання займенників, сполучників, деяких прийменників у їх елементарних значеннях. З'являється можливість відповідати на питання дорослого, більш чи менш розгорнуто розповісти про себе, про сім'ю, про деякі добре знайомі події. Пояснення неправильно названих слів іноді супро-

воджується жестом (наприклад, слово панчоха – «нога» – і жест одягання панчохи; полиця – «міло» – і показ того, як на полицю можна покласти будь-яку річ).

Часто діти замінюють необхідне слово назвою подібного іншого предмета, але при цьому додають заперечення (помідор – «яблуко не»), назви частин предмета – назвою самого предмета або дії замінюють слова, близькі за ситуацією та зовнішніми ознаками.

Діти з II рівнем ЗНМ мають стійкі відхилення у засвоєнні і застосуванні граматичних засобів мови. У їхньому мовленні зустрічаються окремі форми словозміни, спостерігаються спроби змінювати слова за родами, числами і відмінками, дієслів за часом, але здебільшого ці спроби виявляються невдалими.

Іменники використовуються в основному у називному відмінку, дієслова – у початковій формі або у формі 3-ї особи однини та множини теперішнього часу. Іменники часто не узгоджуються з дієсловами, прикметниками у числі і роді.

Використання іменників у непрямих відмінках має випадковий характер. Фраза, як правило, є аграматичною («грає з м'ячику», «пішли на вулиці»). Аграматичною виявляється зміна іменників за числами («два вухи», «п'ять пташків»). Зустрічаються взаємозаміни однини та множини, змішування дієслів минулого часу чоловічого та жіночого роду.

Розуміння мовлення на цьому рівні мовленнєвого розвитку покращується, з'являється розрізнення деяких граматичних форм, та це розрізнення є нестійким. Але відбувається вже орієнтування не тільки на лексику, а і на морфологічні елементи, які набувають смислорозрізняючого значення. Стає можливим розрізнення на слух і правильне розуміння форм чоловічого та жіночого роду дієслів минулого часу, хоча помилки ще зустрічаються.

Способами словотворення діти не користуються.

Фонетична сторона мовлення дуже відстає від вікової норми: кількість звуків, які вимовляються неправильно, досягає 16–20. У дітей порушена вимова приголосних: шиплячих, свистячих, сонорів, твердих і м'яких, дзвінких і глухих. Навіть

ті звуки, які діти вмiють вимовляти, звучать у самостійному мовленні недостатньо чітко. Характерною ознакою є недиференційована вимова звуків, коли один звук замiнює відразу два або декілька звуків даної фонетичної групи (наприклад, звук «с» замiнює звук «с» – «сянкі», звук «ш» – «сюба», звук «ц» – «сiбуля»). Спостерігається заміна груп звуків, більш простих за артикуляцією (найчастіше сонорів, африкатів), спотворена вимова деяких звуків (міжзубний сигматизм, велярний звук Р).

Несформованість звуковимови супроводжується утрудненнями у вимові слів і речень, хоча відтворення складової структури слова на цьому рівні мовленнєвого розвитку виявляється більш доступним, ніж на попередньому.

Більш-менш правильно передається звуковий склад односкладових слів без збігу приголосних на кшталт «мак», «кит». Повторення простих двоскладових слів, що містять два відкритих склади, часто не вдається. Під час відтворення слів різної складової структури спостерігаються грубі порушення:

- порушення кількості складів: елізії – скорочення кількості складів («бабан» – барабан, «ліве» – олівець, «паміка» – пірамідка), пропуск складотворної голосної («просятко» – поросятко); інтерації – збільшення кількості складів за рахунок додавання складотворної голосної посеред збігу приголосних («сітіл» – стіл);

- порушення послідовності складів у слові: перестановки складів і звуків у слові («моколо» – молоко, «голопед» – логопед, «бемігот» – бегімот);

- персеверації – повторення складів («пананама» – панама, «бананан» – банан);

- спотворення структури окремого складу: скорочення збігу приголосних («капута» – капуста, «кубіка» – клубніка); вставлення приголосних у склад («лимонт» – лимон);

- антиципації – уподібнення одного складу іншому («ніпітан» – капітан, «астобус» – автобус);

- контамінації – поєднання частин двох слів («совіник» – совок, віник, «літбау» – ліпити бабу).

Характер помилок обумовлений низьким рівнем фонематичних та артикуляційних можливостей дитини. Відзначають-

ся непередготовленість дітей до оволодіння звуковим аналізом та синтезом слів.

Отже, для II рівня ЗНМ характерні такі ознаки:

- активний словник розширюється за рахунок не тільки іменників і дієслів, а й за рахунок використання деяких (здебільшого якісних) прикметників і прислівників;

- відбувається збагачення мовлення за рахунок використання окремих форм словозміни. Спостерігаються спроби дітей змінити слова за родами, числами і відмінками, дієслова за часом, але ці спроби зазвичай є невдалими;

- на II рівні ЗНМ діти починають користуватися фразою, зв'язне мовлення у зародковому стані;

- покращується розуміння мовлення, розширюється пасивний та активний словник, виникає розуміння деяких простих граматичних форм;

- вимова звуків і слів значно порушена. Легко визначається непередготовленість дітей до оволодіння звуковим аналізом і синтезом.

III рівень ЗНМ характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з частковим лексико-граматичним і фонетико-фонематичним недорозвиненням. Самостійне спілкування дітей продовжує залишатися утрудненим і обмежене знайомими ситуаціями.

На фоні порівняно розгорнутого мовлення спостерігається неточне знання і неточне використання багатьох побутових слів. У активному словнику превають іменники та дієслова, менше діти користуються словами, які позначають якості, ознаки, стани предметів, а також способи дій. Спостерігаються заміни слів за смисловими або за звуковими ознаками. Деякі слова виявляються недостатньо закріпленими у мовленні внаслідок нечастого їх використання, тому під час складання речень діти намагаються їх уникати (пам'ятник – «героям ставлять»). Навіть знайомі дієслова не завжди диференціюють (поїти – годувати, писати – малювати) і використовують неправильно у мовленнєвому контексті.

Своєрідність лексичних помилок виявляється в тому, що діти:

– неправильно називають предмети за зовнішніми ознаками («*майка*» – *сорочка*, «*жук*» – *павук*);

– замінюють назви предметів, що подібні за призначенням («*миска*» – *тарілка*, «*кружка*» – *чашка*, «*диван*» – *крісло*);

– замінюють назви предметів на інші, які ситуативно пов'язані з ними («*пошта*» – *лист*, *газета*);

– частину предмета замінюють його назвою («*дерево*» – *стовбур*, «*машина*» – *колесо*, *кузов*);

– замінюють слова, що позначають родові поняття, словами, що позначають видові поняття і навпаки (*дерево* – *береза*, *посуд* – *тарілки*);

– замість одного слова використовують словосполучення (*шланг* – «*щоб воду лити*», *сопілка* – «*щоб грати*»);

– назви дій замінюють словами, близькими за ситуацією та зовнішніми ознаками (*вишиває*, *плете* – «*шиє*»).

У словнику дітей мало узагальнених понять, в основному це іграшки, посуд, одяг, квіти. Не часто використовують антоніми, практично відсутні синоніми. Поняттям «великий – маленький» для позначення величини предмета підміняють слова *довгий*, *короткий*, *високий*, *низький*, *товстий*, *тонкий*, *широкий*, *вузький*. Це обумовлює випадки порушення лексичного поєднання.

Серед прикметників використовують якісні, що позначають ті ознаки, які діти сприймають безпосередньо, – величину, форму, колір, деякі властивості предметів. Відносні та присвійні прикметники застосовують тільки для вираження добре знайомих відношень («*мамина сумка*»).

Прислівники використовуються досить рідко.

Діти користуються різними займенниками, простими прийменниками (особливо для вираження просторових відношень – *у*, *до*, *на*, *під*, *за* тощо). Рідко зустрічаються прийменники, які виражають обставини, характеристику дії чи стани, властивості предметів або спосіб дії (*біля*, *між*, *через* тощо). Прийменники можуть замінюватися або пропускатися, причому це може стосуватися одного і того ж прийменника. Це вказує на неповну сформованість розуміння значень навіть простих прийменників.

Не сформоване образне мовлення. Діти не розуміють і не користуються лексико-семантичними засобами експресивності: словами з переносним значенням, багатозначними словами, синонімами, епітетами, метафорами, порівняннями; у розвитку синтаксичних засобів спостерігаються порушення розуміння та труднощі використання малих форм народної творчості (прислів'їв, приказок, загадок, фразеологізмів тощо).

У дітей із III рівнем ЗНМ недостатньо сформовані граматичні форми. Імпресивний аграматизм проявляється у недостатньому розумінні морфологічної структури слова. Зазначаються труднощі в розумінні складних логіко-граматичних конструкцій, що виражають причинно-наслідкові та часово-просторові відношення.

В експресивному мовленні діти мають помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових та видових форм дієслова, помилки в узгодженні та керуванні. Способами словотворення діти майже не користуються. Відмічаються труднощі підбору споріднених слів, в утворенні іменників і прикметників із зменшено-пестливими суфіксами (*козенята* – «*козлючата*», *дверцята* – «*дверочки*», *маленький* – «*помалюскін стілець*»), дієслів із префіксами, прикметників від іменників (*глиняний посуд* – «*глиновий*», *скляна ваза* – «*склова*»). Часто словотворення підмінюється словозміною. Велика кількість помилок допускається і під час самої словозміни, з-за чого порушується синтаксичний зв'язок слів у реченнях, які виражають часові, просторові і причинно-наслідкові відношення. Досить стійкими є помилки в узгодженні прикметника з іменником у роді, числі, відмінку («*Я глаю синій м'ятей*» – *Я граю синім м'ячем*); числівника з іменником усіх родів («*один відло*» – *одне відро*, «*два луги*» – *дві руки*, «*пять луках*» – *п'ять рук*).

У більшості дітей зберігаються недоліки вимови звуків і порушення звуко-складової структури слова, що створює значні труднощі в оволодінні дітьми звуковим аналізом та синтезом слів.

Звуки, які діти можуть вимовляти правильно ізольовано, у самостійному мовленні звучать недостатньо чітко. Характерні такі ознаки:

– недиференційована вимова свистячих, шиплячих звуків, африкатів, сонорів. Один звук може замінюватися одночасно двома або кількома звуками даної або близької фонетичної групи (*звук с', недостатньо чіткий, замінює звуки: с – «сянкі», ц – «сіфла» – цифра, ш – «сюба», ч – «сяйнік»*);

– заміна звуків, більш простих за артикуляцією. Найчастіше це заміни сонорів (*«люка, кольова» – рука, корова*), свистячих та шиплячих (*«дук» – жук, «танк» і – санки*);

– нестійке використання звука, коли в різних словах він вимовляється по-різному (*«палад» – парад, «паяход» – парад, «ляк» – рак*);

– змішування звуків, коли ізольовано дитина вимовляє певні звуки правильно, а у словах і реченнях – взаємозамінює їх. Це стосується свистячих, шиплячих звуків, сонорів і звуків *л', г, к, х* – при цьому може спостерігатися спотворення деяких фонем (міжзубна вимова, велярна вимова звука *р*);

– оглушення звуків (*«папуся» – бабуся, «тупок» – дубок*);

– відсутність пом'якшення (*«пат» – п'ять*).

Діагностичним показником є порушення звуко-складової структури слова, яке по-різному видозмінює складовий склад слова. Повторюючи за логопедом правильно слова, які мають 3–4 склади, у самостійному мовленні їх часто спотворюють: скорочують, роблять перестановки звуків і складів (*«коловода» – сковорода, «мосикал» – мотоцикл, «лілісідист» – велосипедист*). Типовими є персеверації складів, антиципації, додавання зайвих звуків і складів (*«бабаян» – барабан, «астобус» – автобус*).

Встановлена певна залежність між характером помилок складового складу і станом сенсорних (фонематичних) або моторних (артикуляційних) можливостей дитини.

Превалювання помилок, які виражаються у перестановці або додаванні складів, свідчать про первинне недорозвинення слухового сприймання дитини. У цих дітей уподібнення складів і скорочення збігу приголосних зустрічається нечасто і має змінний характер.

Помилки на кшталт скорочення кількості складів, уподібнення складів один одному, скорочення при збігу приголосних

вказує на превалююче порушення артикуляційної сфери і має більш стійкий характер.

Труднощі в оволодінні дітьми словниковим запасом, граматичною будовою рідної мови і звуковимовою гальмують процес розвитку зв'язного мовлення і, насамперед, перехід від ситуативної його форми до контекстної (переказ, розповідь – опис, розповідь за сюжетною картиною або серією картин, творче розповідання). Правильно розуміючи логічний взаємозв'язок подій, діти обмежуються переліком дій.

Наприклад, розповідь Михайла К., 6 років, за сюжетною картинкою «Зимові розваги»:

«Діти люблять снігову бабу. Вони на дволі ісе хосють одну бабу злобити. Вони спосятку маленький клубосьок із снігу. Потім тлохи великий. І зовсім великий. І плинесли молкву, вуглики. І відло».

Розповідь – опис мало доступний для дітей: зазвичай вони обмежуються перерахуванням окремих предметів і їх частин. Під час переказу помиляються у переданні логічної послідовності подій, пропускають окремі ланцюги, «гублять» дійових осіб. Частина дітей виявляється здійбною відповідати лише на запитання за змістом твору.

Таким чином, III рівень ЗНМ має такі особливості:

– на фоні порівняно розгорнутого мовлення спостерігається неточне знання і неточне використання багатьох побутових слів. У активному словнику превалюють іменники і дієслова. Мало слів, які характеризують якості, ознаки, стани предметів і дій. Спостерігаються помилки у використанні простих прийменників і майже не використовують складні прийменники;

– спостерігається недостатня сформованість граматичних форм мови – помилки у відмінкових закінченнях, змішування часових та видових форм дієслів, помилки в узгодженні та керуванні. Способами словотворення діти майже не користуються;

– в активному мовленні використовуються здебільшого прості речення. Відмічаються великі труднощі, а часто повне невміння поширювати речення і будувати складні речення;

– у більшості дітей зберігаються недоліки вимови звуків і порушення структури слова, що утворює великі труднощі в оволодінні звуковим аналізом і синтезом слів;

– розуміння побутового мовлення зазвичай хороше, але іноді виявляється незнання окремих слів і виразів, змішування смислових значень слів, близьких за звучанням, недостатнє оволодіння багатьма граматичними формами.

Отже, експресивне мовлення дітей III рівня ЗНМ з усіма вказаними особливостями може слугувати засобом спілкування лише у певних умовах, які вимагають постійної допомоги і спонукання у вигляді додаткових питань, підказок, оцінних і заохочувальних суджень із боку логопеда, вихователя, батьків.

На сучасному етапі розвитку логопедії розроблена характеристика ще одного (IV) рівня порушення мовленнєвого розвитку, описана в спеціальній літературі Т.Б.Філічевою стосовно дітей 7-го року життя третього року навчання.

На четвертому рівні ЗНМ відмічається в цілому більш високий рівень мовленнєвих навичок. Але мовлення у повному обсязі ще не відповідає нормі. Різний рівень мовленнєвих засобів дозволив поділити всіх дітей на дві неоднорідні групи: діти, які достатньо вільно оволоділи фразовим мовленням (70–80%), і діти з більш обмеженим мовленнєвим досвідом і неосконаленими мовними засобами (20–30%).

В цілому діти IV рівня ЗНМ не мають грубих порушень звуковимови, але у них відмічається недостатнє чітка диференціація звуків. Порушення звуко-складової структури слова виявляються у різних варіантах спотворення його звуконаповнення, оскільки дітям важко утримувати в пам'яті граматичний образ слова. У них відмічаються персеверації, перестановка звуків і складів, скорочення приголосних при збігові, заміни складів, пропуски складів.

Поряд із неповною сформованістю звуко-складової структури слова у дітей відзначається недостатня виразність мовлення, нечітка дикція, яка складає враження загальної змазаності мовлення, змішування звуків, що свідчить про низький рівень сформованості диференційованого сприймання фонем і є важливим показником незавершеного процесу фонемотворення.

У дітей спостерігаються деякі порушення смислової сторони мовлення. Словниковий запас недостатнє точний за способом використання. В ньому спостерігаються, в основному, слова, які позначають конкретні предмети і дії, і мало слів, які позначають абстрактні та узагальнюючі поняття. Це веде до стереотипності лексичного запасу, частому використанню одних і тих самих слів. Лексичні помилки проявляються у заміні слів, близьких за значенням (*хлопчик чистить віником* замість *підмітає*), за ситуацією (*фонтан – водичка ллється, бризкає; конура – домок, дупло*), у неточному використанні і змішуванні ознак (*високий дім – великий, сміливий хлопчик – швидкий*). Великі труднощі діти мають під час підбору синонімів, антонімічних відношень абстрактних слів (*жадібність – нежадібність; повага – злий, доброта*), споріднених слів. Метафори і порівняння, слова з переносним значенням часто взагалі є недоступними для їх розуміння.

Недостатній рівень сформованості лексичних засобів мови особливо яскраво проявляється у розумінні і використанні фраз, прислів'їв з переносним значенням (*наприклад, рум'яний, як яблуко – багато з'їв яблук*).

Обмеженість мовних засобів позначається і на словозміні та словотворенні. У дітей залишаються помилки у використанні форм множини з використанням непродуктивних закінчень (*«дереви», «гнізди», «побачили воронов», «ведмідей»*). Характерне змішування форм відмінювання, особливо під час оволодіння конструкціями місцевого відмінку. В активному мовленні правильно використовуються лише прості і добре відпрацьовані раніше прийменники (*у, на, під*). Складні прийменники часто застосовують із помилками або замінюють їх (*з-під, поміж, із-за, через*).

У словотворенні значні труднощі спостерігаються під час утворення слів із відтінками збільшеності та суб'єктивної оцінки згрубілості (*дім, ніс – великий, замість домище, носище*), малознайомих складних слів (*льодохід – «льодок», водолаз – «він під водою ходить»*). Складності виникають під час диференціювання дієслів із префіксами (*відсунути – присунути, прийти – перейти*).

Характерною ознакою дітей IV рівня розвитку мовлення є порушення зв'язного мовлення: порушення логічної послідовності, застрягання на другорядних деталях, пропуски головних подій, повторення окремих епізодів під час складання розповіді на задану тему, за сюжетною картиною та серією сюжетних картин. Прості речення у самостійних розповідях дітей часто складаються з підмета, присудка, додатка, що пов'язано з недостатністю в їхньому лексичному запасі прикметників, прислівників, числівників, дієприкметників, дієприслівників. Структура складних речень у низці випадків виявляється спрощеною («Таня малювала дім, а Мишко ліпив гриб»). Є випадки пропуску членів речення, особливо підмета, рідко зустрічаються розділові та протиставні сполучники. Не в повному обсязі засвоєні складнопідрядні сполучники, майже немає речень з підрядними умови, часу, місця, речень допустових. Розуміючи правильний хід подій, діти не завжди правильно використовують форму складнопідрядного речення (*Олівець зламався, як я багато малювала*).

Таким чином, на фоні розгорнутого мовлення у цих дітей відмічаються окремі відхилення кожного з компонентів мовленнєвої системи. Це говорить про те, що діти не досягли того рівня мовленнєвого розвитку, який властивий їхнім одноліткам із нормальним мовленням.

Отже, при ЗНМ спостерігаються відхилення у формуванні мовленнєвої діяльності: діяльності засвоєння мови (усіх її сторін) і діяльності використання мови з метою спілкування.

7.5. Психолого-педагогічна характеристика дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення

Неповноцінна мовленнєва діяльність накладає відбиток на формування у дітей інтелектуальної, сенсомоторної, сенсорної та емоційно-вольової сфери.

Зв'язок між мовленнєвими порушеннями та іншими сторонами психічного розвитку обумовлює наявність вторинних дефектів, які утворюють картину аномального розвитку дитини в цілому. Так, маючи повноцінні передумови для оволодіння мисленнєвими операціями (порівняння, класифікації, аналізу, синтезу), діти відстають у розвитку наочно-образного та словесно-логічного мислення, з важкістю опановують мисленнєвими операціями (Л.Андрусин, Т.Барменкова, Р.Лалаєва, С.Соботович, В.Тарасун).

У дітей відмічають уповільнену динаміку перебігу мисленнєвих процесів. Рівень сформованості логічних операцій дітей нижче вікової норми. Мовленнєва активність знижена, діти відчують труднощі прийому словесної інструкції, демонструють обмежений обсяг пам'яті, неможливість утримати словесний ряд. Цілеспрямована діяльність порушена під час виконання як вербальних, так і невербальних завдань. Для більшості дітей характерні низький рівень пізнавальної активності, низький обсяг уявлень про навколишнє, труднощі встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Але діти мають потенціальні можливості до оволодіння абстрактними поняттями, якщо їм буде надана допомога з боку дорослого.

Деякі діти із ЗНМ демонструють недорозвинення логічних операцій. Їхня логічна діяльність відрізняється крайньою нестійкістю, відсутністю планомірності, контролю за правильністю виконання завдань. Діти мають труднощі у виділенні значущих, суттєвих ознак, під час порівняння предметів орієнтуються на випадкові, незмістовні зовнішні ознаки. Не розуміють змісту загадок на основі порівнянь та загадок із зашифрованими ознаками, відчують труднощі у підбиранні слів-аналогій на основі порівняння.

Низка авторів відмічають у дітей недостатню стійкість та обсяг уваги, обмежені можливості її розподілення (Л.Белякова, А.Воронова, Ю.Гаркуша, Р.Левина, Т.Кобилякова, І.Марченко, Т.Філічева, Г.Чіркiна). Діти допускають помилки під час зорового впізнавання предмета в ускладнених умовах, їм необхідно більше часу для прийняття рішення. Неточними є

зорові уявлення. Дітям важко виділити частини складного малюнку і знову їх об'єднати (порушений зоровий аналіз та синтез), спостерігаються труднощі у зорово-просторовому орієнтуванні. Рівень сформованості слухової довільної уваги та самоконтролю, довільного запам'ятовування також недостатній. Увага є нестійкою, часто відволікається, виснажується після невеликого навантаження. Так, під час виконання ланцюжка дій діти припускаються двох і більше помилок: не запам'ятовують інструкцію взагалі, змінюють місцями наступність дій, скорочують кількість дій.

Дослідження мнестичних функцій (О.Мастюкова) дозволяє зробити висновок про те, що запам'ятовування словесних стимулів у дітей значно нижче, ніж у дітей без мовленнєвої патології. При відносно збереженій смисловій, логічній пам'яті у дітей знижена вербальна пам'ять, страждає продуктивність запам'ятовування і відтворення вербальної інформації.

Наявність ЗНМ у дітей призводить до стійких порушень діяльності спілкування (Ю.Гаркуша, В.Коржевіна). При цьому утруднюється процес міжособистісної взаємодії дітей і утворюються серйозні проблеми на шляху їх розвитку і навчання.

Діти із ЗНМ малоактивні, ініціативи у спілкуванні зазвичай не виявляють. Мають порушення у спілкуванні, що проявляється у незрілості мотиваційно-потребнісної сфери. Мають труднощі, пов'язані з комплексом мовленнєвих і когнітивних порушень. Превалююча форма спілкування з дорослими у дітей 4–5 років ситуативно-ділова, що не відповідає віковій нормі.

Поряд із загальною ослабленістю діти із ЗНМ в тому чи тому ступені демонструють збіднення, спотворення і порушення онтогенезу сенсомоторного розвитку як окремих систем (ноги, руки, ока, орального апарату тощо), так і їх взаємодії.

Дітям притаманне відставання у розвитку усіх видів моторики – загальної, мімічної, дрібної та артикуляційної (Н.Трауготт, Є.Мастюкова, В.Дудьєв): порушення у розвитку основних рухів та їх фізичних якостей, недостатня статична та динаміч-

на координація загальних та дрібних рухів, зниження швидкості та спритності під час виконання вправ, порушення послідовності елементів дій, труднощі переключення з одного виду рухів на інший, а також у відтворенні рухового завдання за просторово-часовими параметрами. Найбільші труднощі визначаються під час виконання дій за словесною інструкцією.

У дітей із ЗНМ порушена графо-моторна навичка (І.Марченко, Т.Кобилякова, Н.Чередніченко) – спостерігається неможливість правильно змальовувати фігури, малюнки. Недостатньо розвинена зорово-моторна координація і зоровий контроль за рухами руки. Діти не дотримуються лінії, рухи неточні, невпевнені, спостерігається слабе або дуже сильне натискання на олівець під час малювання. У дітей із ЗНМ порушеним є конструктивний праксис, що переважно пов'язано з недорозвиненням дрібної моторики пальців рук – діти відчувають труднощі під час маніпуляції дрібними предметами.

Вивчення мотиваційно-вольової готовності дітей із ЗНМ до навчання в школі (І.Мартиненко) виявило у них домінування соціально-ігрової та ігрової мотивації, несформованість саморегуляції, затримку формування навчальних мотивів, їх нестійкість, поверховість, недостатню усвідомленість, змістовну збідненість. Вольова сфера характеризується недостатністю саморегуляції та дій самоконтролю, словесної регуляції дій, труднощами здійснення усіх етапів складної вольової дії. Тому діти із ЗНМ відчувають труднощі у визначенні мети діяльності, її плануванні, виконанні, оцінці та перевірці, особливо в умовах дотримання кількох правил. Процес виконання вольових дій недостатньо опосередковується мовленням, що унеможливує їх виконання у внутрішній формі. Зазначені особливості вольової сфери виявляються у різних видах діяльності: у процесі виконання ігрового, навчального завдання та завдання за зразком.

Дані психолого-педагогічної діагностики дітей із ЗНМ дозволяють визначити найбільш адекватну систему організації їх у процесі навчання, знайти для кожної дитини найбільш оптимальні індивідуальні методи і прийоми корекції.

7.6. Диференціальна діагностика загального недорозвинення мовлення

Загальне недорозвинення мовлення необхідно відрізнити від зовнішньо схожих за своїми проявами та патогенетичними механізмами порушень психофізичного розвитку дитини (М.Зеєман, Н.Жукова, Є.Кириллова, Н.Леонідова, О.Мастюкова, Є.Соботович, Т.Філічева та інші). Під час динамічного вивчення дітей логопед визначає уточнене заключення, а також етіологію і патогенез мовленнєвого порушення.

Загальне недорозвинення мовлення та затримка мовленнєвого розвитку.

Необхідність відмежування ЗНМ від затримки темпу формування мовлення зазвичай виникає у молодшому дошкільному віці, коли відмічається пізній початок мовлення і уповільнений темп його розвитку. Про вікову затримку мовленнєвого розвитку (ЗМР) зазвичай говорять тоді, коли в анамнезі дитини не знаходять даних про грубе порушення ЦНС, що забезпечує більшу збереженість моторних функцій, психічних реакцій, поведінки дитини в цілому. У даному випадку мовленнєва діяльність відсутня за наявності таких факторів (одного або у поєднанні декількох):

- емоційна депривація, коли малюк у перші два роки життя позбавлений близького спілкування з матір'ю або людиною, яка її замінює. Обличчя дитини байдуже, амімічне, дитина не сміється і не плаче. Без емоційного контакту у дитини не виникає потреби у спілкуванні, в тому числі і мовленнєвому;

- перцептивна депривація, яка полягає у недостатності чуттєвого досвіду. Дитина позбавлена можливості здійснювати різні предметні дії, сприймати предмети, їх властивості і якості. І ця потреба поступово згасає. За відсутності або різкому зниженні сенсорного досвіду і предметно-практичної діяльності виникає ЗМР, оскільки мовлення у ранньому дитинстві є вираженням наочно-образних і наочно-дієвих форм мислення;

- зупинка на стадії називання предмета – найбільш легка форма ЗМР. Мовлення складається з невеликої кількості слів, які позначають предмети. Обмежена діяльність дитини,

відсутність цікавої продуктивної діяльності разом із дорослим, постійне називання дорослим тільки іменників гальмують становлення фразового мовлення, звужують зону найближчого розвитку (пасивний словник);

- функціональна незрілість мовленнєвих зон мозку (темпова затримка, коли мовлення гармонійно розвивається у більш пізні строки) є поглиблюючим ЗМР фактором;

- подовжені соматичні порушення: органів дихання, серцево-судинної системи, неврологічної сфери, недостатньо розвинені голосові складки, аденоїдит тощо, негативно позначаються на розвитку мовлення та його якості (гугнявість, шепітне мовлення, нездібність дитини промовити фразу на єдиному видиху тощо);

- наслідки постнатальної енцефалопатії, тобто негрубого ураження ЦНС під час пологів і у післяпологовий період, які можуть бути виражені у легкому ступені, але вони так чи так відіграють визначальну роль у ранньому мовленнєвому розвитку;

- вторинна ЗМР як наслідок порушень слуху, зору, моторно-рухової сфери, психічного розвитку.

Відсутність мовлення у дітей із ЗМР не буває повною, але лексикон їх обмежується словами, що позначають осіб, предмети з безпосереднього оточення дитини або виражають життєві потреби та особистісні інтереси. Слова недостатнього звуко-складового наповнення. Мовлення обмежується позначенням конкретної дійсності. Діти довго розмовляють однослівними або аграматичними фразами.

Розуміння мовлення розвинене набагато більше, ніж здібність говорити.

У випадках ЗМР звертає на себе увагу насамперед зворотна динаміка мовленнєвої недостатності. Сам характер помилок є менш специфічним, ніж при ЗНМ. Одним із важливих діагностичних критеріїв є можливість засвоєння дитиною граматичних норм рідної мови. Дитина з I рівнем ЗНМ майже повністю не розуміє граматичних змін слів. При ЗМР дитина достатньо добре розуміє звернене мовлення, в тому числі і значення граматичних змін слів, значення слів, що мають схоже звучання.

Незважаючи на відхилення від вікових нормативів (особливо у сфері фонетики) мовлення дітей забезпечує комунікативну функцію, а у низці випадків є достатньо повноцінним регулятором їхньої поведінки.

У дітей із ЗМР більш виражені тенденції до спонтанного мовленнєвого розвитку, до перенесення вироблених мовленнєвих навичок в умови вільного спілкування. За наявності ранньої логопедичної допомоги це дозволяє повністю компенсувати мовленнєву недостатність до 5–6 річного віку.

Загальне недорозвинення мовлення та розумова відсталість (РВ)

Диференціальна діагностика цих станів буває утрудненою, оскільки розумове недорозвинення (зокрема олігофренія) завжди в тому чи тому ступені супроводжується недорозвиненням мовлення, а первинне недорозвинення мовлення безумовно гальмує формування первинно збережених розумових здібностей. Діагностичною ознакою є дисоціація мовленнєвого та психічного розвитку. Для дітей із ЗНМ характерним є те, що, при вибірковій недостатності окремих психічних функцій, психічний розвиток у цілому випереджує їх мовленнєвий розвиток. У дітей із ЗНМ спостерігається різко виражена диспропорція між розвитком вербального та невербального інтелекту. Вони мають збережений невербальний інтелект, адекватні у своїй поведінці, можуть розгорнути просту сюжетну гру, у них здебільшого не порушена самооцінка, добре виконують завдання невербального характеру. У дітей із РВ немає різниці між станом вербального та невербального інтелекту.

У дітей із ЗНМ розвиток невербального інтелекту іде диспропорційно, що пояснюється вибірканими порушеннями кіркових функцій (є труднощі у складанні цілого з частин, у розрізненні за основними ознаками – колір, форма, величина, у класифікації видових понять). Основні труднощі викликають завдання, що вимагають прямої участі мови. Але діти мають хороші здібності до перенесення засвоєних способів розумових дій на інші аналогічні завдання. За мірою корекції словесного мовлення відбувається вирівнювання інтелектуальних процесів.

У дітей із РВ – тотальне інтелектуальне ураження і тому однаково порушуються усі психічні функції. Їм притаманна загальна психічна інактивність, слабка прагнення пізнання навколишнього світу, більш пізній розвиток предметної та ігрової діяльності, їх примітивність і стереотипність. Вони мають труднощі у виконанні усіх інтелектуальних завдань і особливо тих, що вимагають словесно-логічного мислення.

У дітей із РВ відмічається виражене відставання у розвитку мовлення. Воно також має тотальний рівномірний характер і стосується недорозвинення як імпресивного, так і експресивного мовлення. У них важко формується диференціальне розуміння і позначення предметів і дій. Характерне подовжене використання слів у неточному значенні, навіть загальноновживаних іменників, дієслів, прикметників, повільне засвоєння логіки побудови речень. Діти з РВ можуть повторити складну фразу, але смислу її не розуміють. Порушена словесна регуляція дій (Г.Кузнецова, Є.Соботович, В.Тищенко).

У дітей із ЗНМ (виключаючи сенсорних алаліків) імпресивне мовлення випереджує розвиток експресивного. Ці діти розуміють звернене мовлення, але не говорять. Їх відрізняє критичність до власної мовленнєвої недостатності.

Різний механізм порушень мовлення (ураження різних ланцюгів мовленнєвої діяльності) у цих категорій дітей визначає і особливості динаміки їхнього мовленнєвого розвитку. У дошкільному віці діти із РВ та ЗНМ мають схожий мовленнєвий дефект, але на подальших вікових етапах між ними у розвитку мовлення відмічають суттєві відрізнення. При неускладненій розумовій відсталості діти до 6–7 років спонтанно (на основі наслідування) оволодівають простим граматичним стереотипом рідної мови. Діти засвоюють мовлення інтуїтивно, але мають великі труднощі у навчанні мови, у розумінні смислу лексичних та граматичних мовних значень більш високого ступеня узагальнення (В.Петрова).

У дітей із первинним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку та підкіркових структур порушується інтуїтивне засвоєння правил про те, за допомогою яких мовних знаків,

якої їх комбінації і послідовності виражається той чи той зміст, а також відбір необхідних рухів і їх лінійної організації для передачі оформленого за допомогою мовних засобів змісту у звучне мовлення. А це вимагає цілеспрямованого корекційного навчання дітей із ЗНМ рідної мови і мовлення.

Загальне недорозвинення мовлення та затримка психічного розвитку.

У сучасній корекційній педагогіці затримка психічного розвитку (ЗПР) визначається як уповільнений темп психофізичного та емоційно-вольового розвитку дитини, який спричиняється мікроураженням у корі головного мозку або тяжким соматичним захворюванням (В.Тарасун). Термін «ЗПР» підкреслює невідповідний рівень психічного розвитку віку і разом з тим тимчасовий характер відставання, який із віком долається тим успішніше, чим раніше утворюються адекватні умови навчання та розвитку дітей (В.Лубовський).

Характерними ознаками ЗПР є такі: обмежений, невідповідний віку дитини запас знань та уявлень про навколишнє, низький рівень пізнавальної активності, недостатня регуляція довільної діяльності і поведінки, більш низька здібність у порівнянні з дітьми з нормальним розвитком того ж віку до прийому та переробки перцептивної інформації, недостатня сформованість вищих психічних функцій.

Формування мовленнєвої діяльності цих дітей має специфічний характер (Н.Борякова, О.Мальцева, І.Марченко, О.Слєпович). Недорозвинення мовлення обумовлене у першу чергу недостатністю міжаналізаторної взаємодії, а не локальним ураженням мовленнєвого аналізатору. Розмовно-побутове мовлення їх майже не відрізняється від норми, але словник збіднений, особливо активний. Обсяг понять недостатній, а іноді зміст понять є помилковим. У дітей утруднене формування емпіричних граматичних узагальнень. По-іншому відбувається становлення словотвірної системи мови. Відстає розвиток здібності усвідомлювати мовленнєву дійсність як щось відрізане від предметного світу. Низка граматичних категорій у їхньому мовленні відсутня. Для мовленнєвої діяльності характерна не-

достатність монологічного мовлення. У цих дітей часто зустрічаються недоліки звуковимови, вони важко засвоюють звуковий аналіз слів, недостатньо володіють звуковим образом слова. Відчують суттєві труднощі у словесній регуляції діяльності.

Під час диференціальної діагностики велике значення має комплексне обстеження. Воно передбачає клінічний етіопатогенетичний аналіз порушеного розумового та мовленнєвого розвитку, психологічне вивчення дитини, спрямоване на розмежування ведучого мовленнєвого або інтелектуального дефекту, а також додаткові методи дослідження – електроенцефалографічні тощо. Диференціальній діагностиці допомагає аналіз динаміки психічного розвитку дитини.

Загальне недорозвинення мовлення та ранній дитячий аутизм (РДА).

У сучасній корекційній педагогіці аутизм розглядається як важка форма патології розвитку, що характеризується порушеннями соціальних, комунікативних і мовленнєвих функцій, а також наявністю нетипових інтересів і форм поведінки (В.Каган, К.Лебединська, О.Нікольська, Д.Шульженко та інші). Запропонований дитячим психологом Л.Каннером у 1943 році (США) опис хвороби, беручи до уваги ранній вік її виникнення, сьогодні позначається як ранній дитячий аутизм або синдром Каннера. Більш легку форму аутизму, при якій мовлення порушене у меншому ступені, описав австрійський педіатр Х.Аспергер (синдром Аспергера). Поряд з цими формами є ще декілька більш серйозних порушень із аутистичними рисами: нетиповий аутизм і синдром Ретта.

Основною ознакою РДА є неконтактність дитини, її соціальна ізольованість, яка починається протягом перших трьох років життя. У таких дітей порушені усі форми довербального спілкування (експресивно-мімічні, предметно-дійові), виявляється нездібність використовувати зоровий контакт, міміку, поставу, жестикуляцію для регулювання соціальної взаємодії, як це роблять діти з порушеннями мовлення або слуху. Часто відмічається відсутність белькоту і слабкий розвиток функції наслідування. Зростаючи, діти нездібні вступати в контакт із

однолітками, знаходити спільні інтереси, дії і почуття, мають збіднену або девіантну реакцію на емоції інших людей, недостатність емоційної та комунікативної поведінки. Дитина з РДА може не помічати відсутності батьків, близьких родичів, але хворобливо, збуджено реагувати на переміщення неживих предметів, на зміну звичних щоденних рутинних дій.

Своєрідний характер має ігрова діяльність, її характерною ознакою є використання незвичного ігрового матеріалу, часто предметів домашнього побуту. Дитина грає одна, одноманітно, використовуючи різні предмети (взуття, папір, ганчірки, провід тощо). Сюжетно-рольова гра відсутня. Спостерігається своєрідне патологічне перетворення в той чи той образ (наприклад, тварини) у поєднанні з аутистичним фантазуванням.

Серед характерних ознак РДА велике місце займають недорозвинення або повна відсутність усного мовлення, яке не супроводжується спробою компенсації за допомогою жестикуляції або міміки як альтернативи комунікації. Характерне стереотипне і повторне використання слів і фраз. Типовими є відстрочені чи безпосередні ехोलалії. Подовжений час відсутні такі відповіді, як «так» чи «ні», особистий займенник «я». Недорозвинена лексико-граматична сторона мовлення, спостерігаються своєрідні фонетичні розлади і порушення голосу з переважанням високої тональності в кінці фрази або слова, подовжена відсутність у мовленні слів, які позначають близьких для дитини людей (мати, тато) або окремі предмети, до яких у дитини є особливе ставлення: острах, нав'язливий інтерес, їх оживлення.

На відміну від ЗНМ, при РДА на ранніх етапах мовлення може розвиватися нормально, і дитина за темпами його розвитку може обганяти своїх однолітків. Потім, зазвичай у віці до 30 місяців, воно втрачається: дитина перестає спілкуватися з оточенням, хоча може говорити сама з собою або уві сні. Втрата мовлення завжди поєднується з втратою виразного жестикулювання та імітаційної поведінки. Найчастіше це спостерігається у дівчаток.

Мовленнєві порушення у дітей із РДА можуть варіюватися за своїми проявами, ступенями складності і багато в чому залежать від етіології, патогенезу, мікросередовища, своєчасної адекватної лікувальної та психолого-педагогічної роботи.

7.7. Диференціальна діагностика безмовленнєвих дітей

Значні труднощі являє диференціальна діагностика безмовленнєвих дітей, особливо до п'яти років (Т.Ахутіна, Б.Гріншпун, Е.Кириллова, Р.Левіна, Є.Соботович, О.Усанова, С.Шарховська та інші).

Той рівень мовлення, який є у цих дітей, – вокалізації, звуконаслідування і звукокомплекси, емоційні оклики, навіть деякі нечітко вимовлені побутові слова – не можуть слугувати для повноцінного спілкування. Їхнє мовлення не є регулятором поведінки, оскільки вироблення умовних зв'язків на слова значно утруднене.

Група безмовленнєвих дітей неоднорідна. Вона охоплює такі категорії дітей: з сенсорними та моторними алаліями, з анартріями, з тяжкими дизартріями, з РДА, з розумовою відсталістю, з тяжкими порушеннями слуху. Спільним для них всіх є відсутність мотивації до спілкування, невміння орієнтуватися в ситуації, розлади поведінки, негнучкість у контактах, підвищене емоційне виснаження. Все заважає повноцінному спілкуванню дитини з оточенням.

У безмовленнєвих дітей часто відмічається неврологічна симптоматика – мінімальна мозкова дисфункція, синдроми гіпо- і гіперзбудливості, гіпертензійно-гідроцефальний і церебрастенічний синдром. Крім цього, для них характерне зниження психічної активності, уваги, пам'яті, відмічається недостатність цілеспрямованої діяльності. Симптоми ураження можуть мати регредієнтний характер. Спостерігаються періодичні кризи, які проявляються у приступках плачу, рефлексів зригування, неспокійній поведінці тощо.

Під час психолого-педагогічного обстеження безмовленнєвих дітей необхідно дотримуватися принципів, які виявляють

можливі причини, механізм і симптоматику розладів. Це допоможе постановці правильного мовленнєвого діагнозу. Під час обстеження враховують такі принципи:

- принцип комплексного підходу, що важливо для прогнозування комунікативного і мовленнєвого, вербального розвитку;
- принцип системного структурно-динамічного вивчення психічного розвитку, що дозволить підвищити ефективність психолого-педагогічного вивчення в цілому;
- принцип якісного аналізу структури дефекту, який дає матеріал для оцінки діяльності;
- принцип цілісного аналізу психічного розвитку дитини, який дозволяє визначити співвідношення між первинним і вторинним дефектом.

Обстеження безмовленнєвих дітей необхідно будувати як сукупність взаємопов'язаних прийомів, завдань, використання яких дозволить виявити їх індивідуальні особливості.

Аналіз мовленнєвого дефекту і прогнозування його наслідків здійснюється з позицій розвитку, з урахуванням зони найближчого розвитку (за Л.Виготським).

Обстеження безмовленнєвих дітей (Є.Кириллова).

Пред'явлення матеріалу повинне бути організоване так, щоб кожна безмовленнєва дитина могла реагувати на тому рівні і тими засобами, які їй доступні. Форми спілкування фахівця, який обстежує, і дитини повинні враховувати її мінімальні реакції: посмішку, жест, знак заперечення, фіксація погляду на предметі тощо.

Під час знайомства з медико-педагогічною документацією і бесід з батьками необхідно з'ясувати такі питання: які індивідуально-типологічні особливості дитини; коли з'явилася реакція на близьких і чужих людей; наскільки дитина виявляє ініціативу і прагне до спілкування; які відзначаються особливості поведінки; які саме ситуації впливають на зміни у поведінці дитини.

До даних анамнезу зазвичай потрібно ставитись дещо скептично, оскільки батьки не завжди можуть адекватно відповісти на питання про ранній моторний розвиток дітей, дати інформа-

цію про час появи комплексу оживлення, гукання і белькоту, про емоційні аспекти комунікації і невербальних засобів спілкування. Вони або занижують, або (частіше) перевищують можливості самої дитини.

Під час обстеження необхідно:

1) звертати увагу на міміку і емоційні прояви, вираженість соціальних емоцій (звернення за допомогою, реакцію на оцінку, або чуттєвість до оцінки дорослого) і їх адекватність, відмічати особливості спілкування з оточенням, особливості адаптації до умов закладу. Необхідно враховувати, чи може дитина самостійно кусати, жувати, ковтати, пити з чашки. Спостереження за реакціями дитини дають інформацію про стан її сенсорного апарату;

2) в організованій дорослим діяльності потрібно фіксувати можливість залучення дитини в індивідуальну і сумісну з дорослим ігрову чи іншу діяльність (побутову, пізнавальну тощо), наявність інтересу до запропонованих ігор і занять, вибір іграшок, адекватність їх використання, володіння знаково-символічними функціями, прояви ініціативи з боку дитини, здібність до співпраці, емоційні реакції на оцінку дорослим її успіхів, наявність звуконаслідувальних реакцій, модульованого лепету, що супроводжує діяльність;

3) завдання для обстеження повинні бути емоційно забарвлені і сплановані таким чином, що реакція на них має бути мінімальною. Використовують не тільки дидактичний матеріал, а й різні аксесуари (намисто, шляпки, браслети, каблучки тощо), театральні ляльки бі-ба-бо, ялинкова мішура, ліхтарик тощо. Замість муляжів краще використовувати натуральні предмети, овочі, фрукти тощо;

4) необхідно звертати увагу на те, як дитина вступає в контакт, чи є в неї негативні реакції загального і мовленнєвого характеру. У дітей, які виявляють негативізм, потрібно уточнити характер ігрової діяльності: чи може дитина розгорнути гру, включитися у наслідувальні ігрові дії і продовжити їх.

Спостереження за дітьми у різноманітній діяльності – грі, режимних моментах, прогулянці, спілкуванні з мамою також може надати вагомий матеріал для діагностики.

Диференціальна діагностика безмовленневих дітей

Діти з моторною алалією	Діти з сенсорною алалією	Діти з РДА	Діти з порушеннями слуху	Діти з інтелектуальною недостатністю	Діти з анартією на фоні ДЦП
<p>1. Пошук праявильної артикуляції, невміння виконати комплекс послідовних рухів.</p> <p>2. Парези артикуляційної мускулатури відсутні; тональний слух задовільний.</p> <p>3. Імпресивний словник і розуміння ситуації достатнє, але відмічаються труднощі у розумінні граматичних форм і розгортують текст.</p>	<p>1. Діти чують, але не розуміють звернене мовлення, відмічається несформованість акустико-гностичних процесів, зниження здібності до сприймання мовленневих звуків, порушення довільної слухової уваги.</p> <p>2. У дітей вибірково утруднене утворення умовних зв'язків на звуковій подразниці достатньої голосності.</p> <p>3. Неповнотність слухової функції застжить від підвищеної збудливості або загальмування, від соматичного стану, умов обстеження.</p>	<p>1. Часто реагує на тихий голос, заспокоюється під час звучання знайомої музики, уникає зорового контакту, не дивиться на миміку і губи того, хто говорить.</p> <p>2. Виявляє повну байдужість до того, що відбувається, у моторних дях відсутня цілеспрямованість.</p> <p>3. У довірливій діяльності спостерігається пластичність рухів.</p> <p>4. Не користується центральним зором, нічого не розглядає спеціально.</p> <p>5. Не використовують миміку, жести, зображувальні дії.</p>	<p>1. Розуміння зверненого мовлення поліпшує збільшення його голосності.</p> <p>2. Відмічаються особливості поведінки у вигляді підвищеної пенічності виснаженості, емоційної збудливості, рухової розгальмованості.</p> <p>3. Функція активної уваги знижена, імпресивний словник недостатній.</p> <p>4. Активно користуються невербальними засобами комунікації.</p> <p>5. Мімміка і пластика під час реакції на враження змінюється, відмічається реакція на знакові стимули.</p>	<p>1. Мотивація і потреба у комунікативному спілкуванні знижені, у дорослих співпрацю з ними не вступають.</p> <p>2. Характерними поведінковими реакціями є підвищене відвернення уваги, нездібність до психічної напруги, швидка виснаженість.</p> <p>3. Етична дисципліна «дитина – дорослий» відсутня.</p> <p>4. Порушення контактів із середовищем менш виражені, ніж при аутизмі, а страхітля, більш адекватні.</p> <p>5. Деякі діти реагують на жести і інтонацію, їх дії мають наслідувальний характер.</p>	<p>1. Довільне мовлення відсутнє, відмічаються виражені координаційні розлади.</p> <p>2. Підвищення м'язового тонуус обмежує рухи артикуляційного апарату. Діти не можуть за наслідуванням відтворити артикуляційні уклади, відмічається гіперсаливація.</p> <p>3. Виявляються рефлекси орального автоматизму у вигляді смоктального, хоботкового, пошуківого рефлексів.</p> <p>Дітям важко жувати, кусати тверду їжу, ковтати, пити з чашки, їються під час їжі.</p>

продовження табл.

<p>4. Характерною ознакою є несформованість ритмічної структури: неможливість відтворення ритмічного малюнку при хоршому розумінні зверненого мовлення.</p> <p>5. Широко використовуються паралінгвістичні засоби: жести, міміка, пантоміма.</p> <p>6. У багатьох дітей відмічається ліворукість, або амбидекстрія.</p> <p>7. Як реакція на мовленнєву недостатність спостерігається негативізм, підвищена драгливість, образливість.</p>	<p>4. Діти виявляють неспокій, підвищену чутливість до звуків, які не викликають задоволення у оточуючих: шурхіт паперу, скрип, брязкання тощо (гіперакузія).</p> <p>5. Імпресивний словник нестійкий, впізнавання предметів – вибіркоче, при зміні форм і порядку слів утруднено розуміння граматичних конструкцій.</p> <p>6. Відмічаються труднощі включення і переклочення уваги.</p>	<p>6. Розуміння зверненого мовлення ситуативне, відсутні фіксовані форми навіть примітивних моторних стереотипів.</p> <p>Мімміка напружена, обличчя часто спотворене гримасою страху.</p> <p>7. Відмічається тенденція до заміщення реального світу аутистичними формами утворення навіть прямих на гра.</p> <p>8. Характерним є пасивний дрейф від одного об'єкта до іншого без фіксації погляду на будь-чому.</p>	<p>6. Розвиток пенічності часто відбувається з відхиленнями, а всі компоненти мовної системи порушені.</p>	<p>6. Відмічається недостатність слухового сприймання.</p> <p>7. Відсутність мовлення може компенсуватися нечленоподільними звуками.</p>	<p>4. У всіх дітей відмічається параліч (парез) верхніх і нижніх кінцівок і параліч мовленнєворухових м'язів.</p> <p>5. Порушення загальної та дрібної моторики, неузгодженість у роботі м'язів.</p> <p>6. Спостерігаються порушення дихання: судомівидихи, укорочений активний видих, слабкий повітряний струм.</p> <p>7. Розуміння мовлення у межах побутової ситуації.</p>
---	--	---	--	--	---

	7. Для спілкування часто використовуються міміка і жести, ігрові дії можуть супроводжуватися модульованим лепетом.	8. Критичність цих дітей знижена, поведінка – хаотична, дії – імпульсивні.	7. Для спілкування часто використовуються міміка і жести, ігрові дії можуть супроводжуватися модульованим лепетом.	8. Критичність цих дітей знижена, поведінка – хаотична, дії – імпульсивні.	8. В процесі спрямованої діяльності діти швидко стомлюються, стають млявими. 9. Характерні оптико-просторові порушення.
Найбільш інформативними є труднощі плавного перекладу чення з однієї артикуляції до іншої та несформованість ритмічної структури.	Найбільш інформативним є те, що дитина чує, але не розуміє зверненого мовлення.	Найбільш інформативним є афективне виділення сигнальних вражень і відповідь на них поведінковою реакцією захисту, або задоволення потреби.	Найбільш інформативним є те, що діти намагаються вдягнутися в обличчя того, хто говорить. Потребують обстеження отоларинголога та сурдолога.	Найбільш інформативним є повільне вироблення нових зв'язків у всіх аналізаторах, наявність стигм дизембріогенезу.	Найбільш інформативними є паралчі м'язів язика, порушення їх м'язового тону, порушення м'язової піднебінної (піднебінно-глоткових і піднебінно-язичних м'язів).

7.8. Комплексне обстеження дітей із загальним недорозвиненням мовлення

Правильно організоване корекційне навчання і виховання дітей із ЗНМ повинно спиратися на комплексне медико-психолого-педагогічне обстеження їх мовленнєвих та немовленнєвих процесів, сенсомоторної сфери, інтелектуального розвитку, особистісних особливостей та соціального оточення.

В спеціальній літературі достатньо повно описані конкретні методики обстеження і принципи аналізу отриманих даних із урахуванням того, що первинна несформованість у дитини одного з мовних компонентів, які так чи так беруть участь у формуванні мовлення, призводить до негативних змін мовленнєвої системи в цілому (Р.Левіна, Н.Жукова, О.Мастюкова, Є.Соботович, Т.Філічева, Н.Чевелева, Г.Чіркiна та інші). Значне місце науковцями відводиться теоретичному обґрунтуванню адекватності тих чи тих методик, психолого-педагогічному аналізу природи можливих мовленнєвих дефектів, виявленню особливостей системної взаємодії первинних та вторинних відхилень у картині мовленнєвих порушень.

Основне завдання діагностики порушень мовленнєвого розвитку – правильна кваліфікація дефекту з метою визначення оптимальних шляхів його подолання (Є.Соботович).

Розглянемо основні напрямки комплексного вивчення дітей із ЗНМ.

Логопедичне обстеження включає три основні розділи:

1) ретельне вивчення умов виховання і динаміки мовленнєвого і загального психічного розвитку, яке відбувається на основі бесіди з батьками і аналізу документів про дитину (медична та педагогічна документація);

2) логопедичне та психолого-педагогічне обстеження з докладним реєструванням вербальної та невербальної діяльності дитини;

3) аналіз та педагогічна оцінка усіх отриманих даних.

У процесі вивчення дитини з мовленнєвою патологією логопед повинен виявити обсяг її мовленнєвих навичок, співвіднести їх із віковими нормативами, а також із рівнем психічного розвитку, визначити співвідношення дефекту та компенсатор-

ного фону, мовленнєвої і комунікативної активності та інших видів психічної діяльності.

Під час дослідження мовленнєвих дефектів необхідно базуватися не тільки на визначенні відхилень у формуванні тих чи тих сторін мовлення, але й виявленні стану тих операцій із мовними знаками і тих психічних функцій, які забезпечують засвоєння порушених мовних одиниць і їх використання у мовленні. Важливо визначити співвідношення розвитку експресивного та імпресивного мовлення дитини, виявити компенсаторну роль збережених ланцюгів мовленнєвої функції, співвіднести рівень розвитку мовних засобів із їх активним використанням у мовленнєвому спілкуванні.

Т.Філічева, Г.Чіркина виділяють такі етапи обстеження дитини із ЗНМ:

I. Орієнтовний етап, на якому проводиться цілеспрямоване опитування батьків, бесіди з дитиною, вивчення спеціальної документації. На основі отриманих даних попередньо визначається мовленнєвий дефект.

II. Диференціюючий етап, який включає обстеження інтелекту та слуху з метою відмежування дітей із первинною мовленнєвою патологією від подібних станів, де провідним є порушення інтелекту або слуху.

III. Етап обстеження немовленнєвих процесів, тісно пов'язаних із мовленнєвим розвитком.

VI. Докладне обстеження провідних компонентів мовної системи, підсумок якого обґрунтовує логопедичне заключення.

V. Заключний, уточнюючий етап включає динамічне спостереження за дитиною в умовах спеціального навчання та виховання.

Збір анамнезу дитини (зі слів батьків, вивчення медичної та педагогічної документації) передбачає виявлення особливостей проходження вагітності матері та пологів, наявності соматичних та спадкових захворювань у сім'ї, ранній фізичний, локomotorний, домовленнєвий (підготовчий) та мовленнєвий розвиток дитини, перенесені дитиною та наявні соматичні захворювання, умови виховання, мовленнєве оточення, ставлення до мовлення дитини батьків, усвідомлення дитиною свого мов-

леннєвого дефекту, її поведінка, контактність із дорослими та дітьми, активність і форми комунікації.

Обстеження дитини починається з *бесіди*, метою якої є виявити загальний кругозір дитини, отримати перші уявлення про її мовлення, його повноту, зрозумілість, чіткість, темп, плавність тощо. Бесіда передбачає питально-відповідальну форму на тему основних відомостей про дитину, її оточення, інтересів і уподобань, а також завдання у вигляді переказу знайомої казки або розповіді за сюжетною картинкою, розповіді з досвіду. Особливої уваги надається самостійним висловлюванням дитини, оскільки при цьому послаблюється контроль за мовленням і можна виявити окремі симптоми, характерні для недорозвинення мовлення, але не зафіксовані у документах.

У процесі бесіди необхідно звернути увагу на *фізичний слух* дитини: чи добре дитина чує питання, чи не перепитує їх. Питання задають звичайним та шепітним мовленням. У разі потреби слух обстежують додатково.

Якщо під час бесіди виникають сумніви щодо *інтелектуального розвитку* дитини, то пропонують у ігровій формі низку завдань на перевірку її мисленнєвої діяльності на вербальному та невербальному рівнях: виявлення сформованості спонтанних понять у вікових межах (рахунок, знання про колір, форму, величину, узагальнення видових понять), виконання завдань на класифікацію геометричних фігур, предметів, їх аналіз, порівняння, конструктивна діяльність (піраміди, мотрійки, розбірні іграшки, конструктори тощо), стан просторових уявлень (орієнтування у власному тілі, у просторі, розрізні картинки). Окремо досліджуються інші психічні процеси: зоропредметне сприймання, стереогнозис, часові уявлення, зорова і слухова увага, довільне запам'ятовування. Важливо слідкувати за ходом виконання завдань дитиною, фіксувати як і в якому вигляді приймає допомогу дорослого, чи перевіряє виконане завдання.

Дослідження *сенсомоторних функцій* дитини передбачає обстеження особливостей розвитку загальної, дрібної та артикуляційної моторики: виявлення будови тіла та артикуляційного апарату, наявності обсягу та відчуттів усіх основних рухів

рухомих органів, якості їх виконання. У процесі виконання серії рухових завдань необхідно звернути увагу на точність відтворення дитиною просторово-часових параметрів, утримання нею у пам'яті елементів дій, наявність самоконтролю під час виконання дій. Окремо фіксуються навички самообслуговування, якими володіє дитина: вміння зав'язувати шарф, шнурки, банти, застібати та розстібати гудзики, правильно мити та витирати руки тощо.

Індивідуальне всебічне обстеження мовлення дитини із ЗНМ сприяє найбільш точному встановленню рівня її мовленнєвого розвитку. З метою ефективного використання періоду обстеження, процес якого вимагає великих часових витрат, можна об'єднувати деякі завдання, одночасно виявляючи ступінь сформованості різних мовленнєвих навичок (наприклад, зафіксувати порушення звуковимови можна під час дослідження словника або зв'язного мовлення; сформованість граматичної будови мови – під час аналізу переказу або розповіді дитини).

Під час *обстеження мовлення* виявляється стан розвитку: 1) зв'язного самостійного мовлення; 2) словникового запасу; 3) граматичної будови; 4) звуковимови, складової структури та фонематичних процесів.

Розуміння мовлення, або «сміслове сприймання мовлення», є необхідною умовою спілкування. Воно включає сприймання звуків мовлення (фонем), впізнавання слів, розуміння значень слів, відношень між словами, фраз і смислу зверненого мовлення. Розвиток розуміння мовлення, дитиною набагато випереджує появу у неї активного мовлення і є базою та передумовою для його формування.

Важко обстежувати окремо експресивне та імпресивне мовлення дитини. Доречно чергувати прийоми, спрямовані на виявлення особливостей власного мовлення дитини і розуміння нею мовлення оточення. Це обумовлено складною системною будовою мовленнєвої функції, при якій порушення фонематичного сприймання призводить до вторинного порушення артикулювання і впливає на експресивне мовлення, а порушення артикуляторних механізмів позначається на сприйманні мовлення і розумінні його смислу.

Чим нижче рівень мовленнєвого розвитку дитини, тим легше об'єднати в одному обстеженні два завдання: встановити обсяг розуміння чужого мовлення і одночасно встановити рівень розвитку активного мовлення. І навпаки, чим вищий рівень розвитку усного мовлення, тим більше потрібно спеціальних прийомів для виявлення недоліків розуміння тонкощів значень.

Н.Жукова, О.Мастюкова виділяють декілька рівнів становлення розуміння мовлення у дітей із мовленнєвим недорозвитком:

– нульовий: дитина зі збереженим слухом не сприймає мовлення оточення, іноді реагує на своє ім'я, рідше на інтонації заборони або заохочення;

– ситуативний рівень розвитку розуміння мовлення: розуміє прохання, пов'язані з побутовим предметним світом. Знає імена своїх рідних та назви своїх іграшок, може показати частини тіла у себе, у батьків, у ляльки, але не розрізняє за словесним проханням зображення предметів, іграшок, добре знайомих їй у побуті;

– номінативний рівень: добре орієнтується у назвах предметів, зображених на окремих картинках, але з труднощами орієнтується у назвах дій, зображених на сюжетних картинках. Зовсім не розуміє питань непрямих відмінків (чим? кому? з ким? з чого? тощо);

– предикативний рівень розуміння мовлення: знає багато назв дій, легко орієнтується у питаннях непрямих відмінків, поставлених до об'єктів дій, зображених на сюжетних картинках, розрізняє значення декількох простих прийменників (*на, у, коло* тощо). Не розрізняє граматичних форм слів;

– розчленований рівень: розрізняє зміну значень, які вносяться окремими частинами слова (морфемами) – флексіями, префіксами, суфіксами (стіл – столи, прилетів – полетів).

Під час *обстеження зв'язного мовлення* з'ясовується, як дитина може скласти розповідь за сюжетною картинкою, за серією сюжетних картинок, переказати, скласти розповідь-опис.

Сюжет картинок для розповідання має бути доступним дітям, близьким до їх життєвого досвіду. Спочатку дитині пропонують розглянути картинку (1–2 хв.), потім логопед задає

декілька питань, щоб з'ясувати розуміння дитиною змісту картинок і, нарешті, пропонує дитині скласти розповідь, спираючись на систему питань логопеда або самостійно.

Для складання розповіді за серією сюжетних картинок (2–5 картинок) їх розташовують із урахуванням мовленнєвого дефекту та вікових особливостей дітей за зростаючою складністю. Логопед пояснює дитині або дає наочний зразок того, як потрібно послідовно розташовувати картинки. Після цього пропонується інша серія картинок, яку дитина розкладає, відповідає на запитання логопеда за її змістом і самостійно складає розповідь.

Переказ допомагає логопеду з'ясувати, наскільки уважно дитина може слухати, як розуміє зміст, запам'ятовує послідовність подій. Підбираючи тексти для переказу, необхідно враховувати, щоб зміст був простим і доступним, мав чітко визначений початок, середину і кінець. Це можуть бути короткі оповідання або казки.

Для складання розповіді опису дитині пропонують уважно розглянути привабливу іграшку, доторкнутися до неї, а потім розповісти про неї. Якщо у дитини виникають труднощі, логопед спрямовує її за допомогою запитань або дає план чи зразок розповіді.

Для обстеження лексичного запасу підбирають словниковий мінімум, визначений із урахуванням програмових вимог загальноосвітнього дошкільного закладу за усіма видами діяльності відповідно до віку.

У процесі обстеження з'ясовується обсяг та якісні особливості словника. Вивчається представленість в активному словнику дитини і розуміння слів, які належать до різних морфологічних категорій, але виражають різний за своєю складністю зміст (Є.Соботович):

– слів, безпосередньо співвідносних із певними предметами, з їх діями та якостями;

– слів, які не мають прямої предметної співвіднесеності і позначають складні збірні поняття, суму якостей, ознак, явищ (наприклад, зима, літо, хитрий, добрий тощо);

– слів, які мають близькі або протилежні значення (си-

нонімічні, антонімічні, первинні та похідні, багатозначні).

Під час обстеження словникового запасу завдання подають за поступовим зростанням складності. Їх зміст залежить від рівня лексичного розвитку дитини. В процесі роботи використовують такі методичні прийоми (Т.Філічева, Г.Чіркїна):

– знаходження (показ) дітьми предметів і дій, названих логопедом (покажи, хто шиє, хто вишиває тощо);

– виконання дій, запропонованих логопедом (намалюй кульку, розфарбуй кульку);

– самостійне називання дітьми показаних предметів, дій, явищ, ознак і якостей (Хто намальований на картинці? Що робить хлопчик? Яка кулька?);

– самостійне називання дітьми видових понять, об'єднаних однією лексичною темою (наприклад, назви чайний посуд);

– об'єднання предметів в узагальнюючу групу (як можна назвати одним словом і човен, і літак, і машину?)

У дітей із III рівнем лексичного розвитку, як зазначає Є.Соботович, важливо визначення здібності дитини до:

1) розуміння фразеологічно обумовленого значення слова;

2) засвоєння різних смислів одного й того ж слова у різних контекстах;

3) перенесення даного слова для позначення подібного, але не ідентичного змісту;

4) розуміння окремих смислів багатозначного слова (дієслів) із найбільш конкретним значенням.

Крім цього, визначається характер смислових зв'язків між словами, які встановлює дитина.

Дослідження стану сформованості *граматичної будови мови* є одним із центральних моментів у визначенні мовленнєвого заключення і шляхів диференційованого навчання. Воно передбачає виявлення у дітей рівня сформованості словотворення і словозміни (морфологія) та рівня володіння різними типами структури речення (синтаксис).

Морфологія. З навичок словозміни (формотворення) перевіряється:

1) розуміння та використання іменників у різних відмінках на рівні синтаксису слова – у словосполученні (вміння правиль-

но використовувати закінчення іменників однини та множини різних форм відмінків із прийменниками та без них);

2) розуміння та використання прийменників у власному мовленні;

3) розуміння та використання форми множини іменників і узгодження іменника з дієсловом у числі;

4) розуміння та використання у мовленні родових закінчень: узгодження іменника з прикметником, іменника з дієсловом минулого часу;

5) використання відмінків у залежності від числівників (п'ять яблук, два дерева).

Із навичок *словотворення* перевіряється вміння утворювати:

1) слова за допомогою суфіксів (рука – ручечка – ручище тощо);

2) слова за допомогою префіксів (лити – вилити, налити, перелити тощо);

3) іменники безафіксного творення (садити – сад, виходити – вихід тощо);

3) вміння утворювати складні слова – іменники, прикметники (носоріг, лісоруб, довговухий тощо).

Важливо з'ясувати, чи вміє дитина утворювати нові слова суфіксально-префіксальним способом. Перевіряють наявність не лише загальновикористовуваних слів, але й слів, близьких за своїм лексичним значенням (наприклад, летить, вилітає, прилітає; миє, купає, прасує тощо). Особливої уваги приділяють утворенню відносних прикметників із різними значеннями співвіднесеності з продуктами (молочний суп, рисова каша), з матеріалами, з якого зроблений предмет (залізний цвях, скляна ваза), з рослинами (сосновий ліс, березовий гай), а також присвійних прикметників (лисячий хвіст, вовчі сліди, ведмежий барліг).

Синтаксис. Необхідно відмітити, які типи речень дитина використовує у мовленні: прості (поширені, непоширені), прості з однорідними членами, інвертовані конструкції, складні (складносурядні, складнопідрядні), якісне співвідношення простих та складних речень, вміння користуватися сполучниками сурядності та підрядності, правильність побудови і оформлення речень з морфологічного та синтаксичного погляду.

Під час бесіди або самостійних висловлювань дитини не завжди вдається виявити, який у неї наявний аграматизм. Розкрити особливості граматичного оформлення мовлення допомагають спеціальні ігрові методичні прийоми. Використовують такі завдання:

– закінчити фразу, почату логопедом (логопед допомагає спрямовуючим питанням, наприклад: «Дівчинка годує зерном – кого?»). У якості наочної опори пред'являють відповідні картинки;

– скласти речення за картинкою, сюжет якої передбачає використання заданих граматичних форм. Спочатку дитина складає речення за питаннями логопеда, а потім самостійно;

– вставити пропущений прийменник або слово у потрібній відмінковій формі («Літак летить ... лісом», «Кішка сидить ... лавкою», «Собака сидить ... будці», «Пташка сидить ... гілці»).

Для обстеження *звуків мови* підбирають слова і речення із основними групами звуків української мови, які можуть спотворюватися, замінюватися, змішуватися: а) голосні звуки, б) приголосні: свистячі, шиплячі, африкати, сонори, в) дзвінки та глухі приголосні, г) тверді та м'які приголосні. Ці звуки діти повинні вимовити ізольовано, у складах і у словах у різних фонетичних контекстах. Слова та речення відтворюються самостійно та відображено.

Для обстеження *складової структури* і звуконаповнення підбирають слова з певними звуками і з різним типом і кількістю складів: слова зі збігом приголосних на початку, середині, кінці слова. Під час вимови цих слів передбачається як відображене, так і самостійне називання картинок (предметних і сюжетних). Фіксують, що є найбільш характерним для даної дитини: пропуски складів, їх перестановка, скорочення збігу приголосних тощо. У разі глибинного порушення складової структури дитині пропонують вимовити низку складів на переключення з різним ритміко-інтонаційним малюнком, наприклад, «патакама», «бутакаво», «пту», «мна», «фто» тощо.

Для виявлення розвитку фонематичного слуху пропонують виділити (плеснути у долоні) звук на фоні інших звуків, запам'ятати та відтворити складовий ряд (2–4 склади), в який входять

тільки ті звуки, які дитина вимовляє правильно, але різні за артикуляцією та акустичними ознаками.

Обстеження звукового аналізу передбачає розрізнення та виділення звуків зі складу слова (на голосній і протяжній вимові, голосні – під наголосом, приголосні – у різних словах), виділення приголосного з початку слова і голосного в кінці слова (використовують знайомі двоскладові слова), підбір слів із заданим звуком, порівняння слів за звуковим складом. Дітям, які вже мають деякі навички звукового аналізу, дають і більш складні завдання: ділення речень на слова, слова на склади, склади на звуки, визначається порядок та місце звука в слові.

Хорошим прийомом роботи є підбір картинок, назва яких починається зі заданого звука. Необхідно мати набір картинок, назва яких починається: 1) зі звука, який аналізується, 2) зі звуків, які найчастіше змішуються зі заданим, 3) з іншими звуками, які не підлягають відбору.

У дітей молодшого шкільного віку окремо перевіряють навички письма та читання.

7.9. Методика корекційно-педагогічної роботи при загальному недорозвиненні мовлення

Системне недорозвинення мовлення у більшості випадків являє собою синдром, у структурі якого виділяють складні і неоднозначні зв'язки між мовленнєвим і немовленнєвими симптомами, співвідношення первинного і вторинного, загальні і специфічні закономірності. Його подолання повинно здійснюватися у процесі багатоаспектного впливу, тобто повинно бути спрямовано на увесь синдром у цілому. Комплексна корекційно-навчальна робота з подолання ЗНМ передбачає єдність формування мовленнєвих процесів, мислення і пізнавальної активності, розвитку сенсомоторної та емоційно-вольової сфери дитини.

Основи корекційного навчання розроблені у психолого-педагогічних дослідженнях багатьох авторів (Р.Левіна, Б.Гріншпун, Л.Єфіменкова, Н.Жукова, Л.Лопатіна, Н.Нікашина, Є.Со-

ботович, Л.Трофименко, Т.Філічева; А.Ястребова та інші). Воно передбачає роботу за такими послідовно-паралельними напрямками: а) формування загальнофункціональних механізмів мовленнєвої діяльності (слухове, зорове сприймання, увага, моторика тощо), б) формування специфічних механізмів мовленнєвої діяльності (вимова, лексика, граматики, зв'язне мовлення).

Робота з формування загальнофункціональних механізмів мовленнєвої діяльності будується з урахуванням завдань, які постають на кожному етапі навчання в залежності від рівня мовленнєвого розвитку дитини. Вона визначається як підготовчий етап логопедичної роботи (Л.Лопатіна) і передбачає:

- подолання мовленнєвого та немовленнєвого негативізму (зокрема на I рівні ЗНМ);

- формування довольного слухового і зорового сприймання, уваги і пам'яті, зоро-просторових уявлень;

- формування кінестетичної та кінетичної основи рухів у процесі розвитку загальної, ручної і артикуляційної моторики;

- формування мисленнєвих операцій аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, класифікації;

- формування слухо-зорової і слухо-моторної взаємодії у процесі сприймання і відтворення ритмічних структур;

- формування сенсорно-перцептивного рівня сприймання (в роботі з дітьми з дизартрією).

Логопедична робота з подолання ЗНМ здійснюється шляхом використання поетапної системи формування мовлення з урахуванням закономірностей його розвитку в нормі.

«Головне завдання полягає не тільки в тому, щоб навчити дітей користуватися певними словами і висловами, але головним чином у тому, щоб озброїти їх засобами, які дозволять самостійно розвивати мовлення в процесі спілкування і навчання» (Р.Левіна).⁴

Виконання цього завдання тісно пов'язане з розвитком пізнавальної діяльності дітей, із виробленням у них уміння спостерігати, порівнювати і узагальнювати як явища навколишнього життя, так і різні явища мови.

⁴ Основи теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е.Левинной. – М.: Просвещение, 1968. – С. 85.

На першому етапі навчання (I рівень ЗНМ) основними завданнями є: викликати наслідувальну мовленнєву діяльність дітей у формі будь-яких звукових виявлень, розширити обсяг розуміння мовлення, формувати та розширювати активний словник, навчити дітей правильно будувати двоскладові речення у межах розмовно-побутового мовлення.

Необхідною умовою проведення занять є щільний контакт із дитиною на фоні позитивного емоційного настрою, її бажання говорити і наслідувати логопеда. Заняття повинні включати різноманітні методичні та ігрові прийоми, розумне чергування видів роботи з багатократним повторенням одного й того ж мовленнєвого матеріалу, бути насиченими (особливо на початку) невербальними завданнями. Подовженість індивідуальних та підгрупових (по 3 дитини) занять 10–15 хвилин.

Насамперед дітей із ЗНМ I рівня навчають розуміння зверненого до них побутового мовлення. Дітей орієнтують на розуміння словосполучень і простих речень, підкріплених наочною дією. У свої завдання логопед включає назви предметів, дій, ознак. За основу беруться узагальнюючі поняття: частини тіла, іграшки, одяг, взуття, посуд, меблі, їжа, тварини, транспорт. Часто використовується односторонній діалог, коли логопед задає питання і сам на нього відповідає, а дитина мовчки виконує завдання (*наприклад, «Покажи, де шапочка. Ось шапочка. Давай одягнемо шапочку. Ми одягнули шапочку на голівку. Ми йдемо гуляти»*).

Подальший розвиток імпресивного мовлення спрямований на розширення та уточнення значення предметного, предикативного та ад'єктивного словника, закріплення узагальнюючих понять.

Формують антонімічні відношення у процесі розрізнення протилежних за значенням дієслів (*налий – вилий, одягни – зніми, застібає – розстібає, лягає – встає*), прикметників (*великий – маленький, довгий – короткий*), прислівників (*мало – багато, близько – далеко, спереду – позаду*). Навчають розуміння питань непрямих відмінків із використанням слів: кому, у кого, чим, з ким, куди (*«Покажи, кому дівчинка дає молоко», «Покажи, чим малює хлопчик»*). Диференціюють у імпресив-

ному мовленні форми однини та множини чоловічого та жіночого роду на -и (і), -а (*кульки, м'ячі, дерева*) у називному відмінку, форми дієслів 3-ї особи однини та множини теперішнього часу (*спить – сплять, співає – співають*), форми дієслів минулого часу жіночого та чоловічого роду (*взяла – взяв, читала – читав, мила – мив*). Формують розуміння значення продуктивних зменшено-пестливих суфіксів іменників (*м'яч – м'ячик, гриб – грибок, ложка – ложечка*). Формують та розвивають розуміння приєменникових конструкцій із прийменниками *у, із, на, під, за, коло, від, із-під, із-за* за демонстрацією дій. Розвивають розуміння питань за сюжетною картинкою, прочитаним текстом.

У дітей формують загальні мовленнєві навички: розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання без мовленнєвого супроводу (спокійний вдих та повільний цілеспрямований видих) та з мовленнєвим супроводом на матеріалі голосних звуків та їх поєднань, складів (ПГ) зі щільними глухими [Ф], [Х], у подальшому слів і фраз, поступово їх розширюючи; розвиток сили голосу і модуляції, правильного темпу мовлення; формування первинних уявлень про інтонаційну виразність мовлення; активізація рухів артикуляційного апарату і м'язової мускулатури, формування немовленнєвого ритму.

Формування експресивного мовлення починають із утворення наслідувальних мовленнєвих реакцій, які можуть виражатися у будь-яких звукових комплексах (*наприклад, наслідування тварин «му», «ме», «ко-ко», «ку-ку»*). Активізація мовлення дітей пов'язана з практичною діяльністю дитини, з грою, з наочною ситуацією, що досягається за умови хорошого емоційного контакту з дитиною, певного рівня розуміння мовлення, стійкості уваги, наявності наслідувальної мотивації.

Поступово дітей навчають використовувати у мовленні слова – дії, слова – назви предметів за різними лексичними темами (*«Сім'я», «Іграшки», «Частини тіла», «Одяг», «Посуд», «Меблі», «Овочі», «Фрукти», «Тварини»*), слова – назви ознак предметів (колір, величину і її параметри, форму, смак), особові та присвійні займенники (*я, ти, вона, він, мій, твій, наш*), прислівників, що позначають місцезнаходження (*там, тут*),

час (*зараз, потім*), кількість (*мало, багато, ще*), відчуття (*тепло, холодно, солодко, гірко*), оцінку дій (*добре, погано*), числівники (*один, два, три*). Важливо заохочувати будь-які спроби самостійно називати відповідне слово, навіть при його спотвореному відтворенні.

Навчають найбільш продуктивним способом словозміни: використанню форм однини та множини іменника жіночого та чоловічого роду (стіл – столи); зміні іменників однини за відмінками без прийменників (*знахідного – кого?, що?, родового – кого?, чого? а також з прийменником «у» – у кого?, давального – кому?, орудного – чим?*); узгодженню прикметників і займенників *мій, моя* із іменником за питаннями («*Чий ведмедик?*» «*Чия лялька?*»); утворення іменників зі зменшено-пестливими суфіксами (*-ик, -чик, -ечк, -очк*).

На основі утвореного словникового запасу у дітей формують початкові форми діалогічного мовлення: навчають відповідати на питання за наочними та наочно-дійовими картинками, демонстрацією предметів та дій з ними за допомогою одного слова, словосполучення, простого двоскладового речення. Використовують питання «хто це?», «що це?», «який?», «яка?», «що робить?».

Корекція порушень фонетичної сторони мовлення зводиться до розвитку елементарних вимовних навичок у роботі над голосними і приголосними ([П], [Б], [М], [Т], [Д], [Н], [К], [Г], [Х], [Ф], [В]) звуками без їх диференціації на глухі і м'які, впізнання голосних за їх беззвучною артикуляцією. Розвиток фонематичного сприймання передбачає навчання розрізнення контрастних голосних звуків, близьких за артикуляцією приголосних звуків ([М – Б], [Н – Д], [П – Т]).

У дітей також формують звукоскладову структуру слова за правильним відтворенням наголошеного складу і ритмічного малюнку у двоскладових словах (ПГ, ГП).

До наступного етапу навчання діти повинні оволодіти елементарним фразовим мовленням.

На другому етапі навчання (II рівень ЗНМ) основним завданням є формування у дітей здібності до засвоєння елементарних мовних узагальнень. Корекційна робота ведеться за такими напрямками:

– подальший розвиток розуміння мовлення (формування предметного, предикативного та ад'єктивного словника імпресивного мовлення);

– розвиток кількісного та якісного словникового запасу дитини у експресивному мовленні;

– формування граматичних категорій словозміни та словотворення у імпресивному та експресивному мовленні на рівні словосполучення та речення;

– формування синтаксичної структури речення;

– формування зв'язного мовлення;

– корекція порушень фонетико-фонематичної системи мови.

Заняття проводять індивідуально та по підгрупах (5–6 дітей) 20–25 хвилин.

Накопичення обсягу та уточнення значення словникового запасу імпресивного та експресивного мовлення відбувається на основі розширення уявлень про навколишній світ, вивчення якого відбувається на основі тематичного циклу. Продовжується засвоєння побутового словника (назви частин тіла, обличчя, іграшок, посуду, меблів, одягу, дій, які з ними здійснюють), природничого словника (назви явищ неживої природи, рослин, тварин), емоційно-оціночної лексики та лексики, яка позначає час, простір, кількість. Введення в мовлення слів, які виражають родові (фрукти, посуд, іграшки тощо) і абстрактні узагальнені поняття (добро, зло, краса тощо). Розширюється словник числівників, прислівників, займенників. Навчають умінню використовувати слова у відповідності з контекстом висловлювання.

Систематична робота з розширення пасивного та активного словника, розвиток усвідомленого сприймання мовлення дозволяє нарощувати і узагальнювати мовні спостереження над смисловими, звуковими, морфологічними і синтаксичними сторонами мовлення.

У дітей із II рівнем ЗНМ формують граматичні стереотипи словозміни та словотворення у імпресивному та експресивному мовленні.

Удосконалюють навички дітей, сформовані на першому етапі навчання. Навчають розумінню та використанню форми однини і множини іменника середнього роду, зміні іменників жіночого та чоловічого роду спочатку однини, а потім множини за відмінками з прийменниками, зміні іменників середнього роду однини за відмінками без прийменників і з такими.

Виробляють уміння узгоджувати прикметник із іменником чоловічого, жіночого, середнього роду однини та множини у називному та непрямих відмінках, а також узгоджувати кількісні числівники з іменниками.

Удосконалюють навички правильного використання прийменникових конструкцій із прийменниками *у, із, на, під, за, біля, з, від, до, із-за, з-під* і навички розрізнення прийменників *у – із, на – під, до – від, на – з*.

Навчають правильного використання дієслів доконаного та недоконаного виду (*малював – намалював, читав – прочитав*).

Формують навички використання словотворчих моделей: іменників із більш, а потім менш продуктивними суфіксами зменшеності та згрубілості, звуконаслідувальних дієслів, дієслів, утворених від іменників (*фарба – фарбує, вчитель – вчить*), дієслів із префіксами (*на-, ви-, пере-, при- тощо*), присвійних прикметників за допомогою продуктивного суфіксу *-ин* (*бабин, мамина*), відносних прикметників із суфіксами *-ов, -ев, -н, -ан, -ян* (*банановий, грушевий, яблучний, морквяний*).

Удосконалюють навички самостійного використання відпрацьованих граматичних форм слів і словотворчих моделей.

Поряд із накопиченням словникового запасу основною роботою на даному етапі залишається формування фразового мовлення. Вона передбачає роботу над структурою фрази, її граматичним та інтонаційним оформленням.

Розвивають уміння правильно будувати прості поширені речення, узгоджувати слова у реченні. Навчають поширювати речення за рахунок однорідних членів з використанням узагальнюючого слова та без такого (*Мама купила в магазині овочі: моркву, буряк, картоплю. На вулиці сьогодні сонячна, тепла погода*).

Навчають використанню простих видів складносурядних, складнопідрядних речень із використанням сполучників сурядності та підрядності (*а, але, і, щоб, що: Саша грає машиною, а Катя лялькою. Пішов дощ, але ми залишилися у бесідці. Микола взяв олівець, щоб намалювати дім. Папа сказав, що ми підемо на прогулянку*). Складання таких речень випереджує робота з виділення причинно-наслідкових зв'язків у реальних життєвих обставинах. Діти повинні зрозуміти зв'язок двох факторів і встановити послідовність або одночасність їх проходження. Далі дітям показують, як можна виразити у реченні відношення між цими факторами.

Дітей із II рівнем ЗНМ цілеспрямовано навчають діалогічного мовлення у спеціально організованих комунікативних ситуаціях (бесідах, іграх, під час виконання доручень тощо). Завдання з розвитку діалогу включають у поточні заняття та у вільний від занять час. Оволодіння розмовно-побутовим мовленням прискорює перехід до зв'язного монологічного мовлення.

На цьому етапі дітей навчають переказу невеликих, добре знайомих та незнайомих казок і оповідань за питаннями, за планом, самостійно; самостійного складання описових розповідей за схемою і без такої; складання розповідей за простою серією сюжетних картин за зразком і за планом за допомогою питань і самостійно; реалістичних творчих розповідей (із досвіду особистого життя: про сім'ю, про те, як провели вихідний день, про день народження тощо). Широко використовується заучування коротких віршів.

Корекція звуковимови передбачає уточнення вимови голосних і приголосних звуків раннього онтогенезу і формування правильної артикуляції відсутніх звуків пізнього онтогенезу, їх автоматизація та диференціація у різних фонетичних умовах. Відбувається розвиток фонематичного слуху, фонематичних уявлень, простих форм фонематичного аналізу (виділення наголошеного голосного з початку слова, виділення звука зі слова, визначення останнього та першого звука в слові).

Становлення вимовної сторони мовлення тісно пов'язане з формуванням складової і ритмічної структури мовлення. Зак-

ріплюються навички правильного, чіткого відтворення 3–4 складних слів різної звуконаповнюваності. Але вправи проводяться на матеріалі тільки тих звуків, які вимовляються правильно.

У дітей формують загальні уявлення про виразність мовлення. Знайомлять із розповідною, питальною та окличною інтонацією, засобами їх вираження і способами позначення з подальшою їх диференціацією у імпресивному та експресивному мовленні. Попередньо розвивають основні акустичні характеристики голосу (сила, висота, тембр), особливо у дітей із дизартрією, в особливих голосових вправах.

На третьому етапі навчання головним завданням є розвиток зв'язного мовлення, тобто повне, послідовне, системне викладення думки (вміння усно переказати і розказати прочитане, побачене, будь-яку подію, яка вже відбулася) на основі подальшого розширення і уточнення словника імпресивного та експресивного мовлення, можливості диференційованого використання граматичних форм слова і словотвірних моделей (поряд із формуванням звуковимови і слухомоторних диференціровок), різних синтаксичних конструкцій. Таким чином, корекційно-логопедичний вплив спрямований на розвиток різних компонентів мовленнєвої здібності (фонетичного, лексичного, словотвірного, морфологічного, семантичного).

Більш ефективно оволодіння усним мовленням дітей із ЗНМ III рівня, їх підготовку до навчання грамоти забезпечує *формування елементарного усвідомлення явищ мови і мовлення*. Корекція й розвиток усного мовлення даної категорії дітей відбувається не лише на основі наслідування мовним зразкам, виконання різного роду мовленнєвих вправ, а й на основі усвідомленого формування мовних узагальнень, розвитку ставлення до мовлення як до мовної дійсності. Проводиться робота, спрямована на елементарне усвідомлення звуків мовлення, слів, речень. Велика увага приділяється становленню «чуття мови», що стає базою для формування метамовної діяльності і сприяє підготовці дітей до навчання в школі.

Корекційна робота на цьому етапі проводиться з урахуванням принципу взаємопов'язаного формування фонетико-фонематичних і лексико-граматичних компонентів мови. Логопе-

дичні підгрупові заняття (6–7 дітей, час проведення 25–30 хвилин) поділяються на два типи: формування лексико-граматичних засобів мови і розвиток зв'язного мовлення та формування звукової сторони мовлення і плануються з урахуванням завдань і змісту кожного періоду навчання. Основна мета занять – забезпечити перехід від накопичених уявлень і пасивного мовленнєвого запасу до активного використання мовних засобів.

Зміст корекційного навчання включає розширення і уточнення пасивного та активного словника дитини, розвиток імпресивного та експресивного мовлення в процесі сприймання, диференціювання та правильного використання граматичних форм словозміни і словотвірних моделей, різних типів синтаксичних конструкцій, формування зв'язного мовлення, корекції фонетико-фонематичної сторони мовлення.

Увесь процес корекційного навчання має чітку комунікативну спрямованість. Засвоєні елементи мовної системи повинні бути включені у безпосереднє спілкування. Важливо навчити дітей використовувати відпрацьовані мовленнєві операції у аналогічних або нових ситуаціях, творчо використовувати отримані навички у різних видах діяльності.

На третьому етапі навчання іде робота над удосконаленням словника експресивного мовлення, уточненням значень слів, над семантизацією лексики (розкриття смислової сторони слова не тільки з опорою на наочність, але й через вже засвоєні слова). Навчають використовувати слова, які позначають матеріал, слова з протилежним та схожим значенням, розуміти і використовувати багатозначні слова та слова з переносним значенням. Формують вміння дітей використовувати слова, які позначають особистісні характеристики (*чесний, чесність, добрий, доброта, сміливий, сміливість, хитрий, хитрість*), слова з емотивним значенням (*радісний, горе*).

Навчають осмисленню образних висловів у загадках, казках, пояснення смислу прислів'їв, приказок.

Удосконалюють навички усвідомленого використання слів і словосполучень у відповідності з контекстом висловлювання, а також навичок самостійного використання граматичних форм слова і словотвірних моделей.

Формування граматичної правильності мовлення відбувається на основі попередньо засвоєного матеріалу з лексики і фонетики. Використовують вправи на розрізнення та співставлення форм слів. Навчають вслуховуватися в закінчення іменників, дієслів однини та множини, у відмінкові зміни одного й того ж слова.

Для удосконалення сприймання на слух значущих частин слова, що виражають їх граматичне значення, у завдання на визначення дії і місця розташування предметів включають дієслова з різними префіксами, слова зі зменшено-пестливими суфіксами. В них закладені великі можливості для розвитку чуття мови у області морфології.

Навчають правильного використання іменників, утворених за допомогою непродуктивних суфіксів (-иц(я), -к – продавщиця, льотчиця; лікарка), зменшено-пестливих прикметників за допомогою суфікса -еньк(ий) (маленький, зелененький, молоденький), відносних прикметників від основ іменників за допомогою суфікса -ов (малиновий, медовий, гороховий), присвійних прикметників (у значенні приналежності) за допомогою суфіксів -яч; -ч, з чергуванням приголосного (лисячий, котячий, свинячий, ведмежий). Особливу увагу звертають на засвоєння споріднених понять, а потім і слів, які їх позначають, вміння знаходити в них схожість і відрізнєння (ліс, лісник, лісовий, пролісок). Утворюють порівняльні ступені прикметників та прислівників (високий – вищий, найвищий; швидко – швидше). Навчають дітей творення складних слів (довговухий, льодохід, чорноокий).

Уся робота з практичного засвоєння лексико-граматичної будови мови є основою для формування різних типів речення.

У дітей розвивають навички правильної побудови простих поширених речень, речень із однорідними членами, простих видів складносурядних та складнопідрядних речень із використанням сполучників причини.

Навчають складання складнопідрядних речень із підрядними мети, умови, часу, деяких складних конструкцій (наприклад: Коли прийшла весна і почав танути сніг, на галявинці з'явилися перші проліски).

У формуванні зв'язного мовлення дітей удосконалюють навички описових розповідей, переказу творів української літератури та народної творчості. Навчають складання різних типів текстів із дотриманням цілісності та зв'язності висловлювання. Удосконалюються навички смислового програмування і мовного оформлення зв'язного висловлювання. Навчання дітей творчого розповідання на основі творчої уяви з використанням сформованих уявлень і знань.

Корекція порушень фонетико-фонематичної сторони мовлення дітей із III рівнем ЗНМ передбачає формування правильної артикуляції відсутніх та порушених у вимові приголосних звуків пізнього онтогенезу, їх автоматизація та диференціація у різних фонетичних умовах. Розвивають слухову та слуховимовну диференціацію не порушених у вимові звуків.

Удосконалюють фонематичні уявлення.

Формують здібності здійснювати складні форми фонематичного аналізу та синтезу (знаходити місце звука в слові, послідовність і кількість звуків у слові) – з урахуванням поетапного формування розумових дій (за П.Гальперінієм).

Удосконалюють навички відтворення слів різної звуко-складової структури (ізолюваних і у різних фонетичних контекстах).

Знайомлять дітей із поняттями «речення», «слово», «звук», «склад», навчають їх аналізувати.

Уточнюють та закріплюють навички усвідомленого використання різних інтонаційних структур речень у експресивному мовленні (у різних ситуаціях спілкування).

Навчання та виховання дітей із ЗНМ шкільного віку здійснюється у спеціальних школах для дітей із тяжкими порушеннями мовлення.

Удосконалення форм мовленнєвого спілкування і засобів мови відбувається за такими напрямками:

– розвиток у дітей різних видів усного мовлення (діалогічного, монологічного) на основі збагачення знань про навколишній світ;

– формування і розширення лексичної сторони мовлення;

– практичне оволодіння основними закономірностями мови на основі засвоєння смислових та граматичних відношень;

– формування лексико-граматичної готовності до усвідомленого засвоєння інших розділів рідної мови (навчання граматиці, грамоті, правопису).

Уся система роботи з формування та розвитку мовлення спирається на принцип комунікативної спрямованості навчання. Це передбачає формування спілкування у процесі активної мовленнєвої діяльності, утворення в учнів мотивованої потреби до мовлення шляхом стимуляції їхньої мовленнєвої активності і моделювання ситуацій, які сприяють породженню самостійних та ініціативних висловлювань.

Контрольні питання та завдання:

1. Дайте визначення ЗНМ.
2. З якими причинами може бути пов'язане виникнення ЗНМ?
3. Які клінічні види ЗНМ виділяють у логопедії?
4. Охарактеризуйте недорозвинення мовлення як відставання не лише у формуванні окремих сторін мовлення, але і всієї мовленнєвої системи.
5. Розкрийте поняття «перший рівень ЗНМ».
6. Дайте психолого-педагогічну характеристику дітям із ЗНМ.
7. Чим III рівень ЗНМ відрізняється від попередніх?
8. За якими напрямками здійснюється комплексне логопедичне дослідження дітей із ЗНМ?
9. Від яких безмовленнєвих дітей і на основі яких диференціальних ознак необхідно відрізнити дітей із ЗНМ?
10. Розкрийте ваше розуміння комплексності у роботі з подолання недорозвинення мовлення.

Розділ 8

АФАЗІЯ

8.1. Загальна характеристика афазії

Афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку.

Афазія – це системне порушення мовлення, яке охоплює різні рівні організації мовлення, впливає на його зв'язки з іншими психічними процесами та призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери індивіда. При афазії порушується, насамперед, комунікативна функція мовлення. Афазія характеризується порушенням всіх сторін мовлення: фонетики, лексики, граматики.

Про афазію, як мовленнєве порушення йдеться у випадках втрати вже системно сформованого мовлення.

Афазія виникає внаслідок органічного ураження головного мозку різної етіології: пухлин, черепно-мозкових травм, порушень кровообігу, судинних захворювань, інфекційних захворювань.

Проблема афазії цікавить вчених з XVII століття, про що свідчать дослідження П.Брока, Г.Ван Сміта, К.Верніке, Дж.Джезнера, Х.Джексона, Г.Ідельсона, А.Кожевнікова, А.Кусмауля, Г.Ліпмана, Л.Ліхтгейма, А.Труссо, К.Уілсона, Г.Хеда, Дж.Шмідта.

Вагомий внесок у розвиток вчення про афазію зробили вітчизняні вчені О.Лурія, Е.Бейн, М.Бурлакова, Т.Візель, І.Власенко, В.Коган, В.Оппель, О.Правдіна-Вінарська, М.Рождественська, Л.Цветкова, В.Шкловський. Продовжують свої дослідження Т.Ахутіна, М.Бурлакова, Т.Візель, І.Зайцев, А.Савицький, Л.Цветкова.

Форма афазії, тяжкість порушення та характер проявів залежать від таких факторів:

- поширеність та локалізація ураження,
- характер порушень мозкового кровообігу,
- стан збережених відділів мозку, які виконуватимуть компенсаторні функції.

Вчення про афазію отримало на сьогодні назву «афазіологія» (Л.Цветкова, М.Крітчлі). Л.С.Цветкова вважає афазіологію самостійною галузю наукових знань, яка не є частиною неврології, нейропсихології чи логопедії.

Сучасні афазіологи розглядають афазію, як складне, неоднорідне за структурою та змістом порушення, яке впливає на всю психічну діяльність суб'єкта з афазією. На думку М.Крітчлі, афазіолог – це спеціаліст, який досліджує мовленнєві порушення в різноманітних аспектах. Водночас афазіолог не займається патологією мовленнєвих органів, тобто не працює з такими порушеннями, як заїкання, дислалія.

8.2. Історичний аспект вивчення афазії

Вперше термін «афазія» запропонував французький лікар А.Труссо у 1864 році (A.Trousseau), але перші описи симптомів втрати мовлення у хворих з'явилися понад 200 років тому. Так ще у XVII–XVIII ст. Дж.Шмідт (1673), П.Ромелінс (1683), Г.Ван Сміт (1742–1746) відмічали, що хворі, які перенесли захворювання головного мозку, забувають слова, тобто у них спостерігалось явище, яке згодом отримало назву амнестична афазія. Дж.Джезнер (1770) описав випадок жаргон-афазії, як синдром мовленнєвого порушення, схожий на сенсорну афазію. С.Морганні (1762) також відмічав, що при інсультах і травмах голови спостерігаються специфічні порушення мовлення.

І.Зайцев (2006) виділяє 3 етапи розвитку вчення про афазію.

Перший етап (друга половина XIX – початок XX століття) характеризується виділенням основних форм афазії. Вивчення та опис афазії в той час пов'язані з роботами П.Брока, К.Верніке, Л.Ліхтгейма, К.Уілсона, Г.Ліпмана, Х.Джексона.

У 1861 році П.Брока (P.Broca) описав порушення здатності говорити, яке виникає при ураженні задніх відділів третьої лобної звини. У подальшому цей відділ отримав назву «центр Брока». У 1873 році німецький лікар К.Верніке (K.Wernicke) з'ясував, що при ураженні задньої третьої верхньої скроневої звини порушується розуміння мовлення (центр Верніке). Перша із описаних форм порушень мовлення отримала назву моторної (експресивної) афазії, а друга – сенсорної (імпресивної). Тоді ж автори відзначали, що афазії зазвичай виникають при патологічних процесах у лівій півкулі мозку, яка є домінантною у більшості людей – правшів.

К.Уілсон (K.Wilson; 1908) та Г.Ліпман (H.Lipmann; 1913) розглядали основні форми афазії, як варіанти апраксії та агнозії, що викликало заперечення Х.Джексона (H.Jackson), який наполягав, що воля, пам'ять, мислення, мовлення є елементами свідомості і не можуть бути локалізовані у певному відділі мозку. Він був першим неврологом, який визначив динамічний підхід до різних симптомів ураження. Подібної думки дотримувався Г.Хед (H.Head; 1926), який запропонував розглядати мовленнєві порушення з точки зору лінгвістики і виділив 4 форми афазій: вербальну, номінативну, синтаксичну і семантичну.

Другий етап, який розпочався з 40-х рр. XX століття – «сучасний», пов'язаний активним розвитком афазіології. Розвиток афазіології спричинений появою нової науки – нейропсихології, яка стала науковим підґрунтям вчення про афазію. Засновником афазіології вважається О.Лурія, який уточнив саме поняття афазії, яке почало розглядатися як системне порушення мовленнєвої функції, що виникає при локальному ураженні певної зони мозку. В цьому визначенні відображене ґрунтовне уявлення О.Лурія про мозок як цілісний у функціональному

відношенні орган, але такий, що складається з окремих ділянок, які мають свою специфічну функціональну спеціалізацію. Відповідно до цього вчення структура мовленнєвого дефекту при афазії має системний характер, яка включає первинні симптоми у вигляді агнозій і апраксій, а також вторинні у вигляді порушень смислової сторони мовлення. Завдяки дослідженням О.Лурія та його послідовників визначено, які саме зони задіяні в результаті безпосереднього ураження зон локалізації мовленнєвого гнозису і праксису, а які виявляються функціонально неповноцінними.

Видатний вчений розробив найпоширенішу класифікацію зазначеного мовленнєвого порушення, в основу якої було покладено результати синтезу морфологічних, синдромологічних та лінгвістичних понять. О.Лурія виділив 3 форми порушень експресивного мовлення (моторної афазії): аферентну (кінестетичну), еферентну (кінетичну) та динамічну, а також 3 форми порушень імпресивного мовлення: сенсорну, семантичну та амнестичну афазії.

Третій етап за О.Лурія – це «справа майбутнього», який пов'язаний із подальшим розвитком сучасних наукових пошуків М.Бурлакової, Т.Візель, В.Оппель, Л.Цветкової, В.Шкловського та інш. Цей етап, на думку І.Зайцева, характеризуватиметься вивченням відкритих на сьогодні питань афазіології, зокрема участі правої півкулі у виникненні та симптоматиці афазії, механізмах виникнення та симптоматиці дитячої афазії.

8.3. Дитяча афазія

Як зазначалося вище, афазія виникає частіше у дорослому віці, однак в останні роки зросла кількість афазій у дитячому віці, що спричинило нові наукові пошуки щодо *дитячої афазії*. Водночас наукових даних про механізми порушень, симптоматику та можливості відновлення при дитячій афазії вкрай недостатньо.

Схожість дитячої афазії з афазіями у дорослих полягає у тому, що:

- 1) має місце втрата вже сформованого мовлення;
- 2) схожі причини виникнення афазії (травми, запальні процеси, пухлини мозку, рідше – інсульт);
- 3) схожість клінічної картини дитячої афазії у школярів та дорослих.

Водночас, їхня відмінність полягає у наступному:

- 1) навіть найтяжчі афатичні синдроми у дітей швидше підлягають відновленню,
- 2) у дошкільників афазії не настільки різноманітні, як у дорослих, оскільки їхнє мовлення не досягло відповідного рівня розвитку (І.Зайцев).

За даними Е.Симерницької (1975), мозкові механізми, які забезпечують здійснення мовленнєвої функції у дітей, є специфічно іншими ніж у дорослих. Ці відмінності виражаються, з одного боку, – в меншій частоті афазій при локальних ураженнях лівої півкулі, а з другого боку, – більшій ролі правої півкулі при забезпеченні мовленнєвих функцій у дошкільному віці.

Досліджуючи мовлення дітей з постопераційною афазією А.Савицький (2009) зазначив, що характер порушень їхньої мовленнєвої та рухової сфер дозволяє зробити висновок про спільну моторну природу порушень мовленнєвої та рухової сфери у цієї категорії дітей. Автор наголошує, що у дітей з постопераційною моторною афазією значно знижений, порівняно з дорослими, обсяг автоматизованих рядів, які можуть бути використані на ранніх етапах корекційно-відновлювальної роботи, що значно ускладнює її проведення на основі використання схем, традиційних для роботи з дорослими хворими на афазію.

М.Крітчлі (1974) виділяє такі характерні ознаки дитячої афазії:

- редуплікації простих звуків, складів та мовленнєві ітерації,
- порушення синтаксису (телеграфний стиль мовлення),
- аграматизми,
- перевага іменників у словнику.

Водночас нетиповими при дитячій афазії автор називає логорею, жаргонізми, прості порушення називання.

8.4. Класифікації афазій

8.4.1. Короткий огляд класифікацій афазій

Існує багато різних класифікацій афазій: класична, неврологічна класифікація, лінгвістичні класифікації, кожна з яких відображає рівень розвитку неврологічної, психологічної, фізіологічної та лінгвістичної наук, характерний для певного історичного періоду розвитку вчення про мовлення.

Одними з перших класифікацій афазій запропонували К.Верніке та Л.Ліхтгейм (K. Wernicke, L. Lichtheim; 1874, 1885), яка була визнана класичною неврологічною. Автори охарактеризували особливості афазії в залежності від зони ураження кори домінантної півкулі. За цією класифікацією було виділено 7 форм афазій, з них 2 основні: *коркові моторна* та *сенсорна*. Решта 5 форм афазій розглядались як наслідок порушення зв'язків між центрами Брока та Верніке (провідникова афазія), між цими центрами та гіпотетичним центром понять (транс-кортикальні моторна та сенсорна афазії) та афазії, що виникають унаслідок ураження проєкційних шляхів, які ведуть до основних мовленнєвих центрів (субкортикальні моторна та сенсорна афазії).

Французький невропатолог Ж.Шарко (J.M. Charcot; 1880) розглядав афазію, як руйнування певних здібностей внаслідок втрати пам'яті (*amnesie*). Він виділяв такі форми втрачених функцій (афазії):

Моторна афазія – це втрата рухових образів мовлення.

Апраксія – це втрата рухових образів письма.

Словесна глухота – це втрата звукових образів.

Словесна сліпота – це втрата зорових образів.

А.Кусмауль (A. Kussmaul; 1879) виділяв 5 форм розладів, які об'єднував родовим поняттям «афазія»:

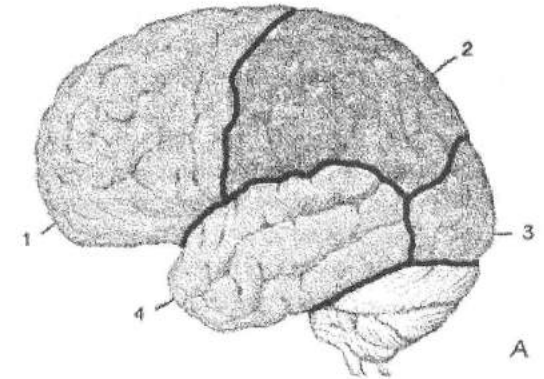
1. *Атактична афазія* – втрата здатності до рухової координації слів.

2. *Амнестична афазія* – втрата пам'яті слів або акустичних звукових комплексів.

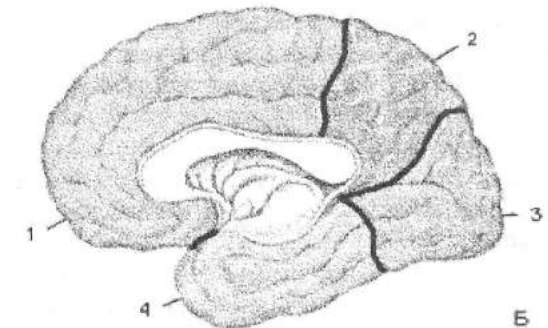
3. *Глухота до слів* – втрата здатності розуміти слова при збереженому фізіологічному слусі та «значному ступені інтелігентності» (автор).

4. *Парафразія* – втрата здатності правильно поєднувати словесні образи із відповідними уявленнями, проявляється у заміні слів, які не відповідають за змістом ситуації.

5. *Аграматизм та акатафазія* – це втрата вмінь граматично правильно поєднувати слова і синтаксично правильно поєднувати їх у фрази.



Мал. 8.1. Долі великих півкуль:
А) зовнішня поверхня; Б) внутрішня поверхня; 1) лобна доля; 2) тім'яна доля; 3) потилична доля; 4) скронєва доля



Не менш важливим є напрям нейролінгвістичних досліджень афазії, початок яким було закладено Р.Якобсоном та М.Галле (R. Jacobson, M. Halle; 1959). Згідно уявлень цих авторів, існує дві основні сторони мови і відповідно 2 форми афазії: 1) «парадигматична», яка обумовлена ураженням заднього блоку мозку, та 2) «синтагматична», яка обумовлена ураженням переднього блоку мозку.

У 1959 р. В.Орфінська запропонувала *нейролінгвістичну класифікацію* афазій та алалій, в якій автор усі зазначені порушення поділила на 3 групи.

Перша група характеризується первинним порушенням мовної системи, що проявляється у неповноцінності мовного аналізу та синтезу. При моторній афазії порушений мовноруховий, а при сенсорній – мовнослуховий аналізатор.

Друга група афазій та алалій – це результат первинних агностико-апраксічних розладів у: а) акустичній; б) оптичній сферах.

Третя група представлена порушенням мовленнєвих функцій у формі: а) моторної амнестичної (асоціативної) афазії б) сенсорної амнестичної (асоціативної) афазії. Таким чином, В.Орфінська вважала, що афазія може розвиватися при ураженні будь-якого з рівнів мозкової організації мовленнєвої системи.

8.4.2. Класифікація афазії О.Лурія

На сьогодні загальноприйнятою у логопедії та психології вважається *нейропсихологічна класифікація афазій О.Лурія* (1975, 1979). Нейропсихологічний підхід до організації вищих коркових функцій О.Лурія є продовженням нейрофізіологічних відкриттів І.Павлова, М.Бернштейна, П.Анохіна про системну організацію функцій, а також нейропсихологічних та психологічних поглядів Л.Виготського, О.Леонтьєва та інших психологів.

У 1947 році О.Лурія формулює принцип системної будови та динамічної, поетапної локалізації вищих коркових функцій. Він розробив методи вивчення порушень психічної діяльності, різних пізнавальних процесів людини.

О.Лурія виділив 6 форм афазії:

Акустико-гностична та акустико-мнестична афазії, які виникають внаслідок ураження скроневих відділів мозку; *семантична та аферентна (кінестетична) моторна* афазії, які виникають внаслідок ураження тім'яних відділів кори головного мозку; *моторна еферентна (кінетична) та динамічна*

афазії, які виникають при ураженні премоторних та задньолобних відділів кори головного мозку (зліва у правшів).

8.4.2.1. Акустико-гностична сенсорна афазія

Сенсорна афазія виникає при ураженні задньої третьої верхньої скроневої звиліни кори лівої півкулі (зона Верніке). Центральним механізмом акустико-гностичної афазії є порушення акустичного аналізу та синтезу звуків мовлення, що проявляється у порушенні фонематичного слуху. Таким чином, при цій формі афазії порушується фонетична організація мовлення, що створює труднощі процесу звукорозрізнення. Звучання слова втрачає свою константність, стійкість, тому розуміння, а також повторення, вимова слів практично неможливі.

На ранньому етапі при акустико-гностичній афазії відмічається повна втрата розуміння мовлення: звернене мовлення сприймається, як незрозумілий потік звуків. При цьому у хворого відсутні явні рухові порушення, тому він часто не усвідомлює наявність мовленнєвого порушення.

На подальших етапах відмічається часткове нерозуміння мовлення, заміна точного сприймання слова здогадами: різні слова звучать для такої людини однаково (*хвіст – кість*). Одне і те ж слово може сприйматися по-різному, змішуються слова на кшталт *дом – том, бочка – почка, точка – дочка* і т. д.

Отже, при сенсорній афазії порушується протиставлення, диференціація опозиційних фонем, які розрізняються: а) за дзвінкістю–глухістю (*б-п, д-т*), б) за твердістю–м'якістю (*л-ль, т-ть*), в) за назальністю (*н-т*). Хворі на афазію не можуть диференційовано сприймати ці ознаки звуків, а тому чують і вимовляють їх однаково або заміщують на близькі фонемі, що призводить до центрального симптому акустико-гностичної афазії – *порушення розуміння мовлення*.

В клінічній картині це порушення проявляється у феномені «відчуження змісту слова», в порушенні розуміння слів, вербальних інструкцій, зверненого мовлення.

У зв'язку із порушенням фонематичного сприймання зверненого мовлення при акустико-гностичній сенсорній афазії

порушується слуховий контроль за власним мовлення. У результаті у всіх видах усного мовлення – в спонтанному, повторенні, називанні, розумінні відмічається велика кількість *літеральних та вербальних парафазій*.

На ранньому етапі після інсульту чи травми мовлення хворого може бути абсолютно незрозумілим для оточення, оскільки воно складається із випадкового набору звуків, складів, словосполучень, що отримало назву «жаргон афазії» або «мовленевої окрошки». Часто у цьому мовленні зустрічаються правильно вимовлені слова, однак вони вимовляються без усвідомлення з боку хворого. Характерним є те, що у цьому грубо порушеному усному мовленні залишається збереженим *загальний контур фрази*, часто збереженою є і флективна структура в цілому спотворених слів. Порушується граматичне оформлення мовлення. Може бути непорушеним і загальний інтонаційний лад висловлювання, тобто синтагматична організація мовлення більш збережена, ніж парадигматична.

Внаслідок розпаду звукової структури слова для хворих на сенсорну афазію характерне *порушення предметної співвіднесеності слова*, тобто відмічається розрив між його значенням та звучанням.

Водночас, хворі на сенсорну афазію комунікабельні, дефіцит вербальних засобів спілкування вони замінюють паралінгвістичними засобами: мімікою, жестами, інтонацією.

Період «жаргон афазії» триває не більше 1,5–2 місяців, поступово видозмінюючись у *логорею* (надмірну мовленнєву активність) з вираженням аграматизмом.

Внаслідок порушень фонематичного сприймання вторинно порушується повторення слів, при цьому перше повторення автоматизовано, глобально повторюється правильно, але вслуховуючись в нього і намагаючись повторити вдруге, людина втрачає не тільки звукові компоненти слова, а й ритміко-мелодійну його основу.

Читання хворого на сенсорну афазію характеризується великою кількістю літеральних парафазій, виникають труднощі у знаходженні місця наголосу в слові, що призводить до труднощів розуміння прочитаного. Однак читання залишається однією з найзбереженіших функцій при сенсорній афазії, ос-

кільки воно здійснюється шляхом залучення оптичного та кінестетичного контролю.

Письмо, на відміну від читання, порушується в більшій мірі і прямо залежить від стану фонематичного слуху. На ранніх етапах порушується не тільки письмо під диктовку, а й списування слів. Застосування збереженого оптичного контролю поступово призводить до точного копіювання буквеного складу слова, однак у слухових диктантах довго відмічаються літеральні параграфії.

Грубі порушення рахунку при сенсорній акустико-гностичній афазії відмічаються лише на ранніх етапах, оскільки рахунок вимагає промовляння слів, які необхідні для здійснення рахункових операцій.

Зазначена форма афазії супроводжується комплексом емоційно-вольових розладів у хворих: їхні емоційні реакції нестійкі, легко збуджуються, емоційно лабільні, тривожні.

Таким чином, синдром сенсорної акустико-гностичної афазії характеризується:

- порушенням усіх видів усного експресивного мовлення,
- порушенням читання і письма,
- порушенням усного рахунку,
- порушенням відтворення ритмічного малюнку,
- порушенням емоційно-вольової сфери.

8.4.2.2. Акустико-мнестична афазія

Процес слухового, акустичного запам'ятовування є продовженням процесу сприймання, тобто акустико-гностичного аналізу звукового складу слова. Для стійкого та правильного розуміння мовлення необхідний ще й певний обсяг можливого сприймання зверненого мовлення і можливість переробки цього обсягу за допомогою слухомовленнєвої пам'яті. Порушення цих процесів призводить до спотворення розуміння мовлення, але механізми і структура цього порушення будуть відрізнятися від акустико-гностичної афазії.

Акустико-мнестична афазія виникає при ураженні середніх та задніх відділів скроневої зони лівої півкулі і характе-

ризується наявністю *декількох центральних механізмів* в основі її виникнення – *порушення мовнослухової пам'яті, звуження обсягу акустичного сприймання, порушення зорових предметних образів-уявлень*.

Складність механізмів акустико-мнестичної афазії обумовлена складністю морфологічної будови кори цього відділу та її зв'язками із зоровим та слуховим аналізаторами.

Центральними порушеннями при акустико-мнестичній афазії є: порушення розуміння мовлення, повторення; вторинно порушується усне спонтанне мовлення, яке характеризується великою кількістю вербальних парафазій.

Фонематичний слух залишається збереженим. Всі мовленнєві труднощі починаються зі збільшення обсягу вхідної інформації.

Для хворих на акустико-мнестичну афазію характерне грубе порушення розуміння мовлення і відчуження змісту слів, нерозуміння прихованого змісту тексту, порушення називання предметів, не грубе порушення усного мовлення.

В усному мовленні, як було зазначено вище, відмічається велика кількість вербальних парафазій при повній відсутності літеральних.

У спонтанному мовленні немає логореї, мовлення загалом зрозуміле, часто ці хворі помічають власні мовленнєві помилки.

Процес називання значно відрізняється у порівнянні зі акустико-гностичною афазією, при якій спроби назвати предмет супроводжуються численними літеральними помилками, відмічається пошук звукового оформлення слова, підказка не допомагає. Водночас, при акустико-мнестичній афазії спроби назвати предмет супроводжуються пошуком саме слова-назви шляхом перебору всіх слів-найменувань з одного семантичного поля. Зазначені труднощі свідчать про *порушення номінативної функції мовлення*.

Мовлення має виражений предикативний характер, порушення номінативної функції проявляється не тільки у спонтанному мовленні, а й у розповідях за картинками, переказах.

Для цієї форми афазії характерна дисоціація між відносно збереженою здатністю повторити окремі слова і порушенням

повторення 3–4 слів не пов'язаних за змістом. Зазвичай хворі повторюють перше та останнє слова, в тяжких випадках – тільки одне із заданої серії слів.

Зниження обсягу утримання мовленнєвої інформації призводить до труднощів розуміння довгих висловлювань: людина вказує не той предмет, виникає акустико-мнестичне дезорієнтування, «вимкнення» у складній мовленнєвій ситуації, втома після прослуховування музики, доповідей, радіопередач.

При акустико-мнестичній афазії відмічаються труднощі утримання на слух змістової сторони мовлення, які проявляються у збідненні зорових предметних образів-уявлень. Це призводить до неповного уявлення про предмет. Тому у процесі малювання опускаються значущі для його впізнавання деталі: чайник без носика, тварина без хвоста, чашка без ручки. Недомальовані елементи є специфічними для цих предметів і водночас пов'язані із багатозначністю слова (носик, ручка).

Письмо і читання при цій формі афазії відносно збережені. Номінативна сторона писемного мовлення первинно збережена, однак відмічається виражений експресивний аграматизм. Труднощі в диктантах пов'язані насамперед із неможливістю утримувати у пам'яті фрази.

Порушення слухомовленнєвої пам'яті призводить до труднощів вирішення арифметичних прикладів, коли слід запам'ятовувати числа.

Емоційно-вольова сфера характеризується емоційною лабільністю, тривожністю, що загалом характерно для сенсорної афазії.

Таким чином, акустико-мнестична афазія має декілька спільних симптомів із акустико-гностичною афазією: порушення розуміння мовлення, феномен відчуження змісту слова. Водночас існують відмінності між цими формами афазії, що дозволяє їх диференціювати. При акустико-мнестичній афазії:

1) відсутні порушення звукорозрізнення при малому обсязі інформації;

2) збережений фонематичний слух, який грубо порушений при акустико-гностичній формі;

3) розуміння мовлення порушується внаслідок втрати значення слова, а при акустико-гностичній – завжди грубо порушується розуміння при відносній збереженості змісту;

4) в усному мовленні переважають вербальні парафазії, а при акустико-гностичній – літеральні;

5) письмо і читання відносно збережені, а при акустико-гностичній – груба аграфія та алексія.

8.4.2.3. Семантична афазія

Семантична афазія виникає при ураженні тім'яно-потиличних зон доміантної півкулі. Вперше вона була описана у 1926 році Г.Хедом.

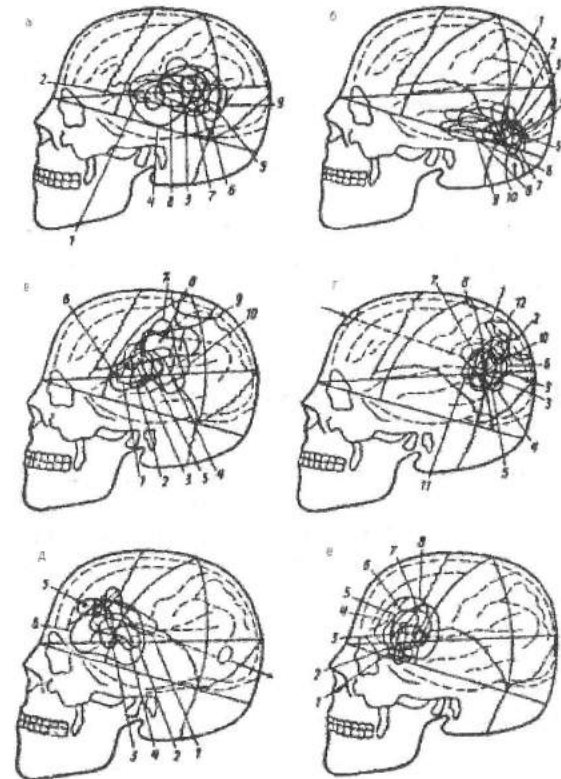
При семантичній афазії не відмічається порушень ні артикуляційної, ні акустичної складових мовлення.

О.Лурія зазначив, що *центральною механізмом* порушення розуміння мовлення при семантичній афазії є *порушення симультанного (одночасного) просторового сприймання, а центральним дефектом – порушення розуміння логіко-граматичних конструкцій.*

При цій формі афазії не відмічається пошуків звукового складу, відсутнє виражене зниження слухомовленнєвої пам'яті або порушення фонематичного слуху. Відмічаються специфічні амнестичні труднощі у процесі пошуку необхідного слова чи довільного називання предмета, коли хворий описує функції та якості цього предмета, тобто не замінює слово іншим, а замінює його цілою фразою: «це те, чим пишуть», «... чим ріжуть» тощо. З другого боку, для цієї форми характерний складний *імпресивний аграматизм.*

Порушення симультанного просторового фактору призводить до порушення тих сторін мовлення, які пов'язані зі сприйманням просторових відношень. Внаслідок цього порушується розуміння конструкцій із прийменниками (*під-над, від-до, в-на, і т.д.*). Порушується розуміння порівняльних конструкцій (*муха менше слона*), звороти зі словами *перед, після*, конструкції родового та орудного відмінків (*шапка батька, будинок хазяїна, суп ложкою, малюнок олівцем*), інверсій, тобто фраз із зворотнім порядком слів (*земля освітлюється сонцем*). Оціню-

ючи подібні конструкції хворий розуміє або окремі слова, або загальну ситуацію (про кого йдеться), але взаємодії та взаємовідносини зазначених об'єктів, явищ залишаються недоступними. Зазначені труднощі означають можливість розуміння мовлення лише в межах простих фраз, і неспроможність зрозуміти зміст складних лексико-граматичних конструкцій.



Мал. 8.2. Розташування зон ураження лівої півкулі мозку при різних формах афазії:

а) при сенсорній афазії, б) при акустико-амнестичній афазії, в) при аферентній моторній афазії, г) при семантичній афазії, д) при еферентній моторній афазії, е) при динамічній афазії (за О.Лурія, 1947)

Таким чином, при семантичній афазії *слово випадає із системи граматичних понять і сприймається тільки як носій безпосереднього значення*.

Водночас, при семантичній афазії зовні не відмічається грубих порушень мовлення: людина розуміє звернене побутове мовлення, адекватно відповідає на запитання, утруднення не виходять за межі легкого забування слів.

Семантична афазія характеризується синдромом симультанної агнозії, астереогнозу (нездатність впізнавати тактильно знайомі предмети із закритими очами), порушення схеми тіла, просторової та конструктивної апраксії та первинної акалькулії (порушення рахунку). На фоні збереженого сприймання окремих предметів відмічається порушення сприймання тонких просторових відносин. Хворі на семантичну афазію не можуть уявно перегорнути фігуру у просторі, з труднощами сприймають географічну карту.

8.4.2.4. Аферентна (кінестетична) моторна афазія

Зовсім інша група порушень виникає при ураженні задньої мовленнєвої зони. Аферентна кінестетична моторна афазія виникає внаслідок ураження вторинних зон постцентральної та нижньо-тім'яних відділів кори головного мозку, які розташовані позаду від центральної Роландової борозди.

Центральним механізмом розладів при аферентній моторній афазії є порушення кінестетичних відчуттів (кінестетична апраксія). Цей механізм призводить до *центрального дефекту – порушення тонких артикуляційних рухів*, що проявляється у нездатності при вимові встановити необхідне положення артикуляційних органів: губ, язика.

Провідним симптомом моторної афазії є порушення моторної сторони мовлення. Аферентна моторна афазія проявляється або у повній відсутності усного (експресивного) мовлення, або у великій кількості літеральних парафазій у всіх видах експресивного мовлення (спонтанне, повторення, номінативне). Хво-

рий на аферентну моторну афазію не може швидко та без напруження артикулювати слова і звуки. Тому відмічаються заміни звуків за глухістю-дзвінкістю, способом творення (*б-п-т-д, с-з-ш-ж-в-ф*) та місцем (*т-д-л-н, г-к-х, в-ф і т.д.*).

О. Лурія (1969; 1975) виділяє *два варіанти аферентної кінестетичної моторної афазії*. *Перший* характеризується порушенням просторового симультанного синтезу рухів різних органів артикуляційного апарату і повною відсутністю ситуативного мовлення. Виражена апраксія артикуляційного апарату призводить до хаотичного пошуку необхідного положення губ та язика, літеральним замінам, часто парадоксальним, коли простий за артикуляцією звук замінюється складнішим (*с-ц, т-ч*).

Другий варіант, що отримав назву «провідникової афазії», відрізняється відносною збереженістю ситуативного клішеподібного мовлення та грубим розпадом повторення, називання та інших довільних видів мовлення. Цей варіант аферентної моторної афазії характеризується порушенням диференційованого вибору способу артикуляції та симультанним синтезом звукових та складових комплексів, які утворюють слово. М. Жинкін (1958) відзначав, що другий варіант аферентної моторної афазії характерний для осіб із прихованою ліворукістю при ураженнітім'яних зон лівої півкулі.

При аферентній кінестетичній моторній афазії порушується програмування висловлювання, страждає процес створення моторної програми мовлення. Характерною рисою цієї форми афазії є *відносна збереженість мимовільного рівня організації мовлення*. Труднощі починаються із необхідності цілеспрямовано вимовити, повторити слово, фразу.

На ранніх етапах після травми чи інсульту порушується розуміння зверненого мовлення. Це пов'язано із участю у процесі розуміння кінестетичного контролю, прихованого промовляння фрази, яка сприймається на слух. Однак специфічні особливості процесу розуміння зберігаються і у подальшому, що пов'язано зі вторинним порушенням фонематичного слуху. Хворий зі труднощами диференціює звуки схожі за способом і місцем творення (*губні б-м-п, передньоязикові д-т-л-н, фрика-*

тивні с-ш-ф, проривні б-д-г). Порушення розуміння зазвичай погіршується, якщо хворий намагається промовити слово, тобто підключається первинно порушений кінестетичний контроль.

Внаслідок вторинного порушення фонематичного слуху, хворий на аферентну моторну афазію з труднощами диференціює лексичні засоби, які позначають просторові відношення (прийменники, закінчення, префікси) спостерігається *імпресивний аграматизм*.

Синдром аферентної моторної афазії характеризується порушеннями писемного мовлення, вторинним порушенням рахунку, розуміння мовлення, образів-уявлень. Також порушується пальцевий праксис тощо.

Ступінь порушення процесів читання і письма прямо залежить від тяжкості апраксії артикуляційного апарату. Тому відновлення писемного мовлення відбувається паралельно із подоланням кінестетичної апраксії. Письмо характеризується великою кількістю літеральних параграфій, дзеркальним написанням, пропусками букв.

8.4.2.5. Еферентна моторна афазія

Еферентна моторна афазія виникає внаслідок ураження передніх гілок лівої середньої мозкової артерії, премоторних зон кори головного мозку.

Центральним механізмом розладів при еферентній моторній афазії є *порушення засвоєння та відтворення рухової програми (кінетична апраксія), що проявляється у нездатності своєчасного переключення з одного артикуляторного акту на інший*. Кінетична апраксія проявляється не в труднощах повторення окремих звуків, а у втраті здатності повторити серію звуків або складів. Цей механізм призводить до патологічної інертності мовленнєвих стереотипів, що призводить до звукових, складових і лексичних *персеверацій*, повторів. Ці явища утруднюють, а іноді повністю перешкоджають усному та писемному мовленню.

Порушується номінативна функція мовлення, а при підказці першого складу відбувається або автоматичне закінчення, або називання іншого слова, яке починається на цей же склад: мо (море, морква, морозиво).

Для мовлення хворого на еферентну моторну афазію характерні *контамінації* на кшталт *стожка (стол+ложка)*.

О. Лурія виділяє другий варіант еферентної моторної афазії, який характеризується вираженим *експресивним аграматизмом*: хворі опускають дієслова, з труднощами використовують прийменники, флексії іменників. Відмічається «телеграфний стиль», який виникає внаслідок порушення предикативної функції мовлення. В легших випадках дієслова переставляються в кінець речення.

Можливий і третій варіант еферентної моторної афазії, для якого характерна *крайня інертність у виборі слів*, у висловлюванні відмічаються довгі паузи, персеверації, вербальні парафазії, «розтягується» вимова слів. Зовні ці симптоми нагадують амнестичні труднощі.

При легших формах кінетичної моторної афазії відмічаються порушення мелодійної сторони мовлення. Мовлення є грама-тично правильним, але порушується інтонаційне виділення наголошених звуків і складів, логічного наголосу.

Розлади розуміння зверненого мовлення також пов'язані із інертністю протікання всіх видів мовленнєвої діяльності. Відмічається порушення «відчуття мови» та предикативної функції внутрішнього мовлення. Виконання простих інструкцій доступне, якщо між словами зроблено достатні паузи. При-скорення темпу мовлення призводить до персеверацій, неможливості виконання завдань, інструкцій.

Хворі на еферентну моторну афазію із труднощами розуміють метафори, прислів'я, багатозначні слова, не розрізняють гра-матично правильно і неправильно побудовані висловлювання.

Еферентна моторна афазія характеризується вираженою аграфією: запис слів можливий тільки за умов промовляння по складах. У тяжких випадках порушується складання слів із необхідних букв розрізної азбуки. На письмі відмічаються пер-

северації букв із попередніх складів (*машина-машишина, молоко-момолоко*), пропуски голосних та приголосних (*комната-кмата, вікно-кно*). На пізніх етапах відновлення відмічається аграматизм, який проявляється у труднощах поєднання слів у реченнях, змішуванні флексій.

Таким чином, симптоматика моторної афазії, і аферентної і еферентної форм, засвідчує наявність первинних порушень у створенні моторної програми, що призводить до порушень усіх видів експресивного мовлення, а також вторинних порушень імпресивного мовлення – розуміння.

8.4.2.6. Динамічна афазія

Динамічна афазія виникає внаслідок ураження задньолобних відділів лівої півкулі, т.б. відділів третього функціонального блоку (за О.Лурія) – блоку активації, регуляції та планування мовленнєвого висловлювання.

Динамічна афазія проявляється у порушеннях мовлення на рівні речення, частіше – сукцесивного висловлювання. Це означає, що при динамічній афазії порушується, насамперед, комунікативна функція мовлення.

Формування сукцесивного висловлювання завершується на рівні внутрішнього мовлення, де спочатку створюється семантична, синтаксична та граматична схема висловлювання, потім динамічна схема речення, відбір необхідних значень. На рівні внутрішнього мовлення відбувається психологічне програмування мовлення, а потім – переструктурування – у зовнішній формі мовлення. Саме *активне психологічне програмування, активне створення динамічних схем речення і порушується при динамічній афазії.*

Центральним механізмом порушення мовлення при динамічній афазії є *порушення внутрішнього мовлення*, насамперед – порушення його предикативності, а центральним розладом є *порушення продуктивного, активного мовлення*, неспроможність до активного висловлювання при збереженості малопродуктивного стереотипного мовлення.

Л.Цветкова під предикативністю пропонує розуміти наступне:

- 1) наявність у реченні присудка,
- 2) схеми речення,
- 3) його зв'язності, наявність психологічного присудка.

Мовлення хворого на динамічну афазію характеризується *заміщенням продуктивного мовлення шаблонами, мовленнєвими стереотипами, порушенням предикативності мовлення*: у мовленні мало (або відсутні) дієслів, коротка фраза, довгі паузи між словами. Відсутнє інтонаційне забарвлення мовлення. Водночас збереженими є повторення, називання, розуміння мовлення. Характерні *виражені ехोलалії*.

Поведінка такого хворого характеризується зниженням психічної та відсутністю вербальної активності, ініціативи.

Найбільше мовленнєві порушення при динамічній афазії проявляються у монологічному мовленні та розгорнутому діалозі. Простий діалог є доступним, оскільки передбачає ланцюжок готових мовленнєвих реакцій, використання готових програм висловлювання, шаблонів. Усі труднощі проявляються, коли хворому слід вийти за межі репродуктивного мовлення до його активної форми.

Прояви порушень мовлення при динамічній афазії зовні схожі із симптоматикою еферентної моторної афазії, однак вони різні. Якщо еферентна афазія є моторною, то динамічна – не належить до цієї групи. Моторні механізми при цій формі не порушуються, так само як і сенсорні. Порушення мовлення у цьому випадку пов'язані з процесами, які регулюють загальну та вербальну активність, тобто порушується вищий рівень у структурі мовлення. Якщо при еферентній моторній афазії порушується механізм моторного програмування висловлювання, то при динамічній – структурування висловлювання у внутрішньому мовленні.

Мовленнєві засоби при динамічній афазії відносно збережені, про що свідчить збереженість називання предметів, здатність повторювати, писемне мовлення.

Легкі форми динамічної афазії характеризуються збереженим розумінням ситуативного мовлення в уповільненому темпі.

Однак прискорення завдань, показу предметних картинок призводять до персеверацій, труднощів знаходження предмета, псевдо відірваність змісту слова.

Виражена динамічна афазія супроводжується порушенням «чуття мови», труднощами розуміння складних, особливо – інвертованих фраз, фіксацією уваги на значенні окремих елементів з порушенням розуміння граматичних засобів мови.

Елементарний рахунок залишається збереженим навіть у випадках грубого розпаду експресивного мовлення. Однак при цій формі афазії порушується вирішення арифметичних завдань, що вимагає побудови плану дій.

Логопедична практика свідчить, що часто зустрічаються хворі з «комплексними» афазіями: сенсомоторною, аферентно-еферентною, еферентною з динамічним компонентом, що обумовлено ураженням мовленнєвих зон, які розташовані поряд, або наявністю декількох зон ураження.

Враховуючи фундаментальні розробки О.Лурія та його учнів, Т.Візель відзначає, що афазія має й атипові прояви, про які до останнього часу у наукових джерелах не йшлося. Автором вивчено 1500 хворих на різні форми афазії і доведено, що у 21,1% випадків афазії не відповідають описаним у сучасній літературі синдромам. Т.Візель визначила їх, як *атипові*, що розширює межі даної проблеми, оскільки передбачає врахування не тільки індивідуальних особливостей статусу хворого, а й низку інших факторів, що впливають на структуру дефекту.

Водночас, низка авторів (М.Бурлакова, Т.Візель, О.Лурія, Л.Цветкова, В.Шкловський), зазначають, що окрім загальноприйнятих у літературі форм афазії у випадках повної втрати експресивного та імпресивного мовлення, слід говорити про *тотальну афазію*.

Афазії у ліворуких, які виникають внаслідок ураження правої півкулі, менш виражені, що пояснюється високими компенсаторними можливостями лівої півкулі. Тяжчими у ліворуких є мовленнєві розлади внаслідок ураження лівої півкулі, що пояснюється формуванням при переучуванні ліворукої дитини додаткових мовленнєвих зон у лівій півкулі.

Диференційна діагностика афазії базується на таких положеннях:

– відмінність афазії від алалії полягає у тому, при алалії мовлення ще не сформоване, а при афазії відбувається втрата вже сформованого мовлення;

– від дислалії афазія відрізняється тим, що при дислалії порушується тільки звукова сторона мовлення, а при афазії відмічається системне порушення мовлення;

– афазія відрізняється від дизартрії тим, що при моторній афазії не відмічається грубих порушень рухливості артикуляційних органів поза мовленням. Водночас при дизартрії порушення рухливості язика, губ відмічається як під час мовлення, так і поза ним;

– при афазії зазвичай первинно збережений фізіологічний слух, що відрізняє це порушення від вад слуху різної тяжкості;

– афазія призводить до затримки психічного розвитку вторинного генезу, що відрізняє це порушення від різних форм розумової відсталості, при якій зниження інтелекту є первинним.

8.5. Обстеження хворого на афазію

Організація ефективного відновлювального навчання можлива тільки після проведення комплексного обстеження людини з афазією, яке повинно здійснюватись групою фахівців – нейропсихологами, логопедами, лікарями.

Логопедична діагностика є складовою цього комплексного обстеження і базується на нейропсихологічній основі, яку запропонував О.Лурія та його учні.

Розглянемо схему обстеження людини з афазією за Т.Візель.

На думку автора, принципово важливе значення для визначення тактики діагностичного обстеження має попередня бесіда. Вона будується таким чином, щоб спеціаліст у кожному конкретному випадку був здатним зробити висновок про пріоритети та акценти у подальшому.

На основі даних бесіди створюється попередня загальна характеристика хворого на афазію, в якій відображено:

- 1) рівень усвідомленості ситуації бесіди;
- 2) орієнтація в оточуючому;
- 3) здатність до вербального вираження думки;
- 4) наявність мовленнєвого емболу, мовленнєвих автоматизмів (думаю, от, ну, так би мовити тощо);
- 5) дисоціація між здатністю до мимовільного та довільного мовлення;
- 6) обсяг паралінгвістичних засобів спілкування (жести, міміка, інтонація);
- 7) критичність до власного стану.

Після бесіди слід перейти до вивчення стану рухів і дій, а саме:

- 1) кінестетичного орального, пальцевого праксису (відтворення окремих поз);
- 2) кінетичного (динамічного) праксису (відтворення серій артикуляційних, пальцевих поз);
- 3) конструктивного праксису (конструювання з деталей),
- 4) рухових координацій, які характеризують стан взаємодії між півкулями головного мозку (проби, зокрема Озерецького);
- 5) зорового, акустичного, сомато-сенсорного (стереогнозу).

У сфері зорового виділяють стан пальцевого гнозису, лицьового, оптико-просторового, кольорового, пальцевого. Дослідження стереогнозу передбачає з'ясування місця дотику на тілі (із закритими очима), впізнавання предметів на дотик («Чарівний мішечок»). Визначення стану акустичного гнозису передбачає виявлення здатності впізнавати не мовленнєві шуми, знайомі мелодії.

Особливу увагу слід приділити *обстеженню мовленнєвих функцій*.

Логопедична частина обстеження спрямована на вивчення стану імпресивного та експресивного мовлення.

Обстеження імпресивного мовлення спрямовано на вивчення:

- 1) розуміння мовлення (ситуативний і позаситуативний діалог);
- 2) співвіднесення назви з предметом (показ предметів, їх частин, частин тіла за назвами);

3) розуміння складних логіко-граматичних конструкцій. Обстеження експресивного мовлення передбачає вивчення:

- 1) автоматизмів (рахунок до 10, дні тижня, місяці, закінчення знайомих віршів, фраз з чітко визначеним змістом, читання добре знайомих віршів, співи добре знайомих пісень);
- 2) афективно забарвлених автоматизмів («Як же так!», «чорт!» тощо);
- 3) співвідношення обсягів довільного та мимовільного мовлення;
- 4) повторення звуків і складів, слів і фраз;
- 5) називання предметів, дій;
- 6) стан спонтанного мовлення в монологі (переказ, розповідь, імпровізація);
- 7) глобальне та аналітичне читання букв, складів, фраз, текстів;
- 8) письмо букв, слів, фраз, текстів (списування, диктант, самостійне письмо).

Обстеження стану інтелекту хворих на афазію передбачає дослідження:

- 1) категоріального мислення (класифікація, виключення зайвого, аналогій, узагальнення);
- 2) аналітико-синтетичного мислення (причинно-наслідкові зв'язки, арифметичний рахунок, арифметичні задачі і приклади);
- 3) понятійного мислення (антоніми, синоніми, метафори). Окрему увагу слід приділити обстеженню пам'яті:
- 1) оперативної пам'яті (слухомовленнєва, зорова);
- 2) довготривалої пам'яті (на події власної біографії до заворювання, на загальновідомі події і дати).

У процесі обстеження важливо з'ясувати наявність ліворукості у хворого.

На підсумковому етапі обстеження складається заключення із загальною характеристикою мовлення хворого зі збереженням такої послідовності:

- наявність ліворукості,
- ступінь контактності хворого,
- орієнтованість в оточуючому,

- виснажливість,
- ступінь порушень розуміння мовлення,
- ступінь розпаду експресивного мовлення,
- відмічається здатність виконувати інструкції (усні і писемні),
- читання про себе,
- письмо (самостійне і під диктовку),
- особливості гнозису і праксису,
- стан інтелекту.

На підставі зазначених даних визначається форма афазії, ступінь розпаду функцій.

8.6. Основи відновлювального навчання при афазії

8.6.1. Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії

Проблемі відновлення мовлення при афазії вчені приділяли вагу з часів зародження афазіології. Методики відновлювального навчання при афазії спочатку було запозичено з досвіду навчання глухих (оптико-тактильний метод).

Ще у 60–70 рр. XIX століття П.Брока та інші клініцисти застосовували деякі мовленнєві вправи у роботі з хворими на афазію. А.Куссмауль (1910) першим ввів на основі лікувально-педагогічної психотерапії систематичне відновлення мовлення у хворих з афазією. Він вважав, що безмовленнєвих хворих з моторною афазією слід привчати сліdkувати за артикуляцією мовця, та рекомендував систему прийомів постановки звуків та введення їх у складові ряди.

У 1901 р. А.Гуцман (A.Gutzmann) першим узагальнив накопичений досвід відновлювальної роботи при афазії. Пізніше (1924) він детально зупинився на методиці початкового етапу відновлювального навчання при моторній афазії. Він вважав, що роботу слід розпочинати не відразу після інсульту, а через декілька місяців, коли настане максимально спонтанне покращення мовленнєвої функції. З хворими, які абсолютно не гово-

рять, А.Гуцман рекомендував працювати за методикою постановки звуків глухим. При тотальній афазії він попередньо проводив вправи з повторення не мовленнєвих рухів язика і губ, спираючись на тактильний та оптичний контроль. А.Гуцман, як і А.Куссмауль радив систематично вправляти хворого у спонтанному висловлюванні.

За часів Першої світової війни з'явилися спроби диференціювати форми моторної афазії, у зв'язку з цим для відновлювальної роботи було запропоновано акустичний метод у поєднанні з оптико-тактильним. Також автори відзначали ефективність роботи при моторній афазії за допомогою автоматизованих мовленнєвих рядів.

У роки Другої світової війни під керівництвом Б.Ананьєва групою психологів і педагогів було розроблено деякі оригінальні методики відновлення мовлення при різних формах афазії. Б.Ананьєв та С.Астахов (1946, 1947) запропонували конструктивно-аналітичну методику для подолання у хворих на моторну афазію літеральної аграфії, причину якої вони вбачали в оптичних та просторових порушеннях. Відновлення письма із застосуванням цієї методики випереджало відновлення усного мовлення. За конструктивно-аналітичною методикою працювали О.Колодна (1945), В.Орфінська (1948) та інші.

В 1940-рр. продовжуються спроби виходу за межі оптико-просторового методу. Т.Мохова (1948), критикуючи оптико-тактильний метод, запропонувала фонетичний (слуховий) метод. «Слухова» методика Мохової заснована на глобальному повторенні окремих простих слів з поверховим показом артикуляції. Для розгальмування мовлення автор використовувала порядковий рахунок.

У повоєнні часи у СРСР та США з'явилися перші практичні посібники з відновлювального навчання при афазії. При цьому підходи до завдань відновлення пропонувалися принципово різними. Дж.Тейлор (J.Taylor) та Дж.Маркс (J.Marks; 1955) основним завданням вважали відновлення 75–100 предметів побуту і з цією метою створили картинно-предметний словник. Водночас автори «Пособия по восстановлению речи у больных с

афазией» (Е.Бейн) вважали, що відновлювальну роботу слід розпочинати з елементарної фрази, висловлювання.

Монографія радянського психолога В.Когана (1962) містила оригінальну методику, яка складалася із низки прийомів, основним з яких є прийом формування словесно-предметних зв'язків. Автор вважав, що після того як хворі починають знаходити предмети за їх ознаками, за допомогою запитань стимулюється називання того чи того предмета. Коли у хворого виникає можливість називання предмета, основним завданням відновлення стає самостійне знаходження слів за другорядними питаннями.

Американський психолог І.Вірман (I. Wirman; 1951) звертав увагу, що відновлювальне навчання слід розпочинати не пізніше 6 місяців після захворювання і навіть відразу після інсульту, коли до хворого повернулася свідомість. Автор вважає, що першим завданням відновлення є розвиток розуміння, а з введенням фрази поспішати не слід. Після відновлення називання слід переходити до відновлення займенників, дієслів і т.д.

З публікацією робіт відомого радянського вченого Олександра Романовича Лурія розпочалася нова ера у розумінні і реалізації відновлювального навчання при афазії. Під його керівництвом працювала і продовжує наукові пошуки група вчених, які описали принципово нові підходи до розуміння та відновлення вищих психічних функцій при різних формах афазії.

На сьогодні загально визнаним є факт, що в основі відновлення мовленнєвих та інших ВПФ є явище *компенсації двох видів: прямої та обхідної*, що обумовлює наявність двох основних видів спрямованого впливу на порушені функції.

У випадках сильних крововиливів та травмах переважає руйнування діючих нервових елементів певної зони кори, водночас елементи перифокальної зони (та інших пов'язаних з ними відділів кори), можуть перебувати у стані *інактивності* (Л.Цветкова). У випадках контузій, ураженні стовбура мозку провідне значення набувають фактори, що призводять до бездіяльного стану нервових клітин, які морфологічно залишаються збереженими. Тому, коли провідне місце у порушенні

функції займає її інактивація (блокування, гальмування функцій), *основний шлях відновлення порушеної функції – це розгальмування, відновлення синоптичної провідності*. При цих випадках розгальмована функція відновлюється у попередньому вигляді. Це *перший шлях* відновлення психічних функцій. Іншим буде шлях відновлення функції, коли в основі її порушення покладено не обернене руйнування нервових елементів. У таких випадках відновлення функції у первинному вигляді є неможливим і єдиним шляхом відновлення є *перебудова порушеної функції з залученням збережених нервових елементів*, а іноді – у корінній зміні її психофізіологічного складу, тобто попереднє завдання здійснюватиметься новими шляхами за допомогою нової нервової організації. До цього *другого виду* належить переважна більшість випадків вищих психічних функцій після масивних органічних уражень мозку. У таких випадках вирішальну роль відіграють прийоми відновлювального навчання, при яких функція не відновлюється у первинному вигляді, а істотно змінює свою будову.

Прямі методи навчання розраховані переважно на мимовільну діяльність, т.б. на відновлення у пам'яті попередньо автоматизованих навичок. Обхідні шляхи передбачають, навпаки, довільні види діяльності, оскільки спосіб їх здійснення відрізняється від звичного (до захворювання) у мовленнєвій практиці.

Як правило, в межах компенсації по типу перебудови підключаються зовнішні опори, які в мовленнєвому онтогенезі були лише додатковими. Завдяки цьому структура дії, т.б. ієрархія складових змінюється. Так, наприклад, у діяльності з відновлення звуків мовлення оптико-тактильним методом провідним є не слухове сприймання, як в умовах природного становлення звуковимови в онтогенезі, а оптичний образ і тактильне відчуття артикуляційної пози.

Серед цих методів особливо популярною стала відображена та самостійна вимова автоматизованих мовленнєвих рядів.

Е.Бейн (1964, 1982) не тільки описала методи подолання різних форм афазії, а й представила концепцію різних видів компенсації порушень мовленнєвої та інших ВПФ при локаль-

них ураженнях мозку. Особливо детально автор зупинилась на методах відновлення розуміння мовлення при сенсорній афазії, зазначивши, що фонематичний слух є базовою функцією для імпресивного мовлення, тому його відновлення є першочерговим завданням.

Саме Е.Бейн належать цікаві описи способів подолання вербальних парафазій. При сенсорній афазії автор пропонує будувати роботу від цілого до окремого, на відміну від інших форм афазії, при подоланні яких використовується зворотній алгоритм.

Л.Цветкова у концепції відновлювального навчання (1972, 1975, 1979, 1988) виходить із загальнопсихологічних уявлень П.Гальперіна, О.Леонтьєва про те, що будь-яка функція, що засвоюється, поділяється між учнем і тим, хто навчає. При цьому роль педагога поступово стає менш помітною, а активність учня – зростає. Запропоновані Л.Цветковою методи систематизовані у відповідності з цим принципом. Інше важливе положення методики автора полягає у необхідності максимального винесення (екстеріоризації) алгоритму мовленнєвої дії з використанням різних зовнішніх опор, а потім поступового їх згортання (інтеріоризації). Цей метод набув широкого розповсюдження і отримав назву «метод фішек». Наприклад: у роботі над фразовим мовленням передбачається символічне зображення речень у формі різнокольорових стрічок, квадратиків тощо, які відповідають певним словам, складам, звукам мовлення. Поступово кількість цих маркерів зменшується, тобто способи актуалізації переводяться у внутрішньомовленнєвий план. На останніх етапах роботи спосіб породження фрази повинен бути засвоєний хворим і необхідність у фішках зникає. Л.Цветкова наголошує на особливій значущості позначення предикату у реченні, який є центром, що виконує динамічну функцію побудови висловлювання.

Значущими для відновлювального навчання при афазії є роботи Т.Ахутіної (1967, 1989), які присвячено динамічній формі цього порушення. Автор приділяє особливу увагу граматичній стороні мовленнєвої діяльності. Вона поділяє основні граматичні операції на внутрішньо мовленнєве програмування

та граматичне структурування. Перші відповідають операціям глибинного синтаксису, другі – поверхового. Описані Т.Ахутіною клінічні приклади містять цінні відомості по індивідуальну варіативність мовлення хворих.

У межах системи відновлювального навчання при афазії визначено прийоми роботи з хворими на моторну афазію на ранньому етапі відновлення (М.Бурлакова, 1991, 1997, 2002).

Значний внесок у вивчення та подолання аграматизмів у хворих з афазією зробила Ж.Глозман (1978). Автором проаналізовано особливості компенсації порушень граматичної сторони мовлення у хворих, зокрема явище вторинної етимологізації, яке слід враховувати у відновлювальній роботі з хворими.

Свій внесок в афазіологію зробили і практичні фахівці (В.Опель, А.Чернова, 1962 та інші).

В роботах В.Шкловського, Т.Візель (1982, 1983, 1989, 1995, 1997, 1998, 2000) основна увага акцентується на відновлювальному навчанні як розділі комплексної нейрореабілітації при афазії. У спільному посібнику (2000) автори зазначають, що на відміну від гострого періоду, на заключній стадії роботи з хворим, актуальнішими є довільні методи навчання, особливо розгорнутого фразового мовлення, сприймання на слух текстів, розуміння логіко-граматичних конструкцій тощо. Однак довільний характер відновлювального навчання досягається не завжди за рахунок перебудови способу дії, а частіше за умови підсиленого контролю свідомості. Підкреслюється, що правильна організація відновлювального навчання вимагає також чіткого врахування особливостей кожного конкретного випадку, індивідуальних якостей особистості, тяжкості соматичного стану, умов життя тощо.

Сучасний стан відновлювального навчання при афазії передбачає дотримання таких умов:

– робота проводиться за спеціальною заздалегідь розробленою програмою, яка містить завдання і методи роботи, диференційовані в залежності від форми афазії (апраксії, агнозії), ступеню вираженості дефекту, етапу захворювання.

– Програма навчання будується із врахуванням принципу системності. Це означає, що відновлювальну роботу слід прово-

дити з усіма сторонами порушеної функції, а не тільки первинно порушеними.

8.6.2. Методологічні основи відновлювального навчання при афазії

Л.Цветкова у відповідності з ідеями Л.Виготського, О.Леонтєва, О.Лурія, П.Гальперіна та інш. розробила систему теоретичних принципів у відповідності з якими і радить проводити нейропсихологічну реабілітацію хворих на афазію.

Автор виділяє *3 групи принципів: психофізіологічні, психологічні, психолого-педагогічні.*

Психофізіологічні принципи

1. Принцип кваліфікації дефекту.

Ураження різних відділів мозку може призводити до порушень однієї і тієї ж функції, однак механізми будуть різними і будуть залежати від топіки ураження мозку. Принцип кваліфікації дефекту дозволяє намітити постановку диференційованих завдань і застосування адекватних порушенню методів.

2. Використання збережених аналізаторних систем в якості опори при навчанні.

Цей принцип заснований на вченні про функціональні системи та їх пластичність, уявленні про полірецепторність їх аферентного поля. Згідно цього принципу хворі вчаться по-новому за допомогою збережених ланцюгів.

3. *Створення нових функціональних систем*, що передбачає залучення інших ланцюгів на основі нових аферентацій, які раніше не брали прямої участі в діяльності функції. Включення інших відділів знову конструює нову функціональну систему. Функція здійснюється на інших мозкових основах і відрізняється від попередньої не тільки за психологічною структурою, а й за зовнішнім протіканням.

4. *Принцип опори на різні рівні організації психічних функцій* означає, що відновлювальне навчання повинно враховувати наявність різних рівнів функціональної системи, на яких може бути реалізована уражена функція. При афазії частіше порушується вищий і довільний рівень мовлення, і залишають-

ся збереженими автоматизовані його рівні. Опора на них дозволяє відновити вищі рівні мовлення.

5. Відомо, що психічні функції як при формуванні, так і здійсненні знаходяться у тісному взаємозв'язку. *Мовлення ж взаємодіє з усіма психічними процесами.* Врахування цього положення і опора на збережені функції, що взаємодіють із ураженою, є важливим принципом відновлювального навчання. Так, мовлення тісно взаємодіє зі сприйманням і уявою, мисленням. Опора на ці збережені психічні процеси і застосування методів, які могли б реалізувати ці процеси, є ефективним шляхом відновлювального навчання.

6. *Принцип контролю.* Цей принцип введений П.Анохіним, М.Бернштейном і О.Лурія заснований на положенні, що лише постійний потік зворотної сигналізації забезпечує злиття дії з вихідним наміром і своєчасну корекцію помилок. У зв'язку з цим зрозумілим стає використання магнітофону, дзеркала у роботі логопеда.

Психологічні принципи

1. *Принцип врахування особистості хворого.* Відновлювальне навчання повинно виходити із завдань лікування людини, відновлення функцій конкретного індивіда, а не із завдань ізольованого відновлення певних навичок. Відомо, що характер діяльності суб'єкта визначається його мотивами. Тому у відновлювальному навчанні важливо формувати необхідні індивідуальні мотиви у хворого.

2. *Принцип опори на збережені форми вербальної і невербальної діяльності хворого.* Опора на збережені форми діяльності (ігрова діяльність, співи, читання віршів, рахунок тощо) у процесі навчання дозволить поступово перевести порушену функцію на інший, доступніший для хворого рівень існування.

3. *Принцип опори на предметну діяльність.* Відомо, що всі психічні процеси формуються у предметній діяльності. Вербальне спілкування є однією з форм діяльності. У відновлювальному навчанні необхідно створювати методи відновлення за допомогою діяльності хворого, як вербальну, так і невербальну. Засвоєння відбувається через власну діяльність суб'єкта.

4. *Принцип організації діяльності хворого.* Сучасна психологія давно засвідчила, що у навчанні важливі не тільки зміст

навчання і власна діяльність із засвоєння матеріалу. Важливою є організація цієї діяльності, керівництво.

5. *Принцип програмованого навчання* є одним зі способів реалізації четвертого принципу. Хворий на афазію потребує такої організації його діяльності і таких методів, які дозволили б йому самостійно виконувати спочатку операції, а потім і дії з метою виконання завдань (говоріння, розуміння, письма тощо). Цей принцип передбачає розробку програм, які складаються із серії послідовних операцій, виконання яких хворими призводить до реалізації порушеного вміння.

Психолого-педагогічні принципи

1. *Принцип «від простого до складного»*. Формальна складність вербального матеріалу не завжди співпадає з психологічною його складністю у процесі відновлення мовлення. Тому цей принцип повинен враховуватись у відновлювальному навчанні, однак детально слід підбирати складність матеріалу в кожному випадку при кожній формі афазії.

2. *Врахування обсягу та різноманітності матеріалу* – вербального і картинного. Обсяг повинен бути комфортним, тобто не перевантажувати увагу. Слід працювати з малим обсягом і незначною різноманітністю матеріалу. Тільки після відносно повного відновлення певного уміння (говорити, розуміти, класифікувати тощо) можна збільшувати обсяг і різноманітність матеріалу.

3. *Врахування складності вербального матеріалу*, об'єктивних та суб'єктивних (для кожного хворого) особливостей лексики, фонетичної складності, довжини слів, фраз, тексту.

4. *Врахування емоційної складності матеріалу*. Вербальний і невербальний матеріал повинні створювати позитивний емоційний фон на заняттях, стимулювати позитивні емоції.

У відповідності із принципами Л.Цветкова сформулювала такі завдання відновлювального навчання:

1) відновлення не ізольованих вмінь та навичок, а порушеної функції як психічної діяльності;

2) відновлення функції (часткове або повне), а не пристосування хворого до дефекту;

3) повернення хворого не у спрощене, а нормальне соціальне середовище;

4) відновлення насамперед комунікативної функції мовлення, а не окремих його сторін (називання, повторення тощо);

5) відновлення різних форм діяльності спілкування (вербальних та невербальних).

Сформульовані завдання відновлювального навчання спрямовані на досягнення широкого практичного ефекту соціальної та трудової адаптації хворих із ураженнями головного мозку. Постановка цих завдань, а також шляхи і методи їх вирішення мають велике теоретичне значення для подальшого вивчення всієї складності будови психічних функцій.

Перераховані принципи і завдання відновлювального навчання є його науковою основою, тому у відповідності з ними вченими і практиками розроблено низку *вимог до методів*, які застосовуються у практиці навчання хворих з афазією.

1. Їхня адекватність механізму порушення мовлення. Відновлювальне навчання повинно виходити не від симптому, а від його механізму. Відомо, що симптом порушення розуміння мовлення виникає при ураженні різних відділів мозку. В усіх випадках буде порушене розуміння, але механізм симптому буде різним, тому і методи відновлення повинні бути різними відповідно до механізму порушення.

2. Друга вимога – застосування обхідних методів, які впливають на порушення не прямо, а з опорою на збережені рівні і функції.

3. Застосування опосередкованих методів, які впливають на мовлення за допомогою інших психічних процесів і утворень – сприймання, пам'ять, мислення, емоційно-вольову сферу, особистість.

4. Методи повинні бути не ізольованими, а системними. Системність прийомів забезпечує системний вплив на порушення і відновлення не окремих мовленнєвих операцій, а вербальної поведінки в цілому. Ізольоване застосування окремих прийомів не є ефективним, оскільки кожен раз вирішується окреме завдання з впливом на конкретний дефект без урахування її взаємодії з іншими психічними функціями та багаторівневої організації. Ізольований прийом може призвести до часткового і нестійкого ефекту, до відновлення ізольованих операцій.

5. Усі методи повинні слугувати відновленню комунікативної діяльності хворого на афазію.

Усі зазначені методологічні засади повинні реалізовуватись насамперед на групових, а не індивідуальних заняттях, оскільки індивідуально значно складніше використовувати і розвивати комунікативну і діалогічну функції мовлення. Саме діалогічна форма мовлення може бути ефективним засобом комунікативної функції мовлення. Групове мовлення створює емоційний підйом, звільняє усі потенційні можливості індивіда до спілкування. Окрім того до переваг групової форми роботи можна віднести: наслідування, підтримку, взаємодопомогу, співробітництво, наявність позитивних емоцій, зв'язків між членами групи тощо.

Виділяють *два періоди в роботі* з хворими на афазію: гострий – до двох місяців після захворювання і резидуальний – після двох і далі.

У *гострий період* основними завданнями є:

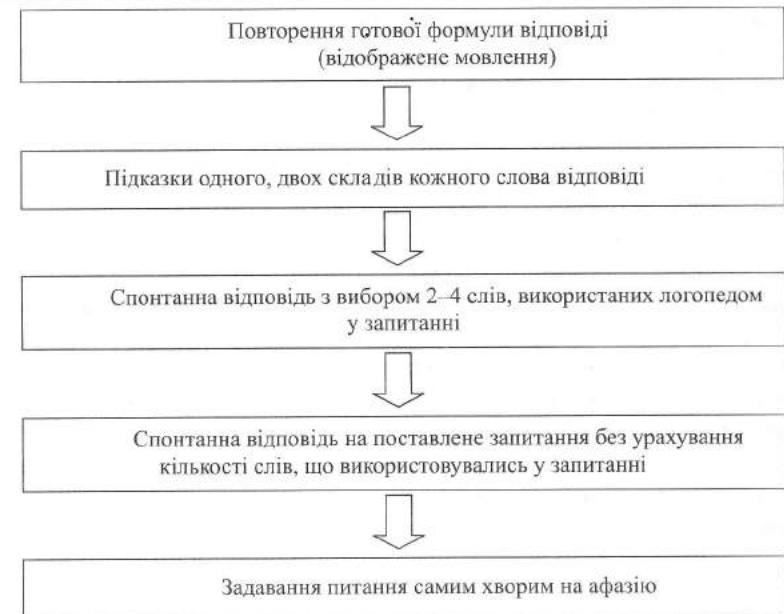
1) розгальмовування тимчасово пригнічених структур;
2) попередження виникнення і фіксації певних симптомів афазії: аграматизму, вербальних та літеральних парафазій, мовленнєвого емболу;

3) попередження виникнення відношення у індивіда із афазією до себе як неповноцінного, до людини, яка не може говорити.

Основним завданням у *резидуальний період* є гальмування патологічних зв'язків.

Розгальмовування мовленнєвої функції на основі старих мовленнєвих стереотипів слід проводити на подразниках малої сили (шепітно, тихо). Матеріал підбирається за його змістовою та емоційною значущістю для індивіда з афазією, а не за ознаками легкості чи важкості вимови. Можна використовувати мовленнєві стереотипи – рахунок, дні тижня, місяці, емоційно значущі уривки віршів, закінчення загальновідомих фраз, виразів. Поступово робота зі знайомого матеріалу переводиться на питання спеціальності, професії.

В основу відновлювальної роботи із розгальмовування мовленнєвої функції покладене діалогічне мовлення. Варто використовувати таку *схему відновлення діалогічного мовлення*:



На думку Л.Цветкової, поява аграматизму при афазії є результатом неправильної організації початкового відновлювального періоду, коли відбувається розгальмовування або тільки номінативної функції мовлення, або тільки предикативної. Мовлення повинно бути повноцінним з боку лексики, а порушення звуковимови, які не знижують правильність побудови речення, можна поки залишити поза увагою. Це і є профілактикою аграматизму. Роботу з подолання аграматизму слід проводити не тільки в усному, а й у писемному мовленні. В основі вправ покладене діалогічне мовлення.

Найскладнішим в аспекті попередження і подолання патологічним симптомом є *мовленнєвий ембол*, який формується частіше у перші тижні після ураження. Виділяють два основних типи мовленнєвих емболів: слово чи речення, яке можна вимовити, або «пусковий механізм», який необхідний для вимови інших слів (В.Оппель). Оскільки мовленнєвий ембол є результатом і проявом інертності нервових процесів, він може стати відправною точкою для відновлювальних занять.

Гальмуванню мовленнєвого емболу сприяють такі умови:

- дотримання міжмовленнєвими подразниками оптимальних інтервалів, що дозволяє «загасити» збудження після кожного завдання;
- подання матеріалу малою силою голосу, що може повністю пригнічувати появу емболів;
- пауза у занятті при перших ознаках на виникнення емболу;
- часове обмеження розмов з оточенням, за винятком логопеда.

Важливо схвалювати і підкреслювати усі досягнення людини з афазією, що дозволить попередити у неї ставлення до себе як неповноцінної. Слід поважно говорити з нею, спокійно і впевнено пояснювати труднощі, сприяючи формуванню впевненості у власних можливостях.

Усі зазначені особливості відновлювального навчання слід враховувати у процесі організації логопедичної роботи при різних формах афазії.

8.6.3. Особливості відновлювального навчання при різних формах афазії

8.6.3.1. Особливості відновлення мовлення при акустико-гностичній сенсорній афазії

При сенсорній афазії відмічається підвищена працездатність хворого. Мовленнєві порушення часто супроводжуються депресіями, що потребує додаткового заохочення та підбадьорення хворого.

Основним завданням корекційної роботи при акустико-гностичній афазії є відновлення фонематичного слуху і розуміння мовлення, а також вторинно порушених компонентів експресивного мовлення, читання і письма.

Логопед при цьому спирається на збережені оптичну та кінестетичну системи, а також збережені функції, локалізовані у лобних відділах кори головного мозку.

Відновлення фонематичного слуху на ранньому та резидуальному етапах проводиться за єдиним планом. Різниця полягає лише у тяжкості проявів порушень на гострій стадії.

На першому етапі відновлювальної роботи вирішується завдання гальмування активного і непродуктивного мовлення хворих. З цією метою слід переключати увагу хворого на інші види діяльності та організувати обмежений мовленнєвий режим хворого. На цьому етапі доцільно використовувати будь-які види невербальної діяльності: метод класифікації предметних картинок, робота з числами та цифрами, малювання, списування, розкладання послідовно серії сюжетних картинок, конструктивна діяльність, виконання різних завдань.

Паралельно проводиться робота над усвідомленням мовленнєвих інструкцій, пов'язаних із побутовими діями хворого (сідайте тут, відкрийте зошит, починайте малювання, подайте). Висловлювання хворого дозволяються лише у зв'язку з діяльністю, переважно однослівні. Широко використовуються ігри – шахи, шашки тощо.

Паралельно продовжується робота зі списуванням і вихованням у цьому процесі слухового контролю.

Виховання слухової уваги передбачає підключення оптичної уваги, тобто підкріплення звуків наочною опорою, діями.

На другому етапі навчання основним завданням є навчання хворих слухати мовлення. З цією метою застосовуються методи, які сприяють розумінню спочатку загального змісту тексту, потім речень і тільки потім – слів. Таким методом є аналітичне прослуховування тексту. Процедура така: хворому читають текст, а він повинен сказати про що мовиться, або показати відповідну картинку, а потім порахувати кількість речень у тексті. Також робота проводиться пізніше над аналітичним сприйманням речень.

Третій етап передбачає роботу над відновленням усвідомленого і диференційованого виділення фраз із тексту і слів із фрази. Процедура методу – із прочитаного тексту хворий повинен виділити фрази, які – співвіднести з картинкою і підрахувати кількість слів у кожній фразі.

На четвертому, останньому етапі відновлювального навчання, коли хворий навчився розуміти і виконувати інструкції, виділяти слова, можна переходити до відновлення фонематичного сприймання у такій послідовності:

– диференціація слів, контрастних за довжиною (*мак – молоко, кіт – машина*) з використанням додаткових опор, які символізують довжину слів (лінійки, папером смужки), підписами;

– диференціація слів з близькою складовою структурою, але далеких за звучанням (*риба – нога, чашка – бочка*);

– розрізнення слів зі схожою складовою структурою, але різними першими звуками (*рак-мак, рука – мука*);

– диференціація фонем, близьких за звучанням (*рак – лак, сом – том*);

– закріплення акустичних диференційних ознак фонем у процесі підбору серій слів на заданий звук, букву із текстів.

Одним з найефективніших прийомів відновлення експресивного мовлення при акустико-гностичній афазії є використання писемного мовлення. Хворому пропонується писати тексти і фрази за картинками, списувати, підбирати необхідні слова, вставляти пропущені слова, диктанти.

8.6.3.2. Особливості відновлення мовлення при акустико-мнестичній афазії

Корекційне навчання хворих на акустико-мнестичну афазію передбачає насамперед відновлення гностичної сфери мовлення, тобто відновлення предметних образів та їх зв'язків зі словом.

Основними завданнями відновлювального навчання є такі:

- подолання порушень слухомовленнєвої пам'яті,
- збільшення обсягу сприймання,
- відновлення розуміння мовлення,
- відновлення актуалізації слів-назв, повторення,
- подолання експресивного аграматизму.

Завданням *першого етапу* навчання є відновлення зорово-предметних образів і предметної співвіднесеності слова. Розпочинається робота з предметної класифікації, введення предметів у різні категорії, робота з предметом у всіх його зв'язках з іншими предметами, прийом малювання тощо.

На цьому етапі робота розпочинається з групи картинок (не більше 15–20), в якій один і той же предмет повинен повторюватися у різних ракурсах, кольорах тощо, ці картинки розкладаються за різними ознаками по групах, проводиться робота з виділення характерних ознак, введення картинок в узагальнені групи за ситуативними ознаками.

Потім переходять до малювання цих предметів за зразком.

На цьому етапі від хворих не вимагається називати предмети, а тільки виконувати з ними різні операції. Ця робота сприяє відновленню багатьох слів-назв у спонтанному мовленні, покращується розуміння мовлення.

На *другому етапі* навчання переходять до відновлення власне процесу впізнавання предмета, вміння виділяти для цього характерні ознаки. З цією метою використовуються такі методи: конструювання предметів, знаходження помилок у зображенні предмета, співставлення двох близьких зображень, домальовування істотних частин предмета. Всі прийоми на цьому етапі спрямовані на поступовий перехід хворого від зорового сприймання до зорових предметних уявлень. Водночас, відновлення процесу впізнавання предметів приводить до відновлення їх називання. Тому для відновлення процесу називання слід відновити гностичну сферу.

У подальшому проводиться робота з метою закріплення навичок впізнавання предметів і предметної співвіднесеності слова. З цією метою використовуються написані на окремих картках слова, які хворому пропонується поділити на групи, щоб у кожній були слова, однакові за змістом. Спочатку пропонується зразок семантичного поля, а потім використовується прийом узагальнення слів, класифікація. Зазначена робота передбачає використання таких методів:

– співвіднесення слів, що повторюються, з відповідними картинками;

– замальовування відповідних предметів чи сюжетів;

– записування опрацьованого матеріалу;

– складання речень, творів з опрацьованим матеріалом.

На *третьому етапі* закріплюється робота над розумінням текстів, здатністю оперувати словами в експресивному мовленні. З цією метою використовуються такі прийоми:

- написання тексту за сюжетною картинкою;
- складання плану до переказу сюжетних картинок, пошук відповідної картинки;
- реконструкція тексту (складання тексту з розірваних частин з опорою на сюжетну картинку, на текст, на його назву).

8.6.3.3. Особливості відновлення мовлення при семантичній афазії

Відновлювальне навчання при семантичній афазії спрямоване насамперед на подолання порушень гностичної сфери, порушень симультанного сприймання. До основних завдань відновлення мовлення при цій формі афазії відносять:

- відновлення симультанного сприймання,
- подолання труднощів у називанні предметів,
- подолання імпресивного аграматизму,
- відновлення сприймання просторових взаємовідносин, справа-зліва тощо.

Перший етап навчання передбачає відновлення вмінь орієнтування у просторі, розрізнення понять «зліва» - «справа».

Робота розпочинається з відтворення по-різному розташованих геометричних фігур з усвідомленням основних елементів, які вказують на їх просторове орієнтування. Після відтворення переходять до роботи з конструювання за зразком різних фігур, проводиться порівняльний аналіз, словесне позначення просторової спрямованості тощо. У подальшому вводиться промовляння цих дій з малюнками та сконструйованими фігурами.

На цьому етапі розпочинається відновлення усвідомлення схеми тіла. Вихідним у цій роботі є положення правої руки, відповідно до якої і вводяться поняття «справа-зліва». Після відпрацювання уявлень про власне тіло і розуміння правого і лівого можна переходити до навчання хворого пересуватися у кімнаті за схемою, інструкцією. Потім робота проводиться навпаки – починається з малювання схеми проходження маршруту, а потім його реалізація.

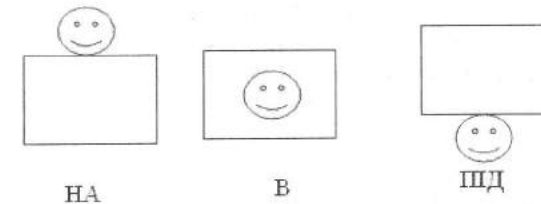
На другому етапі, після розгорнутої роботи з відновлення усвідомленого аналізу взаємовідносин предметів у просторі пе-

реходять до формулювання цих відносин у мовленні за допомогою синтаксичних конструкцій.

Завданням третього етапу є відновлення розуміння складних лексико-граматичних конструкцій, конструкцій з прийменниками, тобто подолання імпресивного аграматизму. Важливо відновити усвідомлений аналіз відносин і зв'язків між словами у фразі. Тільки таке усвідомлене ставлення до граматичної структури може сприяти розумінню мовлення.

Необхідною опорою для такої роботи буде схематично зображена структура речення у формі взаємопов'язаних запитань: хто? – що робить? – чим? (як?, коли? де?). Таким чином, спочатку проводиться змістовий, а потім – граматичний аналіз із постановкою необхідних запитань до окремих слів конструкції.

Робота з розуміння прийменників проводиться за допомогою наочної опори, яка переміщується навколо певного предмета. Наприклад:



8.6.3.4. Особливості відновлення мовлення при аферентній моторній афазії

Основними завданнями відновлювального навчання при аферентній моторній афазії є такі:

- відновлення усного експресивного мовлення у всій його різноманітності;
- подолання порушень кінестетичного артикуляційного праксису;

- відновлення розуміння мовлення;
- відновлення читання і письма.

Перший етап відновлювального навчання спрямований на розгальмовування мовлення, що не може бути механічним процесом, і передбачає використання вербальних методів: промовляння автоматизованих рядів (разом з логопедом, відображено, самостійно), читання віршів, ситуативний діалог, дії з цифрами (розкладання, називання, рахункові операції). При цьому відволікання уваги від самого мовлення на різні види активності підсилюють ефект розгальмовування, тому корисно використовувати малювання, ігри, конструювання тощо, таким чином, мовлення стає не метою дії, а її результатом.

Другий етап навчання передбачає відновлення вмінь вимовляти окремі слова. При цьому корисно використовувати не оптико-кінестетичний, а змістослуховий, який передбачає переключення уваги хворого з артикуляційної сторони мовлення на слухову (звукову) і семантичну. Руховий і слуховий компоненти слова взаємодіють із семантикою слова, тому низка авторів (О.Лурія, В.Коган, Л.Цветкова) вважають, що підготувати слово для вимови – це означає включити його в систему зв'язків, «оживити» його. Окрім того, вплив слова на хворого методом змістослухової стимуляції створює умови для актуалізації наочного образу предмета, його ознак, якостей у всій полімодальності. Актуалізований образ, водночас, сприятиме актуалізації механізму вимови необхідного слова, його артикуляційного образу (слово – предметний образ – артикуляційний образ – вимова).

Третій етап передбачає відновлення словника, тобто активного використання опрацьованих слів.

Таким чином, результатом перших трьох етапів навчання має бути:

- 1) відновлений загальний тонус роботи артикуляційного апарату,
- 2) поява вербальної активності,
- 3) прагнення до вербального спілкування,
- 4) вміння вимовляти окремі слова,
- 5) відновлення незначного пасивного та активного словника.

На попередніх етапах робота проводиться тільки з усним мовленням, письмо і читання не підключається, оскільки ці форми мовлення довільні й усвідомлені.

Завданням четвертого етапу навчання є відновлення вміння звукоартикуляторного аналізу слів. Основним методом роботи на цьому етапі є ритмічне виділення елементів слова шляхом відстукування його складової структури з вправами наспівування цього слова.

Тільки на четвертому етапі можна підключати письмо і читання як методи навчання усного мовлення.

Особливого значення набуває робота з виділення звукобуквеного складу опрацьованих слів з опорою на букви розрізної азбуки, з яких хворий повинен спочатку скласти почуте слово, записати його, прочитати, тільки потім – самостійно вимовити його.

Тільки після описаних форм роботи можна переходити до відновлення власне кінестетичних схем артикуляції, порушення яких і є центральним симптомом для хворих на аферентну моторну афазію.

Завданням п'ятого етапу навчання є відновлення кінестетичного праксису. З цією метою використовуються всі ті прийоми, які можуть забезпечити додаткові аферентації від збережених аналізаторів. Одними з найпоширеніших є: імітація артикуляційних поз під контролем логопеда («читання з губ», перед дзеркалом, з опорою на схеми і профілі), артикуляційні вправи і гімнастика. Робота розпочинається з голосних *а, у*, потім додають звуки *м, в*, далі – решта голосних і приголосні із поступовим ускладненням артикуляції (*проривні-фрекативні-африкати-зімкнено-проривні*).

Шостий етап навчання спрямований на відновлення граматично правильного мовлення, подолання експресивного аграматизму. З цією метою проводяться такі види роботи:

- схеми речень, слів, прийменників;
- повторення фраз з опорою на сюжетну картинку,
- відповіді на запитання за картинкою,
- складання фраз за заданими словами з наочною опорою,
- бесіда (за заданою темою, з опорними словами, вільна).

Таким чином, методика відновлення усного мовлення при аферентній моторній афазії передбачає використання обхідних шляхів:

- 1) шляхом переключення уваги хворого з вимови на звукову та семантичну сторони,
- 2) робота над відновленням вимови не звука, а слова вцілому,
- 3) довільні форми мовлення включаються значно пізніше,
- 4) оптико-тактильний метод замінюється змістослуховим, що вимагає включення слова у систему зв'язків,
- 5) велике значення мають методи актуалізації предметних образів, що створює передумови для виникнення моторного образу слова, механізмів його вимови.

8.6.3.5. Особливості відновлення мовлення при еферентній моторній афазії

Центральним завданням відновлювальної роботи при еферентній моторній афазії є подолання інертності у мовленнєвому процесі.

Метою є відновлення усного мовлення, письма і читання, тобто вербальних форм комунікації. Зазначена мета може бути реалізована засобами вирішення таких конкретних завдань:

- 1) загального розгальмування мовлення;
- 2) відновлення «чуття мови»;
- 3) подолання аграматизму;
- 4) подолання алексії і аграфії;
- 5) подолання персеверацій, ехолалій;
- 6) відновлення загальної психічної активності хворого і його вербальної активності.

Перша стадія відновлювальної роботи. Основним завданням на цій стадії є відновлення у хворого здатності активного виділення і вимови слів або ряду слів із автоматизованих рядів. Також слід гальмувати грубі персеверації, ехолалії, розгальмовувати мовлення. З цією метою використовуються методи, які сприяють переходу мовлення на довільний рівень. На цій стадії хворого навчають усвідомленню власного мовлення і довільному говорінню.

Відновлювальне навчання хворих з еферентною моторною афазією починається із загального розгальмовувального впливу на мовленнєві механізми. Для цього використовують такі прийоми:

- 1) прийом повторення (разом з логопедом, відображено);
- 2) ритміко-мелодійний прийом (відстукування рукою ритму слова, фрази, «приспівування» голосом ритмічної структури фрази);
- 3) закінчення фрази (хворому пропонуються фрази і відповідні картинки; він, слухаючи фразу і розглядаючи картинку, закінчує фразу необхідним словом), що підводить хворого до здатності активно виділяти і вимовляти окремі слова;
- 4) порядковий рахунок (навколишніх предметів, з опорою на числа);
- 5) прийом ігор (шашки, лото, шахи), що сприяє:
 - а) переключенню уваги хворого з мовлення на іншу діяльність;
 - б) створенню позитивного емоційного фону.

Відновлення автоматизованого мовлення на цій стадії відбувається досить швидко, якщо правильно побудовано заняття. Вони повинні бути жвавими, не монотонними. В середині заняття варто організувати перерву.

Друга стадія навчання передбачає відновлення активної вимови окремих слів, серій слів. Матеріалом роботи спочатку слугує побутове мовлення. Якщо автоматизовані ряди на першій стадії слугували відновленню вимови цілих рядів слів, то на другій стадії вони використовуються з метою виділення і вимови окремих слів і звуків з ряду. Робота проводиться таким чином: а) педагог рахує до 10, б) хворий слухає і відстукує загальну ритміку мовлення, фіксуючи кожне вимовлене слово, в) хворий промовляє весь мовленнєвий ряд разом з педагогом з одночасним відстукуванням його ритму. Після того, як хворий оволодіває вміннями вільно відтворювати ритм будь якого мовленнєвого ряду, починається робота з виділення і називання конкретних слів з мовленнєвого ряду. Психологічний механізм дії цієї програми полягає у розгортанні і винесенні назовні, на рівень гучного мовлення, процесу активного виділення слова з

ряду, у поступовій його інтеріоризації, усвідомленості і довільності мовленнєвих дій. Усі ці операції сприяють створенню у хворого способу активної вимови слів, подоланню персеверацій.

Важливим у роботі при еферентній моторній афазії є використання антонімів, т.б. метод протиставлень, опозицій. Він дозволяє долати інертність мовленнєвих процесів, подолати персеверації і відновити активність мовлення. З цією метою створюється таблиця протилежних слів, в якій хворий повинен підібрати до заданого слова інше – протилежне за значенням. Метод опозицій може використовуватися як морфологічний прийом. Для цього до заданих слів слід підібрати однокореневі слова.

Завданнями третього етапу навчання є відновлення предикативності мовлення, предикативної структури фрази. Робота розпочинається з навчання хворого актуалізації і вимови слів, що позначають дії шляхом включення дієслів у різні ситуативні зв'язки, починаючи з простих доступних для хворого прийомів:

- закінчення фрази пропущеним словом,
- вербалізація власних дій (разом із логопедом, відображено, самостійно),
- введення слів у різні семантичні зв'язки (наприклад, шляхом підбору сюжетних картинок до назви дії).

Спеціальне місце у відновлювальній роботі при еферентній моторній афазії повинно належати *попередженню і подоланню експресивного аграматизму*. З метою попередження порушень мовлення, пов'язаних зі зниженням частки дієслів, слід у роботі на всіх етапах використовувати дієслова в усіх зв'язках – граматичних, семантичних, працювати над їх багатозначністю.

З метою попередження і подолання порушень використання граматичних форм слова (відмінювання тощо) застосовується прийом активних дій з предметом у відповідності з мовленнєвою інструкцією. У мовленнєвих інструкціях одне і те ж слово виступає в різних граматичних формах («Дайте олівець», «намалюйте олівцем коло», «покладіть до олівця зошит»).

Ефективним є прийом класифікацій флексій (закінчень). Процедура проведення цього заняття полягає у самостійному виборі потрібного закінчення до заданих слів у реченні. Хворо-

му пропонуються прості сюжетні картинки (на кшталт «що робить»), педагог підкреслює об'єкт, до якого хворий повинен підібрати назву і відповідну картинку покласти у відповідну групу (Наприклад, картинка «художник малює олівцем», підкреслюється олівець, перед хворим три групи закінчень -ом, -ем, -им, хворий повинен покласти картинку у другу групу).

Для подолання надмірності деяких конструкцій і порушень порядку слів застосовується робота над структурою фрази з начною опорою – схемою, в якій вставляються пропущені слова, утворюються речення аналогічні за структурою.

Четвертий етап навчання передбачає відновлення зв'язного фразового мовлення. Усі попередні етапи вже підготували базу для відновлення зв'язного мовлення, тому першим завданням цього етапу є закріплення вмінь вимови вже опрацьованих фраз або спонтанних.

З цією метою використовують:

- складання фраз за картинками,
- складання речень за серіями сюжетних картинок,
- поділ речення за частинами мови,
- читання і письмо,
- різні бесіди і діалоги,
- рольові мовленнєві ігри, які сприяють більшій самостійності хворого.

8.6.3.6. Особливості відновлення мовлення при динамічній афазії

Характер порушень мовлення при динамічній афазії зумовлюють три основні завдання відновлювального навчання:

1) подолання порушень внутрішнього мовлення, однією з функцій якого є планування та програмування зовнішнього мовлення,

2) відновлення здатності актуалізувати дієслова, здатність до предикації мовлення,

3) відновлення здатності програмування і структурування висловлювання за допомогою екстеріоризації (винесення назовні) процесу з опорою на зовнішні аналоги структури фрази.

Перший етап навчання передбачає розгальмовування мовлення (див. особливості відновлення мовлення при аферентній моторній афазії).

Другий етап навчання спрямований на роботу з відновлення предикативності мовлення. На цьому етапі проводиться різноманітна робота над відновленням використання дієслів. Центральним є метод багатозначності дієслів, що дозволяє опрацювати чисельні зв'язки багатозначних дієслів. Процедура методу полягає у наступному: робота проводиться з певним дієсловом з опорою на картинки. До основного слова підбираються всі його значення і зв'язки, а також група слів близьких за значенням (синоніми). Такий метод сприяє актуалізації основних зв'язків слів у реченні, відновленню основних простих структур речення.

Завданням третього етапу відновлювального навчання є відновлення самостійного мовлення. Вся попередня робота була основою для відновлення здатності до активного зв'язного мовлення. На цьому етапі ефективними будуть такі форми роботи:

- доповнення фрази,
- винесення схеми фрази назовні (фішки чи екстеріорізації схеми фрази),
- серії сюжетних картинок із пропущеним ланцюжком.

Робота з доповнення фрази проводиться лише на основі добре засвоєних мовленнєвих контекстів. Ця робота є підготовчою до активного висловлювання, проводиться на мовленнєвому матеріалі із однозначними відповідями (закінченнями) – спочатку робота проводиться з опорою на прості сюжетні картинки (на кшталт «Що робить?»). Педагог промовляє фразу і не завершує її. Хворий слухає уважно і повинен завершити розпочату фразу певним словом. У бесіді за цим методом, опорою виступають слова і конструкції запитання (наприклад: «як проходить навчання?» – «навчання проходить добре»). Після відносного засвоєння цього способу роботи матеріалізовані опори опускаються і замінюються засвоєним контекстом.

Для відновлення активної фрази використовується другий метод – винесення лінійної схеми речення. Цей метод полягає

у наступному. Хворий отримує завдання скласти речення за сюжетною картинкою. Під картинкою викладається низка пустих карток, фішек. Кожна картка позначає певне слово, а всі вони разом утворюють лінійну схему фрази. Хворий фіксує пальцем кожну картку і відтворює схему речення за зовнішніми опорами – фішками. Щоб цей метод став надбанням самого хворого, варто використовувати пам'ятки у роботі. Згідно пам'ятки пацієнт керується такою програмою операцій:

- 1) візьміть картинку,
- 2) подивіться на неї, подумайте про її зміст,
- 3) поділіть картинку на змістові частини, обведіть їх олівцем,
- 4) поєднайте стрілками ті частини картинки, які пов'язані між собою за змістом,
- 5) перевірте свою роботу,
- 6) викладіть необхідну кількість карток,
- 7) скажіть голосно речення,
- 8) складіть новий варіант речення, вимовте його голосно.

Поступово картки замінюються рухами пальців, що відтворює лінійну схему речення.

Після відновлення у пацієнта здатності до промовляння окремих фраз переходять до роботи з відновлення висловлювання.

Активізує усне зв'язне мовлення метод домислювання, заснований на принципі недостатньої інформації або серії картинок з пропущеним етапом.

Описані методи зазвичай використовуються до етапу відновлення вмінь створювати усні твори або паралельно з ним. Вони полегшують подальшу роботу над активним складанням творів і забезпечують умови для відновлення усного мовлення.

Таким чином, основною метою відновлювального навчання при різних формах афазії є подолання центрального порушення у його зв'язках з іншими первинними та вторинними порушеннями мовлення та ВПФ.

Відновлювальна робота є системною і довготривалою із застосуванням низки методів і прийомів, застосування яких часто використовується обхідним шляхом.

Робота при всіх формах афазії спрямована на перебудову функціональних систем і створення нових. Навчання реалізо-

ується з урахуванням різних рівнів організації мовленнєвої діяльності.

Водночас, відновлення мовлення відбувається у процесі роботи над всією психічною сферою суб'єкта з афазією.

Контрольні запитання і завдання:

1. Дайте визначення поняття «афазія».
2. Охарактеризуйте причини виникнення афазії.
3. Дайте визначення поняття «афазіологія».
4. У чому полягає відмінність афазії у дорослих і дітей?
5. Охарактеризуйте класифікацію афазії за О.Лурія.
6. Визначте порушення експресивного мовлення при різних формах афазії.
7. Назвіть центральні мовленнєві симптоми:
 - аферентної моторної афазії;
 - еферентної моторної афазії;
 - динамічної афазії;
 - акустико-гностичної афазії;
 - акустико-мнестичної афазії;
 - семантичної афазії.
8. У чому полягає вирішальна роль досліджень О.Лурія для афазіології?
9. Назвіть типові порушення імпресивного мовлення при сенсорних формах афазії.
10. При яких формах афазії більше порушується писемне мовлення?
11. При якій формі афазії провідним симптомом є кінестетична апраксія?
12. Перерахуйте основні положення диференційної діагностики афазії від інших мовленнєвих порушень.
13. Охарактеризуйте основні завдання і принципи відновлювального навчання при афазії.
14. Назвіть основні завдання відновлювального навчання при різних формах афазії.
15. Дайте характеристику поняття «тотальна афазія».

Розділ 9

АЛАЛІЯ

9.1. Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності

Головний мозок є центральним відділом нервової системи людини, що має складну ієрархічну будову. Найважливішим його складником є кора великих півкуль.

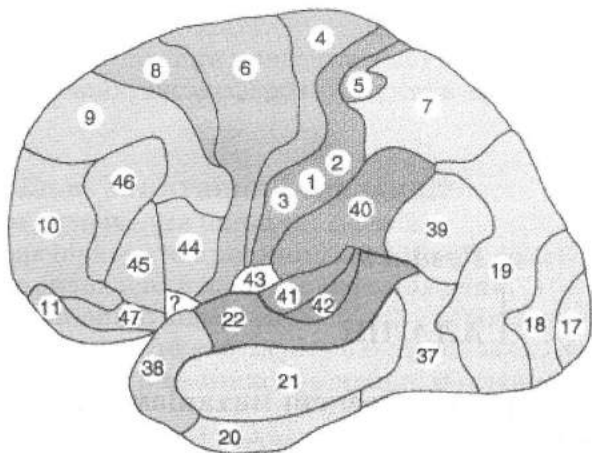
У корі головного мозку локалізовані всі вищі психічні функції людини. Їхня локалізація є динамічною. У теорії Л.Виготського та О.Лурії динамічна локалізація вищих психічних функцій людини визначається так: «Мозок – це єдине системно організоване ціле. При ураженні однієї ділянки порушується діяльність усієї системи, але при ураженні різних ділянок діяльність системи порушується по-різному».

У корі головного мозку можна умовно виділити 7 ділянок, що безпосередньо забезпечують мовленнєву діяльність людини.

1. Центр Брока – розташований у задніх нижніх відділах лобної долі кори домінантної півкулі головного мозку (поля 44, 45 за Бродманом). Він забезпечує динамічний (або кінетичний) праксис органів артикуляційного апарату.

Праксис (з грецької *πρᾶξις* – дія) – це адекватна, координована, автоматизована дія, що супроводжується розгорнутим контролем.

Кінетичний праксис насамперед пов'язаний з автоматизованими серійно організованими рухами. Він є основою будь-яких рухових навичок, у тому числі й артикуляційних (вимовних).



Мал. 9.1. Схема цитоархітектонічних полів кори великих півкуль головного мозку за К.Бродманом

Порушення цього центру призводить до динамічної (кінестичної) апраксії, що є основним симптомом та патологічним механізмом кінестичної (еферентної) алалії та афазії.

Серії артикуляційних автоматизованих рухів необхідні нам передусім для відтворення складової структури слова, що грубо порушується при динамічній апраксії.

2. Центр Верніке – розташований у гностичних зонах задніх відділів скроневої долі кори домінантної півкулі головного мозку (поле 22 за Бродманом). Він забезпечує перцепцію (гнозис, розпізнавання) фонемного складу мови, що є основою для її засвоєння, розуміння та використання в імпресивному та експресивному мовленні. Порушення цього центру спричиняє грубі первинні дефекти імпресивного мовлення та діяльності засвоєння мови.

3. Мовленнєвий центр, що розташований у нижній частині передньої центральної звивини кори головного мозку. Він забезпечує іннервацію органів артикуляційного апарату. Його ураження призводить до кіркової дизартрії.

4. Мовленнєвий центр, що розташований у нижніх та постцентральної відділах тім'яної долі кори головного мозку (поле 40 за Бродманом). Ця ділянка кори забезпечує оральний (кінестетичний) праксис. Її порушення призводить до кінестетичної (аферентної) моторної алалії та афазії.

Повернімось до визначення поняття праксис. У ньому зазначається, що праксис – це контрольована дія. Такий контроль в актах артикуляційної моторики здійснюється переважно кінестетично.

Зоровий контроль, який здійснюється в інших видах рухової діяльності (зокрема локомоції) у цьому випадку є малоефективним, адже ми не можемо контролювати зором усі рухи артикуляційних органів.

Саме кінестетичні відчуття, що надходять від м'язів, дозволяють нам виконувати контрольовані координовані рухи органами артикуляції. Утрата такого контролю, яка може, зокрема, трапитись унаслідок ураження постцентральної частини кори головного мозку, унеможлиблює виконання точних, координованих, автоматизованих рухів органами артикуляції.

Порушення цього мовленнєвого центру призводить до оральної (кінестетичної) апраксії та кінестетичної (аферентної) моторної алалії чи афазії.

5. Мовленнєвий центр, розташований у негностичних полях центральної та задньої частинах середньої скроневої звивини (поля 21 та 37 за Бродманом). Його функція пов'язана з запам'ятовуванням та відтворенням лексичної та фонематичної інформації, а його порушення призводить до виникнення амнестичної афазії.

6. Мовленнєвий центр, розташований у передніх відділах лобної долі кори домінантної півкулі головного мозку (поля 10, 45, 46 за Бродманом). Цей центр міститься у третинних полях кори головного мозку. Це ділянки кори, що є неспецифічними за модальністю й відповідають не за конкретну форму сприймання чи певні моторні функції, а за складні високоорганізовані форми діяльності людини. Зокрема, третинні поля лобної долі входять до третього функціонального блоку головного мозку (за О.Лурією) і відповідають за програмування діяльності, її

контроль та регуляцію. Ці ділянки лобної долі кори забезпечують складні види аналізу та синтезу й пов'язані з оперуванням рядами послідовно організованих даних – це сукцесивний аналіз і синтез. У мовленні такий вид аналізу та синтезу зумовлює оперування синтагматично організованими мовними одиницями, до яких належать послідовності звуків у слові, складів у слові, слів у реченні, речень у тексті. Специфічний вид сукцесивного аналізу та синтезу, що дає змогу оперувати синтагматично організованими фонетичними одиницями мови на рівні створення моторної програми висловлювання, забезпечує центр Брока, розміщений впритул до третинних полів лобної долі. А от інша частина зазначених третинних полів зумовлює оперування мовними одиницями на рівні словосполучень, речень й тексту.

Мал. 9.2. Схематичне зображення синтагми

Приклади синтагматично організованих мовних знаків:

с л о в о – звуки у слові;

с л о - в о – склади у слові;

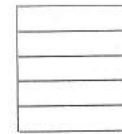
Речення виражає закінчену думку – слова в реченні.

Саме тому ураження означених ділянок головного мозку призводить до порушень у засвоєнні та використанні переважно синтаксичних одиниць мови та зв'язного висловлювання.

Специфічне порушення цих відділів позначають поняттям динамічна афазія, проте названі ділянки можуть бути уражені й при алалії, у цьому разі такі вади мовлення розглядають у складі симптомокомплексу моторної алалії.

7. Мовленнєвий центр тім'яно-потиличної (або скронево-тім'яно-потиличної) ділянки кори домінантної півкулі головного мозку (поле 39 за Бродманом). Це – друге третинне поле кори головного мозку, розташоване в зоні перекриття аналізаторів. Дійсно, у цьому місці сходяться три специфічні за модальністю ділянки кори головного мозку: скронева (слухова), тім'яна (тактильно-кінестетична), потилична (зорова). Третинне поле, розташоване у цьому місці, таким чином, виконує складну функцію інтегрованих видів сприймання, наприклад,

просторового чи квазі-просторового (умовно-просторового), що часто пов'язують з операціями симультанного аналізу та синтезу. Останні забезпечують оперування інформацією, яка вимагає одночасного (симультанного) сприймання, а в мовленнєвій діяльності – парадигматично організованими мовними одиницями.



Мал. 9.3. Схематичне зображення парадигми

Приклади парадигматично організованих мовних знаків

яблуко
груша
слива
вишня
абрикос

парадигма слів – назв фруктів
(слово «фрукти» є ієрархічно вищим і об'єднує видові назви фруктів)

слово
слова
слову
словом
слові
слова
слів
словам
слова
словами
словах

парадигма відмінкових і числових форм іменника
«слово»

ручка (як частина тіла людини)
ручка (дверна)
ручка (у чайника)
ручка (прилад для письма)

парадигма значень
(прямого та переносних)
слова «ручка»

Парадигма в лінгвістичному розумінні цього поняття – це система певних знаків чи значень, що є рівноцінними всередині парадигми й можуть бути об'єднані єдиною ієрархічно вищим знаком або поняттям.

Прикладів парадигм у мові досить багато. Парадигматично організованими мовними знаками є пряме й переносні значення слова, граматичні форми слова, видові поняття, що позначають одним родовим поняттям, тощо.

Таким чином, вади оперування парадигматично організованими мовними знаками виявляються в порушеннях граматичної сторони мовлення, семантичної структури слова, сприйнятті квазі-просторових відношень, виражених за допомогою складних логіко-граматичних конструкцій.

Приклади квазі-просторових відношень, виражених за допомогою мовних знаків.

Брат [мого] батька.
Батько [мого] брата.

Покажи ручку олівцем.
Покажи олівець ручкою.

Червона стрічка довша за синю.
Синя стрічка довша за червону.

Хлопчик малює дівчинку.
Дівчинка малює хлопчика.
Хлопчика малює дівчинка.
Дівчинку малює хлопчик.

9.2. Поняття про алалію

Алалія – це відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку внутрішньоутробно чи в ранньому віці.

Алалія належить до найскладніших мовленнєвих патологій. По-перше, вона виникає внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку, що призводить до порушення специфічних механізмів мовлення у його мовно-слуховій чи мовно-руховій ланках, що значно ускладнює та спотворює діяльність засвоєння та використання мови дитиною.

По-друге, алалія – це системне порушення мовлення, що виявляється в недорозвитку усіх його сторін (фонетико-фонематичної, лексичної та граматичної), усіх його видів (експресивного та імпресивного) та форм (усної та письмової).

По-третє, глибина порушення мовлення при алалії є досить суттєвою, що, зокрема, проявляється у відсутності або значному недорозвитку мовлення. Так, у найскладніших випадках перший рівень загального недорозвитку мовлення може спостерігатися у дітей навіть у старшому дошкільному віці, а деякі недоліки писемного мовлення, спричинені алалією, залишаються у таких осіб навіть після закінчення школи.

По-четверте, досить складною є диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку, досить тривалою є корекційна робота з подолання первинних та вторинних відхилень розвитку цієї категорії дітей.

На означення алалії в різні часи використовували різні терміни:

– вроджена афазія або онтогенетична афазія – на противагу поняттю афазія, що позначає втрату чи розпад мовлення унаслідок ураження мовленнєвих зон кори головного мозку в дітей після 3 років та в дорослих;

– дисфазія – що вказує на схожість та одночасно й відмінність названої мовленнєвої патології та афазії.

– слухонімота – термін, який використовували на позначення відсутності мовлення в дітей з нормальним слухом на противагу терміну глухонімота, що позначав відсутність мовлення в глухих.

Остаточно термін алалія виокремлюється лише у 30-ті роки ХХ ст. та остаточно закріплюється в середині ХХ ст.

9.3. Класифікація алалії

В історії вчення про алалію існували різні класифікації, що в цілому відображали розвиток наукових уявлень про цю форму мовленнєвої патології.

Так, у класифікації О.Лібмана представлено 3 форми алалії, яку він позначає терміном слухонімота. Автор розмежовує її моторну, сенсорну та сенсомоторну форми.

Класифікація Р.Левіної побудована на психологічній основі, що підкреслює неоднорідність психологічних механізмів алалії. Автор виділяє алалії з неповноцінним слуховим (фонематичним) сприйманням, з порушеннями зорового (предметного сприймання), з порушеннями психічної активності.

В.Орфінська виділила 10 форм алалії, позначаючи тим самим різні механізми її виникнення, різний патогенез, різний характер мовних порушень та різні шляхи корекційної роботи. Автор визначила 4 форми моторної та 4 форми сенсорної недостатності та 2 форми зорово-рухових розладів. Не зважаючи на досить точну й тонку диференціацію різних форм алалії класифікація В.Орфінської, на жаль, не була впроваджена у практику.

В.Ковшиков виділяв імпресивні та експресивні алалії, звертаючи увагу на порушення засвоєння та використання мови, що є характерними для цієї форми патології.

У своїх дослідженнях Є.Соботович виділила алалії з переважним порушенням синтагматичних та парадигматичних систем мови у дітей з моторною алалією.

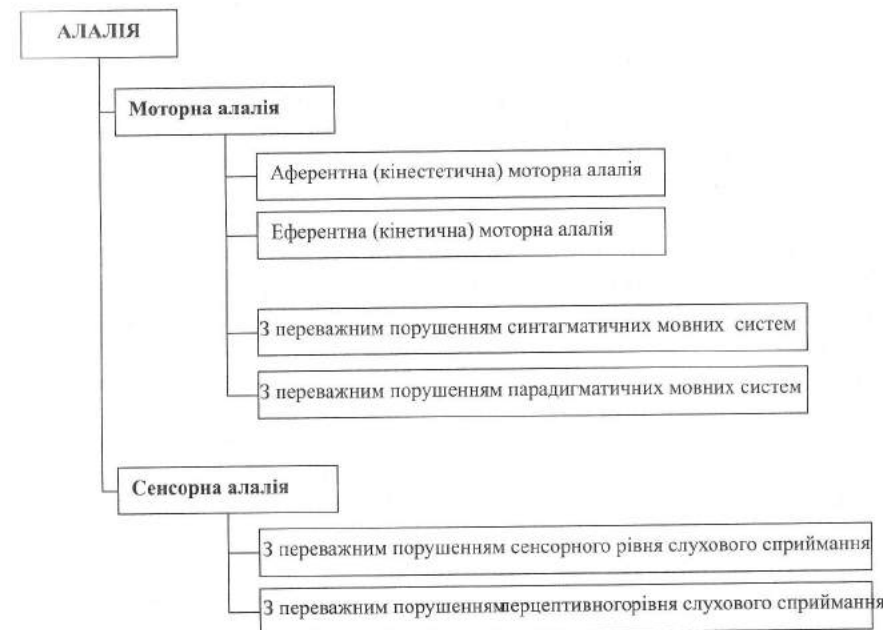
Означені класифікації свідчать про різнобічність наукових уявлень щодо механізмів та патогенезу алалії. Різні дослідники в різні часи, зважаючи на окремі аспекти алалії, намагалися виділити окремі її компоненти: сенсомоторні, психологічні, мовні.

Сучасні уявлення про алалію свідчать, що це порушення мовленнєвого розвитку поєднує складні дефекти моторики, сприймання, специфічні недоліки пізнавальної діяльності (мислення, пам'яті, уваги), мотивації до мовленнєвої комунікації та грубі дефекти операційного складу діяльності засвоєння й використання мови в процесі сприймання та породження мовленнєвих висловів.

У сучасній клініко-педагогічній класифікації порушень мовленнєвого розвитку алалія належить до групи порушень структурно-семантичного (внутрішнього) оформлення вислову (Р.Левіна).

У психолого-педагогічній класифікації алалія входить до групи порушень засобів спілкування й залежно від глибини порушення може бути співвіднесена із загальним недорозвитком мовлення та, зрідка, з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення (у випадках, коли дефект проявляється лише на рівні звукової сторони мовлення).

Нині використовують класифікацію форм алалії, яку визнала більшість дослідників цієї патології:



9.4. Моторна алалія

Механізми моторної алалії

Моторна алалія – це первинний недорозвиток експресивного мовлення центрального органічного генезу.

Моторну алалію спричиняє порушення одного з двох специфічних психологічних механізмів мовлення, що пов'язаний з діяльністю центральних кіркових відділів мовно-рухового аналізатора. Таке порушення виникає внаслідок ураження премоторних та постцентральных (кінестетичний) відділів кори головного мозку, що в нормі забезпечують правильні, точні, координовані та автоматизовані рухи органів артикуляційного апарату. Центральним симптомом порушення мовленнєвої (артикуляційної моторики) при алалії є апраксія (О.Лурія, Н.Трауготт, Є.Соботович та ін.).

Проте моторна алалія не зводиться лише до порушення моторної сторони мовлення. Значно серйознішими є порушення діяльності засвоєння та використання мови, що трапляються при моторній алалії, через які, власне, її й відносять до групи мовних порушень.

Означені мовні порушення проявляються в труднощах оволодіння та використання дитиною синтагматично та парадигматично організованих мовних одиниць, пов'язаних зі звуко-складовою структурою слова, синтаксисом, словотвором, морфологічною словозміною, процесами трансформації внутрішньої структури вислову у поверхневу, розумінням складних логіко-граматичних конструкцій тощо (Є.Соботович).

Мовленнєва та немовленнєва симптоматика моторної алалії досить часто визначається третинними полями кори головного мозку, розташованими у складі зон органічного ураження чи безпосередньо поряд із ними.

Слід зазначити, що органічні ураження ЦНС, які спричиняють алалію, часто виникають у період внутрішньоутробного розвитку, коли нервова система дитини, зокрема і її центральні відділи перебувають у стадії формування (І.Самойлова, О.Лінденбаум). Органічні порушення, що виникають у цей період, у міру збільшення обсягу головного мозку та площі його кори також збільшуються розміром. У результаті при алаліях досить

часто відзначають значні зони ураження, де клітини кори головного мозку не досягають функціональної зрілості, залишаючись на стадії нейробластів. Саме значні обсяги зони ураження не дають можливості на практиці виділити більш диференційовані форми алалії (на відміну від афазії). Ось чому, окрім власне моторних центрів мовлення, при алалії до патологічного процесу долучаються й ділянки кори, розташовані поряд, у тому числі й третинні зони лобної та тім'яно-потилично-скроневої ділянок кори головного мозку.

Іншою особливістю алалії є певна специфічність локалізації порушення відносно домінантної півкулі головного мозку. Дослідники зазначають, що алалія виникає переважно при двосторонньому ураженні мовленнєвих зон кори головного мозку. В іншому разі, тобто коли ураження локалізується лише в одній (звичай генетично визначеній) домінантній півкулі, завжди залишається ймовірність міжпівкульної функціональної перебудови: мовленнєву функцію неспецифічно може взяти на себе здорова субдомінантна півкуля. Це є доволі складним і тривалим процесом. Уникаючи грубого порушення мовленнєвої функції, яке неминуче виникає при ураженні мовленнєвих зон генетично визначеної домінантної півкулі, така перебудова може спричинити затримку мовленнєвого розвитку, заїкання тощо. Зміна домінантної півкулі й пов'язаний із цим процес визначення провідної руки може частково пояснити численні порушення мовлення, які спостерігають у ліворуких дітей, звичайно, якщо їхня ліворукість не є наслідком генетичного домінування правої півкулі, а виникає в результаті описаної вище функціональної перебудови міжпівкульної взаємодії великих півкуль головного мозку (О.Мастюкова, Л.Білогруд).

9.4.1. Моторна аферентна алалія

Моторна аферентна (кінестетична) алалія виникає під час ураження постцентральных відділів кори головного мозку: у нижній третині задньої центральної звивини та нижній частині тім'яної доли. Її центральним симптомоутворювальним механізмом є оральна (кінестетична) апраксія, що виникає в

результаті порушення пропріоцептивної (кінестетичної чутливості). Її наслідком є втрата контролю за рухами органів артикуляційного апарату. Це значно ускладнює оволодіння дитиною правильними артикуляційними укладами та утруднює їх відтворення у процесі породження мовлення (Р.Коен, Г.Гутцман, Р.Білова-Давид, Н.Трауготт, В.Орфінська).

Саме це й визначає симптоматику моторної аферентної алалії, зокрема у фонетико-фонематичній ланці мовлення. Специфічні особливості починають виявлятися в дітей ще в домовакційний період. Через труднощі кінестетичної чутливості та кінестетичного контролю за рухами артикуляційних органів у дитини із запізненням (у багатьох випадках лише після року) формується лепет, психофізіологічною основою якого є формування вміння імітувати у власному мовленні звуки рідної мови, які дитина сприймає від дорослих. Далі формування звукової сторони мовлення відбувається зі значним відставанням та має низку специфічних особливостей:

– фонематичне розрізнення та розпізнавання фонем формується із запізненням, що спричинене порушенням властивого для нормального онтогенезу механізму взаємодії мовно-слухового та мовно-рухового аналізаторів. Як наслідок, окрім виражених фонетичних порушень, діти з алалією мають значні недоліки фонематичного сприймання, фонематичних уваги та пам'яті, фонематичних уявлень, а в старшому дошкільному та шкільному віці виникають труднощі оволодіння звуковим аналізом та синтезом;

– кінестетична апраксія спричиняє специфічні вади оволодіння звуковимовою, що проявляються в труднощах формування рухового образу звука. Дитина не може швидко, правильно, координовано задати положення органів артикуляції, часто помітні спроби пошуку правильної артикуляційної пози. Через труднощі кінестетичного контролю виникають численні заміни одних звуків на інші (літеральні парафазії), що на відміну від дислалії, ринолалії чи дизартрії мають нестійкий характер. Такі заміни називають нестабільними, варіативними. Можливі й парадоксальні заміни, коли артикуляторно простіший звук, замінюється на складніший.

Грубі порушення в оволодінні фонетико-фонематичною стороною мовлення спричиняють недорозвиток й інших сторін мовлення – лексичної та граматичної.

Так, у тяжких випадках перші слова в експресивному мовленні дитини з моторною аферентною алалією можуть з'явитися лише у старшому дошкільному віці. І якщо імпресивний словник дітей з моторною аферентною алалією в цілому сформований на рівні, достатньому для повноцінного розуміння мовлення (за даними Р.Левіної, не більше ніж 10% дітей мають значні труднощі розуміння), то в експресивному мовленні діти тривалий час використовують лише звуконаслідування, спотворені та спрощені слова, частини слів.

Загальною специфічною особливістю дітей з моторною алалією є вербальні парафазії – заміни одних слів на інші. Вербальні парафазії виникають тоді, коли дитина не володіє руховим образом слова або не може його актуалізувати. У результаті виникає заміна на слово, близьке за звучанням чи значенням, або ж заміна слова громіздкою описовою конструкцією. Специфічною формою парафазії є використання жестів замість слів (О.Лурія, Є.Соботович).

У цілому словник дітей з моторною алалією є непропорційним щодо представленості слів різних частин мови. У ньому значно переважають іменники, які позначають конкретні предмети з найближчого побутового оточення дитини. Відчувається значний дефіцит слів, які мають збірні та абстрактні значення. Довгий час у мовленні дітей відсутні прикметники, значні труднощі спостерігаються у засвоєнні та використанні дієслів.

Дефіцит дієслів негативно впливає і на розвиток синтаксичної сторони мовлення, оскільки більшість речень вимагає позначення предиката саме дієсловом. Через це діти з еферентною моторною алалією або пропускають дієслова в реченнях або використовують так звані універсальні дієслова-замінники – кілька дієслів, що надто широко використовуються дітьми з алалією (*робити* на позначення усіх вид дій, *іде* – на позначення усіх форм пересування у просторі тощо).

Поряд з розширенням сфери вживання одних слів у дітей з моторною алалією спостерігається невідповідне звуження зна-

чень інших слів, що пов'язано з труднощами оволодіння семантичною структурою слова. Ці труднощі проявляються не лише в експресивному, але й в імпресивному мовленні.

У дітей зі значним запізненням формується узагальнене лексичне значення слова, що є основою для оволодіння різними мовно-семантичними явищами: омонімією, синонімією, переносним значенням тощо.

У результаті слова вживаються дітьми з моторною алалією переважно у прямому значенні. Їхнє мовлення збіднене та невиразне, стилістично не забарвлене. Через дефіцит лексики дитина не може чітко і правильно сформулювати власну думку, дати чітку відповідь. Описуючи картинку дитина здебільшого воліє до незначних несуттєвих деталей, які вона, однак, може позначити вербально.

Особливості граматичної сторони мовлення дітей з аферентною моторною алалією пов'язані передусім з порушенням функцій третинного поля кори головного мозку у його тім'яно-потилично-скроневій зоні. Ця функція забезпечує оволодіння парадигматичною системою мови (О.Лурія, Є.Соботович).

Означене порушення специфічно впливає переважно на засвоєння та використання морфологічної словозміни, що виражає систему парадигматично організованих граматичних значень числа, роду, відмінка іменників, прикметників, числівників, займенників; виду, часу особи дієслів тощо.

Чим складнішою є граматична парадигма, тим більше труднощів спричиняє в дитини її засвоєння та використання.

Найскладнішою для дітей з аферентною формою алалії є система відмінків іменника. Будуючи речення чи словосполучення, дитина припускається значної кількості помилок вживання відмінкових форм іменників, прикметників, числівників, займенників. Ці аграматизми мають імпресивний характер, що вказує на їхню причину – труднощі засвоєння парадигматично організованих морфологічних одиниць мови. Неправильно вживаючи граматичну форму слова, дитина може послідовно перебрати всі відомі їй форми (у тому числі й правильні), але не може обрати одну єдину, яка задовольняє всі граматичні зобов'язання, що виникають між словами у реченні (В.Орфінська, Є.Соботович).

Особливістю цієї форми алалії є відносно збережена синтаксична структура речення. Обсяг та складність синтаксичних конструкцій на пряму визначається обсягом словника та ступенем близькості ситуації спілкування мовному досвіду дитини. Тому речення дітей з моторною аферентною алалією порівняно з мовленням ровесників без порушень розвитку є дещо фрагментарними, неповно розкривають задум, вони позбавлені засобів увиразнення тощо.

Певні труднощі побудови речень передусім пов'язані з бідністю дієслівної лексики та недоліками у визначенні психологічної структури вислову, зокрема предиката ситуації. Через це в реченнях трапляються пропуски присудків, заміна їх жестами.

В імпресивному мовленні найбільші синтаксичні утруднення проявлятимуться під час сприймання складних логіко-граматичних конструкцій (потенційно обернених, порівняльних, інвертованих, дистантних), розуміння яких вимагає обов'язкового симультанного врахування всіх компонентів вислову: лексичних, синтаксичних, морфологічних. Розуміння таких конструкцій ускладнене використанням у них складних суб'єкт-суб'єктних, атрибутивних, часових, просторових відношень.

З розвитком синтаксичної сторони речення діти з моторною аферентною алалією починають користуватися зв'язним діалогічним мовленням. Хоч досить рідко такі діти є ініціаторами діалогу, проте вони можуть давати нескладні відповіді на запитання, будувати нескладні репліки-пояснення, уточнення, заперечення тощо. Значно складнішим для дітей з цією формою алалією є побудова реплік-запитань.

Монологічне мовлення таких дітей формується зі значним запізненням та труднощами. Основною проблемою є формування цілісного задуму вислову та реалізація його в мовній формі. Саме тому зв'язний вислів, побудований за попередньою бесідою, у формі переказу чи з використанням детального плану для дітей буде доступнішим, ніж творчі розповіді на задану тему (В.Ковшиков, Є.Соботович).

Загальною особливістю всіх дітей з моторною алалією є знижена мотивація до мовленнєвої комунікації. У новій, малозна-

йомій ситуації дитина може взагалі відмовлятися від спілкування. Досить ускладненим для них є оперування контекстом, прихованим смислом, який містить текст. Під час шкільного навчання ці недоліки можуть спричинити труднощі оволодіння шкільною інформацією, що подається переважно у вербальній формі, та стати причиною стійкої шкільної неуспішності дитини з моторною алалією (І.Власенко, В.Юртайкін, Є.Соботович).

9.4.2. Моторна еферентна алалія

Моторна еферентна алалія виникає при ураженні прецентральних моторних зон кори головного мозку, розміщених у нижніх задніх відділах лобної долі (центр Брока). Симптомоутворювальним механізмом цієї форми алалії є кінетична (динамічна) апраксія, що проявляється в порушенні відтворення серійно організованих артикуляційних рухів.

Оскільки артикуляційна програма вислову складається із серійно організованих рухів, кожен з яких відтворює окремий склад, то зрозуміло, що найбільші порушення в мовленні дітей з моторною еферентною алалією будуть проявлятися на рівні саме складової структури слова (Р.Білова-Давид, Н.Трауготт).

Порушення складової структури слова при цій формі алалії є доволі специфічними і позначаються відповідними термінами:

– елізії – цей термін у лінгвістиці позначає пропуск голосних звуків. Оскільки голосний є складотворчим звуком, то його втрата призводить до зменшення кількості складів у слові, саме тому цей термін використовують також на позначення спрощення складової структури слова за рахунок пропусків окремих його складів (*вова – коро́ва, мо́ко – мо́локо*);

– персеверації – зациклювання, невинновдані повтори. На рівні складової структури слова персеверації проявляються у повторях попереднього складу, що спричинені труднощами переключення з одного артикуляційного руху на інший (*баба́бан – бараба́н, мо́моток – мо́лоток*).

– антиципації – спотворення складової структури слова, при якій акустично сильніший або легший в артикуляції склад може вимовлятися раніше, ніж він реально представлений у

складовій структурі слова (*рара́фан – сара́фан, ліліціо́нер – міліціо́нер*).

– контамінації – злиття двох слів в одне (*чако́р – ча́й+цу́кор, муха́рі – му́ха+кома́рі*). Це порушення пов'язане зі значним скороченням складової структури словосполучення, коли випадають останні склади першого слова та перші склади другого. Водночас контамінація може виникати як форма вербальної парафазії, замінюючи, наприклад, одне зі слів, з яких вона утворена.

Через труднощі оволодіння складовою структурою, діти тривалий час не вводять до слів ті звуки, вимовою яких вони оволоділи. Лепетні слова, звуконаслідування, спотворені слова ще довго залишаються основою їхньої експресивної лексики.

Ці труднощі обумовлюють і специфічні вербальні парафазії, які спостерігають у мовленні дітей з цією формою алалії. Через труднощі переключення з одного складу на інший дитина часто замість потрібного слова використовує слово з аналогічною початковою частиною: *мо́ре (мо́рква), си́нок (си́лач)*.

При вимові слів зі збігом приголосних чи слів, що закінчуються на приголосний і артикуляційна схема яких є досить складною для дітей з алалією, вони намагаються додати до слова зайвий голосний звук: *до́рова (дро́ва), си́ра (си́р)*.

Для словника дітей з моторною еферентною алалією властиві ті самі особливості, що й для дітей з моторною аферентною алалією, проте їхні причини виявляються дещо іншими.

Так, бідність словника цієї категорії дітей пов'язана не лише з порушеннями фонетико-фонематичної сторони мовлення. Значний дефіцит лексики визначається несформованістю в них системи морфологічного словотвору.

В українській мові більше ніж 70% слів є похідними, тобто утвореними від твірних основ за допомогою словотворчих морфем. А тому, не засвоївши значення словотворчих морфем та не оволодівши продуктивними способами словотворення, дитина не зможе оволодіти значним обсягом лексичного матеріалу рідної мови.

Вади словотвору при моторній еферентній алалії спричинені порушенням у засвоєнні синтагматично організованих систем мови, що пов'язані з функцією третинних полів лобної

долі кори головного мозку, які розташовані безпосередньо біля центру Брока. Ці поля забезпечують функцію рядотворення, що є надзвичайно важливою як для засвоєння, так і для використання мовних одиниць (Є.Соботович).

Одним з видів таких мовних рядів (синтагматично організованих мовних одиниць) є морфеми у складі слова. Навіть оволодівши значенням морфеми (а відомо, що імпресивне мовлення більшості дітей цієї категорії сформовано на достатньому рівні), дитина не може використати її для творення слів.

Унаслідок вад словотвору в словнику дітей спостерігають значний дефіцит похідних слів усіх частин мови: абстрактних віддієслівних іменників, іменників, що позначають професії, виконавців дій, містилице, дефіцит відносних та присвійних прикметників тощо.

Проте найбільше страждає словник дієслів, найефективнішим способом поповнення якого є префіксальний спосіб творення дієслів. Завдяки значному наборові дієслівних префіксів від одного дієслова можна утворити ціле гніздо споріднених дієслів, що виражають різноманітні відтінки просторових відношень (*заходить, виходить, підходить, переходить, обходить та ін.*), ступенів вираженості дії (*недоварив, переварив, зварив та ін.*) тощо (В.К.Воробйова).

Проте навіть маючи достатній обсяг словника, діти з еферентною формою моторної алалії мають значні труднощі оволодіння реченнями та словосполученнями, що пов'язано з порушенням у засвоєнні синтагматичних систем мови. Синтаксис теж належить до таких систем. Побудова словосполучення чи речення вимагає від дитини уміння поставити слова в певні відношення, виділити головне й залежні слова, визначити синтаксичну роль кожного слова в реченні. Для цього дитина, по-перше, повинна виділити в смисловій ситуації різні компоненти, а по-друге, – правильно вибудувати синтаксичну схему майбутнього вислову. У процесах породження мовлення синтаксична схема вислову вибудовується ще до його лексико-граматичного оформлення, а тому порушення означених процесів призводить до труднощів побудови речення, навіть за умови, що всі слова, які мають увійти до його складу, дитина вільно вживає у

власному мовленні (С.Шаховська, Б.Гриншпун, Н.Трауготт, Є.Соботович).

Зв'язне мовлення дітей з еферентною моторною алалією також має специфічні особливості. Передусім вони пов'язані з порушеннями планування вислову. Навіть у діалогічному мовленні таким дітям складно витримувати лінію єдиного задуму. Вони постійно сходять на несуттєві, другорядні елементи ситуації, відволікаються, відчуваючи утруднення в побудові вислову, припиняють спілкування.

Ще складнішим для них виявляється монологічне мовлення. Без наочності, без плану самостійний монологічний вислів у більшості таких дітей є надзвичайно ускладненим. Водночас, розкладаючи серію сюжетних картинок, діти також припускаються численних помилок, що свідчить про труднощі встановлення послідовності подій під час аналізу смислової ситуації.

Діти з моторною еферентною алалією зі значними труднощами оволодівають навичками читання та письма, які теж передбачають оперування синтагматично організованими мовними одиницями. Не маючи суттєвих труднощів виділення першого чи останнього звука у висловах чи складах, діти припускаються численних помилок, пов'язаних з пропусками, перестановками звуків та складів у словах. Певні утруднення у них викликають слухові диктанти, у яких непоодинокими є пропуски та перестановки слів, та творчі письмові роботи, у яких відтворюються помилки, характерні для усного мовлення дітей.

Немовленнєва симптоматика моторної алалії

Окрім порушень діяльності засвоєння та використання мови, про які ми говорили вище, для правильної діагностики форм моторної алалії важливо враховувати й немовленнєву симптоматику, яка дає змогу точніше визначити структуру дефекту, локалізацію органічного ураження, специфічні особливості психічного розвитку дітей, які слід враховувати під час корекційної роботи, навчання та виховання. При моторній алалії можуть бути порушення загальної та дрібної моторики, сприймання, пізнавальної діяльності.

Порушення моторики в дітей з алалією не є однорідними. Так, внаслідок органічних уражень премоторних та постцент-

ральних відділів кори головного мозку в дітей можуть виявлятися парези кінцівок на стороні, протилежній локалізації ураження, апраксії. Проте у більшості випадків спостерігають незначні відхилення, що, однак, виявляються під час обстеження. Це певна моторна незграбність, недостатня швидкість, координованість рухів: дитині буває важко поплигати на одні нозі, пройти без опори по вузькій дощечці. Особливо виражене порушення дрібної моторики, яке можна помітити, спостерігаючи за малюванням чи письмом дітей з алалією. Рухи кисті руки під час малювання та письма невпевнені, недостатньо координовані, неточні. Дитині важко дотримуватись ліній у зошиті, плавно поєднувати елементи букв, надзвичайно важким для дітей особливо у підготовчому та першому класах є письмо закруглених елементів букв. Компенсувати неточність рухів вони намагаються надмірним натисканням на ручку чи олівець.

Наявність диспраксії особливо помітна під час обстеження рухового контролю, коли дитину просять виконати знайомий рух чи графічну дію без опори на зоровий аналізатор (із зав'язаними хустинкою очима). У таких умовах діти з моторною алалією іноді можуть виявити цілковиту дискоординацію. У складних випадках вони не можуть впевнено сказати, сидять вони чи стоять. Виконання графічних дій без опори на зір у багатьох випадках є недоступним або ж значно ускладненим.

При деяких формах аферентної алалії, зокрема тоді, коли зони ураження локалізовані в нижніх та задніх відділах тім'яної зони, що прилягають до зорової кори (потиличні зони), у дітей можуть виявлятися зорові та зорово-просторові агнозії.

При зорових агнозіях можуть бути труднощі впізнавання предметів, зокрема зображених на малюнках. Найбільші складнощі викликають контурні зображення предметів, особливо коли контур задано пунктиром чи крапками. Можливе невпізнавання предметів, що зображені контурно на фоні зашумлення або накладання один на одного.

Невпізнавання контурних зображень предметів, виконаних пунктиром, можна спостерігати і при еферентній моторній алалії, при ураженні лобних ділянок кори, що відповідають за окуломоторні функції, зокрема співдружні рухи очей.

При аферентній моторній алалії нерідко спостерігається порушення тактильної чутливості та стереогнозу. Дітям важко без опори на зір визначити текстуру поверхні, впізнати за рельєфним зображенням предмет, об'ємну іграшку чи геометричну фігуру.

Специфічні порушення спостерігають і на рівні інших пізнавальних процесів.

Так, дітям з моторною алалією досить часто властива нестійкість уваги. У деяких випадках можливе патологічне підвищення мимовільної уваги при зниженні стійкості уваги довільної. Дитина може звернути увагу на дрібні малосуттєві деталі при повній відсутності концентрації уваги на об'єктах навчання (Є.Соботович).

Деякі зниженими порівняно з нормою можуть бути показники пам'яті. Найбільше страждає пам'ять слухова. Її обсяг у деяких випадках у 2–3 рази менший за показники здорових однолітків. Порушення зорової та моторної пам'яті залежать від стану сенсорних та моторних функцій. При їхній відносній збереженості вони наближені до показників вікової норми.

Специфічні недоліки мислення притаманні більшості дітей із моторною алалією. Природу цих порушень пояснюють складною системною взаємодією мовлення та мислення в процесі онтогенезу. Якщо на ранніх етапах розвитку дитини стан її сенсо-моторного (невербального) інтелекту повністю визначає мовленнєвий розвиток дитини, то з появою фразового мовлення ситуація змінюється: поступово мовлення починає набувати значення процесу, що визначає розвиток вищих психічних функцій у дитини, забезпечуючи формування вищих (а отже, словесно опосередкованих) форм пам'яті, мислення, уваги тощо (С.Ляпідевський, Р.Левіна, М.Богданов-Березовський, Р.Білова-Давид).

І хоч при неускладнених формах моторної алалії невербальний інтелект дітей у цілому відповідає показникам вікової норми, з часом у дітей, які не отримують відповідної корекційної допомоги, починають проявлятися недоліки вищих форм пізнавальної діяльності.

Є.Соботович виділила такі диспропорції в розвитку мовленнєвої та пізнавальної діяльності цієї категорії дітей:

1. Диспропорція між рівнем розвитку імпресивного та експресивного мовлення. Якщо рівень розуміння мовлення у більшості дітей з моторною алалією перебуває на рівні вікової норми, то власне (експресивне) мовлення може бути відсутнім або ж виявляти ознаки грубого недорозвитку.

2. Диспропорція між невербальним та вербальним інтелектом. Якщо за більшістю показників невербальний інтелект у дітей з моторною алалією сформований на рівні вікової норми, то вербальний інтелект є недорозвиненим. Виконання завдань, що вимагають розгорнутої відповіді, або оперування мовними знаками можуть виявитися для дітей з алалією недоступними.

3. Диспропорція всередині невербального інтелекту. На фоні сформованості невербального інтелекту у дітей з моторною алалією за більшістю показників водночас можна спостерігати певні порушення окремих його складників, що визначається локалізацією органічного ураження кори головного мозку.

Так, ураження, локалізовані в лобній долі, здебільшого проявляються в порушеннях сукцесивного аналізу та синтезу та в тих видах діяльності, що обслуговуються ними: лічба в прямому порядку, розв'язування арифметичних задач та прикладів на кілька дій, навички читання та письма, планування діяльності, та виконання дій за певним планом чи складною інструкцією.

При ураженнях, що локалізовані в нижніх тім'яних відділах кори головного мозку, часто порушені симультанний аналіз та синтез, що проявляється в порушеннях зворотної лічби, сприйнятті просторових відношень, право-лівому орієнтуванні, оперуванні числами з кількома розрядами, виконання арифметичних прикладів з непрямою послідовністю дій, створення просторових схем, планів, таблиць та операції з ними (О.Лурія, Є. Соболевич).

Означені порушення впливають на стан різних видів діяльності дитини: ігрової, навчальної, трудової тощо і мають бути враховані під час навчання та виховання цієї категорії дітей.

9.5. Сенсорна алалія

Сенсорна алалія – це первинний недорозвиток імпресивного мовлення центрального органічного генезу в дітей з достатнім рівнем сформованості тонального слуху.

Механізми сенсорної алалії

Сенсорна алалія настає в результаті ураження гностичних полів слухової, скроневої долі кори домінантної півкулі головного мозку. Зазвичай ураженням виявляється центр Верніке та ділянки кори, що прилягають до нього. У разі значного ураження в патологічний процес можуть бути втягнуті негностичні поля в центрі та в задніх ділянках скроневої долі, що забезпечують запам'ятовування та відтворення фонологічних та лексичних одиниць мови.

Функції, які забезпечують ці ділянки кори головного мозку, є надзвичайно складними. Це розрізнення та розпізнавання фонем, що становить основу діяльності засвоєння мови на всіх її рівнях: фонетико-фонематичному, лексичному та граматичному, сприймання та розуміння мови.

Оскільки фонематичне сприймання є базовим процесом діяльності засвоєння мови, то його порушення неминуче відображається на стані оволодіння дитиною мови, призводить до грубого системного недорозвитку імпресивного та експресивного мовлення (вторинно).

Фонематичне сприймання є специфічною формою слухового сприймання. Окрім сформованості власне тонального (фізичного) слуху воно потребує аналізу акустичної мовленнєвої інформації на двох рівнях: сенсорному та перцептивному (Є. Соболевич).

Сенсорний рівень слухового сприймання забезпечує розрізнення фонем за їхніми фізичними акустичними ознаками. Це дозволяє відчувати різницю в звучанні фонем, створює можливість для їхньої імітації у власному експресивному мовленні. Однак націлений на виявлення різниці у звучанні сенсорний рівень слухового сприймання не дає можливості розпізнавати фонем. Тому одна й та сама фонема, вимовлена різними людьми, на сенсорному рівні сприймається як різні звучання.

Розпізнавання фонем, тобто виділення однакових фонем у мовленні різних людей, здійснює перцептивний рівень слухового сприймання. Він дає можливість визначати фонемні за їх корисними акустичними ознаками, та відмежовуватись від ознак варіативних, що неминуче додаються до звучання фонемі індивідуальними особливостями голосу кожної конкретної людини. Саме завдяки перцептивному рівню безмежні варіанти звучання фонем у мовленні усіх мовців можуть бути зведені до обмеженого числа звукотипів, притаманних конкретній мовній системі. Так, в українській мові нараховують 38 фонем (32 приголосні та 6 голосних).

Оскільки вся інформація, якою ми обмінюємось у процесі комунікації, в кінцевому результаті кодується за допомогою фонем, то без оволодіння фонемним складом мови стає неможливим або значно ускладнюється її засвоєння та використання в актах комунікації.

Перцептивний рівень забезпечує стабілізацію слухового сприймання, уможливорює виділення в мовленні різних людей, що володіють певною мовою, стабільних постійних елементів: фонологічних, лексичних, морфологічних, синтаксичних, що складає основу засвоєння та використання мови для комунікації.

Сенсорний рівень є базовим, він першим формується в онтогенезі. Про його нормальне функціонування свідчить поява лепету (приблизно 6 міс.), яким дитина намагається імітувати звуки сприйняті з мовлення інших людей. Без сенсорного рівня слухового сприймання формування перцептивного рівня неможливе. Перцептивний рівень формується в онтогенезі з 10 міс. приблизно до 2 років.

При сенсорній алалії порушеними можуть виявитись обидва рівні слухового сприймання. Проте симптоматика буде різною.

При порушенні сенсорного рівня слухового сприймання здатність до розрізнення звуків мови значно ускладнюється, а в тяжких випадках унеможливується. Навіть різко контрастні звуки дитина може сприйняти як однакові. Окрім того, унаслі-

док цього страждає здатність до імітування звуків, навіть якщо мовно-рухові механізми мовленнєвої діяльності є збереженими. Порушення сенсорного рівня негативно впливають на формування перцептивного рівня слухового сприймання, а отже, призводять до грубих вад діяльності засвоєння мови та, передусім, розуміння мовлення інших. Експресивне мовлення за змістовим наповненням нагадує мовлення глухої дитини. Діти не реагують на мовлення інших, не розуміють його.

Порушення перцептивного рівня (при збереженості сенсорного) проявляються інакше. Передусім збережений сенсорний рівень слухового сприймання уможливорює імітацію дитиною звуків сприйнятих з мовлення дорослих. А тому дитина може повторити за дорослими окремі звуки, склади, слова, іноді навіть невеликі речення. Саме тому в її експресивному мовленні можуть бути присутніми окремі слова та вислови, що часто вживаються в мовленні дорослих. Щоправда у багатьох випадках вони є стереотипними, не завжди точно відповідають мовній ситуації. Спроби розкласти такі конструкції на окремі слова та намагання уточнити у дитини їх значення чи значення виразу в цілому залишаються безрезультатними. Що свідчить про грубі порушення розуміння мовлення, які виникають через несформованість перцептивного рівня слухового сприймання.

Означена специфіка дає змогу виділити дві форми сенсорної алалії:

- з переважним порушенням сенсорного рівня слухового сприймання;
- з переважним порушенням перцептивного рівня слухового сприймання (Є.Соботович).

Обидві форми поєднує спільний симптом – грубе порушення імпресивного мовлення, в основі якого лежить несформованість центрального мозкового механізму мовно-слухового аналізатора. В обох випадках спостерігають несформованість перцептивного рівня слухового сприймання: хоч у першому разі це порушення матиме вторинний характер, а в другому – первинний. В обох випадках порушення розуміння мовлення буде по-

в'язане з відсутністю стабілізації слухового сприймання та єдиним патологічним механізмом, що має назву *замикальна акупатія*.

Замикальна акупатія – це порушення формування зв'язку між звуковою оболонкою слова та його значенням. У дітей з сенсорною алалією такий зв'язок не утворюється через відсутність стабільності у звучанні слів, які дитина сприймає з мовлення оточуючих дорослих.

За даними М.Красногорського, такі зв'язки між звучанням слова та його значенням у нормі формуються після 3–5 збігів, а в дітей з сенсорною алалією – не менше ніж після 20–25 збігів.

Різниця між двома формами сенсорної алалії полягає насамперед у стані експресивного мовлення.

При порушеному сенсорному рівні слухового сприймання (перша форма сенсорної алалії) експресивне мовлення практично відсутнє. При збереженому – (друга форма сенсорної алалії) – в експресивному мовленні можуть траплятися деякі слова, речення, фрагменти висловів, які дитина імітаційно засвоює з мовлення дорослих, та не завжди адекватно використовує у власному мовленні.

Водночас виділяють й інші форми алалії.

В.Орфінська, М.Жинкін виділяють окрему форму семантичної алалії, при якій сприймання лексичних складників мовлення є відносно збереженим, але порушується розуміння фразового мовлення.

За даними О.Лурії варто розмежовувати випадки, коли порушенням виявляється сприймання звуків, слів та складних мовленнєвих структур.

Мовленнєва симптоматика сенсорної алалії

Найсуттєвіші порушення проявляються в дітей з сенсорною алалією на рівні імпресивного мовлення. Порушення розуміння можуть бути настільки грубими, що дитина справляє враження глухої або розумово відсталой (останній висновок часто роблять при частковій сформованості експресивного мовлення).

Маючи значні проблеми з диференційованим сприйманням звукової оболонки слова, діти часто спираються на ритмічне та

інтонаційне оформлення мовлення. Дитина з сенсорною алалією чітко реагує на різну інтонацію вислову, може розрізняти слова, а іноді й невеликі фрази з різною складовою та ритмічною структурою (Н.Трауготт, С.Мнухін).

Однак таке сприймання є неповноцінним і фрагментарним. У кращому разі воно дає можливість дитині відносно непогано орієнтуватися лише в побутових висловах, що часто використовуються в її оточенні.

Специфічною особливістю сприймання мовлення в дітей з порушеним перцептивним рівнем слухового сприймання є труднощі диференціації слів з однаковою складовою та ритмічною структурою. У складних випадках такі слова дитина не в змозі диференціювати, у легших – помилки виникають тільки при сприйманні слів, до складу яких уходять звуки близькі за акустичними ознаками. Труднощі розрізнення слів паронімів можуть бути в дітей з сенсорною алалією тривалий час, іноді навіть у старших класах школи.

За даними В.Орфінської, у міру поступового оволодіння диференційованими ознаками фонем у мовленні дітей починають превалювати грубі спотворення послідовностей звуків у словах (елізії, контамінації, персеверації та антиципації). Такі спотворення є нестабільними: кожного разу, вживаючи слово, дитина вимовляє його по-іншому.

Поступово зникаючи в усному мовленні, означені вище помилки переходять у писемне мовлення, спричиняючи стійкі дисграфії та дислексії.

Лексичній стороні мовлення дітей з сенсорною алалією властива бідність та звуженість семантичної структури слова. Імпресивний словник містить переважно слова з близького побутового досвіду дітей. Це переважно іменники з конкретним значенням, невелика кількість широко вживаних дієслів, окремі прикметники. В експресивному мовленні слів може бути більше, проте їх значення дитина не розуміє, вживаючи такі слова переважно у складі стереотипних конструкцій, сприйнятих з мовлення інших людей. Нерідко при сенсорній алалії трапляються ехолоалії – повторення (а у випадку сенсорної алалії імітування) щойно почутих слів чи невеликих фраз у відповідь

на попередню репліку співрозмовника. Часто слова, представлені в експресивному мовленні, не мають предметної співвіднесеності.

Через несформованість семантичних зв'язків між словами та труднощі диференціації звукової структури слів, в імпресивному мовленні дітей можуть бути труднощі розрізнення значень слів близьких за звучанням та семантикою, які в експресивному мовленні набувають характеру вербальних парафазій.

Досить часто при сенсорній алалії зі збереженим сенсорним рівнем слухового сприймання (друга форма сенсорної алалії) спостерігають підвищену мовленнєву активність дітей при різкому дефіциті засобів спілкування та відсутності контролю за власним мовленням. Такий симптом у логопедії позначають терміном *логорея*.

Натомість діти з порушеним сенсорним рівнем слухового сприймання, у яких відсутня здатність до імітації, широко використовують у своєму мовленні міміку та жести.

У цілому загальною особливістю лексичної сторони мовлення дітей із сенсорною алалією є *переважання активного словника над пасивним*.

У міру усунення грубих дефектів сприймання мовлення та зростання словника дітей з сенсорною алалією їхнє мовлення стає плавним, швидким, добре інтонованим. Проте смислове наповнення речень, їхнє граматичне оформлення залишається дефектним.

І під час сприймання, і в експресивному мовленні діти звертають увагу переважно на лексичне значення слів та ігнорують їхнє граматичне оформлення. Саме тому, сприймаючи інструкції, діти виявляють невпевненість, очікують допомоги з боку товаришів чи педагога. У власному мовленні багато аграматизмів.

Труднощі сприймання властиві не лише усному мовленню, але й читанню. Здебільшого вони пов'язані з ігноруванням дитиною граматичного оформлення слів, що проявляється під час сприймання складних поширених речень і особливо складних логіко-граматичних конструкцій. Через неточності розуміння прочитаної інформації дітям важко зрозуміти основну думку тексту, прихований підтекст тощо.

Немовленнєва симптоматика сенсорної алалії

Окрім порушень мовлення в дітей з сенсорною алалією спостерігають специфічні відхилення й інших видів психічної діяльності.

Найбільш специфічними та діагностично значимими є особливості слухової функції цієї категорії дітей.

За даними Н. Трауготт, специфіка слухового сприймання при сенсорній алалії проявляється в незначному зниженні тонального слуху, що здебільшого має нестабільний характер.

Стан слухового сприймання значно залежить від попереднього слухового навантаження, новизни оточення і ситуації.

Стан слухової функції може погіршитись під вечір або в незнайомому місці. Батьки досить часто скаржаться на те, що стан слуху дитини викликає занепокоєння, оскільки вона не завжди реагує навіть на сильні слухові подразники.

Через означені особливості для диференційної діагностики сенсорної алалії та глухоти мають значення аудіограми, зроблені з інтервалом в 1–2 тижні. При сенсорній алалії вони демонструють незначні, але нестабільні зниження слуху, на відміну від глухоти, де зниження слуху буде значним і стабільним.

Водночас при сенсорній алалії спостерігають парадоксальну реакцію на монотонні звуки незначної сили, що має назву *гіперакузія*. Дитина різко та роздратовано може реагувати на звуки води, що крапає з крана, або на шурхіт паперу.

Є відмінності у сприйманні мовних та немовних звуків. Дитина виявляє реакції на звуки природи, музичних інструментів, може розрізнявати їх. Водночас реакції на мовлення (наприклад на власне ім'я) взагалі можуть бути відсутні.

Важливою діагностичною особливістю сенсорної алалії є стан голосу дітей. Їхній голос здебільшого є дзвінким, чистим, без гугнявого відтінку, що дозволяє диференціювати сенсорну алалію від глухоти.

Часто в дітей з сенсорною алалією спостерігають підвищену збудливість, дратівливість, надмірну моторну активність. Дитині важко висидіти на місці, їй складно тривалий час концентрувати увагу на навчальному чи діагностичному матеріалі. Довгий час навіть у шкільному віці в них переважають ігрові

мотиви. Підвищеній дратівливості сприяють труднощі розуміння оточенням їхнього мовлення.

Іноді при сенсорній алалії можуть проявлятися порушення зорового сприймання, що пояснюють близькістю зон органічного ураження до зорової кори потиличних зон кори головного мозку. У цих випадках можуть виникати зорові агнозії, нестабільність зорової уваги, зниження зорової пам'яті, особливості зоро-просторового та буквеного гнозису.

9.6. Обстеження дітей з алалією.

Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку

Слід зазначити, що певні диференційні ознаки форм моторної алалії можна виявити в мовленні дитини лише після трьох років за наявності хоча б елементарних форм мовлення. Проте певні ознаки, що можуть вказувати на алалію, можна помітити й раніше – у період 2,5–3 років.

Обстеження з метою кваліфікації моторної алалії та визначення її форм має проводитися в кілька етапів.

Перший етап – підготовчий. На цьому етапі логопед повинен зібрати анамнестичні дані про дитину, провести бесіду з батьками, педагогами, які працюють чи працювали з нею, провести спостереження за діяльністю дитини в дитячому колективі або сім'ї.

Під час збору анамнезу, який проводиться за загальними правилами, слід звернути особливу увагу на фактори, що можуть спричинити органічні ураження кори головного мозку в пренатальний, натальний період та в перші три роки життя дитини. До таких факторів слід віднести асфіксії новонароджених, інтоксикації плоду, що сталися під час вагітності матері, у тому числі й спричинені вживанням алкоголю, наркотиків чи тютюнопалінням, родові травми, зокрема ті, що могли спричинити внутрішні гематоми в ділянках скроневих тім'яних та лобних відділів черепа, черепно-мозкові травми, вірусні захворювання, нейроінфекції.

У бесіді з батьками слід звернути увагу на фактори, що вказують на можливі локальні органічні ураження мовленнєвих зон кори головного мозку. Зокрема, різке відставання у формуванні домовленнєвих реакцій дитини, передусім лепету, пізня поява (після 18 місяців) або відсутність перших слів, відсутність фраз, у тому числі й граматично неформованих предикативних конструкцій. Важливо, щоб батьки дали оцінку стану розуміння дитиною зверненого до неї мовлення, зокрема назв навколишніх предметів, простих дій та інструкцій.

Окрім того слід з'ясувати, чи не має в оточенні дитини обставин, які можуть затримувати її мовленнєвий розвиток: мовна чи соціальна депривація, відсутність нормальних умов для життєдіяльності дитини (харчування, місце для ігор, відпочинку та сон), відсутність негативних психогенних факторів (емоційні травми, втрата контакту з батьками чи одним з батьків, жорстке поводження з дитиною тощо). Ці дані сприятимуть визначенню причини відсутності чи недорозвитку мовлення та дозволять відмежувати алалію від затримки мовленнєвого розвитку та інших форм ЗНМ.

Другий етап – первинне обстеження. Це – перша зустріч логопеда з дитиною. Тому найголовнішим завданням є встановлення емоційного контакту з нею.

Подальша діагностика має бути спрямована на відмежування алалії від інших порушень психофізичного розвитку, що має вирішити кілька завдань.

Завдання I. З'ясувати стан розуміння дитиною мовлення. Для дітей молодшого дошкільного віку це можуть бути завдання на показування картинок та іграшок, виконання нескладних інструкцій з іграшками чи добре знайомими предметами. Слід звернути увагу, чи реагує дитина на своє ім'я.

Для дітей середнього та старшого дошкільного віку можна запропонувати складніші завдання на розуміння слів, що виражають збірні та абстрактні поняття, диференціацію граматичних значень слова, розуміння речень та зв'язних текстів. Отримані дані мають бути співвіднесені з результатами бесіди з батьками.

У разі виявлення труднощів розуміння зверненого мовлення та відсутності або недорозвитку експресивного слід провести

ти диференційну діагностику сенсорної алалії та глухоти, а також сенсорної алалії та порушень розумового розвитку (розумова відсталість, ЗПР) (завдання II, III). За умови розуміння зверненого мовлення слід провести диференційну діагностику алалії та порушень розумового розвитку (завдання III), диференційну діагностику алалії та складних форм дизартрії (завдання IV).

Завдання II. Диференційна діагностика сенсорної алалії та глухоти.

Диференційні ознаки цих форм мовленнєвої патології представлені в таблиці 9.1.

Таблиця 9.1.

Диференційні ознаки сенсорної алалії та глухоти

Параметр	Глухота	Сенсорна алалія
Слух	порушення тонального слуху має стабільний характер, що підтверджують аудіограми зроблені з інтервалом в 1–2 тижні	порушення тонального слуху має нестабільний характер, аудіограми зроблені з інтервалом в 1–2 тижні демонструють різний стан слухової функції, у діапазоні від норми до незначної туговухості
Голос	глухий, дещо гугнявий	дзвінкий, добре модульований, дитина може відтворювати голосом мелодії, наприклад, під час гри
Диференційна реакція на мовленнєві та немовленнєві звуки	відсутня	фіксуються реакції на немовленнєві звуки (у тому числі й незначної гучності при відсутності реакцій на мовленнєві звуки (у тому числі й високої гучності). Може спостерігатися підвищена, парадоксальна реакція на слабкі, монотонні немовленнєві звуки (гіперакузія)

закінчення табл.

Диференційна реакція на мовлення рідних (добре знайомих) та незнайомих людей	відсутня	фіксується (у тому числі й зі слів батьків) краще розуміння мовлення рідних ніж незнайомих та малознайомих людей
Розуміння зверненого мовлення	за умов екранування обличчя мовця – стабільно відсутнє	має нестабільний характер, зокрема зі слів батьків стан розуміння мовлення може змінюватись навіть упродовж доби

Завдання III. Диференційна діагностика алалії (моторної чи сенсорної) та порушень розумового розвитку.

Для об'єктивної діагностики стану розумового розвитку дитини логопед має направити дитину до спеціального психолога, а за необхідності й до дитячого психіатра чи психоневролога. Проте певні висновки щодо стану пізнавальної діяльності дитини логопед може зробити на основі власного дослідження основних пізнавальних процесів: мислення, пам'яті, уваги.

Передусім під час обстеження слід враховувати стан розуміння дитиною зверненого мовлення. За відсутності останнього усі завдання дитині мають подаватися у невербальній формі та бути спрямованими винятково на обстеження невербального (сенсорного) інтелекту: співвіднесення предметів за кольором, розміром, формою, класифікація геометричних фігур, прості узагальнення на основі сенсорних ознак, симультанний та сукцесивний аналіз і синтез, конструктивний праксис тощо. Добір завдань здійснюється відповідно до фізичного віку дитини $\pm 1-2$ роки. Щоб не сформувати у дитини почуття невпевненості та небажання працювати з логопедом, починати обстеження слід з найпростіших завдань, з якими дитина найвірогідніше може впоратись. Поступово завдання ускладнюються, наближаючись до тих, що знаходяться поза зоною актуального розвитку дитини. За відповідністю найскладнішого виконаного завдання фізичному віку дитини логопед може зробити приблизний висновок про стан сформованості її пізнавальної діяльності.

Для дітей, що розуміють мовлення, можна використати завдання на обстеження вербального та невербального інтелекту. Порівняння результатів їх виконання також є діагностично значущим для диференціації порушень розумового розвитку та моторної алалії.

У дітей з порушеннями розумового розвитку диспропорція між виконанням рівноцінних за складністю завдань на вербальному та невербальному рівні не спостерігають. Водночас діти з моторною алалією можуть виконувати досить складні завдання на невербальному матеріалі, але відчувають значні труднощі під час виконання вербальних завдань. У них можуть виникати труднощі щодо виконання окремих типів невербальних завдань, наприклад з використанням геометричного матеріалу, або ж завдань на суцесивний та симультанний аналіз і синтез.

Таблиця 9.2.

Диференційні ознаки порушень розумового розвитку та алалії

Параметр	Порушення розумового розвитку	Алалія
диференційні показники виконання невербальних та вербальних завдань, що відповідають фізичному віку дітей	немає	завдання на обстеження невербального інтелекту виконуються переважно на рівні вікової норми, тим часом як виконання вербальних завдань викликає значні труднощі
диференційні показники виконання окремих видів невербальних завдань, що відповідають фізичному віку дітей	практично немає	завдання, до психологічної структури яких входять операції симультанного чи суцесивного аналізу та синтезу, викликають у дітей певні труднощі, порівняно з іншими завданнями на обстеження невербального інтелекту, які відповідають фізичному віку дітей

Завдання IV. Диференційна діагностика моторної алалії та дизартрії. Складні дизартрії, зокрема анартрія, так само як і моторна алалія можуть викликати грубий недорозвиток мовлення переважно в його фонетико-фонематичній ланці, але за умов збідненої мовленнєвої комунікації дитини та тривалої відсутності відповідної корекційної допомоги можуть спричинити недорозвиток лексико-граматичних складників мовлення. За таких умов стан мовленнєвої функції дитини з моторною алалією та складною дизартрією може бути схожим.

Діагностичні показники для розмежування зазначених порушень мовленнєвого розвитку наведені у таблиці 9.3.

Таблиця 9.3.

Диференційні ознаки дизартрії та моторної алалії

Параметр	Дизартрія	Моторна алалія
Інервація органів артикуляційного апарату	Порушена. Спостерігаються парези чи паралічі органів артикуляції. Обсяг рухів артикуляційних органів здебільшого звужений (часто різко)	Не порушена. Парези та паралічі відсутні. Обсяг рухів артикуляційних органів не звужений, проте помітні значні труднощі виконання точних рухів, особливо за відсутності зорового контролю через дзеркало.
Голос	часто має глухий гугнявий відтінок	чистий
Загальний стан мовлення	Мовленнєва активність дітей (окрім випадків анартрії) є достатньою чи незначно зниженою. У більшості випадків фраза формується вчасно чи з незначним запізненням хоч саме мовлення є змазаним, артикуляція нечітка. Аграматизми (особливо в умовах проведення відповідної корекційної роботи)	Мовленнєва активність значно знижена. Довгий час не формується фраза. Не зважаючи на значну кількість помилок звукового та складового оформлення висловів мовлення не звучить змазано. Заміни звуків та помилки складової структури слова мають нестабільний характер. Аграматизми навіть в

закінчення табл.

	мають здебільшого експресивний характер. Порушення звуковимови (спотворення, заміни звуків) та складової будови слова є стабільними	умовах регулярної корекційної роботи мають як імпресивний, так і експресивний характер
--	---	--

Третій етап – основне обстеження. Його метою є визначення форми алалії. До цього логопед вже має визначитись у першому наближенні, з якою саме патологією він має справу: сенсорною чи моторною алалією.

А тому основну увагу звертають на розмежування підформ алалії за тими специфічними ознаками, які викладені в цьому розділі.

Під час обстеження мовлення та немовленневих функцій дітей з алалією використовують традиційні завдання, спрямовані на діагностику стану фонетико-фонематичної, лексичної та граматичної сторін мовлення, зв'язного мовлення, читання та письма, загальної моторики, гнозису, симультанного та сукцесивного аналізу і синтезу, пам'яті, уваги, мислення тощо. Увагу звертають на специфічні особливості виконання цих завдань, які б могли свідчити про алалію як таку, та могли б слугувати для точного встановлення її форми.

Четвертий етап – діагностичне навчання. На цьому етапі логопед проводить поточне спостереження за дитиною у процесі корекційної роботи. У цей час він має визначити динаміку розвитку дитини в умовах корекційного навчання, що дасть змогу уточнити висновок щодо мовленнєвого порушення його форми чи підформи, обрати диференційовані методики для його корекції, врахувати індивідуальні особливості розвитку в дитини та розробити індивідуальну програму (план) подальшої корекційної роботи.

9.7. Організація корекційної роботи з подолання алалії

Як системне порушення мовленнєвого розвитку алалія є одним з виявів загального недорозвитку мовлення, що зумовлює однотипність організації основних етапів корекційної роботи з її подолання.

Так роботу з подолання алалії ділять на три основні етапи:

На *першому етапі* проводять роботу з розвитку слухового сприймання, формування мотивації до мовленнєвого спілкування та мовленнєвої активності, розвиток пасивного та активного словника побутової лексики.

Другий етап роботи присвячений формуванню фразового мовлення, роботі з формування навичок оперування мовним матеріалом на рівні словосполучення та речення паралельно з нарощуванням лексичних, граматичних та синтаксичних засобів мовлення, формування та удосконалення навичок діалогічного мовлення.

На *третьому етапі* основну увагу звертають на формування зв'язного мовлення: удосконалення навичок діалогу, формування та розвиток різних видів репродуктивного та продуктивного монологічного мовлення.

Окрім цього значну увагу звертають на формування готовності (передусім мовленнєвої) до навчання у школі. У цьому розділі корекційної роботи удосконалюють засоби та навички мовленнєвого спілкування, робота спрямована на оволодіння дитиною звуковим аналізом та синтезом, формування зорових функцій та операцій (зорового, зорово-просторового та частково буквеного гнозису, зорової уваги, пам'яті, контролю), розвиток дрібної моторики, моторних операцій та функцій (рухової уваги, пам'яті, контролю), оволодіння простими графічними навичками, що готують руку до письма.

Проте алалія належить до числа тяжких форм мовленнєвої патології, що викликана порушеннями мозкових механізмів мовленнєвої діяльності, має специфічну симптоматику та вимагає тривалої систематичної та комплексної корекції із залученням фахівців педагогіки, психології та медицини.

З огляду на це до загальної схеми корекційної роботи слід ввести низку специфічних напрямів, які визначають відповідно до форми алалії та психологічних механізмів, що її зумовлюють, стану та особливостей сформованості різних сторін мовлення у дітей, їхніми індивідуальними особливостями тощо.

9.7.1. Особливості логопедичної роботи з подолання моторної алалії

Основну увагу в корекційній роботі звертають на подолання наслідків апраксії: кінестетичної чи кінетичної.

При кінестетичній моторній алалії у роботі варто використовувати завдання на розвиток кінестетичної чутливості органів артикуляції, статичні та динамічні артикуляційні вправи (методика Є.Соботович). Завдання варто починати виконувати перед дзеркалом, поступово формуючи вміння виконувати артикуляційні вправи без опори на зоровий аналізатор. У роботі широко використовують механічні прийоми із застосування шпательів та логопедичних зондів, зорові тактильні, кінестетичні опори для формування диференційованих характеристик звуків мовлення (дзвінкий-глухий, свистячий-шиплячий, місце та спосіб артикуляції тощо). Для розвитку кінестетичної чутливості доцільно використовувати логопедичний масаж.

При кінетичній апраксії особливу увагу звертають на виконання динамічних артикуляційних вправ, формування відчуття ритму, корекцію складової структури слова з урахуванням послідовності її формування в онтогенезі. Для формування темпо-ритмічної сторони мовлення доцільно використовувати логоритмічні завдання та вправи.

Розвиток лексичної сторони мовлення проводять за загальною схемою, проте окремо слід зосередитися на корекції семантичної структури слова: формуванні різних типів лексичних значень (конкретних, збірних, абстрактних), та лексичних узагальнень (категоріального, контекстуально зумовленого, узагальненого лексичного значення слів), формуванні предметної та понятійної співвіднесеності слова, роботі над засвоєнням різних лексико-семантичних явищ (омонімії, синонімії, багатозначності, метафоричності).

Особливу увагу слід звернути на формування навичок словотвору як потужного засобу поповнення словника. Ця робота передбачає формування в дітей навичок порівняння похідних і твірних слів за звучанням та значенням, навички практичного морфологічного аналізу, вміння утворювати слова за аналогією та самостійно.

Формування граматичної сторони мовлення вимагає урахування специфічних особливостей її сформованості у дітей з моторною алалією, що пов'язана з переважним порушенням синтагматичних та парадигматичних систем мови.

При порушенні парадигматичних систем мови слід зосередитися на розвитку значення граматичних категорій та навичок використання в мовленні граматичних морфем. Розпочинати роботу доцільно з диференціації в імпресивному та експресивному мовленні значень найпростіших граматичних категорій: число іменників та дієслів, виду дієслів. Поступово охоплюючи й інші категорії роду, часу, способу порівняння тощо. Особливу увагу слід звернути на найбільш розгалужену систему морфологічної словозміни – відмінок іменників.

У роботі над відмінком логопед має враховувати не лише граматичні форми слова, але й різні предметно-синтаксичні значення, які виражає кожна з цих форм, та різні варіанти утворення залежно від відміни та групи (твердої, прямої, мішаної), до якої належить іменник (методика Є.Соботович).

Ця робота має будуватися з урахуванням певної послідовності, що дає можливість вибудувати чітку парадигму граматичних значень слова (Є.Соботович, В.Тищенко та ін.):

- від простіших форм називного, знахідного відмінків, до складних форм місцевого та давального;
- від відмінкових форм, що утворюються без чергування звуків в основі, до форм, що вимагають такого чергування (книга – книзі, білка-білці);
- від відмінків, що мають одне предметно-синтаксичне значення, до відмінків, що мають кілька предметно синтаксичних значень);
- від предметно-синтаксичних значень, що виражаються лише одним відмінком, до диференціації близьких предметно-синтаксичних значень, які виражають різні відмінки;

– від безприйменникових (простих атрибутивних, суб'єкт-об'єктних) до прийменникових та складних (об'єкт-об'єктних) конструкцій.

У роботі над синтаксичною стороною мовлення, зокрема з дітьми, у яких порушені синтагматичні системи мови, окрім традиційних завдань, пов'язаних з нарощуванням синтаксичної структури речення варто використовувати завдання спрямовані на формування навичок синтаксичного структурування ситуації та виділення в ній смислових компонентів суб'єкта, предиката, об'єкта, дії, атрибутів тощо. Важливим є формування в дітей диференційованого синтаксичного значення слів у реченні, уміння правильно передавати синтаксичне значення слова шляхом відповідного граматичного оформлення, уміння визначати синтаксичне значення слова за смыслом та за його граматичним оформленням.

Важливим є формування операцій граматичного (синтаксичного) трансформування речення: вправи на упорядкування деформованого речення, розширення та звуження речення.

Важливим складником роботи з корекції граматичної сторони мовлення є розвиток контролю (самоконтролю) за морфологічним та синтаксичним оформленням речення.

У роботі над розвитком зв'язного мовлення слід звернути увагу на формування навичок структурування смислової ситуації, планування мовлення, побудову зв'язного вислову з опорами (на наочність, серію запитань, план) та самостійно.

У цій роботі можна використовувати методики Н. Жукової, О. Мастюкової, Т. Філічевої, Є. Соботович, С. Миронової, І. Марченко та ін.

Окрім корекції порушень мовленнєвого розвитку слід звернути увагу і на корекцію та попередження немовленнєвих вад у дітей з моторною алалією.

Оскільки немовленнєва симптоматика значною мірою пов'язана з порушеннями сукцесивних та симультанних аналізу та синтезу корекційну роботу можна вибудувати у напрямі їхнього розвитку в різних видах діяльності дитини: руховій, графічній, ігровій, пізнавальній, трудовій, образотворчій тощо.

9.7.2. Особливості логопедичної роботи з подолання сенсорної алалії

Однією зі специфічних особливостей корекційної роботи з подолання сенсорної алалії є необхідність створення спеціальних умов до акустичного оточення дитини. Ураховуючи, що стан слухового сприймання дитини залежить від попереднього акустичного навантаження, а також те, що цей вид сприймання швидко виснажує дитину вдома та в дошкільному закладі, слід обмежити використання звукових пристроїв (електричний дзвінок, дзвінок телефону, радіо, телевізор). Ці заходи мають забезпечити жорсткий слухо-мовленнєвий режим, що регулює періоди слухового навантаження та відпочинку (Н. Трауготт).

Обмеження, що накладаються на акустичне оточення, мають пробудити інтерес дитини до звуків довкілля та звуків мовлення.

Корекційна робота розпочинається з активізації слухової уваги слухового сприймання з опорою на найбільш збережені його форми – сприймання звуків природи, музики, шумів. Спочатку формують розрізнення звуків далеких за акустичними ознаками та поступово переходять до розрізнення звуків близьких за звучанням.

Наступним етапом є введення до занять контрастних та сильних за акустичними ознаками звуків (*а, у, р*). При цьому до кожного звука, що вводиться в сферу слухового сприймання дитини, варто дібрати яскравий образ (картинку, іграшку тощо), щоб дитині було легше його запам'ятовувати й актуалізувати.

На наступних етапах роботу проводять над слуховою диференціацією голосних та приголосних звуків, далеких за акустико-артикуляційними ознаками, і лише потім – близьких.

У міру формування слухової диференціації фонем проводять роботу з диференціації складів і слів та з розвитку власних вимовних навичок дітей.

Звуковимова формується з опорою на зорове, тактильне, вібраційне сприймання, що має компенсувати недоліки розпізнавання корисних ознак фонем на слух.

Оскільки при сенсорній алалії фонематичні уявлення дітей формуються зі значним запізненням і на неправильній акустичній основі, доцільним є навчання дітей читанню глобаль-

ним методом. Таким чином, фонематичні уявлення дітей про звуковий склад слів будуть формуватися через зорові еталони – буквені позначення звукового складу слова (Н.Трауготт, Є.Соботович).

Запорукою успіху корекційної роботи є формування контролю (самоконтролю) дитини за сприйнятою та породжуваною інформацією. Ураховуючи специфіку формування фонематичних процесів в умовах органічного порушення мозкових механізмів, що його забезпечують, до контролю варто залучати не лише збережені аналізатори, але й пізнавальну діяльність дитини. Слід учити її орієнтуватися на ситуацію, загальний смисл висловлювання, що уможливить зменшення кількості помилок, пов'язаних з неточністю сприймання мовленнєвої інформації. Для цього М.Жинкін радить створювати ситуації, у яких дитина на основі умовиводів, урахування ситуацій та контексту могла б правильно визначити зміст вислову в цілому.

У процесі корекційної роботи слід зосередитися на формуванні спрямованості уваги дітей на граматичні одиниці мовлення, на тому, як вони впливають на зміну значення слова та речення в цілому. Для цього варто створювати ситуації, у яких граматичне оформлення слів виконує смислорозрізнявальну функцію (Покажи де: *прийшов у садок – прийшла у садок, літак летить – літаки летять, книжка – книжки, заєць – зайчик, хлопчик малює олівець – хлопчик малює олівцем*).

Важливо забезпечити спілкування дитини з однолітками, які не мають порушень мовленнєвого розвитку, адже у процесі комунікації вона не лише вчитиметься використовувати здобуті знання та навички у природних умовах, але й засвоюватиме нові, сприйняті від інших дітей.

Алалія належить до найскладніших патологій мовленнєвого розвитку.

Через порушення синтагматичних та парадигматичних одиниць мови або грубі дефекти сприймання алалію відносять до числа мовних порушень.

І сьогодні у вивченні алалії залишається багато невирішених питань, пов'язаних з диференційною діагностикою різних

форм алалії, пошуком ефективних шляхів корекційної роботи тощо. Однак наявні підходи та методи корекційного впливу дають можливість проводити якісну корекційну роботу з подолання зазначених порушень мовленнєвої діяльності та підготовку дітей до школи.

Контрольні запитання і завдання:

1. Дайте визначення поняття алалія. Спробуйте визначити диференційні ознаки алалії та відомих вам порушень мовленнєвого розвитку.

2. Охарактеризуйте психологічні механізми мовлення, порушення яких призводить до алалії.

3. Визначте порушення мовленнєвої діяльності дітей з різними формами моторної алалії, які свідчать про несформованість у них синтагматичних та парадигматичних систем мови.

4. Охарактеризуйте основні завдання, які має розв'язати логопед у процесі диференційної діагностики алалії, розумової відсталості та глухоти.

5. Дайте характеристику немовленнєвої симптоматики моторної та сенсорної алалії. Спробуйте визначити основні мозкові механізми названих порушень.

6. Охарактеризуйте особливості пізнавальної діяльності дітей з алалією, поясніть причини цієї специфіки.

7. Визначте специфічні завдання корекційної роботи з подолання моторної та сенсорної алалії.

8. Доберіть корекційно-розвивальні завдання, дидактичні матеріали, які можна використати у роботі з дітьми-алаліками.

Розділ 10

ЗАЇКАННЯ

10.1. З історії вивчення проблем заїкання

Проблема лікування, корекції мовлення в разі заїкання є актуальною для науковців і практичних працівників медицини, дефектології та психології.

Упродовж XX 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 має 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 другого – 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 прийома-

ми, а й розуміти цілісну клінічну та психолого-педагогічну картину цього патологічного стану, знати клінічні прояви невротичних та неврозоподібних 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.

Мета цього розділу відповідає основному його завданню – сприяти кращому засвоєнню студентами навчальної програми 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 «мовленнєвих» 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 роз-

глядали тільки у фонетичному аспекті, а його комунікативну сторону не враховували, що зумовило недооцінювання соціального значення захворювання.

Щодо етіології заїкання І.Сікорський та Г.Гутцман 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 зі схильністю до одужання.

Рівень знань у галузі анатомії та фізіології мозку на межі ХХ ст. не дали змоги просунутися вперед у визначенні сутності заїкання, проте психологія 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 Вищу 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 В.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. Нарком-здоров'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 несвочасного 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 загальновиховні заходи 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 психо-

логії). 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 ХХ 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 емоційних 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. Встановлено 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.

10.2. 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 у 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 ендogenous 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 ще не сформоване. Значне місце він відводив спадковості, вважаючи психологічні та біологічні причини лише поштовхами, що порушують рівновагу нестійких мовленнєвих механізмів у дітей.

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 ендogenous чинників (Н.Власова, В.Гіляровський, М.Зееман, М.Хватцев, Н.Тяпугін).

На сьогодні виділяють дві групи причин заїкання: ті, що призводять до виникнення його («ґрунт»), та вихідні («поштовхи»).

До причин, що призводять до виникнення заїкання («ґрунт»), належать такі:

- невротична обтяженість батьків (нервові, інфекційні та соматичні захворювання, що послаблюють або дезорганізують функції ЦНС);

- невропатичні особливості заїкуватою (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, стру-

си 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.

10.2.1. 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. Кузьміна та І. Пружан (1974), неможливо виділяти судоми 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 у минулому мав заїкання. На тлі безсудомного і зовнішніх проявів ускладнень мовлення під час промовляння тестового завдання спостерігалася асиметричне

«здуття» м'язів язика, яке охоплювало середню частину спинки цього органу (Л. Пікулев, Л. Вансовська, 1975). Таке явище було підтвержене 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). Цій 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), за даними 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 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, Lesclued & 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 судомні різного ступеня тяжкості, тривалості, частоти. Судомні виникають унаслідок невротичних, неврозоподібних станів або органічних захворювань нервової системи і, в свою чергу, спричиняють у дітей вторинні реактивні нашарування. Ці нашарування зумовлюють певні зміни особистості і призводять до порушення системи спілкування з оточенням. На тлі органічних порушень виникають судомні м'язів мовленнєвого апарату, які мають різну локалізацію, тип і силу виразності.

Прийнято виділяти два основних типи мовленнєвих судом: тонічні і клонічні.

Тонічні мовленнєві судомні виявляються у вигляді мимовільних багаторазових скорочень м'язів з різким підвищенням їх тону, 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 зненацька 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, надто хворобливі, вразливі, вони бояться темряви, моторно неспокійні, тривожні. З'являється логофобія. Під час мовлення вони дуже хвилюються і частота судом збільшується. Спостерігаються судоми м'язів обличчя, шиї, кінцівок.

Усі ці аспекти треба враховувати, виконуючи корекційну роботу з подолання заїкання.

10.2.2. Фізіологія заїкання

Мовлення – це коловий процес (мал. 10.1). Мовленнєве коло утворюють три мозкових мовленнєвих центри (мал. 10.2):

- центр Брока відповідає за мовлення, кермуючи 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.



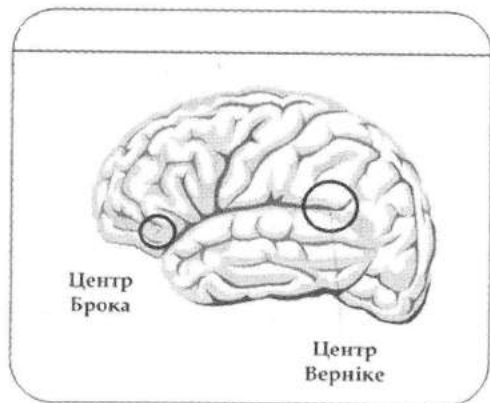
Мал. 10.1. Мовленнєве коло

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 мовленнєвopodobні реакції – дитячий лепет;
 - центр Верніке формується пізніше, коли дитина із загального хаосу звуків починає розпізнавати і повторювати прості

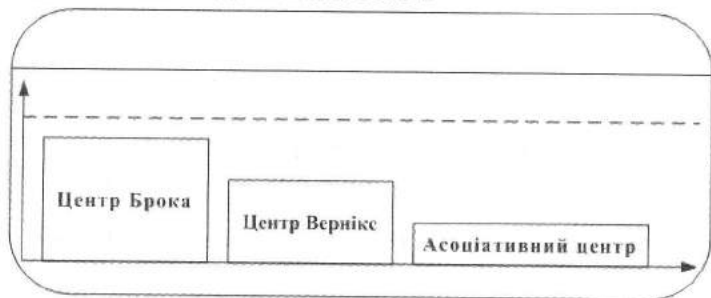
слова, від яких вона життєво залежна. Наприклад, «мама», «тато», «дай» тощо;

– асоціативний центр розвивається до 2 років, коли дитина починає вимовляти складні фрази, за які цей центр і відповідає;



Мал. 10.2. Локалізація мовленнєвих центрів

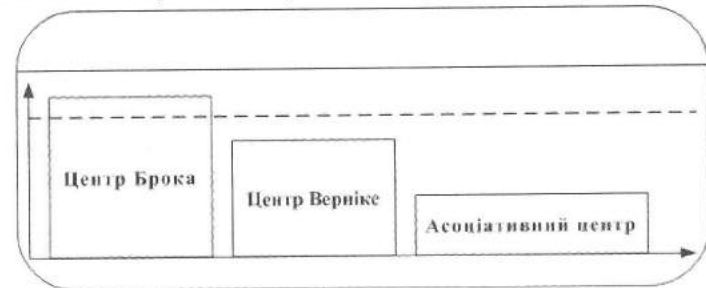
2) недостатністю неврологічних механізмів синхронізації швидкостей роботи мовленнєвих центрів унаслідок переляку, стресу, перенесеного наркозу або важкого соматичного захворювання (див. мал. 10.3).



Мал. 10.3. Нормальна робота мовленнєвого кола

Потенційно відмінність між мовленнєвими центрами є в кожній людині, проте захворювання виявляється, якщо вона

стає надмірною. Саме тоді з'являється нестабільна робота мовленнєвого кола (мал. 10.4).



Мал. 10.4. Порушений стан мовленнєвого кола

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. 10.1).

Таблиця 10.1.

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 т. д.

10.2.3. Симптоматика заїкання

Вперше повна симптоматика заїкання була подана в праці І.Сікорського. Прояви заїкання у різні вікові періоди вивчали В.Гіляровський, М.Зеєман, С.Ляпідевський, М.Хватцев та інші. 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 спотикання та інші порушення експресивного мовлення, феномен фіксованості на дефекті, логофобії, виверти та інші психологічні особливості.

10.2.3.1. Мовленнєві судоми

Судоми м'язів мовленнєвого апарату мають різну локалізацію, тип та ступінь виразності. Виділяють два основних типи мовленнєвих судом: тонічні та клонічні.

Тонічні мовленнєві судоми – це складні тривалі спазми, які заважають вимовити слово та проявляються у вигляді тривалої паузи в мовленні, або у вигляді напруженої, протяжної вокалізації (к – к – корова).

Клонічні 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 мішані судоми: дихально-артикуляційні, дихально-голосові, артикуляційно-голосові.

Судоми дихального апарату:

Інспіраторні судоми характеризуються раптовим різким вдихом, що виникає на різних етапах мовленнєвого висловлювання і призводить до необґрунтованої паузи. Ці судоми пору-

шують 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 пресу. Під час експіраторних судом артикуляція і вокалізація призупиняється.

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 судом 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 при вимові 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 не фонологічні звуки. Ця судома характеризується наявністю відкритої ротової порожнини, і може супроводжуватись 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 проявляється у вигляді спазму колового м'яза рота, внаслідок чого губи сильно змикаються, при цьому інші м'язи обличчя можуть не брати участі в судомі. При спробі вимовити звук щоки можуть надуватися під тиском повітря, що заповнює ротову порожнину. Порушується вимова твердих і м'яких губних звуків [б], [п], [в], [ф], [м], у тяжких випадках – язикових [д], [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. Вражає 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 в бік судомно скорочених м'язів. Вона може охоплювати м'язи носа, повік, чола. Судома кута рота порушує роботу кругового 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 у двох 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.

Складна судома обличчя є одним із проявів різних судом обличчя, виражених у тяжкому ступені, що охоплюють судоми м'язів чола, кругового м'яза повік, вушних 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 та-

кож видих (і відповідно – фонація) у цей момент призупиняються, виникає необґрунтована пауза.

Судомне підняття кореня язика. Виявляється у мимовільному піднятті кінчика язика вгору та відтягнення 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], [х].

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 силою, 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 спостерігається 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].

10.2.3.2. Феномен фіксованості на ваді

Зародження переживань із приводу якості власного мовлення можна знайти 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 ступеню мовленнєвого розладу: чим більш виражена заїкуватість, то більші хвилювання.

Багато заїкуватих разом зі 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 саму 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 ваді 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 в разі думки про потребу мовленнєвого спілкування, 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.

10.2.4. Класифікація заїкання

Починаючи з 1970-х років у вітчизняній літературі з'являються нові трактування класифікації заїкання. Дослідники виділяють 2 клінічні форми заїкання – неврозоподібну та невротичну, які зумовлені різними патогенетичними механізмами.

Характеристика неврозоподібної форми заїкання. 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, струсу головного мозку, менінгоенцефалітів часто спостерігається неспецифічний комплекс залишкових явищ подібних

до ураження головного мозку. В цьому комплексі поєднуються універсальні загальнономозкові синдроми та ознаки ураження тієї чи тієї функціональної системи.

До універсальних синдромів, які виникають практично у всіх, хто переніс подібне ураження, належить *церебрастенічний* синдром. Він проявляється в негативному перенесенні спеки, перебуванні у транспорті, у підвищеній млявості та втомлюваності при інтелектуальному або фізичному навантаженні, діти з церебрастенічним синдромом швидко втомлюються, тому їх потрібно викликати до дошки не в кінці 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 боку – призводить до виникнення різних нових порушень. Отже, церебрастенічний фон не є безпечним.

Виділяють п'ять основних клінічних варіантів церебрастенічного синдрому:

1. *Астено-гіпердинамічний*: людина втомлюється, стає метушливою, розсіяною, гіперрухливою.

2. *Астено-динамічний*: хворий бажає спокою, спостерігається гіподинамія. В цьому про щось запитувати його, примушувати працювати шкідливо.

3. *Астено-апатичний*: хворий нічого не хоче робити, у нього апатичний стан.

4. *Астено-дистонічний*: хворий стає роздратований, плаксивий, нудний, його не потрібно 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 відмічаються 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 вимовляються під час вдиху або в момент повного видиху.

Неврозоподібна форма заїкання характеризується тим, що мовленнєві спотикання проявляються 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 судомами 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 маскувального 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 травматизація).

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 місяців). 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 поєднатись 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 психотравмуючої ситуації, а й за будь-яких обставин. Після зникання істеричного мутизму іноді спостерігаються істерики 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, судомні 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. 10.2–10.5.

Таблиця 10.2.

Клінічна характеристика різних форм заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Мовленнєва активність	Різко знижена	Зазвичай підвищена	Висока до появи невротичних нашарувань, потім спадає
Локалізація судом	Здебільшого дихально-вокальні	Здебільшого в артикуляційному апараті	В усіх групах м'язів, пов'язаних з мовленням
Темп мовлення	Різний	Тахілалія	Тахілалія
Виразність мовлення	Різна	Мовлення невиразне, монотонне, плухе	Як і за неврозоподібної заїкуватості
Психомоторика (включаючи логомоторику)	Без виражених особливостей	Незграбність, скутість і одноманітність рухів, поганий почерк, млява міміка	Різна, проте часто подібна до тієї, що буває за неврозоподібної заїкуватості
Симптом Фрешельса	Типовий	Непостійний	Непостійний
Супутні рухи	Часті. Мають мінливий характер	Дуже часті. Стереотипні	Постійні і найчастіше одноманітні
Фіксація на важких звуках	Виражена	Слабкіше, ніж при невротичній заїкуватості	Більш-менш виражена
Перебіг заїкуватості	Хвилеподібне, виразність заїкуватості залежить від виразності психотравматичних переживань	Більш-менш постійний, з періодами погіршення, що залежать від ступеня перевтоми, мовленнєвого навантаження, соматичного стану	Залежить від психофізіологічного стану, тому хвилеподібний

закінчення табл.

Дислексія, дисграфія, дискалькулія	Зрідка	Часто	Часто
Спрямованість в подоланні мовленнєвих порушень	Зазвичай висока, часом надмірна	Різко знижена	Недостатня

Таблиця 10.3.

Деякі показники психічного і фізичного розвитку осіб із різними типами заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Психомоторний розвиток у перші два роки життя	Різний, часом прискорений	Із затримкою	Із затримкою
Психомоторний розвиток у 3–4 річному віці	Різний, нерідко прискорений	Із затримкою	Із затримкою
Розвиток навичок самообслуговування	Без помітних відхилень	Із затримкою	Із затримкою
Ліворукість	Як у 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 у період становлення мовлення, а невротичні нашарування пізніше (в 12–15-річному віці)

Таблиця 10.4.

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 зростає внаслідок психомоторного порушення	Як за неврозоподібної заїкуватості, потім приєднуються тривога і страх мовлення в присутності незнайомих людей
Посилена фіксація на мовленні	Типова	Немає	Трапляється часто
Вплив психотравматичної 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 психотравматичної ситуації	Посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Органічне враження головного мозку	Істотно не погіршує заїкуватість	Різко посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Фізичне ослаблення	Не впливає на заїкуватість	Різко посилює заїкуватість	Посилює заїкуватість
Емоційно-вольова незрілість	Істотно не впливає на перебіг заїкуватості	Заважає подоланню хворим мовленнєвої вади	Заважає подоланню мовленнєвого розладу

Таблиця 10.5.

Дані параклінічних обстежень при різних формах заїкуватості

Симптоматика	Форма заїкання		
	Невротична	Неврозоподібна	Неврозоподібна з невротичними нашаруваннями
Рентгенограма	Частіше без особливостей	Переважає субкомпенсована гідроцефалія	Часто субкомпенсована гідроцефалія
Електроенцефалограма	Як у популяції	Переважають органічні зміни, нерідко з підвищеною судомною готовністю	Як і за неврозоподібною заїкуватістю, проте в меншому ступені
Стан ЛОР-органів	Як у популяції	Часті захворювання ЛОР-органів	Рідше, ніж при неврозоподібною заїкуватістю

10.2.5. 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 тих особливостей особистості.

Перша група. До неї ввійшли 3–6% пацієнтів, яким були притаманні психопатичні властивості. Це в основному підлітки з гальмівними (астенічними, шизоїдними, 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 церебралістичний та гіпердинамічний неврозоподібні синдроми.

Третя група. Сюди було віднесено 5–6% логопатів, у яких неврозоподібною заїкуванню поєднувалося з шизофренією, епілепсією (за яких спостерігаються відповідні зміни особистості).

Четверта група складалась з підлітків, яким були притаманні риси психічного інфантилізму: 5% – хворі з дисгармонічним інфантилізмом, 5% – з гіпогенітальним, 15–20% – гармонічний інфантилізмом. За гармонічного інфантилізму наявна незрілість емоційно-вольової сфери виявилася у легковажності, переважанні ігрових інтересів, швидкій перенасичуваності, невмінням довести справу до кінця. Це підлітки зі слабкою волею, які потребують постійного контролю. Для дітей із гіпогенітальним властиві прояви емоційно-вольової сфери, надзвичайна наявність, 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, які зумовлені 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 починаючи від звичайних та акцентованих рис до грубих психопатологічних порушень. Ці хворі потребують диференційованого підходу.

10.2.6. Психологічні особливості дітей із заїканням

Проблема плавного ритмічного мовлення є важливою та актуальною для комплексу норм, пов'язаних із формуванням плавного мовлення дітей із затинанням 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.Такаковський, Ф.Штоккерт, Ю.Флоренська, М.Хватцев). Останнім часом з метою заснування психотерапевтичного напрямку в логопедичній роботі почали глибоко вивчати психологічні особливості у дітей (С.Павлова, В.Селіверстов, В.Шкловський, Ю.Некрасов, Л.Андропова 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 наголошували 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. Дослідники виділяють три групи хворобливої фіксації на ваді: нульову, помірну і високу.

До нульової групи увійшли 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 своєї 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.Хватцева, 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.

10.3. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації заїкуватих

10.3.1. 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, отоларинголога, 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. Скарги 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;
- токсикоз у I, II половині вагітності; фізичні травми в I, II половині вагітності; інші захворювання і порушення;
- особливості перебігу пологів (термінові, передчасні, зі стимуляцією тощо);
- особливості перебігу післяпологового періоду (закричав відразу – не відразу, асфіксія синя – біла, пологові травми);
- 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, рухливий – уповільнений, урівноважений – примхливий тощо);
- основні риси поведінки (примхливість, слізливість, тривожність, негативізм, виснажливість, розгальмованість, труднощі переключення).

Мовний анамнез:

- час появи гуління 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 мовленнєвого розвитку дитини (у якому обсязі читали дитячу літературу, чи відповідала вона вікові; з якого віку розучували вірші, пісні; наскільки швидко запам'ятовувала, 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 тощо);

– 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 зі 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 носовим відтінком; хрипкий тощо);
- дихання (грудочеревне, верхньогрудне; ритмічне, аритмічне; достатнє за глибиною, поверхнєве; напружене тощо);
- 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, судами м'якого піднебіння;
- складні лицьові судами;

- 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 ті 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.

10.3.2. 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 авторегульованого 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.Шкловського (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.Беккер, М.Совак, 1984; О.Блудстейн, 1995; М.Онслов, 1997). Наукові дослідження, основані 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 статури: етіопатогенезу мовленевого 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.Білкової, 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 зни-

ження 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 регульованих 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 напашарувань 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, 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 припус-

кає 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 звуковимовної сторони мовлення і розвитку словника. В разі невротичної форми заїкання роботу спрямовують на нормалізацію психіки дитини та стосунків батьків із нею.

Т.Вегендес у своїй методиці подолання заїкання пропонує використовувати «сценотест» Г.Стаабс. У сценках та іграх, які дитина розіграє 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.Рожественська 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 програмовий зміст щоденних занять, слід впроваджувати спеціально розроблені, багатоваріативні ігри та

ігрові завдання для етапів корекційної роботи над формуванням плавного зв'язного мовлення, перевихованням психологічних відхилень у дітей-дошкільників, які мають заїкання.

10.3.3. 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 виправлення 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. Лого-

педичні 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 із 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 дала змогу авторові 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: Г.Абелєва, Л.Андропова, Л.Голубєва, А.Євгєнова, М.Кисєльова, М.Мєрліс, А.Лубєнська, 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 ДНДІ вуха,

горла і носа під керівництвом професора С.Ляпідевського, передбачає шість основних етапів логопедичної роботи:

1. Підготовчий (2–3 дні).
2. Настановний (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 цей 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 мов-

леннєвої 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 на дві 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, розроблену М.Буяновим, Б.Драпкіним, Є.Богдановою, 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 трудотерапію.

Якщо загальну психотерапію, що передбачає створення позитивного емоційного тла навколишнього оточення, вико-

ристовують 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 у 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 органі-

зовують режими «мовчання» і «обмеження мовлення», на тлі яких починають проводити психологічні, психотерапевтичні і логопедичні заняття.

Етап активної терапії (20 днів). На цьому етапі проводять 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 відпрацьовуванні 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 різномірності пацієнтів. Так, з пацієнтами, що мають невротичну форму заїкуватості, проводять ма-

сивне 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 здебільшого 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 запропонував Ю.Некрасова (1985; 1992). Вона характеризується цілеспрямованим впливом на особистісні характеристики заїкуватих, під час якого проводять спостереження за результатами використаних 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 судомного заїкання.

10.3.4. 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 погрешності у мовленні, перекирвлювати 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 корот-

ких 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 ті 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. Потрібно послідовно, проте не силоміць, вкладати ложку перед їжею (олівець перед малюванням 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 оточення (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 певні 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 мовлен-

ня 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 по-

винна 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 порадити 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.

Бажано, 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. Заїкуваті 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 навантажен-

ня 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 комплексною 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.

Розділ 11

ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ

11.1. Голос та його акустичні властивості

Голос – це сукупність різних за частотою, інтенсивністю та тембру звуків, що вимовляються людиною за допомогою голосового апарату.

Голос – це велике явище, яке об'єднує звуки, що виходять з гортанно-глоткових порожнин людини незалежно від їх складності та соціального значення, від рефлекторного крику новонародженого до модульованого голосу відомих співаків чи ораторів.

За механізмом голосоутворення, а також з точки зору способу та мети використання голос поділяється на розмовний (мовленнєвий) та співочий (вокальний). Розмовний голос поділяється на побутовий, котрий ми використовуємо у повсякденному житті та професійний. Професійний голос повинен відрізнятися від побутового широким діапазоном, максимальною виразністю, витривалістю. Співочий (вокальний голос) може бути аматорським та професійним.

Основними характеристиками голосу є: висота, сила, тембр.

Висота голосу – це його здатність до тональних змін, тобто його діапазон. Тоновий діапазон людського голосу поданий послідовністю тонів, що може бути вироблений голосовим апаратом у межах між самими низькими та найбільш високими

звуками. Дослідження В.Морозова, Л.Дмитрієва доводять, що висота звука, продукованого гортанню, обернено пропорційна довжині коливальної частини голосових складок. Довжина коливальної частини є довільно регульованим параметром завдяки складному перетинанню м'язових волокон голосового м'язу. Крім довжини коливальної частини, частота вібрації голосових складок визначається також їх товщиною, масивністю, еластичністю. Людський голос зазвичай містить у собі тони від 64 до 1300 герц. Частоту коливань оцінюють одиницею, що називається Герц. 1Гц – це одне коливання в секунду.

Сила голосу – це величина об'єктивна, реальна енергія звука, вимірюється у децибелах. Сила звука залежить від тону м'язів, потужності голосових складок, а також амплітуди їх коливань, які змінюються внаслідок модуляцій підскладкового тиску. Проявляється посиленням чи послабленням голосу. Відомо, що сила голосу у різних людей різна. У одних голос сильний, витривалий, здатний справлятися з великими мовними навантаженнями. У інших людей голос слабкий, за природою тихий. В умовах підвищеного навантаження невміле користування таким голосом може призвести до виникнення різних функціональних, а деколи і органічних захворювань. Гучність голосу залежить від його сили. Але якщо сила голосу – величина об'єктивна, то гучність – поняття суб'єктивне, пов'язане з нашим сприйняттям звука. Гучність голосу – це віддзеркалення в нашій свідомості реальної сили звука, це сприйняття амплітуди коливань (В.Морозов, Л.Дмитрієв). Діапазон голосу – це різниця між мінімальним та максимальним значенням по силі та висоті. Чим ширше діапазон, тим більш професійний буде голос.

Тембр голосу – з французької мови перекладається як клеймо, марка. З акустичної точки зору він розглядається, як забарвлення звука і є суттєвою характеристикою та головною акустичною якістю голосу. Тембр відображає акустичний склад звуків, які складаються з основного тону, що визначає висоту їх звучання, та чисельних обертонів, що мають тільки вищі, ніж основний тон, частоти. Виникнення обертонів пов'язано з тим, що голосові складки коливаються не тільки своєю довжиною, відтворюючи основний тон, але й окремими частинами, поро-

джуючи звуки висотою у два, три, чотири і т.п. разів більше, ніж частота основного тону. Окремі обертони, збігаючись з коливанням повітря у порожнинах голосового апарату, підсилюються явищем резонансу. Часткові коливання у кратне число разів вище основного тону називаються гармонійними чи гармоніками. Обертон, частота якого у 2 рази вище основного тону, звучить октавою до нього та називається октавною гармонікою. Обертон, який в 2.1, 2.3 і т.п. рази вище основного тону, звучить трохи вище, ніж октава, та називається негармонійним. Сукупність основного тону та додаткових тонів надає мовленню кожної людини індивідуальне звучання.

Резонанс. За визначенням Л.Дмитрієва, В.Морозова та ін., під резонатором в акустиці мають на увазі будь-який об'єм повітря, ув'язнений у пружні стіни з вихідним отвором. У голосовому апараті людини є багато порожнин, в яких може розвинути явище резонансу: трахея та бронхи, порожнина гортані, глотки, рота, носоглотки, носа, навколоносові пазухи.

Як свідчать дослідження Л.Телелеяєвої, Л.Дмитрієва та ін., одні з цих порожнин (порожнина носа та навколоносових пазух) не змінюються за формою та розміром та завжди посилюють одні і ті ж обертони, породжуючи постійно присутні у голосі призвуки, інші порожнини легко змінюють свою форму та розмір (глотка, ротова порожнина) та можуть використовуватись для зміни вихідного тембру, підсилювати певні групи тонів.

Під головним резонатором розглядаються порожнини, які розташовані вище піднебіння, у лицьовій частині голови. При використанні цього резонатору голос набуває яскравий «політний» характер, виникає відчуття вібрації лицьової частини голови. При грудному резонуванні є відчуття вібрації у грудній клітині. В цьому випадку резонаторами є трахея та бронхи. Голос при грудному резонуванні насичений, тембр «м'який». Гарний повноцінний голос одночасно озвучує головний та грудний резонатори.

Через відчуття резонування звука у голові чи грудині отримали свою назву регістри голосу – головний, грудний, змішаний (мікст).

Головний регістр включає високі звуки. Зразком такого голосу є фальцетний голос, якістю якого є бідність обертонів. Грудний регістр багатий обертонами, до нього належать низькі тони голосу. До міксту належать середні тони голосу. Для змішаного регістру характерні і головне і грудне резонування. Такий голос прийнято вважати найбільш приємним у мовленні.

Типи дихання. Загальновідомо, що основною функцією системи органів дихання – є газообмін між організмом та навколишнім середовищем, який включає доставку кисню тканинам у кількості, достатній для забезпечення їхніх енергетичних потреб та виведення вуглекислого газу.

Дихання регулюється дихальним центром, який знаходиться у продовгуватому мозку. Дихальний центр забезпечує доставку повітря в організм у тій кількості, яка необхідна в даний час. Дихання регулюється за рахунок стимуляції безпосередніми хімічними подразниками (двоокис вуглецю) та рефлекторно, під впливом різнобічних подразників, які сприймаються рецепторами, імпульси котрих передаються по нервових шляхах (І.Максимов).

Загальновідомо, що амплітуда та ритм дихання змінюються в залежності від психологічного стану. Основним матеріалом, що утворює звукову енергію в гортані, є повітря. При голосоутворенні повітря доставляється легеньми під час видиху, коли потрапляє висхідним струменем через бронхи та трахею у гортань та озвучується в ній. Дихання при фонації значно відрізняється від звичайного спокійного дихання. Спокійне дихання в нормальних умовах без фізичних зусиль та без фонації є виключно пасивним актом, який складається з двох фаз: більш короткочасного вдиху та більш подовженого видиху. При цьому вдихується приблизно 500–600 см³. При фонації дихання стає активним, примусовим м'язовим процесом, особливо важливу роль у ньому відіграють м'язи черевного пресу. При спокійному диханні обидві фази – вдих та видих – здійснюються майже за однакові відрізки часу. При співі вдих здійснюється швидко, при розмові – дещо повільніше. Якщо співвідношення фаз вдиху та видиху при спокійному диханні складає

приблизно 1:1, то під час сценічного мовлення та особливо при співах це співвідношення досягає значних величин – 1:20 та 1:30 відповідно. Використовується переважно ротове дихання, а не носове. При видосі голосові зв'язки широко розходяться, а голосова щілина набуває форму трикутника.

Грунтовною різницею фонаційного дихання є його довільність. Прийнято вважати, що здібність людини керувати своїм диханням еволюційно пов'язано з розвитком мовлення. Власне у фонаційному типі дихання сконцентрована подвійність управління дихальною функцією. З одного боку – це хвильова регуляція ритму та глибини дихання для досягнення потребує фонаційного результату (тривалість фонаційної фрази, дотримання інтонаційних та логічних пауз мовлення, відповідний темп мовлення, гучність). З другого боку – це тенденція до збереження постійної легеневої вентиляції (І.Бреслав, В.Грабовський та ін.).

Для якості голосу велике значення має тип дихання. В залежності від того, які відділи легень беруть найбільш активну участь в акті дихання під час мовлення, розрізняють верхній, середній та нижньореберний тип дихання. При всіх типах у процесі дихання бере участь діафрагма. Ступінь її участі максимальна при нижньореберному та мінімальна при верхньореберному диханні.

Наукові дослідження С.Таптапової, Г.Малина, М.Жинкіна та ін. свідчать про те, що найбільш доцільним для мовлення є нижньореберний тип дихання з активною участю діафрагми, оскільки при цьому створюються сприятливі умови для роботи голосового апарату.

Велике значення для голосу має спосіб його подачі, так звана **атака звука**. Вона організовує роботу голосових складок у початковий момент голосоутворення. Розрізняють м'яку, тверду та предихальну атаку. М'яка атака є фізіологічним способом подачі звука, коли одночасно змикаються голосові складки і починається голос. Під час предихальної атаки, повітря, що видихається, починає проходити через голосову щілину іще до змикання голосових складок, при цьому шум проходження чутний, і лише потім голосові складки починають вібрувати. При

твердій атаці звука голосові складки щільно змикаються до початку продукування звука, потім повітря, що видихається, з силою проривається через закрити голосову щілину і приводить у рух голосові складки.

Гортань виконує три основні функції: дихальну, захисну, мовленнєву. Механізми голосоутворення складні і до теперішнього часу повністю не вивчені. Існують декілька теорій голосоутворення:

- Міоеластична теорія (Ferrein, 1741).
- Нейрохронаксична теорія (Husson, 1950).
- Мукоондуляторна теорія (Perello, 1962).

Так, вперше, у 1741 році Феррейн сформулював міоеластичну теорію голосоутворення. Згідно якої, фонація є результатом пасивної вібрації голосових складок у вертикальному напрямі під дією повітряного струменю на видиху. В XIX столітті німецькі фізіологи Л.Мюллер та Лермойер, на основі дослідів на трупах, підтвердили концепцію Феррейна. Згідно з теорією, висота основного тону залежить від частоти коливань голосових складок і ступеню напруги голосових м'язів, а інтенсивність звука від сили видихнутого струменю повітря. У своїх дослідженнях Г.Фант підтвердив існуючі положення про те, що всі різноманітні форми коливання голосових складок можна пояснити їх міоеластичними властивостями та аеродинамічними ефектами, що виникають при русі повітря між краями голосових складок та підтримують їх автоколивальний стан. Механізм збудження коливань голосових зв'язок, згідно цієї теорії, відбувається таким чином, що початкове м'язове зусилля, натягнувши голосові зв'язки, примушує їх зімкнутися. Повітря, що виштовхується із легенів, зустрівши перешкоду у вигляді закритої голосової щілини, накопичується у підскладковому просторі, підвищуючи тиск до величини, достатньої для розмикання зв'язок. Розімкнувши зв'язки, повітря виливається в утворену щілину. Швидкість його руху досягає у вузькій частині щілини найбільшої величини, де у відповідності з ефектом Бернуллі тиск знижується і оточуючий більш високий тиск примушує зв'язки поступово зімкнутися.

Друга теорія голосоутворення – це нейрохронаксічна теорія *R.Husson*. Згідно з цією теорією, вібрація голосових складок є активним рухом голосових м'язів під дією імпульсів, що виникають у центральній нервовій системі. Відкриття голосової щілини – не пасивний рух, а активна відповідь на послані сюди рухові імпульси. Таким чином, повітряний струмінь, що утворюється під час видиху, є не рушійною силою коливальних рухів голосових складок, а матеріалом, речовиною, із якої генерується звук. Одним із головних висновків теорії *R.Husson* є абсолютна незалежність частоти коливання голосових складок від підскладкового тиску. *Р.Юссон* вважає, що голосові складки не пасивно коливаються під впливом потоку повітря, а активно періодично скорочуються та розслаблюються зі звуковою частотою, регулюючи тим самим проходження крізь гортань повітря, отже, і частоту основного тону звука. Ці коливання складок виникають під впливом імпульсів із центральної нервової системи по руховому нижньогортанному нерву. На думку дослідника, сили нейромоторного проходження в десять разів більше сил міоеластичного проходження, пов'язаних з повітряним тиском, що призводить до певної незалежності частоти коливань голосових складок від сили підскладкового тиску.

Р.Юссон вважає, що породження фонаторних нервових імпульсів відбувається на трьох рівнях центральної нервової системи: кортикальному, дієнцефальному та бульбарному, кожен з яких має «особисту частоту ритму» та відповідні рефлекторні зв'язки. Ритмічна генерація рухових імпульсів клітинами кортикальної рухової зони забезпечує у кінцевому результаті фонацію у вигляді співу чи розмовного голосу, встановленого на потрібній висоті. Озвучування розмовного голосу здійснюється за рахунок імпульсів, які беруть початок на більш низькому рівні – дієнцефальному. На бульбарному рівні можуть генеруватись фонаторні імпульси лише при специфічних умовах (рефлекторний крик, фонація в стані наркозу).

Існує й інша теорія фонації, так звана мукоондотулярна теорія *J.Perello*. Згідно з якою, вібрація голосової складки є не що інше, як хвилеподібне ковзання слизової оболонки, що вкриває складку. Цей рух починається у субхордальній області і по-

ширюється догори і спереду назад, проходить по краю голосових складок, продовжується на верхній їх поверхні і повільно гасне біля входу в гортанний шлуночок. Ця теорія підтверджується експериментальними результатами, які засвідчили роль слизової оболонки у фонації (Дж.Пірелло, К.Салімбені, Е.Алаймо). Продовгуватий мозок розглядається як первинний центр фонації, а фонації голосових складок грають пасивну роль, їх рухи підкорені законам аеродинаміки. Мускулатура бере участь у фонації завдяки своїй еластичності та тонусу.

За даними *R.Husson*, у здійсненні розмови і співу беруть участь зони кори, які розташовані у скроневій і лобно-тім'яній долях, де знаходиться слухомовленнева зона (центр Верніке), що забезпечує аналіз мовних звуків, і мовномоторна (центр Брока), яка виконує моторну координацію при мовленнєвих рухах. Регуляція діяльності структур голосового апарату здійснюється кількома центрами, які перебувають у тісному зв'язку, а також при використанні асоціативних взаємодій з іншими структурами центральної нервової системи.

J.Piguet зазначає, що голосоутворення у людини є функцією фонаторного відділу загального рухового аналізатору, який є складним руховим актом та пов'язаний з діяльністю мовнорухового аналізатора. Імпульси, які йдуть з аферентних елементів, разом з імпульсами мовнорухового аналізатора відіграють у сукупності особливу роль у формуванні другої сигнальної системи. Фонаторна функція, як волевий акт, підкорена законам вищої нервової діяльності. На цій основі здійснюється усвідомлення фонації, завдяки чому голосоутворення може бути реалізоване по другій сигнальній системі, навіть при перериванні шляху аферентних імпульсів від фонуючої гортані по верхньому ларингеальному нерву.

Як відмічає *І.Максимов*, фонаторна умовно-рефлекторна функція здійснюється на рівні кори півкуль мозку при наявності більш низьких рівнів відображення для безумовно-рефлекторного фонаторного акту. На його думку, фонація є координований акт взаємодії двох основних процесів нервової діяльності – збудження та гальмування.

Характеризуючи другу сигнальну систему, І.Павлов дослідив, що її основою є кінестетичні подразники, які поступають у вищі відділи центральної нервової системи від органів мовленнєвого апарату. До цих органів відносяться так звані «активні» – голосові складки, губи, язик, м'яке піднебіння, нижня щелепа, глотка та «пасивні» органи – зуби, верхнє піднебіння, верхня щелепа. Саме за допомогою артикуляційного апарату відбувається утворення голосних та приголосних звуків, оформлення звуків у слова. Найважливішими складовими системи голосоутворення є відповідні структури центральної нервової системи, які забезпечують регуляцію взаємодій всередині системи. Крім того, нормальна функція голосоутворення неможлива без постійної участі слухового аналізатора, саме ця взаємодія забезпечує постійний контроль за голосом (Л.Тринос).

Отже, як свідчать дослідження О.Карпової, Ю.Василенка та ін., у процесі голосоутворення беруть участь різні системи організму: як то центральна нервова система, дихальна система, ендокринна система, серцево-судинна система, слухова система, опорно-рухова система, тому порушення у кожній з цих ланок можуть викликати розлади голосоутворення.

11.2. Історія розвитку фонопедії

Голос здавна притягував увагу дослідників. Перші наукові згадки про голосові порушення датуються 1024 р. Авіценою. Ним був написаний фонетичний трактат, який охоплював багато проблем голосоутворення: причини виникнення звука, процеси його сприйняття органом слуху, аналіз анатомії і фізіології голосомовленнєвих органів, фізіологічні та акустичні характеристики фонем.

З розвитком театрального мистецтва у XVII ст. зростає зацікавленість до голосової патології. Інтерес до процесу голосоутворення та прояви професійних захворювань висунули необхідність фундаментальних досліджень з анатомії та фізіології гортані, потребу удосконалення голосу, усунення його дефектів, у 1855 р. співаком та вокальним педагогом Мануелем Гарсія було

сконструйоване гортанне дзеркало, і з цього часу йде відлік початку розвитку фонології.

Педагогічні методи відновлення голосу відокремлені у розділ логопедії – фонопедію. Фонопедія – визначається, як комплекс педагогічного впливу виховання навиків правильного голосоведіння при мінімальному навантаженні на голосовий апарат гортані та поступовій активізації, координації нервово-м'язового апарату, спеціальними вправами, а також корекцію дихання та особи того, хто навчається. Вивчення механізмів голосоутворення стало підставою фізіологічному обґрунтуванню фонопедичним методам, підтвердило їх провідну роль у функціональних тренуваннях голосового апарату.

Фонопедія у кінці XIX – початку XX ст. розвивалась за двома напрямками. У Німеччині засновником її був *H.Gutzmann*, у Франції – *G.Tourneau*. Засновниками вітчизняного розвитку наукових досліджень в області фізіології та патології голосу вважаються Є.Малютін, Ф.Заседателев, Л.Работнов, Й.Лівідов, М.Фомічев, В.Єрмалаєв. Їх дослідження слугують науковими засадами постановки голосу, визначення причин та розвитку розладів голосового апарату, значення дихальної системи для правильного голосоутворення. Ці дослідження мають велике теоретичне та практичне значення щодо постановки та усунення порушень голосу.

Серед методів по відновленню хронічних голосових порушень, які використовувались у різні роки констатується декілька напрямків:

– механічний вплив на гортань у вигляді здавлення хрящів (А.Французов, 1949);

– введення у гортань різних подразників – механічних або подразнюючих речовин (В.Шестаков, 1982, С.Юрченко 1953);

– вібраційний масаж гортані в поєднанні з психотерапевтичною бесідою (Є.Малютін, 1924, К.Гаррі-Пшеничникова, 1938, М.Фомічев, І.Блескіна 1944);

– метод заглушення трищиткою Барані або коректофоном для виключення регуляції голосу на слух (І.Левідов, М.Фомічев, А.Сисоева 1947, І.Деражне, 1950);

– ортофонічний метод (С.Вороніна 1939, Н.Лебедева 1952, О.Рябченко 1964).

Всі ці методи використовуються у сучасній практиці, але своє найбільше застосування знаходять у фонопедії.

Різні автори давали свої назви цим методам – фонетичний, ортофонічний, фонетична ортопедія, голосова гімнастика. Всі ці поняття мали на увазі відновлення голосу спеціальними вправами голосового апарату.

З історії вивчення проблеми можна констатувати і багато інших досліджень із означеної проблематики. Так, зокрема, М.Шмідт звернув увагу на порушення дихання та заклав основи ортофонічного лікування; Ф.Флатау використовував у лікуванні дихальну, артикуляційну гімнастику, ручну та механізовану вібрацію, розтягнення рукою голосових зв'язок; М.Gutzman для лікування розладів голосу рекомендував: артикуляційну гімнастику, дихальні вправи, вібрацію, електричні голосові прилади. Л.Работнов велике значення надавав режиму спокою, психотерапії та дихальним вправам; Л.Стейн у своїй роботі використовував вокальну методика, яка складалась з таких розділів: артикуляційні вправи, дихальні вправи, отримання голосних звуків, вправи направлені на розвиток висоти тону голосу, вібраційний масаж, фарадизація; О.Сисоев, М.Фомічев для подолання функціональних розладів голосу запропонував фонічну ортопедію в поєднанні з сеймотерапією. Вона мала таку структуру, а саме: режим мовчання; дихальні вправи; артикуляційні вправи; промовляння звуків «ммм» під час тримтячощумового майданчика (сеймотерапія).

До означених методичних розробок належить і методика Н.Лебедевої (подолання функціональних розладів голосу), що використовувалася у структурі методики «швидкої фонічної ортопедії». Вона включала:

- масаж ший з легким надавлюванням на гортань (3–5 хв.);
- вібраційний масаж гортані, під час якого хворий промовляв звуки «м-мму, мма».

О.Орлова у своїй роботі використовувала психолінгвістичний підхід. За даною методикою пацієнт активно бере участь у

процесі лікування, самостійно виробляє комунікативні вміння, бачить реальні перспективи тренувань. Ю.Василенко для лікування органічних голосових розладів пропонує проводити комплекс заходів, який включає: медикаментозне лікування, дихальну гімнастику, ортофонічні вправи, які будуються з урахуванням фіксації паретичної голосової складки. При проведенні фонопедичних занять використовуються: магнітофон, прибори АІР-2, ВІР-4, І-2, комп'ютер.

У своїй роботі О.Лаврова, при відновленні голосу у хворих з органічними дисфоніями та з парезами, паралічами гортані, застосовувала такі етапи роботи: психотерапію, постановку фізіологічного дихання (дихальні вправи, вправи з губною гармошкою), вироблення нових кінестезій та координації дихальної, артикуляційної та голосової мускулатури (активізація гортані голосовими тренуваннями з використанням реверсійної фонації), вокальні вправи для закріплення та автоматизація навичок голосоутворення.

11.3. Вікові особливості голосу

Голос у різні вікові періоди має свої акустичні особливості. У розвитку мовленнєвого голосу Ю.Василенко (2002) виділяє декілька стадій:

1. Голос новонароджених та грудних дітей є вродженим безумовним рефлексом людини. Ці звуки можуть бути різні по силі, та тембровим ознакам, але мало відрізняються за висотою. Діапазон складає – нота *ля* першої октави.

2. Голос дітей раннього дитинства характеризується вузьким діапазоном: нота *фа*, *ля* першої октави.

3. Голос дітей дошкільного і шкільного віку відрізняється розширенням діапазону за висотою і силою, але все ж таки залишається вузьким.

4. Голос у період мутації. У віці від 11 до 19 років настає мутація голосу. Це фізіологічне явище, при якому під впливом статевих гормонів відбувається зміна функції гортані та зміна голосу з дитячого на дорослий. Особливо швидко збільшується

в розмірах щитоподібний хрящ, а також і інші відділи гортані. Гортань збільшується на дві третини. У зв'язку з цим у хлопчиків відбувається швидкий ріст голосових складок. В 12–13 років довжина голосових складок складає у 13–14 мм, у період мутації збільшуються на 6–8 мм. У дівчат в перехідному періоді складки мало ростуть у довжину, і цей період починається на рік раніше, ніж у хлопчиків. Голос у хлопчиків під час перелому знижується майже на октаву, і з'являються несподівані переходи з низьких тонів на високі, а також зриви його. Діапазон голосу у віці від 12 до 14 років знаходиться у межах 256–680 Гц.

5. Голос дорослих протягом 20–30 років є стабільним з індивідуальними особливостями тембру. Він характеризується широким по висоті та силі діапазоном, тому кожна людина має можливість широко використовувати модуляції звука з метою надання своєму голосу більшої виразності. Тональний діапазон мовлення змінюється в межах 85–200 Гц у чоловіків та 160–340 Гц у жінок; середня частота основного тону у чоловіків складає приблизно 136 Гц, у жінок 286 Гц.

6. Голос людей похилого віку відрізняється звуженням діапазону по висоті та силі, тому голос стає слабкий, монотонний. Змінюється тембр голосу. Чоловічий голос з віком стає вищим, а жіночий нижче. Причинами змін голосу у похилому віці є: атрофічні зміни у голосових м'язах, діафрагмі, дихальних м'язах, глотці, порожнині рота.

11.4. Клінічне та логопедичне обстеження голосових порушень

Схема обстеження голосу

І. Анкетні дані.

1. Прізвище, ім'я, по батькові.
2. Стать.
3. Дата народження.
4. Домашня адреса.

5. Місце роботи.

6. Діагноз.

II. Дані анамнезу.

1. Скарги.

2. Тривалість захворювання.

3. Відомості про курс лікування.

III. Клінічне обстеження. Для отримання повної характеристики голосу та уточнення діагнозу, а також для вивчення функціонального стану гортані в теперішній час застосовується комплекс різноманітних суб'єктивних та об'єктивних досліджень. До суб'єктивних методів досліджень належать:

– Зовнішній огляд та пальпація гортані. При цьому звертають увагу на шкіру передньої і бокової поверхні шиї, на форму і розмір хрящового скелету гортані, екскурсію під час дихання, ковтання, фонації.

– Фарингоскопія – огляд ротоглотки за допомогою лобного рефлектора та шпателя. При огляді звертають увагу на: роту порожнину, стан слизової порожнини рота, щік, язика і структур м'якого піднебіння, поверхню піднебінних мигдаликів.

– Риноскопія – огляд носа за допомогою лобного рефлектора і носових дзеркал – розширювачів. Спочатку оглядають нижні відділи порожнини носа, перегородку, порожнину.

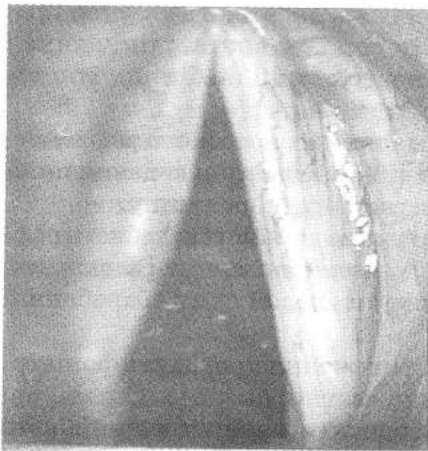
– Отоскопія – огляд органу слуху за допомогою лобного рефлектора та отоскопа. Цей метод дозволяє визначити загальний стан та наявні зміни у зовнішньому слуховому ході і барабанній перетинці.

– Непряма ларингоскопія. Обстеження проводить фоніатр, отоларинголог з безпосередньою участю фонопеда. Огляд гортані проводиться за допомогою гортанного дзеркала та лобного рефлектора. Спочатку відмічаються всі елементи гортані, які знаходяться, як в самій її порожнині, так і зовні. Звертають увагу на стан голосових та вестибулярних складок, черпалоподібні хрящі і міжчерпакуватий простір, надгортанник, його форма та положення, валекули, грушоподібні синуси, верхній відділ трахеї. У здорової людини голосові складки мають вигляд двох

паралельних тяжів перламутрово-білого кольору. Коли відбувається акт дихання, голосові складки розходяться у сторони, утворюючи щілину у вигляді трикутника. При цьому помітні кільця трахеї, підскладковий простір. При вимові звуків голосові складки змикаються. Оглядаючи гортань, звертають увагу на колір слизової оболонки, наявність харкотиння, слини, на стан вільного краю голосових (голосової) складок, їх рухливість, характер змикання, наявність чи відсутність при цьому щілини.

До об'єктивних методів дослідження належать: мікроларингоскопія, ларингостробоскопія, відіоларингостробоскопія, ехографія, КТ, МРТ, спектральний аналіз голосу, фонетографія, електроміографія, аудіологічне обстеження.

Мікроларингоскопія. Цей метод дослідження дозволяє вивчити архітроніку судин голосових складок та слизової оболонки гортані. При мікроларингоскопічному дослідженні визначають форму і величину голосових складок, стан їх вільного краю, колір та рельєф слизової оболонки, особливо судинного малюнка.



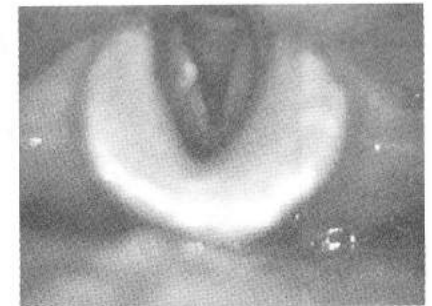
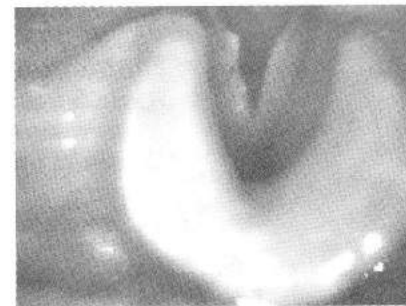
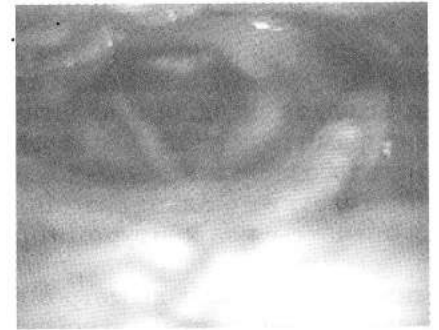
Мал. 11.1. Нормальна мікроларингоскопічна картина гортані на рівні голосових складок

Ларингостробоскопія – метод дослідження рухів голосових складок. Дозволяє виявити наявність або відсутність фонаторних коливань, констатувати їх асинхронність, симетричність.

Відеоларингостробоскопія. Цей метод дослідження дозволяє точно оцінити анатомо-функціональний стан гортані, вия-

вити тонкі порушення вібраційного циклу складок, визначити рівень формування фонаторного жому, ступінь його змикання, записати та архівувати дані результатів на цифрові носії.

Мал. 11.2. Відеоларингостробоскопія гортані при диханні у нормі



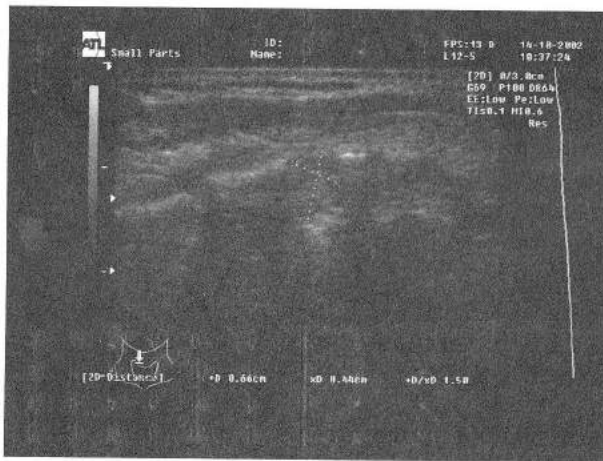
Мал. 11.3. Відеоларингостробоскопія при патології

Рентгенографія проводиться з метою візуалізації структур голосового апарату. Рентгенологічне дослідження гортані і резонаторних порожнин проводиться в різних проекціях.



Мал. 11.4. Рентгенографія у нормі

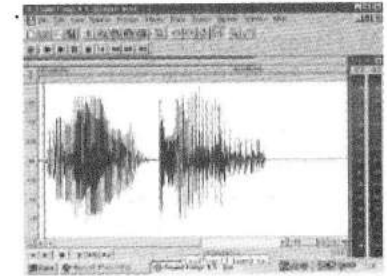
УЗД гортані. Ультразвукове дослідження (УЗД) ґрунтується на перетворенні електричної енергії в акустичну. Цей метод дає змогу реєструвати ехосигнали в межах тканин, які відрізняються одна від одної за акустичною щільністю. Основними орієнтирами гортані під час ехографії є вібруюча голосова зв'язка та голосова щілина. Ознакою латеральної межі гортанної частини глотки є спільна артерія та її біфуркація, медіальна межа визначається за контуром гортані. Ехосеміотика злоякісного процесу на ехографії первинних і метастатичних пухлин верхніх дихальних шляхів діаметром понад 1 см візуалізуються у вигляді утворень неправильної округлої форми з нечіткими контурами з більш-менш однорідною ехо-структурою.



Мал. 11.5. Ультразвукове дослідження гортані при раковому ураженні

Спектральний аналіз голосу. Сучасні комп'ютери та їх програмне забезпечення, базуючись на математичних обчисленнях, дозволяють проводити аналіз параметрів голосових сигналів у режимі реального часу. Є можливість документування цифрових результатів перетвореного звука, виявлення зв'язку фізіологічних процесів з фізичними даними, проведення статистичного аналізу структури сигналу.

Аналіз акустичних характеристик мовленнєвого сигналу починається із запису зміни звукового тиску в часі за допомогою мікрофону – ця залежність миттєвого значення звукового тиску від часу представляється у вигляді осцилограми.



Мал. 11.6. Осцилограма мовленнєвого висловлювання у нормі

Акустичний сигнал обробляється за допомогою певних алгоритмів – спектрального аналізу, кепстральної обробки та ін. У роботі використовують таке програмне забезпечення: *Sound Forge, MatLaB, Praat* та ін.

У літературних джерелах при оцінці голосової функції методом акустичного аналізу використовують параметри, які умовно поділяються на три групи:

- параметри, які відносяться до поведінки, частоти та інтенсивності звукової хвилі, що виникає при вібрації голосових складок. Частота основного тону F_0 (ЧОТ) – це частота коливань голосових складок. Вимірюється в Герцах (Гц). Зміна частоти основного тону при фонації відображає зміни частоти коливань зв'язок. У мовленнєвому процесі основна частота голосу нерозривно змінюється, викликаючи зміни інтонації та емоційного забарвлення, що вимовляється. У випадку захворювання при фонації додається нестабільність, викликана захворюванням. Нестабільність поведінки частоти коливання складок описують самостійною змінною – *jitter*, яка асоціюється з суб'єктивною характеристикою – дрижання голосу. Нестабільність амплітуди звукової хвилі описується параметром, який називається *shimmer* та суб'єктивно сприймається як мерехтіння.

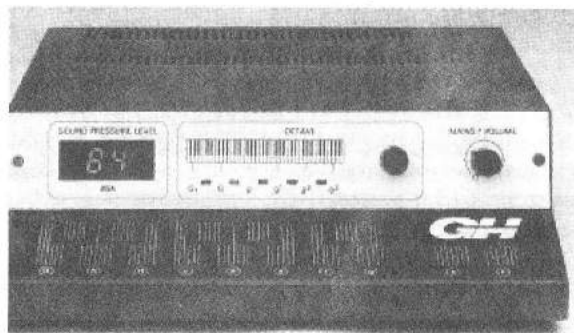
Енергетичні характеристики звука. Це інтенсивність, область та рівень звукового тиску [SPL], вона може вимірюватись при фонації голосних чи в злитному мовленні, відношення шуму до гармонійних складових, нормалізована енергія шуму [NNEa].

- часові характеристики: максимальний час фонації, середня тривалість фонації, швидкість мовлення (кількість слів/

цифр за хвилину, чи за один вдих) (F.M.Rizer et al, 1984; M.Hirano, 1987, 1990; G.Lowson et al, 1996).

– аеродинамічні показники фонації: підкладковий тиск, швидкість повітряного потоку, перерозподіл повітряного потоку між носом та ротом, тривалість видиху, опір гортані повітряному потоку (S.G.Adams et al, 1996).

Фонетографія. Сутність цього методу полягає в одночасній реєстрації частотної характеристики основного тону (в герцах) та інтенсивності голосу (в децибелах) по всьому діапазону голосу при найменшій і найбільшій можливій інтенсивності. Це дозволяє визначити профіль діапазону голосу. Графічне відображення голосу називається фонетограма.



Мал. 11.7. Пристрій фірми Хайнеман для визначення діапазону голосу

IV. Обстеження інших фахівців

Для уточнення діагнозу у разі потреби пацієнта обстежують інші спеціалісти, висновок яких обов'язково враховує логопед. Необхідною можуть бути консультації терапевта, кардіолога, гастроентеролога, ендокринолога, психотерапевта, онколога, сурдолога.

V. Логопедичне обстеження

1. Загальна характеристика мовлення

З'ясувати, інтенсивність мовлення (голосу) – гучний, ослаблений, тихий. Характер загального звучання мовлення та наявність чи відсутність призвуків у голосі (чистий, грубий, охриплий), особливості темпу мовленнєвих висловлювань і дот-

римання ритмічного малюнка. Якість дикції, розбірливість мовлення. Емоційна виразність мовлення (нормальне, маловиразне, монотонне).

2. Будова і функції артикуляційного апарату

Будова:

- зубно-щелепної системи;
- твердого і м'якого піднебіння;
- губ;
- язика.

Функції:

- рухомість м'якого піднебіння;
- рухомість губ;
- рухомість і положення язика;
- рухомість нижньої щелепи;
- рухомість лицевої мускулатури.

При обстеженні моторики звертають увагу на такі параметри: об'єм рухів (повний, неповний); наявність чи відсутність рухів; здатність до переключень; темп рухів.

3. Стан дихальної функції:

- фізіологічне дихання у спокої: тип дихання та глибина дихання;
- фонаційне дихання: тип дихання (грудний (костальний), черевний (абдомінальний), грудно-черевний (косто-абдомінальний)), наявність чи відсутність включення у акт дихання верхнього плечового поясу; сила; тривалість фонаційного видиху.

4. Перцептивна оцінка голосу.

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

– сила голосу, динамічний діапазон: перевіряється вміння змінювати силу голосу при вимові голосних, їх сполучень, складів, при читанні текстів починаючи з шепітного мовлення до гучної вимови: тихим голосом («piano»); голосом звичайної гучності; гучним голосом («forte»); від («forte») до («piano»);

– висота голосу: перевіряється вміння вимовити голосні, їх збіг, склади з підвищенням або пониженням голосу, а також приспівування голосних у залежності від віку хворого та його голосових можливостей у різних діапазонах;

– *тембр голосу*: особливості голосової атаки; ступінь охриплості голосу (легкий, помірний, виражений), якість голосу: нормальний, охриплий, грубий, сиплий, голос з придиханням, шепітний голос, тремтячий голос, глухий, різкий. Виявляється: модуляція голосу, його дзвінкість, «політність», сила та краса звучання;

– *мелодико-інтонаційна сторона*: перевіряється вміння виділяти і відтворювати склади і фрази, що відрізняються інтонаційним акцентом; здатність змінювати тип інтонаційних конструкцій; особливості мелодико-інтонаційної сторони мовлення.

– *час максимальної фонації*. Перевіряється вміння максимально довго без напруги протяжно вимовляти голосний «А» на тоні природному для даного голосу.

Таким чином, комплексне медико-педагогічне (фоніатричне та фонопедичне) обстеження хворих з вадами голосу дає можливість діагностувати дефект та вибрати найбільш раціональний та ефективний шлях відновлення голосової функції, виходячи зі структури порушення та особливостей особистості.

11.5. Класифікація порушень голосу

У літературних джерелах є кілька класифікацій порушень голосу. Нині найуживанішою, як у фоніатрії, так і у логопедії є класифікація заснована на функціональній та морфологічній асиметрії гортані, згідно класифікації, дисфонії умовно поділяються на: функціональні та органічні.

Функціональними називають такі розлади голосової функції, при яких ларингоскопічно не спостерігається виражених органічних порушень у голосовому апараті, але наявні певні порушення фонації. При цьому незначні зміни органічної природи (незначний набряк, гіперемія тощо) мають характер вторинних змін.

11.5.1. Причини функціональних порушень голосу

Частою причиною функціональних порушень голосу є перевтома голосового апарату, яка виникає, як правило, у людей

голосомовних професій внаслідок систематичної голосової перенапруги, особливо на фоні застудних захворювань, загальної перевтоми, порушення техніки голосоутворення, вегето-судинної дистонії, гормональних дисфункцій, стресових ситуацій. Важливе значення мають хронічні захворювання різних органів і систем, органічного ураження ЦНС (Л.Глазніков, 1991; О.Кравченко, 1991; О.Карпова, 1989; О.Павліхін, 1997; N.Wong, 1993; T.Yamamoto, 1995).

Вітчизняні та закордонні дослідники вагоме значення при функціональних дисфоніях відводять саме стану нервово-психічної сфери, при цьому акцентуючи увагу на кореляцію між особистісними особливостями та порушенням голосу. Крім того, одні роблять великий акцент на неправильне голосоведення (Н.Крушевська, 1991; А.Ейвазов, 1986; М.Вонет, 1994, Z.Milutinovic, 1997), на перенапруження нервово-м'язового апарату гортані (Х.Аліметов, 1991; Л.Тринос, С.Панченко, 1998; R.Sataloff, 1996), інші розглядають порушення голосу, як прояв істеричної симптоматики у рамках психопатії чи хронічної неврастенії (Ю.Василенко, 1995; О.Карпова, 1996; Л.Салівон, 1988).

Функціональні порушення голосу можуть ускладнюватись психоневрологічними розладами, які спричинились стресовими ситуаціями та котрі у багатьох хворих стають також і причиною втрати голосу. Окрім цього, невротичні реакції у даної категорії хворих формуються у відповідь на стійке пригнічення голосової функції і, як наслідок, зневірення у повне видужування (Ю.Кіндуріс, 1980; Є.Романенко, Н.Габдулін 1986; А.Бікбаєва, І.Лебедев, Є.Савельєв 1991; Wilson, 1990).

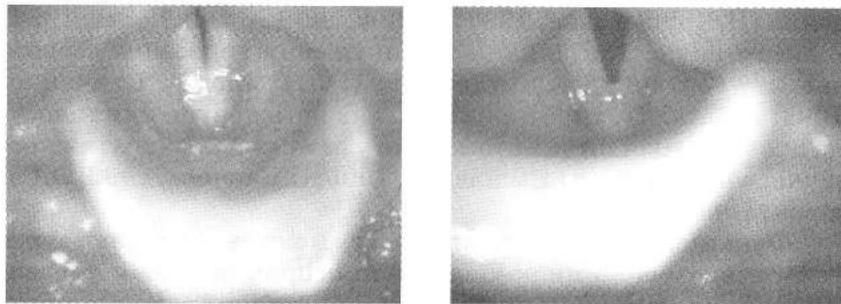
Л.Гончарук (1984) вважає, що функціональні порушення голосу найбільш частіше зустрічаються у людей з нестійкою нервовою системою. Для них є характерна емоційна нестійкість, швидка зміна настрою, плаксивість, схильність до афектів, вегетативні реакції, поганий сон.

А.Рябченко (1964) вбачає, що у причині функціональних порушень голосу беруть участь два фактори: неврологічний стан хворого, який виникає ще до появи симптомів афонії чи дисфонії, та пусковий момент (переляк, страх, раптова хвороба).

Ю.Василенко, Н.Габдулін, А.Бікбаєва, Н.Бойкова, відводять значну роль у розвитку голосових розладів патології щито-подібної залози.

До функціональних дисфоній належать: гіпертонусна дисфонія, гіпотонусна дисфонія, спастична дисфонія, мутаційна дисфонія, фонастенія, функціональна афонія.

Гіпотонусна дисфонія – зниження м'язового тону голосових складок. Хворі скаржаться на швидку стомлюваність голосу, охриплість, зменшення сили голосу. Слизова оболонка гортані і трахеї без запальних змін, голосові складки рухомі, тону їх понижений, при фонації є незмикання від 1 мм. При ларингостробоскопії виявляються мляві, ослаблені коливання голосових складок.

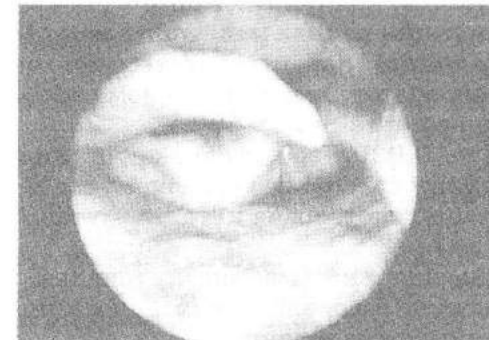


Мал. 11.8. Гіпотонусна дисфонія

Гіпертонусна дисфонія – підвищення тону голосових м'язів. Вона розвивається при форсованій, силовій манері мовлення і співу, особливо в галасливій обстановці. Спостерігається постійне перенапруження м'язів черевного преса, м'язів шиї, що супроводжується набуханням вен шиї. Звертає на себе увагу щільне змикання голосових складок при фонації. Основними скаргами хворих є: охриплість, больові відчуття в області гортані, глотки і шиї, постійне бажання відкашляти слиз і мокроту, швидка стомлюваність голосу, періодичні ларингоспазми. Голос у хворих різкий, пронизливий, з металевим відтінком, звучить напружено.

Спастична дисфонія є однією з найтяжчих форм функціональних порушень голосу. Проблеми діагностики та лікування

цієї патології присвячено багато робіт (О.Орлова, 1981, 1987; Ю.Василенко, 1995; Sapienza et al., 1995; Garsia, 1995 та ін.), але нажалі досі не знайдено ефективних методів лікування. Спастична дисфонія – нейродинамічний розлад фонації, що проявляється у надмірно інтенсивній діяльності і дискоординації внутрішніх і зовнішніх м'язів гортані, а також дихальних м'язів. Голос у хворих стає спастично-дисфонічним, монотонний, низький, з різними призвуками, фонація напружено-здавлена, яка часто може супроводжуватись гримасами, напругою м'язів шиї. О.Орлова (1984) запропонувала поділяти спастичні дисфонії на три ступені, в залежності від порушення тембру голосу та кількості спазмів: легку, середню та важку. Багато хворих вважають за краще розмовляти пошепки.



Мал. 11.9. Спастична дисфонія

Фонастенія – це типове професійне захворювання, яке зустрічається у осіб голосомовних професій. Цей розлад характеризується порушенням координації між диханням, фонацією, артикуляцією і функцією резонаторних порожнин на фоні особливої невротичної реакції. Виділяють дві форми фонастенії – гостру та хронічну. Скарги хворих бувають різноманітними: загальноневрологічні, сенсорні та секреторні. Основними відчуттями таких пацієнтів є подразливість, біль при фонації, відчуття важкості та затискання у гортані. Хворі перестають володіти голосом, не можуть формувати звук, голос стає грубим, тихим, глухим.

Мутаційна дисфонія. Мутація це фізіологічне явище, при якому під впливом статевих гормонів відбувається зміна функції гортані та зміна голосу з дитячого на дорослий.

Якщо дефекти глосу в мутаційний період сильно виражені і закріплюються на тривалий час, мовиться про мутаційну дисфонію. Т.Шидловська, А.Косаківський (2007), виділяють такі аномалії мутації.

1. Подовжена мутація, яка здійснюється протягом багатьох років (3–7 років).

2. Стійкий фальцет («євнухоподібний голос»), викликаний порушеннями роботи голосових та персне-черпакуватих м'язів.

3. Передчасна мутація, при якій у 10–11 років з'являється грубе звучання голосу (раннє статеве дозрівання).

4. Пізня мутація, коли статеве дозрівання закінчилось до 14–15 років, а мутація починається лише через 1–2 роки.

5. Вторинна мутація характеризується появою мутаційних змін у голосовому апараті людини у зрілому віці.

6. Незавершена мутація.

Ю.Василенко (2002) у своїх дослідженнях виділяє такі форми мутаційних змін голосу: передчасна мутація, неповна (незавершена) мутація, спотворена мутація, мутаційний фістульний голос.

Голос не відповідає віку і має високу тональність, часто зривається на фальцет чи басове звучання. Голос хриплий, глухий, високий, основна частота підвищена.

Функціональна афонія характеризується відсутністю звучного голосу, тоді як є гучний кашель і сміх. Ларингоскопічна картина буває мінливою. В основі голосових порушень лежать істеричні розлади. Захворювання виникає раптово у осіб з лабільною нервовою системою під впливом стресових ситуацій. Хворі скаржаться на відчуття «грудки» у горлі, «налипання» слизу, але головне – це афонія. Вони прагнуть підкреслити тяжкість свого захворювання, висловлюють невіру в можливість одужання і відновлення голосу. У істеричних суб'єктів нерідко виникають рецидиви афоній. Також функціональна афонія розвивається у осіб, що перенесли гострі запальні захворювання гортані або загострення хронічного ларингіту. У період, коли вони спілкуються пошепки, відбувається фіксація неправильного механізму голосоутворення.

Особливу групу дисфоній складають пацієнти з гормональними порушеннями. Як відомо, гортань є гормонозалежним органом. Голосовий апарат знаходиться під впливом залоз внутрішньої секреції не тільки у періоді росту та розвитку, а й протягом усього життя людини. Встановлено тісний зв'язок між голосовими розладами та порушеннями функцій щитовидної залози. При цьому стані спостерігається швидка втома, слабкість голосу, охриплість, звуження діапазону за рахунок випадіння високих звуків. Голос стає приглушеним через зниження тону голосових м'язів. У більшості хворих при гіпотеріозі спостерігається набряк голосових складок, сухість та блідність шкіри. При дифузному токсичному зобі голосові розлади виявляються швидкими періодичними змінами висоти та тембру, швидко вираженою втомою голосу, відчуття «стягнення» в ділянці гортані.

Розлади голосу в значній мірі можуть бути пов'язані з порушенням функції надниркової залози. При недостатній функції спостерігається слабкість та швидке виснаження голосу, особливо у вечірні години, яке супроводжується відчуттям «стягнення» в ділянці гортані та повним зникненням голосу. При гіперфункції у жінок спостерігається синдром вірілізації – поява голосу схожого на чоловічий, відбувається звуження його діапазону.

Органічні дисфонії бувають при: гострих та хронічних ларингітах, хордитах; порушеннях обміну речовин (амілоїдоз гортані); парезах та паралічах гортані периферичного та центрального ґенезу; травматичні ушкодження гортані; новоутвореннях гортані: нодозних вузликах, ангиомах, м'яких та твердих папіломах, фібромах, інтубаційних гранульомах, раку, саркомі.

11.5.2. Причини органічних порушень голосу

Серед причин, що призводять до органічних порушень голосу, виділяють такі: посттравматичні (огнестрільні поранення, операції на щитоподібній залозі, операції на легенях, середостінні); після перенесених інфекційних захворювань (грип, дифтерія, менінгоенцефаліт, ларинготрахеїт, тиф, туберкульоз); невстановленої етіології.

Рухові розлади у м'язовій системі гортані зустрічаються у формі різкого підвищення її функції чи навпаки послаблення та повного пригнічення. Підвищення рефлекторної збудженості нервово-м'язового апарату гортані зустрічається при таких хворобах, як спазмофілія, рахіт, коклюш, істерія, епілепсія. Проявляються у вигляді нападів судомного змикання головної щілини, яке може повторюватися багато разів.

Парези чи паралічі гортані. Парез та параліч – це основні види моторних порушень. За визначенням Б.Крилова (1981), парез – це порушення функції, яке з плином часу і під дією лікування повністю ліквідується, параліч – стійке порушення, яке поступово посилюється і залишається необоротним. Вони поділяються на міопатичні чи нейрогенні. Міопатичні парези чи паралічі виникають у наслідок запальних змін у внутрішніх м'язах гортані. Такі зміни відбуваються при гострих та хронічних ларингітах, інфекційних хворобах (дефтерія, грип, тиф, туберкульоз), великому голосовому навантаженні, при міостенії. Скарги хворих з парезами зводяться до порушення голосоутворення. Вони виявляються в слабкості голосу, зміні його тембру, зникненні звуків у верхній частині діапазону голосу, підвищеній стомлюваності, охриплості. Голос хрипкий, глухий, затухаючий, здавлений, переривчастий.

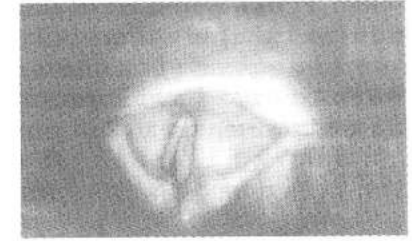
Нейрогенні паралічі гортані поділяються на центральні та периферичні. Центральні паралічі виникають внаслідок ураження структур головного мозку (кори, моста, довгастого мозку), периферичні – внаслідок інфекційних уражень травматичних ушкоджень, пухлини шиї тощо. У свою чергу, центральні поділяються на органічні та функціональні. Парези можуть бути з голосом та без голосу. Ступінь порушення голосової функції залежить від положення паралізованої половини гортані (медіальне, парамедіальне, латеральне) та активності протилежної половини гортані. Парези поділяються на однобічні та двобічні.

Вузлики голосових складок (вузлики співаків, співочі вузлики голосових складок). Збірний термін «вузлики співаків» застосовують для позначення поліпозних утворень голосових складок у осіб голосомовленневих професій. Вони частіше виникають на межі передньої і середньої третин голосових складок, мають вид маленької бульбашки. Як правило, вузлики бу-

вають парними, величина їх різна: від шпилькової головки до просяного зерна.



А

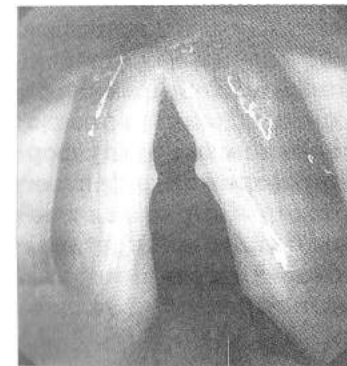


Б

Мал. 11.10. Парез лівої голосової складки: А – під час фонації; Б – під час фонації після корекційних занять

Ю.Василенко (2002) вузлики голосових складок поділяє на «м'які» та «тверді». «М'які» вузлики є напівпрозорі набрякові потовщення слизової оболонки. «Тверді» вузлики – це тверді утворення, що у внутрішньому шарі тканини мають білуваті крапління.

Основною скаргою при виникненні вузликів голосових складок є порушення голосоутворення, а саме: захриплість голосу, швидка втома голосу, відчуття слизу на складках, стороннього тіла, яке заважає фонації і викликає постійну потребу у відкашлюванні.



Мал. 11.11. Вузлики голосових складок

Ларингіт – захворювання, яке характеризується запаленням внутрішньої поверхні слизової оболонки гортані (Ю.Василенко, 2002). Ларингіт поділяється на гострий – протягом 7–10 днів (до 1 міс.) та хронічний – більше 1 міс. Основною ознакою гострого ларингіту є кашель та відчуття подразнення в гортані, захриплість, а іноді втрата голосу, яка може продовжуватись від декількох днів до 2–3 тижнів.



Хронічний ларингіт має три форми – катаральну, атрофічну, гіпертрофічну (Б.Преображенський, 1955; Wendler, 1997).

Мал. 11.12. Гострий ларингіт

Хронічний катаральний ларингіт – це захворювання часто зустрічається у осіб голосомовних професій. Серед чинників, що призводить до виникнення цієї патології є використання голосу у несприятливих кліматичних умовах, паління, вживання алкоголю. При хронічних ларингітах відбуваються зміни слизової оболонки гортані, що в подальшому призводять до уражень нервово-м'язового апарату гортані. Проявляється недозмиканням голосових складок та веде до стійкого дефекту голосу. Голос стає тихим, слабким, затухаючим, глухим, хриплим, з'являється сильна втома голосу.



Поліпи голосових складок – доброякісне ураження голосового апарату, яке має круглу форму, напівпрозорий вигляд, гладку поверхню, м'яку консистенцію. Голосові складки при поліпах потовщені, гіперемовані. Розташування поліпу на вільно-

Мал. 11.13. Поліп голосової складки

му краю голосової складки спричиняє їх неповне змикання під час фонації. Голос хриплий, сиплий, тихий, слабкий. Іноді може зустрічатись афонічний голос.

Серед органічних дисфоній провідне місце по тяжкості процесу та частоті виникнення займають злоякісні новоутворення гортані, які складають 5–7% від загальної онкозахворюваності та 60–70% від усіх новоутворень верхніх дихальних шляхів. (Р.Абизов, 2003). З року в рік як в Україні, так і в усьому світі відмічається ріст злоякісних новоутворень, смертність від яких поступається тільки серцево-судинній патології. Успіхи останніх десятиліть по боротьбі з цим недугом дозволяють у 80% випадків зберегти життя хворого і відновити головну функцію соціального і особистого призначення – голосову.



Мал. 11.14. Рак голосової складки

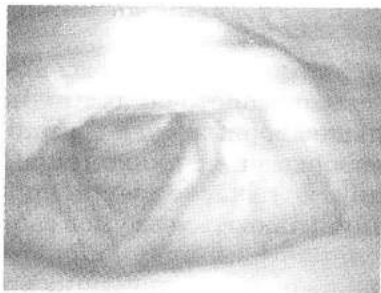
В зв'язку з впровадженням сучасних високоточних методів діагностичного дослідження все більше хворих на рак гортані оперуються на I та II стадіях цього захворювання, шляхом впровадження часткових резекцій гортані.

Принципи та методи хірургії раку змінюються за умов сьогодення. У теперішній час розроблені та отримали широке використання велика кількість різновидів органозберігаючих та реконструктивних операцій на гортані, які мають важливі переваги з точки зору реабілітації голосу (В.Толчинський, О.Клочихин, В.Лонский, В.Алферов, D.Brasnu, T.Goldsworthy).

У лікуванні хворих на ранніх стадіях раку гортані (I–II ст.) застосовують різні методи лікування. Одні дослідники (J. Davidson, Г.Вербицький, Е.Огольцова) вважають доцільним використовувати променеву терапію, другі дослідники (А.Циганов, Л.Бухман, М.Remacle, К.Olsen) використовують хірургічний

метод, трети (П.Бітюцький, Р.Абизов), – застосовують комбінований спосіб лікування (поєднання у різних послідовностях операції та променевої терапії). На сьогодні розроблено та застосовується більш 30 видів органозберігаючих операцій (Л.Бухман, В.Погосов, С.Лапченко, М.Remacle, J.Lefebure), які дозволяють зберегти функцію гортані і тим самим виключити інвалідність хворого.

При оперативному втручанні з приводу раку гортані на I та II стадіях (T1-2N0M0) разом з пухлиною видаляється і голосова або обидві голосові складки (однобічна або двобічна хордектомія). Як наслідок – порушення голосової функції. Голос стає грубий, хрипкий, глухий, погано модульований, не дзвінкий, погано розбірливий. Ці голосові порушення подовжуються місяць і більше. Цей стан супроводжується погіршенням стану здоров'я – порушенням дихальної системи, дестабілізацією пацієнта в суспільному житті. Але звичайна гортань має значні компенсаторні можливості та великі резерви для відновлення функції голосотворення. Використовуючи останні, можна отримати достатньо задовільний голос.



А



Б

Мал. 11.15. Стан після хордектомії:
А – під час дихання. Б – під час фонації

Голосоутворення при однобічній хордектомії здійснюється вібрацією голосової зв'язки здорового боку при неповному змиканні з потовщеною вестибулярною зв'язкою на прооперованій

ділянці гортані, а при двобічній хордектомії за рахунок вестибулярних складок.

При оперативному втручанні з приводу раку гортані на III та IV стадіях (T3-4N0M0), здійснюється операція ларингектомія. При ларингектомії видаляється гортань, трахея виводиться на передню частину шиї, формується трахеально-глотковий аномостаз, що призводить до відокремлення нижніх дихальних шляхів від глотки, порожнини рота, носа, завдяки чому голосотворення стає неможливим. Хворі після ларингектомії можуть спілкуватись шепітною мовою, яка має своєрідний характер внаслідок бідності голосних звуків та низької інтенсивності звучання. Нечіткість вимови та своєрідність голосу обумовлені також тим, що утворення звуку відбувається за рахунок посиленої артикуляції м'язів ротової порожнини та глотки з використанням невеликого об'єму повітря, який знаходиться в ротовій порожнині.

11.6. Методики корекційної роботи

Фонопедія – це педагогічний процес побудований на фізіології голосотворення та з урахуванням загальнодидактичних та спеціальних принципів: науковості, доступності, індивідуального підходу; комплексності, системності, будується послідовно та систематично, з поступовим ускладненням матеріалу, враховуючи вікові та індивідуальні особливості, є доступною для виконання хворими, з використанням слухового, зорового, тактильного, кінестетичного аналізаторів та включенням біологічно-зворотнього зв'язку.

У процесі фонопедичних занять встановлюються та закріплюються такі умови голосоведення, при яких голосовий апарат працює з найменшим навантаженням при гарному акустичному ефекті.

В залежності від причин та механізмів порушення голосу при його відновленні висувають такі завдання:

- 1) виявлення та включення компенсаторних можливостей організму;
- 2) ліквідація патологічного способу голосоведіння.

Реалізація завдань досягається завдяки: активізації нерво-во-м'язового апарату гортані; запобіганні розвитку вторинних дефектів голосового апарату; позитивного впливу на особу (психологічна допомога); відновленні втрачених кінестезій; відновленні координації фонації та дихання.

В залежності від мети відновлення застосовується диференційоване навчання, але для усіх форм порушень голосу застосовуються загальні етапи корекційної роботи:

- раціональна психотерапія;
- корекція фізіологічного дихання та фонаційного дихання;
- тренування кінестезій та координації голосового апарату фонопедичними вправами;
- автоматизація відновленої фонації.

Реабілітацію голосу потрібно розпочинати якомога раніше. Це попереджує фіксацію навички патологічного голосоведення та появи невротичних реакцій, що значно поліпшує прогноз.

Протипоказаннями щодо проведення фонопедичних занять є: серцево-судинна недостатність II–III ст. Б (інфаркт міокарду), гіпертонічна хвороба II–III ст. (передінсультний стан). Тимчасовими протипоказаннями слід вважати: запальні процеси в ділянці верхніх дихальних шляхів, гормональні зміни.

11.6.1. Корекційна робота при функціональних порушеннях голосу

Логопедична робота при гіпотонусних дисфоніях спрямована на активізацію голосового апарату та відновлення координації дихання і фонації.

На даний час застосовується комплексний клініко-педагогічний підхід, який включає: медикаментозну терапію, яка спрямована на підвищення тону м'язів голосових складок, фізіотерапевтичні методи, вливання в гортань тонізуючих препаратів, вітамінотерапію, фонопедичні вправи.

Етапи корекційної роботи:

1. Раціональна психотерапія.
2. Постановка діафрагмального дихання та опори дихання.
3. Активізація нерво-м'язового апарату гортані спеціальними вправами.

4. Постановка голосу на зручній комфортній тональності.
5. Голосові вправи зі звуками «м, н».
6. Функціональні тренування для розвитку сили, висоти, тембру голосу.
7. Закріплення отриманих навиків правильного голосоведіння.

Особливостям логопедичної (фонопедичної) роботи з відновлення голосу при функціональних розладах присвятили свої дослідження багато науковців: Ю.Василенко, С.Юрченко, Л.Гончарук, А.Рябченко, О.Орлова, О.Карпова, О.Алмазова, О.Лаврова та ін.

Методика, запропонована С.Юрченко з відновлення голосу при функціональних розладах, складалась з таких розділів: психотерапевтична бесіда перед початком занять; промовляння звуків *і, мі* під час подразнювання зондом голосових зв'язок.

Л.Гончарук, при лікуванні функціональних розладів голосоутворення, рекомендував комплексну методику голосового тренінгу в поєднанні з наркопсихотерапією.

Логопедична робота з відновлення голосу при гіпертосусних дисфоніях спрямована на відновлення координації дихання і фонації, зняття напруження голосових складок.

Ю.Василенко пропонує корекційну роботу з відновлення голосу проводити у такій послідовності: вправи на придихальній атаці звука, які спрямовані на послаблення м'язового тону; вправи на подовженому видосі; масаж передньої поверхні шиї; постановку голосу розпочинати зі звуків «*м, н*» на зручній комфортній тональності.

М.Тарно при лікуванні функціональних розладів голосоутворення застосовував: артикуляційну гімнастику, дихальні вправи, голосові вправи зі звуками *е, і*.

В своїх дослідженнях А.Рябченко, підсумувавши відомі методики при лікуванні функціональних афоній, дисфоній, у своїх працях наводить такі етапи: психотерапія, дихальні вправи, ортофонічні вправи, фарадизація гортані.

Для корекції голосу при гіпотонусних дисфоніях, парезах та паралічах гортані Socollof, Voorn рекомендують «поштовхуваний» метод Фрешельса, що полягає у вимовлянні хворим складів, слів з різкими рухами рук вниз та в сторони. Вправи

можуть підкріплюватись тонізуючими препаратами. Ця методика викликає суперечності.

М.Бері та Д.Езейстон при лікуванні функціональних розладів запропонували оригінальну методику, а саме:

1. Ознайомлення хворого з фізіологією голосоутворення;
2. Вправи на розвиток кінстетичних відчуттів;
3. Вправи на розвиток дихання: вправи на повільне позіхання та промовляння звуків «ааа» на видосі; вправа на промовляння звуків *ааа* тримаючи руку на діафрагмі; вправа на промовляння звуків *а, о, у, і, е* тримаючи руку на діафрагмі; вправа на промовляння звуків *мм* з різною висотою голосу; читання віршів з питальною та окличною інтонацією.

4. Вправи на зняття напруження гортані, губ, язика, щелепи при фонації, які складались зі спостереження за рухами язика, губ, щелепи при вимові звуків *ааа, ббб* і т.п. та читання речень.

5. Вправи на використання нового мовлення в умовах лікарні.

6. Вправи на використання нового мовлення поза клінікою.

Поряд з мовленнєвими фонопедичними заняттями використовують вокальну фонопедію (Л.Комм, М.Осіпова 1997; Ю.Василенко, 1990; О.Орлова, 1991). Цей метод дозволяє підвищити слуховий самоконтроль та домогтись оптимального звучання голосу.

Низка науковців (Ю.Блінков, 1997; Ю.Ісхакі, 1986; О.Карпова, 1997) поряд з традиційним лікуванням у своїй роботі використовують методики, які чинять вплив на нейро-рефлекторну дужку: голкорексфлексотерапію, аурінулоелектропунктуру, точковий масаж.

11.6.2. Корекційна робота при парезах чи паралічах гортані

Для лікування органічних голосових розладів пропонується проводити комплекс заходів, який включає: медикаментозне лікування, дихальну гімнастику, голосові вправи, які будуть з урахуванням фіксації паретичної голосової складки. При проведенні фонопедичних занять використовуються:

магнітофон, комп'ютер. У хворих з порезами та паралічами гортані логопедичні заняття найбільш ефективні на ранньому початку лікування.

Етапи корекційної роботи: активізація нервово-м'язового апарату гортані (виявлення та включення компенсаторних можливостей організму); нормалізація функції дихання; голосові вправи; функціональні тренування для розвитку сили, висоти, тембру голосу; закріплення отриманих навиків правильного голосоведіння.

У своїй роботі О.Лаврова при відновленні голосу у хворих з органічними дисфоніями та з порезами, паралічами гортані застосовувала такі етапи роботи: психотерапію, постановку фізіологічного дихання (дихальні вправи, вправи з губною гармошкою), вироблення нових кінстезій та координації дихальної, артикуляційної та голосової мускулатури (активізація гортані голосовими тренуваннями з використанням реверсійної фонації), вокальні вправи для закріплення та автоматизації навичок голосоутворення.

О.Алмазова у своїй роботі по відновленню голосу у дітей з органічними ураженнями голосового апарату, застосовувала наступну систему вправ, яка складалась з двох етапів: підготовчого та відновлювального. Підготовчий складався з клінічного, логопедичного обстеження; психотерапії; артикуляційної гімнастики; масажу; лікувальної фізкультури. Відновлювальний складався з трьох розділів: визивання звука голосу, закріплення голосоутворення, автоматизація процесу голосоутворення.

11.6.3. Корекційна робота після резекцій гортані

У фонопедичних заняттях із хворими після часткових резекцій гортані на сьогодні використовують в основному методичні рекомендації розроблені С.Таптавою, у поєднанні з комплексом дихальної гімнастики Е.Золотарьової. Методика складалась з таких етапів:

- комплекс дихальної гімнастики (3–4 тижні);
- вправи «з губною гармошкою», з метою стимуляції рухів у анатомо-фізіологічних структур гортані та співвідношення вдишу та видиху (12 разів на день по 0,5 хв.);

Отже, голос як унікальне акустичне явище відіграє велику роль у житті людини, виконує різноманітні функції (мовленнєве спілкування, спів тощо). Голос характеризується низкою параметрів (сила, тембр, висота). При виникненні голосових розладів функціонального і органічного генезу, основне місце повинне належати комплексній співпраці логопеда, психотерапевта та отоларинголога. Значний ріст осіб із захворюваннями голосового апарату, на думку багатьох дослідників, пов'язаний зі збільшенням навантаження на нервову систему, психіку людини та наслідків механічного ушкодження гортані. Звісно ця патологія значно утруднює спілкування, знижують працездатність і створює загрозу професійній непридатності. Тому спеціалізована допомога при цих захворюваннях сприяє відновленню голосової функції і поверненню людей до трудової діяльності та участі у суспільному житті.

Контрольні запитання і завдання

1. Дайте визначення вад голосу.
2. Які причини виникнення голосових порушень?
3. Розкрийте зміст логопедичного обстеження при порушеннях голосу.
4. Які порушення належать до функціональних дисфоній?
5. Які порушення належать до органічних дисфоній?
6. Розкрийте особливості голосоутворення у хворих після ларингектомії.
7. Схарактеризуйте основні напрямки і методи логопедичного впливу, спрямованого на корекцію голосових порушень.

Розділ 12

ПОРУШЕННЯ ПИСЕМНОГО МОВЛЕННЯ

12.1. Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушень писемного мовлення

Проблема порушень писемного мовлення у школярів є однією з найскладніших та найактуальніших для шкільного навчання. Повноцінне оволодіння писемним мовленням на початковому етапі шкільного навчання виступає необхідною передумовою для успішного засвоєння шкільної програми соціальної адаптації, оздоровлення особистості дитини та її комунікації у письмовій формі. Проблема порушень письма і читання у дітей починається з другої половини XIX століття.

Введення в країнах Західної Європи державної шкільної освіти дозволило виявити особливу категорію дітей, які були не в змозі оволодіти грамотою, не зважаючи на нормальний розумовий розвиток.

У даний період широко панувала думка, що порушення писемного мовлення є частковим проявом розумової відсталості (Ф.Бахман, Г.Вольф, Б.Енглер).

У 1877 році А.Куссмауль вперше визначив порушення письма і читання як самостійну патологію мовленнєвої діяльності.

У 1896 році англійський лікар В.Морган описав 4-ти річного хлопчика з нормальним інтелектуальним розвитком, який мав величезні труднощі у читанні та письмі. В 1897 році анало-

гічний випадок описав англійський лікар-окуліст Керр, а в 1905 році вийшла праця Томаса, яка узагальнила спостереження ста випадків подібних станів.

Праці Д.Гіншельвуда в 1900 та 1907 роках підтвердили думку дослідників, що порушення читання та письма не завжди супроводжують розумову відсталість. Гіншельвуд вперше назвав утруднення в оволодінні читанням та письмом термінами «алексія» і «аграфія», не зважаючи на ступінь прояву порушень.

Отже, в другій половині XIX століття в літературі стверджується новий напрямок – розглядати патологію читання і письма у дітей як ізольоване самостійне порушення, яке спостерігається при локальному мозковому захворюванні. Автори, які дотримувались такої думки, вважали, що в основі патології читання та письма у дітей лежить неповноцінність зорового аналізатора, а саме оптичного сприймання букв, зорової пам'яті та обмеженість поля зорового сприймання. Дефектність зорових образів слів та окремих букв вважалось основним механізмом порушень читання і письма. У зв'язку з цим такі порушення визначались терміном «вроджена словесна сліпота».

П.Раншбург, проводячи довготривалі дослідження дітей з порушенням писемного мовлення, вперше вказав на різні ступені прояву порушень читання і письма, визначивши їх термінами «легастенія» та «графостенія».

Отже, проблема дислексій та дисграфій у дітей довгий час існувала як **проблема оптичного або оптико-просторового дефекту**. Писемне ж мовлення розглядалось як оптико-моторний процес.

Поступово розуміння природи процесів читання та письма, механізмів дисграфій та дислексій змінювалось. На основі ретельного вивчення симптоматики письмових порушень неодноразово змінювалось їх визначення та термінологія. Відбулось розмежування понять «алексія» та «дислексія», «аграфія» та «дисграфія».

Порушення функціонування зорового аналізатору перестало вважатися єдиною причиною порушень читання та письма.

Автори виділяють інші форми дислексій та дисграфій, які характеризуються особливостями локалізації і своєрідністю проявів (Голдштейн, Лібман, К.Монахов, Ортон).

Значний внесок у вивчення дисграфій зробив відомий невропатолог К.Монахов (1914), який вперше пов'язав дислексію із загальним характером мовленнєвого порушення та афазією. К.Монахов виділяє такі форми дислексії: оптичні, акустичні, моторні, ідеомоторні.

В 1937 році Ортон, досліджуючи порушення читання, письма та мовлення у дітей, описав специфічні помилки читання при дислексії у вигляді інверсій, перестановок та дзеркального читання. Він підкреслив, що основні труднощі у дітей з порушенням писемного мовлення полягають у неспроможності скласти з букв слова. Ортон відмежував порушення читання та письма у дітей під час навчання грамоти від порушень читання та письма внаслідок уражень головного мозку у дорослих. Автор зробив висновок, що причинами алексії та аграфії у дітей є порушеннями не тільки моторного, а й сенсорного характеру. Найчастіше ж дислексії та дисграфії зустрічаються у дітей з моторними вадами, у ліворуких та дітей, у яких пізно здійснюється латералізація, а також у дітей з вадами слуху та зору. Значний внесок у вивчення механізмів дислексії та дисграфії зробили вітчизняні клініцисти-невропатологи Р.Ткачев і С.Мнухін. Р.Ткачев, спостерігаючи дітей з вродженою нездатністю до читання, відзначив, що в основі дислексій лежить порушення пам'яті. Дитина, називаючи правильно букви та склади, не в змозі їх запам'ятати, співвіднести з відповідними звуками та утримати в пам'яті. Так виникає читання за смисловою здогадкою, відбувається спотворення звукової моделі слова. Причиною даних порушень автор вбачає у слабкості асоціативних зв'язків між зоровими образами букв та слуховими образами відповідних звуків при достатньо збереженому інтелекті. Це порушення обумовлене, на думку автора, впливом спадкових факторів.

С.Мнухін у роботі «О врожденной алексии и аграфии» вказує на той факт, що дефекти в процесі читання і письма досить розповсюджені, зустрічаються при різних станах, навіть у нормі в процесі початкового навчання. Порушення читання та письма спостерігаються як у дітей з нормальним інтелектом, так і розумово відсталих. У дорослих ці дефекти входять у складний симптомокомплекс при афатичних та агностичних розладах. Під

вродженою алексією та аграфією автор розуміє довготривалу нездатність оволодіти читанням та письмом за умов збереження всіх інших психічних функцій, не зважаючи на нормальний інтелектуальний розвиток. С.Мнухін досить детально описав симптоматику цих порушень. Виходячи зі своїх спостережень, С.Мнухін вказує, що порушення читання і письма супроводжуються цілою низкою інших розладів, які виникають на спільній психопатологічній основі з порушеннями читання та письма. Діти, які мають труднощі у писемному мовленні, погано заучують вірші, з помилками відтворюють графічний ритм, утруднюються у називанні днів тижня, місяців року, букв алфавіту по порядку, хоча всі ці елементи знають та відтворюють у хаотичному вигляді. Характерними для них є труднощі виконання кількісного та порядкового звукового та складового аналізу та синтезу слів. Ці порушення вказують на утруднення і уповільнення у таких учнів процесів «рядоутворення та рядоговоріння».

Загальною психопатологічною основою описаних порушень, на думку С.Мнухіна, є порушення цілої системи функцій структуроутворення. При цьому більш складними проявами цього порушення є розлади читання та письма, більш елементарними – розлади «рядооговоріння». С.Мнухін вважає, що при дисграфії та дислексії спостерігається спадкова обтяженість різного ступеню вираженості (алкогольна, психопатична, епілептична), а також важкі пологи та родові травми).

Поступово погляд на дисграфію та дислексію у дітей як самостійне ізольоване порушення змінюється. Порушення писемного мовлення розглядаються педагогами-дефектологами, психологами як наслідок відхилень у формуванні усного мовлення дитини (Ф.Рау, М.Хватцев, Р.Боскіс, Р.Левіна та інші)

М.Хватцев, глибоко вивчаючи питання дисграфії та дислексії, спочатку розглядав їх як наслідок порушень звуковимови у дітей. У тих випадках, коли дисграфії та дислексії залишалися, не зважаючи на те, що дефекти вимови були виправлені, автор пояснював стійкістю старих зорових стереотипів звука, представленого у вигляді букви.

В своїх останніх працях, присвячених порушенням писемного мовлення, М.Хватцев відобразив більш високий та дифе-

ренційований рівень розуміння природи даних порушень. Зокрема, ним було розглянуто складну психофізіологічну структуру процесів читання і письма, дано визначення алексії, дислексії, аграфії, дисграфії, подано їх класифікацію. Так, за порушеними механізмами, М.Хватцев виділив фонематичні, оптичні, просторово-апраксічні (словесна сліпота), семантичні, мнестичні та інші форми алексії та дислексії. Автор описав їхню симптоматику та методику подолання. За таким же принципом М.Хватцев виділив багато форм дисграфії.

Значний внесок у вивчення дисграфій та дислексії зробила Р.Левіна. В її ранніх працях недоліки писемного мовлення вважаються наслідком фонематичного недорозвинення. В наступних працях Р.Левіної, Н.Нікашиної, Л.Спірової та інших співробітників сектору логопедії інституту дефектології АПН РРФСР знайшов відображення новий системний підхід у розумінні дисграфій та дислексій у дітей. Порушення читання і письма розглядаються ними як один із проявів недорозвинення усного мовлення.

У 1950 році виходить праця відомого нейропсихолога О.Лурії «Очерки психофизиологии письма», яка відкрила нове розуміння механізмів дисграфії та дислексії з позиції нейропсихології та нейролінгвістики.

Вивчення механізмів порушень письма в сучасній логопедії спирається на комплексний підхід, який включає клінічний, психологічний, психолінгвістичний, психофізіологічний та методичний аспекти.

З позиції клінічного та клініко-психологічного підходів дисграфія розглядається не як самостійне порушення, а як один із симптомів, які входять до комплексу інших, переважно неврологічного або енцефалопатичного порушення (В.Ковальов, С.Мнухін). Багато авторів вказують на те, що порушення писемного мовлення найбільш часто спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій ММД), затримки психічного розвитку, олігофренії (А.Rutter, В.Ковальов, С.Мнухін, Z.Tresohlava та ін.). Вони є частиною складних мовленнєвих та нервово-психічних порушень.

З позиції психофізіологічного підходу, спрямованого на вивчення психофізіологічних механізмів процесу письма та

читання, дисграфія розглядається як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, мовнорухового, зорового та рухового аналізаторів, а дислексія як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, мовнорухового та зорового аналізаторів (С.Ляпідевський, В.Басонова, О.Токарева).

Сучасне розуміння письма як виду мовленнєвої діяльності вимагає більш широкого підходу до вивчення дисграфії, не обмежуючись рамками клінічного та психофізіологічного (аналізаторного) аспектів, які недостатньо враховують складну психологічну структуру писемного мовлення.

Психолінгвістичний аспект вивчення цих порушень розглядає механізми дисграфії як розлад операцій породження мовленнєвого висловлювання (О.Леонтьєв, О.Лурія).

Найбільш сучасними аспектами вивчення дисграфії, які отримали поширення завдяки однозначному зв'язку між дефектом письма та його корекцією, є **психолого-логопедичний** та тісно пов'язаний з ним **психолінгвістичний аспекти**.

Психолого-логопедичний та психолінгвістичний аспекти співвідносять дисграфію у дітей із несформованістю вищих психічних функцій (мовленнєвих та немовленнєвих), а також тих чи тих операцій письма (Р.Лалаєва, Р.Левіна, І.Садовнікова, Л.Спірова, С.Соботович, О.Гопіченко, Е.Данілавічюте).

Розуміння дисграфії як мовленнєвого порушення обумовлене не тільки тим, що письмо є видом мовленнєвої діяльності і формується на базі розвитку усного мовлення, а також і тим, що найбільш часто у дітей зустрічається дисграфія, яка пов'язана з недостатністю тих чи тих сторін мовленнєвого розвитку, що, безумовно, не передбачає вивчення дисграфії без аналізу взаємозв'язку недостатності мовленнєвого розвитку з іншими психічними процесами.

Отже, з точки зору психолого-логопедичного та лінгвістичного підходів дисграфію слід розуміти перш за все як специфічне мовленнєве порушення, яке потребує спеціальних психолого-педагогічних методів корекції.

Методичний аспект вивчення дисграфії полягає у розробці спеціальних корекційних методик подолання та попередження вад читання і письма у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку з різними психофізичними вадами.

В сучасній зарубіжній літературі проблема порушень писемного мовлення у дітей є досить актуальною. В центрі педагогічно орієнтованих досліджень дислексії знаходяться **порушення процесу навчання читання і письма**. В 1960-х роках вони отримали 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 дефектами аналізаторів, а мають свій механізм порушення (Gaddes W., 1980; Satz P., Morris R., 1981). Всі існуючі визначення LD мають спільні позиції, а саме:

А) наявність ознак церебральної дисфункції;

Б) дисгармонію дозрівання окремих когнітивних функцій;

В) стійкі труднощі в оволодінні деякими шкільними або соціально значущими навичками (читання, письмо, математика, мовленнєві та мовні навички тощо);

Г) наявність дисфункції між потенційними пізнавальними здібностями та реальними шкільними досягненнями (Lerner J., 1993).

Таким чином, у наш час існують різні точки зору на походження дислексії та дисграфії. Це свідчить про те, наскільки складна проблема механізмів порушення писемного мовлення.

12.2. Поняття про писемне мовлення

Писемне мовлення – це одна із форм існування 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 слід вважати досягненням, яке створене людством. Писемне мовлення формується на базі усного мовлення і являє собою більш високий етап мовленнєвого розвитку. Писемне мовлення – це зорова форма існування усного мовлення. У писемному мовленні моделюється – позначається певними графічними символами – звукова структура слів усного мовлення, часова послідовність звуків переводиться в послідовність графічних зображень, тобто букв.

У поняття писемне мовлення в якості двох рівноправних складників входять читання і письмо.

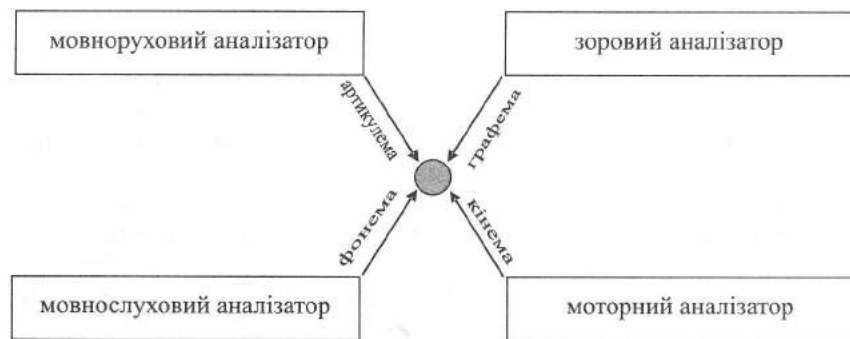
Письмо – це знакова система фіксації мовлення, що дозволяє за допомогою графічних елементів передавати інформацію на відстані і закріплювати її в часі.

І усна, і писемна форма мовлення являє собою вид часових зв'язків другої сигнальної системи, але на відміну від усного, писемне мовлення вже з самого початку є усвідомленим актом, формується в умовах цілеспрямованого навчання, тобто його механізми складаються в період навчання грамоти і удосконалюються в ході всього подальшого навчання.

В результаті рефлекторного повторення утворюється динамічний стереотип слова в єдності акустичних, оптичних і кінестетичних подразнень (Л.Виготський, Б.Ананьев).

У процесі писемного мовлення встановлюються нові зв'язки між словом почутим, вимовленим і словом побаченим. Якщо усне мовлення в основному здійснюється діяльністю мовнорухового та мовнослухового аналізаторів, то писемне мовлення, на думку Б.Ананьева, «є не слухомоторним, а зорово-слухомоторним утворенням».

Процес читання забезпечується узгодженою роботою трьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового та зорового, а процес письма забезпечується узгодженою роботою чотирьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового, зорового і моторного.



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 являють собою більш складні процеси, ніж усне мовлення, разом з тим вони не можуть розглядатись поза зв'язку, поза єдністю писемного та усного мовлення.

12.2.1. Дисграфія

Визначення та термінологія за період вивчення проблеми дисграфії та дислексії змінювалось неодноразово. В сучасній спеціальній вітчизняній літературі для визначення порушень письма використовують в основному терміни: **аграфія – повна неспроможність оволодіти навичкою письма; дисграфія – часткове специфічне порушення процесу письма** (Р.Лалаєва, 1989). У психологічній літературі О.Корневим (1997) пропонується таке визначення дисграфії. **Дисграфія – це стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою письма за правилами графіки, тобто керуючись фонетичним принципом, не дивлячись на достатній рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність грубих порушень слухового та зорового аналізаторів, а також оптимальні умови навчання.**

І.Садовнікова (1995) визначає дисграфію як «часткове порушення процесу письма, основним симптомом якого є наявність стійких помилок, не пов'язане ані зі зниженням інтелектуального розвитку, ані з вираженими порушеннями слуху і зору, ані з нерегулярністю шкільного навчання.

На Заході для визначення специфічних порушень письма (*specific spelling disability, disorthografia*) прийнятий кількісний критерій: відставання в навичці письма на дві і більше стандартних помилки (або на півтора–два класи) від рівня засвоєння інших предметів при відсутності істотних порушень інтелекту, зору або слуху. Якісній характеристиці помилок не надається значення для віднесення розладу до категорії специфічних.

Поширеність порушень письма серед дітей шкільного віку масової загальноосвітньої школи, за даними різних авторів, складає 6–7% (О.Корнев, 1997), від 3 до 15% (Т.Пічугіна, 2003).

Розповсюдженість порушень читання і письма залежить як від статевої приналежності (у хлопчиків порушення письма і

читання спостерігаються у 4,5 разів частіше, ніж у дівчат (О.Корнев, 1982)), так і від характеру писемності. Найбільш високий цей показник в англomовних країнах (10–15%) та у Венесуелі (33%) (Tarnopol L., Tarnopol M., 1981). За свідченнями 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 фактором розповсюдженості, симптоматики і структури дефекту при дисграфіях та дислексіях.

12.2.2. 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 відображає розвиток у людини можливостей розрізняти смисловий бік вербальної інформації і позначати її умовними графічними знаками. Письмо тісно пов'язане з усним мовленням і здійснюється тільки на основі достатньо високого рівня його розвитку. Реалізація цього процесу вимагає залучення великої кількості операцій та відбувається завдяки злагодженій роботі чотирьох аналізаторів: мовнорухового, мовнослухового, зорового та рухового.

Разом з цим письмо є довільним видом навчальної діяльності, що складається з багатьох умінь та навичок.

Структура процесу письма залежить від етапу оволодіння навичкою, завданнями та характером письма.

Процес письма дорослої людини є автоматизованим і відрізняється від характеру письма дитини, яка вчиться писати. У дорослого письмо є цілеспрямованою діяльністю, метою якої є передача смислу та його фіксація. Процес письма дорослого характеризується цілісністю, зв'язністю, є синтетичним процесом. Графічний образ слова відтворюється не по окремих елементах (буквах), а як єдине ціле. Слово відтворюється єдиним моторним актом. Процес письма здійснюється автоматизовано і протікає під подвійним контролем: кінестетичним і зо-

ровим. Автоматизоване письмо практично включає в себе тільки ініціацію написання, його виконання і мовно-слухову пам'ять. Цей процес відповідає тому, що в психології називають інтеріоризацією психічної дії, переводом у внутрішній план. Але переведення дії у внутрішній план і спрощення її можливе лише за умови повного опрацювання всіх складових компонентів психічної дії на початковому етапі навчання.

У момент формування письма як специфічна психічна дія є складним багатограним процесом, що включає такі компоненти, що становлять функціональну систему письма (О.Лурія):

- процеси переробки слухомовленнєвої інформації (звуковий аналіз почутого, слухомовленнєва пам'ять);
- диференціація звуків на основі кінестетичної інформації;
- актуалізація зорових образів букв;
- розташування елементів у букві, рядка у просторі;
- моторне (кінетичне) програмування графічних рухів;
- планування, реалізація та контроль акту письма;
- підтримання робочого стану, активного тону кори.

12.2.3. Мозкова організація процесу письма

У засвоєнні вищезазначених компонентів письма беруть участь велика кількість мозкових областей, кожна з яких робить свій специфічний внесок у цей процес:

Потилічна ділянка мозку є центральним апаратом зору: тут відбувається сприймання зорових подразнень та їх переробка, тобто зоровий аналіз і синтез, створюючи складні оптичні образи. Саме завдяки цій ділянці відбувається засвоєння зорового образу букви: аналіз елементів букви, розрізнення друкованих і рукописних букв.

Скронева ділянка мозку є центральним апаратом слухових відчуттів і слухового аналізу. Вона забезпечує розрізнення звуків, подібних за звучанням, але з відмінним чи особливим написанням (сприймання звуків мовлення), а також відповідає за утримання в короткочасній пам'яті матеріалу, що потребує переведення у писемне мовлення (мовно-слухова пам'ять).

Тім'яна ділянка мозку є корковим апаратом, який аналізує тактильні і пропріоцептивні відчуття, що дозволяють оцінити

положення тіла. Вона забезпечує точність і чіткість рухів, бо такі рухи йдуть під контролем сигналів про положення органів тіла в просторі, що постійно надходять з периферії. Саме ця ділянка забезпечує **оптико-кінестетичну організацію складного руху: співвіднесення звука і букви через промовляння та виконання написання** (схема руху, що відповідає образу букви).

Тім'яно-скронево-потилична підділянка сприяє **засвоєнню зорово-просторового образу букви**: розрізнення букв, схожих за конструкцією, просторовими деталями та розташуванням букви в дзеркальному просторі.

Нарешті, **передні ділянки кори головного мозку** пов'язані з організацією тривання рухів у часі, з **відпрацюванням і збереженням рухових навичок** і з організацією складних цілеспрямованих дій.

Премоторна область (задньо-лобна) забезпечує **тонкі рухи руки**, плавність переходу від одного елемента до іншого, від однієї букви до іншої.

Лобні відділи відповідають за **ініціацію написання**, яка включає постановку мети, вибір програми сполучення букв, слів, контроль за написанням із розумінням смислу, розставлення розділових знаків.

Спільна робота всіх цих ділянок кори головного мозку є необхідною для нормального здійснення кожного складного психологічного процесу, якими є, зокрема, мовлення, читання і письмо. Недорозвинення або ураження тієї чи тієї ділянки мозкової кори, що утворює цю складну систему, викликає розлад відповідного психофізіологічного процесу.

12.2.4. Операції процесу 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) починається з певного задуму, мотива, збереження якого сприяє гальмуванню всіх сторонніх тенденцій (забігання вперед, передчасне написання іншого слова або звука тощо). Людина, що пише, складає смислову програму, план свого висловлювання, запам'ятовує його.

За допомогою внутрішнього мовлення цей задум перетворюється у розгорнуту фразу, яка має бути записаною. Кожне речення, що підлягає запису, повинно бути розчленованим на слова. Безпосередніми **операціями самого процесу письма** є: аналіз звукового складу слова; переведення фонем у зорову графічну схему, тобто співвіднесення звука з буквою; перетворення оптичних знаків – букв – у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки, тобто співвіднесення букви з кінемою. Розглянемо їх детальніше.

Першою зі специфічних операцій процесу письма є **аналіз звукового складу слова, яке підлягає написанню**. Ця операція є складною **розумовою** операцією, яка передбачає правильне визначення кількості та послідовності звуків у слові. Виділення послідовності звуків, що складають слово, є **першою умовою** для перетворення мовленнєвого потоку в серію членорозділних звуків. **Другою важливою умовою** є уточнення звуків та перетворення почутих звукових варіантів в узагальнені мовленнєві звуки-фонемі (фонема – стійкий у мовленні звук, зміна якого змінює зміст слова). Окремі особливості звучання індивідуально-конкретного звука аналізуються, відмежовуються від близьких звучань та узагальнюються в формі стійкого звукового образу фонемі як смислорозрізнювальної одиниці слова. Неабиякого значення для виконання цієї операції набуває **мовно-слухова 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. У дослідженнях 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 буквами, отже – підвищенню грамотності письма учнів. Навпаки, виключення їх призводить до різкого збільшення кількості помилок. На думку Л.Назарової, артикулювання звуків дуже часто є фактором, який поповнює прогалини слухового сприймання. Разом з цим слід враховувати той факт, що за умов дефектної вимови звуків проговорювання може стати причиною дисграфічних помилок.

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 моторної теорії сприймання мовлення Л. Чистович ця ланка забезпечується **пропріоцептивним (кінестетичним) аналізом**).

Ці 2 операції забезпечує сенсомоторний рівень сприймання мовлення (слухо-вимовна диференціація фонем, фонематичне сприймання).

– артикуляційні образи зберігаються в пам'яті (Л. Чистович);

– звук ідентифікується з фонемою (фонологічний рівень сприймання мовлення (за О. Вінарською) та приймаються внутрішні рішення (операція вибору (за Л. Чистович);

– здійснюється перевірка прийнятих рішень шляхом звіряння їх зі слуховим образом і тільки потім приймається кінцеве рішення (Л. Чистович).

Велике значення у виконання цієї операції приймає **слуховий контроль**.

Таким чином, успішне засвоєння учнями звукового аналізу можливе за умов нормального інтелектуального розвитку дитини, збереженого фонематичного сприймання, кінестетичного аналізу, мовно-слухової пам'яті та слухового контролю.

Другою операцією письма є переведення фонем чи їх комплексу в зорову графічну схему – букву, яка повинна бути віддиференційованою від букв, графічно схожих між собою. Вирішальну роль у забезпеченні цієї операції відіграє **зоровий аналізатор**, за допомогою якого відбувається засвоєння зорового та оптико-просторового образу букви. **Зорово-просторові уявлення** забезпечують правильне просторове розташування елементів у букві, розрізнення букв із подібними просторовими деталями та розташування букви у рядку. **Зоровий аналіз** забезпечує розрізнення схожих за накресленням букв, які відрізняються між собою кількістю елементів, що їх складають. Завдяки **зоровій пам'яті** дитина здатна запам'ятовувати графічний образ букви.

Важливою передумовою засвоєння цієї операції письма є сформованість **зорового контролю**.

Третя операція письма – перетворення оптичних знаків (букв) у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки – потребує достатнього рівня сформованості графомоторних навичок (О. Корнєв). Написання здійснюється за допомогою рухового (кінетичного) програмування графічних рухів, забезпечуючи їх плавність під час послідовного запису елементів букви та переходу від написання однієї букви до іншої. Оптико-кінестетична організація складного руху потребує спільної роботи рухового (кінетичного), просторового та зорового аналізаторів. Під час написання букв та слів кінестетичний контроль підкріплюється зоровим контролем та читанням записаного. Сформованість **дрібної моторики пальців рук, зорово-моторної координації, руко-рухового контролю та рухової пам'яті** є необхідними передумовами засвоєння останньої, моторної операції письма.

Якщо на початкових етапах оволодіння письмом кожна окрема його операція є повністю усвідомленою дією, то на подальших етапах вони здійснюються автоматизовано і переходять у навички.

Таким чином, процес письма являє собою складну свідому діяльність, яка включає в себе комплекс таких операцій, як:

– 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 функцій, мовленнєвих і немовленнєвих.

12.2.5. Передумови формування навичок письма

Становлення функції письма відбувається лише за умов цілеспрямованого навчання у період опанування грамоти. Пе-

редумови її формування закладаються ще до початку навчання в школі. Труднощі, з якими стикається дитина під час оволодіння письмом, полягають не тільки у необхідності усвідомлення знаково-символічної функції письма, але й у необхідності розрізнення 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 дозволяє зробити висновок, 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**, які 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 до школи є одним із важливих аспектів підготовки дітей до школи. Відомо, що відхилення в розвитку усного мовлення дітей негативно впливають на засвоєння шкільної програми, формування їхньої особистості, затримують процес соціальної адаптації.

Достатній рівень розвитку усного мовлення характеризується сформованістю звукової та лексико-граматичної системи мовлення, що, в свою чергу, виступає усномовленнєвими передумовами опанування письма (А.Винокур, Е.Данілавічюте, Р.Левіна, Є.Соботович та ін.). 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 не тільки збереженість і сформованість слухової диференціації фонем, а й інших слухових функцій – мовно-слухової пам'яті, слухової уваги та слухового контролю (О.Гопіченко, Е.Данілавічюте, Є.Соботович).

Функціональні механізми письма є надзвичайно складними, бо включають велику кількість психічних функцій, когнітивних і сенсомоторних компонентів.

Для переведення фонем у їх графічні схеми (букви) дитині необхідно засвоїти зоровий образ букви. Опанування ним 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 відбувається засвоєння і впізнавання букви, аналіз її елементів, розрізнення друкованих і рукописних букв тощо.

Розвиток зорового сприймання у дитини проходить відповідні етапи: спочатку розгорнуте «обмацування» предмета рукою й оком і лише потім згорнуті форми сприймання. При порушенні вміння плавно переводити погляд з одного предмета на інший дитина може сприймати повноцінно лише один об'єкт, що свідчить про звуження зорового сприймання.

В основі формування зорового уявлення букви лежить встановлення різних внутрішньоаналізаторних зв'язків у зоровому 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, вимагаючи тонких просторово-кількісних диференціювань, без яких складна аналітико-синтетична робота, що необхідна для формування зорових уявлень букв, стає неможливою.

Отже, успішне опанування письма передбачає вміння дитини **вільно орієнтуватися в просторі та володіти основними просторовими поняттями.** Орієнтування в просторі є комплексним процесом і 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 згорнутою формою просторового сприймання.

За свідченнями О. Корнева, для засвоєння символічного позначення фонем у дітей має бути сформованою також *навичка символізації*. Її засвоєння відбувається на основі розвитку у дитини здібностей до символізації більш широкого плану: символічної гри, образотворчої діяльності тощо. Першим проявом здібності до символічної діяльності в онтогенезі є поява символічної гри з характерними для неї діями ігрового заміщення предметів і предметного зображення в малюнках. 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 позначаються конкретні предмети, а не слова, які самі є теж знаками. Пізніше, коли формується здібність до малювання за задумом, вже можна говорити про появу елементарних знакових операцій. Прогрес у деталізації малюнків є проявом динаміки засвоєння мови графічних символів. Незрілість даних здібностей у дитини навіть при достатньому розумовому розвитку утруднює оволодіння графемами.

Графо-моторні навички є кінцевою ланкою операцій, що складають письмо: за їх допомогою здійснюється операція перетворення оптичних образів букв у потрібні графічні накреслення за допомогою рухів руки. Тим самим вони можуть впливати на процес письма в цілому. Наприклад, утруднення в зображенні букв іноді настільки концентрує увагу дитини, що дезорганізує всі попередні операції. Їх формування в онтогенезі розвивається 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 рухового аналізатора, тобто діти спираються на «пам'ять руки». Зоровий контроль за рухами майже відсутній. Але поступово проходить 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 займати провідне місце в регуляції графо-моторних рухів і розвитку відповідних навичок. На перших етапах розвитку навички письма рух,

необхідний для написання кожного елемента букви, а пізніше – для написання кожної букви, є предметом спеціальної усвідомленої дії. В подальшому ці елементи поєднуються і написання цілих звукових комплексів поступово стає автоматизованою допоміжною операцією. Процес письма отримує складний автоматизований характер. Одночасно з рухом руки здійснюється **руховий контроль**. По мірі написання букв, слів він підкріплюється **зоровим контролем**, читанням написаного.

Необхідною умовою опанування писемним мовленням та удосконалення графо-моторних навичок є достатній розвиток **дрібноі 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 починається з обмацувальних і хапальних рухів. У подальшому маніпулятивні дії з предметами допомагають дитині отримати перший досвід у пізнанні навколишнього предметного світу, формуючи у неї предметне мислення та сприяючи розвитку тонких рухів кистей і пальців рук, що, в свою чергу, здійснює стимулюючий вплив на мовленнєву функцію дитини, на розвиток у неї сенсорної і моторної сторін мовлення. За даними О. Корнева, оволодіння довільною регуляцією рухів руки проходить у період від одного року до 4–5 років. Для оволодіння довільними рухами необхідними є збереженість сили і точності рухів, а також нормального забезпечення тону, який є основою для їх чіткої координації.

Особливим фактором, 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 малюнка. Дослідження психофізіологів вказують на взаємозв'язок між розумовою працездатністю та тонкою руховою координацією пальців руки і кисті у дітей 5–7 років. У дітей з низьким рівнем розумової працездатності, як правило, спостерігається також низька координація та порушення пропорційності рухів.

Основою складністю у дитини, що починає оволодівати навичкою письма, є опанування рухами кінчиків пальців, які реалізують рухи кінчика пера на поверхні аркуша. Це пояснюєть-

ся невідповідністю траєкторії кінчика пера на письмі та рухів пальців, що спрямовують перо. Саме тому дитина на першому етапі навчання пише крупно, бо чим крупнішим є письмо, тим менша відносна різниця між рухами кінчика пера і рухами самої руки. Завдяки розвинутій моториці руки збільшуються можливості у формуванні просторових уявлень, що дозволяє в процесі письма реалізовувати рухи пера на аркуші вздовж дійсних або уявних ліній, правильно тримати знаряддя письма, а також забезпечується процес виконання написання: виконання схеми рухів, відповідних оптичному образу букви, та плавне протікання послідовного запису елементів букви, букв у словах.

Аналіз психологічної структури писемного мовлення дозволяє виділити **основні когнітивні процеси**, що відповідають за опанування процесом письма та складають його функціональну базу, а саме: *пам'ять і увагу* (О.Російська, В.Тарасун).

Молодший школяр під час письма стикається із необхідністю одночасного виконання великої кількості різних дій, що вимагає від нього високого рівня розвитку здібності концентрувати, розподіляти і переключати увагу. Відсутність достатньої автоматизації всіх складових процесу письма вимагає певного рівня сформованості уваги. Встановлено, що шестирічні діти можуть продуктивно займатися одним видом діяльності протягом 10–15 хвилин. Важливою властивістю уваги є її обсяг. Він вимірюється кількістю об'єктів, які людина може сприйняти одночасно. Відомо, що шестирічна дитина може одночасно сприйняти три об'єкти з певною повнотою і деталізацією (Я.Коломенський, Є.Панько).

Психологи Н.Бастун, Ю.Гільбух, В.Горбенко пояснюють незрілість уваги недорозвиненістю емоційно-вольової сфери шестирічної дитини, що впливає на розвиток самоконтролю. Чим більше виражена емоційно-вольова незрілість, тим 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 утримати в пам'яті певну послідовність звуків слова, яке підлягає запису, а також оптичного образу букв свідчить про її вагомий роль у забезпеченні проце-

су письма. Важливими показниками рівня сформованості пам'яті є обсяг, швидкість та стійкість запам'ятовування слухомовленнєвого та зорового матеріалу.

Зважаючи на те, що письмо є складною багатоопераційною діяльністю, яка охоплює низку розумових дій різного рівня, не менш важливої уваги 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.Андрусипин).

Величезне значення у формуванні навички письма належить операції **контролю** (зорового, слухового та рухового) та самоконтролю власної діяльності. Контроль проявляється у всіх психічних процесах – мисленні, пам'яті, мовленні. Виконання будь-яких завдань без нього неможливе. Саме контроль є найбільш слабкою ланкою в процесі регуляції діяльності у дитини, що виявляється у недоведенні дії до кінцевого результату, переходу на другорядні дії та асоціації, у відсутності дії перевірки після виконання завдання. При цьому можуть спостерігатись і 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 порівнюється 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). Порухення будь-якої ланки цієї операції може викликати збій у функціонуванні всієї мовленнєвої системи.

Таким чином, письмо є складною за структурою формою мовленнєвої діяльності, що вимагає залучення великої кількості операцій та залучення різних мозкових областей, кожна з яких робить свій специфічний внесок. Не сформованість будь-якої з розглянутих вище функцій може викликати порушення процесу оволодіння письмом, дисграфію. Опанування процесом письма можливо лише за умови досягнення дитиною високого рівня фізичного, психічного, мовленнєвого та інтелектуального розвитку.

12.3. Етіологія порушень писемного мовлення

Причини порушень письма та читання є схожими. На сьогодні немає єдиної думки стосовно етіології дисграфії та дислексії. Аналіз літературних даних дозволяє встановити цілу низку причин, які призводять до порушень писемного мовлення.

Порушення читання і письма можуть бути зумовленими затримкою у формуванні певних функціональних систем, важливих для засвоєння писемного мовлення, внаслідок шкідливих факторів, які діяли в різні періоди розвитку дитини (О.Лурія, С.Ляпідевський, М.Хватцев). Дехто з дослідників відзначають спадкову схильність до дислексії (Б.Хальгрєн, М.Рудінеску та ін.). Так, генетичні дослідження, проведені М.Ламі, К.Лонай, М.Суле, Б.Хальгрєном, дозволили дійти висновку про спадковий характер деяких факторів (порушення латералізації, затримка мовленнєвого розвитку), які обумовлюють виникнення дислексії та дисграфії. М.Захалкова та співавтори відмічають спадкову обтяженість у 45% дітей з дислексією. За даними О.Корнева, серед дітей з дислексією та дисграфією в 60% випадків спадковість була обтяженою психічними розладами і тільки в 25% – порушеннями безпосередньо писемного мовлення. Рейнольд також вказав на вплив спадкового фактора в етіології дислексій у дітей. Автор зробив висновок, що існує особлива, вроджена форма дислексій, коли діти успадковують від батьків як існує незрілість головного мозку в його окремих ділянках. Ця незрілість структур мозку проявляється у специфічних затримках розвитку певних функцій.

Клінічне дослідження виявляє в анамнезі у більшості дітей з дислексією та дисграфією несприятливе пренатального, натального і постнатального періодів: патологія вагітності і пологів (токсикоз вагітності, інфекційні захворювання, хвороби матері (нефропатії, діабет, гіпотеріоз тощо), алкоголізм матері, несумісність крові матері та плода, недоношеність, стрімкі пологи, акушерські ускладнення у вигляді гіпоксії плода, затяжні пологи, асфіксія); патологічна спадковість (труднощі навчання у батьків, психічні захворювання). Нерідко до названих факторів додаються черепно-мозкові травми голови, соматична ослабленість, вірусні та бактеріальні нейроінфекції та

часті інфекційні захворювання в постнатальний період. При цьому найбільш суттєву негативну роль у виникненні дисграфії та дислексії займають патологічні фактори, які діють у більш пізні періоди розвитку плода та в постнатальний період. Дослідники передбачають, що вони здійснюють негативний вплив на структури третинних зон головного мозку, які забезпечують функціонування символічних функцій (усне мовлення, читання і письмо).

Етіологію дислексії та дисграфії пов'язують із впливом як біологічних, так і соціальних факторів. Порушення читання і письма можуть викликатися причинами органічного та функціонального характеру. Так, у результаті досліджень, проведених Галабурдой, було виявлено анатомічні аномалії мозку двох типів у 5 чоловіків, які страждали на дислексію. Перші анатомічні відхилення проявлялися у відсутності асиметрії півкуль у ділянках, які забезпечували оволодіння мовленням. Друге анатомічне відхилення проявлялося аномаліями в розташуванні клітин головного мозку (порушення розвитку плода в період з 16 по 24 тижень вагітності) переважно в лобних та задніх тім'яно-потиличних зонах лівої півкулі, які мають відношення до мовлення. Спираючись на дослідження Галабурди, Н.Геншвінд розробив гіпотезу, згідно якої відсутність або зменшення асиметрії правої та лівої півкулі у дислексиків переважно обумовлене порушеннями імунної функції організму. Надлишковий вплив чоловічого статевого гормону – тестостерона призводить до відсутності або зменшення асиметрії головного мозку, внаслідок чого порушується розвиток мовленнєвих ділянок мозку. У зв'язку з цим знаходить підтвердження той факт, що дислексія та дисграфія частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчат (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.Ляпідевський, М.Хватцев).

Багато дослідників акцентують увагу на функціональних порушеннях діяльності мозкових ділянок мозку, які забезпечують оволодіння мовленням. Функціональні причини можуть

бути пов'язані з впливом внутрішніх факторів (хронічні соматичні захворювання), так і зовнішніх (неправильне мовлення оточення, двомовність, недостатня увага до розвитку мовлення дитини з боку дорослих, дефіцит мовленнєвих контактів) факторів, які затримують формування психічних функцій, які беруть участь у процесі читання і письма.

Таким чином, в етіології дисграфії та дислексії беруть участь як генетичні, так і екзогенні чинники.

Дослідження останніх десятирічь доводять, що нерідко однією з причин порушень читання і письма є труднощі становлення процесу латералізації (функціональної асиметрії в діяльності парних сенсомоторних органів). У таких дітей до кінця не встановилась 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'язуються, перш за все, з явищами недорозвитку 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 найбільш часто спостерігаються в синдромі мінімальних мозкових дисфункцій (ММД), затримки психічного розвитку, олігофренії, дитячого церебрального паралічу, порушень слуху (В.Ковальов, В.Ковшиков, С.Мнухін, О.Корнев). Згідно з концепцією Р.Левіної, порушення читання і письма є проявом системного порушення мовлення, відображення недорозвитку усного мовлення у всіх його ланках. Таким чином, дисграфія та дислексія найчастіше проявляються в структурі складних мовленнєвих та нервово-психічних порушень.

Сучасне розуміння порушень письма і читання з точки зору психолінгвістичного та психолого-педагогічного аспектів доводить, що різноманітні порушення читання і письма обумовлені не стільки порушенням усного мовлення дитини, скільки недостатністю ряду психічних функцій: пам'яті, уваги, зорово-просторового гнозису, сукцесивних та симультанних процесів, а також операціональних компонентів письма та читання (О.Гопіченко, Е.Данілавічюте, Р.Лалаєва, О.Російська, І.Садовніко-

ва, Є.Соботович, В.Тарасун, Н.Чередніченко та ін.). Труднощі ж в оволодінні писемним мовленням виникають як наслідок поєднання трьох груп явищ: біологічної недостатності певних мозкових систем, які призводять до виникнення на цій основі функціональної недостатності, а також соціальних умов.

12.3.1. Симптоматика дисграфії

Основними симптомами дисграфії є стійкі специфічні помилки (не пов'язані із застосуванням орфографічних правил), виникнення яких не обумовлено порушеннями інтелектуального або сенсорного розвитку або нерегулярністю шкільного навчання. Такі патологічні помилки слід відрізнити від помилок, яких припускаються діти під час вивчення нової теми. Основними критеріями відмежування патологічних помилок від непатологічних є: *стійкість, здатність закріплюватись та збільшуватись*, якщо не проводити спеціальну корекційну роботу.

Український, як і російський правопис базується на деяких основних принципах, серед яких провідними і найбільш загально прийнятими можна вважати: фонетичний (фонематичний), морфологічний та традиційний (історичний).

Фонетичний принцип письма є основою графіки. Суть його полягає в тому, що буквене позначення повністю відповідає тим фонемам, які чуються в слові (слова записується так, як чуються і вимовляються). Для засвоєння фонетичного принципу письма дитині необхідно оволодіти основними операціями письма: звуковим аналізом; співвіднесенням звука з буквою та співвіднесенням букви з кінемою. Якщо дитина в процесі засвоєння цих операцій допускає помилки в словах, які записуються за фонетичним принципом, такі помилки вважаються тимчасовими, пов'язаними з певними етапами засвоєння цих операцій. У цей період допускається, що дитина може пропускати, переставляти та додавати зайві букви в слова. Однак по мірі оволодіння операціями письма такі помилки мають зникнути. Якщо ж дитина стабільно продовжує пропускати голосні та приголосні букви під час їх збігу, замінювати букви, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки, або замінювати букви, схожі за написанням, це свідчить про те, що

дитина має труднощі у засвоєнні основних операцій письма. Такі помилки слід вважати патологічними, які потребують спеціальної логопедичної корекції.

Морфологічний принцип письма полягає в тому, що при написанні зберігається сталість буквеного позначення морфем (префіксів, суфіксів, закінчень), не зважаючи на те, що в різних фонетичних умовах вони вимовляються і чуються по-різному. Саме на цьому принципі базується більшість правил орфографії. Коли виникає невідповідність між вимовою і написанням, вибір букви визначається певним орфографічним правилом.

Помилки, допущені в орфограмах, які ще не вивчалися, не вважаються патологічними. Якщо ж учень, знаючи правило, не може його застосувати, стабільно допускає однотипні орфографічні помилки, то в таких випадках помилки вважаються патологічними, або дизорфографічними.

12.3.2. Типи патологічних помилок та їх механізми

Автори застосовують різні принципи аналізу специфічних помилок. Так, І.Садовнікова виділяє 3 групи помилок: помилки на рівні букви та складу; помилки на рівні слова; помилки на рівні речення.

Перша група помилок найбільш числена та різноманітна за типами помилок. Сюди входять помилки звукового аналізу; помилки фонематичного сприймання; змішування букв за кінетичною схожістю; персеверації та антиципації.

До **другої групи** вналежить окреме написання частин слова; написання разом службових частин мови з наступним або попереднім словом; зміщення кордонів слів (написання разом двох слів та розрив одного із них; контоменації; морфемні аграматизми тощо.

Третя група помилок включає в себе 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 звукоскладової структури

слова; порушення злитності написання окремих слів у реченні; аграматизми на письмі.

Слід відзначити, що дані класифікації помилок є симптоматичними та не враховують механізми, що призводять до виникнення тієї чи тієї помилки. Найбільш обґрунтованою є класифікація помилок, представлена Є.Соботович, О.Гопіченко. Вона базується на визначенні принципа письма та враховує причини та механізми допущених помилок. Автор виділяє: фонетичні; графічні та оптико-просторові; морфологічні (лексико-граматичні) помилки.

І. Фонетичні помилки – це помилки, які виникають під час написання слів, що записуються за фонетичним принципом. За своєю природою вони неоднорідні.

До фонетичних належать 3 групи помилок:

1 група помилок – заміни або змішування на письмі букв, 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.Данілавичюте дозволили з'ясувати, що причини таких помилок неоднорідні. В їх основі можуть лежати:

1) порушення фонематичного сприймання (слухової диференціації фонем);

2) порушення вимови звуків, що призводить до **нечіткості фонематичних уявлень** про звуковий склад слова. В цих випадках фонематичні уявлення дорівнюють власній неправильній вимові;

3) порушення або недостатнє використання **слухового контролю**. Під час фонемного розпізнавання діти спираються на артикуляційні ознаки звуків (проговорювання), не враховуючи їхніх акустичних ознак, що свідчить про недостатнє використання слухового контролю власного мовлення.

Цей тип помилок часто зустрічається в письмових роботах дітей з фонетично чистим мовленням.

2 група помилок – пропуски букв, перестановки, додавання в слова зайвих букв, 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»). Указані звуки в названих фонетичних позиціях є менш виразними, кінстетично менш чіткими.

В основі такого типу помилок можуть лежати різні причини:

1) несформованість або порушення звукового аналізу як процесу розумової дії, яка проявляється в неспроможності виділяти частину з цілого (звук зі слова), визначати послідовність та кількість звуків у слові;

2) недостатня стійкість, автоматизованість операції звукового аналізу, його уязвимість під час ускладнення умов виконання завдання (ускладнення звуко-складової структури слова, прискорення темпу виконання завдання). Дослідження, проведені Л.Спіровою, Е.Данілавічюте, Н.Чередніченко, довели, що учні, успішно виконуючи прості види фонематичного аналізу, допускають велику кількість помилок при виконанні завдань на звуковий аналіз складних за будовою слів (Батьківщина – «Батькченина», парашутист – «парутист»).

3) Однією з причин наведених вище помилок виступає **порушення мовно-слухової пам'яті**, яка не дозволяє утримувати послідовність звуків у слові, що, в свою чергу, призводить до пропусків букв, складів, а в деяких випадках до спрощення та спотворення звуко-складової будови слова (ілюстрація – «ілюція»).

4) Експериментальні дослідження, проведені О.Гопіченко, Є.Соботович довели, що вирішальний вплив на якість виконання завдань на звуковий аналіз слова має **спосіб аналізу**: якщо дія аналізу здійснювалася в розумовому плані (опора на фонематичні уявлення) без опори на проговорювання та слухове сприймання, помилок спостерігалось значно більше, ніж при голосному проговорюванні та слуханні себе. Отже, дія звукового аналізу у таких дітей видалася недостатньо сформованою на рівні внутрішнього плану і здійснюється краще з опорою на зовнішні засоби – проговорювання та слухове сприймання звукового складу слова. В процесі ж письма в умовах класу (письмо під диктовку, творчі письмові роботи) опора на зовнішні до-

поміжні засоби згортається, внаслідок чого спостерігається велика кількість помилок на пропуски та додавання в слова зайвих букв. Такі випадки свідчать про те, що у дітей страждає **слуховий контроль** за власним мовленням та **самоконтроль** у процесі перевірки виконання завдання.

До **третьої групи** помилок належать заміни, додавання та пропуски букв, обумовлені позицією звуків у слові та впливом звуків один на одного. Ці помилки називають **позиційними (помилки на уподібнення)**. Вони нестабільні, виникають у дітей ослаблених (астенічних), які не можуть рівномірно розподілити увагу на різних операціях, а також своєчасно переключити її з однієї операції на іншу. Звук, який має сильну позицію в слові, є більш виразним за акустико-артикуляційними ознаками (звук «п» в слові лопата), ніж звук-замінник (звук «т»), він концентрує на себе увагу учня, послаблюючи при цьому інші ланки цілого процесу письма (зоровий та руکورуховий контроль), внаслідок чого виникає позиційна помилка на заміну, пропуск або додавання букв (лопата – «лотата», ворона – «ворна», Оксана – «Окосана»).

II. Графічними та оптико-просторовими помилками в літературі називають різні неточності у накресленні букв. Виражаються вони в замінах на письмі букв, схожих за своїми оптико-просторовими або кінетичними ознаками. Виділяють такі типи **графічних помилок**:

1) заміни графічно схожих букв, що складаються з однакових елементів, які по різному розташовані у просторі (*в – д, т – ш, и – п*);

2) неправильне просторове розташування елементів букви (*х – «сс», т – «пп»*);

3) заміни букв, які мають однакові елементи, але різняться між собою кількістю елементів або додатковим елементом (*п – т, ж – к, ш – и, щ – ш, ц – и, х – ж, н – ю, л – м, л – я*);

4) пропуски елементів, особливо при поєднанні букв, що включають однаковий елемент (*ау – «ај*).

5) дописування зайвого елемента букви (*ш – «иш», т – «пт»*).

6) змішування або заміни букв за кінетичною подібністю (*о – а, б – д, и – у, У – Ч, Г – Р, н – ю, и – ш, л – я, Н – К, а – д*).

7) дзеркальне написання букв.

Причини та механізми цих помилок полягають у порушенні або недостатній сформованості тих психічних функцій та розумових операцій, які забезпечують засвоєння 2 та 3 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 руко рухового контролю. Графічні та оптико-просторові помилки не завжди стабільні. На думку Є.Соботович, механізм таких помилок може бути схожим на механізм позиційних помилок.

III. Лексико-граматичні помилки пов'язані з незасвоєнням морфологічного принципу письма або із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ). Вони включають велику та різноманітну групу **морфологічних, синтаксичних, пунктуаційних та семантичних** помилок. Виникають під час написання слів, що записуються за морфологічним принципом або під час написання речень. До таких помилок належать:

1) порушення у словосполученні або реченні узгодження та керування, що проявляється у помилковому написанні *закінчень слів* (аграматизми на письмі). (Скрізь лежать глибокий сніг. Сніг усім захищає від морозу й вітру. А великі старий пеня 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 («Улісі сховалися маленькі звірята». «На стала зима» «Сніг усіх за хищає морозі і вітру».);

3) *заміни префіксів та суфіксів* (морфемний аграматизм) (підійшов – прийшов», ведмежий хвіст – ведмедів хвіст»);

4) *роздільне написання частин слова* («ідуть», «по чалася»);

5) *зміщення меж слів* («Там вони спатимути до весни». «Лежить глибокий сніг».);

Такі помилки називають **морфологічними**. В їх основі лежить 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 даної

відмінкової форми, а також усвідомлення прийменника як самостійного слова.

б) Велику та різноманітну групу помилок складають **орфографічні помилки**, пов'язані з порушенням системи словозміни та словотворення, недостатнім засвоєнням правил правопису та неумінням 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 у середині слова («ніхті», «лехкий»), неправильне вживання «ь» для пом'якшення приголосного в кінці та середині слів («маленкі», «скрізі» – скрізь, «спити» – спить) та у сполученні «ьо»(багатоьох – багатьох), вживання апострофа тощо.

Кількість таких помилок з роками не зменшується, а збільшується.

7) До **синтаксичних** помилок належать такі:

а) відсутність позначень меж речення – заголовних букв та крапок («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. Сховалися різні маленькі звірята».);

в) пропуски слів та частин речень («усіх захищає від морозу і вітру» – Сніг усіх захищає від морозу і вітру. «У лісі й на жтлом для багатьох комах». – У лісі й на луках сховалися різні маленькі звірята. А великий старий пеня 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. Наступною причиною виступає порушення **синтаксичного аналізу**, що виражається у 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 та стає причиною синтаксичних та пунктуаційних помилок, а порушення контролю та самоконтролю під час письма не дає можливості ці помилки виправити.

Недостатня автоматизація правил написання речень також може стати причиною синтаксичних помилок.

8) до **пунктуаційних помилок** належать пропуски розділових знаків, неправильне їх вживання для необхідного інтонаційного оформлення речення. Основною причиною таких помилок є не сформованість умінь сприймати інтонаційне оформлення фраз, співвідносити його з основними правилами пунктуації.

9) **Семантичні помилки** проявляються, як правило, 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.

Для розумово відсталих дітей характерними є всі типи помилок.

Дисграфія може супроводжуватися і *немовленнєвою симптоматикою* (неврологічними порушеннями, порушеннями пізнавальної діяльності, порушеннями сприймання, пам'яті, уваги, психічними порушеннями). Немовленнєві симптоми визначаються в цих випадках не характером дисграфії і у зв'язку з цим не включаються до її симптоматики, а разом із порушенням письма входять до структури нервово-психічних та мовленнєвих порушень (при алалії, дизартрії, порушеннях мовлення при розумовій відсталості, затримці психічного розвитку тощо).

Поруч із цим клініко-психологічне вивчення дітей з дислексією та дисграфією показало, що у них мають місце порушення низки психічних функцій: сукцесивних та симультан-

них процесів, зорово-просторового гнозису та праксису, зорової пам'яті, уваги, мовленнєвих функцій (О.Корнев, О.Мастюкова, І.Прищепова, Т.Пічугіна, В.Тарасун, Н.Чередніченко та ін.). За результатами експериментальних даних Л.Волкової, О.Мастюкової, Л.Шипіциної, у таких дітей був виявлений знижений обсяг запам'ятовування зорової, слухової та тактильної інформації. Особливо помітними виявились порушення короткочасної мовно-слухової пам'яті. У дітей цієї категорії при відносно збереженій логічній та смисловій 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 уваги – одного з основних компонентів шкільної зрілості. У них відмічається недостатня її стійкість та слабка концентрація, що знаходить своє відображення у більш вираженому порушенні фонематичного сприймання. Ю.Гаркуша, О.Усанова відзначають несформованість усіх видів контролю. О.Гопіченко, Є.Соботович, Е.Данілавічюте пов'язують численні помилки в письмових роботах учнів з недостатнім розвитком слухового контролю мовлення при фонемному розпізнаванні звукового складу слова, з неповноцінністю зорового та кінестетичного контролю в процесі запису слів та речень. Ці порушення основних операцій письма у дітей пов'язані з особливостями організації психічної діяльності учня під час письма: трудностю координації всіх операцій письма і виконанням завдань, які стоять перед тим, хто пише; трудностю розподілу уваги між ними; неможливістю їх синхронного виконання та переключення з однієї операції на іншу.

Як свідчать результати, більш страждає запобіжний та поточний контроль. Ю.Максименко, Н.Чередніченко зазначають, що учні, які страждають на дисграфію, у переважній більшості майже не зберігають до кінця уроку простих завдань, діють без орієнтирів та інструкцій. Якість роботи їх теж не турбує, а на заключному етапі спостерігається несформованість дії співставлення. Порушення довільної уваги призводить до порушення всієї структури їх діяльності.

У багатьох дітей є дисграфію та дислексію спостерігається порушення розумових операцій, пов'язаних з мовленням (фо-

немного та морфемного аналізу, виконання дій за аналогією або перенесення їх на мовний матеріал, міркування).

Р.Лалаєва, С.Яковлев, О.Корнев та багато інших дослідників зазначають своєрідність особистості, більш або менш виражену дисгармонію емоційно-вольової сфери, слабкість вольових процесів, зниження працездатності, підвищену втомлюваність, труднощі в 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 та тих форм мислення, які найбільш тісно пов'язані з мовленням, особливо внутрішнім.

За умов цілеспрямованого корекційно-логопедичного впливу поступово симптоматика дисграфії стає менш вираженою.

12.4. 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 дефектів фонематичного слуху, внаслідок порушень усного мовлення («графічна недорікуватість»), на основі порушень вимовного ритму, оптична, при моторній та сенсорній афазії.

О.Токарева (1969), яка розглядає дисграфію з позицій психофізіологічного підходу як наслідок порушеної аналітико-синтетичної діяльності мовнослухового, зорового та рухового аналізаторів, виділяє 3 види дисграфії: акустичну, оптичну, моторну.

Основним симптомом акустичної дисграфії є помилки на змішування та заміни букв, які позначають звуки, близькі за своїми акустико-артикуляційними ознаками, а також пропуски букв. Причини цих помилок автор вбачає у недиференційованому слуховому сприйманні та порушеній звуковимові, яка відображається на письмі.

Оптична дисграфія обумовлена нестійкістю зорових образів букв. Окремі букви не впізнаються, не співвідносяться з певними звуками, внаслідок чого виникають помилки на заміни,

змішування букв, які близькі між собою за графічними та оптико-просторовими ознаками. У низці випадків, особливо у ліворуких дітей, спостерігається дзеркальне письмо, елементи букв пишуться справа наліво.

В тяжких випадках оптичної дисграфії письмо слів неможливе, дитина пише лише букви.

Моторна дисграфія. Характерним для неї є труднощі рухів руки під час письма, 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, включає в себе 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 основі якої лежить несформованість певних операцій процесу письма, розроблена співробітниками кафедри логопедії ЛПП імені О.Герцена під керівництвом Р.Лалаєвої (1989).

Виділяються такі види дисграфій: **артикуляторно-акустична, на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем), внаслідок порушень мовного аналізу та синтезу, аграматична та оптична дисграфії.**

1. В основі **артикуляторно-акустичної дисграфії** лежить відображення неправильної вимови на письмі, опора учнів на неправильне проговорювання. Проявляється вона в замінах, пропусках букв, які відповідають замінам та пропускам звуків в усному мовленні. Така форма дисграфії спостерігається частіше у дітей з поліморфною дислалією, ринолалією та дизартрією. Причому заміни букв на письмі іноді залишаються навіть тоді, коли вимова звуків виправлена, що пов'язане з недостатньою сформованістю чітких кінестетичних образів букв у дітей. Слід відзначити, що заміни і пропуски звуків в усному мовленні не завжди переносяться на письмо. Це обумовлено компенсаторними можливостями, а саме заміною неправильних кінестетичних образів звуків їх чіткими слуховими диференціровками за рахунок сформованих фонематичних функцій.

2. Дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання (диференціації фонем). За традиційною термінологією – акустична дисграфія. Проявляється в замінах букв, що позначають фонетично близькі звуки (свистячі – шиплячі, дзвінки – глухі, африкати і компоненти, що входять до їх складу (ч–т', ч–щ, ш–щ, ц–т, ц–с), м'які – тверді). При цьому в усному мовленні звуки вимовляються правильно.

В найбільш яскравому вигляді дисграфія на основі порушень фонемного розпізнавання спостерігається при сенсорній алалії та афазії. В тяжких випадках змішуються букви, які позначають артикуляторно і акустично далекі звуки (л–к, б–в, п–н), які правильно вимовляються.

Механізми цього виду дисграфії, на думку авторів, різні, що пояснюється складністю процесу фонемного розпізнавання. Багаторівнева структура процесу фонемного розпізнавання розглянута в розділі «Операції процесу письма».

Р.Левіна, Л.Спірова пов'язують заміни букв на письмі з фонематичним недорозвиненням, з несформованістю уявлень про фонему, з порушенням операції вибору фонем.

Є.Соботович, О.Гопіченко, Е.Данілавічюте основні причини даних помилок вбачають у порушенні фонематичних уявлень про акустично близькі звуки, а також недостатнє використання слухового контролю під час їх розпізнавання. Своїми дослідженнями вони довели, що у дітей з даним видом дисграфії кінестетичний аналіз (проговорювання під час письма) не зменшує кількість помилок на змішування букв, а навпаки, призводить до їх збільшення.

Отже, для правильного письма необхідний достатній рівень функціонування всіх операцій процесу розрізнення і вибору фонем. При порушенні будь-якої ланки (слухового, кінестетичного аналізу, операції вибору фонем, слухового та кінестетичного контролю) утруднюється в цілому весь процес фонемного розпізнавання, що проявляється в замінах букв на письмі.

3. Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу проявляється на письмі у спотворенні звуко-буквенної або морфологічної структури слова та структури речення. В основі її лежить порушення різних форм мовного аналізу та синтезу: синтаксичного, морфологічного та фонематичного, а також мор-

фологічних та синтаксичних узагальнень. Найбільш характерними помилками є:

1) пропуски, перестановки та додавання в слово зайвих букв, що пов'язано з несформованістю фонематичного аналізу та синтезу (механізми даного типу помилок розкриті 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 тощо. Такі помилки виникають внаслідок порушення у дітей морфологічних узагальнень, морфологічного аналізу та синтезу. Приклади даного типу помилок наведені в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» (морфологічні помилки);

3) помилки, які проявляються у відсутності позначень меж речення – заголовних букв та крапок, неправильному визначенні меж речення, пропусках слів та частин речень та порушенні послідовності слів у реченні (Приклади даних помилок, їх причини та механізми розкриті в підрозділі «Синтаксичні помилки»).

Порушення письма внаслідок несформованості фонематичного аналізу та синтезу широко представлені в роботах Р.Левіної, Л.Спірової, І.Садовнікової, Г.Чіркиної, Е.Данілавічюте.

4. Аграматична дисграфія пов'язана з недорозвиненням граматичної будови мовлення: морфологічних та синтаксичних узагальнень, часто спостерігається у дітей із загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ). Може проявлятися на рівні слова, словосполучення, речення і 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 виявляються великі труднощі у встановленні логічних та мовних зв'язків між реченнями. Діти правильно передають послідовність подій, пропускаючи та переставляючи фрагменти тексту, що порушує смислові та граматичні зв'язки між окремими реченнями.

На рівні речення аграматизми проявляються 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 цією формою дисграфії спостерігається порушення синтаксичного оформлення мовлення, що проявляється у труднощах конструювання складних за будовою речень, пропусках членів речення, порушенні послідовності слів у реченні. Приклади помилок при цій формі 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 та зорової пам'яті та проявляється в замінах та спотвореннях букв на письмі, які близькі між собою за оптико-просторовими ознаками. Класифікація та приклади помилок даного типу представлена в розділі «Типи та механізми патологічних помилок» (графічні та оптико-просторові помилки).

До оптичної дисграфії належить і дзеркальне письмо, яке іноді проявляється у ліворуких дітей, а також при органічних ураженнях головного мозку.

О. Корнев, проаналізувавши існуючі класифікації та враховуючи сучасний рівень уявлень про порушення письма, запропонував таку систематику специфічних порушень письма:

А. Специфічні порушення письма:

І. Дисграфії (аграфії):

1. Дисфонологічні дисграфії:

а) Паралалічні дисграфії («Недорікуватість у письмі»);

б) Фонематичні дисграфії.

2. Метамовні дисграфії:

а) Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу;

б) Диспраксічні (моторні) дисграфії.

ІІ. Дисорфографія:

1. Морфологічна;

2. Синтаксична.

Б. Неспецифічні порушення письма внаслідок затримки психічного розвитку, розумової відсталості, педагогічної занедбаності. «Ложна дисграфія» (за І. Садовніковою).

Розглянемо дану класифікацію більш детально.

1. Дисфонологічні дисграфії. Одним із провідних механізмів цієї форми виступають фонологічні порушення, які є

наслідком аномального розвитку усного мовлення (неправильної вимови) та проявляються у несформованості фонематичних уявлень, порушеннях фонематичного сприймання, що, в свою чергу, утруднює оволодіння фонематичним аналізом. Для цієї форми дисграфії характерні помилки на заміни, змішування букв, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки. Причому ці звуки ізольовано вимовляються правильно, а в потоці мовлення змішуються. Причину даних помилок автор вбачає у слабкості слухового контролю, який гальмує усунення дефектів вимови, а останнє спотворює фонематичні уявлення та сприяє нечіткості фонематичного сприймання. Внаслідок цього дитина пише слова так, як їх вимовляє. Цей варіант дисфонологічної дисграфії називається **паралалічним** і спостерігається у дітей з поліморфними порушеннями звуковимови.

Поруч із замінами та змішуваннями зустрічаються спотворення та спрощення звуків. Важкі за вимовою звуки замінюються більш простими (бочка – «ботька», булка – «буйка, булька»), що відображає незрілість артикуляційного апарату і зазвичай супроводжується артикуляційною диспраксією. В 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 проявляється у вигляді помилок на змішування опозиційних приголосних (твердих – м'яких, дзвінких – глухих, свистячих – шиплячих тощо) та пропусках букв. Їх основними причинами є недосконалість фонематичних уявлень при нормальному фонематичному сприйманні, труднощі концентрації та розподілу уваги під час письма, що призводить до недорозвинення навичок фонематичного аналізу.

2. Метамовні дисграфії пов'язані з порушенням метамовних процесів: операцій, пов'язаних з усвідомленням основних лінгвістичних одиниць членування мовлення (речення, слово, склад, звук) та аналізом усних висловлювань на ці умовні одиниці.

Дисграфія внаслідок порушення мовного аналізу та синтезу. Причини та механізми цього виду дисграфії розкриті в класифікації Р. Лалаєвої та в підрозділі «Помилки на пропуски та перестановки букв».

Диспраксічні дисграфії проявляються у неспроможності оволодіти графічним образом букв, що призводить до помилок у вигляді заміни букв, схожих за кінетичними ознаками. У дітей з цією формою дисграфії повільно виробляються рухові образи букв (кінеми) внаслідок інертності рухового стереотипу, порушень пальцевого праксису. Почерк у таких учнів нерозбірливий, спостерігається уповільнений темп письма та труднощі в автоматизації графо-моторних навичок.

Слід відзначити, що розглянуті види дисграфій у чистому вигляді зустрічаються рідко. Саме тому найбільш правильно та зручно визначати не форму дисграфії, а типи патологічних помилок, що дозволить правильно спланувати зміст психолого-педагогічного та логопедичного обстеження та окреслити напрямки корекційної роботи.

II. Дизорфографія

Дизорфографія – це специфічне стійке порушення письма, яке проявляється у неспроможності засвоїти орфографічні навички, не зважаючи на знання відповідних правил. Основним симптомом дизорфографії є особлива категорія стійких специфічних (орфографічних, синтаксичних) помилок (їх приклади наведені в розділі «Типи та механізми патологічних помилок»). За даними досліджень серед учнів 2-го класу спеціальної школи дизорфографією страждають 80% учнів, а серед 3-го класу – 90%.

Кількість орфографічних помилок залежить від складності морфологічної будови слова, кількості орфограм в одному слові, ступеню самостійності письма, тобто від того, наскільки комплексним є акт письма.

Основною трудностю у дітей із ЗНМ є знаходження у словах орфограм та вирішення орфографічного завдання.

Орфографічна навичка (О.Н.) – це автоматизований компонент свідомої мовленнєвої діяльності людини за умов протікання її у письмі (М.Львов). Вона являє собою інтелектуальну та мовленнєву навичку, яка формується на основі розумових дій та розвитку усного мовлення.

Як відзначають відомі методисти Д.Богоявленський, М.Гнезділов, С.Жуйков, М.Рождественський, грамотне письмо – це, перш за все, навичка, а не знання, хоча вона передбачає

знання орфографічних правил. Учень не просто говорить і пише, він має говорити і писати правильно, замислюючись над тим, як він висловлює думку, як орфографічно правильно пише слово. Отже, оволодіння грамотним письмом передбачає усвідомлене формування орфографічної навички.

Орфографічна навичка формується в результаті числених вправ та на основі більш простих навичок та умінь, таких як:

- графічна навичка;
- уміння аналізувати звуковий склад слова;
- визначати морфемний склад слова;
- на основі граматичних знань виділяти зі слова орфограму, яка потребує перевірки;
- уміння підвести орфограму під правило та деякі інші вміння.

Механізм утворення орфографічної навички базується на дії співвіднесення між собою фонетичних, граматичних, словотворних та орфографічних знань, оскільки ця навичка являє собою складну систему асоціацій.

У методичній літературі орфографічна навичка розглядається як автоматизована дія, яка формується у школярів на основі вмінь та пов'язана із засвоєнням низки правил, способів їх застосування на письмі (М.Рождественський, М.Канонікін, Н.Щербакова та ін.). Як підкреслював Д.Богоявленський, «...орфографічна навичка – навичка складна. Вона включає в себе навичку письма, вміння аналізувати звуковий склад слова, на основі граматичних знань впізнавати орфограму, застосувати до неї необхідне правило і правильно написати орфограму».

Таким чином, основними умовами вироблення О.Н. є такі:

- 1) знання правил;
- 2) знання прийомів застосування цих правил та умінь їх застосовувати (наприклад: морфологічний розбір слова);
- 3) система вправ, завдяки якій формується навичка правильного пису.

Як показують дослідження, труднощі оволодіння орфографічними навичками обумовлюються не стільки незнанням орфографічних правил, скільки невмінням застосовувати їх на

практиці. Цей процес засновується на плануванні розумової діяльності школяра.

Основною трудностю у дітей із ЗНМ є знаходження у словах орфограм та вирішення орфографічного завдання. Останнє ж потребує володіння морфологічним аналізом слів, достатнього лексичного запасу, здатності підібрати необхідні перевірні слова за формально граматичними ознаками.

Хід вирішення орфографічного завдання виглядає таким чином:

а) знаходження орфограми – пригадування правила – морфологічний аналіз слова – підбір лексичного або морфологічного матеріала, який необхідний за умовами правила – запису;

б) знаходження орфограми – пригадування правила – підбір аналогії – запис;

в) актуалізація зорового образу слова з орфограмою (без її свідомого виділення) – запис;

г) автоматизований запис (на основі моторної пам'яті) без усвідомленого аналізу орфограми.

Співставляючи дизорфографії з дисграфіями, можна передбачити, що в обох випадках основою труднощів є несформованість метамовних навичок (операцій, які пов'язані з усвідомленням основних лінгвістичних одиниць членування мовлення – речення, слово, склад, звук). При цьому неповноцінність фонематичного аналізу призводить до дисграфії, а несформованість морфологічного аналізу – до дисорфографії. Тому це порушення можна назвати **морфологічною дизорфографією**.

Успішність оволодіння орфографією передбачає сформованість вимовних навичок, достатнього рівня розвитку фонематичних, морфологічних, синтаксичних узагальнень, певний обсяг знань у галузі фонетики, фонології, морфології, лексики, синтаксису.

У школярів початкових класів із ЗНМ не сформовані як мовленнєві, так і немовленнєві передумови засвоєння правил правопису.

Як відомо, діти із ЗНМ мають не тільки дефекти фонетико-фонематичної сторони мовлення. Вони важко оволодівають і більш складними мовними закономірностями. В учнів із ЗНМ спостерігається недорозвиток лексико-граматичної будови

мови. Це заважає утворенню міжсловесних зв'язків, асоціацій. Особливості мислительних процесів, сприймання, пам'яті, нестійкість емоційно вольової сфери, особливості мотивації учнів із ЗНМ також негативно впливають на успішність засвоєння ними орфографічних умінь та навичок.

Аналіз психологічної структури засвоєння орфографії учнями початкових класів, а також урахування закономірностей розвитку мовлення дітей дозволив виділити **психологічні передумови**, які обумовлюють опанування орфографічними навичками.

Засвоєння орфографічних знань, умінь та навичок являє собою складний, багатоопераційний процес. Успішність його протікання залежить від «готовності» до засвоєння, тобто від того, як учень оволодів певними розумовими прийомами та ступенем засвоєння закономірностей рідної мови на практичному рівні до моменту вивчення даного навчального матеріалу.

У літературі відзначається, що ще в дошкільному віці дитина оволодіває вимовною стороною мовлення та основними граматичними закономірностями на практичному рівні. Однак навчальна термінологія, зміст орфограм, правил мають абстрактний характер і передбачають перехід мислення учнів від наочних форм мисленнєвої діяльності до словесно-понятійних.

В основі засвоєння правил правопису лежать процеси засвоєння абстрактних граматичних понять, таких як: звук, буква, склад, слово, іменник, відміна тощо. Ці процеси здійснюються завдяки виконанню низки мисленнєвих дій (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення, класифікація тощо). На початковому етапі процес утворення понять спирається на наочне сприймання (таблиці, правила). В подальшому дія наочної опори зменшується. В процесі автоматизації відкидається несуттєве, на перший план виступає лише головне, суттєве. Так, вже під час переходу до автоматизованої навички правопису ненаголошених голосних у корені дитина не спирається на знання, які лежать в основі таких понять, як звук, наголошений голосний, однокореневі слова, на знання формулювання орфограми. Її увага, в основному, повертається до змістовної сторони письмового висловлювання. Ті ж прийоми, які школярі використовують для написання, стають допоміжними.

Для засвоєння графічних зображень букв, умовних позначок, таблиць та схем необхідними передумовами є сформованість зорового сприймання та орієнтації у просторі.

У дослідженнях психологів, методистів, дефектологів (Д.Богоявленський, С.Жуйков, Р.Левіна, І.Садовнікова, В.Тарасун) відводиться значна роль у засвоєнні правил правопису розвитку дрібної моторики рук, яка значним чином впливає на каліграфію.

Важливою передумовою для формування орфографічної навички є вироблення процесу абстракції. Вона засновується, перш за все, на прийомах звуко-буквеного аналізу, синтезу, уявлень, умінні оперувати граматичними поняттями (звук, буква, слово тощо). Оволодіння первинними формами абстракції відбувається тоді, коли дитина знаходить у слові окремий граматичний елемент, розуміє лексичне значення окремих морфем, але не виділяє їх.

Для вироблення повної асоціації необхідною є паралельність протікання сенсорних (звукових) та розумових форм аналізу, які спираються на відношення між звуковою формою, лексичним і граматичним значенням, при регуляції другої сигнальної системи.

Отже, необхідною передумовою формування мовних узагальнень є сформованість таких операцій як: порівняння, співставлення, визначення спільного та відмінного, симультанний (одночасний, нерозчленований) та сукцесивний (послідовний) аналіз та синтез.

Сформованість сенсорно-перцептивного рівня мовленнєвого сприймання є важливішою передумовою засвоєння мовних узагальнень, необхідних для оволодіння орфограмами (перевірка ненаголошених голосних у корені також передбачає одночасне співставлення кореневих морфем перевірного та перевіряемого слів).

Засвоєння школярами граматичних понять та змісту орфограм відбувається, згідно теорії П.Гальперіна, за етапами формування розумової дії. М.Львов розробив та докладно описав модель засвоєння процесу засвоєння правил правопису.

Оволодіння орфографічними навичками можливе за умов достатнього розвитку таких мнестичних процесів як: запам'я-

товування, збереження та відтворення. В свою чергу в психологічній літературі відзначається, що мислення, систематизуючи та узагальнюючи, в значній мірі полегшує роботу пам'яті.

Важливою передумовою засвоєння правил правопису є готовність мовленнєвого розвитку дитини. Мовлення відіграє велике значення у пізнавальній діяльності дітей та дорослих. Сформованість же усного мовлення впливає на засвоєння школярами писемного мовлення, орфографії.

На оволодіння правилами правопису впливає так зване «чуття мови». Під «чуттям мови» розуміють достатній рівень практичного оволодіння морфологічними та синтаксичними узагальненнями, які сформувалися на «дограматичній» сходинці мовленнєвого розвитку дітей. На думку С.Жуйкова, «чуття мови» – це система певних мовних зв'язків. Воно передбачає достатній розвиток фонематичного слуху, який формується у дошкільному віці в мовленнєвій діяльності (у процесі говоріння, слухання та у спеціальних вправах).

Таким чином, оволодіння навичками орфографічно правильного письма формується на основі достатньо високого рівня психологічного розвитку та мовленнєвої готовності школярів. Даний процес потребує сформованості фонетичних, фонематичних, лексичних узагальнень, свідомого уміння аналізувати та синтезувати мовні одиниці з точки зору семантики, мовного оформлення та уміння співвідносити їх із графічним зразком.

Враховуючи те, що більшість орфограм підкоряються морфологічному принципу написання, для успішного опанування орфографією учні повинні мати достатній обсяг словника, володіти орфоепічною вимовою, системою словозміни та словотворення, встановлювати семантичну схожість споріднених слів. Порушення звуковимови, фонематичного та лексико-граматичного розвитку негативно впливатиме на формування орфографічно правильного письма (Р.Левіна, І.Прищепова, М.Шевченко).

У літературі вказується, що у письмових роботах учнів із мовленнєвою патологією відмічається значна кількість різних помилок на правила правопису («неспецифічні помилки» за визначенням Р.Левіної). Більшість помилок належать до морфологічного принципу написання. Вони пов'язані з несформо-

ваністю фонематичних, морфологічних, синтаксичних узагальнень. При цьому дані помилки спостерігаються на фоні різноманітних дисграфічних помилок.

У наш час неоднозначно розглядається питання про початок проявів стійкого порушення засвоєння орфографії учнів з мовленнєвим недорозвиненням. Багато дослідників відзначають значні труднощі у школярів у оволодінні програмовими вимогами з української мови в початковому періоді навчання грамоти, під час знайомства з такими поняттями як звук, буква, склад, слово та з правилами правопису. У школярів із ЗНМ виявляються несформованими багато мовленнєвих та немовленнєвих передумов засвоєння навичок правопису або початкова ланка асоціативного ланцюжка при утворенні орфографічної навички.

В сучасній педагогічній психології О.Н. розглядається перш за все, як мовленнєва, яка забезпечує розвиток писемного мовлення в цілому, а не тільки орфографічної грамотності.

У дітей із ЗНМ виявляється порушеними або недорозвинутими фонетико-фонематичні та лексико-граматичні компоненти мовлення. Всі вони взаємопов'язані між собою, їх розвиток у певній мірі взаємообумовлений, тому у дітей із мовленнєвою патологією не відбувається повноцінне засвоєння та удосконалення «дограматичних» знань, умінь та навичок. Відмічається зниження або порушення пізнавальної діяльності в галузі спостережень та оволодіння мовними закономірностями та змістовною стороною мовлення, фонематичними, морфологічними та синтаксичними узагальненнями на практичному рівні, недорозвинення словесно-логічним мисленням:

У дітей із ЗНМ порушені або недостатньо розвинуті розумові операції: порівняння мовних факторів, знаходження в них спільного та відмінного, операції абстракції та узагальнення (І.Власенко, Є.Соботович, А.Ястребова). Відмічаються й особливості розвитку немовленнєвих процесів: нестійкість уваги, недостатній розвиток процесів пам'яті, зокрема, недостатня здатність до запам'ятовування та до активізації знань, які вже є, низький рівень самоконтролю, зниження мотивації у навчальній діяльності.

Таким чином, у школярів із ЗНМ виявляється низький рівень сформованості психофізіологічних передумов до оволо-

діння повноцінними навичками навчальної діяльності: логічного мислення, труднощі формування планування майбутньої роботи, певних шляхів та засобів для досягнення навчальної мети, а також утримання її на певний час у пам'яті. Внаслідок недостатньої сформованості або порушення мнестичних процесів та низького рівня операцій аналізу, синтезу, абстракції, узагальнення, обмеженого словникового запасу діти з мовленнєвою патологією з великими труднощами запам'ятовують та застосовують у практичній діяльності навчальну термінологію, оволодівають змістом орфограм.

Учнів початкових класів з цією патологією важко виробляють на письмі навички автоматизму. Школярі не повною мірою оволодівають системою суджень та умовиводів, які викладені у правилах правопису, а в низці випадків формально засвоюють граматичні ознаки орфограм.

Порушення мовленнєвого розвитку не дозволяє учням із ЗНМ запам'ятати та засвоїти операції та способи перевірки даних слів. Наприклад: визначити морфемний склад слова, підібрати споріднені словоформи.

Значна кількість орфографічних помилок є наслідком труднощів формування операцій на виділення «небезпечних» місць у словах. Вони не вміють співвідносити орфоепічну вимову з орфографічним написанням внаслідок нечіткості фонематичних та морфологічних уявлень. Обмежений словниковий запас також негативно впливає на засвоєння цієї операції.

Становлення навичок правопису у школярів із ТПМ характеризується не тільки збільшенням часу засвоєння орфографії, а й порушенням усього його перебігу. Внаслідок недорозвинення мовлення, несформованості немовленнєвих функцій залишаються незасвоєними або до кінця неавтоматизованими низка операцій, алгоритмів орфографічних дій.

Оволодіння ж орфографічними знаннями, уміннями та навичками – це складний багатоопераційний процес, який передбачає сформованість в учнів мовленнєвих та немовленнєвих функцій: розвиток вимовних навичок, достатній рівень мовних узагальнень, лексики, усвідомленого уміння аналізувати та синтезувати мовні одиниці, процеси абстракції та символізації, володіння читанням та письмом, сприймання, зорового гнози-

су та мнезису, оптико-просторових уявлень, симультанного та сукцесивного аналізу та синтезу, логічних операцій.

Однією з важливих умов формування в учнів з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) грамотного письма є наявність у них **орфографічної пильності**.

Як свідчать результати досліджень О.Корнева, Р.Левіної, І.Прищепової, наші власні результати обстеження рівня сформованості в учнів з ТПМ орфографічних умінь та навичок, практика навчання правопису даної категорії дітей, дія виділення орфограми у словах та підведення її під правило є для них найскладнішою. Учні з мовленнєвою патологією не визначають «небезпечні» місця у словах, не виділяють сильну та слабку позиції звуків. Причиною таких помилок є:

- несформованість лексичного та граматичного значення морфем;

- несформованість морфологічних узагальнень, уявлень про споріднені слова,

- недостатні знання, уміння та навички в галузі правопису.

У дітей із ТПМ недорозвинуті навички словотворення, їм важко визначити різницю між спорідненими та різними граматичними формами одного і того ж слова, виділити в них спільні морфемні, виконати морфологічний аналіз слова. Діти не точно диференціюють частини мови, помиляються під час постановки граматичного запитання до слів. Внаслідок цього порушується весь алгоритм дії, спрямованої на перевірку написаного слова. Учні неправильно формулюють завдання, послідовність дій, неправильно вибирають спосіб перевірки написання слова.

Написання слів на основі морфологічного принципу потребує сформованості синтаксичних узагальнень, умінь встановлювати зв'язки у словосполученні та реченні. Школярі із ЗНМ часто помиляються при встановленні граматичних зв'язків між підметом та дієслівним присудком, між присудком та прямим додатком.

Очевидно, що уміння визначати орфографічну трудність у словах повинно передувати вивченню правила, оскільки воно буде створювати основу для його застосування.

Таким чином, вироблення орфографічної пильності засновується на розвиткові у дітей елементарних мовних узагальнень (фонетичних, морфологічних, синтаксичних), які утворюють-

ся на основі співставлення образів слів (слухового із зоровим, зорового із зоровим), а також співставлення лексичного і граматичного значень слова. Крім того, в основі узагальнень лежить активізація отриманих учнями знань та умінь (уміння розрізняти голосні та приголосні, виділяти наголошений та ненаголошений голосний, наголошений та ненаголошений склад, змінювати форму слова, встановлювати зв'язки в словосполученнях та реченнях).

Особливий вид дисорфографій, який проявляється у стійкій нездатності оволодіти синтаксичними правилами на письмі, тобто пунктуацією, називають **синтаксичною дисорфографією**.

Питанням вивчення симптоматики, механізмів, напрямків корекційної логопедичної роботи та передумов виникнення дисорфографії присвячено праці І.Прищепової, Л.Бартеневої та ін. дослідників. Майже невивченим залишається синтаксична дисорфографія.

12.5. Дислексія

В сучасній літературі для визначення порушень читання використовують терміни: «алексія» – для визначення повної відсутності читання; «дислексія», «дислексія розвитку», «еволюційна дислексія» – для визначення часткового порушення процесу оволодіння читанням, на відміну від тих випадків, коли акт читання розпадається внаслідок уражень кори головного мозку, тобто при афазіях. Формулювання діагнозу звичайно залежить від професійної приналежності фахівця: один і той же стан педагог визначить як «специфічне порушення читання» (*specific reading disability*), а лікар – «дислексія розвитку» (*developmental dyslexia*). Західні дослідники зазвичай включають у коло дислексій і порушення письма, термінологічно не виділяючи останні.

В Міжнародній класифікації хвороб (ICD – 10) дислексія визначається як «специфічне порушення читання».

В логопедичній літературі дають таке визначення дислексії: **дислексія – часткове порушення процесу оволодіння читанням, яке обумовлене несформованістю (порушенням)**

вищих психічних функцій та проявляється в численних помилках, які стійко повторюються під час читання (Р.Лалаєва, 1989).

Психологічне визначення дислексії звучить таким чином. Під дислексію розуміють стани, основним порявом яких є стійка вибіркова нездатність оволодіти навичкою читання, не зважаючи на достатній для цього рівень інтелектуального та мовленнєвого розвитку, відсутність порушень слухового та зорового аналізаторів та оптимальні умови навчання. Основним порушенням при цьому є стійка нездатність оволодіти складозлиттям і автоматизованим читанням цілими словами, що часто супроводжується недостатнім розумінням прочитаного. В основі розладу лежать порушення специфічних церебральних процесів, що в цілому складають основний функціональний базис навички читання (О.Корнев, 1997).

Синдром дислексії включає, крім вищезазначеного основного симптома, явища емоційно-вольової незрілості, симптомокомплекс сукцесивної недостатності, церебраленічні порушення, специфічні порушення психічних процесів.

У західній педагогічній літературі до вибірових, специфічних порушень читання слід відносити випадки, коли «вік читання» (reading age) відстає від «розумового віку» (mental age) на 20% і більше або на 2 і більше класи (Myklebust H., 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 даної навички – з другого. Ця ознака включається майже у всі існуючі визначення дислексії та, напевно, є найбільш надійним діагностичним критерієм.

Дислексія, як і дисграфія є досить поширеним порушенням. В європейських країнах відмічається, за даними різних авторів, до 10% дітей з дислексіями, які мають нормальний інтелект: за даними З.Матейчека – 2–4%, за даними Б.Хальгрена – до 10%. За даними Р.Беккер, порушення читання спостерігаються 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% учнів 7–8-літнього віку. В школах для дітей із ТВМ та із затримкою психічного розвитку дислек-

сія виявлена у 20–50% випадків. За даними Р.Лалаєвої (1989), у перших класах допоміжної школи порушення читання спостерігаються у 62% учнів. У хлопців дислексія зустрічається в 4,5 разів частіше, ніж у дівчат.

12.5.1. Психофізіологічні механізми процесу читання

Читання, як і письмо являє собою складний психофізіологічний процес, в акті якого беруть участь зоровий, мовноруховий та мовнослуховий аналізатори. В основі цього процесу, за словами Б.Ананьєва, лежать «складні механізми взаємодії аналізаторів та тимчасових зв'язків двох сигнальних систем». За своїми психофізіологічними механізмами читання є більш складним процесом, ніж усне мовлення, але разом з цим воно не може розглядатись поза зв'язку писемного та усного мовлення.

Читання як вид діяльності визначається як процес декодування графічної (буквеної) моделі слова в усномовленнєву форму (технічна сторона читання), а також як процес розуміння письмових висловлювань (сміслової сторона читання). Саме смислової сторона читання є основною метою процесу читання. Між смисловою та технічною сторонами читання існує тісний зв'язок. Розуміння прочитаного визначається характером сприймання. З другого боку, зорове сприймання залежить від розуміння змісту раніш прочитаного.

В 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 складні та багатосторонні.

12.5.2. Операції процесу читання

Процес читання починається із зорового сприймання букв, їх розрізнення та впізнавання за оптико-просторовими ознаками. В подальшому відбувається співвіднесення букв з відповідними звуками та здійснюється відтворення звуковимовного об-

разу слова, його прочитування. І нарешті, внаслідок співвіднесення звукової форми слова з його значенням здійснюється розуміння прочитаного. Розглянемо детальніше механізми кожної з операцій читання:

Першою операцією читання є впізнавання, розрізнення букв та їх співвіднесення з відповідними звуками. Оволодіння звуко-буквеними позначеннями відбувається протягом всього добукварного та букварного періодів навчання грамоти. Однак, за словами Д.Ельконіна, «сприймання та розрізнення букв є лише зовнішньою стороною процесу читання, за якою криються найсуттєвіші та основні дії зі звуками мови». Не звук є позначкою букви, а навпаки, буква являє собою знак, символ, позначення мовленнєвого звука. Тому складний процес засвоєння звуко-буквених позначень починається з пізнання звукової сторони мовлення, з розрізнення та виділення звуків з мовлення. І лише потім дітей знайомлять з буквами, які є зоровими зображеннями букв. Саме тому буква 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 даного звука, не змішуючи його ні на слух, ні у вимові.

2. Коли у дитини сформувались **уявлення про фонему як узагальнений образ звука**. Тільки тоді в процесі навчання читання формується уявлення про графему, про відповідність букви до фонему. Коли ж процес оволодіння буквою починається зі сприйняття її зорового образу, засвоєння та співвіднесення її зі звуком має механічний характер.

3. Розрізнення букв між собою за оптико-просторовими та кінетичними ознаками потребує здійснення **оптичного аналізу** кожної букви на елементів, що їх складають. Засвоєння ж оптичного образу букви можливе лише за умов достатнього розвитку **просторових уявлень** у дитини, а також **здатності запам'ятовувати та відтворювати в пам'яті зорові образи**. Безпосередньо процес впізнання букви забезпечується достатнім рівнем розвитку **зорового гнозису**.

Таким чином, успішне та швидке засвоєння букв можливе лише при достатній 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 схожість та різницю букв);

д) зорово-просторового гнозису та просторових уявлень (здатності розрізняти букви);

д) зорової пам'яті (можливості запам'ятовувати зоровий образ букви).

Друга операція читання – злиття звуків у склади та слова, тобто звуковий синтез, завдяки якому відбувається прочитування слова. Засвоєння цієї операції читання відбувається завдяки тим же психічним функціям та операціям, що і засвоєння звукового аналізу.

На початкових етапах навчання читання одиницею читання виступає буква, тобто зорове сприймання є по буквеним. А.Трошин назвав цей етап «підскладовим» читанням. Сучасна методика навчання читання передбачає з самого початку поскладове читання, орієнтацію на склад як одиницю читання. З метою подолання труднощів злиття звуків у склади необхідно сформувати у дітей не тільки уміння 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 здійснюється часто лише після того, як прочитане слово промовлено вголос та прочитане декілька 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 цілого зв'язного висловлювання. Наступною умовою засвоєння третьої операції читання є **сформованість узагальнюючого значення слова**, що, безумовно, потребує певного рівня інтелекту-

ального розвитку дитини. Порушення інтелекту негативно позначиться на засвоєнні кожної операції читання.

Особливі труднощі під час розуміння прочитаного винакають при читанні речень. Привертання уваги дитини до технічної сторони читання послаблює їхню увагу до розуміння причинно-наслідкових зв'язків між словами в реченні та між реченнями в 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 в процесі формування проходить декілька етапів. Кожен із цих етапів тісно пов'язаний з попереднім та наступним, поступово переходить із однієї якості в іншу. Формування навички читання здійснюється в процесі довготривалого та цілеспрямованого навчання.

Т.Сгоров виділяє такі етапи формування навички читання: 1) оволодіння звуко-буквеними позначеннями; 2) поскладове читання; 3) становлення синтетичних прийомів читання; 4) синтетичне читання. Кожен із етапів характеризується своєрідністю, якісними особистостями, певною психологічною структурою, своїми труднощами та завданнями, а також прийомами оволодіння. На перших двох етапах основна увага дитини спрямовується на технічну сторону читання, тобто процес прочитування слів, речень, тексту. Процес розуміння тексту ще значно відстає у часі від процесу зорового сприймання матеріалу, іде за ним. Основні труднощі полягають у синтезі складів у слова, особливо при читанні 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 способами читання є читання цілими словами та словосполученнями. Технічна сторона читання вже не утруднює читача. Однак, не зважаючи на це, існують певні труднощі, пов'язані з використанням під час читання смислової здогадки. Діти часто замінюють слова, закінчення у словах, що призводить до частих регресій, поверненню до раніш прочитаного з метою виправлення помилок, уточнення змісту прочитаного або контролю. Темп читання на цих етапах

зростає. На останніх етапах формування навички читання ще мають місце труднощі синтезу слів у речення, а речень – у тексті. Зміст тексту стає зрозумілим лише тоді, коли діти розуміють семантику кожного слова в реченні, розуміють причинно-наслідкові зв'язки між словами у реченні та ті зв'язки, які 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.

12.6. 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 оволодіння читанням у 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.

12.6.1. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій

Велика кількість досліджень свідчить, що у дітей з дислексією зорово-просторове сприймання суттєво не страждає. Однак спостерігаються труднощі просторової орієнтації у всіх просторових напрямках, змішування понять «право – ліво», «верх – низ», «попереду – позаду», «над – під», утруднення у виконанні просторово організованих рухів. Зниження рівня

мовленнєвого розвитку та здатності виділяти і усвідомлювати просторові ознаки предметного світу призводить до суттєвого відставання в оволодінні просторовими вербально-понятійними позначеннями. Особливо яскраво це проявляється у експресивному мовленні. Діти з дислексією майже не користуються прийменниками «над», «між», прикметниками «широкий», «вузький», «товстий», «тонкий», прислівниками «попереду», «позаду», часто замінюють їх або використовують неадекватно. На думку багатьох авторів, **порушення вербалізації просторових уявлень** відіграють важливу роль у механізмах порушення читання. Причому рівень мовленнєвого розвитку не є визначальним фактором в оволодінні поняттями «право» – «ліво».

У дітей з дислексією виявляється 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 при переучуванні ліворукості або у дітей зі змішаною домінантою спостерігаються специфічні труднощі формування просторових уявлень, змішування правої та лівої сторін. У нормі розрізнення правого та лівого формується до 6 років. Достатня **сформованість просторових уявлень є необхідною передумовою розрізнення та засвоєння букв** дитиною. У ліворуких дітей без порушень читання в процесі еволюції створюються механізми, які компенсують латеральну дискоординацію, у ліворуких дітей з дислексією ці системи компенсації організуються більш повільно та пізно. Таким чином, не сам факт ліворукості, а несформованість просторових уявлень, яка спостерігається при переучуванні ліворуких дітей та при змішаній домінанті, викликає порушення читання.

У дітей із порушеннями читання відмічається неточність у визначенні форми та розміру. **Несформованість оптико-просторових уявлень** проявляється в малюванні, при складанні цілого із частин. Так, під час конструювання геометричних фігур за зразком спотворюються кутові відношення між елементами ламаної лінії або спостерігається неправильне розташування фігур. При цьому помітних спотворень форми фігур майже не спостерігається. Виконання ж цих завдань по пам'яті часто видається непосильним. Аналіз малюнків дітей свідчить,

що їм притаманні схематизм, бідність композиції, розташування предметів і фігур в один рядочок, статичність та недостатність реалізму (Є.Ігнат'єв, Н.Сакуліна та ін.). Однією з найбільш яскравих патологічних ознак у дітей-дислексиків є порушення пропорцій як між частинами одного зображення, так і між окремими зображеннями. Часто малюнки непропорційно малі в порівнянні з простором листа паперу. Основною причиною низького рівня зображувальної діяльності у дітей з дислексією, за результатами досліджень, проведених О.М.Корневим, є **незрілість складних, довільних форм зорово-моторної координації**. Більшість дітей, які не засвоїли букви, мають найбільш низький рівень розвитку зображувальних навичок. **Дефіцит зображувально-графічних здібностей** бере безпосередню участь у патогенезі дислексії, особливо на етапі засвоєння звуко-буквеної символіки.

У дітей з порушеннями читання мають місце **порушення запам'ятовування комплексів з 5 геометричних фігур різної форми** («Симультанні комплекси») або рядів фігур чи малюнків, розташованих у різній послідовності («Сукцесивні комплекси»).

12.6.2. Дислексія та порушення когнітивних функцій

Дослідження, проведені багатьма вченими-клініцистами, психологами, підтвердили, що у дітей з дислексією відмічається нерівномірність розумового розвитку. Найбільше страждають такі передумови інтелекту: пам'ять, увага, зорово-просторова орієнтація, симультанно-сукцесивні функції та мовленнєві навички. За даними О.Корневої, дефіцит сукцесивних функцій зустрічається у 88% дітей з дислексією. Найбільш часто у них зустрічається слабкість автоматизації мовленнєвих рядів (64%), менше страждає відтворення звукових ритмів (46%) та відтворення серії рухів (33%). Дослідження довели наявність зв'язків між неповноцінністю часових операцій (запам'ятовування та відтворення часової послідовності подій, дій, слів) та дислексією. Короткочасна мовно-слухова пам'ять на сукцесивно організований матеріал страждає значно в більшому ступені, ніж інші психічні функції. Дітям важко запам'ятати комплекси з 5 гео-

метричних 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.Таіров) і за умов її порушення суттєво страждають.

12.6.3. Дислексія та порушення усного мовлення

У дітей з дислексією часто спостерігаються порушення усного мовлення. Вони мають різноманітний характер: порушення звуковимови та фонематичного розвитку, бідність словника та неточність вживання слів, порушення граматичного оформлення усного висловлювання, недорозвинення зв'язного мовлення, порушення темпу та ритму мовлення (заїкання, прискорений темп мовлення). У багатьох дітей спостерігається затримка появи мовлення та уповільнений темп його розвитку. В повсякденному житті діти користуються простими фразами, уникають складних синтаксичних конструкцій. За даними О.Корнева, у 22% дітей цієї клінічної групи мають місце ознаки нерізко вираженого загального недорозвинення мовлення (НЗНМ). В 44% випадках виявляються порушення звуковимови, у 22% дітей у мовленні зустрічаються аграматизми у вигляді неправильного узгодження слів у реченні та спотворенні відмінкових закінчень. Бідність словника особливо яскраво проявляється при необхідності визначення просторових, часових та інших абстрактних понять. У багатьох дітей мають місце утруднення у використанні граматичних конструкцій, які позначають просторові відношення.

Численні дослідження свідчать про нечіткість та дифузність фонематичного сприймання та слуховимовної диференціації при дислексії (О.Корнев, Л.Спірова, Matejsek Z., Levinson H.), що, в свою чергу, призводить до значних утруднень у фонематичному аналізі (92% дітей, за даними О.Корнева). Причому найбільші труднощі викликають завдання на фонематичні уявлення (підбір малюнків на заданий звук) та виз-

начення кількості та послідовності звуків у слові. Учні під час виконання аналізу пропускають звуки, особливо голосні, замість звуків виділяють склади. Недостатній рівень розвитку фонематичних процесів обумовлює незасвоєння букв. Легко співвідносяться з буквами звуки, які точно сприймаються та правильно вимовляються дітьми. Якщо дитина погано розрізняє звуки на слух, спотворено вимовляє або замінює їх у вимові, тоді узагальнене уявлення про даний звук має нечіткий характер, а сприймання букв утруднюється.

Важким для дітей з дислексією видається процес звукового синтезу. Поєднати звуки в склади – це перш за все вимовити їх так, як вони звучать в усному мовленні. Якщо у дитини відсутні чіткі уявлення про звуко-буквений склад слова, формування узагальнених звуко-складових образів відбувається з великими труднощами.

Порушення звуковимови, фонематичного сприймання та фонематичних уявлень створюють перешкоди в основному на початковому етапі оволодіння читанням у букварний період. Недостатнє усвідомлення звукової сторони слова перешкоджає повноцінному засвоєнню звуко-буквеної символіки. Якщо ж до цього приєднується недостатність міжаналізаторної інтеграції, неповноцінність довільних форм зорово-моторної координації в зображувальній діяльності, букварний період розтягується у дитини на роки.

Порушення читання можуть бути пов'язаними з недостатнім розвитком лексико-граматичної сторони мовлення. Так, заміна слів при читанні може бути обумовленою не лише їх фонетичною схожістю, неправильною вимовою, порушенням диференціації фонем, а й труднощами встановлення синтаксичних зв'язків у реченні. В цих випадках відсутня спрямованість на морфологічний аналіз слів, увага дітей спрямовується або на злиття букв у слово або на його семантику. Так, під час читання фрази *Дівчинка готує вечерю* дитина з нормальним мовленнєвим розвитком може під час читання здогадатися, яке закінчення буде у слові *вечеря*. В процесі читання дитина починає здогадуватись про зміст та граматичну форму наступних слів вже під час сприймання попереднього слова. Сміслова здогадка в цьому випадку спирається на існуючі в учня уявлення про закономірності мови, на «чуття мови».

Якщо у дитини порушений лексико-граматичний бік мовлення, то наведене вище речення вона може прочитати так: «Дівчинка готує вечеря», тому що 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 великої кількості специфічних помилок (аграматизмів).

Обмежений словниковий запас та недостатньо розвинуті граматичні узагальнення викликають труднощі розуміння прочитаного.

Спеціалісти по-різному оцінюють значення порушень усного мовлення у виникненні дислексій. Так, багато авторів (Б.Хальгрєн, С.Борель-Мезоні, Р.Лєвіна) вважають, що порушення усного мовлення та читання є результатом впливу єдиного етіопатогенетичного фактору, який виступає причиною даних порушень та складає його патологічний механізм. Л.Спірова, А.Ястребова, Р.Лєвіна, Р.Лаласєва вважають дефекти усного мовлення і, зокрема, «фонематичне (фонологічне) недорозвинення» провідною причиною дислексії. Безумовно, тяжке недорозвинення усного мовлення утруднює засвоєння читання. Однак, як показали дослідження, лише у 50–60% таких дітей спостерігаються стійкі труднощі в оволодінні читанням, які перевищують складність усномовленнєвих порушень та зберігаються після компенсації останніх. Якщо ж труднощі в оволодінні читанням пропорційні тяжкості недорозвинення усного мовлення та зникають по мірі 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, але другорядну роль у виникненні порушень читання. Несформованість навичок фонематичного аналізу входить у склад синдрому дислексії, викликана тими ж механізмами, що і порушення читання, і не може розглядатися як його причина. Фонематичний аналіз страждає у дітей значно частіше, ніж читання. Однак далеко не завжди при цьому діти відстають у читанні. І тільки комплекс пору-

шень – дефіцит короткочасної мовнослухової пам'яті та уваги, слабкість вербалізації зорово-просторових уявлень, порушення сукцесивних функцій, низькі зображувально-графічні здібності, слабкість вербально-логічного мислення поруч із недорозвиненням мовних узагальнень (фонематичних, лексичних, граматичних) призводить до дислексії.

12.7. Симптоматика дислексії

Симптоматика дислексії визначається по-різному в залежності від розуміння механізмів цих порушень. Немовленнєві порушення (порушення зорово-просторових уявлень, сукцесивних функцій та ін.), які майже завжди супроводжують дислексію, не є симптомами дислексії, а являють собою її патогенетичні механізми.

Дислексія проявляється в уповільненні процесу оволодіння читанням, а також в уповільненні темпу, швидкості читання за рахунок великої кількості регресій, підвищеної довготи фіксацій. Найбільш типовим проявом дислексії є **стійкі та специфічні помилки читання**. При дислексії спостерігаються такі типи помилок:

1. Заміни та змішування звуків при читанні, частіше фонетично близьких звуків, а також заміни схожих за накресленням букв (механізми даних помилок розглядалися в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» – фонетичні помилки на заміни букв, графічні та оптико-просторові помилки на заміни букв).

2. Побуквене читання – порушення злиття звуків у склади та слова. При по буквеному читанні букви називаються по черзі, «бухштабіруються» (*р, а, м, а*).

3. Спотворення звуко-складової структури слова, яке проявляється в різноманітних помилках: а) пропусках приголосних під час їх збігу, пропусках приголосних та голосних при відсутності збігу, додаванні звуків, пропусках та перестановках складів (механізми цих помилок розглядалися в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» – фонетичні помилки на пропуски та перестановки букв).

4. Порушення розуміння прочитаного, які проявляються на рівні слова, речення, тексту, коли в процесі читання не спостерігається порушення технічної сторони.

5. Аграматизми при читанні. Ця група помилок проявляється на аналітико-синтетичному та синтетичному етапах оволодіння навичкою читання. Відмічаються порушення відмінкових закінчень під час узгодження слів у реченні (види цих помилок розглядалися в розділі «Типи патологічних помилок та їх механізми» – лексико-граматичні помилки).

Симптоматика та протікання дислексії залежить від її виду, ступеня вираженості, а також від етапу оволодіння читанням.

На аналітичному етапі оволодіння читанням (оволодіння звуко-буквеними позначеннями та поскладове читання) порушення частіше проявляються у замінах звуків, порушеннях злиття звуків у складі (побуквеному читанні), спотворенні звуко-складової структури слова, порушенні розуміння прочитаного.

На етапі переходу до синтетичних етапів читання симптоматика дислексії проявляється у спотвореннях структури, замінах слів, аграматизмах, порушеннях розуміння прочитаного речення, тексту.

При синтетичному читанні спостерігаються також заміни слів, аграматизми, порушення розуміння прочитаного тексту.

Динаміка дислексії має регресуючий характер з поступовим зменшенням видів та кількості помилок при читанні, ступеню її вираженості.

Порушення читання можуть негативно впливати на формування особистості дитини, призвести до негативних змін у її характері, зокрема до невпевненості у собі, робкості або, навпаки, агресивності, озлобленості, схильності до негативних реакцій.

12.8. Класифікація дислексій

В основі її лежать різні критерії: прояви, ступінь вираженості порушень читання (Р.Беккер), порушення діяльності аналізаторів, які беруть участь в акті читання (О.Токарева), порушення тих чи тих психічних функцій (М.Хватцев, С.Борель-

Мезоні, Р.Левіна та ін.), урахування операцій процесу читання (Р.Лалаєва).

За проявами виділяють два види: літеральна, яка проявляється у нездатності або труднощах засвоєння букв, та вербальна, яка проявляється в труднощах читання слів. Однак цей поділ є умовним, тому що ці два види можна зустріти одночасно у одних і тих самих дітей.

О.Токарева з урахуванням первинного порушення аналізаторів виділяє акустичні, оптичні та моторні дислексії.

Сучасне уявлення про системну будову вищих коркових функцій вимагає урахування у класифікації не стільки аналізаторних порушень, скільки характеру порушень вищих психічних функцій сенсомоторного та вищого, символічного, мовного рівней. Дослідження, проведені Р.Лалаєвою, дозволили визначити такі види дислексії (на основі порушених механізмів, тобто несформованості операцій процесу читання, а також психічних функцій, які забезпечують процес читання в нормі): оптичну, мнестичну, фонематичну, семантичну, граматичну, тактильну (у сліпих дітей).

Оптична дислексія проявляється в труднощах засвоєння та у змішуванні графічно схожих букв та їх взаємозамінах. Змішуються та замінюються букви, які відрізняються додатковими елементами (Л-Д, З-В) та які складаються з однакових елементів, по різному розташованих у просторі (Т-Г, Б-Р, Н-П-И). Ця форма дислексії пов'язана з нерозчленованістю зорового сприймання форм, з недиференційованістю уявлень про схожі форми, з недорозвиненням оптико-просторових уявлень, а також з порушенням зорового гнозису, зорового аналізу та синтезу.

Спостерігається деяке порушення оптико-просторового гнозису та праксину на немовленнєвому рівні. Так, малювання за зразком та по пам'яті знайомих та простих за формою предметів виконується правильно, а під час перемальовування більш складних предметів відмічаються неточності, ще більше помилок спостерігається при малювання по пам'яті.

В процесі малювання та конструювання фігура спрощується, зменшується кількість елементів, неправильно розташовуються лінії у порівнянні зі зразком.

Виявляються труднощі впізнавання букв, записаних одна над іншою, діти не можуть відрізнити правильну букву від неправильної, погано конструюють знайомі букви, не можуть додати елемент, якого не вистачає, перетворити одну букву в другу (наприклад, з букви Р зробити букву В, з букви Н зробити букву П). Виконання подібних завдань потребує уміння визначати різницю схожих графічних зображень, аналізувати, уявляти зображення чи букву як ціле, яке складається з певних елементів, по-різному розташованих по відношенню один до одного.

Для деяких дітей з оптичною дислексією буква є складним оптичним утворенням, аналіз якого на елементи, що його складають, утруднений. Внаслідок несформованості оптичного аналізу уявлення про графічно схожі букви є неточним та недиференційованим.

Відмічаються утруднення у визначенні просторових відношень, у їх мовленнєвому визначенні. В тяжких випадках порушується схема тіла.

Мнестична дислексія проявляється у труднощах засвоєння усіх букв, у їх недиференційованих замінах. Вона обумовлена порушенням процесів встановлення зв'язків між звуком та буквою та порушенням мовленнєвої пам'яті. Діти не можуть відтворити в певній послідовності ряд із 3–5 звуків або слів, порушують порядок їх відтворення, скорочують кількість елементів ряду, пропускають звуки та слова. Порушення асоціації між зоровим образом букви та слуховимовним образом звука особливо яскраво проявляється на етапі оволодіння звуко-буквеними позначеннями.

Фонематична дислексія пов'язана з недорозвиненням функцій фонематичної системи. В.Орфінська виділила такі **функції фонематичної системи:**

– змісторозрізнявальну функцію (зміна однієї фонемі або однієї змісторозрізнявальної ознаки – твердості-м'якості, дзвінкості-глухості, способу творення, місця творення, участі піднебінної завіси – призводить до зміни семантики слова);

– слуховимовна диференціація фонем (кожна фонема мови відрізняється від будь-якої іншої фонемі акустичними або артикуляційними ознаками);

– фонематичний аналіз, тобто розчленування слова на фонемі, які його складають.

У процесі формування усного мовлення у дітей опора на семантику є однією з основних умов розвитку мовленнєвої функції (тобто змісторозрізнявальною функцією у дітей, які нормально говорять, сформовано).

У дітей можуть порушуватися функції фонематичного сприймання, аналізу та синтезу в силу різних причин.

З урахуванням не сформованості 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 проявляється в труднощах засвоєння букв, а також замінах букв, схожих за акустико-артикуляційними ознаками.

Друга форма – порушення читання, обумовлене недорозвиненням функції фонематичного аналізу. При цій формі спостерігаються такі помилки: побуквене читання; спотворення звуко-складової будови слова, яке проявляється 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 проявляється в порушенні розуміння прочитаних слів, речень, тексту при технічно правильному читанні (слова, речення, текст не спотворюються в процесі читання). Ці порушення можуть спостерігатися при поскладовому читанні. Після прочитування слова по складах діти не в змозі показати відповідний малюнок, відповісти на запитання, пов'язане зі значенням добре знайомого слова. Порушення розуміння речень можуть спостерігатися і при синтетичному читанні.

Порушення розуміння прочитаного обумовлене двома факторами: труднощами звуко-складового 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. Діти з семантичною дислексією утруднюються у виконанні таких завдань: а) злитно вимовити сло-

ва, які пред'явлені у вигляді послідовно вимовлених ізольованих звуків з короткою паузою між ними (м, о, р, е); б) відтворити слова та речення, пред'явлені по складах (Ді-ти чи-та-ють о-по-ві-дан-ня).

Порушення розуміння прочитаних речень обумовлене неформованістю уявлень про синтаксичні зв'язки слів у реченні. При цьому в процесі читання слово сприймається ізольовано, поза зв'язку з іншими словами у реченні.

Аграматична дислексія обумовлена недорозвиненням граматичної будови мовлення, морфологічних та синтаксичних узагальнень. При цій формі дислексії спостерігаються: зміни відмінкових закінчень та числа іменників, неправильне узгодження в роді, числі, відмінках іменника з прикметником; зміна числа займенників, зміна закінчень дієслів 3-ї особи минулого часу, а також форми часу та виду. Аграматична дислексія частіше проявляється у дітей із системними порушеннями мовлення різного генезу на синтетичному етапі формування навички читання.

Тактильна дислексія спостерігається у сліпих дітей. В основі її лежать труднощі диференціації букв азбуки Брайля, які тактильно сприймаються. В процесі читання спостерігається змішування тактильно схожих букв, які складаються з однакової кількості крапок, розташованих дзеркально (е-и, ж-х), розташованих вище чи нижче або які відрізняються однією крапкою (а-б, б-л, л-к).

У сліпих дітей з тактильною дислексією мають місце порушення схеми тіла, часової та просторової організації, домінантності, затримки в розвитку мовлення.

Читаючи слово, сліпа дитина з дислексією сприймає кожен букву ізольовано від іншої. У неї спостерігається не глобальне читання, а аналітичне сприймання букв. Читання часто уповільнюється у зв'язку з пошуками загубленого слова або речення. Прочитане спотворюється інверсіями, пропусками букв. Відмічається преривчастість, скачкоподібність рухів пальців, повертання назад з метою більш точної розшифровки сприйнятого знака (крапок), коливання, неловкості, зайві рухи. Ці особливості є наслідком труднощів у процесі читання.

12.9. Обстеження дітей з порушеннями читання і письма

Метою обстеження дітей з порушеннями читання і письма є виявлення симптоматики, причин та механізмів порушень читання і письма. У процесі психолого-педагогічного та логопедичного обстеження визначається ступінь вираженості, характер, тип порушення, що дає можливість правильно визначити основні напрямки корекційно-логопедичного впливу.

Під час обстеження дітей з порушеннями читання і письма обов'язково враховується стан слуху, зору, нервової системи, пізнавальної діяльності дитини, які визначаються лікарями-спеціалістами.

Обстеження проводиться з урахуванням таких основних принципів, як принцип комплексності, системності, патогенетичний, діяльнісного підходу, особистісний та принцип розвитку.

Зміст обстеження включає такі розділи:

1. Анкетні дані, вивчення медико-педагогічної документації та анамнезу.

Аналіз шкільних зошитів учнів, різних видів їх письмових робіт:

- списування (неускладнене) тексту;
- слуховий текстовий диктант;
- самостійний підпис слів під предметними малюнками, складання речень за сюжетними малюнками;
- творче самостійне письмо (переказ, твір).

Мовний матеріал диктантів повинен відповідати програмовим вимогам та віку дитини. В диктантах мають бути слова, насичені опозиційними звуками, буквами, схожими за оптико-просторовими або графічними ознаками.

На основі аналізу письмових робіт учнів складається таблиця дисграфічних помилок, визначаються найбільш типові помилки. Зважаючи на характер допущених помилок, логопед підбирає комплекс завдань, які спрямовуються на виявлення можливих причин допущених помилок.

2. Обстеження стану мовленнєвого розвитку дитини.

Під час обстеження дитини велика увага звертається на будову органів периферійного відділу артикуляційного апарату,

стан мовленнєвої моторики, звуковимови, словникового запасу, граматичної будови мови та зв'язного мовлення. Обстеження всіх компонентів мовлення проводиться за загальноприйнятою методикою.

3. Дослідження сукцесивних функцій.

3.1. Відтворення ряду складів.

Спочатку пропонується відтворити ряд, що складається з 3–4 складів, що утворені зі звуків, далеких 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.

3.2. Вивчення слухо-моторної координації.

Відтворення звукових ритмів із поступовим ускладненням завдання.

Інструкція: «Послухай, як я постукаю, і після того, як я закінчу, постукай так само. Раз, два, три (3 рази)».

///; // /; /// /; // ///; // ///; /// / і т. д.

Подається серія ударів або коротких хлопків із довгими або короткими інтервалами:

а) Прості ритми:

/; //; ///; // ///; // /.

б) Складні ритми: // ///; /// /; // /// /; // ///; // /// і т. д.

3.3. Відтворення рухового ряду (тест на реципрокту координацію рухів).

Відтворити серію, яка складається з 6 рухів: одна рука – пальці у кулаці, друга – пальці розжаті. Рухи повторювати по черзі.

3.4. Відтворення ряду геометричних фігур, днів тижня, місяця, числового ряду.

4. Дослідження сприймання мовлення на фонетичному рівні.

Застосовують складові таблиці Штерна, Б.Покровського.

Наприклад:

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 НІО БЛА
ТРУ АМО ЗРИ КРИ ВНЕ

5. Дослідження короткочасної мовно-слухової пам'яті.

5.1. Запам'ятовування та відтворення ряду слів (5–7 слів).

Інструкція: «Уважно послухай слова, запам'ятай їх і повтори в такій самій послідовності: квітка, річка, дошка, хмара, стіл, школа.

5.2. 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

5.3. Запам'ятовування та відтворення речення (5–7 слів).

Інструкція: Послухай речення, запам'ятай та повтори:

В гущавині лісу заховалося чудове озерце.

5.4. 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 речення, які 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. Синтаксичних узагальнень, аналізу та синтезу; 7. Морфологічних узагальнень, аналізу та синтезу; 8. Фонематичної диференціації звуків; 9. Звукового аналізу та синтезу (кількісного та послідовного); 10. Складового аналізу та синтезу).

6. Дослідження синтаксичних узагальнень, аналізу та синтезу.

6.1. Складання речень зі слів, які подані в початковій формі:

а) порядок слів у реченні незмінений.

Наприклад: Дівчинка, читати, книжка.

б) Порядок слів у реченні змінений.

На, дощ, іти, вулиця.

Машина, дорога, по, їхати.

Інструкція: «Послухай слова і склади з них речення».

6.2. Синтаксичний аналіз речення. Визначення кількості та послідовності слів у реченні.

Інструкція: «Послухай речення і назви в ньому слова по порядку. Цифрою визнач кількість слів у реченні».

Діти малюють. Дівчинка збирає ягоди. Машина їде по дорозі. Лісова стежина привела хлопців на галявину.

6.3. Складання речень за схемою.

Інструкція: «За поданою схемою склади речення (або) підбери речення відповідно до схеми».

1. \perp — — . 2. \perp — — .

Риба живе у воді. Яскраво світить сонце.

6.4. Поділ суцільного тексту 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.

7.1. 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».

а) (Хлопчик) пішли до лісу.

б) На сосні сиділи (білка).

в) (Дятел) шукали у корі комах.

г) Білочка виглядала з (душло).

д) Під (дерево) дрімав зайчик.

е) Бджоли кружляли над (квітка).

є) Мишка сховалася в (нірка).

7.2. Узгодження іменників із прикметником у роді та числі.

Завдання 1.

Інструкція: «Запиши (назви) ознаку і назву предмета, підбери відповідний іменник до прикметника і навпаки».

а) Червона ... (яблуко, мак, зірочка, черевики).

б) Круглий ... (тарілка, годинник, колесо, апельсини).

в) Радісний ... (настрій, усмішка, обличчя, діти).

г) Лисиця ... (рудий, руда, руде).

д) Хліб .. (свіжий, свіжа, свіжий, свіжі).

е) Море ... (спокійна, спокійне, спокійний, спокійні).

є) 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.

7.3. Диференціація однини й множини дієслів.

Завдання 1.

Інструкція: «Склади речення за малюнком (або) спиши, розкриваючи дужки. Постав слова в дужках у необхідній граматичній формі».

Завдання 2.

Інструкція: «Прочитай речення. Знайди в ньому помилку і виправ її».

Діти грається на вулиці. Яблука лежить на столі. Сашко зліпили снігову бабу.

7.4. 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.

8.1. Відтворення складів з опозиційними звуками.

Інструкція: «Слухай і повторюй за мною».

8.2. Впізнавання звуку серед ряду інших складів, слів.

Гра «Спіймай звук».

Інструкція: «Як почувеш заданий звук, плеснеш 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.

8.3. Повторення слів-паронімів.

Інструкція: Повтори за мною слова:

8.4. Відбір малюнків зі звуками, що близькі за акустико-артикуляційними ознаками.

Інструкція: «Назви малюнки, відбери лише ті, в назвах яких є звук [Ц]: циркуль, коса, заєць, яйце, сорока, змія, вода, сонце».

8.5. Виявлення стану сформованості фонематичних уявлень.

Завдання 1.

Інструкція: «Не називаючи малюнки, розклади їх на дві купки: одна – зі звуком [С], друга – зі звуком [Ш]».

9. Дослідження стану кількісного та послідовного фонематичного аналізу та синтезу.

9.1. 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».

9.2. Визначення місця звуку в слові.

Інструкція 1: «Визнач місце звуку [Р] у словах: ромашка, звір, урок, верблюду, рак, море».

Інструкція 2: «Назви перший звук (запиши тільки першу букву в словах) берег, поріг, зима, сонце, око, вата, фокус, автомобіль».

Інструкція 3: «Назви останній звук у словах (запиши останню букву)».

9.3. Визначення кількості та послідовності звуків.

Інструкція 1: «Назви малюнок, поклади під ним стільки фішок, скільки звуків у слові. Назви звуки по порядку, скільки всього звуків у слові».

Слова: 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 проводиться аналогічно фонематичному аналізу.

Приклади завдань:

1. Назвати (записати) у слові перший, останній, другий склад.

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 звуко-буквених асоціацій та графічних образів букв.

11.1. Співвідношення звуку з буквою.

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.

11.2. Усний опис букв за уявленням, порівняльний аналіз букв:

и-ш, о-а, т-ш, п-т, п-г, в-д, и-у, ш-щ, и-ц, ж-х, б-в, о-с.

12. Дослідження графомоторних навичок.

12.1. Графічні проби.

12.2. Проби на оптико-кінетичну організацію рухів (практис пози).

Інструкція: Доторкнутися великим пальцем правої руки до середнього пальця і т.д. (пальчикова гімнастика).

12.3. 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-просторої орієнтації:

а) виявлення умінь орієнтуватися у власному тілі, розрізняти праву та ліву її частини. Виконання мовленнєвої проби Хеда: доторкнутися правою рукою до лівого вуха, до правого ока і т.д.

- б) виявлення уміння орієнтуватися на аркуші паперу.
- в) виявлення уміння орієнтуватися в навколишньому просторі:
 - визначення просторового розташування предметів по відношенню до себе (назви предмети, які знаходяться ліворуч, праворуч від тебе);
 - виявлення уміння орієнтуватися в схемі тіла людини, яка сидить навпроти (покажи мою ліву руку, праве вухо і т.д.);
 - виявлення розуміння просторових відношень між предметами та прийменникових 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.	Овочи дуже каришні. Їх можна вживати як зирими, так і вареними. Справи зрізним овочів прева їсти щодна.
--	---

15. Стан процесу читання (характер читання складів, слів, речень різної складності), швидкість та спосіб читання (побуквене, поскладове, цілими словами, словосполученнями).

В результаті проведення такого комплексного психолого-педагогічного та логопедичного обстеження логопед та вчитель початкових класів зможе визначити основні напрямки корекційної роботи та здійснювати вплив на ті психічні функції та операції, порушення яких викликає труднощі в оволодінні навичками письма та читання.

12.10. Методика логопедичної роботи з подолання порушень писемного мовлення

Принципи побудови корекційної логопедичної роботи.

Механізми порушень читання та письма загалом є схожими, тому і в методиці корекційно-логопедичної роботи по їх подоланню існує багато спільного. Під час побудови корекційного логопедичного впливу слід враховувати такі важливі принципи:

1) принцип комплексності, який передбачає корекційний вплив на весь комплекс мовленнєвих порушень – усне мовлення, читання та письмо;

2) патогенетичний принцип передбачає урахування механізмів порушення. Порушення письма та читання можуть бути пов'язаними з вадами усного мовлення дитини або спостерігатись у дітей при достатній сформованості лексико-граматичної та фонетичної сторони мовлення. В цих випадках порушення писемного мовлення обумовлені недостатнім засвоєнням основних специфічних операцій процесу читання або письма внаслідок різних причин. Так, заміни на письмі букв, що позначають близькі за акустико-артикуляційними ознаками звуки, можуть бути викликаними порушенням слухо-вимовної диференціації фонем, порушенням слухового контролю, порушеннями фонематичними уявленнями внаслідок неправильної вимови звуків. Корекційна робота має спрямовуватися на відновлення порушених психічних функцій, які забезпечують оволодіння операціями читання та письма;

3) принцип урахування психологічної структури процесів читання та письма та характеру порушення мовленнєвої діяльності. Суть його полягає в тому, щоб у процесі логопедичної роботи не тільки сформулювати ту чи ту мовленнєву дію чи операцію, а й довести їх до автоматизму;

4) принцип максимальної опори на полімодальні аферентації, на різні функціональні системи та аналізатори передбачає застосування різних функціональних систем у формуванні вищих психічних функцій. Так, процес диференціації фонем спочатку здійснюється за участю зорової, кінестетичної та слухової аферентацій. Пізніше провідну роль під час диференціації набуває слухова диференціація. Тому при недорозвиненні диференціації фонем спочатку здійснюється опора 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, при порушенні у дитини фонематичного сприймання, звуковий аналіз формують, спираючись на оральний образ цього звука, кінестетичні відчуття, тобто на збережені кінестетичні та зорові аферентації. При оптичній дисграфії та дислексії диференціацію букв на початкових етапах здійснюють з опорою на руховий аналізатор (кінестетичні відчуття під час відтворення букв) та на тактильне сприймання;

6) принцип поетапного формування розумових дій передбачає поступове переведення дії із зовнішнього плану у внутрішній план. Дослідження у галузі психології (Л.Виготський, О.Леонт'єв, П.Гальперін, Д.Ельконін та ін.) свідчать про те, що формування кожного уміння та навички проходить кілька етапів: виконання дій за допомогою розгорнутих операцій, що проходять у зовнішньому плані, далі – поступове їх згортання і виконання за участю зовнішнього мовлення, а потім – перенесення у внутрішній план і виконання як автоматизованих розумових дій. Враховуючи те, що переважна більшість операцій читання і письма (звуковий та зоровий аналіз і синтез, слуховий та зоровий контроль) являють собою розумові дії, необхідно враховувати такі принципи формування розумових дій:

1) починати формування аналізу та синтезу слід з найбільш простих його видів, поступово, поетапно переходячи до більш складних видів;

2) під час формування звукового аналізу та синтезу необхідно спиратися на збережені аналізатори, на наочність та інші допоміжні засоби, і тільки згодом виконувати дії аналізу за уявленнями.

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 тієї 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 у залежності від мети, особливостей та етапу корекційної роботи. Так, під час формування операцій використовуються прямі та опосередковані прийоми та вправи. Наприклад: під час несформованості звукового аналізу та синтезу використовуються **прямі прийоми**, такі як: підкреслена вимова одного зі звуків у слові за допомогою сили голосу, або протяжної вимови; виділення звука, який найчастіше повторюється з ряду слів, речення, вірша; виділення звука зі слова на основі опису його артикуляції тощо).

При порушенні у дитини певної функції слід використовувати **опосередковані** прийоми. Наприклад, при порушенні вимови звуковий аналіз формують, спираючись на слуховий та зоровий образ звука, гальмуючи неправильні кінестетичні відчуття;

10) принцип урахування симптоматики та ступеню вираженості дисграфії та дислексії;

11) принцип діяльнісного підходу передбачає необхідність корекційного впливу на всі етапи складної мовленнєвої діяльності процесів читання та письма (мотив, програмування, операції читання та письма, етап контролю). Спочатку формуються порушені операції мовленнєвої діяльності, поступово, по мірі автоматизації окремих операцій, формується цілісна структура мовленнєвої діяльності;

12) онтогенетичний принцип передбачає врахування етапів та послідовності формування певних функцій в онтогенезі. Так, у логопедичній роботі, спрямованій на корекцію оптико-просторових помилок, необхідно враховувати послідовність формування зорово-просторових функцій в онтогенезі: 1) розвиток орієнтації у власному тілі, диференціація правої та лівої його частин; 2) орієнтація у навколишньому просторі; 3) визначення просторових співвідношень елементів графічних зображень, букв, цифр.

12.11. Логопедична робота з подолання фонетичних помилок

Зміст логопедичної роботи з подолання фонетичних помилок залежить від типу та механізмів допущених помилок.

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, мовно-слухової пам'яті та слухового контролю), що негативно відбивається на розвитку фонематичного розрізнення і упізнавання звуків за корисними (змісторозрізнювальними) ознаками, а також формуванні фонематичних уявлень.

Логопедична робота по уточненню та закріпленню диференціації звуків проводиться з опорою на різні аналізатори (мовнослуховий, мовноруховий, зоровий та ін.), максимально використовуючи найціліші ланки, які входять до складу психофізіологічної структури читання та письма. Починають роботу по диференціації звуків, які змішуються на письмі та при читанні, з опорою на найбільш збережене зорове сприймання, тактильні та кінестетичні відчуття (при збереженій звуковимові).

При цьому враховується, що удосконалення слуховимовних диференцировок здійснюється більш успішно в тому випадку, якщо воно проводиться у тісному зв'язку з розвитком слухової уваги, мовно-слухової пам'яті, слухового контролю та фонематичного аналізу та синтезу.

Логопедична робота, спрямована на диференціацію звуків, які змішуються, включає **два етапи**: на **першому етапі** у дітей виробляється **уміння розрізняти кожен зі змішуваних звуків окремо**. Робота проводиться у такій послідовності:

1. Уточнення артикуляції та звучання звука з опорою на зорове, слухове, тактильне сприймання та кінестетичні відчуття.
2. Виділення та впізнавання звука на фоні інших звуків, складу, слів.
3. Визначення спільного звука в словах.
4. Формування уміння визначати наявність та місце звука в слові (початок, середина, кінець).
5. Визначення місця звука в слові по відношенню до інших звуків (який звук за рахунком, перед яким звуком чується або після якого звука вимовляється у слові).
6. Придумування слів на даний звук.
7. Виділення слів з даним звуком з речення, тексту.
8. Виконання письмових вправ: вставити пропущену букву в слово; доповнити речення словом із заданим звуком, записати слова з даним звуком під відповідною буквою.

Після відпрацювання кожного зі змішуваних звуків переходять до **другого етапу** – **їх слухової та вимовної диференціації**. Диференціація звуків здійснюється в тій самій послідовності, що і робота по уточненню слухової та вимовної характеристики кожного зі змішуваних звуків. Мовленнєвий матеріал включає слова зі звуками, які змішуються на письмі та при читанні. Кожний зі

звуків у процесі роботи співвідноситься з відповідною схемою та буквою. При корекції дисграфії значне місце займають письмові вправи, які закріплюють диференціацію звуків. До них належать вправи на списування різного за складністю вербального матеріалу, який містить змішувани фонемографіями, зорово-слухові, слухо-зорові, зорові та слухові диктанти, самостійне записування назв картинок, складання речень за картинками, складання оповідання за картинкою тощо.

Подоланню акустико-артикуляторної форми дисграфії передують робота з корекції звуковимови. В процесі формування правильної артикуляції звертається увага на кінестетичні відчуття під час правильної вимови, на оральний образ звуків. На початкових етапах роботи рекомендують виключати промовляння з метою гальмування власної неправильної вимови, яка може призвести до виникнення помилок на заміни букв під час письма. Всі вправи та завдання виконуються на основі слухового та зорового сприймання (1 етап). Пізніше, коли школярі оволодівають умінням користуватися акустичними ознаками фонем разом з іншими (артикуляційними, оптичними), доцільно підключати діяльність мовнорухового аналізатора (2 етап). Коли учні оволодівають умінням користуватися акустичними та артикуляційними ознаками в однаковій мірі, а також правильно оцінювати власне мовлення, доцільно переводити їх у більш природні умови письма шляхом виключення навмисного промовляння під час виконання завдань (3 етап).

Корекційну роботу у випадках порушеної звуковимови слід спрямовувати на формування правильних фонематичних уявлень про звуковий склад слова на базі слухового аналізатора.

Аналіз з опорою на слуховий аналізатор відбувається у процесі сприймання звукового мовлення оточення чи власного голосного промовляння. Цей фактор відіграє провідну роль у процесі слухових диктантів, а також на початкових етапах навчання грамоти, коли учень намагається промовляти вголос слово, яке аналізує. Слід відзначити, що звуковий аналіз на основі сприймання еталонного мовлення оточення є більш точним, ніж аналіз на основі власного промовляння, оскільки в останньому випадку мають місце низка чинників, що можуть негативно вплинути на результат аналізу. Мається на увазі: неправильна

власна вимова, що провокує неправильне визначення звукового складу слова; додаткова опора на кінестетичні відчуття.

Опора на кінестетичні відчуття, що надходять від органів артикуляції, відбувається навіть у тих випадках, коли слово не промовляється (прихована артикуляція). Опора на кінестетичні відчуття досить часто провокує неправильне визначення (заміни, змішування) звуків, близьких за артикуляційними ознаками: дзвінких – глухих, твердих – м'яких, схожих за місцем чи способом творення тощо.

Звуковий аналіз на внутрішні фонемні образи слів (за уявленням) є найбільш точним, оскільки відбувається на основі константних фонемних образів слів. Однак це можливе лише за умови сформованості в учня правильних **фонематичних уявлень**, що відповідають мовним нормам. Слід відзначити, що при сформованості чітких, стійких фонематичних уявлень правильний звуковий аналіз стає можливим навіть у дітей з дефектною звуковимовою. Це особливо важливо враховувати, коли з об'єктивних причин процес корекції звуковимовної сторони мовлення не завершився до початку шкільного навчання. Маються на увазі діти з дизартрією, ринолалією, моторною алалією тощо.

Повноцінний звуковий аналіз стає можливим лише за умов сформованості слухового контролю на фонологічному рівні. Передусім це пов'язано з тим, що слуховий контроль забезпечує формування фонематичних уявлень (адекватних мовним нормам), з другого ж боку, контроль зумовлює виявлення будь-яких допущених помилок і їх виправлення самою ж дитиною без допомоги дорослого.

При формуванні функції *слухового контролю* слід враховувати той факт, що школярі найбільш вдало здійснюють контроль за мовленням педагога, ніж за власним, тому, у першу чергу, слід пропонувати їм завдання, при виконанні яких удосконалюється вміння контролювати та оцінювати чужу правильну і помилкову вимову, яка відрізняється від власної та аналогічна їй, а потім завдання, що вимагають оцінювання результатів власної вимови (методика Є.Данілавічюте). Формування функції слухового контролю також доцільно проводити на основі активного притягнення інших його видів (оптичного, кінестетично-

го та ін.). На початкових етапах формування слухового контролю доцільно використовувати такі вправи:

Вправа 1. Мета: розвиток слухового сприймання, уваги та контролю.

Дидактичний матеріал: малюнки з 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). Це суба. (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 при виконанні різних видів письмових робіт, у тому числі і на основі власних уявлень, коли слуховий контроль є згорнутим і функціонує у внутрішньому плані, виникає потреба його **формування як розумової дії**. В учнів необхідно сформувати вміння виявляти помилки, приймати рішення щодо корекції та обґрунтовувати їх. Тому на більш пізніх етапах для розвинення слухового контролю учням можна пропонувати завдання, які вимагають вже лише власної вимови (без опори на сприйняття мовлення педагога). Школярам необхідно надати можливість оцінювати правильність власного вибору при вимовлянні слів, словосполучень, речень та під час їх запису. Для цього слід продовжити використання індивідуальних карток, на яких фіксується **послідовність здійснення операції контролю (алгоритм)**: попереднє вимовляння слова, оцінювання вимови, записування даного слова у зошит з використанням гучного промовляння. На останньому етапі слуховий контроль здійснюється на рівні уявлень (у внутрішньому мовленні). Лише у випадку необхідності під час виконання письмових завдань учні можуть промовляти слова, які містять корелюючі звуки і оцінюва-

ти власне промовляння за акустичним ефектом, як і на попередньому етапі.

Достатній рівень сформованості мовно-слухової пам'яті є важливою умовою для правильного визначення та відтворення звукового образу слова. Особливо це стосується слів, складних за будовою та багатоскладових.

При формуванні операцій *слухової уваги та слухової пам'яті* є важливим використання завдань, де основна задача полягає у довільному запам'ятовуванні і відтворенні різної кількості (починаючи з трьох, закінчуючи сьома) вербального матеріалу – звуків, складів, слів тощо. Наведемо приклади вправ (методика розроблена Є. Данілавичюте).

1) Педагог у певній послідовності називає звуки, учні прослуховують ряд та відтворюють його за допомогою схем (з позначенням акустичних та артикуляційних ознак звуків);

2) Педагог у певній послідовності називає склади зі звуками, які за допомогою схем школярі повинні відтворити (наприклад, після прослуховування складів ДА, МА, ПА учні повинні викласти схеми, що відповідають звукам Д, М, П тощо);

3) Педагог називає слова, перед учнями розкладені відповідні картини зображенням униз. Школярі повинні розкласти картини у певній послідовності, після чого можна ще раз вимовити їх назви і запропонувати школярам підібрати схеми до певного звука у кожному слові (наприклад, до першого).

Якщо учні добре впорались із завданням, матеріал ускладнюється. Разом із запам'ятовуванням звуків, складів, слів та підбором до них відповідних схем школярам необхідно виконати і розумове завдання. Наприклад:

1) Педагог у певній послідовності називає звуки, учні повинні відтворити заданий ряд, проте перед ними знаходиться більша кількість схем, ніж число звуків, що прозвучали. Школярі повинні відібрати схеми, які відповідають названим звукам, і розмістити їх у потрібній послідовності;

2) Педагог називає ряд слів, проте учні повинні запам'ятати лише слова із заданим звуком, а потім відтворити їх за допомогою відповідних картинок;

3) Педагог називає ряд слів, учні повинні запам'ятати, а потім відтворити за допомогою картинок лише ті слова, у яких відсутній заданий педагогом звук.

Після виконання завдань на рівні усного мовлення можна використовувати записування графем, котрі входять до відповідних схем, а потім і записування слів повністю.

Коли учні оволодівають умінням користуватися акустичними ознаками фонем на рівні з артикуляторними, можна поступово підключати діяльність мовнорухового аналізатора, як такої ж опори, як і інші. Школярі одержують можливість супроводжувати виконання завдань власним промовлянням. Тоді виникає необхідність у одночасному оперуванні різними типами інформації (артикуляторною, акустичною, оптичною, кінетичною). На цьому етапі важливим є не те, наскільки правильно школярі вимовляють, а важлива точність оцінювання власної вимови і письмового відтворення, що свідчить про рівень сформованості фонемографічних уявлень і розвиток уміння користуватись ними у ситуації письма.

На цьому етапі можна пропонувати запам'ятовування та відтворення рядів, що складаються з чотирьох–п'яти, потім шести вербальних одиниць. Послідовність корекційної роботи залишається попередньою. Проте при виконанні завдань школярам необхідно пропонувати відтворення ряду за допомогою вимови. Власна вимова має супроводжуватися вибором відповідної схеми, на основі чого стає можливим правильне оцінювання рішень, які приймає учень. Розвинення мовно-слухової 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 супроводжуватись гучним промовлянням. Як перевірку можна запропонувати учням гучне прочитування письмово відтвореного матеріалу.

На останньому етапі відтворення рядів повинно проходити у відповідності з необхідними вимогами: у формі письма з вик-

люченням промовляння, а потім без спеціальних установок згідно діяльності мовнорухового аналізатора.

Успішне письмове відтворення фонемографем, які змішувались, у ході складання оповідання за картинкою при виключенні промовляння може свідчити про успішне здійснення операцій та функцій у внутрішньому плані. Це означає, що сформовані всі необхідні передумови для безпомилкового відтворення раніше змішуваних фонемографем та відхилення, оскільки уявлення про них відповідають еталону.

Метою логопедичної роботи по подоланню помилок на пропуски, перестановки та дописування букв у слові є **формування у учнів фонематичного аналізу та синтезу.**

Звуковий аналіз є найбільш складною формою мовного аналізу, однак саме його сформованість є однією з головних умов оволодіння дитиною читанням та письмом на основі аналітико-синтетичного звукобуквенного методу, а також для засвоєння фонетичного та морфологічного принципів правопису, провідних в українській мові. Однак якщо для нормально розвинутої 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 цілою низкою труднощів. Д.Ельконін підкреслював, що «не вмючи виділити звуки зі слова, назвати їх послідовність, учні не зможуть у процесі письма підібрати та правильно застосувати для них відповідні букви. Без цього неможливе не тільки оволодіння грамотою, а й усією мовою – граматикою та орфографією. Без формування навичок звукового аналізу, без розвитку у дітей фонематичного сприймання навчати грамоти важко».

Терміном «фонематичний аналіз» визначають 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 звука зі слова та визначення його місця (початок, середина, кінець). Найбільш складним є визначення послідовності звуків у слові, їх кількості та місця по відношенню до інших звуків.

Корекційну роботу слід спрямовувати на поетапне формування дії звукового аналізу слова у відповідності до закономірнос-

тей формування розумової дії та врахуванням складності того чи того виду аналізу, який визначив П.Гальперін. У своїх дослідженнях він встановив, що повноцінна розумова дія може бути сформованою тільки тоді, коли її засвоєння проходить послідовно через декілька етапів:

1 етап – усвідомлення завдання: за допомогою підкресленої вимови окремих звуків у слові дітям дають можливість «проникнути» в звукову структуру слова, «доторкнутись» до неї.

2 етап – засвоєння дії з предметами: звукову структуру слова подають у вигляді матеріальних одиниць – фішок, схем. Фішки, графічні схеми – прийоми матеріалізації звукового аналізу.

3 етап – засвоєння дії в плані голосного мовлення: дитина послідовно проговорює звуки, не моделюючи схему слова.

4 етап – перенесення дії в розумовий план і кінцеве становлення дії: знімається проговорювання, дитина виконує операцію звукового аналізу в розумовому плані, за уявленням.

Дослідники стверджують, що першим видом мовного аналізу, що виникає у процесі онтогенезу, є аналіз морфологічний. Це пояснюється кількома факторами:

1) морфема є мінімальним носієм семантики, а тому орієнтація на її значення полегшує її визначення зі складу слова;

2) межі морфем досить часто співпадають з межами складів, у цьому випадку ритмічна структура слова допомагає виділенню морфеми;

3) деякі морфеми (суфікси, закінчення) часто знаходяться в кінці слова під наголосом, що сприяє приверненню до них уваги і, як наслідок, полегшує їх виділення.

4) висока частотність, з якою слова з однотипним морфологічним оформленням (зокрема словоформи) зустрічаються в мовленні.

У зв'язку із зазначеним вище морфологічний аналіз на мимовільному неусвідомленому рівні є сформованим у більшості 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 нерізько 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 морфемі (ліс, лісовий, лісок, полісся тощо).

Одночасно з формуванням морфологічного аналізу слів у дітей поширюється 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, найбільш простішим є аналіз заданого звука з ряду звуків, що вимовляються ізольовано. При цьому Р.Лалаєва відзначає, 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 ж про певні порушення слухового сприймання, або ж про недоліки слухової уваги, слухової пам'яті.

Значно складнішим видом звукового аналізу є аналіз звуків на фоні слова. За своєю суттю 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, тим самим фонетичні умови звуків у слові відрізняються від фонетичних умов ізольованих звуків. Таким чином, у межах слова одні звуки можуть знаходитись у більш вигідних 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 факторів, які наведені у таблиці 12.1.

Таблиця 12.1.

Фонетичні позиції звуків у словах

Сильна позиція	Слабка позиція
Наголошений голосний (наприклад: верби, сосни, берег, море)	Ненаголошений голосний (наприклад: верба, сосна, береги, моря)
Голосний на початку слова (складу) (наприклад: апельсин, індик, орел)	Голосний у кінці слова (відкритого складу) (наприклад: слово, ворона, море)
Щільний на початку слова (наприклад: син, шуба, зуби, жук)	Глухий приголосний перед дзвінким приголосним у середині слова (наприклад: боротьба)
Зімкнені в кінці слова (наприклад: мак, кіт, суп)	Дзвінкий приголосний перед глухим приголосним у середині слова (наприклад: легкий)

Крім зазначеного слід зауважити, що доступнішими для аналізу є дзвінки та сонорні звуки, тверді виділяються простіше, ніж м'які. Через це під час розроблення методики з розвитку звукового аналізу потрібно враховувати поступове ускладнення умов аналізу – від найбільш сприятливих до найскладніших.

Аналіз звуків зі складу слова. Якщо аналіз звука на фоні слова передбачає фіксацію учнем лише наявності чи відсутності звука в слові, то аналіз звука зі складу слова вимагає 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 знаходитись у всіх словах в однаковій позиції. Фонетичні умови звуків, що виділяються дітьми, поступово змінюються відповідно до умов, поданих у таблиці.

При цьому на початкових етапах спільний звук має акцентуватися голосом педагога, що сприяє спрямуванню на нього уваги і, як наслідок, полегшує аналіз.

Аналіз звука 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 таблиці.

Досить складним є виділення звука з позиції кінця слова, що пояснюється більшим навантаженням на оперативну пам'ять (дитина повинна утримувати в ній усі почуті звуки в слові) та тими фонетичними впливами, які чинять на останній у слові звук попередні звуки.

Близьким за складністю видом аналізу є визначення позиції заданого звука в слові, однак, перед тим, як запропонувати його дітям, необхідно актуалізувати у них знання про схему слова: «початок слова», «кінець слова», «середина слова». При цьому для аналізу на цьому етапі не слід давати голосні звуки в середині слова та відкритого складу, оскільки їх аналіз є найскладнішим і вимагає спеціальної підготовки.

Цю роботу здійснюють у кілька етапів.

1-й етап. Формування (актуалізація) складового аналізу слова. Вона передбачає розвиток уміння ділити слова на склади, визначати кількість та послідовність складів у слові. Оскільки склад є більш природним елементом мовлення, ніж звук (ОЛеонт'єв), межі якого визначаються загальною ритмічною структурою слова і мовлення взагалі, то оволодіння ним не викликає у дітей особливих труднощів. Роботу з розвитку складового аналізу та синтезу необхідно починати з використання допоміжних прийомів, потім вона проводиться з опорою на промовляння і, нарешті, на основі слуховимовних уявлень, у внутрішньому плані.

Під час формування складового аналізу з опорою на допоміжні засоби пропонується, наприклад, відплескати або відстукати слово по складах та назвати їх кількість. У процесі розвитку складового аналізу в мовленнєвому плані робиться акцент на уміння виділяти голосні звуки в слові, засвоїти ос-

новне правило поділу слова на склади: у слові стільки складів, скільки голосних звуків.

Однак слід враховувати такі труднощі, що можуть при цьому виникнути. Досить складним для дітей є визначення складової будови слова при збігові приголосних, виділення голосних.

2 етап. Визначення звукової структури кожного виділеного складу. Оскільки попередніми етапами відпрацьовувалось уміння виділяти перший і останній звук у словах, то ця операція є доступною для дітей. Певних зусиль вимагає лише виділення голосного звука у відкритому складі, для цього використовуються спеціальні прийоми: протяжна вимова останнього голосного у складі; вібрована вимова голосного у відкритому складі; роздільна вимова приголосного і голосного тощо. Опора на голосні звуки під час поділу на склади дозволяє усунути та попередити помилки 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 звука 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 позначається кружечком і стоїть на початку, в середині 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, шляхом перерахування послідовно всіх звуків у слові.

Складова будова слів поступово ускладнюється. Спершу відпрацьовуються звуковий аналіз слів зі схожою складовою будовою, потім поступово з різною:

1. Односкладові слова:

- без збігу приголосних на кшталт сон, мир, ліс тощо;
- 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, стакан);
- 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 вимагає суміщення 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 із 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 опису 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 важливим є не лише сформованість різних видів аналізу, але й уміння оперувати звуковою структурою слова на довільному 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 з опорою 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 протяжного 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.

Деяко складнішим є формування синтезу складу зі збігом приголосних. Для цього застосовують таку поетапність у роботі, а саме синтез:

– односкладового слова з останнім приголосним (на кшталт сад, мак) з додаванням останнього приголосного до відкритого складу;

– складу на кшталт – 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 на кінці (на кшталт *брат*).

До *прийомів звукового синтезу* належать такі: утворення складу з двох звуків; утворення складів приголосного ... зі всіма голосними; утворення за аналогією сполучення звука... з різними приголосними (*ар, ал, ан* і т.д.); утворення сполучення звуків аналогічно заданому, тільки з іншими звуками (*оро, оло, оно, око* і т.д.); підбір парних складів з м'яким приголосним (ни – ні, ми – мі).

Під час утворення слів використовуються такі прийоми:

1. До звука (склада) додати звук (склад) і назвати слово, яке утворилось (на початку слова (*к*)лас, в кінці слова – со(*м*)).

2. Додати до слова такий звук, щоб утворилось нове слово (*син – сини*).

3. Утворити слово з окремих звуків, складів.

4. До даного складу додати інший склад, щоб утворилось нове слово (*рі(чка), рі(пка), гри(би)*).

У дітей зі стійкими порушеннями сукцесивного синтезу варто застосовувати метод глобального читання, що передбачає запам'ятовування звучання цілого складу (слова) та співвідношення його з відповідними буквами.

Розглянемо методику формування операції звуко-складового аналізу та синтезу, розроблену на основі досліджень В.Орфінської, Є.Соботович, Р.Лалаєвої, М.Савченко та інших дослідників-дефектологів.

Формування аналізу ізольованих звуків

На цьому етапі формується звуковий гнозис (впізнавання звуків), слухова увага, аналіз заданого звука з ряду ізольованих звуків.

Вправа 1. Аналіз заданого голосного звука з 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. Аналіз заданого голосного звука з ряду голосних.

Педагог пропонує дітям уважно прослухати ряд звуків і плеснути в долоні (підняти сигнальну картку), якщо вони почують заданий звук.

(У) А, І, И, У, Е, У, І, А тощо

Вправа 3. Аналіз заданого приголосного звука з 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.

(Р) 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. Аналіз заданого приголосного звука з ряду приголосних, у тому числі й близьких за акустико-артикуляційними ознаками.

(Ш) П, Ж, Ш, С, Ч, Ш, Щ, 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, Агрис, зуби; (О) дуб, Оля, стіл, жабка тощо

б) виділення голосного на початку слова в ненаголошеній позиції:

(А) жук, Автобус, вухо, чоботи; (О) буряк, шилО, Океан, друг тощо;

е) виділення приголосного на початку слова:

– щілинного: (С) вода, Собака, липа, кріт; (ж) нога, Жаба, вода, мило.

– інших приголосних: (Б) чашка, лоша, Барабан, ромашка; (к) гора, долина, Калина, дощ тощо.

Г) виділення приголосного в кінці слова:

– зімкненого: (Т) кора, рука, салют, Зоя; (П) 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 звука у словах.

Педагог пропонує дітям прослухати ряд слів і виділити в них спільний звук:

а) виділення наголошеного голосного на початку слова:

Оля, Озеро, Олень, Острів (О); Ангел, Агрus, Айстра, Арка (А)

б) виділення ненаголошеного голосного на початку слова:

Ура, Україна, Узвар, Учитель (У); Електричка, Енергія, Екран, Ескаватор (Е);

в) виділення приголосного на початку слова:

– щільного: Собака, Сир, Сукня, Самокат, Суп (С); Зуби, Зоя, Зебра, Зерно (З);

– інших звуків: (Б) Барабан, Банан, Бублик, Бутон; (К) Коні, Коза, Каравай, Крісло;

г) виділення приголосних звуків на кінці слова:

– фрикативних: (К) молоток, сік, будинок, вінок; (Т) кіт, кіт, сорт, політ;

– інших приголосних: (Н) син, ти, стан; (С) ніс, пояс, риб, ліс, виріс.

Вправа 2. Виділення першого звука в слові

Педагог пропонує дітям виділити перший звук у словах:

а) наголошений голосний: Автор, Оля, Учень, Ехо тощо;

б) ненаголошений голосний: Автобус, Указка, Екран, Ікра;

в) щільний приголосний: Суп, Журба, Шило, Зуби;

г) інші приголосні: Дудка, Лодка, Вода, Банан;

Вправа 3. Аналіз останнього звука 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. Назвати перший склад, другий склад, останній склад тощо.

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 просить дитину прослухати склад і визначити в ньому перший і останній звуки.

а) склад, що включає лише голосні: *АУ, УА, АО, ОА* тощо;

в) закритий склад: *ОС, АС, ІС, ІС, ЕС; ІР, ОЛ, ОД, АГ, ЕЛ;*

б) відкритий склад: *ПО, МО, ЛО, РО, ГО; ПА, МО, НУ, РЕ, ЖИ;*

в) 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) Педагог пропонує дітям по черзі проаналізувати звуковий склад кожного складу.

3) Педагог пропонує дитині послідовно назвати всі звуки у слові. *САД, РУКА, МОЛОКО, МОЛОТОК, МОРОЗИВО, КОМБАЙ-НЕР.*

Вправа 2. Педагог пропонує дітям визначити послідовність звуків у слові без попереднього складового аналізу.

МИР, МАША, 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* тощо.

2. Відібрати малюнки, в назвах яких 4, 5 або 6 звуків.

3. Назвати цифру, яка відповідає кількості звуків у назві малюнку.

4. Розкласти малюнки в 2 колонки в залежності від кількості звуків у слові.

Формування довільного оперування звуковим складом слова.

Вправа 1. Визначення різниці у звуковому складі слів-паронімів. Дидактичний матеріал: картинки з зображенням слів-паронімів.

Педагог пропонує дітям прослухати пару слів-паронімів та визначити різницю в їх звуковому оформленні.

Чим відрізняються за звучанням ці слова:

коза – коса, дрова – трава, лис – ліс, мишка – миска, кит – кіт; Влрава 2. Трансформація звуко-складової будови слова.

Дидактичний матеріал: картинки з зображенням слів-паронімів.

Педагог пропонує дітям змінити звуковий склад запропонованого слова так, щоб вийшло нове слово.

1) Що треба змінити в слові *МАК*, щоб вийшло слово *РАК*? (*сир – син – сон – сом – сум – суп – суд – сук – сік – сім – сам – сад – над – лад – лід – дід*).

2) Як треба змінити слово *РУКА*, щоб вийшло 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 вийшло слово *БАН-КА* (*пила, 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 в середині слова.

4) Придумати слова, в яких звук Р є першим, а звук А є останнім (РУКА, РИБА тощо).

5) Придумати слова, що складаються з 1 (2, 3, 4, 5) складів.

6) Придумати слова, що складаються з 3 (4, 5, 6) звуків.

7) Придумати слова з заданих звуків: С, В, О, А, К, С, В, А, П, У, С.

8) Придумати слова, що складаються з заданих складів:

РО, СО, КА; КО, ВА, РО; ЛО, ЧО, ВІК.

Вправа 4. Гра «Ланцюжок».

а) придумати слово, що починається з останнього звука попереднього слова. Наприклад: Сова – автобус – сир – рис – суп тощо.

б) Придумати слова, що починаються з останнього складу попереднього слова (бажано, щоб придумані слова закінчувались на відкриті склади). Наприклад: Молоко – корова – Ваня – нявчати – тигр тощо.

З метою закріплення навичок звукового аналізу в писемному мовленні широко застосовуються різні вправи:

1. Вставити в слова пропущені букви: кі.ка, сон.е, м.ша тощо.

2. Придумати та записати слова, в яких заданий звук стоїть перший, другий, третій, останній (син, осел, весна, ліс).

3. Вибрати з речення слова з певною кількістю звуків, складів, записати їх.

4. Додати до складу різну кількість звуків, щоб вийшло нове слово: со-(сом); со-(сова); со-(сокіл); со-(сокира); со-(солдати).

5. Придумати та записати під відповідною буквою слова, поступово ускладнюючи їхню звуко-складову структуру.

Ш	Ж	Ч	Щ
шум	жук	час	щит
шуба	жаба	чути	щиро
шофер	жираф	човен	щастя
шуміти	жувати	чистий	щавель

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 графічній схемі.

9. Придумати та записати слова за заданим ритмічним малюнком:

та – ліс, сир, рак, кіт, ...
таА-та – осінь, листя, кішка, літо, ...
та-таА – коза, вода, лимон, Буквар, ...
таА-та-та – азбука, дівчинка, вулиця, ...
та-таА-та – корова, подушка, малина, ...
та-та-таА – бегемот, телефон, пироги, ...

Пропонуються завдання навпаки: зобразити ритмічним малюнком задане слово за допомогою плескання у долоні.

Отже, формування навичок звукового аналізу та синтезу є найважливішим та складним завданням. Тому звуко-складовий аналіз і синтез доцільно розпочинати ще в дошкільному віці з метою запобігання труднощам в опануванні його під час шкільного навчання.

Формування ж операції звуко-складового аналізу та синтезу повинно будуватися з урахуванням таких умов:

– дотримання послідовності та закономірностей формування звуко-складового аналізу та синтезу в нормальному онтогенезі;

– врахування виявлених порушень засвоєння його у дітей із вадами мовлення;

– забезпечення умов пред'явлення мовного матеріалу (спираючись на слуховий аналізатор, промовляння, за уявленнями).

У навчанні дітей через стійкі порушення суцесивного 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.

12.12. Логопедична робота з подолання та попередження оптико-просторових та графічних помилок

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 буквенного 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 букви, що лежить в основі успішного опанування графічними навичками письма, значною мірою залежить від застосування правильної системи вправ, у результаті виконання яких в учнів розвивається вміння співвідносити звук

із буквою, букву з графемою, здійснювати точні і плавні рухи під час акту письма, аналізувати та диференціювати графічно подібні фігури та букви, порівнювати виконану роботу зі зразком. Поруч з цим у дітей необхідно розвинути вміння контролювати себе в процесі виконання вправ, що сприятиме покращенню якості виконання роботи.

З метою розвитку у дітей здібності до засвоєння оптичного та зорово-просторового образу букви, який забезпечує впізнання букви та співвіднесення її з відповідною фонемою, аналіз елементів букви, їх орієнтацію в просторі, а також диференціацію оптично подібних букв, слід підібрати спеціальні завдання з розвитку зорового сприймання, зорового аналізу і синтезу, просторових уявлень.

Вправи з розвитку **зорового та буквенного гнозису, зорового аналізу та синтезу** спрямовані на уточнення уявлень дітей про сенсорні еталони (колір, форму, величину предметів), формування у них усвідомленості зорового сприймання внаслідок виділення суттєвих ознак об'єкта (предмета, геометричної фігури, букви) для створення його цілісного образу та впізнання запропонованого зображення на основі співставлення виділених персональних ознак об'єкта зі слідами пам'яті. Передбачено також оволодіння дітьми навичками усвідомленого зорового аналізу фігур та букв, умінням знаходити відмінні та подібні їх елементи, актуалізувати в пам'яті засвоєні зорові образи букв та співвідносити їх з відповідними фонемами за уявленням.

Завдання на розвиток зорово-просторових уявлень мають такі складові:

1. Розвиток орієнтації у власному тілі, диференціація правих і лівих його частин.

2. Розвиток орієнтації у навколишньому просторі.

Вправи на розвиток орієнтації дитини у схемі власного тіла здійснюють корекційно-розвивальний вплив на недосконалу організацію міжпівкульної взаємодії та сприяють виділенню в них домінантної ролі одної з півкуль. 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 розташуван-

ня предметів стосовно дитини, формуванні розуміння нею просторових співвідношень між предметами, а також опрацюванні на цій основі прийменникових конструкцій на позначення просторових відношень, 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 букви в рядку, забезпечують письмо у заданому напрямку (зліва направо). Визначення відмінностей подібних фігур та букв, які відрізняються лише просторовим розташуванням елементів, сприяє розрізненню букв за просторовими деталями. Визначення різниці між дзеркально розташованими фігурами та буквами сприяє правильному розташуванню букви в дзеркальному просторі.

Спеціальні **вправи на розвиток зорової пам'яті** мають бути спрямовані на формування довільного зорового запам'ятовування та збільшення його обсягу шляхом поступового збільшення кількості пропонованих об'єктів. Запам'ятовування одночасно і послідовно пред'явлених об'єктів забезпечує розвиток симультанно-сукцесивних аналізу і синтезу.

Вправи на розвиток довільної зорової уваги передбачають формування таких її якостей, як стійкість, концентрація, розподіл, переключення. З цією метою використовуються завдання на знаходження відмінностей між подібними малюнками, знаходження серед подібних малюнків двох однакових.

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 пропонується прослідкувати 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 розвиткові послідовного руху очей зліва направо, що покращує зорове сприймання дітьми складних зображень. Для розвитку

здібності довільно переключати увагу пропонується читання ряду букв, які чергуються з цифрами, та почергове відшукування букв і цифр (лише знайомих дітям) в адаптованих таблицях Шульте.

Низка спеціальних вправ готує дітей до формування дії зорового контролю за власною діяльністю та співставлення 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, в результаті чого удосконалюється механізм довільної регуляції рухів руки, що дозволяє дитині краще оволодіти навичками письма. Тому застосовуються вправи на розвиток кінестетичної та динамічної організації довільних рухів пальців і кистей рук.**

Для розвитку кінестетичної організації дрібних рухів використовуються вправи на відтворення різноманітних статичних поз кистей і пальців рук. Спочатку дітей навчають нескладних статичних поз із їх поступовим ускладненням. Особливої уваги серед цих вправ заслуговує так звана «пальчикова абетка». Її виконання сприяє закріпленню в пам'яті графічного образу букви, а також розвитку просторових уявлень, зорового аналізу і синтезу, конструктивного праксису.

Потім у роботу вводяться 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 переплетіння використовуються із метою психорегуляції, оскільки процес малювання позитивно впливає на емоційний стан та психіку дитини. Такий вплив дуже корисний для дітей з мовленнєвими порушеннями, адже більшість з них потребує регулювання психічних процесів гальмування і збудження. Бага-

торазове повільне малювання «розкручування» спіралі з центру сприяє розгальмуванню замкнених дітей, а малювання «скручування» спіралі до центру розвиває здатність до концентрації, зосередженості розгальмованих дітей. При цьому малюнки повинні бути великими і малюватися в повільному темпі.

Вправи на креслення ліній спочатку виконуються на нерозлінованому аркуші паперу, щоб не ставити дітей у залежність від поля обмеженості. Поступово ці лінії вводяться в обмежений простір (наприклад, штрихування фігур), що забезпечує попередню підготовку дітей до опанування сітки зошита.

На кожному логопедичному занятті розвитку дрібної моторики логопедами-методистами (В.Галкіна, Н.Хомутова) рекомендовано присвячувати до 10 хвилин. Вона повинна включати не більше 2–3 видів завдань, які тривають від 2 до 4 хвилин кожне.

Доцільно також використати елементи запропонованої В.Галкіною, Н.Хомутовою програми з розвитку дрібних рухів кистей та пальців рук, в якій, поруч із загально поширеними в логопедичній практиці методами і прийомами роботи, запропоновано ігрові комплекси *самомасажу*, вправи з гумовими м'ячами невеликого розміру (діаметром 5 см.).

Масаж є одним із видів пасивної гімнастики. Він здійснює загальнозміцнюючу дію на м'язову систему, підвищує тонус, еластичність і скорочувальну здібність м'язів, а також покращує рухливість зв'язкового апарату. Працездатність стомленого м'яза під впливом масажу відновлюється швидше, ніж при повному спокої. Під впливом масажу посилюються рефлекторні зв'язки кори головного мозку із м'язами і судинами. При систематичному проведенні масажу в рецепторах шкіри і м'язах виникають імпульси, які здійснюють тонізуючий вплив на центральну нервову систему, в результаті чого підвищується її регулююча роль стосовно роботи всіх систем і органів.

Враховуючи позитивний вплив масажу на організм дитини в цілому та на покращення дрібної моторики пальців рук, необхідно запроваджувати комплекс вправ самомасажу кистей і пальців рук. Самомасаж проводиться у вигляді невеликих комплексів, які включають 5–6 вправ. Він розпочинається і завершується розслабленням кистей рук, погладженням.

Важливою умовою для засвоєння дітьми графічних навичок письма є навичка контролю за власною діяльністю, що забезпечує ефективну перевірку виконаної роботи, попередження та своєчасне виявлення допущених помилок.

Формування самоконтролю – тривалий процес, який передбачає застосування спеціальних прийомів та вимог. Тому необхідно приділяти спеціальну увагу формуванню еталону контролю (зразка) у дітей з вадами мовлення, порівнянню виконуваних дій та їх результатів із зразком, контрольної дії (пошук помилки), виділенням і виправленням помилки. Відповідно до структури контролю, дітям пропонується виконання таких перевірочних дій:

1. Докладний аналіз зразка перед виконанням вправи.
2. Коментування дітьми вголос своїх дій під час виконання роботи.
3. Аналіз результату власної роботи та зіставлення її зі зразком.
4. Виправлення знайдених помилок.

Послідовність роботи з формування самоконтролю повинна здійснюватися за загальним порядком поетапного формування розумових дій (за П.Гальперінім). Спочатку дії пояснюються дитині, вона спостерігає за способом виконання перевірки логопедом. Потім сама виконує дії:

- а) з опорою на коментування послідовності дій логопедом та промовляння вголос дії контролю;
- б) з промовлянням вголос дії контролю;
- в) з поступовим скороченням зовнішнього мовлення та переведенням його в шепітне мовлення, а далі в мовчазне мовлення;
- г) виконання дії контролю мовчки, тобто в розумовому плані.

Діти, які самостійно знаходять помилки, отримують різні заохочення, які стимулюють їх діяльність. Таким чином, постійність виконання контрольних дій формує в свідомості дітей послідовну схему діяльності з перевірки виконаної роботи.

На початковому етапі шкільного навчання діти відчують труднощі у сприйманні цілісного графічного образу букви. З метою попередження можливих утруднень паралельно з роботою по формуванню передумов до оволодіння графічними навичками письма потрібно проводити роботу над ознайомленням дітей з друкованими буквами.

Правильна організація процесу засвоєння графічної форми друкованих букв матиме позитивний вплив на опанування графічними та зорово-просторовими образами рукописних букв. Через це, щоб забезпечити цілеспрямованість процесу первинного сприймання букви та її складу, зробити його усвідомленим, пропонується спеціальний *алгоритм ознайомлення з буквою*. Алгоритм включає таку послідовність дій:

1. Показ логопедом нової друкованої букви на картці і називання звука, який вона позначає.
2. Застосування мнемонічного прийому для полегшення запам'ятовування букви.
3. Спільне з дітьми здійснення аналізу букви за елементами та їх просторовим розташуванням.
4. Виконання дітьми вправ для закріплення графічної форми букви.
5. Складання логопедом алгоритму запису букви та запис друкованої букви дітьми в зошиті за зразком.
6. Перевірка запису букви та порівняння її зі зразком.

Наведемо приклад аналізу букви А: «Велика буква А складається з трьох елементів: перший елемент – довга паличка із нахилом вправо, другий елемент – довга паличка із нахилом вліво, які поєднуються вгорі. Між ними лежить «місточок» – маленька паличка, розташована горизонтально».

Для закріплення графічної форми нової букви в пам'яті дітей доцільно використати такі завдання: написати букву в повітрі; обвести букву за контуром, за шаблоном; обмацати об'ємну букву із заплученими очима; викласти букву за зразком із паличок, із насіння; викласти букву з їстівних продуктів, що розпочинаються даним звуком (наприклад, букву М викласти з морквин, букву П – з печива тощо); виліпити з пластиліну; «вишити» букву шнурком на дощечках (розміром 35 x 25) з великою кількістю отворів (діаметром 5 мм); вирізати букву з кольорового паперу; придумати слова, що починаються цією буквою, та інші.

Виконання зазначеної вище послідовності дій сприятиме засвоєнню оптико-просторового образу букви, яка вивчається, тим самим забезпечуючи успішне опанування операції переведення фонем в зорову графічну схему (букву) та відрізнення її від оптично подібних букв.

Під час написання дитиною букви виникає міцний зв'язок механізмів мовнослухового, мовнорухового, зорового і моторного аналізаторів. При систематичному повторенні ці зв'язки закріплюються і сприяють активному мимовільному запам'ятуванню зорового і рухового образів букви (опора на зорову, мовнорухову та кінестетичну пам'ять) та переходу акту запису в автоматизовану навичку, тим самим попереджаються помилки на змішування букв за кінетичною подібністю.

Отже, включення до змісту роботи з підготовки дітей до оволодіння графічними навичками письма рекомендована система вправ за такими напрямками сприяє успішному формуванню графічного та оптико-просторового образу букви, а також достатньому розвитку операціональних 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 домальовати їх.

Варіантом цього завдання є домальовування малюнка, задуманого іншим. Один з дітей починає малювати, не повідомляючи про те, що він задумав. Інші почергово продовжують малюнок, відображаючи власний задум. Це завдання виконується групою дітей і потребує від кожного достатньо розвиненої уяви.

6. Назвати предмети в умовах накладання (за Поппельрейтером).

7. Виділити фігуру, замасковану в іншій, більш складній структурі.

8. Виділити в однорідній сітці (наприклад, шахова дошка) задану фігуру.

9. Знайти фігуру в ряду схожих, визначити її подібні та відмінні елементи.

10. Визначити подібність і відмінність фігур, що відрізняються лише одним елементом.

11. Уточнення поняття про колір.

Підібрати малюнки до фону певного кольору (співвіднесення за кольором).

Матеріал: 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) Підібрати до малюнків схожі на них геометричні фігури (співвіднесення з геометричними фігурами).

Матеріал: 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 схожі на них малюнки (або обвести малюнки схожими за формою рамками).

в) Розкласти в рамки у вигляді геометричних фігур предмети, схожі з ними за формою.

13. Уточнення поняття про розмір.

Визначити реальну величину предметів і розкласти їх послідовно від меншого до більшого (співвіднесення за розміром).

Матеріал: малюнки чашки, відра, каструлі однакового розміру.

14. Знайти задану букву серед ряду інших букв, що розташовані не в алфавітному порядку (спочатку різних, а потім графічно подібних):

йцукеп гшщзхї фївапр лджеяч смитбю пник шщц лмая

15. Назвати букви, що хаотично розташовані в різних положеннях на аркуші паперу, і викласти їх на набірному полотні.

16. Згрупувати однакові букви, написані різним шрифтом:

ККК ТТТ ААТ МММ ППІ ДДД

17. Впізнати букву за елементами і дописати до цілої.

18. Знайти і показати, до складу яких фігур (букв) входить даний елемент (за зразком, за уявленням). Назвати ці букви.

19. Впізнати у запропонованих півбуквах цілі букви та викласти їх на набірному полотні:

А К М Г І Է Ը Թ Ժ Ի Լ Խ Զ Ծ Կ Ծ Ծ

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 букву на його позначення у повітрі.

22. Діти змагаються, хто швидше складе з розданих елементів фігур (букв) цілу фігуру (букву) (за зразком, за уявленням). Назвати складену букву.

23. Розв'язати приклади за зразком (один елемент букви + другий елемент букви = буква).

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 пропонуються картки, де ліворуч від вертикальної риски зображена вся буква, а праворуч від неї – різноманітні елементи. Дітям необхідно знайти серед них елементи потрібної букви:

А П Է

26. Назвати запропоновану букву і знайти її зайвий елемент:

А О Њ Է

27. Знайти і поєднати лінією однакові фігури (букви). Ускладнення цього завдання: поєднати лінією однакові букви, але записані різним шрифтом.

28. Упізнати букви в дзеркальному зображенні і правильно викласти їх з елементів.

29. Упізнати букви в умовах накладання і викласти їх на набірному полотні:

М А Р Է

30. Порівняти дві графічно подібні букви і знайти відмінні елементи:

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. Порахувати, скільки разів зустрічається задана буква в ряду графічно подібних букв (дається зразок букви). Ускладненим варіантом цього завдання є його виконання за уявленням (без демонстрації букви):

Ц Ш Щ И Ц Ш Щ И Ц И Ш И Щ Ш

33. Упізнати серед символів букви. Інструкція: «Знайдіть в листі інопланетян наші земні букви і назвіть їх»:

BSHSZVY HUBRVY DXD&ЯФ ФFCENL LQMW

34. Малюнковий диктант букв. Логопед показує дітям малюнки, а вони викладають на набірному полотні букви, що позначають звуки, з яких починається назва кожного малюнка.

35. Предметний диктант букв. Дітям демонструють предмет і пропонують записати першу (другу) букву його назви.

Вправи з розвитку довільної зорової уваги

1. Прослідкувати за допомогою олівця (лише поглядом) від початку лінії до кінця в заданому напрямку. Наприклад: від А до М.

2. Прослідкувати за допомогою олівця (лише поглядом) від початку лінії до кінця, коли вона переплітається з іншою лінією або кількома іншими лініями.

3. Прослідкувати 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, букви) лише заданого кольору;

– порахувати серед геометричних фігур лише кола (квадрати, трикутники, прямокутники).

– порахувати лише маленькі (або великі) геометричні фігури.

1. «Прочитати» ряд з послідовним чергуванням букв та цифр:

A 1 O 2 U 3 I 4 И 5

2. Почергово відшукати числа від 1 до 5 червоного кольору і від 5 до 1 синього кольору або почергово відшукати голсні А, О, У, И, І, позначені червоним кольором, і приголосні М, П, Т, К, С, позначені синім кольором.

3. Знайти відмінності у двох схожих малюнках.

4. Знайти заданий малюнок серед ряду подібних.

5. Знайти два однакових малюнки.

Вправи з розвитку зорової пам'яті

1. Уважно розглянути сюжетний малюнок і запам'ятати все, що на ньому зображено (час демонстрування – 1 хв.). Потім ма-

люнок закривається. Дитина повинна 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 по пам'яті. Після виконання роботи порівняти зі зразком.

3. Уважно розглянути малюнок, а потім знайти його по пам'яті серед подібних. Якщо дитина відчуває труднощі при виконанні завдання, їй пропонують знайти заданий малюнок з опорою на зразок.

4. Скласти малюнок з частин, намалювати його по пам'яті і порівняти свій малюнок зі зразком. Якщо дитина відчуває труднощі при виконанні 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, букв), а потім закрити очі:

а) логопед деякі малюнки (геометричні фігури, букви, смужки) ховає чи, навпаки, додає. Діти повинні помітити, що зникло чи з'явилося, і відтворити початковий ряд.

б) логопед змінює послідовність розташування малюнків (геометричних фігур, букв, 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. При невиконанні завдання логопед зменшує кількість малюнків (геометричних фігур, букв, смужок).

6. Логопед демонструє дітям 3–6 малюнків зі знайомими предметами (геометричних фігур, букв) один за одним, кожний з яких діти повинні розглядати 2 секунди. Потім вони мають пригадати і назвати послідовність малюнків (геометричних фігур, букв). Якщо дитина відчуває труднощі у виконанні завдання, логопед повторює його ще раз. При невиконанні завдання логопед зменшує кількість малюнків (геометричних фігур, букв).

7. Зоровий диктант. Запам'ятати ряд з кількох геометричних фігур (букв або цифр) і викласти його по пам'яті з шаблонів (на набірному полотні) у заданій послідовності (необхідно поступово збільшувати їх кількість). Потім порівняти свою робо-

ту 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.

Даний комплекс включає такі завдання:

1. Знайти в рядку сполучення букв, записаних над рискою.

<u>мло</u>	<u>жах</u>	<u>ГТР</u>
лмомломл	жхахжахаж	ПГТГТРГТГПР

2. Виписати 5 слів з виділеною буквою: **с, м, о, ш**: *урок, грак, осі, 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, нн, лл, ча, дже, дзи, бдж**. Наприклад, сполучення **дже**: *джміль, джем, воджу, народження, Джеря, саджу*; сполучення **нн**: *на-сіння, 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 дозимлі.

6. Порівняти текст другої колонки з першою, виправити помилки.

I. Синичка

Синичка – маленька пташка.
У неї чорна голівка і білі щічки.

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 щічки.

Груди в синички жовтенькі, а спинка зеленувата. Сеничка їсти різних колах, комах, це дуже корисна пташка

Вправи з розвитку зорово-просторових уявлень передбачають:

1. Розвиток орієнтації у власному тілі, диференціація 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 кшталт: «Підними ліву руку, покажи праве око, ліве вухо, праве коліно».

8. Виконання завдань на кшталт: «Візьмись лівою рукою за праве вухо, правою рукою за праве вухо, правою рукою за ліве вухо, покажи лівою рукою праве око».

Формування умінь дитини орієнтуватися в навколишньому просторі:

1. Визначення просторового розташування предметів стосовно дитини.

2. Визначення просторових напрямків, просторових співвідношень між 2–3 предметами, розуміння прийоменникових конструкцій на позначення просторових відношень.

3. Уточнення просторового розташування різних фігур і букв на аркуші паперу.

Вправи на визначення просторового розташування предметів стосовно дитини:

1. Витягнути в бік праву руку, перерахувати предмети, що розташовані з правого боку (праворуч).

2. Витягнути в бік ліву руку, перерахувати предмети, що розташовані з лівого боку (ліворуч).

3. Перерахувати предмети, що розташовані 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 опрацьовуються інші напрямки: ліворуч, вгору, вниз, спереду, позаду.

5. Виконати інструкції на кшталт: «Подивись ліворуч, праворуч; підкинь м'яч над собою; поклади книгу позаду себе; поклади зошит перед собою; поклади лінійку під себе; сховай руки за собою тощо».

6. Стоячи в колоні, визначити, хто стоїть перед дитиною, за нею.

7. Стоячи в ряду, визначити, хто стоїть праворуч від дитини, ліворуч від неї.

8. Сидячи за партою, дитина повинна визначити місце сусіда по відношенню до себе («Сашко сидить праворуч (або ліворуч) від мене»).

9. «Що знаходиться праворуч від мене?» Перерахувати предмети, що розташовані праворуч, не повертаючи голови. Після цього повернутися праворуч і знову перерахувати предмети, що розташовані праворуч.

Так само опрацьовуються напрямки ліворуч, спереду, позаду.

10. «Диспетчер та літак». За наявності просторного приміщення можна попросити дитину уявити себе «літаком», а логопеда – «диспетчером», який прокладає літаку шлях з поворотами.


11. «Робот». Дитина зображує робота, який точно і правильно виконує команди людини: «Один крок вперед, два кроки праворуч, стрибок догори, три кроки ліворуч, вниз (присісти) у 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». У цю гру може грати будь-яка кількість дітей, стоячи в колоні. Перший з них передає м'яч назад і відразу ж перебігає в кінець колони; другий стає першим і повторює дію першого і т.д. За командою дорослого або першого гравця м'яч передається по верху (низу, справа, зліва). Спочатку дітям пропонується вголос промовляти назву напрямку, 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?.. (і т.д.)». Дається інструкція: «Покажи верхній правий кут спереду» і т.д.

Вправи на визначення просторових напрямків, просторових співвідношень між 2–3 предметами, розуміння прийомих конструкцій на позначення просторових відношень:

1. Логопед спочатку показує рукою в повітрі напрямки і співвідносить їх з відповідною стрілкою:

Зліва направо – 

Справа наліво – 

Згори донизу – 

Знизу догори – 

Потім пропонує дітям «прочитати» 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 руки. Дитина повинна визначити: Де знаходиться підручник: праворуч чи ліворуч від зошита? Де знаходиться зошит: праворуч чи ліворуч від підручника?


3. Визначення просторових відношень між двома предметами. Виконання завдань на кшталт: Поклади олівець ліворуч від підручника, книгу праворуч від олівця; постав тарілку ліворуч від склянки; поклади ложку праворуч від тарілки; поклади книгу на стіл, в шафу; поклади м'яч під стіл; витягни м'яч з-під столу, витягни стілець із-за столу, повішай прикрасу над столом тощо. Дитина під час виконання завдань коментує свої дії вголос, наприклад: «Я кладу книгу на стіл».

4. Визначення просторового розташування трьох предметів. Виконання завдань на кшталт: Поклади книгу **перед** собою, ліворуч від неї поклади олівець, а праворуч від неї – ручку; скажи, що знаходиться ліворуч від ручки, праворуч від олівця; що розташовано між олівцем і ручкою; постав тарілку **перед** собою, **перед** нею постав склянку, **за** тарілкою поклади серветку і скажи, що стоїть за тарілкою, що лежить **перед** тарілкою, що стоїть за

серветкою, що стоїть **перед** склянкою, що стоїть **між** склянкою і серветкою; поклади олівець **між** зошитом і підручником і скажи, що лежить праворуч від зошита, ліворуч від підручника, ліворуч від олівця, праворуч від олівця тощо. Дитина під час виконання завдань коментує свої дії вголос, конструюючи повні речення.

Вправи на уточнення просторового розташування різних фігур і букв на аркуші паперу є дуже важливою ланкою в підготовці дитини до оволодіння письмом.

1. Логопед пропонує дітям «прочитати» напрямки стрілок і визначити їх у зошиті:

Зліва направо – 

Справа наліво – 

2. Розташувати за інструкцією відповідні малюнки праворуч та ліворуч від малюнка, наклеєного в зошиті.

3. Написати певні букви праворуч або ліворуч від вертикальної лінії (завдання виконується на матеріалі вивчених букв).

4. Пропонується ряд, який складається з кількох предметних малюнків (геометричних фігур, букв). Дитина повинна:

а) назвати перший малюнок (геометричну фігуру, букву) з лівого боку, правого боку;

б) назвати малюнки (геометричні фігури, букви) в напрямку зліва направо, справа наліво. Співвіднести ці напрямки з відповідними позначеннями;

в) назвати малюнки (геометричні фігури, букви), що розташовані ліворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви), праворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви);

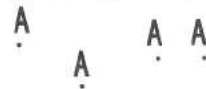
г) назвати «сусідів» кожного з малюнків (геометричних фігур, букв), визначити, який з сусідів розташований ліворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви), праворуч від заданого малюнка (геометричної фігури, букви);

д) змінити послідовність розташування малюнків (геометричних фігур, букв) між собою за інструкцією, наприклад: «Зроби так, щоб машина була ліворуч від квітки і праворуч від відра»;

5. «Прочитати» напрямки стрілок і визначити їх напрямки у зошиті: зліва направо, справа наліво, згори донизу, знизу вгору.

6. Знайти на рядку зошита чотири крапки (крапки заздалегідь розмічає логопед):

а) поставити знак «+» або вивчену букву (зліва направо): від першої крапки – вгору; від другої крапки – знизу; від третьої крапки – праворуч; від четвертої крапки – ліворуч.



б) від кожної крапки провести стрілочку в напрямку (зліва направо): від першої крапки – догори; від другої крапки – донизу; від третьої крапки – ліворуч; від четвертої крапки – праворуч.

7. Виконати графічний диктант – малювання орнаментів і букв. Для цього дитині пропонують поставити крапку на аркуші в клітинку і від неї вести олівцем по клітинках під диктовку, 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) униз; в) праворуч; г) ліворуч; д) догори праворуч; е) униз ліворуч; є) униз праворуч; ж) догори ліворуч.

9. Розкласти геометричні фігури (малюнки, букви) на аркуші в заданих напрямках. Виконання інструкцій на кшталт: «Трикутник (яблуко, букву *a*) поклади в центрі аркуша; коло (сливу, букву *o*) – вгору, над трикутником (яблуком, буквою *a*); квадрат (грушу, букву *y*) – внизу, під трикутником (яблуком, буквою *a*)». «Трикутник (томат, букву *m*) поклади в центрі аркуша, прямокутник (огірок, букву *n*) – у правому верхньому куті; еліпс (цибулю, букву *c*) – у лівому нижньому куті; коло (моркву, букву *m*) – у правому нижньому куті; квадрат (буряк, букву *k*) – у лівому верхньому куті».

10. Намалювати геометричні фігури (малюнки), написати букви на аркуші в заданих напрямках (див. попереднє завдання).

11. Подивитися на 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 внизу. Назви предмет ліворуч вгорі.»

12. Назвати напрямки розташування предметів на малюнку. Відповіді на запитання на кшталт: Де розташовано (намальовано) трикутник (яблуко, букву *a*), коло (сливу, букву *o*), квадрат (грушу, букву *y*)?

Де розташовано (намальовано) трикутник (томат, букву *m*), в якому куті розташовано (намальовано) прямокутник (огірок, букву *n*), еліпс (цибулю, букву *c*), коло (моркву, букву *m*), квадрат (буряк, букву *k*)?

Вправи з розвитку координації дрібних рухів пальців і кистей рук:

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 букви дітям пропонується так звана «пальчикова азбука», яка включає виконання завдань у такій послідовності:

1. Побудова букви за словесною інструкцією логопеда з одночасним показом.
2. Порівняння пальчикової букви зі зразком.
3. Побудова букви за словесною інструкцією без зразка.
4. Самостійна будова свого варіанту букви в міру можливостей і рівня розвитку уяви.
5. Відгадування букви, побудованої іншою дитиною.

Вправи з розвитку кінетичної організації довільних рухів

1. Виконання дитиною послідовної зміни трьох позицій руки: «долоня – ребро – кулак». Вправа виконується спочатку повільно, а потім з поступовим прискоренням.

2. Дитині пропонують одночасно стукати по столу обома руками: правою стиснутою в кулак і лівою – розкритою долонею. Потім відбувається швидка зміна положень рук: лівою стиснутою в кулак і правою – розкритою долонею. Вправа виконується спочатку повільно, а потім з поступовим прискоренням.

3. Виконання динамічних вправ для пальців та кистей рук за зразком логопеда.

Графічні вправи на розвиток зорово-моторної координації та дрібної моторики рук включають:

1. Виконання графічних вправ на нелінованому аркуші паперу.

2. Виконання графічних вправ у сітці зошита.

Графічні вправи на нелінованому аркуші паперу

1. Накреслити пряму (хвилясту, ламану, пунктирну) лінію в заданому напрямку: зліва направо, згори донизу, знизу догори.

2. Поєднати прямою (хвилястою, ламаною, пунктирною, спіральною) лінією малюнки.

3. Накреслити пряму, хвилясту, ламану, пунктирну, спіральну, похилу лінію між двома запропонованими лініями.

4. Заштрихувати фігури прямою вертикальною, прямою горизонтальною, хвилястою, пунктирною, ламаною, спіральною, похилою вправо, похилою вліво лінією.

5. Обвести на аркуші шаблони з картону олівцем і заштрихувати прямою вертикальною, прямою горизонтальною, хвилястою, пунктирною, ламаною, спіральною, похилою вправо, похилою вліво лінією.

6. Намалювати круглу, спіральну лінію навколо крапки 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 крапками.

11. Відтворити заданий візерунок за опорними крапками (за зразком).

12. Намалювати геометричні фігури за зразком.

13. Домалювати незакінчені малюнки.

Графічні вправи у сітці зошита

1. Накреслення заданих елементів у рядку зошита: а) за зразком і пунктирними лініями; б) за зразком за опорними точками; в) за зразком без опорних точок; г) без опори на зразок.

2. Дотримувати такої послідовності вивчення елементів букв: пряма вертикальна лінія (написання у напрямках згори донизу, знизу догори), пряма горизонтальна лінія (зліва направо), похила вправо, похила вліво, похила лінія із заокруглен-

ням 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) між рядковими 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. Виконується подушечками чотирьох пальців, які розташовуються 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 розташовуються на столі, діти сидять.

3. Основою кисті робляться обертальні рухи в бік мізинця.

4. Самомасаж кисті руки з боку долоні. Кисть і передпліччя розташовуються на столі чи на коліні, діти сидять. Погладження.

5. Фалангами стиснутих у кулак пальців рухають вгору-вниз і справа-наліво по долоні руки, яку масажують («прямолінійний» рух).

6. Фалангами стиснутих у кулак пальців проводиться рух за принципом «буравчика» по руці, яку масажують.

7. Самомасаж пальців рук. Кисть і передпліччя руки, яку масажують, розташовується на столі, діти сидять. «Щипцями», що утворені зігнутими вказівним і середнім пальцями, виконується хапальний рух на кожне слово вірша в напрямку від нігтьових фаланг до основи пальців («прямолінійний» рух).

8. Рухається подушечка великого пальця, який лежить на тильному боці фаланги, яку масажують. Інші чотири охоплюють і підтримують палець знизу («спіралеподібний» рух).

9. Руки як при розтиранні рук, що змерзли.

10. Виконання вправ з маленькими м'ячами:

а) стискання і розжимання в долонях маленьких м'ячів з гуми;

б) перекатування 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.

12.13. Логопедична робота з 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 (І.Прищепова, В.Тищенко):

1. Розвиток системи словозміни.
2. Розвиток системи словотворення.
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 важливе 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 тем шкільної програми з української мови, таких як «Будова слова», «Споріднені слова» та ін. На логопедичних заняттях широко застосовуються усні та письмові вправи з утворення нових слів з допомогою афіксів, складанню 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 знайомлять з утворенням іменників та прикметників зі зменшувально-пестливим значенням. Потім навчають правильно вживати дієслова з різними префіксами. Під час роботи використовують методи спостереження, практичних дій, різні види читання. Після прочитання всі слова обов'язково порівнюють, з'ясовують їхній звуко-буквений, 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 найбільш уживаних префіксів. Їх знайомлять з багатозначністю деяких префіксів. Наприклад, префікс під – означає наближення (*підбігти, під'їхати*), додавання до чогось (*підфарбувати, підсолити*). Необхідно показати різницю у вживанні префіксів та прийменників у процесі виконання різних вправ. Утворені учнями слова обов'язково включаються у речення, що дає можливість спостерігати за словозміною та отримати уявлення про зв'язки слів у реченні. На всіх логопедичних заняттях проводиться робота з розбіру слів за будовою – морфемний аналіз.

Розглянемо детальніше зміст кожного напрямку.

1. Розвиток системи словозміни передбачає:

а) розвиток умінь вживати іменники в однині та множині;

б) розвиток умінь вживати прийменниково-відмінникові конструкції у словосполученнях і реченнях (з опорою на малюнки, на запитання). Наприклад: *Пташка вилетіла з гнізда. Пташка підлетіла до гнізда. Пташка влетіла у гніздо. Пташка відлетіла від гнізда;*

в) розвиток умінь узгоджувати прикметники з іменниками в роді, числі у словосполученнях та реченнях. Наприклад: *Огірок продовгуватий, а вишня...;*

г) розвиток умінь диференціювати дієслова, які стоять в однині та множині теперішнього часу (*Дівчинка малює. Діти малюють*);

д) розвиток умінь 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 вмій та навичок використовувати у власному мовленні суфікси та префікси:

а) для іменників – суфікси, що мають розмірно-оцінне значення: *-ок, -ц, -оч, -к, -атко* (*будиночок, віконце, листочок, мишка, кошенятко*); суфікси зі значенням недорослості: *-ен* (*слоненя, лисеня*); суфікси, що позначають особу: *-щик* (*барабан-*

щик), **-чик** (льотчик), **-ець** (боєць), **-ар** (аптекарь); суфікси, що позначають умістище: **-ник** (чайник), **-ниця** (цукорниця); суфікси, що позначають виробника дії: **-тель** (учитель), **-ист** (**-іст**) (тракторист, машиніст); суфікси, що позначають місце дії: **-альн** (ідальня, роздягальня);

б) для прикметників – суфікси на означення якості, що є у предметі: **-н** (шкільний), **-ов** (резиновий, банановий), **-ан**, **-ян** (кожаний, шкіряний), **-ат** (горбатий), **-ист** (болотистий); суфікси творення оцінних прикметників: **-еньк**, **-енн**, **-есеньк** (гарненький, здоровенний, малесенький); суфікси творення присвійних прикметників: **-ач** (**-яч**), **-ин**, **-ч** (собачий, курячий, голубиний, вовчий).

в) для дієслів – префікси, що позначають просторові відношення (відбігти, прибігти, перебігти, злетіти, відлетіти, залетіти); завершеність дії (побудував, вимив).

2. Утворення складних слів з опорою на вихідні пари слів та малюнки (сіно косить, зорі падають).

3. Формування навичок зіставлення слів з однотипним морфологічним оформленням та виділення в них спільного звучання (морфеми).

4. Формування значення морфологічних одиниць мови шляхом порівняння значення твірного та похідного слова.

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». Учні необхідно 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-сніговий, 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 здійснюється за такими напрямками:

а) розвиток уміння визначати рід різних частин мови за їх кінцевою основою (Прочитати слова, вставити пропущену букву: 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) визначити «зайве» слово: лиса, лисячий, лисий, лисенятко; їжак, їжачок, їжа;

б) відбір споріднених слів з групи слів; з вірша;

в) підбір споріднених слів з опорою на запитання: (слова: зелен, сіль, колір, лінощі; запитання: Що? Що робити? Який?

Зелень	зеленіти	зелений
Сіль	солити	солоний

г) підбір 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
Риба	рибний	рибалка

д) підбір 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 вирішуються 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. Вправлення 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, служитиме засобом розширення й уточнення словникового запасу.

У залежності від завдань виділяються такі напрямки корекційної логопедичної роботи:

I. Формування вмінь складати різні за структурою речення.

1. Складання речень.

2. Упорядкування деформованих речень.

3. Поширення і 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 детально зміст кожного напрямку роботи.

Перший напрямок – формування вмінь складати різні за структурою речення.

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-ої 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 вудоч-*

кою); підмет, присудок, непрямий додаток (*Діти катаються з гори*); підмет, присудок, обставина (*Сонце світить яскраво*).

Під час побудови речень велике значення має опора на начотний матеріал (малюнки, схеми, опорні слова та запитання). Згідно теорії поетапного формування розумових дій, під час навчання розгорнутих висловлювань на початкових етапах роботи необхідно спиратися на графічні схеми, тобто матеріалізувати процес побудови мовленнєвого висловлювання. За допомогою різних позначень (кружечків, прямокутників, трикутників) та стрілок графічні схеми допомагають символізувати предмети та відношення між ними.

На початкових етапах під час складання речень діти користуються фішками, які позначають кожне слово в реченні. В подальшому фішка замінюється умовним позначенням, залежно від частини мови або від того, яке значення має слово в реченні. Наприклад, іменник (предмет, суб'єкт) позначається кружечком, дієслово (дія предмета, предикат) – прямокутником; об'єкт, на який спрямовується дія – трикутником. Приміром, дитині пропонують розглянути малюнок, на якому зображений хлопчик, який ловить рибу. З допомогою питань визначається суб'єкт (*хлопчик*), предикат (*ловить*), об'єкт дії (*рибу*). Кожний елемент речення позначається фішкою або умовним позначенням. Кількість фішок (позначень) має відповідати кількості слів у реченні.

Рекомендують такі види завдань:

1. 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 (*віти, дерев, ранкове, сонце, крізь, пробивається*);

3. Скласти речення за даними словосполученнями (*йдуть по дорозі, біжить по вулиці, гуляє по лісу, тепла весна*);

4. Підібрати речення до певної графічної схеми (пропонується 2, 3 речення);

5. Самостійно скласти речення за поданими графічними схемами та записати їх під схемами (пропонується 1, 2, потім 3 схеми);

6. Скласти речення за таблицями-схемами.

Цей вид роботи є ефективним засобом, який допомагає учням оволодівати навичками правильної побудови речень. У да-

них таблицях представлені окремі слова, порядок їх розміщення і правильна форма слів.

Описана методика була розроблена В. Чистяковим і може бути використана як один з корекційних засобів у процесі навчання дітей з вадами мовленнєвого розвитку. До використання таблиць В. Чистяков подає такі рекомендації:

1) таблиці-схеми можуть бути складені логопедом та вчителем і застосовуватися в класі на будь-якому уроці в міру необхідності і відповідно загальному ходу роботи;

2) під час роботи з таблицями застосовують складання, читання і запис речень;

3) за таблицями можна складати і записувати велику кількість речень. Цим забезпечується достатня кількість повторень, що сприяє їх усвідомленню, попереджує механічність виконання завдання і викликає інтерес до його виконання.

Матеріал для складання речень за таблицями.

а) зі словосполученнями, що означають перехідні дії.

б) зі словосполученнями, що означають орудійність дії.

в) зі словами, що позначають спрямованість дії на предмет.

г) зі словами, що означають просторові відношення.

д) зі словами, що означають ознаки предметів.

е) зі словами-антонімами.

7. Складання речень за таблицями.

З кожного стовпчика вибрати відповідні слова і скласти з ними речення.

8. Складання речення за даним початком (формування дії ймовірного прогнозування на синтаксичному рівні). Здійснюється шляхом доповнення речень, розпочатих педагогом, однорідними додатками та присудками з опорою на наочність, попередньо прочитаний текст та бесіду за його змістом. *Продовжити речення (3-4 варіанти): Людина йшла по... Кішка ловить... Яблука на тарілці... Голос зозулі...).*

2. Упорядкування деформованих речень.

Ця робота включає складання речень з різних слів, відновлення правильного порядку слів у реченні. На початковому етапі роботи складаються речення, всі слова яких подано у потрібній формі. Потім застосовуються вправи, в яких слова подані в початковій формі. Успішне виконання поставлених завдань свідчить про підвищення рівня мовленнєвого розвитку учнів.

1) З кожної групи слів скласти і записати речення, визначити граматичну основу (слова подані 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 з опорою на наочність та без неї.

Ці вправи сприяють збагаченню словникового запасу учнів, усвідомленню причинно-наслідкових зв'язків між словами в реченні, розвитку мовлення. Робота проводиться в 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 шляхом відкидання 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, бо 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 застосувати 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) зібрали, урожай, колгоспники;
- 2) ми, рідну, землю, нашу.

У ході практичної роботи, без будь-якого теоретичного вивчення, учні поступово засвоюють, що між словами речення має бути і граматичний зв'язок, який виражається формами слів, прийменниками та сполучниками. Допоможуть у цьому різноманітні вправи на конструювання речень.

1. У кожному рядку з'єднати слова так, щоб вийшло речення:

- 1) наша мама, дбати, про, дітям.
- 2) діти, вирости, справжні, людьми.

2. Пов'язавши між собою слова, розташувати їх так, щоб у кожному рядку вийшло речення:

- 1) села, біля, гай, чудовий, є;
- 2) ростуть, ньому, білокорі, у, берізки;
- 3) на, ніжно-зелене, них, листячко;
- 4) поміж, веселі, вітами, 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.

Уважно прочитайте кожен рядок слів; встановіть, яких ще слів не вистачає для того, щоб скласти речення:

- 1) Брат, музичний, мій, вчиться, школі.
- 2) Грає, баяні, він.
- 3) Відмінне, навчання, грамоту, одержав, він.

Дуже корисними є аналітичні вправи, виконуючи які, учні навчаються встановлювати зв'язки між членами речення за допомогою граматичних питань. Доцільне їх використання допомагає учням поступово усвідомити, що запитання потрібно ставити від головного слова до залежного; що між головною смисловою парою – підметом і присудком – існує двосторонній зв'язок, бо вони є рівноправними стосовно один одного.

Вправа 3. За допомогою питань встановіть зв'язки між словами речення:

Оленка вишиває рушничок.

Встановлюємо зв'язок між головною парою: *Оленка (Що робить?) вишиває; Вишиває (хто?) Оленка. І односторонній зв'язок між головними і залежними словами: Вишиває (що?) рушничок.*

Ці ж зв'язки можна показати на схемі речення, де стрілкою вказаний напрямок питання.

5. Синтаксичний аналіз речення.

Під час синтаксичного аналізу в учнів закріплюються і узагальнюються знання про структуру речення, типи речень за метою висловлювання, причинно-наслідковий зв'язок в системі 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. Поширити 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 узгоджувати слова в реченні.

Необхідність проведення корекційної роботи в цьому напрямку обумовлена тим, що діти не вміють граматично правильно висловлювати свої думки. В їхньому усному і писемному мовленні часто зустрічаються помилки на узгодження та керування (аграматизми). Корекційну роботу слід спрямовувати на вироблення вмінь правильно узгоджувати слова в роді, числі та відмінках. Робота проводиться на практичному рівні і одночасно охоплює відпрацювання структури і граматичного оформлення речення.

Узгодження іменника з прикметником в роді і числі (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 прирних видів завдань:

1. Назвати овочі чи фрукти і до кожної з назви підібрати означення; назвати домашніх тварин, птахів і підібрати відповідні означення.

2. Підібрати означення до поданого слова. Вчитель називає будь-який предмет, а учні підбирають якомога більше означень. Питання ставляться приблизно в такій формі: Який буває ліс? (*зелений*); Правильно. А ще який? і т.д.

3. Учителем роздається по два малюнки, на яких зображено два предмети. За завданнями вчителя учні повинні порівняти предмети за кольорами, за розміром, якістю та іншими ознаками.

4. Учні пропонуються описати якийсь предмет.

5. За аналогією до слів, що означають назву предмета, підібрати слова, що означають якість предмета: *хліб – хлібний, море – морський* і т. д.

Такі вправи сприяють розвиткові мовлення і мислення учнів.

6. До слів, що означають ознаки предметів, підібрати слова, що 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. Підібрати слово-ознаку до слова-назви чоловічого роду. (Мал.: *мак*; зразок: *Червоний мак. Цвіте червоний мак*).

2. До слова-назви предмета жіночого роду підібрати відповідне слово-ознаку і скласти речення за зразком. (Зразок: *Гарна троянда. Цвіте гарна троянда*).

3. До слова-назви середнього роду підібрати відповідне слово-ознаку і скласти речення. (Зразок: *Впало яблуко*).

4. Скласти словосполучення, підбравши до даного 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. Прослухати речення. Знайти в ньому слово-ознаку. Поставити запитання до слова-ознаки (Зразок: *Перелітні птахи. Птахи (які?) перелітні*).

7. Прослухати речення. Накреслити схему речення. (Подули вітри. Листя облетіло).

8. Прослухати речення. Назвати слово-підмет і слово-ознаку, що до нього відноситься, використавши запитання (*Виплигло на небо жовтеньке сонце. Руденька білочка скакала по деревах*).

9. Послухати речення. Накреслити його схему. Назвати головні слова, поставити питання (*Маленький хлопчик сміється. Сильний дощ закінчився*).

Для закріплення знань використовуються такі завдання:

1) 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. Наступила весна.* Слова для довідок: *яскравий, теплий.*

4) Скласти речення з поданих слів: *зелена, росла, на, галля..., ялинка.*

Узгодження різних частин мови у різних відмінках (спосіб зв'язку слів – керування).

Категорію відмінка в сучасній українській мові складають сім відмінків.

Категорія відмінка служить для вираження функціональних значень іменника, тобто відношень іменника до інших слів у реченні. Значення кожного відмінка сприймається на рівні синтаксису слова – в словосполученні, та реченні. Кожний відмінок знаходить своє вираження у відповідній відмінковій формі.

Одним з напрямків корекційної роботи над реченням є навчання учнів правильно знаходити вираження певного відмінка у відповідній формі, тобто узгоджувати слова в реченні, вживати їх у відповідному відмінку. Кожний з непрямих відмінків має різні значення, тому навчання узгодження учнів слів відбувається на практичному рівні.

Орієнтовні види вправ:

1. Родовий відмінок.

а) значення прямого об'єкта при дієсловах із заперечною часткою *не* (*Михайлик не привітав (друг). Хлопчик не помітив (станція)*);

б) значення прямого об'єкта, не визначеного кількістю (*Дідусь купив (мед). Маша попросила набрати (вода)*);

в) значення при збірних іменниках (*Біля верби зібрався гурт (дівчата). Ансамбль (гітариста) вирушив на гастролі*);

г) значення належності, присвійності (*Вчора я закінчив читати книгу (брат). Взяв шубку (зайчик) змінює колір*);

д) обставини значення (*Маша чекала звістку від (подруга). Бабусина скриня почорніла від (давність)*).

2. Давальний відмінок.

а) значення спрямування (*Гра 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). Борц був з (перець)*).

5. Місцевий відмінок.

а) значення місця дії (*Бабуся любить жити в (село)*);

б) значення знаряддя дії (*Він писав твір на великому (папір). Дідусь гарно грає на (сопілка)*);

в) значення засобу пересування (*Він прилетів на (літак) з Англії*).

Третім напрямком є робота над семантикою речення.

Необхідність цього роду корекційної роботи обумовлена тим, що багато дітей під час читання і письма достатньою мірою не розуміють семантику простого речення, не усвідомлюють, що речення вміщує закінчену думку. Подібні явища спостерігаються навіть у тих випадках, коли учні мають знання про структуру речення.

Роботу, спрямовану на покращення розуміння змісту речення, можна проводити в декілька етапів. На початкових етапах необхідно розвинути в учнів розуміння змісту простого речення з прямим порядком слів, потім – з непрямим порядком слів. 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) зі зворотнім 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 розлите кошеням. Хто розлив молоко?*).

4. Часові конструкції (*За зимою йде весна. Що йде 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 куц диких троянд. Про що розповідається в реченні? Що зробив куц? Який був куц? Як куц затремтів?* і т.д).

Четвертим напрямком 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. Необхідно навчити учнів розрізняти на слух і фіксувати на письмі різні види інтонації: повідомлення, ствердження, заперечення, питання, 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, в ході проведення корекційної роботи над реченням учні усвідомлюють, що речення є комунікативною одиницею вищого рівня мови. Тільки у формі речення твориться і виражається думка, передаються повідомлення, питання, накази, прохання, почуття і волевиявлення, тобто відбувається спілкування.

Збагачення лексичного запасу учнів здійснюється 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 підбирати якісні ознаки до слів, які означають предмети: *Яка? Яке? Який?* (*яблуко, сніг, слива*); підбір відносних прикметників (*ложка, стакан, суп*); підбір присвійних прикметників (*лисячий, собачий, ведмежа*);

4) розвиток уміння підбирати слова-антоніми: відбір антонімів серед слів; знаходження антонімів у віршах, текстах; підбір антонімів до багатозначних слів (свіжий: *хліб, вітер, газета, яблука; стара*: *людина, будинок*);

5) розвиток уміння підбирати слова-синоніми: відбір синонімів із ряду слів; знаходження синонімів у текстах, підбір синонімів до окремих слів; диференціація синонімів та антонімів;

6) робота над багатозначними словами: пояснення їхніх значень (*ключ, ручка, коса*); підбір до кожного з них антонімів, синонімів;

7) розвиток уміння впізнавати за описом слова та пояснювати їхні значення;

8) розвиток уміння виділяти та пояснювати переносне значення слів, значення прислів'їв та приказок.

З метою подолання семантичних помилок на рівні тексту необхідно проводити логопедичну роботу з формування в учнів умінь зв'язно висловлювати власні думки. Корекційна робота над зв'язним мовленням передбачає: розвиток уміння детально та стисло переказувати текст, працювати з деформованим текстом (з опорою на малюнки та без опори).

12.14. Профілактика порушень писемного мовлення

Актуальність профілактики дисграфії та дислексії у дітей дошкільного віку обумовлена високою розповсюдженістю цих порушень у молодших школярів.

Причиною уповільненого опанування читання і письма, численних стійких дисграфічних та дислексичних помилок, як зазначалося вище, нерідко виступає недостатня психологічна готовність дітей до шкільного навчання. В нормі психологічна та мовленнєва готовність формується у дітей до кінця дошкільного дитинства.

Особливу увагу слід приділяти дітям з дефектами усного мовлення та відхиленнями в розвитку пізнавальної діяльності, зокрема із затримкою психічного розвитку, розумовою відсталістю та іншим. У цих дітей виявляється недостатня готовність до різних видів мовного аналізу та синтезу, зокрема до звукового аналізу. Для них характерним є недиференційовані знання про мовну дійсність, нерозчленованість елементів мовлення, нездатність відділяти звуковий образ від значення слів. Поруч із фонетико-фонематичним недорозвиненням, у них виявляється недосконалість лексико-граматичної будови мови. Це виявляється у недоцільних повтореннях тих самих слів, смислової неточності їх вживання, недостатній виразності та образності мовлення, одноманітності та недосконалості 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 урахуванням етіологічного аналізу дислексії та дисграфії, необхідно враховувати наявність таких факторів ризику під час підготовки дітей до шкільного навчання:

– спадкова обтяженість нервово-психічними захворюваннями, мовленнєвими порушеннями та ін.;

– органічна симптоматика (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;

– тимчасова затримка 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; уміння підкоряти свої дії певному регламенту, правилам тощо.

З метою виявлення у дошкільників схильності до утруднень в процесі опанування читання і письма застосовують різні методи: бесіду, вивчення медичної документації, систему завдань в ігровій формі.

У процесі бесіди з батьками з'ясовується спадкова схильність та органічні фактори, які зумовили труднощі в опануванні грамоти, а також негативний вплив на дитину найближчого мікросоціального оточення. З медичної документації виявляються дані про фізичний та психічний розвиток дитини, перенесені захворювання, травми та їх наслідки. Після короткого логопедичного обстеження виявляються дефекти усного мовлення. За допомогою спеціальних завдань визначається зрілість психічних процесів та емоційно-вольової сфери, рівень сформованості важливих для засвоєння грамоти умінь.

Подаємо приклади завдань, які можуть бути використаними 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 визнач 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 частинку: *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: лист аркуша паперу, малюнки: *зірочка, кулька, квітка, прапорець, будиночок.*

Інструкція: Поклади у центр аркуша малюнок із зірочкою, зліва від зірочки – будиночок, справа від зірочки – квітку, справа 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 акваріуму з рибками, які пливають у різних напрямках.

Інструкція: Розглянь уважно малюнок. Покажи рибку, яка пливає 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. Фішка зробила крок через дві клітинки вправо, через три – догори, дві клітинки – вправо, дві клітинки – вниз, три клітинки – вправо. Стоп!

Третій блок завдань – вивчення у дітей графічних умінь

Завдання 1. Виявити здатність до точного відтворення зразка, особливостей уваги дитини.

Матеріал: зразки орнаментів.

Інструкція: Уважно роздивись орнамент. Домалюй, точно наслідуючи зразок.

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 папера. Відрахуй дві клітинки донизу і дві клітинки вправо, постав крапку. Починаємо малювати, не відриваючи олівець від паперу: одна клітинка донизу, одна клітинка вправо, дві клітинки донизу, одна – вправо, одна – донизу, одна – вправо, одна – догори, одна – вправо, дві – догори, одна – вправо, одна – догори, одна – вправо і т. д. Подивись на свій малюнок і зразок, порівняй їх, знайди у своєму орнаменті помилки.

Ступінь успішності виконання дитиною завдань на просторову орієнтацію, фонематичного та графічного диктантів дозволяють оцінити готовність дошкільника до звуко-буквеного аналізу, розвиток у нього дрібної моторики, стан довірливості психічних процесів, сформованості вольових зусиль, здатності свідомо керувати своїми діями, підкоряти їх певним правилам.

На основі отриманої інформації складається 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 застосовується індивідуальний підхід: для одних дітей достатня лише психолого-педагогічна корекція, іншим необхідна логопедична допомога, треті потребують, крім цього, лікування.

Спеціальна робота з попередження у дітей труднощів засвоєння грамоти будується 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 включає розвиток зорово-просторових функцій, пам'яті, уваги, симультанно-сукцесивних функцій, аналітико-синтетичної діяльності, формування мовного аналізу та синтезу, розвиток графічних здібностей, лексики, граматичної будови мови, подолання дефектів усного мовлення.

Диференційоване навчання дітей «групи ризику» на заняттях різної форми передбачає індивідуалізацію у відборі навчального матеріалу, змісту, прийомів роботи, форм та засобів навчання. На заняттях з розвитку мовлення діти «групи ризику» частіше за інших вправляються у «рядоговорінні» (днів тижня, місяців, пір року, лічилок), у відтворенні «ритмів» (ігри зі словами, які звучать). На заняттях з формування елементарних математичних уявлень їм частіше пропонуються завдання на перемальовування та викладання з паличок геометричних фігур, їх перетворення. При необхідності надається допомога, використовується 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, детальне пояснення. Стимулюючим фактором є діяльність разом із дорослим. Дорослий сприймається дитиною і як більш досвідчений та знаючий, і як рівноправний партнер.

На фізкультурних та музичних заняттях використовують різноманітні вправи, чисельні повторення з метою закріплення у дітей просторових уявлень, особлива увага звертається на орієнтацію «право – ліво».

На індивідуальних заняттях з дітьми, які мають недостатню готовність до систематичного навчання, вирішуються різні завдання. Вони проводяться, по-перше, з метою перспективної підготовки дітей до занять; по-друге, для закріплення вмінь та вироблення навичок; по-третє, з метою психолого-логопедичної корекції.

У профілактичній роботі з дітьми використовується провідний вид діяльності дошкільників – гра. 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 залучаються батьки. У навчанні батьків використовуються 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 наступним обговоренням. Батьків навчають правильного стилю спілкування з дитиною, співпраці з нею, знайомлять з розвивальними іграми.

Розвиток дитини в сім'ї та корекційно-педагогічний вплив на неї в дитячому садку сприяє вирівнюванню недостатньо розвинутих функцій та процесів, які забезпечують засвоєння читання і письма.

Отже, порушення писемного мовлення є досить поширеною мовленнєвою вадою, що має різну етіологію та складний патогенез, 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 соціальної адаптації загалом.

Контрольні запитання та завдання

1. Розкрийте психофізіологічні механізми процесу письма та читання в нормі.
2. Дайте короткий історичний огляд розвитку вчень про порушення писемного мовлення.
3. Схарактеризуйте психолонгвістичний 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 із дисграфією та дислексією.

17. Схарактеризувати різні класифікації дисграфії.

18. Які форми дисграфії притаманні дітям із порушенням 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 із 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 дислексій 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 письма та читання.

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. Розкрийте мету та зміст корекційної роботи, спрямованої на розвиток зорово-просторового сприймання, уявлень, аналізу та синтезу.

34. Яке значення відіграє розвиток дрібної моторики у корекції графічних помилок? Визначте основні напрями та зміст корекційної роботи.

35. Висвітліть методику формування навичок контролю та самоконтролю у письмі під час корекційних логопедичних занять.

36. Схарактеризуйте напрями логопедичної роботи з подолання лексико-граматичних помилок писемного мовлення.

37. Які порушення писемного мовлення спостерігаються у дітей з вадами звукової системи мови? Охарактеризуйте їх при-

чини та окресліть напрямки корекційно-логопедичного впливу з метою їх подолання.

38. Схарактеризуйте порушення письма у дітей із ЗНМ. Назвіть їх причини, визначіть зміст корекційної логопедичної роботи.

39. Розкрийте зміст та методи ранньої діагностики дітей дошкільного віку, які мають схильність до дисграфії та дислексії.

40. У чому полягає профілактика порушень читання і письма? Охарактеризуйте напрямки профілактичної роботи, підберіть варіанти ігор з метою формування у дітей дошкільного віку передумов до засвоєння грамоти.

ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Автоматизовані мовленнєві ряди – мовленнєві дії, реалізовані без участі свідомості.

Агнозія – це порушення процесів впізнавання при збереженні (або незначному зниженні) чутливості і збереженні свідомості, яке виникає внаслідок ураження головного мозку. Виділяють оптичну агнозію, акустичну агнозію, тактильну агнозію.

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 й рахункових операцій як наслідок ураження різних ділянок кори головного мозку.

Акатафазія – це аграматизм, нездатність граматично правильно утворювати слова та синтаксично поєднувати їх у реченні.

Алалія – це відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку внутрішньоутробно чи в ранньому віці.

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, 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.

Аудиограма – графічне зображення даних дослідження слуху за допомогою аудіометра.

Аутизм – припинення мовленнєвого спілкування з оточенням внаслідок психічної травми.

Афазія – це повна або часткова втрата мовлення внаслідок органічного ураження кори головного мозку.

Афазіологія – вчення про афазію.

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 кінестетичний, 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 мовлення («мовлення про себе»): а) те, що зберігає структуру зовнішнього мовлення, але позбавлене фонації й типове для вирішення мисленнєвих завдань в ускладнених умовах; б) власне В.м., коли воно виступає як засіб мислення; в) структурне програмування (задум, програма мовленнєвого висловлювання).

Гамацизм – 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 – киснєве 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 органа або організму в цілому внаслідок порушення компенсації (складного процесу перебудови функцій організму у разі порушення або втрати якої-небудь функції внаслідок захворювання, ускладжень).

Деонтологія – від грец. «δέου» – 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.

Ехололія – 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 у дітей порушене формування всіх компонентів мовленнєвої системи, що належать до звукової та змістової сторони.

Заїкання – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, зумовлене судомним станом м'язів, мовленнєвого апарату.

Замикальна акупатія – це порушення формування зв'язку між звуковою оболонкою слова та його значенням.

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 судома – швидкі короткочасні скорочення й розслаблення м'язів.

Компенсація – складний, багатоаспектний процес перебування 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 складів, що належать до різних слів.

Корекція порушень мовлення – виправлення недоліків мовлення. Використовуються також терміни «усунення», «подолання мовленнєвих порушень».

Ламбдацизм – неправильна вимова звуків *л, л'*.

Ларигектомія – хірургічна операція: повне видалення гортані (синонім – екстирпація гортані).

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 у разі сенсорних порушень.

Локалізація функції – зв'язок фізіологічних і психічних функцій з роботою певних ділянок кори головного мозку.

Мікрогносія – вроджене недорозвинення мовлення (макрмасивний язик).

Міміка – рухи м'язів обличчя, очей, що виражають різні почуття людини: радість, сум, занепокоєння, подив, страх тощо.

Мовлення – сформована історично в процесі діяльності людей форма спілкування.

Модуляція голосу – зміна висоти голосу, пов'язана з інтонацією.

Моторна алалія – це первинний недорозвиток експресивного мовлення центрального органічного генезу.

Мутація голосу – зміна голосу, що настає внаслідок вікових змін у голосовому апараті (13–15 років).

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 певної мовленнєвої функції чи мовної системи в цілому.

Нейрон – нервова клітина з відростками (дендритами й 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.

Параграфія – це порушення письма, яке характеризується пропусками та замінами окремих букв або цілих слів у реченні.

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.

Парез, параліч гортані – це основні види моторних порушень. Парез – це порушення функції, яке з плином часу і під дією лікування повністю ліквідується, параліч – стійке порушення, яке поступово посилюється і залишається.

Патогенез – розділ патології, що вивчає механізми виникнення й розвитку хвороб.

Персеверація – патологічне повторення або наполегливе витворення якої-небудь дії або складу, слова. В основі П. лежать процеси, пов'язані із запізнюванням сигналу про припинення дії.

Перцептивна оцінка голосу – оцінка якості голосу дослідного на слух дослідника.

Позотонічні рефлекс – вроджені рефлекс, 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 мовленнєвої норми, прийнятої в певному мовному середовищі, що виявляються в парціальних (часткових) порушеннях (звуковимови, голосу, темпу й ритму тощо) й зумовлені розладами нормального функціонування психофізіологічних механізмів мовленнєвої діяльності. З огляду на комунікативну теорію П. м. є порушенням вербальної комунікації.

Праксис (з грецької *πράξις* – дія) – це адекватна, координована, автоматизована дія, що супроводжується розгорнутим контролем.

Пренатальний – належить до періоду перед народженням.

Прододія – 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 звуків *p, p'*.

Сенсорний – чуттєвий (протилегний – моторний, руховий).

Сенсорна алалія – це первинний недорозвиток імпресивного мовлення центрального органічного генезу в дітей з достатнім рівнем сформованості тонального слуху.

Сигматизм – недолік вимови свистячих і шиплячих звуків.

Симультанний – аналіз і синтез, що 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 судома – тривале скорочення м'язів і викликаний ним напружений стан.

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 налізу 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.

Хордектомія – хірургічна операція: часткове видалення гортані.

Церебральний – мозковий.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Абизов Р.А.* Онкоотоларингологія: лекції: навч. посіб. для лікарів-інтернів і курсантів вищ. мед. закл. освіти III–IV рівнів акредитації / Р.А.Абизов. – К.: Книга плюс, 2001. – 267 с.
2. *Алмазова Е.С.* Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / Е.С.Алмазова. – М.: Просвещение, 1973. – 151 с.
3. *Аманашвили Ш.А.* В школу с шести лет. – М.: Педагогика, 1986. – С. 20–63.
4. *Анастаси А.* Психологическое тестирование. – М.: Педагогика, 1982. – Т. 1. – С. 288–316.
5. *Архипова Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). – Л., 1989. – С. 15–32.
6. *Ахутина Т.В.* Нейролингвистический анализ динамической афазии. – М.: МГУ, 1975.
7. *Ахутина Т.В., Малаховская Е.В.* Сигнификативное значение слова при афазии // Вестник Московского университета. Серия 14: «Психология». – 1985. – №1. – С. 29–38.
8. *Бадалян Л.О., Журба О.В., Тимонина О.В.* Детские церебральные параличи. – К.: Здоров'я, 1988. – 288 с.
9. *Бауэр Т.* Психическое развитие младенца. – М.: Прогресс, 1985. – С. 217–292.
10. *Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г.* Восстановление речи у больных с афазией. – М.: Медицина, 1982.
11. *Бейн Э.С., Визель Т.Г., Шохор-Троцкая М.К.* Реабилитация больных с афазией вследствие мозгового инсульта: Методические рекомендации. – М., 1977.
12. *Бейн Э.С.* Афазия и пути ее преодоления. – Л.: Медицина – 1964.

13. *Бортфельд С.А., Городецкая Г.Ф., Рогачева Е.М.* Точечный массаж при ДЦП. – Л.: Медицина, 1979.

14. *Бурлакова М.К.* Коррекционно-педагогическая работа при афазии. – М.: Просвещение, 1992.

15. *Бурлакова М.К.* Речь и афазия. – М.: Медицина, 1997.

16. *Бурлачук Л.Ф.* Психодиагностика личности. – К: Здоров'я, 1989. – 89 с.

17. *Вансовская Л.И.* Устранение нарушения речи при врожденных расщелинах неба. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 132 с.

18. *Василенко Ю.С.* Голос. Фонологические аспекты / Ю.С. Василенко. – М.: Энергоиздат, 2002. – 480 с.

19. *Виготский Л.С.* Проблема обучения и развития в школьном возрасте: Хрестоматия по психологии. – М.: Просвещение, 1987. – 381 с.

20. *Визель Т.Г.* Как вернуть речь. – М., 1998.

21. *Винарская Е.Н.* Клинические проблемы афазии. – М.: Медицина, 1971.

22. *Воронцова Т.Н.* 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.

23. *Глозман Ж.М.* Изменение личности при афазии (в динамике восстановительного обучения) // Дефектология. – 1985. – №6.

24. *Глозман Ж.М., Цветкова Л.С.* Из теории русской афазии // Журнал неврологии и психиатрии. – 1989. – №3.

25. *Григоренко Н.Ю., Синява М.Л.* Логопедический и медицинский аспекты органической дислалии и способы её коррекции // Дефектология. – 2000. – №4. – С. 22–31.

26. *Гриншпун Б.М.* Классификация нарушений речи. Логопедия / Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М., 1998. – С. 55–70.

27. *Гуменная Г.С.* Особенности первоначальных понятий о числе у детей с ЦП // Дефектология. – 1977. – №2.

28. *Данилова Л.А.* Методы коррекции речевого и психического развития у детей с ЦП. – Л.: Медицина, 1977.

29. Дети с церебральными параличами: Обзоры по важнейшим научно-педагогическим достижениям / Сост.: Р.Д.Бабенкова, М.В.Ипполитова, Е.М.Мастюкова. – М., 1982.

30. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / В.А.Козьявкин, М.А.Бабадаглы, С.К.Ткаченко и др. – Л.: Медицина світу, 1999. – 312 с.

31. Диагностика умственного развития дошкольников / Под ред. А.А.Вагнера, В.В.Холмовской. – М.: Педагогика. 1978. – 248 с.

32. *Дмитриев Л.Б., Телелеева Л.М., Тантапова С.Л., Ермакова И.И.* Фонология и фонетика. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.

33. *Дмитриев Л.Б.* Основы вокальной методики / Л.Б.Дмитриев. – М.: Музыка, 2000. – 368 с.

34. *Дональдсон М.* Мыслительная деятельность детей. – М.: Педагогика, 1985. – 192 с.

35. *Дубинина Є.А.* Методики до – та післяопераційного логопедичного навчання дітей із вродженими незрощеннями піднебіння // Дефектологія. – 1999. – №2.

36. *Дубов М.Д.* Врожденные расщелины неба. – М., 1960. – С. 35–46.

37. *Ермакова И.И.* Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков: Кн. для логопеда / Под ред. С.Л.Тантаповой. – М.: Просвещение, 1984. – 143 с.

38. *Жук Т.В., Соколенко Н.А.* Перелік документації логопеда // Дефектологія. – 1996. – №1. – С. 58–63.

39. *Зайцев И. С.* Афазия. Учебно-методическое пособие. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006.

40. *Зарицкий Л.А.* Практическая фонология / Л.А.Зарицкий, В.А.Тринос, Л.А.Тринос. – К.: Вища школа, 1984. – 168 с.

41. *Ипполитова А.Г.* Открытая ринолалия. – М.: Просвещение, 1983. – 93 с.

42. *Ипполитова М.В.* Характеристика состава учащихся специальных школ-интернатов // Дефектология. – 1980. – №5. – С. 7–12.

43. *Карелина И.Б.* Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. – 1996. – №5. – С. 10–14.

44. *Коган В.М.* Восстановление речи при афазии. – М., 1962.

45. *Козьявкин В.И.* Концепция метода нейрофизиологической терапии детского церебрального паралича // Материалы междунар. конгр. «Новые технологии в реабилитации детского церебрального паралича». – Донецк, 1994. – 202 с.

46. *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.

47. *Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С.* Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. – Л.: Укр. Технології, 1999. – 133 с.

48. *Козьявкин В.И.* Структурно-функціональні порушення церебральних та спінальних утворень при дитячому церебральному паралічі та система реабілітації цих хворих: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Харків, 1996. – 26 с.

49. *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.

50. *Конопляста С.Ю.* Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини // Педагогіка та методики спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. – К.: Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – 193 с.

51. *Костюк Г.С.* Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. – К.: Рад. шк., 1989.

52. *Крайг Г.* Психология развития. – СПб.: Питер, 2002. – 992 с.

53. *Критчли М.* Афазиология. – М., 1974.

54. *Кусмауль А.* Расстройства речи. Опыт патологии речи. – К., 1979. – С. 225–341.

55. *Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В.* Преодоление речевых нарушений у дошкольников (Коррекция стертой дизартрии). – СПб., 2001. – С. 9–19, 109–116.

56. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1969.

57. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. – М.: МГУ, 1973.

58. *Лурия А.Р.* Травматическая афазия. – М., 1947.

59. *Лурия А.Р.* Травматическая афазия. – М.: Изд-во АМН СССР, 1947.

60. *Максимов И.А.* Фониатрия / И.А. Максимов. – М., 1987.

61. *Мастюкова Е.М., Бабенкова Р.Д.* Дифференцированный подход к учащимся с различными формами гиперкинезов при

восстановлении и формировании двигательных функций // Дефектология. – 1978. – №2.

62. Навчання і виховання учнів 1-го класу. Метод. посіб. для вчителів / Уклад. О.Я.Савченко. К.: Почат. шк., 2002.

63. *Назарович В., Тарасюк С.* Схеми психолого-педагогічних характеристик. – Рівне: Принт Пауз, 2003. – 56 с.

64. *Никитина М.Н.* Детский церебральный паралич. – М.: Медицина, 1979.

65. *Обухівська А.Г.* Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – С. 56–59.

66. Обучение технике письма учащихся с ЦП: Метод. рек. / Уклад. Р.Д.Бабенкова. – М., 1977.

67. *Оппель В.В.* Восстановление речи после инсульта. – Л.: Медицина, 1972.

68. *Оппель В.В.* Восстановление речи при афазии. – Л., 1963.

69. *Орфинская В.К.* Об уровнях речевого расстройства при афазии и алалии / в сб. «XVIII Герценовские чтения». – Л., 1970.

70. Основные показатели готовности детей шестилетнего возраста к школьному обучению: Метод. рек. / Под ред. Л.А.Варнера, Г.Г.Кравцова. – К.: Рад. шк., 1989.

71. Особенности мануальной терапии, физиотерапии и акупунктурной рефлексотерапии при детском церебральном параличе / В.Шевага, В.Козьявкин, В.Лисович и др. // Первый международ. конгр. вертеброневрологов: Тез. докл. – Казань, 1991. – С. 169–171.

72. *Пиже Ж.* Избранные психологические произведения. – М.: Просвещение, 1969. – С. 29–51, 245–278, 503–560.

73. *Пінчук Ю.В.* Основы методики виховання правильної вимови звука при дислалії // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. праць. – К., 2000. – С. 43–49.

74. *Правдина О.В.* Логопедия. – М., 1969. – С. 82–85, 98–104.

75. Расстройства речи в детском возрасте / Под ред. В.К.Трутнева, С.С.Ляпидевского. – М., 1962. – С. 83–127.

76. Речевые нарушения и пути их коррекции у детей с гиперкинетической формой ЦП: Метод. рек. / Уклад.: М.В.Ипполитова, Е.М.Мастюкова. – М., 1978.

77. *Савицький А.М.* Корекція мовленнєво-рухової діяльності у дошкільників з дитячою афазією : Дис... канд. наук: 13.00.03 – Корекційна педагогіка, 2009.

78. *Салливан Г.С.* Интерперсональная теория в психиатрии. – СПб.: Ювента; М.: «КПС+», 1999. – 201 с.

79. *Семенова К.А.* Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. – М.: Антидор, 1999.

80. *Семенова К.А.* Лечение двигательных расстройств при ДЦП. – М.: Медицина, 1979.

81. *Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972. – С. 222–277.

82. *Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Академия, 2002.

83. *Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Дербалюк Л.Я.* Нарушение слуха и речи при врожденных расщелинах неба. – К.: Здоров'я, 1977.

84. *Сергеева І.В.* Логопедична допомога в системі освіти України // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 81–83.

85. *Сикорский И.А.* О заикании. – СПб., 1889. – С. 2–32, 38–152.

86. *Симерницкая Э.Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: МГУ., 1985.

87. *Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф.* Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики // Дефектология. – 1974. – №4.

88. *Соломатина Г.М.* Разборчивость речи детей с врожденными расщелинами губы и неба // Дефектология. – 2005. – №3. – С. 32–38.

89. *Тарасун В.В.* Концепція державного стандарту освіти учнів з порушеннями мовленнєвого розвитку // Дефектологія. – 2000. – №2. – С. 2–10.

90. *Тарасун В.В.* Стерта форма дизартрії: Диагностика та особливості логопедичної роботи // Дефектологія. – 1997. – № 4.

91. *Уайт Б.* Первые годы жизни. – М.: Педагогика, 1982. – 176 с.

92. *Халидова Л.Б.* Особенности фонематического восприятия и звукового анализа у младших школьников, страдающих ЦП // Дефектология. – 1977. – №3.

93. *Халидова Л.Б.* Состояние первоначальных морфологических обобщений учащихся начальных классов, страдающих ЦП // Дефектология. – 1979. – №1.

94. *Харьков Л.В.* Хирургическое лечение врожденных расщелин неба. – К.: Здоров'я, 1992. – 200 с.

95. *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.

96. *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.

97. *Харьков Л.В., Яковенко Л.М.* Эффективность логопедического навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння // Дефектологія. – 1998. – №4.

98. *Харьков Л.В., Яковенко Л.М.* Проблемы годованья дітей з вродженими незрошеннями губи та піднебіння // Новини стоматології. – 2000. – №3. – С. 8–11.

99. *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. – №6. – С. 47–49.

100. *Хватцев М.Е.* Логопедия. – М., 1959. – С. 466–469.

101. *Хомская Е.Д.* Мозг и активация. – М.: МГУ, 1987.

102. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология и индивидуальное развитие // Вестник МГУ, серия 14: Психология. – 1996 – №2.

103. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология. – М.: МГУ, 1987.

104. *Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.* Методика оценки речи при афазии. – М.: МГУ, 1981.

105. *Цветкова Л.С.* Афазиология – современные проблемы и пути их решения. – М., 2002.

106. *Цветкова Л.С.* Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. – М.: Педагогика, 1972.

107. *Цветкова Л.С.* Мозг и интеллект. – М.: Просвещение, 1995.

108. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. – М.: МГУ, 1985.

109. *Цимбалюк В.І.* Нейротрансплантація при дитячому церебральному паралічі. – К., 2003. – С. 52–53.

110. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикулярного аппарата. – М.: Педагогика, 1969. – 119 с.

111. Шеремет М.К. Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 1.

112. Шеремет М.К., Загорська Г. Сучасні комп'ютерні технології в логопедичній роботі // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 1. – С. 183–192.

113. Шеремет М.К., Кондратенко В.О. Прогнатія, її причини та вплив на вимову // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 87–93.

114. Шеремет М.К., Сергєєва І.В. Формування усного зв'язного висловлювання у дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення // Педагогіка та методика спеціальні: Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П.Драгоманова. – К., 2001. – Вип. 2. – С. 100–106.

115. Шкловский В.М. Заикание: Монография. – М., 1994. – 250 с.

116. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. – М.: Медицина, 1972.

ЗМІСТ

Розділ 1.	
ЛОГОПЕДІЯ, ЇЇ ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ І МЕТОДИ.....	3
1.1. Предмет і завдання логопедії.....	3
1.2. Методи логопедії.....	14
1.3. Причини мовленнєвих порушень.....	14
Розділ 2.	
ВІКОВІ НОРМИ РОЗВИТКУ ДИТИНИ.....	18
2.1. Періоди розвитку дитини.....	18
2.2. Сенсомоторний розвиток дитини.....	21
2.3. Мисленнєвий розвиток.....	30
2.4. Формування мовлення в процесі онтогенетичного розвитку дитини.....	37
2.5. Розвиток спілкування та гри.....	46
2.6. Емоційно-соціальний розвиток.....	50
2.7. Основні форми і види мовленнєвих порушень.....	56
2.8. Основні періоди нормального мовленнєвого розвитку дитини.....	58
Розділ 3.	
ДИСЛАЛІЯ.....	66
3.1. Класифікація дислалій.....	66
3.2. Рівні порушеної вимови.....	73
3.2.1. Прийоми корекції дислалій у дітей дошкільного віку.....	75
3.2.2. Корекційна робота.....	77

3.3. Сигматизм і способи його виправлення.....	79
3.3.1. Типові недоліки вимови свистячих і шиплячих звуків.....	80
3.3.2. Виправлення недоліків вимови свистячих і шиплячих звуків.....	85

**Розділ 4.
ДИЗАРТРИЧНІ ПОРУШЕННЯ.....88**

4.1. Суть, прояви, причини і класифікація дизартричних порушень.....	88
4.2. Характеристика пізнавальної діяльності дітей з дизартричними порушеннями.....	102
4.3. Особливості обстеження дітей з дизартричними порушеннями.....	105
4.4. Особливості відновлювальної роботи з дітьми з дизартричними порушеннями.....	113
4.5. Нейрофізіологічна реабілітація дітей з ДЦП.....	128
4.6. Нейротрансплантація в разі дитячого церебрального паралічу.....	134
4.7 Санаторно-курортне лікування хворих на дитячий церебральний параліч.....	138

**Розділ 5.
РИНОЛАЛІЯ.....144**

5.1. Історія вивчення ринолалії.....	144
5.2. Медична допомога дітям з ринолалією.....	148
5.3. Етіологічні чинники виникнення природжених вад обличчя.....	150
5.4. Механізм процесу голосоутворення в нормі і в разі ринолалії.....	158
5.5. Класифікація ринолалій. Основні форми.....	176
5.6. Характеристика мовлення дитини з ВНГП.....	181
5.7. Особливості розвитку дітей з ринолалією	
5.7.1. Вплив вроджених незрощень губи і піднебіння на соматичний розвиток дитини.....	184
5.7.2. Психічний розвиток і формування особистості дитини з ринолалією.....	187
5.8. Логокорекційна робота з подолання ринолалії.....	193

5.9. Профілактика порушень мовлення в разі природжених незрощень губи та піднебіння	200
5.10. Принципи, методи і система обстеження дітей з ринолалією.....	210

**Розділ 6.
ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ
МОВЛЕННЯ.....228**

6.1. Вплив порушення фонематичного слуху на розвиток усного мовлення дитини.....	229
6.2. Організація роботи в групах для дітей з ФФН.....	232

**Розділ 7.
ЗАГАЛЬНЕ НЕДОРОЗВИНЕННЯ МОВЛЕННЯ.....235**

7.1. Поняття про загальне недорозвинення мовлення.....	235
7.2. Причини та механізми загального недорозвинення мовлення.....	237
7.3. Психолінгвістичні аспекти загального недорозвинення мовлення.....	242
7.4. Періодизація загального недорозвинення мовлення.....	245
7.5. Психолого-педагогічна характеристика дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення.....	258
7.6. Диференціальна діагностика загального недорозвинення мовлення.....	262
7.7. Диференціальна діагностика безмовленневих дітей.....	269
7.8. Комплексне обстеження дітей із загальним недорозвиненням мовлення.....	275
7.9. Методика корекційно-педагогічної роботи при загальному недорозвиненні мовлення.....	284

**Розділ 8.
АФАЗІЯ.....297**

8.1. Загальна характеристика афазії.....	297
8.2. Історичний аспект вивчення афазії.....	298
8.3. Дитяча афазія.....	300

8.4. Класифікації афазій.....	302
8.4.1. Короткий огляд класифікацій афазій.....	302
8.4.2. Класифікація афазії О. Лурія.....	304
8.4.2.1. Акустико-гностична сенсорна афазія.....	305
8.4.2.2. Акустико-мнестична афазія.....	307
8.4.2.3. Семантична афазія.....	310
8.4.2.4. Аферентна (кінестетична) моторна афазія.....	312
8.4.2.5. Еферентна моторна афазія.....	314
8.4.2.6. Динамічна афазія.....	316
8.5. Обстеження хворого на афазію.....	319
8.6. Основи відновлювального навчання при афазії.....	322
8.6.1. Характеристика підходів до відновлення мовлення при афазії.....	322
8.6.2. Методологічні основи відновлювального навчання при афазії.....	328
8.6.3. Особливості відновлювального навчання при різних формах афазії.....	334
8.6.3.1. Особливості відновлення мовлення при акустико-гностичній сенсорній афазії.....	334
8.6.3.2. Особливості відновлення мовлення при акустико-мнестичній афазії.....	336
8.6.3.3. Особливості відновлення мовлення при семантичній афазії.....	338
8.6.3.4. Особливості відновлення мовлення при аферентній моторній афазії.....	339
8.6.3.5. Особливості відновлення мовлення при еферентній моторній афазії.....	342
8.6.3.6. Особливості відновлення мовлення при динамічній афазії.....	345

Розділ 9.	
АЛАЛІЯ.....	349
9.1. Центральні мозкові механізми мовленнєвої діяльності.....	349
9.2. Поняття про алалію.....	354
9.3. Класифікація алалії.....	356
9.4. Моторна алалія.....	358
9.4.1. Моторна аферентна алалія.....	359
9.4.2. Моторна еферентна алалія.....	364

9.5. Сенсорна алалія.....	371
9.6. Обстеження дітей з алалією. Диференційна діагностика алалії та інших порушень психофізичного розвитку.....	378
9.7. Організація корекційної роботи з подолання алалії.....	385
9.7.1. Особливості логопедичної роботи з подолання моторної алалії.....	386
9.7.2. Особливості логопедичної роботи з подолання сенсорної алалії.....	389

Розділ 10.	
ЗАЙКАННЯ.....	392
10.1. З історії вивчення проблем зайкання.....	392
10.2. Клініко-фізіологічна характеристика зайкання.....	398
10.2.1. Науково-теоретичні основи дослідження проблеми зайкання.....	400
10.2.2. Фізіологія зайкання.....	405
10.2.3. Симптоматика зайкання.....	408
10.2.3.1. Мовленнєві судоми.....	408
10.2.3.2. Феномен фіксованості на ваді.....	411
10.2.4. Класифікація зайкання.....	413
10.2.5. Особливості особистості зайкуватих.....	420
10.2.6. Психологічні особливості дітей із зайканням.....	422
10.3. Загальні напрями психолого-педагогічної реабілітації зайкуватих.....	424
10.3.1. Клінічне і психолого-педагогічне обстеження зайкуватих.....	431
10.3.2. Розвиток мовлення у дошкільників із зайканням як методична проблема.....	437
10.3.3. Сучасні методики та технології подолання зайкання в учнів, підлітків та дорослих.....	449
10.3.4. Профілактика зайкання.....	

Розділ 11.	
ПОРУШЕННЯ ГОЛОСУ.....	458
11.1. Голос та його акустичні властивості.....	458

11.2. Історія розвитку фонопедії.....	466
11.3. Вікові особливості голосу.....	469
11.4. Клінічне та логопедичне обстеження голосових порушень.....	470
11.5. Класифікація порушень голосу.....	478
11.5.1. Причини функціональних порушень голосу.....	478
11.5.2. Причини органічних порушень голосу.....	483
11.6. Методики корекційної роботи.....	489
11.6.1. Корекційна робота при функціональних порушеннях голосу.....	490
11.6.2. Корекційна робота при парезах чи паралічах гортані.....	492
11.6.3. Корекційна робота після резекцій гортані.....	493

Розділ 12.

ПОРУШЕННЯ ПИСЕМНОГО МОВЛЕННЯ.....	499
12.1. Історичний аспект та сучасний стан проблеми порушень писемного мовлення.....	499
12.2. Поняття про писемне мовлення.....	505
12.2.1. Дисграфія.....	507
12.2.2. Психофізіологічні механізми процесу письма.....	508
12.2.3. Мозкова організація процесу письма.....	509
12.2.4. Операції процесу письма.....	510
12.2.5. Передумови формування навичок письма.....	513
12.3. Етіологія порушень писемного мовлення.....	520
12.3.1. Симптоматика дисграфії.....	523
12.3.2. Типи патологічних помилок та їх механізми.....	524
12.4. Класифікація дисграфій.....	532
12.5. Дислексія.....	547
12.5.1. Психофізіологічні механізми процесу читання.....	549
12.5.2. Операції процесу читання.....	553
12.6. Механізми дислексії.....	553
12.6.1. Дислексія та порушення зорово-просторових функцій.....	553

12.6.2. Дислексія та порушення когнітивних функцій.....	555
12.6.3. Дислексія та порушення усного мовлення.....	556
12.7. Симптоматика дислексії.....	559
12.8. Класифікація дислексій.....	560
12.9. Обстеження дітей з порушеннями читання і письма.....	565
12.10. Методика логопедичної роботи по подоланню порушень писемного мовлення.....	572
12.11. Логопедична робота з подолання фонетичних помилок.....	575
12.12. Логопедична робота з подолання та попередження оптико – просторових та графічних помилок.....	596
12.13. Логопедична робота з подолання лексико-граматичних помилок.....	617
2.14. Профілактика порушень писемного мовлення.....	634
ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК.....	643
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	651

Навчальне видання

ЛОГОПЕДІЯ

*Підручник,
третє видання, перероблене та доповнене*
За редакцією доктора педагогічних наук,
професора М.К.Шеремет

Відповідальний за випуск Кальченко Н.
Підписано до друку 17.03.2014.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура ScoolBookAS. Друк офсетний.
Умовн. друк. арк. 39,1. Наклад 500 прим.
Зам. № 119

ТОВ «Видавничий Дім «Слово»
04071, м. Київ, вул. Олегівська, 36, оф. 310
Свідоцтво про реєстрацію №1289 від 20.03.2003
Тел. 463-64-06, тел./факс 462-48-63
E-mail: vd_slovo@ukr.net

Віддруковано з готових діапозитивів
в друкарні ТОВ «Друкарня "Рута"
(свід. Серія ДК №4060 від 29.04.2011 р.)
м. Кам'янець-Подільський, вул. Пархоменка, 1
тел. 0 38 494 22 50, drukruta@ukr.net
Замовлення № 359.

ВІСНИК

З питань придбання наших видань
звертатися за адресою:

"Видавничий дім "Слово"
вул. Олегівська, 36, оф. 310,
м. Київ
тел. (044) 462-48-63, 463-64-06

e-mail: vd_slovo@ukr.net
www.slovo.kiev.ua